



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Evaluační projektů Reformy psychiatrické péče – ČÁST A

Evaluační projektu „Podpora vzniku Center
duševního zdraví I“

ZÁVĚREČNÁ EVALUAČNÍ ZPRÁVA

Datum: 28. 2. 2021



Evaluation Advisory
Central Europe

Zpracovatel:

Evaluation Advisory CE s.r.o.
Křížkova 70b, 612 00 Brno
IČ: 25342282

Zadavatel:

Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví
Palackého náměstí 375/4, 128 01 Praha 2
IČ: 00024341



Obsah

Seznam použitých zkratk	4
1 Manažerské shrnutí	6
1.1 Úvod	6
1.2 Zjištění procesní evaluace	6
1.3 Doporučení procesní evaluace	7
1.4 Zjištění dopadové evaluace	8
1.5 Doporučení dopadové evaluace	10
2 Kontext, cíl a účel evaluace	13
2.1 Popis projektu	13
2.2 Specifikace evaluace projektu	14
3 Metodologie řešení	15
3.1 Procesní část evaluace	15
3.2 Evaluační matice pro dopadovou část evaluace	15
3.3 Využité metody sběru a analýzy dat	18
3.4 Zdroje dat	19
4 Závěrečné shrnutí procesní evaluace projektu	23
4.1 Hodnocení věcného pokroku a finanční výkonnosti projektu (včetně jeho řízení)	23
4.1.1 Klíčové aktivity	23
4.1.2 Harmonogram (časový rámec) projektu	33
4.1.3 Rozpočet projektu a čerpání podpory	34
4.1.4 Výstupy a výsledky	36
5 Zpráva o dopadové evaluaci	39
5.1 Evaluační otázka 1: Jak klienti/pacienti hodnotí poskytování péče, co se pro ně změnilo zavedením CDZ?	39
5.2 Evaluační otázka 2: Jak hodnotí poskytování péče rodinní příslušníci pacientů/klientů? Jaké je jejich vnímání péče?	44
5.3 Evaluační otázka 3: Jak se daří propojování zdravotních a sociálních služeb v CDZ?	47
5.4 Evaluační otázka 4: Jak probíhá řízení multidisciplinárního týmu, jaké organizační a řídicí mechanismy se jeví jako efektivní?	56
5.5 Evaluační otázka 5: Jaká je role psychiatra v týmu a vůči psychiatrům v regionu?	60
5.6 Evaluační otázka 6: Jak CDZ funguje v rámci regionu, jaká je návaznost, informovanost o vzniklých službách (včetně IZS)?	66



5.7	Evaluační otázka 7: Jak vnímají proces zavádění CDZ zástupci zdravotních pojišťoven a jaké podnikají kroky k udržitelnosti týmů CDZ?	68
5.8	Evaluační otázka 8: Jak vnímají proces vzniku CDZ krajské samosprávy? Jak zajišťují udržitelnost vzniklých služeb?	74
6	Závěry evaluace a doporučení.....	83
6.1	Doporučení formulovaná na základě procesní evaluace	83
6.2	Doporučení formulovaná na základě dopadové evaluace	95



Seznam použitých zkratk

AKČR	Asociace krajů České republiky
CDZ	Centrum duševního zdraví
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s.
CS	Cílová skupina
ČR	Česká republika
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
DZR	Domov se zvláštním režimem
ESF	Evropský sociální fond
ESIF	Evropské strukturální a investiční fondy
FP	Finanční plán
GAF	Global Assessment of Functioning (hodnotící škála pro závažnost psychiatrického onemocnění)
GDPR	Obecné nařízení o ochraně osobních údajů
HDP	Hrubý domácí produkt
HONOS	Health of the Nations Outcome Scales (hodnotící škála pro závažnost psychiatrického onemocnění)
IDI	Individuální hloubkový rozhovor
ISPV	Informační systém o průměrném výdělku
IZS	Integrovaný záchranný systém
KA	Klíčová aktivita
LPZ	List o prohlídce zemřelého
MF	Ministerstvo financí České republiky
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MO	Ministerstvo obrany České republiky
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MSp	Ministerstvo spravedlnosti
MZd	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NAPAN+	Aktualizace a pokračování Národního akčního plánu pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění.
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví
NRHZS	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
NZIS	Národní zdravotnický informační systém



OEF	Odbor evropských fondů a investičního rozvoje
OPZ	Operační program Zaměstnanost
OSS	Organizační složka státu
PO	Příspěvková organizace
PO OSS	Příspěvková organizace řízená organizační složkou státu
PP	Psychiatrická péče
PS	Případová studie
ŘO	Řídicí orgán
ŘO OPZ	Řídicí orgán Operačního programu Zaměstnanost
SMI	Severe (Serious) Mental Illness (překl. vážné duševní onemocnění)
SZP	Svaz zdravotních pojišťoven
ÚOOÚ	Úřad pro ochranu osobních údajů
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VO	Vedoucí odboru
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZoR	Zpráva o realizaci projektu
ŽoP	Žádost o platbu



1 Manažerské shrnutí

1.1 Úvod

Závěrečná zpráva je třetím výstupem evaluace projektu realizovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR s názvem „**Podpora vzniku Center duševního zdraví I**“. Tento projekt podporuje **zprovoznění celkem 5 Center duševního zdraví (CDZ)** na území ČR, čímž přispívá ke zvýšení kvality psychiatrické péče a systémové změně organizace jejího poskytování, což je jedním z klíčových cílů Strategie reformy psychiatrické péče.

Tato zpráva se skládá ze **závěrečného shrnutí procesní evaluace** (které byly věnovány předchozí dvě evaluační zprávy) a ze **zprávy o dopadové evaluaci**.

Cílem procesní evaluace bylo vyhodnotit způsob realizace projektu, především soulad plánovaných aktivit s reálným průběhem, dodržení časového harmonogramu, adekvátní personální zajištění a způsob uskutečňování případných změn projektu. v této zprávě jsou shrnuta hlavní zjištění procesní evaluace z předchozích zpráv. v procesní evaluaci byla využita zejména analýza projektové dokumentace spolu s doprovodnými rozhovory se členy realizačního týmu.

Cílem dopadové evaluace bylo získat diferencovanou zpětnou vazbu od různých skupin přímo nebo nepřímo zapojených do projektu (klienti, pracovníci, spolupracující odborníci a organizace, zadavatelé, plátcí atd.) za účelem vyhodnocení dopadů projektu. Dopadová evaluace využila vedle analýzy dokumentace především zjištění z případových studií – tj. z rozhovorů s pracovníky CDZ a dalšími aktéry, napojenými na CDZ v dané lokalitě (podrobněji k metodologii viz kapitola 3).

1.2 Zjištění procesní evaluace

Na realizaci projektu měla zásadní dopad skutečnost, že teprve po schválení projektu bylo identifikováno, že původní záměr poskytovat prostředky provozovatelům CDZ na bázi **dodavatelsko-odběratelského vztahu** se ukázal - kvůli rozpočtovým pravidlům stanoveným pro hospodaření příspěvkových organizací řízených organizačními složkami státu - jako **neproveditelný** (resp. neaplikovatelný na příspěvkové organizace řízené MZd). Hledání a **zajištění alternativního řešení (v podobě dotačního řízení)** mělo za následek více než 1 rok zpoždění v harmonogramu realizace projektu a kromě toho zásadním způsobem navýšilo administrativní náročnost implementace projektu.

MZ bylo v roli příjemce podpory z Operačního programu Zaměstnanost (OPZ) a současně bylo poskytovatelem dotací vůči provozovatelům CDZ. Zjednodušeně řečeno došlo k poskytování dotace v rámci dotace¹. Model poskytování „dotace v dotaci“ je v rámci čerpání prostředků ESF v ČR využíván i v jiných oblastech. Situace MZd byla ovšem v porovnání s nimi složitější. Důvodem je, že CDZ představují zcela nový prvek v systému sociálních a zdravotních služeb. MZd tedy muselo poskytovat

¹ Byť z hlediska právních předpisů MZd není příjemcem dotace z OPZ, vzhledem k tomu, že mezi MZd a ŘO OPZ jakožto dvěma organizačními složkami státu nejde o vztah mezi poskytovatelem dotace a příjemcem dotace.



provozovatelům CDZ intenzivní metodickou podporu týkající se fungování služby jako takové a výrazné úsilí bylo nutné věnovat i komunikaci s dalšími relevantními aktéry, jako jsou zdravotní pojišťovny, jednotlivé kraje a MPSV (z titulu nastavení systému fungování sociálních služeb v ČR, resp. z důvodu, že CDZ jsou zcela nové služby fungující na zdravotně-sociálním pomezí). **Role poskytovatele dotace si vyžádala zajištění administrace dotačních řízení a zejména velmi náročné agendy kontrol hospodaření s prostředky poskytnutými formou dotace.**

Zpoždění v přidělení prostředků novým CDZ sekundárně negativně ovlivnilo další parametry projektu. Projevilo se v tempu čerpání podpory z OPZ a zejména ovlivnilo realizační tým projektu, resp. řízení projektu jako celku. Navzdory výše uvedenému **se v projektu podařilo naplnit jeho hlavní záměr**, kterým bylo vytvoření a pilotní provoz 5 CDZ:

- všem CDZ se podařilo **sestavit multidisciplinární tým** dle stanovených úvazků a kvalifikací²
- všechna CDZ **poskytovala celé** definované **spektrum služeb**
- všechna CDZ **navázala pracovní vztahy** s praktickými lékaři, ambulantními psychiatry, lůžkovými psychiatrickými zařízeními, nemocnicemi, a úřady a také realizovala vzdělávání svých pracovníků.
- Také **cílové hodnoty indikátorů byly** v pilotních provozech **dosaženy** a z poskytnuté dotace bylo na fungování jednotlivých CDZ využito průměrně 94 % prostředků.

1.3 Doporučení procesní evaluace

Zjištění a doporučení naformulovaná na základě této procesní evaluace jsou ve většině případů navázána na téma administrativní náročnost implementace projektu. Nejvýznamnější doporučení, která mají potenciál snížit administrativní náročnost implementace projektů CDZ III a dalších, shrnují následující odrážky:

Zpracovatel doporučuje **zahájit dialog s relevantními řídicími orgány operačních programů v programovém období 2021-2027 s cílem, aby pravidla programů nebyla překážkou pro využívání zjednodušených metod vykazování v případě dotací poskytovaných v rámci projektů realizovaných MZd. Adresát doporučení: Pracovní výbor Reformy psychiatrické péče (Tabulka 11/ Doporučení č. 1)**

Doporučení platí v případě, že v programovém období 2021-2027 bude záměrem MZd realizovat s podporou ESF (či dalších fondů ze skupiny ESIF) projekt, v rámci něhož bude z důvodu nastavení právních předpisů relevantní poskytování dotace z úrovně MZd (v roli příjemce podpory) na další subjekty. Ustanovení § 14 odst. 6 zákona č. 218/2000 Sb. umožňuje

² v určitých měsících některá CDZ nedosáhla u některých pracovních pozic úvazku dle metodiky, nicméně nikde nedošlo k poklesu úvazků pod hranici, která by byla sankcionovatelná (sankce byla relevantní jen v případě, že počet přepočtených úvazků není naplněn alespoň na 80 %).



zjednodušené vykazování pro všechny projekty spolufinancované z rozpočtu Evropské unie, ovšem problematické se ukázalo nastavení pravidel pro tzv. nepřímé náklady na úrovni OPZ.

Opakovat snahu vyjednat s ŘO OPZ, aby správnost údaje o situaci klienta po dokončení intervence (rozuměno při výstupu z projektu nebo po ukončení projektu) mohl podpisem potvrdit člen multidisciplinárního týmu. Adresát doporučení: Pracovní výbor Reformy psychiatrické péče (11/2)

V předstihu před ukončením pilotního provozu CDZ domluvit individuálně s každým CDZ strategii pro případ, kdy bude třeba k uzavírání dotace MZd poskytnout informace/doklady dodatečně. Adresát doporučení: Administrátoři projektů (11/3)

Pro období provozu CDZ, na která už MZd neposkytuje dotaci, nelze provozovatelům nařídit, aby zachovali úvazek specialisty CDZ (specialista v průběhu pilotního provozu garantuje provoz CDZ a dále zejména zajišťuje komunikaci s MZd a odpovídá za řádnou evidenci a předání všech nutných podkladů a dokladů, sběr dat pro účely evaluace.). Mají ovšem povinnost s MZd spolupracovat a řádně dotaci vyúčtovat.

Zvážit zjednodušení pravidel pro dokladování kapacit multidisciplinárního týmu. Adresát doporučení: Administrátoři projektů (11/4)

Pracovní smlouvy a dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr (ani dodatky k těmto dokumentům) a ani doklady o nejvyšším dosaženém vzdělání členů multidisciplinárního týmu a jejich profesní životopisy není nutné předkládat na ŘO OPZ za účelem další kontroly. Zpracovatel doporučuje zvážit, zda by nepostačovalo, aby provozovatelé CDZ posílali informaci o složení týmu (včetně kvalifikace jeho členů) jen v podobě přehledu v rámci zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ.

Dokončit aktualizaci Standardu péče poskytované CDZ (Adresát doporučení: Pracovní a Koncepční skupina CDZ, 11/5).

V závěrečné fázi realizace projektu MZd zajišťuje kroky k tomu, aby došlo na základě zkušeností získaných díky pilotnímu provozu podpořených CDZ k úpravě tohoto dokumentu. v projektu ovšem není podchyceno, zda by zkušenosti z pilotního provozu CDZ neměly být promítnuty také do Doporučeného postupu MPSV č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví. Protože poskytování sociálních služeb a zdravotních služeb v rámci CDZ tvoří jeden funkční celek, je třeba postupovat pro obě složky péče v CDZ synchronizovaně.

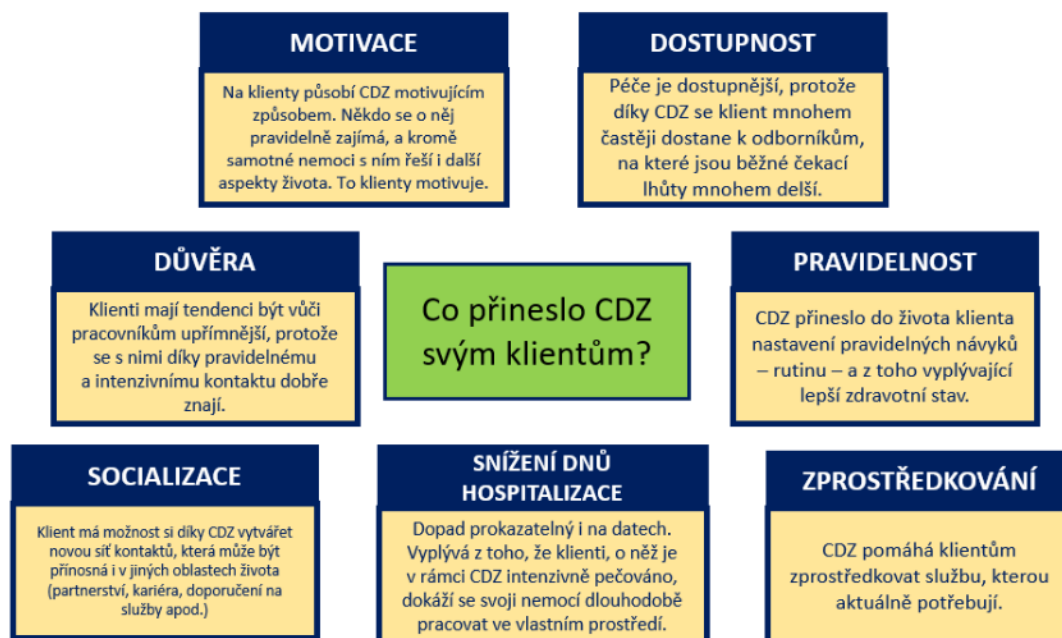
Veškerá další doporučení procesního charakteru jsou uvedena v kap. 6.1, v tabulce 11.

1.4 Zjištění dopadové evaluace

Díky evaluaci se podařilo zachytit relativně široké množství výpovědí ze strany klientů a jejich rodinných příslušníků o tom, jakým způsobem do jejich života vstoupilo Centrum duševního zdraví. Ukázalo se, že pro klienty CDZ přináší celou řadu kvalitativních zlepšení. Základní přehled podává schéma níže. Platí přitom, že různí klienti reflektují i různé přínosy. u CDZ je přitom důležité upozornit



i na to, že přináší kvalitativní změnu i pro rodinné příslušníky. CDZ je tak těmito respondenty hodnoceno kladně³. v textu zprávy i jejich přílohách jsou také uvedeny konkrétní příklady využívání CDZ klienty a rodinnými příslušníky.



V další části evaluace bylo hodnoceno, jakým způsobem se podařilo zavést pilotní podobu CDZ. Ve všech 5 případech v rámci skupiny CDZ I vznikla Centra na základě spolupráce 2 odlišných subjektů (poskytovatele zdravotních služeb a poskytovatele sociálních služeb). Lišila se délka a rozsah předchozí spolupráce těchto zakladatelských subjektů, což je aspekt, který, jak se ukázalo, má významný dopad na fungování vzniklého CDZ. **Dostatečně dlouhou dobu (tj. několikaletou) předcházející rovnocenné spolupráce obou organizací a ideálně společnou zkušenost v poskytování péče v podobě blízké modelu CDZ lze považovat za faktory, které ve většině případů pozitivně ovlivňují kvalitu spolupráce zdravotní i sociální části uvnitř CDZ.**

CDZ se mírně liší v tom, do jaké míry se členové jejich týmů vnímají jako zcela rovnocenní. Převažuje přístup, kdy tým pracuje konsensuálně a žádný z pracovníků nemá právo veta. Cílem je identifikovat sdílení a vzájemnou diskuzi a spolupráci takový postup, který bude pro pacienta/klienta nejvíce přínosný a vyhovující. v některých CDZ (např. v případě CDZ v Havlíčkově Brodě) je aplikován princip, kdy má ve sporných otázkách rozhodující slovo psychiatr. Nicméně z šetření vyplynulo, že jako vhodnější se ze strany většiny respondentů z řad pracovníků CDZ jeví takové řízení týmu, ve kterém je usilováno o nulovou hierarchii.

Nejčastější překážky, s nimiž se jednotlivá CDZ musela při svém fungování vypořádat, jsou tyto:

³ Klienti k rozhovorům byli vytipováni ze strany CDZ, a to na základě dvou proměnných: ochoty komunikovat s „externím“ tazatelem a jejich aktuální zdravotní situace. Vzhledem k této metodologii není pozitivní zpětná vazba překvapivá.



- vypořádat se s tím, že **došlo k posunu začátku financování pilotních provozů** (tj. zajistit financování na uvedené období, případně vyřešit již předjednané personální záležitosti)
- **neexistence právní subjektivity CDZ**, s tím spojené nároky na duální management
- vyřešit problém **se sdílením dokumentace napříč zdravotní a sociální částí**, tj. zajistit souhlas klienta, v případě jeho odmítnutí pak vytvořit způsob, jak relevantní informace vyměňovat
- **rozdílná výše odměňování pracovníků** sociální a zdravotní části, ačkoliv rozsah a odpovědnost u některých pozic jsou relativně podobné
- **sladování kultury přístupu ke klientovi** mezi zdravotní a sociální složkou probíhá v týmech postupně

Součástí evaluace bylo také hodnocení propojení CDZ s dalšími zdravotními a sociálními službami v regionu či pohled zdravotních pojišťoven na to, jak úspěšné je zavádění Reformy psychiatrické péče z pohledu financování.

U všech CDZ šetření ukázalo, že **prozatím není možné konstatovat, zda nastavený systém úhrad výkonů hrazený zdravotními pojišťovnami pokryje náklady CDZ na zajištění zdravotní složky péče**. Obecně mezi CDZ ovšem převládá přesvědčení, že prostředky by na provoz postačovat měly, že případně určitá menší ztráta, která může nastat v prvním období fungování v ostrém provozu, bude snížena díky optimalizaci v navazujícím období. Žádné CDZ ovšem nevyjádřilo názor, že by úhrady od zdravotních pojišťoven představovaly zcela jistý a komfortní zdroj prostředků.

CDZ se také shodují v tom, že velký problém a velký zdroj nejistoty představuje nastavení financování sociálních služeb v ČR. Kraje ve svém rozhodování o tom, které služby budou financovat, zásadně závisejí na tom, jaký objem prostředků na sociální služby jim poskytne státní rozpočet. Pouze hlavní město Praha deklarovalo, že je připraveno prostředky na služby pro osoby s duševním onemocněním navyšovat, i kdyby státní rozpočet jím poskytovanou částku nezvyšoval. Ostatní kraje sice deklarují zájem na tom, aby se CDZ nadále etablovala a aktivně zařazují CDZ do svých strategických dokumentů, dlouhodobou jistotu finančních zdrojů nicméně nejsou schopny poskytnout, neboť ta se odvíjí od celkové výše prostředků, které na chod sociálních služeb budou poskytnuty ze státního rozpočtu. v některých krajích pak bylo zdůrazněno, že potřebují od MPSV slyšet jasné stanovisko k tomu, jak s prostředky vůči CDZ nakládat.

1.5 Doporučení dopadové evaluace

Doporučení vyplývající z dopadové evaluace jsou podrobně shrnuta na konci této zprávy. Za nejdůležitější doporučení považujeme tato:



Pro podporu dalšího vzniku CDZ umožnit, aby nejprve existovala spolupráce poskytovatele zdravotní složky péče a poskytovatele sociálních služeb v podobě „protoCDZ“, které by teprve časem dorostlo do podoby úplného CDZ. Adresát doporučení: Pracovní a koncepční skupina CDZ/metodici (Tabulka 12 / doporučení č. 5)

V případě tohoto doporučení nicméně reflektujeme, že již v tomto ohledu byly předběžně učiněny podobné úpravy Standardu péče poskytované CDZ v rámci stále probíhající KA2 projektu.

Usilovat o stabilizaci systémové podpory tak, aby CDZ byla více motivována k tomu vznikat jako subjekt s vlastní právní subjektivitou. Adresát doporučení: Pracovní a koncepční skupina CDZ/metodici (12/6)

CDZ provozovaná společně 2 organizacemi (poskytovatelem zdravotní péče a poskytovatelem sociálních služeb) se potýkají s významnými administrativními problémy. Některá CDZ se vyjadřují tak, že se jim je podařilo odstranit a vnímají zázemí obou organizací jako přínosné. Jiné subjekty však jako preferovanou variantu vidí model, kdy by CDZ mělo vlastní právní subjektivitu. I z pohledu zpracovatele této evaluace je do budoucna vhodné motivovat CDZ k zakládání samostatných subjektů, neboť se tím podaří lépe vyřešit takové problémy jako odlišné odměňování pracovníků nebo problémy dvou zaměstnaneckých struktur. Ačkoliv této možnosti z právního hlediska nic nebrání, současná nejistota v podobě ekonomické nestability a rentability fungování CDZ k zakládání CDZ jako samotných právních subjektů odrazuje. Až dlouhodobá stabilizace systému financování zvýší ochotu CDZ zakládat vlastní subjekty.

Doporučujeme ze strany MZD vymezit, jak se bude dělit / doplňovat péče poskytovaná klientovi ze strany psychiatra CDZ a péče poskytovaná ambulantním psychiatrem. Adresát doporučení: Pracovní a koncepční skupina CDZ/metodici (12/12)

Není vymezeno, jaká je role psychiatra CDZ vůči ambulantním psychiatrům ve spádovém území. Není tedy jasné, zda se v ideálním případě o klienta stará vždy jen psychiatr v CDZ anebo jen ambulantní psychiatr (a v jednom časovém úseku klient nedochází k oběma, pokud nejde o výjimku jako je nutnost terénního charakteru péče, kterou ambulantní psychiatr obvykle nezajišťuje) anebo je záměrem, aby klient využíval služeb obou paralelně.

Komplexně zhodnotit dopady CDZ na náklady péče a na základě toho sjednotit pohled na to, co od Reformy (a existence CDZ) konkrétně očekávat v otázce nákladovosti systému. Adresát doporučení: Pracovní a koncepční skupina CDZ/metodici (12/16)

Šetření přineslo poznatky o tom, že se napříč klíčovými aktéry odlišují pohledy na to, jak se nový prvek v systému psychiatrické péče v dlouhodobém horizontu projeví na nákladovosti psychiatrické péče či jak výrazná bude změna v kapacitě lůžkových zařízení. Je tedy třeba komplexně vyhodnotit dosavadní situaci z hlediska finanční náročnosti, a to na národní, regionální i individuální úrovni (tj. na úrovni individuálních klientů). Díky poznatkům bude možné následně sjednotit pohled na finanční dopady Reformy.

Vedle výše uvedených v evaluaci prezentujeme i řadu dalších (dílčích) doporučení, jako např.:



- **specifikovat roli CDZ v „průtokovosti“**; tedy zda je osoba klientem CDZ jen na nezbytně dlouhou dobu nebo zda je má být v péči dlouhodobě (12/1)
- umožnit CDZ během pilotních provozů ve specifických případech **poskytovat služby klientům i mimo svoji spádovou oblast** (např. z důvodu přestěhování klienta) (12/2)
- umožnit CDZ zvolit si **vlastní rozsah návazných ambulantních služeb** v závislosti na vybavenosti daného regionu příslušnými zdravotními a sociálními službami (12/3)
- usilovat o změnu právního prostředí tak, aby zdravotní složka a sociální složka CDZ mohla sdílet údaje o situaci klienta (jeho osobní údaje) bez jeho explicitního písemného souhlasu (12/7)
- v dlouhodobém horizontu usilovat o **sblížení výše odměňování pracovníků CDZ na pozicích**, kde je to relevantní (např. sociální pracovník a psychiatrická sestra) (12/8)
- vytvořit **pozici jednoho manažera CDZ** (12/9)
- **podporovat rozvoj multidisciplinárního přístupu v týmu CDZ** prostřednictvím supervize a vzdělávacích programů (12/10)
- **zajistit další šíření osvěty** o Reformě zejména na úroveň psychiatrů a praktických lékařů, např. užší spoluprací s Českou lékařskou komorou či Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně. (12/13)
- ze strany MZd i ze strany MPSV **dlouhodobě komunikovat směrem k územním samosprávám** o Reformě takovým způsobem, aby bylo jasné, že ze strany těchto resortů existuje dlouhodobá podpora cílů Reformy (12/19)

Podrobněji k jednotlivým závěrům se vyjadřuje zpráva v dalších kapitolách. Veškerá doporučení týkající se dopadové evaluace jsou uvedena v kapitole 6.2, v tabulce 12.



2 Kontext, cíl a účel evaluace

Předmětem zakázky bylo zpracování evaluace projektu realizovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Reformy psychiatrické péče s názvem „Podpora vzniku Center duševního zdraví I (registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0004672). Projekt byl podpořen z prostředků Operačního programu Zaměstnanost, který je spolufinancován Evropským sociálním fondem.

2.1 Popis projektu

Projekt „Podpora vzniku Center duševního zdraví I“ byl zaměřen na pilotní zprovoznění celkem pěti Center duševního zdraví (CDZ) na území ČR. Je jedním z projektů realizovaných za účelem zvýšení kvality psychiatrické péče a systémové změny organizace jejího poskytování, což je jedním z klíčových cílů Strategie reformy psychiatrické péče.

Realizátorem projektu je Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Cílem projektu bylo vytvořit základy pro dostupnou, efektivní, balancovanou a diferencovanou péči pro osoby s duševním onemocněním v součinnosti všech pilířů psychiatrické, obecně medicínské, klinickopsychologické a sociální péče, ověřit plnou funkčnost tohoto konceptu jeho pilotním provozem a vytvořit poskytovatelům komunitní psychiatrické péče prostor a předpoklady k uzavření smluvních vztahů s plátcí péče a zajistit tím její dlouhodobou udržitelnost. Projekt spočíval ve vytvoření 5 nových pracovišť CDZ. CDZ jsou organizační jednotky zajišťující soubor bezprostředně kooperujících zdravotních a sociálních služeb k podpoře osob se závažným psychickým onemocněním v jejich běžném prostředí. Soustavně uplatňovaným (tzv. asertivním) přístupem spolupracují s klientem na základě individuálních plánů, pomáhají mu předcházet konfliktním nebo zatěžujícím situacím, omezují možnosti nástupu komplikací zdravotního stavu. Soustředěným úsilím ke stabilizaci zdravotního stavu i sociální pozice klienta omezují četnost a délku jeho hospitalizací v ústavní psychiatrické péči.

V rámci pilotního provozu v délce 18 měsíců bylo hlavním cílem každého ze vzniklých CDZ nabízet a poskytovat 7 služeb cílovým skupinám tak, aby došlo k trvalému zvýšení kvality života minimálně 225 osob (45/1 CDZ) s duševním onemocněním. CDZ muselo dále vzdělávat a vytvořit vhodnou organizační strukturu.

Projekt byl sestaven na základě následujících specifických cílů:

1. zvýšení kvality psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování,
2. omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie,
3. podpora a modernizace léčebných procesů v návaznosti na restrukturalizaci poskytování psychiatrické péče,
4. rozvíjení regionálních mobilních konzultačních týmů pro poskytování služeb pro duševně nemocné,
5. zajištění širšího zapojení duševně nemocných a jejich rodinných příslušníků do léčebného procesu,



6. zvýšení spokojenosti uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí,
7. zvýšení efektivity psychiatrické péče včasnou diagnostikou,
8. zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb,
9. humanizace psychiatrické péče,
10. základ sítě akreditovaných poskytovatelů péče v ČR.

Na uvedený projekt přímo navazují další projekty podpořené Operačním programem Zaměstnanost (Podpora vzniku CDZ II a III). Celkově má v rámci těchto tří projektů dojít na území ČR k vytvoření sítě 30 CDZ. (Dle Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030 je plánováno zřízení 30 CDZ do roku 2022, následně se předpokládá vznik dalších 70 CDZ do roku 2030.)

2.2 Specifikace evaluace projektu

Evaluace měla část procesní a dopadovou. Zadavatel jako výstupy evaluace stanovil Vstupní, Průběžnou a Závěrečnou evaluační zprávu.

Obsahem Vstupní a Průběžné zprávy byly výsledky procesní evaluace. Cílem procesní evaluace bylo vyhodnotit způsob realizace projektu, především soulad plánovaných aktivit s reálným průběhem, dodržení časového harmonogramu, adekvátní personální zajištění, průběh spolupráce s relevantními aktéry a způsob a vhodnost uskutečňování případných změn projektu s přihlédnutím k jeho cílům. Nedílnou součástí byla doporučení k dalšímu průběhu projektu, případně k navazujícím aktivitám.

Cílem dopadové evaluace bylo vyhodnocení dopadu projektu „Podpora vzniku Center duševního zdraví I“. Zjišťování dopadu probíhalo prostřednictvím případových studií všech 5 podpořených CDZ. Zdrojem dat pro případové studie byly rozhovory se zástupci zřizovatelů jednotlivých CDZ, s pracovníky CDZ, klienty a jejich rodinami a také rozhovory se spolupracujícími subjekty v dané lokalitě (psychiatrická zařízení, zdravotní služby, veřejná správa).

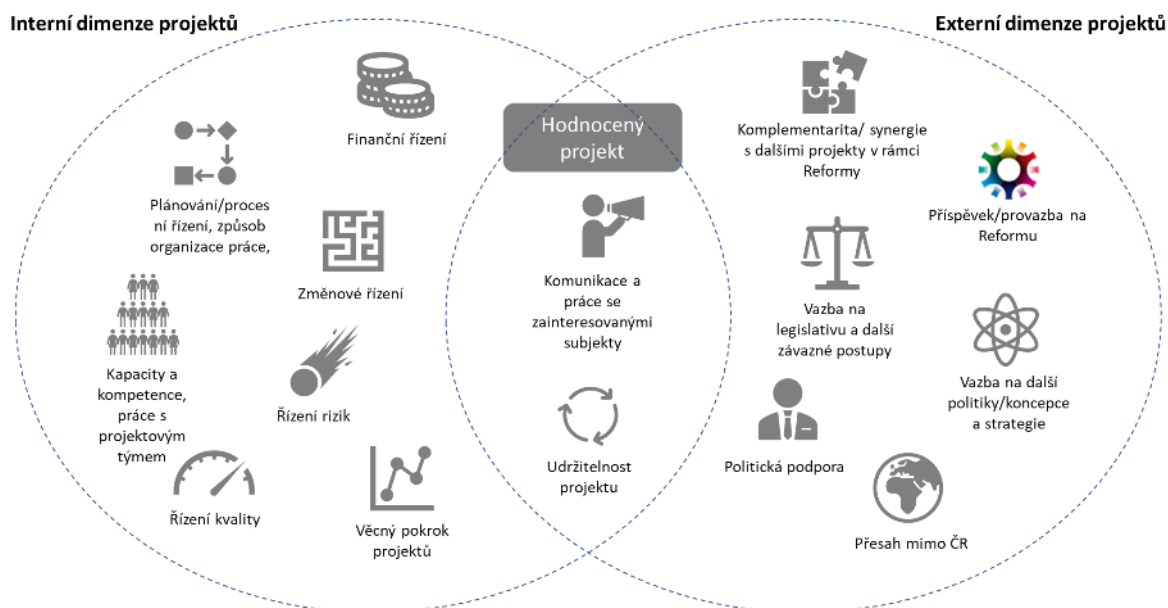
Závěrečná evaluační zpráva obsahuje především dopadovou evaluaci, její součástí je však i shrnutí evaluace procesní.



3 Metodologie řešení

3.1 Procesní část evaluace

Procesní evaluace byla zaměřena na klíčové aspekty projektu, které jsou nejvýznamnější s ohledem na dosažení plánovaných cílů, viz následující schéma.



K vyhodnocení jednotlivých interních a externích aspektů projektu Zpracovatel realizoval tři základní etapy evaluace:

- Vyhodnocení původního plánu projektu
- Vyhodnocení aktuálního stavu implementace projektu a souladu s původním plánem
- Vyhodnocení aktuálního stavu implementace a aktuálních potřeb/směrování veřejné politiky

Klíčovými metodami byly analýza doprovodných dokumentů týkajících se projektu a rozhovory s pracovníky realizačního týmu projektu a jeho dalšími účastníky (díky kombinaci rozhovorů a analýzy sekundárních dat je zajištěna triangulace metod a zdrojů evaluace). Kromě procesních záležitostí se evaluace zaměřila také na definici těch administrativních opatření, které je možné pro budoucí obdobné projekty zjednodušit. Evaluace se nezaměřovala na porovnání efektivity při vedení dokumentace mezi podpořenými CDZ.

3.2 Evaluační matice pro dopadovou část evaluace

Pro realizaci evaluace dopadů a nalezení odpovědí na 8 evaluačních otázek byl využit evaluační design postavený na analýze primárních dat získaných od širokého množství aktérů přímo i nepřímo zapojených do projektu a její triangulaci analýzou sekundárních datových zdrojů.

Specifikaci řešení každé evaluační otázky do jednotlivých úrovní obsahuje evaluační matice níže.



Tabulka 1: Evaluační matice pro dopadovou část šetření

Ukazatele	Zdroje dat	Nástroje sběru dat	Analytické metody
Evaluační otázka 1: Jak klienti/pacienti hodnotí poskytování péče, co se pro ně změnilo zavedením CDZ?			
- Pozitivní i negativní zkušenosti klientů se změnou oproti období před existencí CDZ - Přehled úkonů, které museli klienti pravidelně absolvovat před zavedením CDZ a po něm	- Klienti CDZ - Rodinní příslušníci klientů - Odborní pracovníci CDZ - Psychiatři - Poskytovatelé sociálních služeb	- Individuální hloubkové rozhovory (IDI) - Desk research	- Kvalitativní analýza dat - Statistická analýza dat - Případová studie (PS)
Evaluační otázka 2: Jak hodnotí poskytování péče rodinní příslušníci pacientů/klientů? Jaké je jejich vnímání péče?			
- Pozitivní i negativní zkušenosti rodin klientů se zavedením CDZ - Přehled změn, které v souvislosti se zavedením CDZ pro rodiny klientů nastaly	- Klienti CDZ - Rodinní příslušníci klientů - Odborní pracovníci CDZ - Management CDZ	- IDI	- Kvalitativní analýza dat - PS
Evaluační otázka 3: Jak se daří propojování zdravotních a sociálních služeb v CDZ?			
- Identifikované synergie mezi zdravotními a sociálními službami a míra jejich využívání - Identifikované překážky propojování služeb - Příklady dobré praxe	- Odborní pracovníci CDZ - Management CDZ - Psychiatři - Poskytovatelé sociálních služeb	- IDI - Desk research	- Kvalitativní analýza dat - PS
Evaluační otázka 4: Jak probíhá řízení multidisciplinárního týmu, jaké organizační a řídicí mechanismy se jeví jako efektivní?			
- Přehled o procesu řízení týmu v CDZ na úrovni jednotlivých mechanismů, nalezení rozdílů, sdílení dobré a špatné praxe nastavení a fungování týmu. - Pozitivně i negativně hodnocené aspekty v organizaci a řízení konkrétního CDZ	- Odborní pracovníci CDZ - Management CDZ - Registr CDZ - Další veřejně dostupné informace o CDZ	- IDI - Desk research	- Kvalitativní analýza dat - PS



Ukazatele	Zdroje dat	Nástroje sběru dat	Analytické metody
Evaluační otázka 5: Jaká je role psychiatra v týmu a vůči psychiatrům v regionu?			
- Způsob zapojení psychiatra do týmu - Způsob spolupráce a sdílení informací mezi psychiatry a nastalé změny	- Klienti / rodinní příslušníci - Odborní pracovníci CDZ - Management CDZ - Psychiatři	- IDI	- Kvalitativní analýza dat - PS
Evaluační otázka 6: Jak CDZ funguje v rámci regionu, jaká je návaznost, informovanost o vzniklých službách (včetně IZS)?			
- Přehled o spolupracujících subjektech a navazujících aktivitách CDZ ve vztahu k regionu - Přehled informačních kanálů, skrze něž proudí informace o CDZ na veřejnost	- Management CDZ - Poskytovatelé návazných či spolupracujících sociálních a zdravotních služeb v regionu - Registr CDZ - Další veřejně dostupné informace o CDZ - Informace v médiích - Informace z dalších projektů	- IDI - Desk research	- Kvalitativní analýza dat - PS - Mediální analýza
Evaluační otázka 7: Jak vnímají proces zavádění CDZ zástupci zdravotních pojišťoven a jaké podnikají kroky k udržitelnosti týmů CDZ?			
- Pozitivní a negativní aspekty zavádění CDZ ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám - Změny ve způsobu spolupráce se subjekty věnující se osobám s duševním onemocněním v relaci na zavádění CDZ	- Management CDZ - Zástupci zdravotních pojišťoven - Strategické dokumenty zdravotních pojišťoven	- IDI - Desk research	- Kvalitativní analýza dat - PS
Evaluační otázka 8: Jak vnímají proces vzniku CDZ krajské samosprávy? Jak zajišťují udržitelnost vzniklých služeb?			
- Pozitivní a negativní aspekty zavádění CDZ ve vztahu ke krajské samosprávě a plánování sociálních služeb v kraji - Přehled aktivit směřujících na podporu udržitelnosti CDZ	- Management CDZ - Odbor sociálních věcí či odbor zdravotnictví příslušného kraje, příp. politické zastoupení - Dokumenty kraje	- IDI - Desk research	- Kvalitativní analýza dat - PS



3.3 Využité metody sběru a analýzy dat

Metody sběru dat

Desk research

Metoda desk research, neboli „výzkum od stolu“, spočívá ve sběru a analýze sekundárních dat. Desk research zahrnuje vyhledání, sběr, rešerši, analýzu a vyhodnocení již existujících dostupných informací a relevantních dokumentů⁴. Cílem analýzy dokumentace je nastudování a zhodnocení dostupných dokumentů a informací, které umožní řádně nastavit další pokračování prací, stanovení hypotéz či prvních závěrů. Dokumentace, která byla analyzována, je v kapitole 3.4.

Individuální hloubkový rozhovor (IDI), případně rozhovor skupinový a telefonický

Hloubkový rozhovor umožňuje respondentovi volně vyjadřovat své názory na zkoumanou problematiku. Rozhovory jsou částečně formalizovány a strukturovány, byl vytvořen základní scénář otázek pro rozhovor. Tyto otázky však nejsou definitivní a respondentům je umožněno sdílet informace, které sami považují za důležité k tématu, případně tazatelé se na otázky doptávat. Zpracovatel realizoval část rozhovorů osobně, část rozhovorů telefonickou formou.

Metody analýzy dat

Kvalitativní analýzy

Pro vyhodnocení rozhovorů bylo využito metod kvalitativní analýzy, především pak metody kódování. S využitím metody kódování byla z rozhovorů vybírána klíčová vyjádření týkající se jednotlivých evaluačních otázek. Pro každou evaluační otázku byly definovány klíčové pojmy, které byly v textu hledány, na základě toho byla následně vytvořena tabulka klíčových responzí ke každé evaluační otázce. Tato tabulka byla interním materiálem realizačního týmu, pomáhala především v tom, aby se důležité výroky z vybraných rozhovorů dostaly i k těm členům realizačního týmu, kteří se daného rozhovoru neúčastnili. Díky tomu byla zachována informovanost napříč celým realizačním týmem při tvorbě zprávy. Zpracování dat od respondentů respektuje princip anonymity.

Případové studie (PS)

Projektem podpořená CDZ představují v zásadě jednotlivé případy fungující v různých regionech ČR a pod různými zřizovateli. Přístup k analýze z perspektivy jednotlivých případů (jednotlivých CDZ) tak umožňuje zkoumání příčin a následků uvnitř případu nebo komparaci mezi případy. Nástroj umožňuje na zkoumaný případ nahlédnout z různých zorných úhlů. Výstupem je studie podrobně popisující fungování konkrétního subjektu (CDZ) v konkrétní lokalitě a představení výzev, překážek a situací, s nimiž se CDZ na konkrétním místě setkává, ať už ve vztahu ke svému okolí či ve vztahu k národní legislativě. Součástí případových studií byla analýza dokumentace, realizace rozhovorů s klíčovými aktéry CDZ či také základní mediální analýza prostředí CDZ, během níž pracovníci realizačního týmu mapovali aktivitu CDZ s pomocí zmínek o CDZ na webu. Na základě toho bylo možné zjistit, do jakých aktivit je CDZ zapojeno.

⁴ Hendl, J. (1999). Úvod do kvalitativního výzkumu. Praha: Karolinum.



3.4 Zdroje dat

Tabulka 2: Desk research – zdroje dat

Specifikace dokumentu
Výzva OPZ 03_15_039, včetně příloh
Žádost o podporu projektu, včetně příloh
Podmínky použití podpory z OPZ na projekt
Zprávy o realizaci projektu (č. 1 – 7)
Žádosti o změnu projektu (č. 1 – 14)
Rozhodnutí o změně podmínek použití podpory z OPZ na projekt (č. 1 – 5)
Výzva k předkládání žádostí o dotaci v rámci Programu podpory Center duševního zdraví
Žádosti o poskytnutí dotace na jednotlivá CDZ (za všechna podpořená CDZ)
Rozhodnutí o poskytnutí dotace na jednotlivá CDZ (za všechna podpořená CDZ)
Žádosti o změnu rozhodnutí o poskytnutí dotace na jednotlivá CDZ (za všechna podpořená CDZ)
Rozhodnutí o změně rozhodnutí o poskytnutí dotace na jednotlivá CDZ (za všechna podpořená CDZ)
Standard péče poskytované v CDZ, vydaný ve Věstníku MZd č. 5/2016
Metodika Programu podpory CDZ (verze 1 ze dne 23. 3. 2018 a verze 2 účinná od 1. 10. 2019)
Příkaz ministra č. 28/2018, Postupy při přípravě a realizaci projektů Ministerstva zdravotnictví financovaných z dotačních programů EU a finančních mechanismů
Příkaz ministra č. 32/2020, Postupy při přípravě a realizaci projektů Ministerstva zdravotnictví financovaných z dotačních programů EU a finančních mechanismů (účinný od 2. 9. 2020)
Manuál k evaluaci CDZ, 2. verze (29. 6. 2018)
Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ (Zprávy č. 1, č. 2 a č. 3 za všechna podpořená CDZ)
Doporučený postup MPSV č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví
Metodika kontroly projektů PO MZd a OSS MZd v rámci ESI fondů v programovém období 2014–2020 (verze 1 platná od 1. 7. 2019)
Metodika administrace dotačních programů realizovaných v rámci projektů Operačního programu Zaměstnanost (vydání 1 platné od 1. 10. 2019)
Metodika administrace, financování a kontroly dotací v dotaci v rámci projektů realizovaných Ministerstvem zdravotnictví (verze 1 platná od 1. 10. 2019)
Právní normy a řídící akty: - Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejné zdravotním pojištění - Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování - Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách - Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních - Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění - Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění - Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník - Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti



Specifikace dokumentu

- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání lékařů a farmaceutů
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity
- Vyhláška č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka
- Doporučený postup MPSV č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví
- Doporučený postup MPSV č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod
- Úmluva Rady Evropy o lidských právech a biomedicíně
- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením
- Úmluva o právech dětí

Veřejné strategie:

- Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, MZd, 2020
- Strategie reformy psychiatrické péče, MZd, 2013
- Zdraví 2020; Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 3: Duševní zdraví, MZd, 2015
- Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 v aktualizovaném znění schváleném vládou ČR 13. 7. 2020 (viz usnesení č. 743/2020)
- Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025, MPSV, 2015
- Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020, revidovaná verze z roku 2019, ÚV ČR, 2019

Články v odborných časopisech (výběr):

- Janoušková M., Winkler P., Kažmír L. Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001 až 2011 (Trends In Newly Admitted Disability Pensions Due To Mental And Physical Disorders In The Czech Republic Between 2001 And 2011). In Psychiatrie, 2014, 18(4), strana 161–165
- Kondráťová L. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. In Česká a slovenská Psychiatrie 2018, 114 (4), strana 151–158
- Kondráťová L., Winkler P. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza. In Česká a slovenská Psychiatrie 2017, 113(3), strana 132–139

Další zdroje (výběr)

- Winkler, P. (ed.). Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013.
- Raboch, J., Wenigová, B. (eds.). Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s.
- Potůček, M., Scheffler, M. R. (eds.). Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present. Prague: Karolinum Press, 2008
- MERRPS. Ekonomické hodnocení ve zdravotnictví: zaměřeno na duševní zdraví, KONCEPT; VERZE 12/2019
- FOKUS ČR. Jsou ohroženi chudobou. Podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví. 2017
- FOKUS Vysočina, FOKUS Praha, FOKUS Tábor. Brožura pro zaměstnavatele. Paralelní životy, 2014



Specifikace dokumentu

- Kasal A., Bechyňová L., Daňková Š., Melicharová H., Winkler, P. Situační analýza prevence sebevražd v České republice. Podklady pro Národní akční plán prevence sebevražd 2020–2030. WHO, 2019
- MPSV. Analýza financování sociálních služeb, srpen 2019
- Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 v roce 2018
- Legislativní zázemí a právní předpisy pro implementaci informačního systému v oblasti multidisciplinární psychiatrické zdravotní péče včetně řešení otázek souvisejících s kybernetickou bezpečností a ochranou osobních dat, ÚZIS, 2019
- Metodika hodnocení a srovnávání multidisciplinárních psychiatrických týmů, IS pro psychiatrickou péči poskytovanou multidisciplinárními týmy, ÚZIS, 2020
- Projektová dokumentace, IS pro psychiatrickou péči poskytovanou multidisciplinárními týmy, ÚZIS, 2018
- Vyhodnocení dat CDZ I, ÚZIS, 2020

Tabulka 3: IDI – zdroje dat

Respondent	Specifikace rozhovoru
Realizační tým – pracovníci odpovědní za administraci projektu, včetně osob zajišťujících úkoly metodiků projektu (tj. odborníků zapojených do realizace projektu)	Skupinový rozhovor; termín uskutečnění rozhovoru: 11. 3. 2020
Realizační tým – odborný gestor projektu / garant	Termín uskutečnění rozhovoru: 11. 3. 2020.
Realizační tým – pracovníci odpovědní za administraci projektu	Skupinový rozhovor; termín uskutečnění rozhovoru: 24. 9. 2020.
Závěrečné rozhovory se zástupci realizačního týmu	Telefonické rozhovory v rozmezí 10. – 11. 2. 2021
Rozhovory se zástupci zdravotních pojišťoven	Celkem 6 realizovaných rozhovorů v období od srpen 2020 – únor 2021. Mezi respondenty jsou zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny a 5 ze 6 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven sdružených do Svazu zdravotních pojišťoven ČR. ⁵
Dotčené osoby s vazbou na jednotlivá CDZ a další významní stakeholderi (viz Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.)	Individuální či telefonické rozhovory v období od březen 2020 – únor 2021. Přehled jednotlivých rozhovorů včetně data konání je k dispozici v Technické příloze této zprávy.

Tabulka 4: Výběr respondentů pro realizaci případové studie

Respondenti	Velikost vzorku
Management a odborní pracovníci CDZ	Za každou PS 5 – 6 rozhovorů s uvedenými aktéry: - 2 členové Řídící rady CDZ (za zdravotní a za sociální část) - sociální pracovník - psychiatrická sestra (všeobecná sestra v psychiatrii) - psychiatr - klinický psycholog
Klienti CDZ	2 klienti za každou PS

⁵ Zástupkyně jedné ze zaměstnaneckých pojišťoven zároveň figurovala jako nominovaná zástupkyně celého Svazu zdravotních pojišťoven ČR, který se vyjadřuje k problematice psychiatrické péče za všechny členy Svazu.



Rodinní příslušníci klientů CDZ (resp. Další blízké osoby klientů)	2 příslušníci za každou PS
Zástupci samosprávy	Za každou PS: 1-2 zástupci krajského úřadu, příp. politický reprezentant
Psychiatři v lůžkových zařízeních regionu	1 respondent za region, v němž se CDZ nachází, tj. na úrovni jedné PS
Poskytovatelé návazných či spolupracujících sociálních a zdravotních služeb v regionu	Za každou PS: 1 zástupce poskytovatele dalších sociálních nebo zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním v regionu



4 Závěrečné shrnutí procesní evaluace projektu

Parametry projektu, které jsou níže v textu uvedeny jakožto plánované, vycházejí z podoby projektu, která byla schválena k podpoře z OPZ.

4.1 Hodnocení věcného pokroku a finanční výkonnosti projektu (včetně jeho řízení)

Pozn.: Stav projektu je popisován na základě dat ze schválených zpráv o realizaci projektu, žádostí o platbu a žádostí o změnu projektu.

4.1.1 Klíčové aktivity

Způsob výběru poskytovatelů CDZ

Zásadním prvkem, který ovlivnil realizaci klíčových aktivit, byla identifikace skutečnosti, že MZd nemůže vůči poskytovatelům zdravotních služeb, které patří mezi tímto ministerstvem řízené příspěvkové organizace (dále také jen „PO“), postupovat tak, že by s těmito subjekty uzavřela smlouvu o poskytování služeb na bázi dodavatelско-odběratelské.

Hospodaření organizačních složek státu (dále také jen „OSS“) a PO, které jsou řízeny jednotlivými OSS, je upraveno zákonem č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), a § 66 tohoto předpisu stanoví: „**Pokud zvláštní právní předpis nestanoví jinak, organizační složky státu v působnosti jednoho správce kapitoly si při plnění svého předmětu činnosti navzájem neposkytují peněžitá plnění. To platí také pro organizační složku státu a jí zřízenou příspěvkovou organizaci.**“. Citované usnesení pracuje s pojmem „předmět činnosti“. u PO OSS lze předmět činnosti ztotožnit s hlavní činností, tj. s účelem, který vymezuje zřizovací listina této organizace. v případě fakultních nemocnic a psychiatrických nemocnic (či psychiatrických léčeben), které jsou přímo řízenými PO MZd a kterých jsou téměř tři desítky, je standardním účelem existence těchto organizací poskytování zdravotních služeb. Péče o osoby s duševním onemocněním spadá do zdravotních služeb, proto zákon č. 218/2000 Sb. představuje překážku pro dodavatelско-odběratelský vztah mezi MZd a provozovatelem CDZ, pokud by v této roli měla být PO řízená MZd.⁶ Vzhledem k tomu, že (na základě dlouholetých příprav reformy psychiatrické péče) bylo zřejmé a žádoucí, aby PO MZd byly v roli provozovatelů CDZ (a konkrétně pro CDZ I je v roli poskytovatele zdravotních služeb ve 3 případech z celkových 5 CDZ PO MZd), bylo nezbytné hledat jiný funkční model vztahu mezi MZd a provozovatelem CDZ než původně plánovaný dodavatelско-odběratelský.

⁶ Zákon č. 218/2000 Sb. vymezuje, že PO OSS se mohou věnovat také jiným činnostem, než jsou činnosti stanovené jakožto její hlavní. v případě nemocnic je obvyklé, že do těchto jiných činností zřizovací listiny zařazují např. ubytovací služby, hostinskou činnost, pořádání kurzů, školení, včetně lektorské činnosti. Zákon č. 218/2000 Sb. nestanovuje explicitně, že finanční plnění mezi PO a OSS, která ji řídí, nemůže probíhat v případě poskytování plnění z okruhu „jiných činností“. Nicméně platí, že provoz CDZ není takového charakteru, že by jej bylo možné zařadit mezi „jiné činnosti“ nemocnic.



Lze tedy říci, že MZd v přípravě projektu **nedostatečně analyzovalo legislativní omezení** pro hospodaření PO OSS a tento **nedostatek nebyl identifikován ani v rámci hodnocení žádosti o podporu** z OPZ a přípravy právního aktu o poskytnutí podpory z OPZ, která probíhala na MPSV.

Na základě dodatečné analýzy všech relevantních právních předpisů a pravidel MZd nakonec (s více než ročním zpožděním) postupovalo způsobem, že **na provoz CDZ poskytovalo dotace**, a to tak, že samostatné dotační řízení probíhala pro dotace na zdravotní služby v CDZ a jiné dotační řízení bylo realizováno pro dotace na sociální služby v CDZ, a to jak v případech, kdy CDZ provozují 2 subjekty, tak také v případech, kdy CDZ zajišťuje pouze jedna právnická osoba. Svou roli v tomto nastavení hraje odlišné řešení oblasti veřejné podpory v sociálním a ve zdravotním resortu, kdy veřejná podpora ve zdravotnictví není upravena přesně daným standardizovaným způsobem, ale v sociálních službách se používá pověření ke službě v obecném hospodářském zájmu (ta v systému v ČR vydávají kraje jakožto entity odpovědné na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, za plánování sociálních služeb). **Dotační program CDZ je unikátní v tom, že řeší propojení sociální a zdravotní služby i v tomto ohledu.** Tj. u poskytovatele zdravotní služby vydává MZd pověření ke službě v obecném hospodářském zájmu v rámci rozhodnutí o poskytnutí dotace, u poskytovatele sociální služby MZd svým rozhodnutím o poskytnutí dotace přistupuje k pověření vydanému krajem. Žádosti o dotaci na zdravotní část v CDZ jsou (s výjimkou rozpočtu – ten zahrnuje jen položky pro zdravotní služby – a s výjimkou složení týmu) identické se žádostmi o dotaci na sociální část v CDZ (v těchto případech rozpočet zahrnuje náklady na sociální služby), nicméně MZd po posouzení a zhodnocení žádostí vydává dvě samostatná rozhodnutí o poskytnutí dotace a také veškeré další monitorování provozu podpořeného CDZ probíhá duplicitně (tj. zprávy o pilotním provozu CDZ jsou zpracovávány zvlášť za zdravotní služby a zvlášť za sociální služby, a to ačkoli se tyto reporty věcně shodují ve všech částech kromě finančních a v parametrech složení týmů – viz výše). Na straně MZd musí formálně proběhnout kontrola obou skupin zpráv podaných provozovateli CDZ, a to i když se jedná o duplicitní kanál informací. Je nesporné, že toto nastavení dotačního mechanismu představuje velmi výraznou administrativní zátěž jak pro provozovatele CDZ, tak pro MZd.

Dotační řízení a výsledky

Poté co byla schválení vedením MZd Metodika Programu podpory Center duševního zdraví, došlo tedy dne 23. 3. 2018 k vyhlášení výzvy k podání žádostí o dotaci z Programu podpory Center duševního zdraví. Oprávněnými žadateli byli poskytovatelé sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, a poskytovatelé zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. v případě sociálních služeb byly oprávněnými žadateli subjekty, kterým bylo příslušným krajským úřadem / Magistrátem hl. m. Prahy vydáno Vyjádření o souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. Bylo připuštěno, aby se na realizaci pilotního projektu podílely až 2 subjekty. Smlouva o spolupráci těchto subjektů musela vymezovat jako cíl zajištění komplexních sociálně zdravotních služeb odpovídajících parametrů CDZ stanovených Metodikou.

Příjem žádostí byl ukončen 30. 4. 2018. Všechny žádosti prošly všemi částmi hodnocení a výběru úspěšně. Financování projektů CDZ probíhalo formou účelové dotace. Z dotace poskytované na CDZ



mohly být hrazeny pouze neinvestiční výdaje související s naplněním účelu projektu.⁷ Dotace byla poskytnuta ve výši 100 % způsobilých výdajů.

Tabulka 5: Částky dotací na jednotlivá CDZ (barevné odlišení CDZ je jednotné v celém textu zprávy).

Název CDZ	Provozovatel sociálních služeb / Provozovatel zdr. služeb	Částky dotace na služby (v Kč)	Částka dotace na CDZ (v Kč)
Havlíčkův Brod	FOKUS Vysočina, z.ú. / Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, s. p. o.	7 529 000 / 7 370 000	14 899 000
ESET (Praha 10)	ESET - HELP, z.s. / ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s. r. o.	4 671 220 / 9 430 882	14 102 102
Přerov	Duševní zdraví, o. p. s. / TELEMENS, s. r. o.	5 000 000 / 9 850 000	14 850 000
Pro Prahu 9	FOKUS Praha, z.ú. / Psychiatrická nemocnice Bohnice	7 472 063 / 7 401 916	14 873 979
Brno	Práh jižní Morava, z.ú. / Fakultní nemocnice Brno	8 452 300 / 6 435 484	14 887 784
Celkem		33 124 583 / 40 488 252	73 612 865

Výše dotací odpovídala předpokladu (celkem 74,5 mil. Kč v objemu max. 14,9 mil. Kč na 1 CDZ).

Tabulka 6: Přehled časového vymezení pilotních provozů jednotlivých podpořených CDZ (barevně odlišeny podle toho, jak jsou v další části zprávy vizualizovány).

Název CDZ	Datum zahájení pilotního provozu	Umístění / Kraj	Datum ukončení pilotního provozu
Havlíčkův Brod	1. 8. 2018	Havlíčkův Brod / Vysočina	31. 1. 2020
ESET (Praha 10)	1. 7. 2018	Praha / Hl. m. Praha	31. 12. 2019
Přerov	10. 7. 2018	Přerov / Olomoucký kraj	10. 1. 2020
Pro Prahu 9	4. 7. 2018	Praha / Hl. m. Praha	31. 12. 2019
Brno	1. 9. 2018	Brno / Jihomoravský kraj	29. 2. 2020

MZ nastavilo pravidla pro prokazování výdajů uskutečněných na úrovni CDZ v Metodice Programu podpory CDZ. Velmi důležité je, že MZd po prvních zkušenostech s monitorováním a dokladováním výdajů CDZ identifikovalo potřebu stanovené principy doplnit a vydalo verzi 2 Metodiky účinnou od 1. 10. 2019. MZd také zavedlo jako doporučenou praxi za účelem snížení chybovosti zpráv a vyúčtování výdajů, aby provozovatelé CDZ poskytli svoje zprávy a vyúčtování týmu MZd před oficiálním předložením k předběžnému ověření, což je krok prospěšný z pohledu snížení chybovosti oficiálně předložené dokumentace, nicméně klade velmi vysoké nároky na kapacitu pracovníků MZd odpovědných za administraci dotací poskytnutých CDZ.

Kromě kontrol dokumentace předložené provozovateli CDZ v rámci zprávy o realizaci pilotního provozu a ve vyúčtování výdajů vyžaduje dotační vztah mezi MZd a CDZ provádění kontrol přímo v CDZ. Smyslem těchto kontrol je primárně ověřit soulad obsahu dokladů předložených MZd se skutečným stavem (s využitím originálních dokumentů). Ověření správnosti realizace pilotních provozů by muselo

⁷ To zahrnuje osobní náklady zaměstnanců a pak náklady na nákup dlouhodobého hmotného majetku s dobou použitelnosti více než 1 rok do částky 40.000,- Kč, nákup dlouhodobého nehmotného majetku s dobou použitelnosti více než 1 rok do částky 60.000,- Kč, náklady na spotřebovaný materiál (kancelářské potřeby, pohonné hmoty, čisticí prostředky apod.) a náklady na nákup služeb.



probíhat i v případech, kdy CDZ byla vůči MZd v pozici dodavatelů služeb. Ovšem kontrola poskytovatelů služeb by byla omezená na kvalitu a rozsah služeb zajišťovaných CDZ, jejím předmětem by nebyla kontrola hospodaření provozovatelů CDZ, tj. odpadly by administrativně velmi náročné kontroly osobních nákladů (včetně ověřování způsobilosti nákladů na náhrady mezd/platů za dobu dovolených), vyúčtování cestovních náhrad atd.

Realizační tým projektu

Zpoždění v zahájení realizace provozu CDZ mělo sekundární negativní dopad na disponibilní kapacity realizačního týmu MZd. **Složení realizačního týmu** projektu výrazně **neodpovídalo plánu**, kdy hlavním problémem byl nedostatek osob na pozicích gestorů a metodiků. Na počátku realizace projektu se podařilo do realizačního týmu zahrnout odborníky na psychiatrickou péči, přičemž jejich úkolem mělo být nastavit veškeré procesy a metodiky na skupině prvních 5 CDZ tak, aby následující skupiny nově vznikajících CDZ mohly při svém vzniku a zahajování existence těžit ze zkušeností těchto prvních 5 pilotních CDZ. Tito odborníci se rekrutovali z okruhu spolupracujících na přípravě reformy psychiatrické péče, byli seznámeni s plánem podpory vzniku CDZ ve 3 vlnách a současně patřili do skupiny osob, které samy měly ambici stát u zrodu nějakého CDZ. Jejich zapojení do projektu CDZ I se tedy plánovalo s tím, že do projektu CDZ II už jakožto realizační tým projektu zapojení nebudou a přesunou se ze strany MZd na stranu provozovatelů CDZ. Zpoždění v realizaci projektu CDZ I kvůli nutnosti připravit dotační řízení ovšem způsobilo, že **mezi projektem CDZ I a projektem CDZ II nebyl dostatečný časový rozestup**. Odborníci-metodici opustili realizační tým projektu CDZ I v termínech, aby mohli začít působit na straně provozovatelů CDZ podpořených v projektu CDZ II, ale bohužel se nedá říci, že by v tomto okamžiku byla pravidla (včetně návodů, rad, pomůcek) pro CDZ v projektu CDZ I připravena v kvalitě a rozsahu, v jakém to bylo plánováno. MZd usilovalo o zajištění nových odborných kapacit do realizačního týmu, nicméně naráželo na problém omezeného množství odborníků pro reformu psychiatrické péče. **Odborníci, kteří mají motivaci podporovat CDZ jakožto pilíř reformy psychiatrické péče, mají v naprosté většině zájem působit na straně provozovatelů CDZ.** Souběžné zapojení těchto odborníků jak v CDZ tak na straně MZd by zakládalo střet zájmů. MZd na nedostatek odborníků v realizačním týmu projektu reagovalo tak, že úkony metodiků společně zajišťovali pracovníci administrující projekt ve spolupráci s gestorem projektu⁸. Také při obsazování administrativních pozic v realizačním týmu MZd naráželo na překážky, kdy na trhu práce chyběly volné kapacity adekvátně vzdělaných osob.

Překážky, s nimiž se musela CDZ vypořádat

Protože CDZ představují v systému psychiatrické péče v ČR zcela nový element, bylo přirozené, že v rámci vzniku a pilotního provozu vyvstávaly neočekávané problémy a docházelo k **vyjasňování určitých témat či pravidel**. Hlavním kontaktním bodem pro CDZ pro získání podpory od MZd byli metodici. Pro každé z CDZ byl určen konkrétní metodik a jeho zástupce. Metodici odpovídali průběžně na dotazy CDZ, případně dotazy předávali osobám kompetentním je zodpovědět nebo je přinášeli na společné setkání CDZ na úrovni MZd. v počátečních měsících pilotního provozu CDZ měly návštěvy metodiků v CDZ frekvenci 1 měsíc, později se frekvence upravila (rozuměno prodloužila) dle kapacity MZd a dle potřeb jednotlivých CDZ. Nejčastější témata řešená s metodiky byla následující:

⁸ Resp. od ledna 2020, kdy byla pozice gestora projektu CDZ I neobsazená, byl zapojen pracovník působící na pozici gestora pro projekt CDZ II.



- Monitorovací indikátory (vyjasnění a vykazování);
- Evaluace, způsob evidence a vykazování dat pro budoucí evaluaci;
- Vykazování přímé práce zdravotní části CDZ, signální kódy a výstupy z jednání se zdravotními pojišťovnami;
- Dotazy k procesu přijetí pacientů/klientů do CDZ;
- Vykazování činností v tzv. asertivním režimu;
- Komunikační opatření ze strany CDZ;
- Vzdělávání členů týmu CDZ;
- Princip regionality (tj. spádovost CDZ);
- Používání nástrojů GAF, HoNOS, AQoL.

Přehled hlavních obtíží shrnují následující odrážky:

1. Při startu CDZ nebylo ze strany MZd jasně komunikováno, ke **kterému datu bude možno uzavírat smluvní závazky za CDZ** (zda zpětně k prvnímu dni v měsíci nebo dne doručení rozhodnutí o poskytnutí dotace). Tato situace komplikovala některé závazné kroky nutné k realizaci projektu např. navazování pracovních smluv.
2. Vyskytl se problém **zpoždění v uzavírání smluv s některými zdravotními pojišťovnami** (Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví) a to přes opětovné výzvy ze strany CDZ. Vzhledem k tomu, že pilotní provoz CDZ je financován z projektu, neměla by mít příslušnost ke konkrétní pojišťovně vliv na poskytování péče CDZ. Výjimkou je situace, kdy je třeba předepsat či aplikovat léčiva (anebo depotní injekce), která nejsou hrazena z prostředků projektu; a v tu chvíli se pojišťovna stává plátcem. Pokud by byla péče CDZ poskytována osobám, s jejichž zdravotní pojišťovnou nemá CDZ uzavřenou smlouvu, je ohrožena evaluace projektu (vykazování dat na pojišťovnu) a dále zajištění komplexní péče (viz léčiva, resp. depotní injekce). Tyto případy byly následně řešeny individuálně ve spolupráci CDZ, MZd a příslušné zdravotní pojišťovny.
3. Způsob vykazování výkonů CDZ nebyl od počátku provozu zcela jasný. Byl vyjasňován v konzultaci s VZP průběžně. Z toho důvodu se v prvních měsících projektu **ve vykazování signálních kódů mohly objevovat nepřesnosti**.
4. Zdravotní pojišťovny stanovují, že **není možné proplácet péči týmu CDZ u hospitalizovaných osob**. Práce s lidmi v hospitalizaci je však žádoucí vzhledem k cílům, které má CDZ plnit. Pokud zdravotničtí pracovníci nebudou moci navazovat vztah s klientem/zájemcem v době hospitalizace, nebude dobře navázána spolupráce mezi lůžkovým zařízením a CDZ. MZd si je tohoto rizika vědomo a komunikovalo v této záležitosti se zdravotními pojišťovnami, v následné době – kdy již budou podrobnější data o fungování CDZ – bude uvedená záležitost řešena (jednou z možností je upravit hodnotu režie). Ačkoliv se spíše než o překážku jedná o předem známé systémové omezení, považujeme jej za důležité zde uvést právě proto, že má praktický dopad na problematiku financování CDZ
5. **Práci s anonymním klientem není možné vykázat jako výkon zdravotnického personálu** (vůči zdravotní pojišťovně), a to ačkoliv je žádoucí, aby se zdravotničtí pracovníci na asertivním kontaktování podíleli (např. aby zajistili zhodnocení zdravotního stavu v přirozeném prostředí).



Bylo doporučeno, aby CDZ tyto výkony evidovaly jiným vhodným způsobem pro účely monitorovacích indikátorů a pro další jednání se zdravotními pojišťovnami.

6. Nebylo jasné, jak vykazovat péči (přímou práci s klientem nebo práci v jeho zájmu), **které se účastní zástupci vícero profesí v rámci CDZ** (např. společné schůzky klienta, sociálního pracovníka a psychiatrické sestry / psychiatra či psychologa, či situace, kdy tým pracuje s nástroji GAF a HONOS, v nichž je žádoucí, aby se posuzování účastnilo více profesionálů). MZd vyzvalo CDZ, aby zpracovávala evidenci těchto činností jako podklad pro další jednání o financování péče v CDZ, resp. bylo doporučeno evidovat paralelně všechnu činnost, kterou nelze vykázat prostřednictvím kódů aktuálním pro dané období. Bylo také vyjasňováno, jak v systému kódů (vůči zdravotním pojišťovnám) nahlížet na čas strávený administrativními činnostmi, poradami a dalšími formami předávání informací v rámci multidisciplinárního týmu.
7. Bylo identifikováno, že **kód dopravy neúměrně zvyšuje administrativní zátěž** (vyžaduje to vypisovat žádanky na cestu ke klientovi i zpět). MZd potvrdilo, že administrativní zátěž s vypisováním kódu dopravy u CDZ, které má více než 50 % své činnosti vykonávat v přirozeném prostředí, je daleko vyšší než u jiného typu služeb.
8. Bylo identifikováno, že pro personál zajišťující zdravotní služby **není práce v CDZ** v porovnání s nemocničním provozem **finančně motivující**. Jelikož služby CDZ nejsou poskytovány ve směnách, nemohou být zdravotničtí pracovníci odměněni tak, jak byli zvyklí při výkonu práce v psychiatrické nemocnici.
9. Model **dvou organizací jako společného nositele projektu CDZ přináší komplikace** v podobě nevyjasnění kompetencí v rámci vedení týmu CDZ. Každá část zaměstnanců má jiného zaměstnavatele, a tudíž jiné podmínky výkonu činnosti. Nesnadné je také vyjednávání a schvalování některých záležitostí, protože někdy musí projít hierarchií obou organizací, které společně provoz CDZ zajišťují.
10. Přetrvávají nejasnosti ohledně role CDZ při spolupráci s psychiatrickou nemocnicí. Psychiatrické nemocnice mají zpracovány transformační plány, jejichž realizace počítá se zapojením CDZ nebo terénních týmů při propouštění dlouhodobě hospitalizovaných pacientů se SMI (vážným duševním onemocněním). Spolupráce v tomto ohledu ovšem dosud není všude realizována. Chybí partner — koordinátor, který by proces řídil či podporoval. MZd na základě tohoto zjištění doporučilo propojení přes odpovědné pracovníky projektů Deinstitutionalizace a Multidisciplinarita.
11. Vyskytly se těžkosti se zajištěním technického zázemí zdravotnické části (protože nákupy ve zdravotnictví probíhají centrálně): přechodně nebyly k dispozici počítače, telefony aj.

Naplňování cílů projektu na úrovni CDZ

V průběhu realizace projektu se ustavila praxe setkávání zástupců CDZ I a CDZ II a odborných týmů MZd, na kterých byly diskutovány aktuální problémy jednotlivých týmů, problematika vykazování zdravotnických výkonů a byla zde řešena i další témata (např. zakotvení CDZ v novele zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Tato setkání sloužila také jako platforma předávání zkušeností mezi jednotlivými CDZ.

Podstatné je, že realizační tým projektu identifikoval, že jeho úkolem je kromě jiného poskytovat provozovatelům pomůcky, metodické rady, podporovat přenos dobré praxe z jednoho CDZ na jiná



apod. Za tímto účelem byly vytvořené efektivní nástroje komunikace (např. schůzky všech provozovatelů CDZ, monitorovací návštěvy realizačního týmu projektu v jednotlivých CDZ).

Ke stanoveným povinnostem (tj. pravidlům, podle nichž měla CDZ povinnost fungovat), lze konstatovat:

- **Všem CDZ se podařilo sestavit multidisciplinární tým** (dle stanovených úvazků a kvalifikací). v určitých měsících některá CDZ nedosáhla u některých pracovních pozic úvazku dle metodiky, nicméně nikde nedošlo k poklesu úvazků pod hranici, která by byla sankcionovatelná (sankce byla relevantní jen v případě, že počet přepočtených úvazků není naplněn alespoň na 80 %).
- **Všechna CDZ realizovala vzdělávání svých pracovníků.**
- **Všechna CDZ zavedla metodické práce s klienty a navázala pracovní vztahy s praktickými lékaři,** ambulantními psychiatry, lůžkovými psychiatrickými zařízeními, nemocnicemi, úřady, (OSSZ, orgány veřejné správy).
- **Všechna CDZ poskytovala celé definované spektrum služeb** (služby terénního týmu, služby denní péče, služby krizové, služby psychiatrické, služby klinického psychologa, služby psychoterapeutické, podporu svépomocných činností).
- **Všechna CDZ dodržovala principy pro získání klientů do péče na základě cíleného kontaktu** s nemocnicemi, psychiatry, praktickými lékaři, stávajícími zdravotními a sociálními poskytovateli.
- **Limit pro rozsah terénních prací (50 %) nebyl v průběhu realizace projektu dodržen u všech CDZ za všechna sledovaná období.** Někteří provozovatelé dosáhli podílu i nad 80 %, CDZ Praha 9 ovšem oscilovala kolem 50 % a za jedno období vykázala podíl 41 %.
- Ke každému CDZ byla **zřízena Řídící rada** a složení Řídících rad odpovídalo stanoveným podmínkám.

Tabulka 7: Přehled úspěšnosti podpořených CDZ v dosahování cílových hodnot indikátorů za celou dobu pilotního provozu

Název CDZ	Indikátor 60000 ⁹	Indikátor 67001 ¹⁰	Indikátor 67010 ¹¹	Indikátor 62600 ¹²	Indikátor 56102 ¹³	Podíl terénní práce (z celkové práce s klienty)
Havlíčkův Brod	57 (127 %)	13 (118 %)	160 (119 %)	8 (114 %)	1 (100 %)	62 %
ESET	61 (136 %)	14 (127 %)	140 (104 %)	8 (114 %)	1(100 %)	78 %
Přerov	93 (207 %)	12 (101 %)	137 (101 %)	6 (86 %)	1 (100 %)	60 %

⁹ Celkový počet účastníků; cílová hodnota byla 45 účastníků za každé CDZ.

¹⁰ Kapacita podpořených služeb; cílová hodnota byla 11 osob pro každé CDZ.

¹¹ Využívání podpořených služeb; cílová hodnota byla 135 osob pro každé z CDZ.

¹² Účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti; cílová hodnota byla 7 pro každé CDZ.

¹³ Počet nových podpořených informačních a destigmatizačních programů podpory duševního zdraví; cílová hodnota byla 1 na každé CDZ.



Název CDZ	Indikátor 60000 ⁹	Indikátor 67001 ¹⁰	Indikátor 67010 ¹¹	Indikátor 62600 ¹²	Indikátor 56102 ¹³	Podíl terénní práce (z celkové práce s klienty)
Pro Prahu 9	70 (156 %)	13 (118 %)	409 (303 %)	12 (171 %)	0 (0 %) ¹⁴	46 % ¹⁵
Brno	57 (127 %)	15 (136 %)	173 (128 %)	15 (214 %)	1 (100 %)	80 %
Celkem	338 (150 %)	67 (122 %)	1 019 (151 %)	49 (140 %)	5 (100 %)	65 %

Pozn.: Údaj v závorce vyjadřuje míru naplnění cílové hodnoty indikátoru.

CDZ využila poskytnutou dotaci v průměru na 95 %. Detaily obsahuje následující tabulka.

Tabulka 8: Přehled využití dotací jednotlivými CDZ

Název CDZ	Výdaje na zdravotní část CDZ ¹⁶	Míra čerpání dotace na zdravotní část CDZ	Výdaje na sociální část CDZ	Míra čerpání dotace na sociální část CDZ	Míra čerpání dotace za CDZ jako celek
Havlíčkův Brod	6 526 644	89 %	5 212 862	69 %	79 %
ESET	9 351 146	99 %	4 545 097	97 %	99 %
Přerov	9 850 000	100 %	4 996 951	100 %	100 %
Pro Prahu 9	7 401 916	100 %	6 680 446	89 %	95 %
Brno	6 435 484	100 %	8 104 092	96 %	98 %
Celkem	39 565 189	98 %	29 539 449	89 %	94 %

Úprava Standardu péče poskytované CDZ

Závazkem MZd je zajistit do konce realizace projektu změnu Standardu péče poskytované CDZ. MZd formulovalo v žádosti o změnu projektu č. 14 níže uvedené parametry Standardu, u nichž se ukazuje potřeba modifikace:¹⁷

- *Velikost týmů: Při cca 10-11 úvazcích v jednom týmu se v realitě jedná o 15 i více pracovníků (kvůli částečným úvazkům). v případě plných stavů, tedy 20 pracovních úvazků, by pak v týmu bylo 30 i více pracovníků. Ukazuje se, že 15 osob je na hraně počtu osob, které společně mohou pracovat jako funkční tým.*

¹⁴ Pro tento indikátor je uváděna hodnota dle pravidel OPZ. MZd ve svých podkladech pracuje také s vymezením, kdy pro splnění indikátoru (tedy dosažení hodnoty 1) je nutné naplnit podmínku, aby komunikační opatření zasáhla opakovaně v průběhu minimálně 6 měsíců všechny 3 vymezené cílové skupiny ve stanoveném minimálním rozsahu. (Skupinami se rozumí: poskytovatelé a zadavatelé sociálních služeb; poskytovatelé zdravotních služeb a pracovníci veřejné správy působící v oblasti zdravotní politiky; pracovníci CDZ). v případě CDZ pro Prahu 9 došlo k tomu, že pro skupinu „pracovníci CDZ“ u 1 osoby nešlo o opakované „zasazení“ komunikačním opatřením (pouze jednorázové). Při tomto výkladu tedy kvůli nedodržení minima pro skupinu „pracovníci CDZ“ nebyla cílová hodnota dosažena. Tento indikátor je nicméně hodnocen jen na úrovni příjemce, tj. MZd, jeho nenaplnění nemá žádný vliv na plnění cílů, ke kterým se MZd zavázalo.

¹⁵ v tomto případě nebyla dosažena cílová hodnota 50 %, nicméně sankce nebyly relevantní z důvodu, že cílové hodnotě se podařilo přiblížit na více než 85 % (konkrétně je to 93 %). Zpracovatel dále uvádí, že z rozhovorů s realizačním týmem vyplynulo, že vyčíslení podílu terénních služeb je v případě CDZ pro Prahu 9 prováděno (z důvodu rozhodnutí na straně provozovatelů CDZ) způsobem, který vede k nižšímu dosaženému podílu, než kdyby byla aplikována metodika pro stanovení podílu doporučená MZd.

¹⁶ Výdaji se rozumí částka, kterou provozovatel CDZ vyúčtoval MZd a MZd ji schválilo. (Doposud není ukončena administrace kontroly výdajů ze strany ŘO OPZ.) Ve 2 případech došlo k tomu, že provozovatel doložil výdaje v částce převyšující stanovenou dotaci; v těchto případech Zpracovatel do tabulky jako částku výdaje uvedl částku dotace.

¹⁷ Pozn.: Text byl zkrácen Zpracovatelem.



- *Cílové skupiny: u většiny CDZ je až 1/3 klientů, kteří do skupiny SMI spíše nespádají, nicméně velmi z podpory týmu CDZ profitují. Jedná se převážně o krátkodobější, ale komplexní intervence (do měsíce či dvou) a většinou v době dekompenzace stavu či následně po propuštění z hospitalizace. Tuto pomoc ve stávající síti žádná jiná služba není schopna zajistit.*
- *Krizové intervence: Ve Standardu jsou popsány tak, že tým CDZ je provádí pro "své klienty", krizové intervence pro širší populaci jsou určeny pro CDZ k - pro větší spádovou oblast (300 000 obyvatel). Ukazuje se, že se CDZ setkávají s místními potřebami krizových intervencí nejen pro skupinu SMI.*
- *Velikost spádového území: v Standardu se předpokládá spádové území s rozsahem 60 000 - 140 000 obyvatel. Je potřeba zvážit koncept menších spádů, ale větší univerzality. Ke zvážení je i varianta jednoho týmu se sub týmy.*
- *Služby CDZ: Praxe zahraniční i praxe CDZ ukazuje potřebu většího důrazu na způsob práce orientované na zotavení osob s duševním onemocněním. Z toho vyplývá i jiný typ funkce jednotlivých profesí (psychiatr nemá „ambulanci“, ale je zdrojem pro klíčové pracovníky atd.).*
- *Profesní obsazení: Výše úvazků některých profesí (psychiatr, klinický psycholog, pracovník s psychoterapeutickou atestací) se ukazují jako ne zcela funkčně nastaveny. To jak vzhledem k jejich nedostatku na volném trhu práce, tak vzhledem k jejich roli v rámci multidisciplinárního týmu i v porovnání s kvantitativními požadavky v jiných typech péče o duševní zdraví. Zároveň některé profese ve standardu zmíněné nejsou, ačkoliv se ukazuje jejich potřebnost (například střední a nižší zdravotnický personál).*
- *Role CDZ v celé síti služeb: Je zjevná roztržičnost stávající sítě služeb, neefektivnost jejich využívání. Ke zvážení je role CDZ jako filtru (gate keepingu) vstupu do specializované lůžkové zdravotní péče a rezidentní sociální péče, taktéž role CDZ v posílení primární zdravotní péče tak, aby byla schopna kompetentněji hrát významnější roli v péči o duševně nemocné.*
- *Návaznost na multidisciplinární komunitní týmy (pro další věkové, cílové skupiny): děti, osoby pokročilého věku, osoby s adiktologickou a forensní problematikou.*

MZ pro přípravu úpravy využívá A) Pracovní skupinu CDZ (složenou z osob reprezentujících CDZ, jak z hlediska jednotlivých profesí, tak dle jednotlivých geografických a organizačních specifik, a to včetně zástupců klientů a rodinných příslušníků klientů se zkušeností s péčí CDZ); Tato skupina představuje prostor pro diskuzi, sběr poznatků a expertních i praktických zkušeností z již fungujících CDZ. B) Koncepční skupinu (složenou z osob zastupujících reprezentativní vzorek CDZ, ze zástupců relevantních profesních i dalších orgánů a organizací jako např. Sekce psychiatrických sester, Asociace zdravotních sester, Psychiatrická společnost J. E. Purkyně, zástupců sociálních pracovníků, klientských a rodičovských organizací, zdravotních pojišťoven). Tato skupina je při využití podkladových materiálů zpracovaných Pracovní skupinou CDZ odborně zodpovědná za revizi stávajícího Standardu a vytvoření návrhu nového znění (včetně potřebných legislativních úprav).

Současně platí, že koncepční materiály jsou průběžně konzultovány s Odbornou radou a Výkonným výborem Reformy psychiatrické péče, které budou finální výstup také schvalovat.

V době vydání této zprávy byly práce na úpravě Standardu postupně finalizovány. Dle informací, které zpracovatel měl možnost získat ze strany členů realizačního týmu, se podařilo do Standardu zapracovat několik zásadních skutečností, které jsou probírány i v této zprávě. Jde např. o:

- **ve Standardu se nově uvažuje logikou funkcí, nikoliv logikou úvazků**
- **jsou popsány vývojové fáze CDZ včetně vývoje multidisciplinárního týmu**
- **byla zavedená startovací podoba CDZ v podobě úvazků 4:4 (zdravotní : sociální část) – do pěti let se takové CDZ musí transformovat do podoby 8:8. Nicméně pokud tak neučiní, budou muset snížit svoji spádovost na hodnotu menší, než je 100 000 obyvatel.**



Shromažďování dat a kvantitativní evaluace

Jako významný prvek v rámci projektu je třeba uvést také zpracování koncepce shromažďování dat pro evaluaci provozů CDZ, což představovalo velmi složitý úkol. v počátcích plnění této aktivity byla nejprve zpracována analýza vstupních dat. Následně došlo také k zapojení Úřadu pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ), aby došlo k verifikaci, že systém není v rozporu s principy nakládání s osobními údaji. (Bohužel tímto krokem vzniklo přibližně půlroční zpoždění.) Data pro evaluaci CDZ jsou sbírána prostřednictvím 3 základních cest:

1. CDZ naplňují prostřednictvím webové aplikace RedCap některé údaje přímo do Centrální databáze dat spravované Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Struktura takto sbíraných dat obsahuje jednak základní popisné parametry CDZ (personální kapacity CDZ) a pak informace o práci s klienty před jejich přijetím do péče a informace o souhrnu sociální práce s anonymními klienty/pacienty CDZ.¹⁸
2. Sběr údajů o klientech probíhá prostřednictvím odesílání datových dávek zdravotním pojišťovnám, které je pak následně předávají do Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS) spravovaného ÚZIS.
3. Dále jsou pro evaluaci vytěžována další data dostupná v NZIS (a to především v NRHZS, případně v registru LPZ - Listů o prohlídce zemřelého), která se týkají zdravotní historie klientů CDZ. Využíváno je anonymní napojení na datové sady sbírané v CDZ.

Propojení dat s historií čerpání veškeré zdravotní péče pacientů/klientů před, během i po vstupu pacienta do služby CDZ umožňuje komplexní vyhodnocení dopadu CDZ na zdravotní situaci pacientů/klientů. Nevýhodou ovšem je, že od odeslání dat z CDZ trvá až 6 měsíců než data doputují do NRHZS. Teprve poté je možné data kontrolovat a analyzovat. Kontrola dat (zda jsou úplná a odpovídají evidenci vedené v CDZ) se navíc ukázala jako poměrně složitá. Některá CDZ měla technické problémy s reportingem dat, protože jejich software nedokázal provést úpravy, které by umožnily zasílání požadovaných dat. u těchto organizací bylo třeba technické asistence pracovníků ÚZIS. Finálně ovšem sběr dat začal fungovat. ÚZIS již publikoval první vyhodnocení fungování 5 CDZ v rámci skupiny CDZ I, výstupy jsou k dispozici na stránkách Národního portálu psychiatrické péče (<https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/registr-cdz/#k01>). Do konce projektu – tj. do června 2021 dojde k vydání interní evaluační zprávy, v níž budou již zpracována kompletní data včetně vhodného využití kontrolních skupin a výzkumných hypotéz. Dle informací platných v době vydání této zprávy by nemělo nic ohrozit dokončení této klíčové aktivity.

Aktivity destigmatizace

V oblasti informování, komunikace a destigmatizace, kterou zajišťuje MZd, lze také identifikovat zpoždění oproti plánu projektu. Součástí projektu bylo v rámci KA 3 také realizace destigmatizačních seminářů a vytvoření destigmatizačního videa. Dodavatel destigmatizačních seminářů a také dodavatel destigmatizačního videa byli v zadávacím řízení vybráni až na přelomu let 2019 a 2020

¹⁸ „V této části je evidována práce s klienty/pacienty, kteří si zvolili anonymní režim poskytování sociální služby, na což mají právo podle zákona o sociálních službách. Anonymita se ovšem týká pouze sociální části CDZ. Pracovníci zdravotní části CDZ jsou povinni reportovat o těchto klientech/pacientech standardním způsobem s výjimkou souhrnné informace o poskytování sociálních služeb za uplynulé období. Objem této sociální práce s klienty/pacienty se reportuje v souhrnu za celé CDZ.“ Citováno dle Projektové dokumentace IS pro psychiatrickou péči poskytovanou multidisciplinárními týmy, ÚZIS, 2018.



a jejich zapojení do projektu tak začalo probíhat až v prvním pololetí 2020. Do realizace seminářů navíc zasáhla epidemie COVID-19, která neumožnila 2 z celkových 5 seminářů uskutečnit v plánovaných termínech (jaro 2020), což si vyžádalo nutnost smluvně upravit vztah se zapojeným externím dodavatelem (prodloužení smlouvy). Poslední dva semináře se nakonec podařilo uskutečnit v září 2020, podařilo se tedy i naplnit celkový počet účastníků.

Kromě toho vznikly 3 brožury: Malý průvodce Centry duševního zdraví (základní příručka, ve které je popsáno, co je cílem Center duševního zdraví, jak mají být personálně zajištěna či jaké služby poskytují), Příručka jazyka zotavení (brožura si dává za cíl zaměřit se na téma zotavení (recovery) z hlediska jazyka), Informační příručka pro pracovníky v pomáhajících profesích – Základní principy jednání s lidmi s duševním onemocněním (nejen) v případě krize (v této brožuře je popsáno Desatero komunikace s lidmi s duševním onemocněním a uvedené příklady z praxe, jak mají pracovníci zdravotnických zařízení komunikovat s lidmi s duševním onemocněním). Každá z brožur byla vytištěna v nákladu 200 kusů. Tyto sady byly předány provozovatelům CDZ. Na webových stránkách Reformy psychiatrické péče (<https://www.reformapsychiatrie.cz/>) byly dále dle plánu zveřejněny kazuistiky zaměřené na klienty CDZ.

Destigmatizační video bylo dodáno, ale ze strany výkonného výboru bylo považováno za spíše stigmatizační (dáno výběrem klienta dodavatelem) a tedy neprezentovatelné. Bylo rozhodnuto o tom, že místo videa bude na stránkách Reformy zveřejněn kvíz, který mohou návštěvníci stránky vyplnit a získat tak informace, které osoby s duševním onemocněním destigmatizují. Ten je v čase sepsání této zprávy stále funkční.

4.1.2 Harmonogram (časový rámeček) projektu

Datum zahájení realizace projektu dle právního aktu o poskytnutí podpory z OPZ na projekt je 1. 2. 2017, nicméně v praxi během února 2017 práce na projektu neprobíhaly z důvodu zpoždění v sestavení realizačního týmu projektu. MZd s ŘO OPZ v květnu 2017 dojednalo prodloužení realizace celého projektu o 1 měsíc, následně (v srpnu 2018) byla podána žádost o změnu projektu, na základě které ŘO OPZ **souhlasil s prodloužením realizace KA1 o 1 rok**. Žádost o změnu č. 14 z května 2020 pak přinesla prodloužení realizace projektu jako celku do června 2021, tj. prodloužení o 1 rok. Prodloužení se týká všech dosud běžících aktivit, přičemž v detailu aktivit v rámci nastaveného času MZd předpokládá zajistit:

- KA2: Změna Standardu péče poskytované v Centrech duševního zdraví;
- KA4: Dokončení interní (kvantitativní) evaluace i evaluace externí

Tabulka 9: Skutečný harmonogram realizace projektu

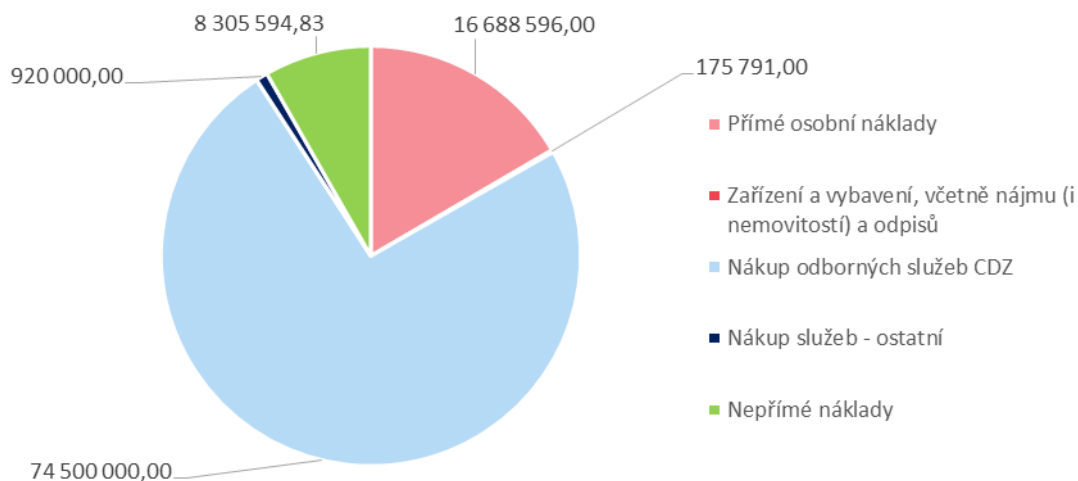
	2/2017	7/2018	6/2021
KA1 výběr poskytovatelů			
KA2 fungování CDZ			
KA3 informovanost			
KA4 evaluace			



4.1.3 Rozpočet projektu a čerpání podpory

Celkový rozpočet projektu činí 100 589 981,83 Kč. Prostředky jsou z cca 77,56 % hrazeny z Evropského sociálního fondu, zbylá část je financována ze státního rozpočtu ČR.

Graf 1: Základní struktura rozpočtu projektu (v Kč) dle vydaného právního aktu o poskytnutí podpory z OPZ

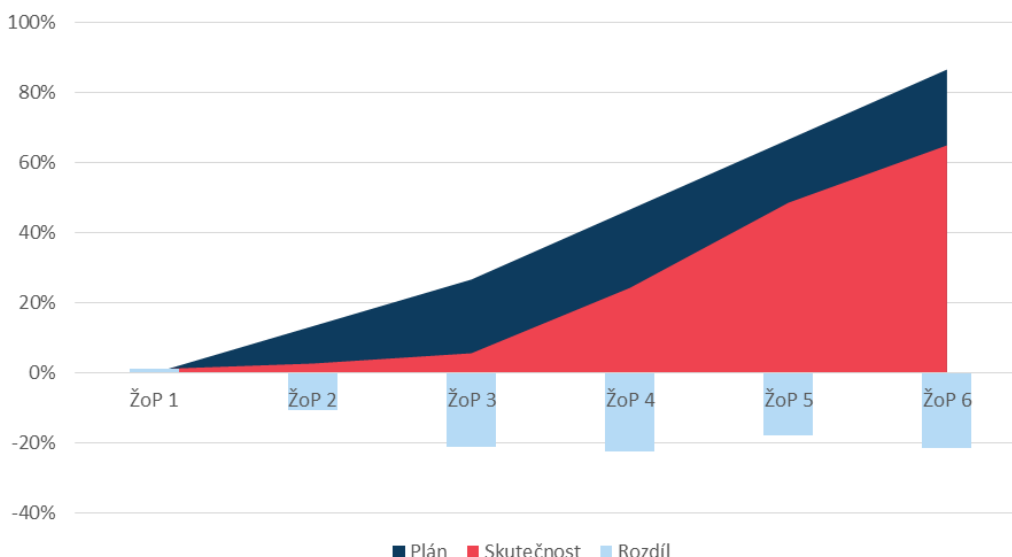


Aktuální rozpočet projektu se shoduje s tím, jak byl rozpočet naplánovaný. Odlišnost představuje pouze přesun částky 5 347,50 Kč z kapitoly „Přímé osobní náklady“ na výdaje v rámci „zařízení a vybavení“. Přesunovaná částka představuje pouze 0,005 % rozpočtu projektu.

V současné době realizační tým projektu řeší neschválení částky ve výši 1,3 mil. Kč ze strany ŘO OPZ. Ten uvedenou částku označil za nezpůsobilou. Šlo o finance, které jednotlivá CDZ vykazaly, a které ŘO označil jako nezpůsobilé výdaje z toho důvodu, že šlo o „nákup materiálů před koncem pilotního provozu“. v tomto ohledu MZd s rozhodnutím nesouhlasí a v současné době situaci řeší.



Graf 2: Porovnání plánu a skutečného tempa čerpání podpory (v % z celkového rozpočtu)



Graf zobrazuje kumulovaný objem vyčerpané podpory (v % z celkového rozpočtu) za dosud zadministrované žádosti o platbu oproti původně plánovanému čerpání podpory. Pod hlavní vodorovnou osou je zachycen rozdíl mezi plánem a skutečností.

Je patrné, že skutečné tempo čerpání bylo v prvních 3 monitorovacích obdobích výrazně nižší, než se původně předpokládalo. Příčinou je zpoždění v zahájení provozu pilotních CDZ, a to zejména z důvodu, že provozovatelé center nebyli vybíráni prostřednictvím veřejné zakázky, jak projekt původně předpokládal, ale vzešli z dotačního řízení. Příprava a provedení dotačního řízení si vyžádaly více než 1 rok času. Zatímco plán předpokládal, že po 1. roce realizace (tedy v žádosti o platbu č. 2) už budou dokladovány výdaje za CDZ, z grafu je patrné, že až do žádosti o platbu č. 3 se výdaje pohybují jen v nízkých částkách (zahrnují pouze výdaje na straně MZd) a teprve od žádosti o platbu č. 4 dochází k vykazování výdajů za jednotlivá CDZ. Platí ovšem, že jakmile byla CDZ spuštěna, tempo čerpání pokračuje podle plánu (tj. rozdíl mezi plánem a skutečností se od tohoto okamžiku nezvyšuje).

Výraznou roli v tomto parametru ovšem hraje také změna v pravidlech OPZ, ke které došlo až poté, co byl projekt připraven a MZd předložilo žádost o podporu na projekt na ŘO OPZ. Pravidla OPZ v době přípravy projektu umožňovala, aby realizátoři projektů zařazovali do žádostí o platbu i výdaje, které uhradili jakožto zálohy svým dodavatelům (příp. jiným subjektům, v případě tohoto projektu by se jednalo o prostředky poskytnuté provozovatelům CDZ), k nimž ovšem ještě neexistuje „protiplnění“ (tj. není k dispozici zúčtovací faktura, resp. v případě CDZ není k dispozici vyúčtování výdajů financovaných z těchto „zálohově“ poskytnutých prostředků). ŘO OPZ při vymezování pravidel pro výdaje v rámci žádostí o platbu navazoval na předchozí programová období (tj. zachoval aplikovanou praxi), ovšem v roce 2017 muselo kvůli auditnímu zjištění Evropské komise dojít ke změně v tomto parametru. Bylo zavedeno, že do žádostí o platbu není možné zařazovat zálohové úhrady, k nimž ještě není k dispozici vyúčtování. Jedná se o změnu, kterou MZd nemohlo v době přípravy plánu harmonogramu čerpání předpokládat.¹⁹

¹⁹ Dle pravidel OPZ se změna vztahuje na projekty, na které byl právní akt o poskytnutí podpory z OPZ vydán 1. 5. 2017 či později (mezi něž projekt CDZ I nespadá), nicméně za účelem sjednocení přístupu u projektů CDZ I a CDZ II bylo přistoupeno k aplikaci pravidla i na projekt CDZ I.



V kontextu průběhu čerpání podpory z OPZ v čase je nutné upozornit na milník projektu, který ŘO OPZ stanovil pro MZd v právním aktu o poskytnutí podpory z OPZ na projekt. Tento milník byl stanoven jakožto minimum vyčerpané podpory (konkrétně 35 mil. Kč) do konce října 2018. Cílem tohoto ustanovení bylo zajistit, aby MZd usilovalo projekt realizovat (věcně i finančně) v předpokládaném harmonogramu. Nesplnění milníku znamenalo dle právního aktu předčasné ukončení realizace projektu, tj. ukončení podpory z OPZ. Původní závazek tedy předpokládal vyčerpat 35 % přidělené podpory v čase odpovídajícím cca 45 %²⁰ délky realizace projektu. s ohledem na komplikace a zpoždění v realizaci projektu, které nastaly (a jsou popsány v rámci kap. 4.1.2.1), vyjednálo MZd s ŘO OPZ nejprve snížení rozhodné částky na 22,5 mil. Kč (tj. 22,5 % přidělené podpory) a posun termínu o 2 měsíce (tedy v okamžiku uplynutí 50 % doby realizace projektu). Změna v pravidlech, která znemožnila uplatnit v žádostech o platbu předkládaných ŘO OPZ zálohové platby poukázané CDZ, pokud k nim ještě není k dispozici zkontrolované vyúčtování, si následně vynutila ještě jednu úpravu milníku. ŘO OPZ souhlasil s tím, že byla ponechána rozhodná částka (22,5 mil. Kč), ale rozhodný okamžik byl upraven na 30. 6. 2019 (tj. k okamžiku uplynutí 65 % doby realizace projektu²¹). Ačkoli se podařilo snížit a posunout milník v čase, představovalo toto pravidlo pro MZd významné riziko. Změny v nastavení milníku tedy měly pro projekt zásadní důležitost.

4.1.4 Výstupy a výsledky

Provozovatelé CDZ předávali MZd v každé zprávě o realizaci pilotního provozu CDZ informace o jimi dosažených hodnotách indikátorů. Kromě toho předávali přehledové tabulky s dalšími podrobnostmi, v nichž MZd kontrolovalo, zda vykázané hodnoty sledovaných indikátorů byly stanoveny správně. (Tabulky obsahují např. přehledy vzdělávacích akcí, jichž se účastnili pracovníci CDZ, včetně hodinové dotace pro každou akci.)

Na úrovni zpráv o realizaci projektu jako celku, tj. ve zprávách, které předává MZd ŘO OPZ byl pokrok na úrovni indikátorů reportován až do zprávy č. 6 pouze částečně. MZd k tomu na ŘO OPZ předalo informaci, že v průběhu realizace projektu se upřesňoval způsob zpracování informací a výstupů pro různé účely a že „*konečný stav monitorovacích indikátorů bude zřejmý až na konci projektu*“. Šlo nicméně o okrajový problém, a v současné době jsou již veškeré informace kompletní.

Jako nejvíce problematický se ukázal indikátor 67010-Využívání podpořených služeb, kdy různá CDZ přistupovala k výkladu definice různě. Jakmile byl problém identifikován, zajistilo MZd ve spolupráci s provozovatelem CDZ nápravu spočívající v komunikování správného přístupu k indikátoru a také k opravě dosažených hodnot.

Jistou komplikací představovalo také, že u indikátoru 62600-Účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti se v definici hovoří o „potvrzení o kvalifikaci“ neboli „testování účastníků“, tj. osoba musela být na vzdělávací akci testována z nabytých znalostí, a pokud tomu tak nebylo, není možné tuto osobu (resp. hodiny strávené na vzdělávací akci) do hodnot daného indikátoru zohlednit. Některá CDZ musela upravit svoje koncepce vzdělávání pracovníků. Nicméně pro všechna podpořená CDZ platí, že

²⁰ Protože pro milník je relevantní schválená vyúčtovaná podpora, Zpracovatel při výpočtu vyhradil 3 měsíce na kontrolu vyúčtovaných výdajů.

²¹ Teprve dodatečně (v červnu 2020) došlo k prodloužení doby realizace projektu do 30. 6. 2021.



možnost zvýšit si kvalifikaci byla velmi vítaná jak pracovníky v sociálních službách, tak také ze strany zdravotního personálu CDZ.

Od zprávy o realizaci projektu č. 7 je ovšem reportování dosažených hodnot monitorovacích indikátorů (v rámci skupiny indikátorů, k nimž byla pro MZd stanovena závazná hodnota) úplný.

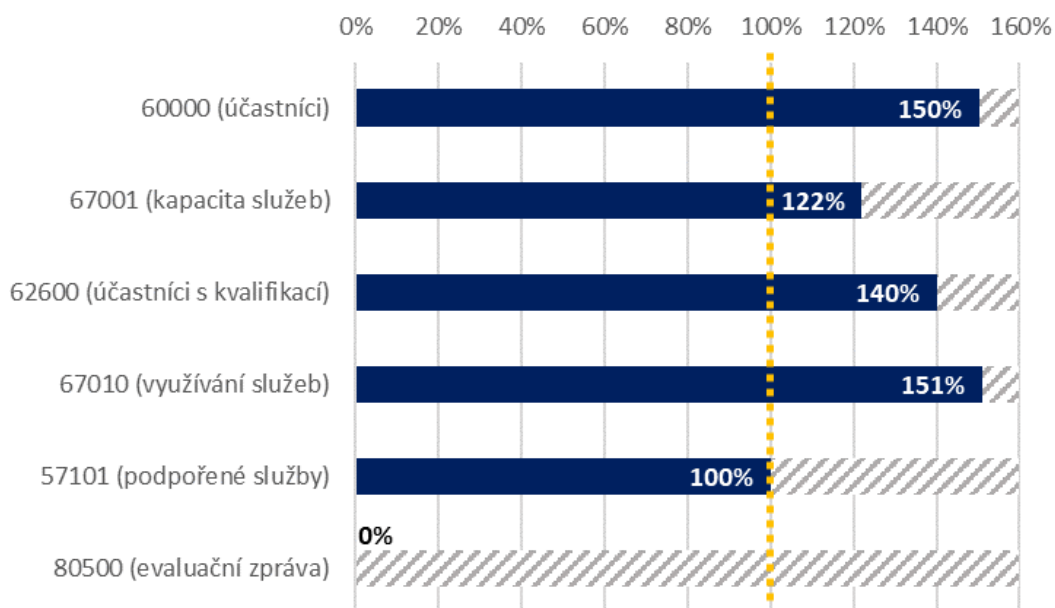
Tabulka 10: Hodnoty indikátorů

Kód	Název	Cílová hodnota	Popis cílové hodnoty	Aktuálně dosažená hodnota ²²
56102	Počet nových podpořených informačních a destigmatizačních programů podpory duševního zdraví	7	- 5 destigmatizačních programů za každé CDZ, - obecný program MZd, - tematický program.	5
60000	Celkový počet účastníků	225	Jde o všechny osoby, které čerpaly podporu v rámci pilotního provozu CDZ. Podporou se rozumí účast na vzdělávání a/nebo přímé čerpání služeb CDZ v celkovém rozsahu nad 40 hodin.	338
62600	Účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti	35	Odborný personál CDZ se účastnil odborného vzdělávání ke zvýšení kvalifikace. Za podpořeného účastníka je považován účastník, který absolvoval minimálně 40 hod. vzdělávání a má certifikát o absolvování. Předpokladem bylo 7 podpořených osob/CDZ, celkem tedy 35 osob.	49
57101	Počet podpořených služeb uvedených ve Strategii reformy psychiatrické péče	35	Strategie reformy psychiatrické péče má 4 základní pilíře, z toho jeden je vznik CDZ. Každé CDZ mělo za úkol podporovat 7 služeb uvedených ve Strategii, tzn. že v rámci projektu mělo být podpořeno 35 služeb.	35
67001	Kapacita podpořených služeb	55	Kapacita služeb a programů CDZ byla vyčíslená jako maximální počet osob, kterým může být služba v dané chvíli poskytována. Vycházela z kapacity personálního obsazení multidisciplinárního týmu.	67
67010	Využívání podpořených služeb	675	Počet osob, které využily služeb CDZ během realizace pilotního provozu CDZ. Jde o pacienty/klienty, kteří využili jakoukoli službu bez ohledu na míru rozsahu poskytované služby. Každá osoba se započítává pouze jednou.	1 019
80500	Počet napsaných a zveřejněných analytických a strategických dokumentů (vč. evaluačních)	1	Závěrečná evaluační zpráva projektu.	0

²² Dle zpráv o realizaci projektu schválených ŘO OPZ, tj. do 16. 10. 2020.



Graf 3: Porovnání závazných cílových hodnot indikátorů projektu a dosažených hodnot





5 Zpráva o dopadové evaluaci

5.1 Evaluační otázka 1: Jak klienti/pacienti hodnotí poskytování péče, co se pro ně změnilo zavedením CDZ?

Odpověď na evaluační otázku

V průběhu evaluace měl zpracovatel možnost hovořit (osobně či telefonicky) s více než 20 klienty CDZ z různých regionů a s různými diagnózami. Klienti byli vybíráni ve spolupráci s CDZ především na základě ochoty bavit se s externím tazatelem a také na základě současné zdravotní situace. Cílem rozhovorů bylo především zachytit změnu, kterou CDZ do života klientů přineslo.

Jaké typy změn se tedy podařilo zaznamenat? Ve schématu níže jsou klíčové dopady shrnuty do sedmi klíčových aspektů. Je nutné poznamenat, že ne všechny dopady lze automaticky aplikovat na všechny typy klientů využívající služeb CDZ.



„Klienti CDZ nejsou typičtí klienti ambulance klinického psychologa, protože lidé z tohoto diagnostického okruhu běžně na psychoterapii nechodí. To tedy vnímám jako bonus.“ Zástupce psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 26. 6. 2020

U CDZ je klíčové především to, že klienti jsou s pracovníky CDZ ve **velmi intenzivním kontaktu**. Díky tomu si pracovníci CDZ a klienti poměrně **rychle vytváří vzájemnou důvěru**, díky níž je následně možné pomáhat klientovi s realizací dalších aktivit překonávajících obtíže nemoci.

Klienti jsou s pracovníky CDZ v kontaktu s poměrně velkou pravidelností; **obvykle jednou týdně**. Pro většinu z oslovených klientů to znamená výrazné zintenzivnění kontaktu s odborníky, neboť před CDZ obvykle docházeli klienti do klasické psychiatrické ambulance jen jednou za 2–3 měsíce, pokud vůbec. Jen menší část oslovených využívala před CDZ i nějakých sociálních služeb. Stejně tak bylo pro klienty velmi náročné využívat služeb psychologa, které jsou v řadě regionů nedostatečně kapacitně zastoupeni.



„Býval jsem někdy oddělený od reality. Nedokázal jsem pochopit normální procesy, oddalovalo mě to od normálních vztahů a normálního prožívání. Dopad na rodinu byl těžší, byl tam rozvod. (...) Dostávám od nich (CDZ) kdykoli podporu a vidím tam jistotu, že mě nezradí. Teď už to tolik nepotřebuji, dřív to byl jednou týdně, teď už zřídka. Klient CDZ Brno, rozhovor ze dne 29. 1. 2021.

S tím, jak se klienti s pracovníky CDZ vlivem pravidelného kontaktu dobře znají, přichází i tendence klientů **nebát se hovořit o záležitostech, které by jinak neměli potřebu** např. při běžné kontrole u lékaře zmiňovat. Což zase jen pomáhá k tomu individualizovat přístup ke klientovi a nastavit spolupráci tak, aby byla co nejefektivnější. a např. tak pomoci zajistit službu, kterou klient shání, a to službu jak zdravotně-sociálního typu (např.

Co na CDZ nejvíce oceňujete? „Že mi naslouchají. Že vidím tváře. Hlavní je, že tu někdo povídá, moc ráda slyším hlasy lidí a dělá mi to dobře.“ Klient CDZ Přerov ze dne 24. 6. 2020

sociální rehabilitace, poradna pro nezaměstnané), tak službu volnočasovou (výuka němčiny).

V praxi tato intenzivní spolupráce znamená, že si klient udržuje pravidelný kontakt i s dalšími lidmi

„Než jsem přišla do CDZ, žila jsem v hrozném strachu, protože ty hlasy mi i vyhrožovaly. Dokonce, když jsem se začala bavit tady s lidmi v CDZ, tak mi ty hlasy vyhrožovaly, ať nic neříkám. Teď už se nebojím a cítím podporu. Taký se mi moc líbí, jak pracují, že jsou mediátoři a se vším mi hned pomůžou.“ Klient CDZ Praha 9, rozhovor ze dne 27. 7. 2020.

mimo svoji rodinu – a **tedy se socializuje**. Tato praxe se ukazuje jako přínosná; uzavření se a neschopnost účastnit se společenského života je totiž běžným praktickým (sociálním) dopadem duševního onemocnění, který těmto lidem ještě více zabrání v tom se s nemocí zdárně vypořádávat. Socializace v tomto případě ale neznamená jen kontakt s pracovníky CDZ, ale také s lidmi řešící podobné

problémy, např. při společných aktivizačních setkáních. v některých CDZ (např. v Přerově) se z těchto setkání vytvořila neformální skupina, v níž si klienti čas organizují sami nebo s pomocí pracovníka CDZ (nejčastěji peera nebo sociálního pracovníka), např. v podobě setkávání se na bowlingu, výletech do přírody apod. I v časech pandemie COVID-19 hrálo CDZ u klientů důležitou roli, byť došlo v mnoha případech k přesunutí konzultací do online podoby²³. Je samozřejmě relevantní otázkou ptát se, zda může CDZ začlenit v rámci aktivizace klienta do společnosti, nebo zda se jedná jen o vytvoření „umělé společnosti“, respektive „sociální bubliny“. Zaznamenali jsme, že toto do jisté míry souvisí s **vybaveností regionu a s nabídkou služeb** (nejen služby v oblasti sociální, ale i v oblasti volnočasové, jako jsou knihovny, akce, sportovní vyžití), které mohou lidé s duševním onemocněním v daném místě využívat. v regionech majících menší vybavenost tohoto typu mají klienti větší tendenci vytvářet vlastní (uzavřené) zájmové skupiny (společně se chodí na výlety, společně se chodí na bowling apod).

„Vznik CDZ přinesl určité zázemí. Vím, že tam můžu přijít, když mi bude špatně, když potřebuju mluvit s nějakými lidmi. Ale já vyhledávám kontakt spíš se zdravými lidmi, proto tam chodím málo.“ Klient CDZ Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 16. 6. 2020.

Zatímco přístup ke klientovi v podobě pravidelných návštěv (v terénu nebo v ambulanci) zaměřených na kontrolu jeho zdravotní a psychické situace je napříč CDZ podobný, v průběhu evaluace jsme vysledovali **dva různé přístupy k zajištění dalších navazujících aktivit ze strany CDZ**:

- V regionech s vysokou vybaveností služeb (Praha) CDZ mnohem častěji působí jako **koordinátor aktivit**, kdy klientovi pomáhá navázat kontakt s dalšími službami

²³ Tam, kde to bylo nutné, byl zachován osobní kontakt, např. kvůli potřebě pravidelně medikace klienta.



- V jiných regionech, kde je vybavenost služeb spíše menší (Havlíčkův Brod, Přerov), CDZ mnohem častěji funguje jako organizátor aktivit návazného charakteru (setkávání klientů i rodinných příslušníků, volnočasové skupiny apod.)

Pokud se tedy CDZ odlišují v tom, kolik času věnují konkrétnímu klientovi, je tento rozdíl primárně způsoben přístupem k navazujícím aktivitám.

„Vždycky na mě mají čas, když potřebuju cokoli. Všichni také umějí naslouchat, což je hodně důležité.“ Klient CDZ Praha 9, rozhovor ze dne 29. 10. 2020.

Druhým klíčovým rozdílem, podle kterého se odlišuje přístup ke klientům, je **míra jejich samostatnosti**. Zatímco u relativně samostatných klientů se v mnohem větší míře řeší záležitosti jako socializace, hledání práce – jinými slovy rozvojové aktivity, u klientů nesamostatných převládá – samozřejmě vedle zajištění uspokojivého zdravotního stavu – pomoc se zajištěním základních záležitostí – učení návyků, samostatnost a s tím související snížení zátěže na další rodinné příslušníky.

Co se díky tomu, že jsem začal chodit do CDZ, změnilo? „Mám lepší režim. Třeba dopoledne je lepší než, kdybych třeba doma jen ležel nebo tak něco...“ Klient CDZ Přerov ze dne 24. 6. 2020

Řada Klientů otevřeně přiznala (a v mnoha případech jejich rodinní

„Ze začátku jsme trénovali třeba jenom, že mám přijet do Brodu, nácvik cesty, abych to zvládl. Měl jsem úplně panickou hrůzu jet sám vlakem, autobusem...“ Klient CDZ Havlíčkův Brod ze dne 16. 6. 2020

příslušníci nezávisle na sobě potvrdili), že CDZ jim pomohlo také v zajištění pravidelnosti. Díky CDZ **pravidelně vstávají, na setkání s lidmi v CDZ se všeobecně těší, jsou tedy ochotni do CDZ pravidelně docházet**. To samo o sobě přináší další pozitivní dopady např. v podobě zvýšené motivace dělat i další věci (např. domácí práce nebo cestovat sám hromadnou dopravou). Přínos v podobě pravidelnosti

tedy nelze chápat jen jako zajištění určité pravidelnosti aktivit, ale také pomoc ve vytváření rutiny – a to v dobrém slova smyslu. Tedy motivovat klienty dělat činnosti, které většina společnosti bez obtíží a bez většího přemýšlení denně realizuje.

Jaké služby související s jejich zdravotní situací klienti vedle CDZ využívají?

Praktický lékař	Sociální rehabilitace
Ambulantní psychiatr	Denní stacionář
Další zdravotnické služby týkající se zdravotního stavu klienta	Další sociální poradenství
Psychiatrické zařízení	Psycholog



Pokud klienti před spoluprací s CDZ nevyužívali žádných jiných

„Kontakt přišel přes městskou část, kde sice byli milí a snažili se pomoci, ale byli schopní mi pomoci jen omezeně a hlavně vůbec neřešili to, že prostě někdy není možné chovat se tak, jak potřebují, abych nedělal problémy. Sestřička z CDZ mi hodně pomohla. Bylo vidět, jak už ví co a jak běží a vlastně všechno co mi řekla jak bude probíhat, tak bylo...“ Klient CDZ ESET, rozhovor ze dne

služeb s výjimkou návštěv lékařů (či psychologů), CDZ pro ně bylo nové především v tom, že jim **přineslo kontakt s vysokou pravidelností**. Tak často přitom ostatní aktivity realizovány nikdy nebyly. Pokud již klienti dříve využívali některých sociálních služeb – pro osoby s duševním

onemocněním je častá zejména sociální rehabilitace nebo denní stacionář – tito klienti již měli díky sociální službě zkušenosti s pravidelným režimem. CDZ v jejich případě oproti klasické sociální službě navíc **přineslo terénní formu setkávání**, tj. návštěvy v klientově bydlišti. Ať tak nebo tak, koncept CDZ přináší zcela nový přístup k těmto klientům, a z realizovaných šetření jasně vyplynulo, že CDZ do života klienta přineslo změnu, kterou nelze srovnávat s žádnými předchozími zkušenostmi. Otázkou nicméně zůstává, zda má mít spolupráce s CDZ „průtokový“ charakter (tzn. spolupráce je časem ukončena), nebo zda klienti zůstávají v péči CDZ dlouhodobě a mění se pouze intenzita podpory ze strany CDZ.

Jak se klienti k CDZ dostali?

Pracovníci CDZ jej kontaktovali při pobytu v psychiatrickém zařízení

Na doporučení od svého ambulantního psychiatra nebo praktického lékaře

K CDZ se klient dostal vlastním způsobem, např. vyhledání na internetu

Syn má díky CDZ program

„Ze začátku jsme nevěděli, co to je za nemoc. Byl tam nějaký náznak toho, že je psychicky nemocný, ale ještě se nevědělo, jak. Takže začal chodit do Psychosociálního centra. Ze začátku jsme se s jeho tatínkem, se kterým jsme se už dříve rozvedli, dohodli – protože už je v důchodu a syn potřeboval nějakou celodenní péči nebo nějaký dohled – že to zvládnou doma sami. Já chodím ještě do práce. Potom asi po dvou měsících se to srovnalo, dostal nějaké léky, nicméně se mu ta nemoc zase začala projevovat, protože léčebný režim nedodržoval. Na tom začátku jsme tedy jiných služeb tolik nevyužívali. Takže se mu to vrátilo a pak byl chvíli v léčebně v Kroměříži. No, a když se odtamtud vrátil, tak už jsme naplno využili toho, že v tom Psychosociálním centru je denní stacionář, kam chodil 3 měsíce v kuse vlastně 2 roky po sobě. No a teď už se naplno přesunul do CDZ. Mně to maximálně vyhovuje, protože tím, že chodím do práce a oni tady mají nějaký program, tak se do toho zapojuje. Navíc tam je i zpětný kontakt, že třeba sestřičky zavolají, když se tady neobjevil včera, měl jít hrát nohejbal, na který se přihlásil, ale zaspal to. To je taky fajn, že tam je ta zpětná vazba a že mají zájem a chtějí vědět, jak na tom jejich klient je. Já jsem spokojená, protože vím, že podle toho, jak si to nastaví, nechodí třeba úplně každý den, ale zúčastňuje se aktivit, a toho všeho a vím, že dopoledne má vyplněné.“

Dle vyjádření pracovníků CDZ lze říci, že zastoupení klientů, kteří jsou na jedné straně kontaktováni při pobytu v psychiatrickém zařízení, a na druhé straně těch, kteří přijdou na doporučení svého lékaře či ze své vlastní iniciativy, je relativně rovnoměrné. Způsob, jak se k CDZ klienti dostali, dle zjištění evaluace **nehraje roli v míře spokojenosti klienta**. Mnohem podstatnější je v tomto ohledu způsob, jak dobrovolná je spolupráce mezi CDZ a klientem. Je samozřejmé, že spolupráce může probíhat jen se souhlasem klienta, v mnoha ohledech se ale může stát, že klient spolupráci na doporučení přijme, i přes to, že sám tak výrazný zájem o spolupráci s CDZ nemá. u těchto klientů je dle pracovníků CDZ potřeba klást při prvních setkáních důraz na vnitřní motivaci klienta a vhodně jej informovat o všech možnostech, které CDZ nabízí. Vzhledem k odlišnosti služeb CDZ od dosavadních zkušeností klientů se motivace ve většině případů daří.



Jak to přišlo?

(...) „Na základce to bylo všechno v pohodě, pak jsem přešel na střední školu. Protože mě bavilo kreslit, tak jsem šel na stavebku a tam už mi začalo být jakoby hůř. Byl jsem pedant. Já jsem třeba rýsoval do 3 hodin do rána, někdy i do 5. Kolikrát se stalo, že jsem vůbec nešel spát. a už tam vznikaly kořeny toho, že mi prostě nebylo dobře. Ale nějak jsem to ustál. Ve druháku jsem tam na svoji žádost skončil a pak jsem přešel na další školu, kde to bylo docela v pohodě. Pak byly nějaký rozchody, skoro ve všech případech to bylo z mé strany, protože jsem se prostě cítil divně, kdybych to měl popsat. Vždycky to bylo bez nějakého vnějšího podnětu a jen z mé hlavy, že jsem si říkal třeba, že si nikoho nezasloužím. Střední školu se mi ale podařilo dokončit, s maturitou. a pak jsem šel na vyšší školu. v té mojí hlavě jsem měl představu, že to stojí hodně peněz, že na to rodiče nemají, i když na to měli, ale já jsem si to v hlavě prostě tak nastavil, že musím jít vydělávat. Takže jsem tu vyšší školu dělal asi jen půl roku. v roce 2004 jsem nastoupil do zaměstnání. Nejdřív to jakžtakž šlo, i když tu práci jsem si teda tahal domů, pořád jsem přemýšlel, jestli jsem to dobře udělal, jestli jsem to nezvorál, hůř jsem spal a pak už to mělo rychlý spád. Ve firmě se navyšovaly nároky a já jsem se tak nějak vnitřně rozkládal a přestával jsem to tam zvládat, takže jsem to řešil asi tím nejhorším způsobem, a to alkoholem. Většinou po práci jsem se stavil do hospody, ale samozřejmě druhý den mi bylo hůř. a ke konci už to bylo i před prací jedno pivo. a od roku 2011 už se oficiálně léčím. To jsem byl tak nějak donucený sám sebou a taky ostatníma navštívit odbornou pomoc. Šel jsem na vyšetření a ta diagnóza zněla neúprosně, to mě teda potom skolilo úplně. To byla paranoidní schizofrenie. a v roce 2015 byla první a snad i poslední hospitalizace a tam se zase přikláněli k bipolární poruše. Hospitalizace byla od září do listopadu, skoro 3 měsíce. Vlastně to bylo takový rozdvojený, protože jsem se těšil, že už budu doma, ale přitom, když mě propouštěli, tak jsem nad tím přemýšlel a uvědomil jsem si „vždyť mě vlastně není líp“. Jako by mi ta hospitalizace skoro nic nedala. Ale vlastně vím, co mi dala určitě, jak tam byly ty skupinové terapie, tak jsem se naučil o nemoci mluvit, o sobě mluvit, o svých problémech. Po propuštění jsem několik let docházel jen k paní doktorce. Paní doktorka mi později nabídla spolupráci s FOKUSEm. Měl jsem z toho samozřejmě nervy. Žádnou službu jsem do té doby nevyužíval.

Já jsem teda původně nechtěl, ale pak říkám, že není důvod se bát. Báł jsem se teda, ale říkal jsem si, proč to nezkusit, že horší to být nemůže. No a pak jsem tam narazil na jednoho kamaráda a pak druhého kamaráda. Postupně se tam navazují další vztahy. Ze začátku to byly nějaký volnočasový aktivity a teď navštěvuju skupinu „Slyšení hlasů“. Když mi čas vyjde, tak navštěvuju i sezení s těmi peery, tam je taky skupina. Občas jdu na komunitu. Kdybych to měl shrnout, tak mám výhodu, že za mnou ty pracovnice jezdí, což mi docela vyhovuje. Ze začátku jsem jezdil spíš já do toho FOKUSu a teď už delší dobu to vychází tak 50 : 50. Jednou přijedou oni, podruhé jedu já, většinou to s něčím spojím, abychom tam nemusel dvakrát, třikrát do týdne (spojím pana psychologa, sociální pracovníci anebo zdravotní sestru). Nejvíc oceňuju, že tam neznám člověka, který by to nedělal srdcem. Tam jsou všichni srdcaři. Dělají to víc než jen „oddělat 8 hodin a jít domů“. Opravdu se o klienty zajímají, řekl bych, že to neberou jako zaměstnání, ale jako poslání.“



5.2 Evaluační otázka 2: Jak hodnotí poskytování péče rodinní příslušníci pacientů/klientů? Jaké je jejich vnímání péče?

Odpověď na evaluační otázku

Rozšiřující pohled na to, jak CDZ mění život konkrétním osobám, podává popis hodnocení CDZ ze strany rodinných příslušníků klientů. Rodinní příslušníci jsou ti, kteří často přímo na sobě zažívají negativní projevy duševní nemoci svého blízkého. Přitom věnují významnou část svého času péči o tuto osobu a již jim nezbývá tolik prostoru na seberealizaci. To vše může vyústit v nespokojenost či dokonce až k vlastní zdravotní indispozici.

„Pro mě je největší úleva v tom, že když se synem něco děje, vím, kam zavolat, a pomoc je celkem rychlá. Před tím mi většinou nezbývalo než čekat, až se to zhorší tak, že už jsem věděla, že jediná možnost je nechat ho odvézt. Když to teď vidím, tak spousta pobytů v nemocnici by asi ani nemusela být.“ Rodinný příslušník klienta CDZ ESET, rozhovor ze dne 5. 1. 2021.

Z rozhovorů, které jsme v rámci evaluací CDZ I a CDZ II měli možnost vést s rodinnými příslušníky, vyplývá, že CDZ i jim přináší řadu výhod.



„Matka onemocněla závažnou poruchou, hledal jsem pomoc, jak pracovat s onemocněním, od psychologa a psychiatra jsem neobdržel dostatečnou pomoc. (...) Jsme odkázáni s matkou sami na sebe, jediný možný kontakt k řešení obtížných situací je CDZ, máme občasné společné konzultace, řešíme třeba socializaci matky do společnosti, hledání práce apod.“ Rodinný příslušník klienta CDZ Brno, rozhovor ze dne 13. 1. 2021.

Podpora CDZ se tedy neomezuje pouze na klienta – i rodinný příslušník je podobně jako např. u sociální služby aktivně zapojen do spolupráce s CDZ a **získává od něj odbornou podporu**. Z velké části je toto dáno samotným nastavením služby, která má být z poloviny terénního charakteru; díky tomu pracovníci CDZ navštěvují klientovu domácnost a logicky interagují i s dalšími osobami, které v domácnosti spolu s klientem působí. Rodinný příslušník má obvykle také pohotovostní kontakt na pracovníky CDZ, pokud by nastala pohotovost a bylo by nutné zavolat



o **okamžitou pomoc** i mimo standardní služební dobu. Předávání informací rodinnému příslušníkovi je samozřejmě poskytováno jen se souhlasem samotného klienta.

„Teď byla před týdnem schůzka s rodiči, vyměňujeme si zkušenosti, každý řekne nějaký názor, je tam i paní doktorka a ta nám k tomu řekne z odborné stránky i něco dalšího. Vím, že hodně sestřičky jezdí ven, ale my máme tu výhodu, že můj syn na tom není až tak moc zdravotně špatně, že nemá výkyvy nebo velké problémy, které bychom museli řešit. Cokoliv bylo, tak se nám podařilo zachytit tady v Centru a setkáváme se zde s dalšími, i v rámci rodinných příslušníků.“ Rodinný příslušník klienta CDZ Píerov, rozhovor ze dne 24. 6. 2020.

Jako člen rodiny

„CDZ? Je to obrovský pokrok, že začala fungovat terénní služba. Já to cítím jako obrovskou pomoc pro rodinu. k mamince, která je dlouhodobě nemocná, dochází zdravotní sestra každý týden, spolu se sociální pracovnící. Píchají ji injekci, vedou s ní pohovor a kontrolují její zdravotní stav. a já díky tomu všemu cítím, že na to nejsem sama. Mám v nich velkou oporu a my je vnímáme jako členy rodiny. Protože ona chodí k mamince tak dlouho, že se mezi námi vytvořily takové vazby. a když se mi např. stane, že mi maminka nebere telefon, tak volám sestřičku a ona to zkusí taky. Když nám to jednou oběma nebrala, tak jsme to tam šly obě zkontrolovat, a bylo to naštěstí v pořádku. Mám pocit, že s čímkoliv bych se na ně obrátila, s tím by mně dokázali pomoci.“

Rodina je nicméně považována za významný článek v začleňování klienta do komunity, a proto je nutné **dbát na informovanost rodinných příslušníků a jejich edukaci**. Edukace v podobě pořádaných seminářů ze strany CDZ vytváří pro rodinné příslušníky prostor pro sdílení zkušeností. Díky těmto a podobným aktivitám zároveň dochází k tomu, že se rodinní příslušníci společně setkávají, vyměňují si své zkušenosti a získávají také větší pochopení pro situaci svých blízkých.

Zejména v menších městech je oceňována ze strany rodinných příslušníků dostupnost CDZ, neboť bez něj je rodina často odkázána pouze na odborná zařízení

nacházejících se ve větších – obvykle krajských – střediscích. Jak ze strany klientů, tak ani v případě rodinných příslušníků nebyly v průběhu evaluace vznášeny výtky na způsob fungování CDZ. Toto lze opět zdůvodnit tím, že působení CDZ má v zásadě jen pozitivní vliv na kvalitu života se u obou zmíněných skupin. v případě, že klient v CDZ nespátřuje přidanou hodnotu, je možné spolupráci kdykoliv ukončit.

„Oni pomáhají i mně, abych věděla, jak s tou nemocí žít. Strašně jsem ráda a on si velice zvedl sebevědomí. Od 1. 7. se odvážil na 4 hodiny do zaměstnání, a to mu velice prospívá. Má úplně jinou náplň dne. Cítí se důležitější, prospěšnější, práce ho baví.“ Rodinný příslušník klienta CDZ Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 16. 6. 2020.

Praxe fungování pilotních CDZ ukazuje, že vzhledem k nastavení a cílům CDZ se rodinný příslušník **de facto stává další cílovou skupinou vedle samotných klientů a při spolupráci s CDZ dochází ke zlepšování jeho vlastní situace**. Jedná se tedy o poměrně zásadní posun oproti předchozí praxi, kdy rodinný příslušník byl spíše brán jako ten, kdo „klienta vozí do ambulance“. Aktivní zapojení rodinného příslušníka již dříve fungovalo např. v některých sociálních službách, až v CDZ je ale pozornost na rodinného příslušníka směřována komplexně, společně ze strany zdravotních i sociálních služeb.

Rodiče a syn

„Syn je nemocný a 9 let jsme s jeho nemocí sami bojovali. Nemoc se poprvé projevila v roce 2010. Synovi je 30 let a od 20 let jsme se od něj starali, platili jsme za něj dluhy. On totiž během ataky všechno rozdával a lidem pomáhal na svůj úkor. Například šel v zimě ven a vrátil se jen ve spodním prádle, protože



potkal bezdomovce a dal mu všechno oblečení. Rozdával všechno a nebral léky. Měl období, kdy nežil v realitě. Nejedl a nepil a snažil se jíst ze vzduchu, což pochopitelně nejde. Nechodil do práce, což díky té nemoci nešlo, jelikož má schizofrenní paranoii. Vždycky chodil do práce dva tři měsíce a pak se zhroutil a skončil v Bohnicích. Každý rok byl hospitalizovaný dvakrát nebo třikrát. Problém byl v tom, že když ho pustili z nemocnice, chodil ambulantně k psychiatrovi, ale ti se v tom ambulantním centru neustále měnili. Když jsme se s jedním seznámili, dali nám jiného. Až to končilo tak, že když ho naposledy pouštěli z Bohnic a volala jsem jeho psychiatrovi, aby dostal depotní injekci, tak mi řekli, že ho vyřadili jako pacienta. Prý proto, že je nespolehlivý. To nás strašně překvapilo, protože se asi trochu předpokládá u takových pacientů, že budou nespolehliví, a navíc by to mohli s námi řešit jinak. v Bohnicích nám pomohli a vzala si ho paní doktorka, která byla jeho ošetřující v nemocnici a která ordinuje právě na poliklinice. Ta nám pak doporučila CDZ.

Před rokem jsme se dostali do CDZ v Praze 9 na Proseku, a to je tedy neskutečný rozdíl. 9 let to bylo peklo, od té doby, co jsme v centru, nám strašně pomohli, dokonce i na úřady s námi chodili. Já jsem se původně snažila sama synovi zařídit invalidní důchod, který byl dvakrát zamítnutý. Když se do toho vložilo CDZ, najednou to všechno šlo. v CDZ udělali zázrak, protože bere léky, chodí na injekce, sehnali mu práci. Já jsem se původně snažila sehnat jinou pomoc, ale nikde nebylo místo. Dochází za námi jeho asistentka. Vždycky řekneme, jak vnímáme, že se syn chová, ona nám řekne, jak to vidí ona. Řekneme si, co a jak dál. Je nám k dispozici i na telefonu. Se synem se scházela také pravidelně. Když ta slečna odjela na dovolenou, zařídila zástup, takže jsme se nebáli, že budeme na to sami.

V době, kdy chodí do CDZ, tak k psychiatrovi nedochází. Ale teď nám centrum řeklo, že už je na tom tak dobře, že momentálně nepotřebuje jejich služby. Tak tedy zase začne docházet k psychiatrovi. Ale v CDZ nám řekli, že kdyby potřeboval, nebo se cokoliv dělo, vždycky se na ně můžeme obrátit. Máme s nimi dokonce zpracovaný krizový plán.

Kromě toho, že pomohli synovi najít práci, naučili ho brát prášky a vše vyřídili, nám ještě pomohli pochopit tu nemoc. Teď víme, jak se syn cítí a jak mu je. a díky CDZ jsem se po dlouhé době vyspala. Jsem z nich nadšená. a syna to tak ovlivnilo, že si chce letos v září, nebo v říjnu dokonce udělat kurz peer konzultanta.“



5.3 Evaluační otázka 3: Jak se daří propojování zdravotních a sociálních služeb v CDZ?

Odpověď na evaluační otázku

Odpověď vychází z výstupů získaných při případových studiích u pěti podpořených CDZ. Ve všech 5 případech v rámci skupiny CDZ I vznikla Centra na základě spolupráce 2 odlišných subjektů (poskytovatele zdravotních služeb a poskytovatele sociálních služeb). Lišila se ovšem délka a rozsah předchozí spolupráce těchto zakladatelských subjektů, což je aspekt, který, jak se ukázalo, má významný dopad na fungování vzniklého CDZ. **Dostatečně dlouhou dobu (tj. několikaletou) předcházející rovnocenné spolupráce obou organizací a ideálně společnou zkušenost v poskytování péče v podobě blízké modelu CDZ lze považovat za faktory, které ve většině případů pozitivně ovlivňují kvalitu spolupráce zdravotní i sociální části uvnitř CDZ.**

Tam, kde zřizovatelé neměli zkušenost s fungováním v projektu, **na kterém by se podíleli jako rovnocenní partneři**, bylo propojování zdravotní a sociální složky obtížnější. Konkrétně v případě CDZ v Havlíčkově Brodě, které Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod původně spoluzakládat příliš nechtěla a přistoupila k tomu na základě instrukce z úrovně MZd. Před fungováním CDZ přitom PN spolupracovala s FOKUSEm jen na úrovni konkrétních klientů, nikoliv na systémové úrovni. Bylo zde identifikováno, že i po dokončení pilotní fáze provozu se zakladatelské organizace v pohledu na další fungování CDZ spíše neshodují a nemocnice zvažuje, že by rozšířila portfolio svých aktivit (stala se registrovaným poskytovatelem sociálních služeb) a začala CDZ provozovat plně ve své režii.

„Ve FOKUSu jsme o Reformě psychiatrické péče věděli dlouho, byli jsme do toho zapojení a měli jsme jako strategický cíl založit CDZ. Zvažovali jsme ho i s Psychiatrickou nemocnicí v Havlíčkově Brodě a domluvili jsme se, že s rozhodnutím počkáme až na to, jaké budou podmínky projektu. Když byla k dispozici výzva, (...), vedení Psychiatrické nemocnice usoudilo, že to zadání je tak komplikované a v rozporu s legislativou, že do projektu nepůjdou. To jsme respektovali, věděli jsme, že do projektu nelze jít s partnerem, který to vnímá jako problém. Ale mám pocit, že to následně vedení Psychiatrické nemocnice dostalo od ministerstva přímo nařízené.“ Zástupce FOKUSu Vysočina, z. ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020.

Naopak optimální fungování CDZ bylo identifikováno tam, kde nové CDZ navazovalo na několikaletou spolupráci obou subjektů v poskytování péče charakteru CDZ.

- Příkladem je CDZ v Přerově, kde předcházející spolupráce je dále umocněná aspektem, že zakládajícími osobami v případě obou organizací, které stály za vznikem CDZ, byli titíž lidé.

„Na začátku byl denní stacionář, pak vznikla Nadace Duševní zdraví, dlouho jsme pracovali jenom jako dobrovolníci. Pak jsme registrovali službu psychiatrické rehabilitace a pak mě sociální pracovníci upozornili na to, že je potřeba, abychom dělali i doprovody klientům, takže jsme požádali o norské fondy, začali jsme pracovat v terénní péči, a tak nějak logicky je z toho CDZ jako forma práce, která je intenzivnější, můžeme jezdit za klienty a jejich rodinami do jejich přirozeného prostředí. a pak přišla reforma a možnost využít grant a pokračovat dále.“ Psycholog CDZ Přerov, rozhovor ze dne 24. 6. 2020.

- Příkladem je také CDZ pro Prahu 9, které vzniklo jakožto v pořadí již druhé CDZ založené společně FOKUSEm Praha, z. ú. a Psychiatrickou nemocnicí Bohnice (tyto instituce spolu už

„Naše situace byla hodně specifická, protože my jsme měli již v té době CDZ na Praze 8, které jsme dělali jako inovativní a náš nemocniční projekt. Viděli jsme v tom smysl“ Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 14. 8. 2020.



dříve začaly provozovat CDZ pro Prahu 8 a spolupracují i v rámci jiných projektů zaměřených na podporu osob s duševním onemocněním).

Propojování zdravotních a sociálních služeb se realizuje prostřednictvím sestavení multidisciplinárního týmu ve složení, aby minimálně splňoval standard pro CDZ vydaný MZd. v tomto smyslu se ukázalo, že pokud je jedním ze zakládajících subjektů velké nemocniční zařízení, je pro CDZ snazší nalézt potřebné odborníky do týmu. Jako nejvíce problémové se ukázalo obsazení pozice psychiatra a pak klinického psychologa, což je způsobeno tím, že odborníků s profilem, který je standardem CDZ pro tyto pozice v týmu CDZ stanovený, není v ČR dostatek. u pozic všeobecných (či psychiatrických) sester byla při obsazování komplikací (resp. prvkem, který snižuje zájem potenciální zaměstnanců o působení v týmu CDZ) skutečnost, že sestry, které pracují v nemocniční péči, dosahují díky příplatkům za práci v noci či o víkendech vyšších platů/mezd, než které vydělají za práci v CDZ.

Specificky v případech CDZ ze skupiny CDZ I bylo sestavení týmů zkomplikováno navíc tím, že výzva k podávání žádostí o dotaci na vznik a pilotní provoz CDZ, kterou vyhlásilo MZd, měla více než 1 rok zpoždění oproti původnímu plánu. To návazně způsobilo pozdější než původně plánované zakládání CDZ. u některých CDZ to mělo za následek, že odborníci, s nimiž byla předběžně domluvena spolupráce (tj. že nastoupí do týmu nového CDZ), nemohli na vznik CDZ čekat a našli si pracovní uplatnění jinde. Organizace zakládající CDZ proto byly nuceny vyhledávat další experty, kteří svými profilem vyhovují potřebám a měli o práci v Centru zájem.

U poskytovatelů sociálních služeb, kteří pro nově vzniklá CDZ vyčlenili část svého již dříve působícího týmu, bylo založení CDZ komplikací v tom smyslu, že museli svým zaměstnancům dostatečně citlivě komunikovat, že rozřazení pracovníků na část působící v CDZ a část ostatních neznamena jejich dělení na zaměstnance vyšší a nižší kategorie. Obtížnost této situace zvyšoval fakt, že odměny za práci v sociální složce CDZ zpravidla dosahují vyšších částek, než kolik jsou výdělky sociálních pracovníků působících mimo CDZ.

Kromě samotného sestavení multidisciplinárních týmů je pro efektivní propojení zdravotní a sociální složky nezbytné, aby byly řídicí (rozhodovací) mechanismy CDZ nastaveny tak, aby spolupráci obou složek nebrzdily a naopak, aby posilovaly propojení obou složek do jednoho týmu s vyšší přidanou hodnotou. Protože v případě Center ze skupiny CDZ I jde vždy o spolupráci 2 subjektů, bylo pro CDZ nezbytné nalézt řešení tak, aby každá ze složek CDZ zároveň vyhověla principům řízení „své“ organizace (pod kterou formálně spadá) a současně aby rozhodovací mechanismy odpovídaly tomu, že týmy pracovníků CDZ musí fungovat dohromady.

„V případě CDZ v Praze 9 se jedná o dva různé zřizovatele, což znamenalo sloučit rozdílné firemní kultury. Navíc tímto sloučením nevznikl zcela nový subjekt se svou právní subjektivitou, a tak jsme se nemohli distancovat od vnitřních standardů původních zřizovatelů, tedy FOKUSu a bohnické nemocnice. To přináší často problémy a narážíme na ně v běžném provozu. Netýkájí se jen odměňování, ale i čerpání dovolené, stylu práce, včetně terénní práce.“ Zástupce FOKUS Praha, z. ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020.

V šetření se ukázalo, že princip, kdy strategické (nejvyšší) rozhodování zajišťuje Řídicí rada CDZ, která propojuje statutární zástupce obou zakladatelských organizací, je funkční. Na úrovni operativního řízení jsou mezi CDZ drobné odlišnosti. **Všechna Centra se ovšem shodují v tom, že působení 1 týmu, který formálně řídí 2 různé organizace, je komplikace.** Pomáhá, pokud jsou zakladatelské organizace, co se týče principů CDZ, naladěny na stejnou vlnu (mají minimálně podobnou filosofii péče). Dále je



velmi podstatné, aby si odpovědní zástupci obou složek týmu CDZ vyhověli po lidské stránce. Osobnostní souznění je nástroj, jak v praxi otupit hrany plynoucí z odlišností pravidel řízení obou zakladatelských organizací.

V této souvislosti je třeba uvést, že **více CDZ poukazovalo na to, že v počátcích svého fungování jejich pracovníci postrádali metodické podklady z úrovně MZd (příp. MPSV), které by jim pomohly se zorientovat v tom, co je považováno za optimální propojení zdravotní a sociální složky péče.** Standard CDZ vymezuje parametry CDZ jako je personální složení týmu, materiálně technické vybavení, cílovou skupinu, ale **více zástupců CDZ se vyjadřovalo ve smyslu, že toto zadání je pouze rámcové a že si museli najít vlastní nastavení „svého“ CDZ samostatně.** Někteří z respondentů šetření toto vyjadřovali jako kritiku MZd, další se klonili k tomu, že pro pilotní provoz nebylo možné stanovit pokyny z centrální úrovně přesněji, nicméně ti v souvislosti s tím uváděli, že nyní je k dispozici již dostatečné penzum informací o fungování dosud vzniklých CDZ a že na základě nich by **mělo vzniknout doporučení ve věci, jak přesněji by péče zajišťovaná CDZ měla vypadat.** Příklad související s uvedeným: CDZ v Havlíčkově Brodě postupně během svého pilotního provozu zavedlo metodické listy, které popisují a strukturují procesy v multidisciplinárním týmu. Jedná se o popisy procesu vstupu pacienta/klienta do CDZ, jeho výstupu z CDZ, systému porad a propojování dokumentace. Cílem bylo vytvoření jednotné řídicí dokumentace závazné pro všechny členy týmu CDZ, aby došlo k zpřesnění odpovědností jednotlivých pracovníků, resp. pracovních pozic.

„Dnes už jsou dostatečné zkušenosti s tím, jak byla CDZ v různých regionech pod různými poskytovateli modelována. Nyní už by mohl vzniknout nějaký standard podle potřeb klientů, nikoli dle úvazků personálu Centra. Jde o to, co má Centrum poskytnout, jaké potřeby lidí má saturovat.“ Zástupce FOKUS Praha, z. ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020.

„Dále by podle mne bylo dobré jasněji vymezit kompetence CDZ, protože pokud si přečtu metodický pokyn, resp. filosofii, co všechno má CDZ dělat, tak ho vnímám jako gatekeepera, zároveň jako odpovědný prvek za péči v daném regionu, ale k takové roli CDZ nemá nástroje. Nemá žádné kompetence vyjma vyjednávání a dobrých vztahů, např. v ovlivňování délky hospitalizace klienta v nemocnici, přitom má cíl zkracovat hospitalizaci. Doporučovala bych vyjasnit kompetence, zda CDZ může říci „končí hospitalizace a přebíráme člověka do péče“, nebo má čekat až na rozhodnutí nemocnice.“ Zástupce FOKUSu Vysočina, z.ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020.

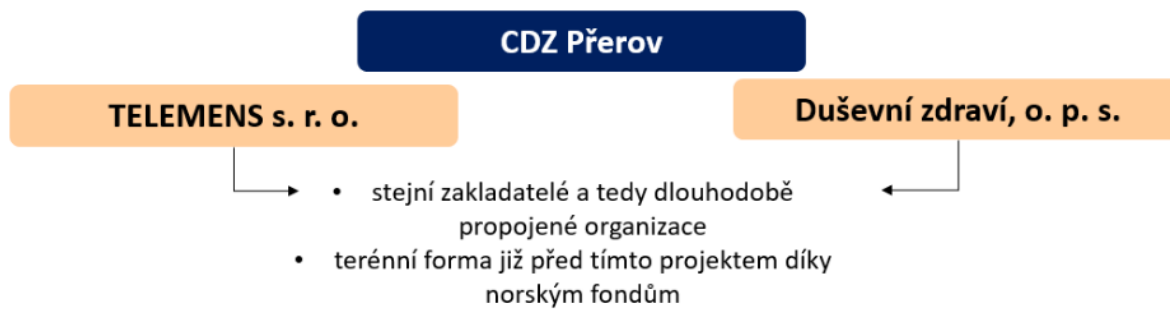
Konkrétní (nicméně velmi významnou) komplikaci představuje aspekt, že legislativní prostředí umožňuje sdílet údaje o pacientovi/klientovi mezi zdravotní složkou a sociální složkou CDZ pouze na základě jeho dobrovolného souhlasu, který navíc subjekt osobních údajů může kdykoli odvolat. Některá CDZ proto dokumentaci zdravotní a sociální části CDZ nesdílejí (např. CDZ v Přerově), což ovšem v případě multidisciplinárního týmu představuje zásadní bariéru. Na poradách týmu se sice hovoří o všech informacích, ale nahlédnout do psaného spisu nelze. Riziko, že někdy nebudou předány všechny podstatné informace mezi zdravotní a sociální složkou, je při tomto nastavení vysoké. Jiná CDZ využívají souhlasu pacienta/klienta se sdílením informací (např. CDZ v Havlíčkově Brodě), nicméně



získávání souhlasu představuje administrativní zátěž a nelze pominout riziko odvolání souhlasu ze strany subjektu osobních údajů.

Podrobnosti k předchozí spolupráci subjektů, které CDZ společně založily

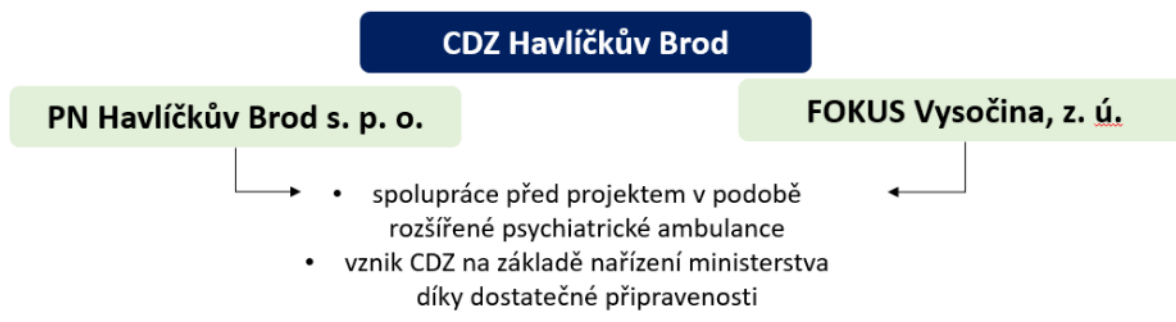
CDZ v Přerově



V roce 1993 vznikla organizace Psychosociální centrum Přerov, která vedle dalších služeb pro lidi s psychickými problémy zároveň začala poskytovat i službu denního stacionáře. Na ní navázala vzniklá Nadace Duševní zdraví jako nezisková organizace, která se v následujících letech přetransformovala do podoby obecně prospěšné společnosti Duševní zdraví. Přes ní byla poskytována služba sociální rehabilitace a následná péče pro klienty psychosociálního centra v ambulantní formě. Z těchto dvou složek se následně „poskládalo“ CDZ – nejprve se naskytla příležitost rozšířit fungování o terénní formu péče díky podpoře z Fondů EHP a Norska (byly zakoupeny i služební vozy). Neoficiálně tedy CDZ fungovalo již od roku 2014. Z toho důvodu lze situaci v Přerově považovat za unikátní – zdravotní i sociální složka je úzce provázána, neboť má de facto společné vedení (stejně zakladatele) a dlouhodobě jsou aktivity obou zakladatelských subjektů provázány.

„No, tak CDZ v podstatě pro nás byl logický vývoj, nasedající na naši historii. Jednak manželka a já jsme přišli z Kroměříže, kde jsme se věnovali psychotickým pacientům, a po přesunu do Přerova jsme se rozhodli těmto pacientům dále věnovat péči – a tak jsme zde založili denní stacionář na léčbu psychóz. Z toho přímo vyplynula další péče o pacienty a další psychiatrické rehabilitace ambulantního rázu – no a pak přišla možnost rozšířit na terénní péči díky norským fondům – a to už de facto bylo CDZ, které se blížilo tomu, co pak bylo podpořené z ESF.“ Zástupce CDZ – zdravotní část, rozhovor ze dne 24. 6. 2020

CDZ v Havlíčkově Brodě

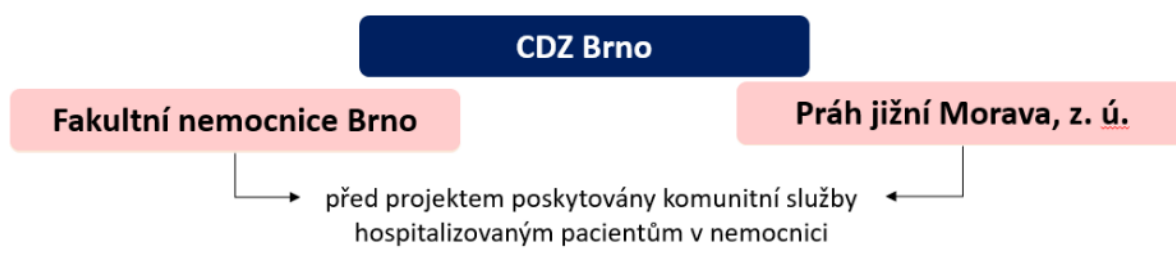




CDZ je provozováno na základě principu partnerství mezi Psychiatrickou nemocnicí Havlíčkův Brod a FOKUSEM Vysočina, z. ú. Spolupráce těchto subjektů byla navázána již od roku 2016, kdy FOKUS Vysočina, z. ú. v souvislosti se spuštěním nové služby (jednalo se o komunitní chráněné bydlení) zahájil spolupráci s lékaři z nemocnice. Následně společné aktivity pokračovaly v podobě otevření tzv. rozšířené psychiatrické ambulance. Ambulanci provozovala nemocnice ve svém areálu, ale psychiatrické sestry poskytovaly služby také terénní formou a při řešení životních situací jednotlivých pacientů se zapojovali pracovníci FOKUSu Vysočina, z. ú. v založení CDZ ovšem kromě obou zakladatelských organizací sehrálo významnou roli i MZd.

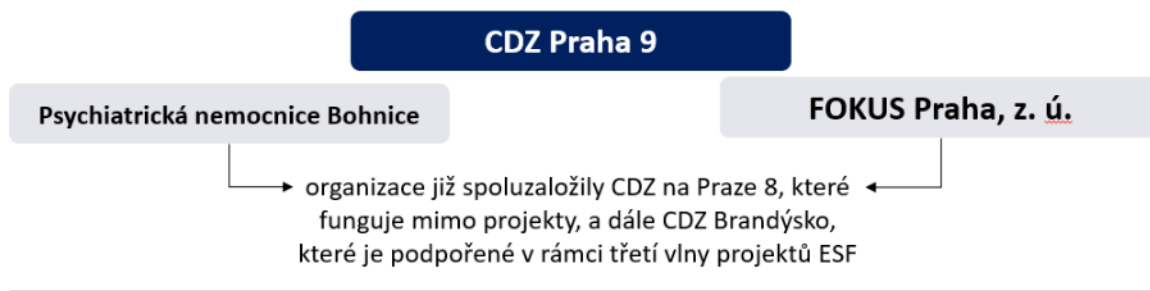
„(...) Nebylo to tak, že bychom se domluvili, že chceme dělat CDZ, ale bylo to nařízením ministerstva na základě toho, že jsme měli dostatečnou připravenost. Nemocnice je ministerstvem přímo řízená organizace a bylo to spíše rozhodnuto shora“ Zástupce Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 18. 6. 2020

CDZ Brno



Výchozí pozice pro CDZ v Brně, založené spoluprací organizace Práh jižní Morava, z. ú. s Psychiatrickou klinikou Fakultní nemocnice Brno byla vytvořena již v roce 2017. v té době začaly terénní pracovnice Práh jižní Morava, z. ú. spolupracovat s klinikou při poskytování služeb hospitalizovaným pacientům (tj. fungovala sociální služba s částečným pokrytím zdravotní složky péče).

CDZ pro Prahu 9



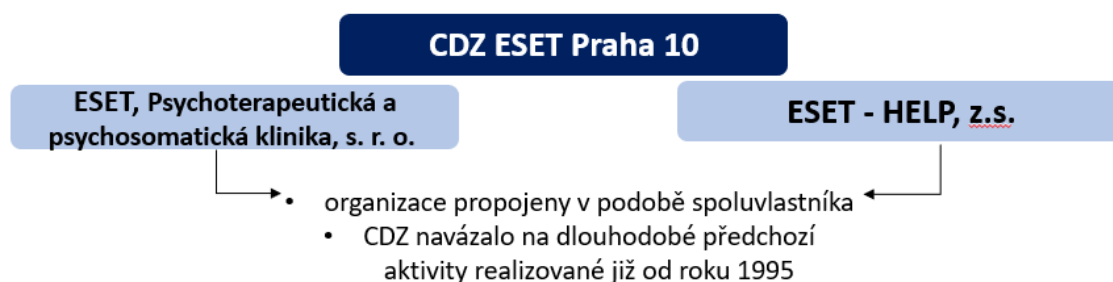
CDZ funguje na spolupráci FOKUS Praha, z. ú. a Psychiatrické nemocnice Bohnice. Obě instituce měly již zkušenosti s poskytováním terénních služeb a služeb centra duševního zdraví, a to nejen prostřednictvím svých terénních týmů, ale především díky již fungujícímu CDZ pro Prahu 8, které



vzniklo dříve. CDZ pro Prahu 9 přineslo především zkušenosti s prací v multidisciplinárním týmu a zkušenosti s poskytováním komplexní péče o klienty.

„Počítali jsme si data i z osmičkového CDZ (pozn. CDZ pro Prahu 8) a ukazovalo se na spokojenosti klientů, na spokojenosti zaměstnanců a na počtu zkonsumovaných hospitalizačních dnů, že to má nějaký smysl. CDZ pro Prahu 9 je pak součástí dlouhodobé strategie, kterou jsme si nastavili v rámci rozvoje služeb...“ Zástupce zřizovatele – PN Bohnice, rozhovor ze dne 14. 8. 2020.

CDZ ESET Praha 10



CDZ na Praze 10 spustilo svůj provoz v červenci 2018 a bylo provozováno organizacemi ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s.r.o. a ESET – Help, z.s. Tyto dvě organizace jsou spojeny minimálně v podobě spoluvlastníka. Projekt nebyl první aktivitou zřizovatelů v této oblasti, ale navázal na dlouhodobé předchozí aktivity na poli duševního zdraví, které ESET realizoval. Již v roce 1995 se jednalo o aplikaci nizozemského programu MATRA zaměřeného na vytváření regionálních sítí služeb pro lidi s vážným duševním onemocněním ve spolupráci s lokálními úřady. o několik let později následoval vznik Asertivního týmu (ve složení sociální pracovník, terénní psychiatrická sestra a psychiatr), který byl určen pro lidi z cílové skupiny, kteří z různých důvodů nebyli zahrnuti do péče zdravotních a sociálních služeb. v roce 2016 došlo sloučením Asertivního týmu a týmu specializujícího se na práci s lidmi s duální diagnózou ke vzniku Komunitního terénního týmu ESET, který svým regionálním spádem položil základ pro pozdější vznik CDZ ESET.

„Na rozdíl od Fokusu byl ESET alespoň ze začátku mnohem více zaměřený na poskytování zdravotních služeb, alespoň tak jsme ho vnímali. Fokus, který také obsluhuje Prahu 10, jsme vždy spíše jako specialistu na sociální služby.“ Zástupce MČ Praha 10, rozhovor ze dne 20. 1. 2021.

Vybrané překážky v propojování zdravotních a sociálních služeb, se kterými se CDZ potýkala

CDZ v Přerově (Duševní zdraví, o. p. s. / TELEMENS, s. r. o.)

Posun začátku projektu a zejména jeho dopad na financování

Začátek projektu se nejprve posunul o rok z důvodu dokládání některých dokumentů. Mezi financováním z Fondů EHP a Norska a financováním z projektu ESF byla sociální služba (sociální rehabilitace) financována krajským úřadem z rozpočtu MPSV.

Nemožnost sdílet dokumentaci



Z legislativních důvodů není možné sdílet dokumenty zdravotní a sociální části, což je u multidisciplinárního týmu hodnoceno jako absurdní situace. Na poradách se tedy mluví o všem, ale nahlédnout do spisu nelze. Řeší se to tak, že se vyměňují informace ústně a každá složka CDZ si vede vlastní dokumentaci. Riziko, že někdy nebudou předány všechny podstatné informace mezi zdravotní a sociální složkou, je vysoké.

CDZ v Havlíčkově Brodě (FOKUS Vysočina, z. ú. / Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, s. p. o.)

Výše odměňování zdravotnických pracovníků CDZ není v porovnání s odměňováním při výkonu práce v psychiatrické nemocnici dostatečně atraktivní

Odměňování zdravotnického personálu Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod je limitováno platovými tabulkami (pozn. nemocnice je příspěvkovou organizací řízenou MZd). Jelikož služby v CDZ nejsou poskytovány ve směnách, pracovníci CDZ nejsou odměněni tak, jak byli zvyklí při výkonu práce v nemocnici (kde byly relevantní příplatky za práci v noci, o víkendu, ve svátek atd.). CDZ tedy znamená menší odměnu za práci, ačkoli působení v CDZ vyžaduje od pracovníků nové přístupy a investici do naučení se novým postupům.

CDZ nemá právní subjektivitu, každá část týmu má jiného zaměstnavatele

Situace, kdy každá část zaměstnanců má jiného zaměstnavatele (a tudíž jiné podmínky výkonu činnosti a jiné zadání), přináší komplikace a vyžaduje důslednou koordinaci managementů obou zakladatelských organizací. Někteří respondenti preferovali, aby CDZ získalo vlastní právní subjektivitu, jiní pak upřednostňují, aby jej provozovala pouze nemocnice.

Příliš vysoké kvalifikační požadavky na klinického psychologa

Právě tento parametr byl uváděn jako jeden z hlavních důvodů, proč na straně Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod nebyla původně intence založit CDZ. Zdravotnický personál vyjádřil doporučení, že by postačovalo, aby klinický psycholog v CDZ byl v předatestační přípravě, zástupce sociální složky týmu CDZ uvedl, že jako dostatečné by vnímal zapojení psychologa bez zdravotnického vzdělání.

Sdílení informací o zdravotním stavu pacienta/klienta mezi zdravotní a sociální složkou týmu CDZ

Pacient/klient musí poskytnout souhlas s tím, aby informace z jeho zdravotní dokumentace mohly být k dispozici také pracovníkům sociální složky péče v CDZ. Představuje to administrativu a existuje riziko odvolání souhlasu. Bez souhlasu subjektu osobních informací ovšem nelze při péči o danou osobu využívat multidisciplinární tým.

CDZ Brno (Práh jižní Morava, z. ú. / Fakultní nemocnice Brno)

Odlišná provozní pravidla zřizovatelů CDZ, včetně pravidel pro využívání služebních vozidel

CDZ nemá právní subjektivitu, každá část týmu má jiného zaměstnavatele. Bylo tím omezeno např. sdílené užívání automobilů, které terénnímu týmu dala k dispozici Psychiatrická klinika. Provozní předpisy si vynutily do každého výjezdu zařazovat zaměstnance kliniky, neexistovala možnost samostatného využití automobilů sociálními pracovníky organizace Práh jižní Morava, z. ú.

Absence metodiky pro práci týmů CDZ, nutnost nastavit principy fungování zcela vlastními silami



Od počátku nebyla k dispozici pravidla ani metodiky práce týmů CDZ. Členové týmu v rámci pilotního projektu tak plnili dvě zadání: péči o pacienta a tvorbu metodik. Vnímali to jako zátěž omezující možnost s plným nasazením plnit základní zadání.

Administrativní komplikace kvůli zajištění sdílení informací o zdravotním stavu klientů/pacientů mezi zdravotnickou a sociální složkou péče v CDZ

Nutnost předání informací o zdravotním stavu, nezbytná k naplnění rolí v multidisciplinárním týmu, vedla k tvorbě nadbytečných dílčích úvazků některých členů týmu v obou subjektech. Vznikala tak nadbytečná byrokratická zátěž v celém procesu.

CDZ pro Prahu 9 (FOKUS Praha, z. ú. / Psychiatrická nemocnice Bohnice)

CDZ nemá právní subjektivitu, každá část týmu má jiného zaměstnavatele

CDZ nedisponuje svou vlastní právní subjektivitou, a proto naráží i v běžném provozu na střet dvou světů (dvou poskytovatelů), což se v průběhu spolupráce sice neustále zlepšovalo, ale vzhledem k nastavení fungování CDZ tyto problémy nikdy zcela nezmizí. Na tuto situaci se váží problémy vycházející z rozlišností zřizovatelů, a tedy i firemních kultur, z rozdílných vnitřních předpisů a standardů apod. v případě CDZ pro Prahu 9 však nejde o problémy a překážky, které by ovlivňovaly chod Centra nebo zasahovaly do přímé péče o klienty (jedná se spíše o provozní záležitosti CDZ, jako je např. ohodnocení, dovolené, pracovní doba, z nichž většinu se již podařilo vyřešit a dané oblasti nastavit).

Problematické sdílení informací o zdravotním stavu klienta mezi zdravotní a sociální složkou týmu

Informace o zdravotním stavu klienta nejsou automaticky přístupné sociálním pracovníkům, peer konzultantům a dalším členům týmu, kteří patří do jeho sociální složky. Aby mohl multidisciplinární tým pracovat a využívat všechna pozitiva, která z jeho struktury plynou, musí klient poskytnout souhlas s tím, že jeho zdravotní informace budou přístupné také pracovníkům sociální složky. Toto přináší nejen dodatečnou administrativní zátěž, ale také riziko, že souhlas nebude klientem udělen, popř. bude odvolán.

CDZ ESET (ESET - HELP, z. s. / ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s. r. o.)

Personální zajištění pracovních pozic v úvodu

CDZ mělo velkou výhodu v nastavení služeb v rámci organizací, které mají společné vedení, respektive se jedná o vysoce propojené subjekty. Z tohoto důvodu došlo k výrazné eliminaci výskytu třecích ploch mezi zdravotní a sociální složkou. I přes výhodu dostupnosti kontaktů na obsazení klíčových pozic bylo z počátku pro CDZ obtížné dostat personálnímu zajištěním v souladu se standardem CDZ.

Oblast vykazování péče

Největší obtíže při vzniku CDZ zaznamenali zástupci ESET v oblasti vykazování péče. Při organizaci vykazování služeb bylo nezbytné využívat dva informační systémy. První systém Highlander je evidenční systém, respektive on-line databáze určená pro evidenci výkonů v sociálních službách. Systém byl specificky upraven pro organizace, jejichž cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním. Druhý systém Medicus je nejčastěji používaným ambulantním systémem v České



republiky a je používán širokým spektrem ambulantních specialistů. s ohledem na specifičnost jednotlivých systémů bylo nejprve nezbytné zajistit interoperabilitu obou systémů. Následně bylo nezbytné sladit oba systémy tak, aby odpovídaly potřebám ESET (např. aby bylo možné vést anonymního zájemce a pak tento účet propojit po podepsání Souhlasu s poskytováním osobních a citlivých údajů a bylo tak možné mít přehled o tom, zda daný zájemce/klient obdržel 40 hodin podpory).



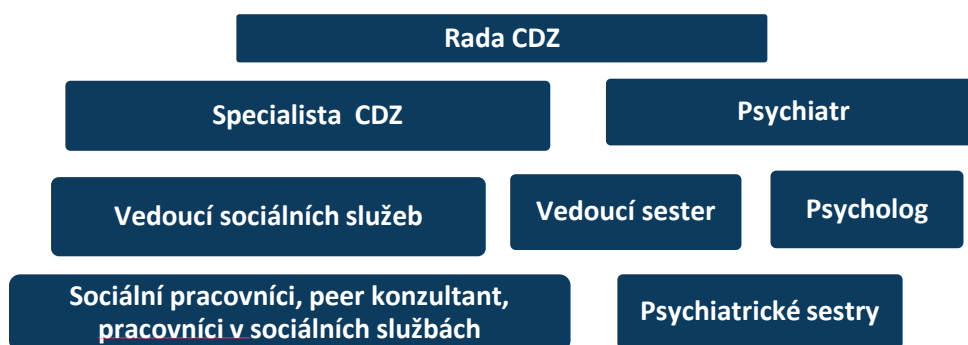
5.4 Evaluační otázka 4: Jak probíhá řízení multidisciplinárního týmu, jaké organizační a řídicí mechanismy se jeví jako efektivní?

Odpověď na evaluační otázku

Odpověď vychází z výstupů získaných při případových studiích u pěti podpořených CDZ. Všechna CDZ, která byla zařazena do šetření, ve svém provozu aplikují pravidlo, že se celý tým schází každé ráno na poradě (v délce 30 minut až 1 hodina), během které jsou předávány informace o péči o klienty za předchozí den a na které se současně informuje o plánu na daný den. Jedná se o operativní nikoli strategickou poradou, cílem je předávat vše potřebné pro aktuální péči o klienty.

Kromě toho v CDZ probíhají (jednou za týden či jednou za 14 dní) delší porady (až na dobu dopoledne), na nichž je prostor pro předávání informací méně akutního charakteru a také pro případnou diskusi nad strategičtějšími otázkami fungování CDZ anebo pro jednání o provozních záležitostech.

Všechny týmy mají také zavedený mechanismus supervize. Níže je uveden základní přehled funkcí v CDZ:



CDZ se mírně liší v tom, do jaké míry se členové jejich týmů vnímají jako zcela rovnocenní. Převažuje přístup, kdy tým pracuje konsensuálně a žádný z pracovníků nemá právo veta. Cílem je identifikovat sdílení a vzájemnou diskusi a spoluprací takový postup, který bude pro pacienta/klienta nejvíce přínosný a vyhovující. v některých CDZ (např. v případě CDZ v Havlíčkově Brodě) je aplikován princip, kdy má ve sporných otázkách rozhodující slovo psychiatr. Nicméně z šetření vyplynulo, že jako vhodnější se jeví takové řízení týmu, ve kterém je usilováno o nulovou hierarchii.

„Zásadní odlišností ovlivňující řízení multidisciplinárního týmu je horizontální (rovnocenná) pozice jeho členů oproti týmu v hierarchicky řízené organizaci. Poměrně dlouhou dobu trvá nalezení rovnováhy pozic a určení momentu, kdy by měla být opuštěna úroveň diskuse a nastolena intervence vedoucího.“ Psychiatr v CDZ Brno, rozhovor ze dne 27. 5. 2020.

Z důvodů provozních (např. pro schvalování dovolených) je obvyklá praxe, že jsou v rámci týmu CDZ určeni „vedoucí“ jednotlivých vymezených úseků. Z rozhovorů se členy multidisciplinárních týmů ovšem vyplynulo, že role „vedoucích“ je skutečně dominantně vnímána jako formální a nesouvisí



s úkolováním a kontrolou. Zpravidla je určen „vedoucí“ pro pracovníky v sociální složce týmu (do které obvykle spadá i peer konzultant), dále pak „vedoucí“ skupiny zdravotních (psychiatrických) sester a psychiatr zpravidla zastává roli „vedoucího“ pro klinického psychologa.

„Uvnitř CDZ je určitá několikakolejnost. Psychiatr a psycholog jsou samostatné jednotky, tým zdravotních sester je řízen staniční sestrou, sociální pracovníci jsou řízeni naším sociálním pracovníkem. Je to domluvené tak, že se pracovníci musí dohodnout, není tam jedna osoba, která by finálně rozhodovala.“

Zástupce FOKUSu Vysočina, z. ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020.

Parametry, které na fungování multidisciplinárního týmu jeho členové nejvíce oceňují:

1. Péči o klienta vnímají členové týmu CDZ díky spolupráci více profesí jako **rozhodně kvalitnější**.

2. Sociální pracovníci oceňují, že díky zapojení zdravotnických profesí **dokáží pomoci i klientům, u nichž toho dříve schopní nebyli** (jde také o zvýšenou míru jistoty při rozhodování v případech řešení krizí klientů).

3. Zdravotnickí pracovníci hodnotí **pozitivně nahlížení na klienta jako na subjekt péče**, nikoli její objekt.

„Významné je, že jsme všichni spolu v týmu, že si informace předáváme, každý sdílí svůj pohled. Myslím, že ta služba se díky tomu více posunula, zprofesionalizovala. Myslím, že lidem to poskytuje komplexnější pomoc. a je také jednodušší zajistit klientovi hospitalizaci či ho doprovodit na hospitalizaci, lépe mu věci vysvětlit. Snažíme se zkracovat doby hospitalizací. a celkově se nám zdravotní věci lépe řeší díky tomu, že tým je multidisciplinární (rozhodně lépe než dřív).“ Sociální pracovník CDZ Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 19. 6. 2020.

Parametry, které jsou členy multidisciplinárního týmu označovány jako nejvíce problematické při společném fungování:

1. **Sladování kultury přístupu ke klientovi** mezi zdravotní a sociální složkou probíhá postupně.

2. **Rozdílné odměňování** pozic mezi sociální a zdravotní složkou, ačkoliv rozsah i odpovědnost u některých z nich jsou relativně podobné.

3. **Obtíže při sdílení informací o pacientech/klientech** vyplývající z legislativních omezení – problematické je nahlížení do pacientovy/klientovy dokumentace ze strany druhého subjektu.

Ve všech CDZ bylo během rozhovorů identifikováno, že se **zařízení poskytující péči na zdravotně-sociálním pomezí vždy do určité míry potýká s problémem odlišného naladění zdravotníků a sociálních pracovníků (resp. pracovníků v sociálních službách)**. Zjednodušeně lze uvést, že zatímco

„Zdravotníci jsou (...) zvyklí pracovat jiným způsobem, většinou s více závaznými pravidly, a jsou součástí většinou velké nemocnice, která má svá pravidla a standardy. Sociální oblast se zřizovatelem FOKUS má jiná, mírnější pravidla, která, i když nesnižují kvalitu péče, jsou flexibilnější a rychleji reagují na potřeby fungování CDZ.“ Zástupce FOKUS Praha, z. ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020.



zdravotnický personál má na základě svého vzdělávání a předchozí pracovní praxe ve zdravotnictví tendenci k pacientovi/klientovi přistupovat více direktivně (určovat/doporučovat mu, co by měl dělat), sociální složka CDZ je více naslouchající, má tendenci ponechat pacientovi/klientovi prostor pro uplatnění vlastních preferencí, i kdyby to mělo případně vést k tomu, že klient/pacient nedosáhne na maximální teoreticky možné zlepšení své situace.

Jako podstatná dovednost pracovníka CDZ se ukázala být schopnost práce v týmu a současně schopnost jednat dostatečně samostatně. Tato kombinace, kdy pracovník na jednu stranu úzce spolupracuje s ostatními členy multidisciplinárního týmu a zároveň musí být schopen zejména při práci s pacientem/klientem v terénu, kde je sám, vyřešit individuálně i neplánované situace, není přirozeně vlastní všem a v praxi se CDZ musela potýkat s tím, že někteří zaměstnanci poté, co si práci v CDZ vyzkoušeli, usoudili, že jim tento charakter práce nevyhovuje (a CDZ proto opustili).

Lze konstatovat, že respondenti rozhovorů uváděli, že **sladčování kultur zdravotní a sociální složky CDZ je dlouhodobá záležitost a že v zásadě nikdy nekončí. Shodli se ovšem na tom, že v průběhu pilotního provozu CDZ se situace v tomto směru výrazně zlepšovala. Nejvíce k pozitivnímu posunu podle nich přispívá spolupráce na jednotlivých případech, společná péče o pacienty/klienty.** Doplnkově jako přínosné vnímají i školení na téma multidisciplinárního přístupu a společnou supervizi, nicméně dominantně jde skutečně o společnou praxi, postupné pochopení přístupu „druhé strany“ (tedy zdravotníků anebo sociálních pracovníků).

Šetření také ukázalo, že **sladčování přístupů mezi zdravotníky a pracovníky sociální složky CDZ probíhalo snáze tam, kde tým vzniknul zcela nově**, kdy tedy nenastalo, že by poskytovatelé zdravotních služeb nebo sociálních služeb převedli do CDZ určitou část týmu, který pro danou organizaci už pracoval před vznikem CDZ (např. na Praze 9).

„V případě CDZ v Praze 9 šlo sice o postavení CDZ „na zelené louce“, protože zde nefungovala žádná sociální služba, ani zařízení s psychiatrickými lůžky, ale obě zakládající strany měly zkušenosti z Prahy 8, kde funguje centrum nad rámec pilotu, a bylo naším prvním spojením ve formě CDZ. (...) Musel se ale postavit zcela nový tým, který si vystavěl spolupráci na nových základech, což bylo jednodušší, než například v Praze 6, kde se slučovaly dva existující týmy.“ Zástupce FOKUS Praha, z. ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020.

Je ovšem relevantní doplnit, že sestavení týmu zcela nově s sebou nese jinou nevýhodu. Takto nově rekrutovaní pracovníci CDZ nejsou dostatečně obeznámeni s fungováním zakladatelských organizací CDZ a mohou vznikat komplikace při harmonizaci procesů v CDZ a procesů v zakladatelském subjektu.

V části CDZ do terénu obvykle jezdí pracovníci ve dvojicích – např. sestra a lékař, sestra a psycholog, sestra a sociální pracovník či lékař a sociální pracovník; odvíjí se to od potřeb konkrétního klienta. Neplatí to ovšem univerzálně. v tomto aspektu se jednotlivá CDZ liší. Z ekonomických důvodů (aby si CDZ na sebe vydělala), může zejména po ukončení pilotního provozu financované z prostředků OPZ převážet přístup, kdy je terénní složka péče zajišťována jednotlivci, nikoli dvojicí pracovníků CDZ.



Co je **problémem u většiny CDZ, je odlišné ohodnocení zaměstnanců zdravotní složky a sociální složky CDZ**, specificky se jedná o ty pozice, které vykonávají rozsahem a odpovědnostmi obdobné činnosti, tj. jde o psychiatrické sestry a sociální pracovníky. Rozdíl ve výši odměňování může představovat bariéru tomu, aby se členové týmu vnímali jako vzájemně rovnocenní. Vnímání nespravedlivosti v odměňování může také snižovat motivaci k pracovnímu výkonu sociálních pracovníků. (Sociální pracovníci mají vysokoškolské vzdělání, které naopak nemají všechny psychiatrické sestry, přesto je výše odměňování sociálních pracovníků nižší.) Zásadní rozdíly panovaly někdy i v přiznaných zaměstnaneckých benefitech. Některá CDZ pak rozdílům v odměňování připisují míru fluktuace na pozici „sociální pracovník“.

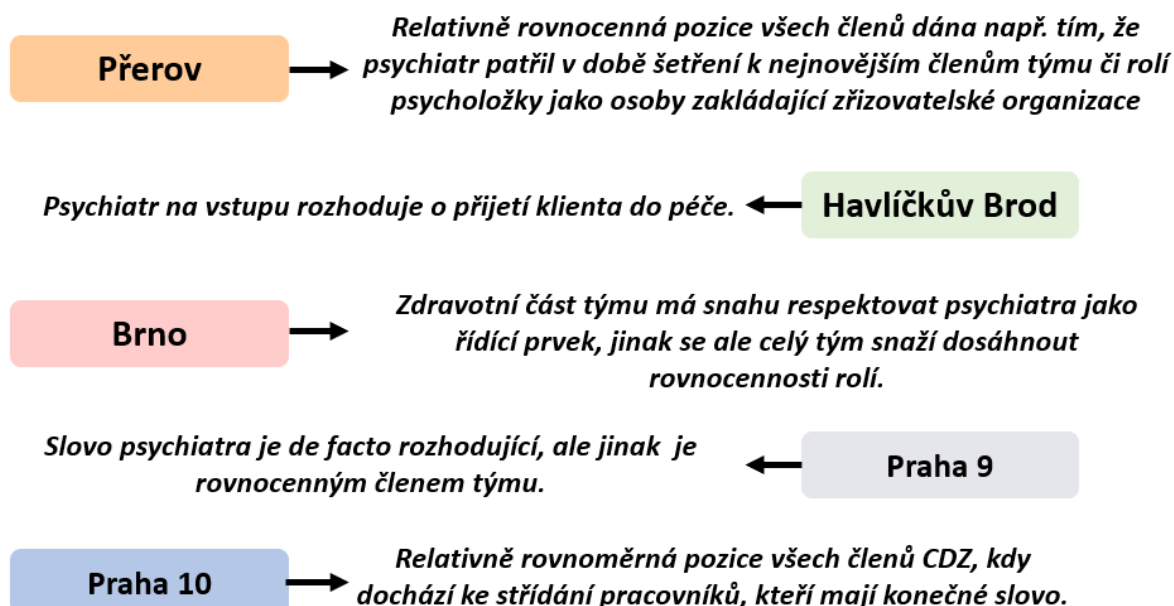
„Na úrovni týmů se naráží hlavně na ohodnocení, kdy sociální pracovníci mají výrazně nižší mzdy, zatímco zdravotníci dosahují mnohdy až o třetinu vyššího ohodnocení. Ohodnocení je největším problémem mezi oběma týmy...“ Zástupce FOKUS
Praha, z. ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020.



5.5 Evaluační otázka 5: Jaká je role psychiatra v týmu a vůči psychiatrům v regionu?

Odpověď na evaluační otázku

Odpověď vychází z výstupů získaných při případových studiích u pěti podpořených CDZ. Jak už bylo uvedeno v odpovědi na předchozí evaluační otázku, všechna CDZ v zásadě uplatňují přístup, kdy jsou si členové multidisciplinárního týmu rovnocenní, je zde snaha, aby každý z pracovníků vnášel do práce CDZ svůj pohled a aby se péče o pacienta/klienta zakládala na společně formulovaném přístupu k němu (samozřejmě s ohledem na potřeby a preference pacienta/klienta). **Psychiatr by tedy optimálně měl být jeden z rovnocenných členů týmu.** Níže uvádíme, jak na pozici psychiatra nahlížíme na základě šetření, které jsme v jednotlivých CDZ realizovali:



Jak je vidět u CDZ v Havlíčkově Brodě, psychiatr je zde klíčovou pozicí v týmu, na vstupu vyšetřuje každého zájemce o služby CDZ a jeho názor je rozhodující pro to, zda se pacient/klient do péče CDZ dostane. Je třeba uvést, že toto právo veta není v sociální části týmu tohoto CDZ přijímáno jednoznačně pozitivně. Specifická je i situace v CDZ ESET na Praze 10, kde údajně dochází k tomu, že se vedoucí pracovníci pravidelně střídají v tom, kdo na daných poradách má rozhodující slovo týkající se dalšího postupu s klientem.

Dále platí, že i tam, kde psychiatr nemá rozhodující slovo (tj. kde má celý tým snahu dosáhnout rovnocennosti rolí jednotlivých pracovníků), je **někdy, zejména mezi zdravotníky, vnímán jako konečná autorita. Zdravotní část týmu má tendenci ho respektovat jako řídicí prvek (v tomto aspektu „přežívá“ pojetí vedení zdravotnického pracoviště).**

Nejintenzivněji pracují s pacienty/klienty psychiatrické sestry a sociální pracovníci (právě tito pracovníci zastávají role case manažerů; psychiatr v žádném CDZ v roli case manažera nepůsobí). Psychiatr a také klinický psycholog provádějí odborná vyšetření.



Psychiatr ve všech sledovaných CDZ zajišťuje i terénní péči, podíl terénní složky péče je však u něj vždy menší než v případě zdravotních sester anebo sociálních pracovníků. Nelze hovořit o nějakém standardním rozsahu pohybu psychiatra v terénu, v tomto prvku se jednotlivá CDZ liší. Platí ovšem, že mimo ordinaci psychiatr vyjíždí v závažnějších případech, nikoli standardně. Všichni interviewovaní psychiatři se shodují v tom, že je pro jejich působení v CDZ podstatné mít informace o zázemí pacienta/klienta, nicméně zatímco některý psychiatr získává tyto informace čistě z komunikace s dalšími pracovníky CDZ, jiný pro získání potřebných informací vyjíždí do terénu. Tento prvek také souvisí s časovými možnostmi psychiatra. v případech, kdy jsou kapacity psychiatra zaplněné službami v ambulanci, je přirozeně terénní složka péče omezena jen na případy, kdy se výjezd ukáže jako skutečně nezbytný.

Šetření se zaměřilo také na otázku, v čem se praxe psychiatra v CDZ odlišuje od působení v čistě zdravotnických zařízeních (v nemocniční péči či v ambulanci). Respondenti uváděli, že CDZ mají specifickou cílovou skupinu, která je užší než v případech jiných zařízení (částečně užší v porovnání s nemocnicemi či léčebnami a výrazně užší v porovnání se standardní psychiatrickou ambulancí).

„Rozdíl pro mě byl, že se velmi intenzivně věnuji malému počtu pacientů s těžkou diagnózou / s těžkým průběhem nemoci. v ambulanci se setkávám se stovkami pacientů, ale jde o namíchané diagnózy.“

Psychiatr v CDZ Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 18. 6. 2020.

Mnohem významnější je ovšem rozdíl, který se týká charakteru péče o pacienta/klienta.

„Podle mého je ta práce intenzivnější ve smyslu, jak se důsledněji sleduje celkový stav ve smyslu psychosociálních faktorů nebo fenoménů. Lékař klasické ambulance na to nemá čas. Má čas vyposlechnout klienta, někdy se může dotknout sociálních problémů, ale až tady v CDZ je větší šance řešit jeho život z více aspektů. a to i díky spolupráci v týmu. Dá se sledovat stav medicínský, pak je tady psycholog, který spolupracuje na problémech psychologických, sociální pracovník se může věnovat věcem, které se dotýkají klienta v reálném životě: kde bydlí, hospodaření s penězi, návštěvy lékařů atd.“

Psychiatr v CDZ Přerov, rozhovor ze dne 24. 6. 2020.

Psychiatr tady musí umět vykročit z medicínského paradigmatu. Zároveň nemusí řešit některé problémy, které mu nenáleží, a které se týkají třeba ambulantních psychiatrů, protože má vedle sebe další členy týmu. To je velká výhoda. Protože vím, že jsem součástí profesionálního týmu, na který se mohu spolehnout. Multidisciplinarita je zde klíčová.“

Psychiatr v CDZ pro Prahu 9, rozhovor ze dne 18. 6. 2020.



Všechna CDZ podnikala kroky k navázání spolupráce s psychiatrickými zdravotnickými zařízeními ve svém spádovém regionu. Nejsnazší je standardně navázání spolupráce s lékaři působícími v organizaci, která je jedním ze zakladatelů CDZ. I když i v těchto nemocnicích (léčebnách) je podle zjištěného povědomí o CDZ jakožto nové složce péče o osoby s duševním onemocněním proměnlivé.

Pro navázání spolupráce s ambulantními psychiatry se ukázalo být jako ne příliš efektivní snažit se je zapojit do seminářů či dnů otevřených dveří apod. Ambulantní psychiatři bývají velmi časově vytížení, a pokud daný lékař sám nemá ambici se dozvědět něco o nové službě, pak je seminář něco, čemu není ochoten věnovat svou kapacitu. CDZ proto přistupovala k individuálnímu kontaktování psychiatrů (ať už telefonicky či osobně v jejich ordinacích). Tato komunikace byla zpravidla vedena z úrovně psychiatra CDZ či psychiatrické sestry (sociální pracovníci vypověděli, že bývá úspěšnější, když navazování kontaktů probíhá mezi zdravotníky). v tomto ohledu pracovníci CDZ volají po tom, aby docházelo k dalšímu šíření osvěty i na úrovni ČR, např. užší spoluprací mezi představiteli Reformy a Českou lékařskou komorou.

Míra spolupráce CDZ a psychiatrů se liší. Zástupci všech CDZ shodně uváděli, že se to postupem času zlepšuje, nicméně ve všech regionech je určitá část ambulantních psychiatrů, která o ni nemá zájem. Zjednodušeně řečeno lze říci následující:

- **Všem CDZ se podařilo navázat spoluprací se nemocnicemi/léčebnami, která spočívá v identifikování potenciálních pacientů/klientů CDZ,** pracovníci CDZ a personál těchto zařízení mají domluvené pravidelné schůzky, na nichž jsou potenciální pacienti/klienti CDZ diskutováni, a pracovníci těchto lůžkových zařízení svoje pacienty o možnosti využít služeb CDZ informují (tj. zprostředkovávají první kontakt).

„Narážíme na odpor v některých nemocnicích, kdy se sestry a lékaři někdy změn bojí a odmítají je a možná se cítí být novou službou ohroženi. Tak tam pochopení není. Ale za ty 4 roky se to moc změnilo k lepšímu, což vnímám velmi pozitivně. Dokonce i v bohnické nemocnici je to oddělení od oddělení, někde také podporu nemáme. Ale je tam silná podpora pana ředitele, který garantuje zdravotní část dvou CDZ v Praze 9 a v Praze 8.“ Zástupce FOKUS Praha, z. ú., rozhovor ze dne 9. 7. 2020.

- **Informace o službách CDZ se v regionech podařilo dostat ke všem ambulantním psychiatrům.²⁴ Obvykle většina z nich aktivně spolupracuje v případech, kdy chce CDZ danému psychiatrovi předat do ambulantní péče pacienta** (např. v Havlíčkově Brodu si CDZ stanovilo jako princip, že její služby mají pacientovi/klientovi sloužit jen po dobu, kdy potřebuje intenzivnější péči a po zlepšení stavu je pacient/klient předáván do psychiatrické ambulance). Ovšem **pouze menší část ambulantních psychiatrů kontaktuje CDZ ze své úrovně s tím, aby se CDZ do péče o daného nemocného zapojilo.** Pokud k tomu přikročí, bývá to z 2 důvodů, a to jsou:

²⁴ Obtížnější situace je v tomto směru v regionu hlavního města Prahy. CDZ pro Prahu 9 má sice určenou spádovou oblast, ale jeho pacienti/klienti mohou mít jako svého ambulantního psychiatra lékaře, který působí mimo tuto spádovou oblast. (Jejich ošetřující lékař může mít ambulanci kdekoli v Praze a teoreticky i mimo území hlavního města.) v Praze je tedy komplikovanější vymezit, kteří ze zde působících ambulantních psychiatrů jsou ti relevantní pro spolupráci s daným CDZ. Z tohoto důvodu také pracovníci CDZ pro Prahu 9 podporují, aby šíření povědomí o roli CDZ v systému péče o osoby s duševním onemocněním bylo intenzivněji prováděno centrálně z úrovně MZd, po případě kraje a ve spolupráci s Českou lékařskou komorou.



- a) sociální služby (psychiatr identifikuje, že by to jeho pacientovi mohlo vyřešit jeho situaci, ale nemá kapacitu to řešit ze své úrovně),
- b) potřeba intervence v přirozeném prostředí pacienta (protože kvůli zhoršení stavu není schopen se dostavit do ordinace nebo protože je potřeba poskytnout péči bezodkladně a ambulantní psychiatr má např. dovolenou a nedokáže okamžitě intervenovat).

„Možná by ze strany ministerstva mohla zaznít instrukce vůči ambulantním psychiatrům, aby se ještě zlepšilo předávání pacientů do CDZ. Aby psychiatři zvážili v případech, kdy jde o komplikovaný průběh nemoci, předat pacienta do péče CDZ. Apel shora by možná toto usnadnil. Nevím, jak je to v jiných regionech, ale pro situaci u nás lze říci, že by to mohlo být lepší. Určitě by ambulantní psychiatři našli pacienty, kteří by z péče v CDZ profitovali.“ Psychiatr CDZ Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 18. 6. 2020.

Zjistili jsme, že menší ochotu ambulantních psychiatrů obracet se na CDZ, lze připsat na vrub zejména následujícím:

- Nedůvěra k novému, tendence postupovat tak, jak je lékař zvyklý;
- Obava ze ztráty pacientů, resp. obava o snížení výše úhrad od zdravotních pojišťoven z důvodu, že by ambulance měla méně pacientů či méně výkonů;
- Negativní vztah k Reformě psychiatrické péče, psychiatr nesdílí cíle Reformy spočívající v přenosu péče do komunitního prostředí, proto se také k CDZ jakožto jednomu z pilířů Reformy staví negativně;
- Kromě toho platí, že osoby s SMI v běžné ambulanci představují jen menší část pacientů, proto je pro psychiatry potenciální průnik mezi jejich klientelou a cílovou skupinou CDZ v zásadě malý.

Další informace, na základě nichž Zpracovatel naformuloval odpověď na evaluační otázku, jsou upřesněny níže v textu.

CDZ v Přerově (Duševní zdraví, o. p. s. / TELEMENS, s. r. o.)

- Duševní zdraví o. p. s., jakožto jeden ze zřizovatelů CDZ, úzce spolupracuje s Psychosociálním centrem, které sdružuje většinu ambulantních psychiatrů působících v regionu. Díky tomu jsou všichni relativně dobře informováni o fungování CDZ. Několik psychiatrů mimo uvedenou organizaci nicméně stále nemá zájem o spolupráci.
- Psychiatrická nemocnice v Kroměříži hodnotí spolupráci s CDZ jako korektní a funkční. Spolupráce s CDZ je ovšem jen v jednotkách případů za rok (týká se pacientů/klientů propouštěných z hospitalizace).

CDZ v Havlíčkově Brodě (FOKUS Vysočina, z. ú. / Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, s. p. o.)



- Spolupráce s psychiatrickou nemocnicí Havlíčkův Brod, pokud je cílem kontaktovat aktuálně zde hospitalizované klienty nebo domluvit hospitalizaci pro klienta, jehož stav vyžaduje lůžkovou péči, je bezproblémová.
- Ambulantní psychiatři jsou ochotni přebírat pacienty/klienty CDZ do své péče, ale v opačném směru (tedy aby se CDZ zapojilo do péče o nemocného) spolupráce funguje jen velmi málo. Je ovšem potřeba říci, že vzhledem k úzké cílové skupině CDZ je průnik mezi pacienty/klienty CDZ a klientelou psychiatrických ambulancí jen v řádu jednotek.

„Pokud pacient třeba přestane docházet a my nevíme, co s ním je, tak tady skutečně je možnost se obrátit na CDZ, jestli by nebyli tak hodní a udělali to. To už se nám taky stalo...“ Ambulantní psychiatr v Havlíčkově Brodě, rozhovor ze dne 2. 9. 2020.

„Já vidím přínos pro naši ambulanci v takových těch sociálních otázkách. Třeba ve finančních otázkách. Pacienti jsou většinou invalidní důchodci, kteří žijí většinou z důchodu a s těmi financemi mnohdy docela zápasí. Nemají dost financí, opravdu jsou odkázáni na důchod, takže jsou potom velmi rádi, když se objeví někdo, kdo jim třeba vymyslí nějaký příspěvek, který opravdu dopadne a oni o něm ani nevěděli a můžou ho dostat.“ Ambulantní psychiatr v Havlíčkově Brodě, rozhovor ze dne 2. 9. 2020.

CDZ Brno (Práh jižní Morava, z.ú. / Fakultní nemocnice Brno)

- Ambulantní psychiatři v zásadě akceptovali úlohu CDZ, v některých případech se ale ke spolupráci s CDZ vyjadřují skepticky, jak je ukázáno i na příkladu níže, kde roli hraje i nespokojenost se způsobem, jakým ministerstvo vybíralo podpořené projekty.

„Spolupráce s ambulancemi se postupně vyvíjela, postupně byla ze strany ambulantních psychiatrů ve značné míře ochotně přijímána.“ Psychiatr v CDZ Brno, rozhovor ze dne 27. 5. 2020.

„CDZ si zřejmě hledá své místo, ale nezaplňuje žádné potřebné místo v mém okolí. Ministerstvo stanovilo určité priority v podobě návrhu cílů v oblasti psychiatrické péče, přičemž jeden z nich byl přenést péči z uzavřených neosobních prostor do přírody a naplnit současně definici CDZ s ohledem na zájmy klientů. Mezitím ministerstvo podpořilo projekty, které šly přímo proti tomuto cíli, naopak nepodpořili projekty – mezi nimi i Váš – které naplnily veškeré priority i definice bezesbýtku a co víc – odmítlo vydat jakoukoliv zpětnou vazbu složitější než ta, která je vyjádřena slovem „nedoporučuji“. Toto naznačuje silnou netransparentnost výběru projektu a lze tušit skryté zájmy zapojených osob do procesu rozhodování...“ Ambulantní psychiatr Brno, rozhovor ze dne 21. 5. 2020.

CDZ pro Prahu 9 (FOKUS Praha, z.ú. / Psychiatrická nemocnice Bohnice)

- V regionu Prahy 9 je spolupráce s ambulantními psychiatry hodnocena ze strany multidisciplinárního týmu pozitivně, nicméně je to individuální.

„Na Praze 9 je spolupráce výborná. Jak s ambulantními psychiatry, a hlavně tedy s psychiatry na poliklinice (pozn. Poliklinika Prosek, ve které CDZ sídlí), tak s lůžkovými zařízeními. Dříve byly ze strany ambulantních psychiatrů obavy, že přijdou o pacienty, ale jak se zvýšila informovanost a jak jsme začali spolupracovat, tak už to tak není. Navzájem si vycházíme vstříc a doplňujeme se.“ Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 18. 6. 2020.



CDZ ESET (ESET - HELP, z.s. / ESET, Psychiatrická a psychosomatická klinika, s. r. o.)

V případě CDZ na Praze 10 nebylo získáno adekvátní vyjádření týkající se kvality spolupráce s ambulantními psychiatry na území městské části. Spolupráce je podobě jako v případě CDZ Přerov intenzivně soustředěna zejména dovnitř organizace, pod níž jsou psychiatrické ambulance seskupeny, a v jejich případě funguje propojování klientů směrem na CDZ. Dle vyjádření ze strany respondentů probíhá získávání klientů dále zejména v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích a občasné z Psychiatrické kliniky Ke Karlovu VFN Praha.

V rámci rozhovoru se zástupci Psychiatrické Kliniky Ke Karlovu bylo nicméně zjištěno, že ze strany CDZ ESET je za poslední rok spolupráce relativně pasivní. Pracovníci VFN Praha několikrát CDZ kontaktovali v souvislosti s konkrétním klientem, který by jim mohl být předán vzhledem k jeho územní příslušnosti pod Prahu 10, ze strany uvedeného CDZ však nedošlo k aktivnímu převzetí klienta.

Zatímco tedy ještě v době pilotního provozu do CDZ ESET směřovalo cca 10 % klientů, u nichž nemocnice

vyhodnotila, že má smysl je kontaktovat s CDZ²⁵, v současné době tímto směrem žádný klient oficiálně nesměruje. Nastala tak situace, kdy relevantní klienti, kteří by jinak byli napojení na CDZ ESET z důvodu svého bydliště, jsou nyní směřováni na CDZ Podskalí, které zajišťuje péči o ně, ačkoliv za to během pilotního provozu nedostává zapláceno (protože klienti nespádají do jeho spádové oblasti). Vyjádření k uvedené situaci se nám nicméně nepodařilo ze strany CDZ ESET získat.

„V rámci Prahy 10 je CDZ aktuálně velice pasivní a spolupráce by mohla být mnohem širší (v současnosti prakticky neprobíhá), jako například v případě CDZ Podskalí, které v některých případech dokonce přebírá i klienty, kteří místně spadají pod ESET.“

Zástupce Kliniky Ke Karlovu, rozhovor ze dne 19. 2. 2021.

²⁵ Největší procento směřovalo do CDZ Podskalí, které bylo podporováno také v rámci projektu CDZ II, nicméně fungovalo již několik let před ním.

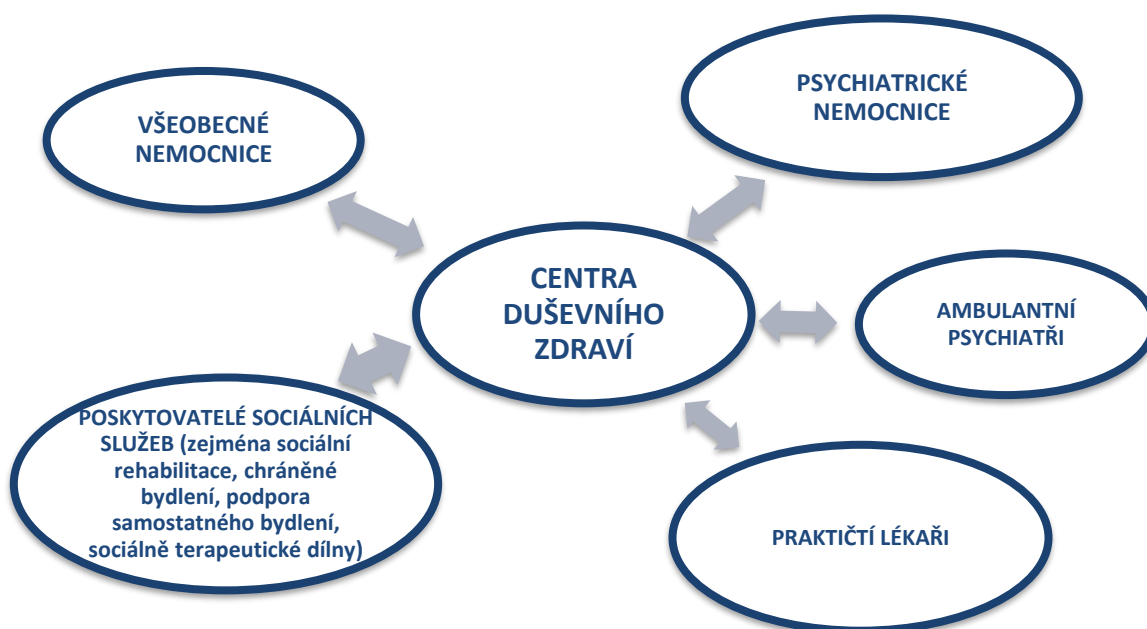


5.6 Evaluační otázka 6: Jak CDZ funguje v rámci regionu, jaká je návaznost, informovanost o vzniklých službách (včetně IZS)?

Odpověď na evaluační otázku

Odpověď vychází z výstupů získaných při případových studiích u pěti podpořených CDZ. Pro všechna CDZ platí, že jsou v kontaktu se širokou paletou organizací. **Základní propojení mají na poskytovatele zdravotních služeb a poskytovatele sociálních služeb, kteří mají mezi svými cílovými skupinami osoby s duševním onemocněním.**

Konkrétní výčet organizace se liší pro každý jednotlivých region působení CDZ, ale obecně se jedná o:



Pro případy krizových situací osob z cílové skupiny CDZ je relevantní, aby se CDZ navázala na složky IZS, konkrétně nejvíce na zdravotnickou záchrannou službu. Z rozhovorů se zástupci CDZ vyplynulo, že spolupráce s IZS, resp. povědomí IZS o tom, že v některých případech, které řeší, je nejlepší se obrátit na CDZ, se stále nepodařilo dostatečně rozšířit. Převládá dosud zaběhnutá praxe, kdy se Zdravotnická záchranná služba obrací v případě zásahu primárně na nemocnici či léčebnu. k tomu je ovšem třeba uvést, že pokud IZS potřebuje jako spolupracující subjekt zařízení, které je k dispozici nonstop, nemohou CDZ zatím tuto roli zastávat. Obdobně pociťují CDZ jisté rezervy v komunikaci (či spolupráci) s Policií ČR. v tomto směru respondenti doporučovali, aby se do komunikace se složkami IZS (resp. k šíření obecného povědomí o CDZ mezi nimi) zapojilo MZd.

„Chybí podpora ve formě zviditelnění CDZ. CDZ jsou sice páteří celého systému, ale musí si vybudovávat své postavení sama a prošlapávat si cestu. Museli jsme si vybojovat svou pozici a vše vysvětlovat sami. To by měl ale udělat systém. Ten by měl vyřešit povinnosti a informovanost návazných a spolupracujících služeb.“ Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 18. 6. 2020.



Doplňkově **některá CDZ navázala spolupráci s Úřadem práce ČR**, resp. příslušným kontaktním pracovištěm Úřadu práce ČR. Konkrétní příklad umístění klienta CDZ ve spolupráci s Úřadem práce ČR na pracovní trh ovšem během zpracování evaluace zjištěn nebyl.

Z komunikačních opatření (kromě individuálního kontaktování) jsou u všech CDZ zpravidla využívány:

- **webové stránky CDZ, webové stránky zakladatelských organizací CDZ,**
- **články v lokálních či regionálních periodikách,**
- **letáky šířené např. v ordinacích praktických lékařů nebo ambulantních psychiatrů,**
- **dny otevřených dveří,**
- **návštěvy v základních a středních školách v regionu (tj. besedy s žáky či studenty),**
- **konference, semináře, workshopy.**

Platí, že přímé kontaktní akce jako jsou dny otevřených dveří, mají potenciál přitáhnout do CDZ osoby, které už o Centru vědí a vnímají jej pozitivně (příp. příznivě nakloněnou odbornou veřejnost). CDZ jako podstatnou část svých komunikačních opatření vnímají návštěvy ve školách, které nejsou pojímány primárně jako nástroj informování o CDZ jako takovém, ale jakožto posílení povědomí o oblasti duševních onemocnění a také jako nástroj prevence výskytu duševních onemocnění (příklad: projekt "Blázníš? No a.", který realizuje Fokus Praha, z.ú.).

Dle vyjádření pracovníků všech CDZ přicházejí klienti do CDZ ze tří hlavních směrů:

- ze zdravotnického zařízení - nemocnice
- na doporučení ze strany psychiatrických ambulancí
- od jiných sociálních služeb.

Podíl uvedených se přitom odlišuje napříč uvedenými regiony. Např. v případě CDZ Přerov dominují psychiatrické ambulance sdružené pod organizací TELEMENS. v případě Prahy 9 nebo Havlíčkova Brodu je to ale zase Psychiatrická nemocnice.

Nicméně **jsou i klienti, kteří CDZ kontaktují sami** (nebo to za ně dělají jejich rodinní příslušníci) a pro tuto skupinu už mají opatření na posilování povědomí veřejnosti o službách CDZ již přímý přínos.

„V Jihomoravském kraji je reforma péče o duševní zdraví důležitým tématem v oblasti sociálních věcí i zdravotnictví. o duševním zdraví jako takovém se více diskutuje, je zřízena Koordinační skupina JMK pro reformu péče o duševní zdraví. Jednotlivé obce s rozšířenou působností reflektují potřebu rozvoje služeb pro osoby se zkušeností s duševním onemocněním, což dříve nebylo.“ (...) Zástupci CDZ se účastní pravidelně setkání Koordinační skupiny JMK pro reformu péče o duševní zdraví, sdělují výsledky práce i obtíže s realizací CDZ spojené. Samospráva je zvána na veřejné akce související s prací CDZ, jsme v kontaktu především pro rozvoj sítě sociálních služeb.“ Zástupce KÚ Jihomoravského kraje, rozhovor ze dne 5. 6. 2020.



5.7 Evaluační otázka 7: Jak vnímají proces zavádění CDZ zástupci zdravotních pojišťoven a jaké podnikají kroky k udržitelnosti týmů CDZ?

Odpověď na evaluační otázku

Pro zodpovězení této evaluační otázky zpracovatel realizoval několik rozhovorů se zástupci zdravotních pojišťoven. Mezi respondenty byli zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny (tedy největší zdravotní pojišťovny působící v ČR), dále zástupce Svazu zdravotních pojišťoven a také zástupci 5 jednotlivých zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Zpracovatel tak měl k dispozici pohled na situaci z několika stran.

Důležité je zjištění, že zdravotní pojišťovny se v zásadě shodují v tom, že **nejdůležitějším plánovaným dopadem je zvýšení kvality péče**. Ze strany ostatních respondentů zapojených do Reformy je zároveň shodně oceňována spolupráce a vstřícnost většiny zdravotních pojišťoven při jednání nad problematikou Reformy.

Současně ale respondenti za zdravotní pojišťovny ve většině případů uváděli, že **od spuštění CDZ očekávali větší snížení objemu lůžkové péče (hospitalizací), a s tím související snížení nákladů na lůžkovou péči**. To ovšem v praxi dosud nenastalo. Dle

základních analýz, které jednotlivé pojišťovny mají k dispozici, se nezměnila vytiženost lůžkové péče, platby směřující od těchto zařízení se vlivem působení CDZ nemění nebo dokonce rostou. Zástupci pojišťoven ale zároveň vnímají, že dosáhnout tohoto efektu je časově náročné a že bude třeba delší časové období na vyhodnocení. Ze strany expertů na problematiku psychiatrické péče se tato slova potvrzují. v současné době totiž vedle vzniku CDZ probíhá řada dalších dějů, které mají vliv na velikost lůžkové péče a které tak poněkud zesložitují situaci:

- na jedné straně je zde pandemie COVID-19, která vedla u některých zařízení k významnému snížení obloženosti a tedy propouštění zdravotnického personálu.
- na druhé straně byl dosud systém psychiatrické péče podle řady odborníků, s nimiž jsme během evaluace hovořili, značně podfinancovaný a současné navýšení nákladů prostě jen souvisí s tím, že se kvalita péče začíná dostávat na požadovanou úroveň.
- dochází tak např. k redukci následných lůžek v zařízeních v regionu, kde je zavedeno CDZ. Toto probíhá postupně, dle odhadu odborníků je to cca 20 lůžek na 1 CDZ. Dochází ale k postupnému zvyšování důrazu na zajištění lůžek akutní péče, které jsou ale finančně náročnější než lůžka následná.

„Zdravotní pojišťovny ve shodě s deklarovanou Strategií psychiatrické reformy počítaly se zvýšením podílu pojištěnců s duševním onemocněním, kteří budou moci být léčeni ve vlastním sociálním prostředí, dále s efektivnějším poskytováním zdravotní péče a pozitivním dopadem na vlastní financování.“

Zástupce ČPZP, rozhovor ze dne 2. 2.

„Očekávali jsme masivnější přísun klientů a naplnění personálních kapacit, to se nám zatím nedaří. Počet klientů je přímo úměrný počtu personálu. Pokud dojde k uvolnění personálu z lůžkové péče, sekundárně se zvýší počet klientů.“ Zástupce VZP, rozhovor ze dne 6. 8. 2020.



„Zdravotní pojišťovny předpokládaly, že současně se vznikem CDZ dojde ke snížení počtu lůžek následné péče v psychiatrických nemocnicích, zkrátí se doby hospitalizace, rozvine se akutní péče a zlepší organizace péče o duševně nemocné. k naplnění zatím nedošlo. k úbytku lůžek dochází postupně, ne podle transformačních plánů, všechno je zpomaleno. Nedochází k rozvoji lůžkové akutní psychiatrické péče.“ Zástupce RBP ZP, rozhovor ze dne 7. 9. 2020.

- dlouhodobě přibývá podíl gerontopsychiatrických pacientů (kteří nejsou cílovou skupinou CDZ), přičemž strategie týkající se péče o klienty s demencí v budoucích letech není ještě zcela finalizována
- je navíc nutné brát v potaz fakt, že úkolem CDZ je také zachycovat skrytou nemocnost. Tedy osoby s duševním onemocněním, kteří ale služeb psychiatrické péče dosud nevyužívaly, a až díky CDZ ano (a tedy za ně pojišťovny propláci výkony nově).

• některé regiony nedisponují návaznými službami v oblasti bydlení, které by umožnily dokončit proces deinstitucionalizace. v praxi to znamená, že někteří klienti nemohou být deinstitucionalizováni, protože nemají jinou možnost trvalého, nebo dočasného bydlení. Často pak dochází pouze k trans-institucionalizaci, tedy k přesunutí klientů z jedné instituce do jiné, tj. ze zdravotního do sociálního ústavu (například z psychiatrické nemocnice do ústavu sociální péče – domovů se zvláštním režimem apod.), popřípadě k jejich ponechání v psychiatrickém lůžkovém zařízení.

„V současné době pozorujeme v psychiatrii nárůst nákladů v ambulantní sféře, neklesající tedy přímo rostoucí náklady v lůžkové sféře – úspora v systému neexistuje žádná, hodnotit efektivitu bude možné po delším časovém sledu. Hodnocení by mělo ovšem probíhat nad systémem (s daty všech ZP) nikoliv jednotlivě.“ Zástupce ČPZP, rozhovor ze dne 2. 2. 2021.

Výše uvedené faktory tedy v současnosti komplikují to, aby bylo možné zjednodušeně říci, že „vznik CDZ povede ke snížení finanční náročnosti lůžkové péče“. Dodáváme opět, že těchto skutečností jsou si zástupci pojišťoven vědomi.

Je důležité zmínit, že snížení rozsahu lůžkové péče zdravotní pojišťovny totiž **vnímají jako podmínku pro to, aby se zvýšil počet odborníků**, kteří by mohli v nově vznikajících CDZ pracovat. Ze strany pojišťoven je tato podmínka vnímána jako důležitá pro další – dlouhodobou – podporu rozvoje terénní psychiatrické péče.

Do problematiky financování psychiatrické péče vstupuje i díky CDZ další faktor: Úzká provázanost zdravotní a sociální péče. v případě zástupců pojišťoven je proto relevantní pokládat si v současné době otázku, jak nastavit systém tak, aby **zdravotní péče i sociální péče byla financovaná z těch zdrojů, které jsou pro ně určené**.

„Vadí nám neostrá hranice mezi zdravotní a sociální péčí, kdy často není jasné, kdo bude jakou péči hradit. Pokud by financování probíhalo z jednoho balíku peněz, nedocházelo by k tomu. Je tam dvojí registrace, rozdílné zákonné regulace, nastávají problémy.“ Zástupce RBP ZP, rozhovor ze dne 7. 9. 2020.

Ze strany několika zdravotních pojišťoven totiž zazněla obava, že současné nastavení vede k tomu, že je ze zdravotní péče hrazená i činnost, která by správně měla být hrazena z jiných prostředků.

Naráží tak na případy, kdy se sociální výkon vykazuje

„Jednoznačně podporujeme multidisciplinaritu. Máme ale pocit, že hranice mezi sociální a zdravotní péčí jsou nejasné a obáváme se, že z fondů zdravotního pojištění jsou kryty i náklady sociální části péče.“

Zástupce ZPMV ČR, rozhovor ze dne 18. 1. 2021.

jako výkon zdravotní. Situace může teoreticky nastávat tehdy, zastupuje-li v některých situacích např. psychiatrická sestra či jiný zdravotnický pracovník roli sociálního pracovníka při péči o klienta.



Vzhledem k úzké spolupráci všech pracovníků multidisciplinárního týmu tato skutečnost může nastávat. Z výše uvedeného tedy vyplývají dvě skutečnosti:

- některé pojišťovny nevnímají dosavadní nastavení zdravotních výkonů jako vhodné, protože vede k tomu, že sociální výkony jsou uváděny jako zdravotní
- některé pojišťovny aktuálně nevnímají zapojení sociální sféry (tj. těch, kteří sociální sféru financují – MPSV, kraje a obce) do financování CDZ jako dostatečné, což vede k tomu, že zdravotní sféra reálně hradí více, než by měla

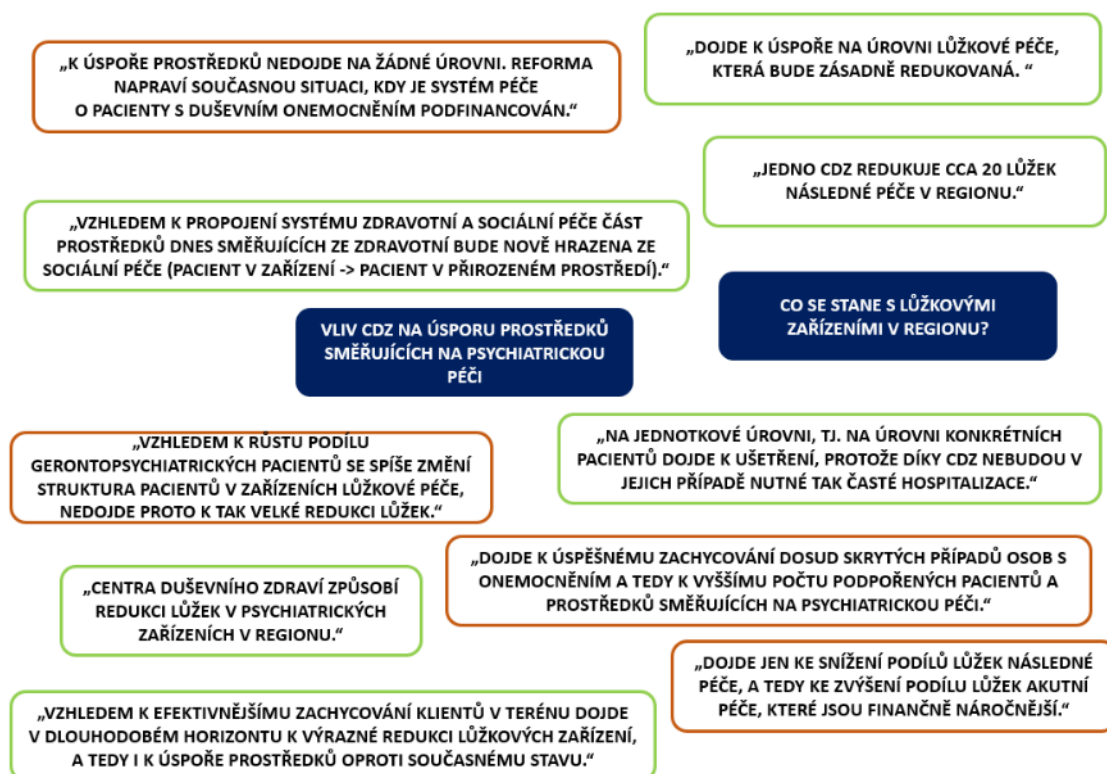
„Brzdou je také dvojí financování, jinak sociální a jinak zdravotní část. Zdravotní část z pohledu financování funguje, sociální drhne na ochotě a přístupu některých krajů.“
Zástupce RBP ZP, rozhovor ze dne 7. 9. 2020.

Vůbec si nemyslím, že by se to pojišťovně naší velikosti vyplatilo. Náročnost na naší straně je poměrně velká (...), ale s ohledem na počet klientů kolem desítky se to absolutně nevyplácí. (...) Důležitá je i ta efektivita spojená například s eliminací lůžek a tu já tady zatím nevidím. Na druhou stranu je ze zdravotního pojištění často hrazena péče, která má spíše charakter sociální služby a to by se tímto dalo přesně vymezit.“ Zástupce VOZP ČR, rozhovor ze dne 9. 9. 2020.

Zde je vhodné doplnit, že dle vyjádření gestora projektů CDZ MPSV deklarovalo, že pro letošní rok vymezuje na plnění Reformy až 600 mil. Kč. Což lze vnímat jako významný signál pro to, že i ze strany sociální sféry je důležitost Reformy reflektována. Dlouhodobě se také zlepšuje pohled na přijímání role CDZ i na úrovni krajů – v několika z nich došlo k personálním změnám způsobených volbami, a Reforma je tam lépe přijímána.

Výše uvedené poznatky z rozhovorů se zástupci pojišťoven nás tedy nutí se opět podívat na Reformu v nejzákladnější

formě: **Jaký dopad tedy vlastně mají mít Centra duševního zdraví na financování psychiatrické péče? a jak se existence CDZ projeví na fungování zařízení lůžkové péče?** v tomto smyslu zde stále existuje několik pohledů, přičemž některé z nich jsou si vzájemně v rozporu. Byť některé z těchto názorů zastává jej úzká skupina aktérů, považujeme za důležité je reflektovat. **Ve schématu níže** jsou zeleně označeny ty názory, které vnímají či očekávají úsporu v systému, oranžově pak ty, které zdůrazňují kvalitativní dopady Reformy mající vliv na zvýšení nákladů směřujících na psychiatrickou péči. Jde o názory pocházející jak ze strany zástupců zdravotních pojišťoven, tak ze strany zřizovatelů CDZ a odborníků zapojených do Reformy, s nimiž měl respondent možnost hovořit buď v rámci případových studií v regionech, nebo při rozhovorech spojených s procesní evaluací (přehled rozhovorů viz kapitola metodologie).



V zásadě tedy lze zachytit tři hlavní pohledy klíčových aktérů ve zdravotnictví na problematiku nákladovosti psychiatrické péče dle Reformy. Všechny tři pohledy se v zásadě shodují na tom, že Reforma přinese zvýšené náklady na systém psychiatrické péče jako celek, liší se ale v tom, v jakých oblastech lze očekávat úsporu:

1. nedojde k žádným úsporám ani v dílčích oblastech

- celkově se zvýší podíl nově zachycených osob
- osoby, které doteď byly pravidelně hospitalizovány a nyní využívají CDZ, nově zatíží zejména sociální systém
- v lůžkových zařízeních nedojde k zásadní redukci lůžek, ale ke změně struktury pacientů směrem k jiným cílovým skupinám jako např. gerontopsychiatřiční pacienti.

2. k úsporám dojde pouze na úrovni jednotlivců

- a to především těch jednotlivců, kteří byli před Reformou až příliš často hospitalizováni – ti jsou nyní pro systém levnější, protože péče v CDZ je na jednoho klienta levnější než jeho pravidelná hospitalizace.

3. zdravotní systém uspoří prostředky v lůžkové péči

- v něm totiž dojde v dlouhodobém horizontu k zásadní redukci

Díky evaluaci tedy zjišťujeme, že zde existují poměrně rozdílná očekávání od Reformy v tom, jak finančně náročná tato její část bude. Z tohoto nám vyplývají tyto klíčové závěry:



- **Nastavit a sjednotit hlavní měřitelná kritéria**, podle nichž se efektivita a nákladovost systému psychiatrické péče bude měřit, a to napříč zdravotním i sociálním systémem
- **Je nutné co nejdříve a co nejkomplexněji vyhodnotit dosavadní situaci z hlediska finanční náročnosti.** Dokud je provoz CDZ hrazen z projektu ESF, jsou výsledky zavádějící. Jakmile ale bude k dispozici dostatečný časový horizont, kdy především zdravotní složka CDZ funguje bez dotace ESF, je reálné vyhodnotit dopad:
 - na výši souhrnných nákladů na zdravotní systém psychiatrické péče
 - na výši nákladů na systém lůžkové péče s regionálním rozlišením (tam, kde CDZ jsou a tam, kde CDZ nejsou)
 - na výši nákladů na jednotlivé klienty, kteří služeb CDZ využili či využívajíDůležité přitom je, aby takové vyhodnocení proběhlo na úrovni všech zdravotních pojišťoven.
- **Vyhodnotit dopad Reformy na sociální systém**, a to v tom, jak velkému navýšení nákladů na sociální systém skutečně došlo, ale také v tom, zda a do jaké míry sociální systém přebíral část výkonů doteď spadajících pod zdravotní systém (např. u klientů, kteří díky CDZ již nejsou hospitalizováni, ale na druhou stranu vyžadují dohled sociálního pracovníka). Je ale také možné, že se děje přesný opak, tedy že zdravotní systém financuje to, co doteď zůstávalo v sociální části (viz výše zmíněné obavy některých respondentů). Aby bylo vyhodnocení dopadů skutečně komplexní, je nutné také zmapovat počet klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP – domovech pro osoby se zdravotním postižením, což mj. koresponduje s Národním akčním plánem pro duševní zdraví (NAPDZ) 4.2, opatření 4.2.5. Dále nelze opomenout faktory jako **skrytá nemocnost nebo začlenění klienta na trh práce**, která vyžadují relativně komplexní a robustní odhad ekonomických dopadů, ale představují důležitý argument zdůvodnění zvýšených prostředků směřujících na aktivity Reformy.
- Jakmile bude znám finanční dopad na zdravotní a případně i na sociální systém, **zasadit se o sjednocení pohledu na finanční dopady Reformy.** Jako zpracovatelé evaluace totiž vnímáme, že zde existuje riziko budoucích neshod na společném postupu jen proto, že existují odlišná očekávání od Reformy.

„Provádět analýzu kvalitativních ukazatelů má smysl jedině ve chvíli, kdy budou společně odsouhlasená měřitelná kritéria, která bude možné z dat ZP sledovat, a to optimálně nad systémem. Prozatím nevíme o tom, že by k podobné dohodě mezi zástupci odborných společností, poskytovatelů zdravotních služeb, MZd ČR, případně dalších účastníků z řad krajských samospráv a pojišťoven došlo.“ Zástupce ČPZP, rozhovor ze dne 2. 2. 2021.

„Posuzujeme ekonomicko-medicínské dopady. Cítím jsem, že při změně organizace péče musíme očekávat nárůst nákladů a vznik rizika, že ekonomické dopady převáží nad medicínským přínosem. Bohulibé záměry často končí růstem nákladů bez zlepšení.“ Zástupce ZPMV ČR, rozhovor ze dne 18. 1. 2021.

Kromě výše uvedených klíčových závěrů evaluace umožnila formulovat i několik dalších záležitostí týkajících se role zdravotních pojišťoven v systému péče o duševní zdraví.

- Jako potřebné pro další realizaci uváděli respondenti také:
 - zaměřit se více na transformační plány následné lůžkové péče
 - věnovat se systému vzdělávání a zatraktivnit obor psychiatrie
 - zlepšit propagaci běžného života osob s duševním onemocněním
 - klást důraz na meziresortní spolupráci



„(...) Zaměřit se více na transformační plány následné lůžkové péče. Poněkud nám brzdí uvolnění personálu do terénní péče.“ Zástupce VZP, rozhovor ze dne 6. 8. 2020.

„Největším problémem je personál. Věnovat se systému vzdělávání a zatraktivnit obor psychiatrie pro lékaře i sestry, aby do něj měli ochotu vstupovat.“ Zástupce RBP ZP, rozhovor ze dne 7. 9. 2020.

„Veřejnost se dozvídá o duševně nemocných pouze, když se něco stane. Nejlépe by bylo komunikaci vést prostřednictvím pacientů, ukázat, že jsou schopni zapojit se do normálního života. Působit více prostřednictvím patientských organizací, propagovat život reálných osob ve společnosti mimo psychiatrickou nemocnici.“ Zástupce RBP ZP, rozhovor ze dne 7. 9. 2020.

- Respondenti ze strany pojišťoven opakovaně jako komplikaci pro CDZ vnímají nejistotu zdrojů na sociální složku služeb v CDZ a také nedostatečné navazující (související) sociální služby, konkrétně možnosti bydlení pro pacienty/klienty, kteří by mohli být propouštěni z lůžkové péče.
- V případě jedné pojišťovny bylo uvedeno, že se podařilo zaznamenat, že CDZ mají vliv na snížení podílů tzv. sociálních hospitalizací – tedy hospitalizací způsobených neexistencí sociálního zázemí pro dané klienty

„Pro důslednou realizaci psychiatrické reformy je potřeba intenzivní mezirezortní spolupráce. Pokud má být většímu podílu pacientů poskytovaná kvalitní péče v jejich vlastním sociálním prostředí, je potřeba, aby občan (zde pacient) měl v tomto prostředí přijatelné podmínky k životu (nikoliv pouze odbornou péči psychiatrického teamu). Tzn., že důležitá je spolupráce s MPSV, s krajskou samosprávou a dalšími složkami mimo rezort zdravotnictví. (...) Na vznik je vázána i vlastní sociální péče (zajištění bydlení).“ Zástupce ČPZP, rozhovor ze dne 2. 2. 2021.

„V dané chvíli ČPZP zaznamenala spíše nárůst péče. Pokles v psychiatrických nemocnicích předpokládá ČPZP následně, kdy se CDZ v daném regionu stabilizuje. Z pohledu spektra diagnóz jednotlivých hospitalizovaných případů, dochází ke změně podílu jednotlivých diagnóz. Snižuje se podíl, tzv. sociálních hospitalizací.“ Zástupce ČPZP, rozhovor ze dne 2. 2. 2021.

„Pokud bude celá finanční tíha připravovaných řešení pouze na bedrech rezortu zdravotnictví, občan – pacient nebude mít z jakéhokoliv CDZ ve svém okolí reálný benefit. Jak bylo zmíněno výše, mnohdy je pacient s psychiatrickou diagnózou léčen institucionálně nikoliv kvůli závažnosti svého onemocnění, ale proto, že je to jediné přijatelné sociální prostředí, kterého se mu dostává.“ Zástupce ČPZP, rozhovor ze dne 2. 2. 2021.



5.8 Evaluační otázka 8: Jak vnímají proces vzniku CDZ krajské samosprávy? Jak zajišťují udržitelnost vzniklých služeb?

Odpověď na evaluační otázku

Odpověď vychází z výstupů získaných při případových studiích u pěti podpořených CDZ. Kraj je **klíčový subjekt pro plánování sociálních služeb v daném území**. Na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozhoduje o poskytnutí finanční subjektům, které tyto služby na území kraje zajišťují. Pro oblast zdravotní péče je odpovědnost krajů menší; krajský úřad rozhoduje o oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nicméně toto je krok, který se odehrává pouze na počátku fungování daného zařízení v lokalitě; **kraje nejsou zapojeny do přímého financování zdravotních služeb**.

U všech Center ve skupině CDZ I je podpora ze strany kraje deklarována. Kraje Reformu psychiatrické péče podporují a mají zájem na tom, aby se služby pro osoby s duševním onemocněním rozšiřovaly směrem do komunitních forem. Otázkou ovšem jsou prostředky na financování sociální složky péče. Dominantním zdrojem pro kraje na financování sociálních služeb jsou zdroje, které jim za tímto účelem poskytuje státní rozpočet (z kapitoly MPSV), a státní rozpočet stanovuje disponibilní zdroje ad hoc vždy jednotlivě na každý kalendářní rok (přičemž v průběhu jednotlivých roků ještě obvykle probíhají jednání mezi kraji a MPSV, která mohou vyústit k uvolnění dalších prostředků). Jedná se tedy o proces, který je průběžný, neexistuje záruka jisté výše disponibilních zdrojů a kraje se ve svém rozhodování o podpoře sociálních sítí musí operativně přizpůsobovat realitě. Lze tedy konstatovat, že deklarovaná podpora CDZ ze strany krajů existuje, **ale nejsou záruky, že kraje budou schopny poskytnout prostředky dostatečné prostředky na financování sociální části péče v CDZ**.

Doplňkově některé kraje místo prostředků ze státního rozpočtu na financování dotčených služeb **využívají také zdroje z Evropského sociálního fondu** (na tzv. individuální projekty krajů zaměřené na sociální služby). Ale i u těchto financí panuje v současné době nejistota, protože dotačním zdrojem je Operační program Zaměstnanost, který financuje projekty realizované jen do roku 2023. Pro navazující období je připravován Operační program Zaměstnanost+, nicméně dosud nejsou stanoveny žádné

„My rozhodně reformu vítáme, ale jsme realističtí ve vnímání hranic, které jsou způsobené např. personálem. (...) Jedna nemocnice pro centrum duševního zdraví v Havlíčkově Brodě, druhá v Jihlavě, nám na rovinu řekli, že si při stavu personálu neumí představit, že by mohli pomoci personálně i se vznikem center duševního zdraví v dalších třech okresech kraje Vysočina. Samozřejmě lidé s těmito odbornostmi se mimo psychiatrickou nemocnici moc najít nedají. Takže v tomhle jsme realističtější. Myslím si, že to bude běh na delší trať, že se to nestane jedním řezem a spíše se k tomu může dojít podle nějakého transformačního plánu těch nemocnic s tím, že se budou plánovat i nějaké přesuny personálu do té ambulantní a terénní péče a že to bude třeba provázet s omezováním lůžkové péče v psychiatrických nemocnicích. Je důležité, aby se dohodl nějaký rozumný plynulý přechod.“ Zástupce Krajského úřadu Kraje Vysočina, rozhovor ze dne 7. 8. 2020)

podrobnosti o tom, jaká částka bude krajům z tohoto nového programu na financování sociálních služeb k dispozici a za jakých podmínek.

Kromě toho při zpracování případových studií vyvstalo, že některé kraje **vnímají jako bariéru pro další rozvoj CDZ na svém území nedostatečné kapacity na obsazení týmů CDZ**. Na záměr vybudovat v horizontu následujících let cca 100 CDZ na území ČR nahlíží jako v praxi nereálný; to na jejich straně vyvolává pochybnosti o tom, že Reforma psychiatrické péče bude v tomto aspektu úspěšná, a sekundárně do jisté míry snižuje jejich přesvědčení o tom, že je třeba udělat maximum pro rozvoj CDZ (těch, která už vznikla, a těch, která jsou zatím plánována).



Nicméně skepse není společná všem krajům. Např. hlavní město Praha je připraveno se do rozvoje služeb pro osoby s duševním onemocněním ještě více angažovat, a to včetně poskytnutí financí, a vnímá i potřebu posílení navazujících sociálních služeb, konkrétně zajištění bydlení pro klienty (ať už v podobě chráněného bydlení nebo podporovaného bydlení).

„Mně se zdá, že ta oblast (pozn. poskytování služeb pro osoby s duševním onemocněním) je tak poddimenzovaná, že toto navýšení kapacit formou CDZ je naprosto v pořádku a jde to ruku v ruce s reformou.“ Zástupce Magistrátu hl. m. Prahy, rozhovor ze dne 8. 7. 2020

Do financování CDZ jsou zapojeny také obce:

- V některých krajích jsou obce na základě podmínek, které stanovil příslušný kraj, zapojeny do financování sociálních služeb; v těchto případech je tedy spolupráce mezi CDZ a obcí nutná pro zajištění financování sociální složky péče (např. Moravskoslezský kraj);
- Některé obce sice neposkytují přímo finanční prostředky na provoz CDZ, nicméně jsou nápomocny jinými nástroji (např. nastavením příznivých podmínek pronájmu prostor městské polikliniky – viz Městská část Praha 9);

Udržitelnost vzniklých CDZ

S výjimkou jednoho CDZ (konkrétně CDZ v Havlíčkově Brodě) platí, že **zakladatelské organizace jsou přesvědčeny o tom, že budou v dosavadní spolupráci (a tedy v zajišťování provozu CDZ) pokračovat.**

Pro Havlíčkův Brod bude rozhodující, zda Psychiatrická nemocnice přistoupí k záměru, aby se stala registrovaným poskytovatelem sociálních služeb a zda návazně bude chtít provoz CDZ zajišťovat zcela samostatně. v době zpracování případové studie, tj. v polovině roku 2020, byl tento proces na počátku a nebylo možné předjímat, zda bude plně realizován.

U všech CDZ šetření ukázalo, že **prozatím není možné konstatovat, zda nastavený systém úhrad výkonů hrazený zdravotními pojišťovnami pokryje náklady CDZ na zajištění zdravotní složky péče.** Obecně mezi CDZ ovšem převládá přesvědčení, že prostředky by na provoz postačovat měly, že případně určitá menší ztráta, která může nastat v prvním období fungování v ostrém provozu, bude snížena díky optimalizaci v navazujícím období. Žádné CDZ ovšem nevyjádřilo názor, že by úhrady od zdravotních pojišťoven představovaly zcela jistý a komfortní zdroj prostředků.

CDZ se také shodují v tom, že velký problém a velký zdroj nejistoty představuje nastavení financování sociálních služeb v ČR. Kraje ve svém rozhodování o tom, které služby budou financovat, zásadně závisejí na tom, jaký objem prostředků na sociální služby jim poskytne státní rozpočet. Pouze hlavní město Praha deklarovalo, že je připraveno prostředky na služby pro osoby s duševním onemocněním navyšovat, i kdyby státní rozpočet jím poskytovanou částku nezvyšoval. Ostatní kraje sice deklarují zájem na tom, aby se CDZ nadále etablovala, ale dlouhodobou jistotu finančních zdrojů nejsou schopny poskytnout.

Další informace, na základě nichž Zpracovatel naformuloval odpověď na evaluační otázku, jsou upřesněny níže v textu.



Vnímání CDZ z úrovně územní samosprávy

CDZ Přerov

(Duševní zdraví, o. p. s. / TELEMENS, s. r. o.)

S Olomouckým krajem zakladatelé CDZ dlouhodobě komunikují. Psychiatrická péče v Přerově má již relativně dlouhou historii, a to i co se týče zajištění sociálních služeb. Z toho vyplývá, že komunikace směrem ke kraji je relativně ustálená a vznik CDZ neměl vliv na změnu tohoto vztahu.

S městem Přerov funguje taktéž dlouhodobá spolupráce. Nejvýraznějším příkladem dobrých vztahů je, že město vyšlo organizaci vstříc s žádostí o pozemky, kde by se mohlo začít stavět nová CDZ. v současné době probíhá výstavba nového CDZ, které tak bude fungovat v nových prostorech.

„Jsou dlouhodobým poskytovatelem zdravotních služeb a držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Tam (v Přerově – pozn. zpracovatele) tedy docházelo jen k rozšíření o nějaké služby, které byly potřeba pro CDZ. Oni ještě před Reformou měli sestru v terénu. Tam tedy nebylo ani nějaké složité řízení. Co se týká sociální služby, tak vím, že tyto služby už tam byly nějakým způsobem dříve zařazeny do sítě.“ Zástupce Odboru zdravotnictví KÚ Olomouckého kraje, rozhovor ze dne

„S městem Přerov se samozřejmě v téhle otázce dlouho jedná, ale ten první krok učinilo Psychosociální centrum společně s Duševním zdravím, o. p. s. tím, že podali v rámci výzvy norských fondů žádost a ta byla úspěšná a začalo se s tímto projektem. Následně se dojednávaly, už vlastně v průběhu tohoto projektu se vyjednávaly s Magistrátem města Přerova i Krajským úřadem plány, které se týkají zavedení téhle terénní formy služby. Následně na to navázala celá reforma, která už dávno předtím byla v plánu, a připravovaly se podklady pro realizaci a tohle byl takový první krok k tomu.“ Zástupkyně CDZ – sociální část, rozhovor ze dne 24. 6. 2020.

CDZ Havlíčkův Brod

(FOKUS Vysočina, z. ú. / Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, s. p. o.)

Kraj Vysočina rozšíření služeb pro osoby s duševním onemocněním podporoval a staví se k nim pozitivně i po zkušenosti s pilotním provozem CDZ v Havlíčkově Brodě. v rámci diskusí nad kontextem fungování CDZ respondent za krajský úřad upozornil, že pro celkový úspěch reformy psychiatrické péče je nezbytné plánovat a zajišťovat i další sociální služby, nejenom CDZ, explicitně poukazuje na služby chráněného bydlení. Dále je z úrovně kraje vnímáno, že další rozšiřování sítě CDZ velmi úzce souvisí s nastavením pravidel pro personální složení týmů CDZ. Respondent konkretizoval limity pro další rozvoj CDZ v území kraje.

Na úrovni městské samosprávy šetření také potvrdilo, že je oceňováno zejména rozšíření disponibilních služeb. Dobře z pohledu města funguje spolupráce CDZ a úředníků, kteří vůči některým klientům

„Nebo nám řeknou „my klienta nechceme zavírat na psychiatrii, naším záměrem je mít s klientem hezký vztah, partnerský, a kdybychom ho nechali hospitalizovat, pak už by pracovníkům CDZ nedůvěřoval“. Na to si na městě říkáme, že sice rozumíme, ale naši opatrovníci nechávají zavírat toho klienta třeba po osmé či po deváté a on se stále vrací, protože venku (mimo nemocnici) prostě nevydrží/neobstojí. My jsme doufali, že CDZ nám v těchto situacích pomůže, ale pracovníci CDZ nám říkají, že nechtějí udělat ten razantní krok.“ Zástupce Městského úřadu Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 16. 6. 2020.

Centra za město vykonávají opatrovnickou funkci. Menší spokojenost respondent z městského úřadu vyjádřil za skupinu ostatních sociálních pracovníků (mimo úředníků v roli opatrovníka). Ukázalo se, že město očekávalo, že CDZ bude do řešení situace klientů vstupovat aktivněji.



Město tedy dle vyjádření respondenta předpokládalo, že CDZ bude kromě jiného prostředníkem mezi sociálními pracovníky a psychiatrickou nemocnicí, což se ovšem v praxi nepotvrdilo. a tato nenaplněná očekávání jsou jedním z prvků, na základě kterých město spíše podporuje změnu CDZ v tom, aby je do budoucna provozovala pouze Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod.

„My v tom vnímáme jistou dvojkolejnost. v Centru pracují zaměstnanci FOKUSu Vysočina a druhou část zaměstnanců tvoří zaměstnanci Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod. a to sebou přináší určité komplikace. Vnímám to tak, že kdyby to byla jen jedna organizace, asi by to bylo lepší a jednodušší i vůči komunikaci navenek. Nevím, zda víte nebo nevíte, že došlo k odvolání ředitele Psychiatrické nemocnice v Havlíčkově Brodě a část pracovníků CDZ se podílela na jeho odvolání. Nálady ve městě jsou v souvislosti s tím částečně rozpačité. Lidé to vnímají tak, že tomu nerozumí, že pracovníci CDZ brojí proti řediteli nemocnice kvůli tomu, že údajně nechce spolupracovat na rozvoji CDZ. Kdyby to byl jeden provozovatel, tak si myslím, že by to bylo lepší. Nová paní ředitelka má takový záměr/vizi, že by to chtěla mít pod Psychiatrickou nemocnicí; možná, že to tak bude, čas ukáže.“ Zástupce Městského úřadu Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 16. 6. 2020.

CDZ Brno

(Práh jižní Morava, z. ú. / Fakultní nemocnice Brno)

Vzniku CDZ předcházela soustavná, věcná a vstřícná spolupráce zakladatelských subjektů se samosprávnými orgány. Dobře z pohledu města funguje spolupráce CDZ a úředníků, kteří vůči některým klientům Centra za město vykonávají opatrovnickou funkci. Od toho se odvíjí i postoje zástupců města.

„Koncept CDZ vnímám jako velice potřebný a přínosný, jelikož není v silách města zcela podchytit tuto oblast a CDZ by pro něj měla být v tomto směru výraznou pomocí (především, co se týče asertivního kontaktování lidí, u kterých lze předpokládat nějaké duševní onemocnění).“ Zástupce Magistrátu města Brna, VO sociálních služeb, rozhovor ze dne 26. 5. 2020

Krajský úřad zdůrazňuje nedostatečnou kapacitu sítě psychiatrické péče. v této souvislosti vznik nového poskytovatele služeb a rozvoj nového modelu služeb kraj vítá. Za hrozbu považuje nejasnost budoucího financování i organizačního rámce.

„Postrádáme větší zapojení MPSV z hlediska vyjasnění financování nově se rozvíjejících služeb CDZ a terénních týmů sociální rehabilitace, problematické je stále zajištění bydlení s různou mírou podpory: od sociálních bytů přes rozvoj chráněného bydlení až po vznik malokapacitních zařízení pobytových služeb pro osoby, které jsou závislé na vyšší míře péče a podpory. (...) Problematické je současné nastavení projektu CDZ, kdy není zajištěna ze strany MPSV udržitelnost financování služeb, které přechází z pilotních projektů do běžného provozu.“ Zástupce krajského úřadu JMK, rozhovor ze dne 2. 6. 2020.

CDZ pro Prahu 9

(FOKUS Praha, z. ú. / Psychiatrická nemocnice Bohnice)

Magistrát hl. m. Prahy hodnotí existenci CDZ pozitivně, stejně jako další oblasti Reformy. Vnímá nedostatečný rozsah služeb pro osoby s duševním onemocněním, který může snížit právě existence CDZ. Jednou z oblastí, kterou město aktuálně řeší, je dostupnost bydlení pro osoby s duševním onemocněním. Byly již podniknuty konkrétní kroky zvyšující dostupnost bydlení pro osoby s duševním onemocněním.

„(...) Liberalizovaly se podmínky pro přidělování obecních bytů, takže jsou zvýhodněná kritéria, jako je například duševní onemocnění, poruchy chování atd. Dřív bez příjmů nebylo představitelné, že mohl člověk získat obecní byt, a dnes se hledají i takové mechanismy, že když na začátku chybí příjem, neměl by to být důvod pro to, aby ten byt člověk nedostal.“ Zástupce MČ Praha 9, rozhovor ze dne 17. 9. 2020.



I v případě městské části je spolupráce hodnocena kladně. Opět se projevuje zejména v péči o konkrétní klienty, vůči nim MČ plní funkci opatrovníka. Na CDZ se u některých klientů obrací sama MČ, u jiných naopak pracovníci CDZ jako první kontaktují MČ. Společně např. postupují i ve chvíli, kdy

„(...) Klienty, které jsme tu dříve měli a řešili jsme jejich stav nejprve hospitalizací, tak od doby fungování CDZ fungují perfektně. My máme kompetence na určité úřady, na soud apod., ale na lékaře například vazby nemáme...“

Zástupce MČ Praha 9, rozhovor ze dne 17. 9. 2020.

je ze strany lékařské posudkové služby zamítnut dle pracovníků oprávněný nárok na příspěvek na péči.

CDZ ESET Praha 10

(ESET - HELP, z.s. / ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s. r. o.)

Služby poskytované CDZ ESET jsou ze strany zástupců místní samosprávy hodnoceny velice kladně. Je navázána úzká spolupráce, která přináší výrazně vyšší kvalitu života klientům služeb. To že podpora v podobě sestry/psychiatra/sociálního pracovníka dochází i za klientem domů bylo v předchozích obdobích na straně zdravotní péče zcela ojedinělé a tato změna je například pro městskou část velice významná a žádoucí. Municipality pouze nakontaktuje občana na CDZ a pak už vlastní péče komplexně přechází na CDZ, které se o něj dokáže efektivně postarat. Důležitý je hlavně způsob komunikace, a to hlavně se zdravotní složkou, kdy její zástupci přistupují k zástupcům municipality jako k partnerům a nikoliv z pozice nadřízenosti, k čemuž někdy u lékařů bývá.

„Vlastně si ani nedovedeme představit, že by ta služba najednou nebyla dostupná. Dříve jsme ESET vnímali více jako zdravotní službu, teď je ten rozsah služeb ucelený a služba funguje z pohledu úřadu naprosto skvěle. Najednou dokážeme naprosto bez problému jednat s občany, se kterými to předtím nebylo ani myslitelné.“

Zástupce MČ Praha 10, rozhovor ze dne 20. 1. 2021.

Město i městská část podporuje komunitní služby a v rámci komunitního plánování jsou CDZ a konkrétně i CDZ ve Strašnicích nenahraditelný prvek v systému, který poskytuje potřebné a kvalitní služby a zároveň výrazně pomáhá municipalitě řešit svou agendu, například v rámci chráněného bydlení, respektive

zabydlování klientů. Rychlost a komplexita péče jsou výrazně oceňovány a zpětná vazba od občanů/klientů je výrazná. Navázaná spolupráce překračuje například i do agendy sociálně právní ochrany dětí.

Služby CDZ jsou natolik významné/nepostradatelné, že dotační tituly podporují chod (sociální oblast) v neobvyklé výši (stovky tisíc ročně) s ohledem na disponibilní rozpočet a obvyklé částky dotací udělované pro rozvoj sociálních služeb (s ohledem na rozsah poskytovatelů sociálních služeb). Obecně se snaží i dále pomáhat s fundraisingem a přeposílat informace o možných dalších externích zdrojích financování.



Udržitelnost vzniklých služeb

CDZ v Přerově

(Duševní zdraví, o. p. s. / TELEMENS, s. r. o.)

CDZ s Olomouckým krajem dlouhodobě spolupracuje a komunikuje o tom, jak zajistit financování do budoucna. Nicméně **jistota financování sociální složky CDZ není**. Popis problémů obsahuje následující citace.

„Ze zkušeností, jak tady s naším Olomouckým krajem, tak když se bavíme s kolegy z jiných krajů, tak si nemyslím, že by byl velký problém s financováním zdravotní péče, ona standardně jede na zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovny v tomto směru vůči CDZ jsou velmi vřelé a přijímají nové informace, ty potřeby a výstupy, které přicházejí z Center. Reagují a zavádějí nové výkony a přidávají služby a myslím, že komunikace je v tomhle velmi dobrá. Horší to je u sociálních služeb, kde je princip financování z roku na rok, kdy člověk nebo organizace neví, jestli a jaký balík prostředků na fungování dostane. Může být dobrý rok, nadstandardní, ale vzápětí přijde nový rok, kdy nebude možné zajistit plnohodnotný provoz v počtu pracovníků, který je potřeba mít pro udržitelnost projektu. Faktorů, které to ovlivňují, těch je spousta, a těžko říct, co rozhoduje o tom, že jeden rok dostanete dofinancování z MPSV a pak je částka na třech čtvrtinách, a to je v rámci několika set tisíc velmi zásadní, takže tam bych viděla trochu problém s nejistotou s tím, že prostředky se schvalují každý rok (...) Kraj přerozděluje prostředky MPSV a rozděluje je mezi všechny sociální služby podle toho, jak to kraj vyhodnotí. Ale to je asi problém všech sociálních služeb, nejen té naší a nově vzniklého CDZ. s tím se každý rok potýkají všechny sociální služby. Prvního čtvrt roku jedou na úvěr nebo nějakou půjčku, než dostanou prostředky s tím, že se neví dopředu. Na začátku roku nevíme, jestli budeme schopní ufinancovat.“
Zástupkyně CDZ – sociální část, rozhovor ze dne 24. 6. 2020

V případě zdravotní složky je nastavena forma financování přes zdravotní pojišťovny. v čase rozhovoru zástupci CDZ ještě nebyli schopni s jistotou říci, zda je takto nastavené financování udržitelné. Dle odhadu budou platby stačit na udržení personálu, nikoliv ale na investice a další rozvoj.

V době rozhovoru – tedy v polovině roku 2020 – mělo centrum prostředky na sociální část zajištěny přes kraj – prostředky na sociální služby. v té době si CDZ udržovalo personální obsazení v rozsahu 8 zdravotníků a 8 sociálních pracovníků (tj. velmi podobná kapacita jako v čase pilotního provozu).

CDZ v Havlíčkově Brodě

(FOKUS Vysočina, z. ú. / Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, s. p. o.)

Pro budoucnost CDZ bude určující, zda Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod uskuteční aktuálně zvažovaný záměr, aby se stala poskytovatelem sociálních služeb a následně provozovala CDZ pouze vlastními silami.

„My máme v plánu provozovat CDZ sami. Pokusíme se CDZ provozovat jako komplexní službu ze strany nemocnice. Už jsme odeslali žádost o úpravu řízovací listiny a nyní nás bude čekat jednání na kraji, abychom byli zahrnuti do systému financování sociálních služeb. (...) Jsme na začátku procesu. Právě na základě vyhodnocení CDZ, abychom byli schopni poskytovat služby dál v té kvalitě, jakou si představujeme, jsme vyhodnotili, že pro nás cesta vede přes rozšíření spektra našich činností. Myslíme si, že to bude vhodné nejenom pro CDZ, ale obecně v rámci reformy psychiatrické péče. Dochází ke sbližování zdravotní a sociální složky a pro nás to bude pozitivní nejenom z důvodu CDZ, ale obecně budeme mít oprávnění k poskytování sociálních služeb. Jak to bude fungovat, se zatím neví, ale chtěli bychom to zkusit.“
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 25. 6. 2020

Pokud by měla pokračovat spolupráce Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod a FOKUSu Vysočina, z. ú. pak bude pro budoucnost CDZ výrazným parametrem ekonomická udržitelnost provozu.



Respondenti se shodovali v tom, že **prozatím nelze vyhodnotit, zda nastavené úhrady za výkony v CDZ pokryjí náklady plnohodnotně (vyhodnocení bude provedeno až po konci roku 2020)**. Nicméně **nastavený systém úhrady představuje podle respondentů jistotu, že minimálně většina nákladů bude prostředky od zdravotních pojišťoven pokryta.**

Pro sociální složku péče prozatím jistota financování není. Do konce roku 2020 byly potřebné finance vyhrazeny v rámci projektu spolufinancovaného z ESF, který realizuje kraj Vysočina. Pro navazující období v době uskutečnění této části šetření (červen až srpen 2020) dosud zdroje financování rozhodnuty nebyly.

„Pro sociální služby jsme od února, kdy jsme přestali být v ESF projektu, přešli pod krajský evropský individuální projekt. Ale tyto individuální projekty v kraji Vysočina končí v roce 2020 a nevím, co bude dál. Jediné, co mi dává určitou jistotu, je, že kraj podporuje reformu psychiatrické péče, podporuje CDZ, tak doufám, že na tyto služby nalezneme zdroje, ale rozumím, že to je o vyjednávání s MPSV. Není v našich možnostech toto ovlivnit, a ačkoli mluvíme s úředníky kraje, neumím říct, jak to bude v příštím roce. Pro kraj Vysočina je nepříjemné, že už 10 let využívá individuálních projektů a celá péče o duševně nemocné je už 10 let financována z evropských peněz, a to nyní končí. To znamená, že se zde sešly 2 věci: navyšují se počty úvazků ve službách pro duševně nemocné, ale zároveň končí jeden velmi silný zdroj financování.“
Zástupce FOKUSu Vysočina, z. ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020

„Problém je možná v tom, že část péče je dnes hrazena ze zdravotního pojištění, zatímco části těch služeb, které by měly vzniknout a se kterými reforma počítá, by měly fungovat v systému sociálních služeb. Tenhle systém se na to finančně nepřipravuje. Pokud Ministerstvo zdravotnictví nebude mít součinnost Ministerstva financí a Ministerstva práce, tak je to pro tu reformu velké riziko. a dalším hodně velkým rizikem je to, že už dnes existuje poměrně rozvinutá síť terénních a ambulantních sociálních služeb, většinou je to registrováno jako sociální rehabilitace, ale u nás a nejspíš i v řadě dalších krajů je financována z evropských peněz a není řešena situace, kdy teď ke konci plánovacího období evropské peníze nebudou. Alespoň v našem kraji jsou v tuto chvíli ohrožené služby, na kterých se třeba i to centrum duševního zdraví svým způsobem budovalo nebo na které se navázalo. Prostředky jsou do konce tohoto roku, tj. do 31. 12 2020. v tuhle chvíli ještě nemáme vyřešený příští rok, bude se to muset nějak zvládnout.“ Zástupce krajského úřadu Kraje Vysočina, rozhovor ze dne 7. 8. 2020

Respondent z krajského úřadu kraje Vysočina upozornil, že kromě nalezení zdrojů ve státním rozpočtu na sociální části CDZ je problémem také samotný mechanismus distribuce prostředků na sociální služby, který je stanoven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento předpis totiž pro rozdělení disponibilních prostředků státního rozpočtu na jednotlivé kraje podle § 101 stanovuje konkrétní koeficienty pro každý kraj (viz příloha k tomuto zákonu). Zákon nepředjímal, že by se z celkového objemu prostředků na sociální služby určeného pro kraje vyjímala určitá suma, která by byla poskytnuta jen některým krajům adresně na nějaké konkrétní služby (tedy např. na CDZ).

Ustanovení § 104 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, umožňuje, aby MPSV poskytlo prostředky přímo na konkrétní sociální službu, ale v takovém případě už se musí jednat o mechanismus, kdy poskytovatel služby žádá o dotaci přímo ministerstvo a není aplikován standardní mechanismus pro sociální služby, kdy prostředky ze státního rozpočtu získává kraj a ten zdroje podle svého uvážení dále přerozděluje.

Ekonomická udržitelnost CDZ také souvisí s tím, kdo je cílovou skupinou, tj. kterým pacientům/klientům CDZ poskytuje péči. CDZ v Havlíčkově Brodě, jak je uvedeno výše, usiluje o to, aby



se o pacienty/klienty s diagnózou SMI staralo pouze po omezenou dobu, kdy se jejich stav zhorší. Po zlepšení jejich situace jsou předáváni jiným zdravotním a sociálním službám v území.

„Na začátku příprav CDZ byly výzkumy, které říkaly, že na 100 tisíc obyvatel musí být kolem 700 – 800 osob se SMI. My když nyní mapujeme u ambulantních psychiatrů pacienty, tak nám vychází menší číslo. v tuto chvíli máme 70 lidí. Mohli bychom to navýšit na např. 200. Není to o tom, že by ti lidé v regionu nebyli; oni jsou. Ale jsou napojení na ambulantního psychiatra, na komunitu, mají rodinu, jsou zaléčení, fungují a nepotřebují CDZ. Vidina úvazků (7 sociálních pracovníků na 7 zdravotnických pracovníků, později 9 : 9) je v tomto regionu docela utopie. Říkali jsme si, že 7 : 7 to bude maximálně a stejně si myslím, že se neuživíme, že nás nikdo nezplatí. Myslím, že 5 : 5 je strop. Sestry se mají uživit tím, že práci prokódují a ony to nemají na koho kódovat. My jako sociální pracovníci budeme od ledna financováni na základě klientohodin a i když budeme v obsazení 5 : 5, tak mám strach, že se neuživíme. Klientů tu není tolik, jak se předpokládalo.“ Sociální pracovník CDZ, rozhovor ze dne 19. 6. 2020.

CDZ Brno

(Práh jižní Morava, z. ú. / Fakultní nemocnice Brno)

Z převážně pozitivních reakcí všech aktérů i dotčených stran lze vyvodit, že jsou rozhodnutí CDZ provozovat i nadále. Podporu a podmínky se snaží vytvořit zástupci města. Krajský úřad je přesvědčen o potřebnosti terénní služby a zařadil CDZ do plánů sociálních služeb na následující roky, přestože vnímá nedostatky v postupech financování ze strany MPSV.

„Krajská samospráva připravila kroky, které pomohou udržet financování sociální složky CDZ. Úvazky pracovníků sociální rehabilitace jsou zařazeny do základní sítě sociálních služeb. Problematické je zajištění financování, pokud nedojde k adekvátnímu nárůstu finančních prostředků ze strany MPSV, alokovaných přímo pro CDZ. (...) Reforma péče o duševní zdraví je navrhovanou systémovou prioritou aktuálně připravovaného Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb JMK 2021-2023. Stručně a obecně je zmíněna také v aktuální Koncepti zdravotnictví JMK.“ Sociální pracovník CDZ, rozhovor ze dne 19. 6. 2020.

Rozhodujícím faktorem bude nepochybně ochota a schopnost zakládajících subjektů. Členka Řídícího výboru CDZ Brno v otázce pokračování činnosti formulovala pochyby vyplývající z limitů personálních kapacit systému.

„Z našeho pohledu je potřebné upravit standard CDZ. Jejich další rozvoj omezuje kritický nedostatek psychiatrů a psychiatrických sester.“ Statutární zástupkyně poskytovatele sociálních služeb, rozhovor ze dne 21. 5. 2020

CDZ pro Prahu 9

(FOKUS Praha, z. ú. / Psychiatrická nemocnice Bohnice)

Oba poskytovatelé (Psychiatrická nemocnice Bohnice a FOKUS Praha, z.ú.) některé dílčí náklady CDZ v období po skončení pilotního provozu hradí prostřednictvím jiného zdroje financování nad rámec standardního financování sociálních a zdravotních služeb, popř. poskytují CDZ podporu v rámci svých zázemí, např. v podobě vzdělávání, ekonomické a administrativní podpory.

Vedení CDZ očekává, že standardní financování (zahrnující úhrady zdravotních pojišťoven a financování sociálních služeb kraji) umožní pokrýt všechny náklady CDZ.



„V případě těchto dvou CDZ (pozn. CDZ v Praze 9 a v Praze 6) se o jejich budoucnost nebojím. Financování doplníme granty a dotacemi, na což jsme zvyklí z fungování FOKUS jako neziskové organizace, která využívá vícezdrojové financování.“ Zástupce FOKUS Praha, z. ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020.

CDZ nepředpokládá po adaptaci na standardní režim financování výrazné problémy s financováním provozu, které by omezily nabízené služby, a plánuje pokračovat v jejich poskytování v plném rozsahu. Zároveň předpokládá, že také poptávka po službách bude i nadále dostatečná.

„Finančně nevycházíme, ale máme na dohled vyrovnanou bilanci.“ Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 14. 8. 2020.

„Myslím, že úhrady jsou vykazovány férově a my máme ještě prostor, abychom zefektivnili vykazování.“ Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 14. 8. 2020

CDZ ESET (ESET - HELP, z.s. / ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s. r. o.)

Aktuální nastavení CDZ a vývoj jeho vzniku ukazují, že je možné předpokládat, že CDZ bude pokračovat v současném úspěšném trendu vhodného doplnění stávajících služeb pro občany regionu s duševním onemocněním.

Variantou dalšího rozvoje CDZ zvažované ze strany ESET je prodloužení ambulantní doby poskytování služby (momentálně 9 – 19 každý všední den). Další pole působnosti je v těsnější spolupráci s praktickými lékaři, ostatními službami v regionu, policií, hasiči, opatrovníky, apod. První kroky na této cestě už byly dle zástupců CDZ vykonány. Municipality předpokládá i další finanční podporu CDZ, avšak nelze předvídat rozpočtové dopady epidemie koronaviru, která může způsobit sníženou disponibilitu finančních prostředků.

Větší spolupráce s praktickými lékaři je jako vhodný postup preferován i ze strany samotných praktických lékařů. Z rozhovoru vyplynulo, že vhodným nástrojem by mohl být samodiagnostický nástroj pro osoby s podezřením na rozvoj duševního onemocnění, který by si mohli sami vyplnit, případně by je za ně mohli vyplnit jejich blízcí. Aktuální podoba dotazníku dostupného například prostřednictvím projektu VIZDOM (<http://vizdom.cz/otestujtese/>) považoval respondent za suboptimální.

„Určitě předpokládáme další podporu CDZ, a to ve spolupráci s městskými částmi.“ Zástupce hlavního města Praha, z. ú., rozhovor ze dne 16. 1. 2021.



6 Závěry evaluace a doporučení

6.1 Doporučení formulovaná na základě procesní evaluace

Procesní část evaluace byla prováděna v rámci zpracování Vstupní a Průběžné evaluační zprávy.

V tabulce níže Zpracovatel sumarizoval hlavní zjištění a navrhnul celkem 16 doporučení, která byla naformulována v rámci evaluačních prací uskutečněných pro Vstupní a Průběžnou evaluační zprávu.

Legenda k barevnému vyznačení významnosti doporučení: **zelená**: doporučení malé významnosti; **oranžová**: doporučení střední významnosti; **červená**: doporučení vysoké významnosti. Doporučení jsou seřazena podle prioritizace, začínaje těmi, které zpracovatel považuje za nejvýznamnější.

Tabulka 11: Doporučení identifikovaná v rámci zpracování Průběžné evaluační zprávy

Č.	Věcná oblast a adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
1	Zjednodušené vykazování v případě dotací poskytovaných MZd v rámci projektů <i>Adresát: Pracovní výbor Reformy psychiatrické péče</i>	MZ bylo v roli příjemce podpory z OPZ a současně bylo poskytovatelem dotací vůči provozovatelům CDZ. Zjednodušeně řečeno došlo k poskytování dotace v rámci dotace (byť z hlediska právních předpisů MZd není příjemcem dotace z OPZ, vzhledem k tomu, že mezi MZd a ŘO OPZ jakožto dvěma organizačními složkami státu nejde o vztah mezi poskytovatelem dotace a příjemcem dotace). Jednou z významných nevýhod dotačního vztahu vůči provozovatelům CDZ byla skutečnost, že CDZ byla v důsledku něho nucena prokazovat využití dotace v úplnosti na veškeré financované výdaje. Zatímco ŘO OPZ aplikuje v projektech princip, kdy část výdajů hrazených		Zahájit dialog s relevantními řídicími orgány operačních programů v programovém období 2021-2027 s cílem, aby pravidla programů nebyla překážkou pro využívání zjednodušených metod vykazování v případě dotací poskytovaných v rámci projektů realizovaných MZd Pokud bude v programovém období 2021-2027 záměrem MZd realizovat s podporou ESF (či dalších fondů ze skupiny ESIF) projekt, v rámci něhož bude z důvodu nastavení právních předpisů relevantní poskytování dotace z úrovně MZd (v roli příjemce podpory) na další subjekty, bylo by vhodné vyjednat s řídicími orgány relevantních operačních programů takové nastavení pravidel způsobilosti, aby bylo možné i z úrovně MZd využít § 14 odst. 6 zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových



Č.	Věcná oblast a adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
		z dotace je financována tzv. paušálem dle § 14 odst. 6 zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), kdy vymezené kategorie výdajů není potřeba prokazovat (týká se to zejména administrativně složitě prokazovaných výdajů, jako jsou náklady na vodné, stočné, drobných výdajů na standardní spotřební materiál jako jsou kancelářské pomůcky apod.), toto zjednodušení administrace nebylo možné v případě CDZ využít. Prokazování toho, jak CDZ dotaci využila, představovalo tedy významnou administrativu na straně provozovatelů CDZ a současně si vyžádalo velmi náročnou a robustní kontrolu ze strany pracovníků MZd.		pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), tj. využít zjednodušeného vykazování výdajů. Ustanovení § 14 odst. 6 zákona č. 218/2000 Sb. umožňuje zjednodušené vykazování pro všechny projekty spolufinancované z rozpočtu Evropské unie, ovšem problematické se ukázalo nastavení pravidel pro tzv. nepřímé náklady na úrovni OPZ. Projekty s „dotací v dotaci“ jsou pro řídicí orgány výjimečnými případy, proto základní model nastavení pravidel paušálu, resp. nepřímých nákladů pro ně nemusí být vždy využitelné (což je příklad projektu CDZ I). Zpracovatel doporučuje zahájit dialog o nastavení zjednodušených metod vykazování v pravidlech budoucích operačních programů bez zbytečného prodloužení, protože koncepce využívání zjednodušených metod vykazování má být dle aktuálních návrhů příslušných nařízení obsažena v operačních programech jako takových, které řídicí orgány již nyní zpracovávají. Kromě toho se jedná o složitou problematiku, jejíž zpracování, resp. nalezení adekvátního nastavení pravidel si bezesporu vyžádá delší čas.
2	Duplicitní podepisování Monitorovacího listu podpořené osoby <i>Adresát: Pracovní výbor Reformy psychiatrické péče</i>	Specificky pro monitorovací list podpořené osoby se jako problematické ukázalo pravidlo, že by podpořená osoba měla svým podpisem potvrdit údaj o své situaci po dokončení intervence (rozuměno při výstupu z projektu nebo po ukončení projektu). Jedná se o parametr, který je sledován plošně u všech podpořených účastníků projektů podpořených z ESF (jeho monitorování vyplývá z Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1304/2013 ze dne 17. prosince 2013 o Evropském sociálním fondu a o zrušení nařízení Rady (ES) č. 1081/2006). Ve vzoru monitorovacího listu podpořené osoby vyhotoveném ŘO OPZ se podpis		Znovu se pokusit s ŘO OPZ vyjednat, aby správnost údaje o situaci klienta po dokončení intervence (rozuměno při výstupu z projektu nebo po ukončení projektu) mohl podpisem potvrdit člen multidisciplinárního týmu Při vyplnění monitorovacího listu po vstupu klienta do projektu je podpis klienta nezbytný z důvodu, aby byla k dispozici auditní stopa o tom, že klient byl informován, že dochází ke sběru jeho osobních údajů (za jakým účelem, kdo je v roli správce údajů, atd.), tj. jedná se o důkaz dodržení Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR). Podpis záznamu po ukončení intervence už nemá tuto roli; podpis stvrzuje správnost záznamu.



Č.	Věcná oblast a adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
		předpokládá. Nicméně jeho získávání je v případě osob s duševním onemocněním komplikované.		MZ poskytlo Zpracovateli informaci, že v minulosti byl již učiněn pokus o jednání s ŘO OPZ o tom, aby druhým podpisem na monitorovacím listu podpořené osoby mohl být i podpis člena multidisciplinárního týmu, který je se situací klienta obeznámen, nebo se klienta na jeho situaci zeptal konkrétně za účelem vyplnění údaje do monitorovacího listu. Zpracovatel ovšem nemá k dispozici argumentaci, která byla v této diskusi využita, ani mu nejsou známy podrobnosti o tom, zda byl do diskuse zapojen např. útvar ŘO OPZ odpovědný za nastavení metodiky implementace OPZ. Zpracovatel proto doporučuje zvážit další pokus vyjednat změnu přístupu na základě výše popsané interpretace a příp. také se zapojením útvaru ŘO OPZ odpovědného za nastavení metodiky implementace OPZ.
3	Komunikace mezi CDZ a MZd po ukončení pilotního provozu v rámci uzavírání <i>Adresát: Administrátoři současných i obdobných budoucích projektů (na OEF)</i>	Jako problematická se ukázala skutečnost, že některá CDZ nedisponovala po ukončení pilotního provozu pracovníkem na pozici specialisty CDZ. (Specialista garantuje provoz CDZ a dále zejména zajišťuje komunikaci s MZd a odpovídá za řádnou evidenci a předání všech nutných podkladů a dokladů, sběr dat pro účely evaluace.) v průběhu realizace pilotního provozu bylo povinností, aby byla tato pracovní pozice obsazena úvazkem minimálně 1,0, a všechna CDZ tuto povinnost naplnila. Ovšem poté, co skončilo období financované z dotace poskytnuté MZd, došlo v některých případech ke zrušení této pracovní pozice. Výzvy k nápravám nedostatků zpráv o realizaci pilotního provozu anebo vyúčtování výdajů CDZ, které na provozovatele CDZ zaslalo MZd, tedy v některých případech musel zajistit pracovník CDZ, který neměl s komunikací s MZd o pilotním provozu dostatečné zkušenosti.		V předstihu před ukončením pilotního provozu CDZ domluvit individuálně s každým CDZ strategii pro případ, kdy bude třeba k uzavírání dotace MZd poskytnout informace/doklady dodatečně Pro období provozu CDZ, na která už MZd neposkytuje dotaci, nelze provozovatelům nařídit, aby zachovali úvazek specialisty CDZ. Mají ovšem povinnost s MZd spolupracovat a řádně dotaci vyúčtovat. Zpracovatel doporučuje do budoucna s každým CDZ domluvit individuálně, kdo z týmu bude v těchto případech schopný komunikaci s MZd zajistit. Dále doporučuje, aby MZd dopředu (v době přítomnosti specialisty CDZ v týmu) provedlo dotazem ověření, že dochází k předávání potřebných znalostí / dokumentů, aby dodatečná žádost o informace či dokumenty nepředstavovala pro CDZ výraznou komplikaci.



Č.	Věcná oblast a adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
4	Pravidla dokladování týkající se multidisciplinárního týmu <i>Adresát: Administrátoři současných i obdobných budoucích projektů (na OEF)</i>	Častým nedostatkem zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ byla absence dokladů k naplněným úvazkům členů multidisciplinárního týmu (chyběly dokumenty dokládající pracovní právní vztah, jako jsou pracovní smlouvy, dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr včetně dodatků k oběma typům dokumentů, jimiž byly měněny velikosti úvazku, anebo byl vztah s pracovníkem ukončován).		Zvážit zjednodušení pravidel pro dokladování kapacit multidisciplinárního týmu Protože pracovní smlouvy a dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr (ani dodatky k těmto dokumentům) a ani doklady o nejvyšším dosaženém vzdělání členů multidisciplinárního týmu a jejich profesní životopisy není nutné předkládat na ŘO OPZ za účelem další kontroly, Zpracovatel doporučuje MZd zvážit, zda by nepostačovalo, aby provozovatelé CDZ posílali tuto informaci jen v podobě přehledu v rámci zprávy. v čestném prohlášení na konci zprávy provozovatel potvrzuje, že údaje obsažené ve zprávě (včetně údajů o personálním zajištění) je schopen doložit potřebnou dokumentací. Existuje samozřejmě riziko, že údaje v přehledu budou vykazány chybně. Nicméně lze předpokládat, že chyby budou dominantně administrativního charakteru (ve smyslu chyba v datu zahájení pracovního poměru apod.) a že tedy nepředstavují riziko pro způsobnost výdajů ani pro dosažení účelu dotace. Tj. případné odhalení nedostatku až během kontroly na místě by neohrozilo realizaci projektu.
5	Aktualizace Standardů CDZ <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ</i>	V závěrečné fázi realizace zajišťuje MZd kroky k tomu, aby došlo na základě zkušeností získaných díky pilotnímu provozu podpořených CDZ k úpravě Standardu péče poskytované CDZ. v projektu ovšem není podchyceno, zda by zkušenosti z pilotního provozu CDZ neměly být promítnuty také do Doporučeného postupu MPSV č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví. Protože poskytování sociálních služeb a zdravotních služeb v rámci CDZ tvoří jeden funkční celek, je třeba postupovat pro obě složky péče v CDZ synchronizovaně.		Koordinovat s MPSV úpravy pravidel pro CDZ Zajistit spolupráci s MPSV, jejímž výsledkem bude posouzení, zda zkušenosti z pilotního provozu CDZ a také plánované změny Standardu péče poskytované CDZ nevyvolávají potřebu aktualizace Doporučeného postupu MPSV č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví. v případě kladného výsledku posouzení poskytnout MPSV potřebné informace tak, aby MPSV mohlo přistoupit k aktualizaci Doporučeného postupu ideálně časově tak, aby nové verze Standardu péče poskytované CDZ a Doporučeného postupu MPSV vstupovaly v účinnost ke stejnému dni.



Č.	Věcná oblast a adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
6	Příprava projektů <i>Adresát: Osoby připravující obdobné projekty (na OEF)</i>	V rámci přípravy projektu nebyla dostatečně analyzována legislativa, v důsledku čehož se původní záměr poskytovat prostředky provozovatelům CDZ na bázi dodavatelsko-odběratelského vztahu ukázal jako neproveditelný (resp. neaplikovatelný na příspěvkové organizace řízené MZd). Hledání a zajištění alternativního řešení (v podobě dotačního řízení) mělo za následek více než 1 rok zpoždění v harmonogramu realizace projektu.	●	Při přípravě projektů analyzovat proveditelnost plánovaných kroků implementace, včetně souladu s legislativou Během příprav projektů, které mají za cíl přinést do systému zdravotních služeb nové prvky, věnovat dostatečný čas plánování konkrétních kroků implementace projektů, a to včetně ověření souladu záměru s legislativními předpisy.
7	Řízení projektu <i>Adresát: Administrátoři obdobných projektů (na OEF)</i>	Kapacita realizačního týmu projektu neodpovídá plánu. Chybí kapacity pro vyšší míru koordinace CDZ na úrovni MZd, pro přenášení dobré praxe apod. Realizační tým nemá kapacity na rychlé reakce na vstupy od provozovatelů CDZ (např. kontrola výdajů CDZ před zařazením do žádosti o platbu, kterou MZd předkládá ŘO OPZ, trvá 3 měsíce). Nedostatečná kapacita realizačního týmu je v praxi řešena vysokým pracovním nasazením členů týmu, nicméně nejedná se o optimální stav. Kromě toho je pro administrativní úkony využívána kapacita pracovníků jiných útvarů v MZd. Tato spolupráce útvarů je všem dojednávána ad hoc. Prostředky projektu vyhrazené na nepřímé náklady nejsou dostatečné pro odměňování takového množství administrativních pracovních pozic, které si vyžaduje rozsah administrativy projektu. (Pozn.: v OPZ platí pravidlo, že administrativní pozice v realizačním týmu nemohou být financovány z přímých nákladů projektu.)	●	Usilovat o navýšení kapacity realizačního týmu Usilovat o navýšení kapacity realizačního týmu, a to jak ve skupině odborníků, tak v administrativě projektu. Příklad pro odborné pozice: pracovní pozice odborníka pro oblast výkonů v segmentu zdravotních služeb, který by koordinoval a zefektivňoval komunikaci mezi zdravotními pojišťovnami a CDZ. (Nastavení výkonů a částek, které za ně pojišťovny uhradí, je fundamentální pro ekonomickou udržitelnost CDZ jako pilíře psychiatrické péče v ČR.) Pro pracovní pozice, u nichž je neúspěch v jejich obsazování spojen s nedostatečnou výší ohodnocení zaměstnance, je vhodné vyjednat s ŘO OPZ postup, aby bylo možné nastavit ohodnocení tohoto specialisty/specialistů v částkách převyšující částky obsažené v tabulce obvyklých mezd/platů stanovených pro projekty OPZ. (Tabulka pro OPZ je zpracována s jistou mírou obecnosti, nemůže zohlednit konkrétní standardy pro specifické případy; pro specifické odborné pracovníky ve zdravotnictví mohou být obvyklé/standardní částky mezd/platů dle statistik obsažených v ISPV odlišné. Sazby obvyklých mezd/platů pro lékaře v psychiatrických oborech jsou dle statistik ISPV za rok 2018 vyšší, než jsou částky, které tabulka pro OPZ specifikuje pro



Č.	Věcná oblast a adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
				metodiky a i pro odborné konzultanty/poradce/experty/specialisty. Pravidla OPZ uvádějí, že v případě, že je vyšší odměňování určitých členů realizačního týmu stanoveno v návaznosti na údajích pro konkrétní pozici dle ISVP, pak je v opodstatněných případech možné postupovat odlišně od tabulky obvyklých mezd/platů v OPZ. I v případě, kdy se kvůli situaci na trhu práce nepodaří obsadit pozice metodiků odborníky pro oblast psychiatrické péče, je na místě provést posílení týmu administrativních pracovníků, kteří – přes nedostatek odbornosti – mají potenciál zajistit minimálně přenos dobré praxe mezi jednotlivými CDZ. Dostatečná kapacita administrativní části realizačního týmu je zároveň podmínkou pro to, aby zpoždění v realizaci projektu nevznikalo v rámci úkonů na straně MZd (např. kroky poskytovatele dotace v řízení o dotaci, kontroly zpráv o pilotním provozu CDZ a spolu s nimi předkládaných žádostí o platbu, včetně vyúčtování výdajů CDZ). Dále doporučujeme, aby MZd vyhradilo ve svém rozpočtu prostředky na posílení kapacit administrativních pozic v realizačním týmu (tj. zajistilo, aby na projektu byly využívány zdroje kapitoly MZd nad rámec rozpočtu projektu); reforma psychiatrické péče je natolik strategicky významný projekt, že by její implementace neměla být ohrožena nedostatečným počtem administrativních pracovníků.
8	Podpora provozovatelů CDZ	Došlo k situaci, kdy si některá CDZ nesprávně vyložila definice indikátorů, jejichž naplňování má být v průběhu realizace projektu sledováno.		Pomůcka pro agendu indikátorů projektu a podpora CDZ při nastavení systému sledování indikátorů Zpracovat pomůcku pro agendu indikátorů projektu a poskytnout ji provozovatelům CDZ, aby bylo minimalizováno riziko



Č.	Věcná oblast a adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>Adresát: Metodici současných i obdobných budoucích projektů (na OEF) / Pracovní a Koncepční skupina CDZ</i>			nesprávného monitorování výsledků a výstupů, a to ideálně od úplného počátku fungování CDZ. Kromě pomůcky je vhodné, aby realizační tým měl kapacity konzultovat s CDZ problémy týkající se monitorování indikátorů, aby mohl předávat dobrou praxi i případy nevhodného postupu mezi jednotlivými CDZ a celkově kultivovat kvalitu měření výstupů a výsledků.
9	Rozpočet pro výdaje identifikované MZd jako způsobilé, ale neschválené z úrovně ŘO OPZ <i>Adresát: Metodici současných i obdobných budoucích projektů (na OEF) / Pracovní a Koncepční skupina CDZ</i>	MZ jakožto poskytovatel dotace kontroluje výdaje uskutečněné na úrovni CDZ. Při této kontrole posuzuje způsobilost dle pravidel, která byla pro provozovatele CDZ nastavena z úrovně MZd. Žádost o platbu, kterou zpracovává MZd a která je předkládána na ŘO OPZ, zahrnuje jak výdaje vzniklé provozovatelům CDZ, tak ty, jež vznikly přímo MZd. Způsobilost těchto výdajů (tj. výdajů na úrovni projektu jako celku) posuzuje ŘO OPZ podle pravidel, které byla stanovena pro MZd z úrovně ŘO OPZ. Pravidla způsobilosti stanovená MZd pro CDZ a pravidla způsobilosti stanovená ŘO OPZ pro MZd, nejsou shodná. (Důvodem je například to, že v rozpočtech CDZ nebylo možné využít paušální sazbu na financování administrativních výdajů, tj. to, co se v OPZ označuje jako nepřímé náklady.) Odlišnost pravidel způsobilosti pro projekt jako celek a pro jednotlivá CDZ sebou nese riziko, že výdaj vzniklý na úrovni CDZ bude způsobilý dle pravidel stanovených MZd, ovšem nebude akceptovatelný z pohledu ŘO OPZ. (V dosavadní praxi se tyto případy již objevily, i když se nejedná o velké množství případů, ani o významné částky.)		Upravit (metodicky a rozpočtově, resp. účetně) částky dotací na CDZ, které provozovatelé vynaložili řádně, nicméně u nichž ŘO OPZ identifikoval nezpůsobilost na úrovni projektu jako celku Doporučujeme připravit metodiku MZd, jak bude postupovat v případech, kdy výdaj uskutečněný na úrovni CDZ splňuje podmínky stanovené v rozhodnutí o poskytnutí dotace na CDZ, nicméně je nezpůsobilý z pohledu pravidel OPZ. MZ nemůže konstatovat nezpůsobilost výdaje CDZ, pokud provozovatel neporušil podmínky, které mu byly stanoveny. Pokud nastane popsaná situace, měla by být řešena k tíži MZd. S ohledem na nastavení finančních toků projektů podpořených z ESIF v ČR, které realizují OSS, má neschválení výdaje na úrovni ŘO OPZ za následek, že do kapitoly MZd státního rozpočtu nebude ze strany MF poukázána celá částka za podíl ESF na financování projektu (tzv. refundace za ESF bude nižší o identifikovaný nezpůsobilý výdaj, resp. podíl ESF na této částce). Ale protože refundované prostředky nemají přímou vazbu na zdroje disponibilní v rozpočtu v daném roce, neohroží daná situace cash-flow projektu (a není potřeba pro tyto situace rezervovat v rozpočtu MZd nějaké prostředky). Je nicméně nutné v konzultaci s útvary odpovědnými za rozpočtování a účetnictví MZd, nastavit pravidla. (Relevantní



Č.	Věcná oblast a adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
		MZ postupuje tak, že v případě neschválení výdaje ze strany ŘO OPZ dodatečně revokuje svoje schválení výdaje a provozovatel CDZ tak musí výdaj financovat z jiného zdroje než z dotace poskytnuté MZd. Dodavatel upozorňuje, že kvůli odlišným pravidlům způsobilosti pro projekt jako celek a pro jednotlivá CDZ nelze automaticky všechny případy neschválení výdaje CDZ přenášet na provozovatele CDZ. MZd je povinno posoudit, zda provozovatel porušil podmínky poskytnutí dotace a pouze a jedině v případech, kdy se v souladu s vydaným rozhodnutím o poskytnutí dotace na CDZ jedná o neoprávněný výdaj, resp. podezření na porušení rozpočtové kázně, je na místě revokace předchozího schválení daného výdaje. Pokud ovšem provozovatel CDZ při uskutečnění výdaje neporušil podmínky, které MZd vymezilo (nedopustil se neoprávněného výdaje, resp. není zde podezření na porušení rozpočtové kázně), neexistuje důvod, aby provozovatel nemohl daný výdaj z dotace na CDZ financovat.		může být úprava účetního záznamu na úrovni MZd, prostřednictvím které bude dotčená část výdaje dodatečně zaúčtována jako nezpůsobilý výdaj projektu apod.)
10	Zadávací řízení v projektu <i>Adresát: Administrátoři obdobných projektů (na OEF)</i>	Klíčové aktivity projektu, pro jejichž plnění je rozhodující zapojení externího dodavatele služeb, se naplno rozběhla až v závěrečné fázi projektu, protože zadávací řízení pro tyto zakázky byla uskutečněna se zpožděním. Primárně je tímto zasažena klíčová aktivita „Realizace podpůrných opatření (informování a komunikace, destigmatizace)“, v rámci destigmatizační semináře probíhali až od roku 2020. Také destigmatizační video bude k dispozici až před dokončením realizace projektu.		Plánovat a zajistit výběr dodavatelů v projektu včas Identifikovat na počátku projektu, kdy je optimální, aby MZd mělo vybraného dodavatele pro vymezenou zakázku a na základě standardních lhůt zadávacích řízení a přípravy podpisu smlouvy s dodavatelem stanovit období, kdy musí dojít k vyhlášení zadávacího řízení. Vyhradit na přípravu a realizaci zadávacího řízení dostatečné odborné a administrativní kapacity, aby řízení nebylo zpožděno z důvodu nejasností a chyb v postupech.



Č.	Věcná oblast a adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
11	Koordinace s dalšími projekty reformy <i>Adresát: Pracovní výbor Reformy psychiatrické péče</i>	Koordinace projektu CDZ I s ostatními projekty realizovanými v rámci Strategie reformy psychiatrické péče na výkonné úrovni, tj. na úrovni realizačních týmů projektů, má v čase proměnlivou intenzitu a odvíjí se pouze od aktuálních potřeb/preferencí těchto realizačních týmů. (Toto neplatí pro koordinaci v rámci skupiny projektů zaměřených na CDZ.)	●	Standardizovat optimální formu koordinace mezi projekty realizovanými v rámci Strategie reformy psychiatrické péče na úrovni realizačních týmů projektů Určit, jaké formy koordinace a v jaké frekvenci je optimální využívat. Současně je vhodné ponechat tato pravidla pro koordinaci dostatečně flexibilní, aby bylo možné dle konkrétní fáze realizace projektů formu i frekvenci koordinace přizpůsobit.
12	Vazba na MPSV jako gestora politiky sociálních služeb <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy psychiatrické péče</i>	Sociální služby jsou pro CDZ nezbytná součást provozu (CDZ byla ustavena cíleně jako nástroj propojující zdravotní a sociální služby), ovšem sociální služby jsou v kompetenci MPSV. Vazba projektu na MPSV je zajišťována prostřednictvím členství zástupců MPSV v Pracovní skupině Strategie reformy psychiatrické péče, dále byl zástupce MPSV členem odborných komisí, které posuzovaly žádosti o poskytnutí dotace na CDZ, MPSV se také podílí na přípravě aktualizace Standardu péče poskytované v CDZ a na nejvyšší úrovni je zapojeno do fungování Rady vlády pro duševní zdraví. MZ v rámci projektu věnuje výraznou pozornost zajištění financování na zdravotní služby v CDZ (viz jednání se zdravotními pojišťovnami), chybí ovšem obdobná iniciativa pro posílení finanční udržitelnosti sociálních služeb v CDZ. (I když platí, že pro sociální služby funguje v ČR zcela jiný systém financování – poskytovatelé sociálních služeb prostředky získávají primárně od krajů), role ústředního orgánu státní správy je nepostradatelná, a bylo by vhodné, aby při plnění úkolu zajištění finanční udržitelnosti	●	Posílení spolupráce s MPSV při plnění úkolu zajistit finanční udržitelnost sociálních služeb v CDZ MPSV v návaznosti na Strategii reformy psychiatrické péče 2016–2025 vydefinovalo samostatné opatření („Pokračovat ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví při přípravě reformy psychiatrické péče“). Doporučujeme posílit spolupráci mezi MZd a MPSV, a to způsobem, aby i na úrovni projektu CDZ bylo patrné, že jsou podnikány kroky při plnění úkolu zajištění finanční udržitelnosti sociálních služeb.



Č.	Věcná oblast a adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
		sociálních služeb probíhala intenzivní spolupráce mezi MZd a MPSV.		
13	Zapojení dalších stakeholderů <i>Adresát: Metodici současných i obdobných budoucích projektů (na OEF) / Pracovní a Koncepční skupina CDZ</i>	Některé komplikace v realizaci projektu vznikly v okamžicích, kdy byl určitý krok v kompetenci dalšího subjektu jako např. zdravotní pojišťovna, krajský úřad (resp. jeho útvary odpovědné za zdravotní anebo sociální služby).	●	Posílení centrální komunikace ve věci CDZ vůči zdravotním pojišťovnám a krajským úřadům Doporučujeme, aby MZd zpracovalo pro předvídatelné interakce mezi CDZ a zdravotními pojišťovnami a krajskými úřady (resp. jejich útvary odpovědnými za zdravotní anebo sociální služby) sadu informačních dokumentů a pomůcek, které zajistí, aby všechny subjekty měly dostatečné a správné informace v okamžiku, kdy vznik/provoz CDZ závisí na nějakém jejich úkonu, a aby nedošlo ke zdržení kvůli tomu, že daný subjekt musí nejprve zjišťovat, jaký úkon se od něj očekává a jaký je celkový kontext. Uvedené materiály mohou být součástí metodické pomůcky navržené v doporučení č. 4.
14	Vykazování indikátorů projektu <i>Adresát: Administrátoři současných i obdobných budoucích projektů (na OEF)</i>	MZ ve zprávách o realizaci projektu nevykazuje průběžné dosažené hodnoty indikátorů (kromě tří případů) a ponechává tento okruh monitorování až do Závěrečné zprávy o realizaci projektu. Údaje o dosažených hodnotách indikátorů MZd ovšem od provozovatelů CDZ sbírá a věnuje se i jejich kontrolám. Pravidla OPZ zavazují příjemce podpory k průběžnému vykazování dosažených hodnot indikátorů.	●	Zajistit z úrovně MZd vykazování dosažených hodnot indikátorů v průběhu projektu
15	Pravidla dokladování Řídících rad CDZ <i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích</i>	Opakujícím se nedostatkem zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ byla absence zápisů z jednání Řídících rad CDZ.	●	Zvážit zjednodušení pravidel a vypustit povinnost předkládat MZd zápisy z jednání Řídících rad, a případně vypustit je jako jeden z povinných výstupů pro klíčovou aktivitu v obdobných projektech v budoucnu. Zpracovatel je na základě dokumentace projektu pravidel OPZ přesvědčen, že zápisy z jednání Řídících rad není nutné předkládat na ŘO OPZ za účelem další kontroly. MZd nicméně uvedlo, že tyto



Č.	Věcná oblast a adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>projektů (na OEF) / osoby připravující obdobné projekty v budoucnu</i>			zápisy jsou předkládány ŘO OPZ v rámci výstupů projektu. Zpracovatel doporučuje prověřit, na základě jakého ustanovení (v právním aktu o přidělení podpory z OPZ na projekt či v pravidlech OPZ) je v současné praxi na zápisy z jednání Řídících rad nahlíženo jako na dokumentaci, kterou je nutné předkládat ŘO OPZ v rámci ZoR projektu. Pokud bude výsledkem prověření zjištění, že předkládání zápisů je sice aktuálně zaběhlou praxí, nicméně není nezbytné dle pravidel OPZ, Zpracovatel doporučuje MZd zvážit, zda by nepostačovalo, aby provozovatelé CDZ posílali s každou zprávou přehled uskutečněných jednání Řídící rady CDZ v podobě tabulky doprovázené čestným prohlášením, že zápisy může provozovatel předložit v případě kontroly na místě.
16	Kontroly na místě u provozovatelů CDZ Adresát: Pracovní výbor Reformy psychiatrické péče	Pravidla OPZ zavazují MZd k tomu, aby provádělo u podpořených CDZ kontroly na místě. (Citace z pravidel OPZ: „Příjemce musí u každého ze subjektů, kterým přerozděluje finance projektu prostřednictvím dotačního řízení, provést kontrolu na místě zaměřenou na ověření způsobilosti výdajů alespoň jednou za dobu trvání zapojení subjektu do realizace projektu. Příjemce je povinen na kontrolách na místě zkontrolovat alespoň 5 % vyúčtovaných výdajů za projekt jako celek.“) Provádění těchto kontrol standardně probíhá v režimu dle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole. Tento právní předpis vymezuje proceduru kontroly na místě (dle terminologie veřejnosprávní kontroly) poměrně složitě. Je rozhodně nezbytný v případech, kdy hrozí, že kontrolovaná		Pokusit se s ŘO OPZ vyjednat, aby kontrola na místě u provozovatelů CDZ mohla mít podobu monitorovací návštěvy (či obdobnou), která by aplikovala principy veřejnosprávní kontroly obdobně, ovšem zjednodušeně Pravidla OPZ hovoří pouze o povinnosti kontrolovat na místě, formát veřejnosprávní kontroly není explicitně stanoven. I v případě monitorovací návštěvy by byl splněn účel kontroly, tj. ověřit soulad obsahu dokladů předložených MZd se skutečným stavem (s využitím originálních dokumentů). Obecné nařízení pro ESIF ²⁶ hovoří o kontrolách na místě. ŘO OPZ do kontrol na místě realizovaných jeho silami zařazuje i kontroly, které se čistě právně neodehrávají v režimu zákona č. 320/2001 Sb. (Jedná se o případy, kdy ŘO OPZ a příjemce podpory jsou oba organizačními složkami státu. Mezi těmito subjekty nemůže

²⁶ tj. Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1303/2013 ze dne 17. prosince 2013 o společných ustanoveních o Evropském fondu pro regionální rozvoj, Evropském sociálním fondu, Fondu soudržnosti, Evropském zemědělském fondu pro rozvoj venkova a Evropském námořním a rybářském fondu, o obecných ustanoveních o Evropském fondu pro regionální rozvoj, Evropském sociálním fondu, Fondu soudržnosti a Evropském námořním a rybářském fondu a o zrušení nařízení Rady (ES) č. 1083/2006.



Č.	Věcná oblast a adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
		osoba nebude s kontrolujícím subjektem spolupracovat, kdy lze očekávat nedostatky, které budou zakládat porušení rozpočtové kázně a kde lze předpokládat, že neoprávněně vynaložené prostředky dotace bude vymáhat příslušný finanční úřad. Ve vztahu MZd a provozovatelů CDZ ovšem funguje spolupráce, které by bylo možné využít za účelem zjednodušení administrativní náročnosti kontrol na místě, a to konkrétně tak, že by kontroly na místě byly prováděny mimo režim zákona č. 320/2001 Sb., a to např. v podobě tzv. monitorovací návštěvy.		nastat vztah poskytovatel dotace – příjemce dotace). Je ovšem třeba zdůraznit, že ŘO OPZ v případě těchto kontrol postupuje zcela obdobně jako by se jednalo o kontrolu dle zákona č. 320/2001 Sb. a nevyužívá formátu monitorovací návštěvy. Pokud by byla zaručena kvalita kontrolních kroků včetně kvality auditní stopy o provedené kontrole, byl by účel povinnosti provádět kontroly na místě splněn.



6.2 Doporučení formulovaná na základě dopadové evaluace

Zpracovatel naformuloval z dopadové evaluace celkem 19 doporučení, ta jsou rozdělena podle jednotlivých evaluačních otázek.

Legenda k barevnému vyznačení významnosti doporučení: **zelená**: doporučení malé významnosti; **oranžová**: doporučení střední významnosti; **červená**: doporučení vysoké významnosti. Doporučení jsou strukturována podle evaluačních otázek, nejprve jsou tedy prezentována doporučení navazující na evaluační otázku 1, jako poslední jsou uvedena doporučení týkající se evaluační otázky 8.

Tabulka 12: Doporučení identifikovaná na základě dopadové evaluace

Č.	Evaluační otázka + Zjištění adresát doporučení	Významnost doporučení	Doporučení
1	EO1 (klienti) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a obdobných budoucích projektů.</i>		Doporučujeme MZd pro CDZ specifikovat, zda jejich role v systému péče o osoby s duševním onemocněním je spíše charakteru „průtokového“ (kdy klient je v péči CDZ po přechodnou dobu nezbytnou ke zlepšení jeho situace) nebo zda se předpokládá, že většina klientů CDZ zůstane po navázání na Centrum v jeho péči (být se konkrétní charakter a rozsah klientem využívané péče samozřejmě přizpůsobí aktuálním potřebám klienta. S výše uvedeným souvisí i otázka, zda je záměrem, aby psychiatr CDZ byl pro klienty ošetřujícím lékařem (tj. že klienti nebudou mít žádného ambulantního psychiatra). Různá CDZ přistupují k této otázce různě, koordinace v tomto směru dosud chybí. v každém případě je přístup CDZ ze strany klientů oceňován a je vhodné nadále poskytovat služby, které jsou poskytovány doteď.
2	EO1 (klienti) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční</i>		Ačkoliv při vzniku uvedené situace realizační tým projektu s CDZ vždy konzultoval další postup, doporučujeme MZd do podmínek CDZ v budoucnu specifikovat, že CDZ jsou oprávněna poskytovat své služby i klientům, kteří se na CDZ navázali v jeho spádovém území (např. z důvodu zde probíhající hospitalizace), nicméně následně se



Č.	Evaluační otázka + adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>skupina CDZ / Metodici současných a obdobných budoucích projektů.</i>	sousedního CDZ, nicméně v ČR dosud není síť CDZ dostatečně rozvinutá. Situace je typická zejména pro hlavní město Praha, kde se reálná časová dostupnost CDZ ke klientům neodvíjí na úrovni městské části, ačkoliv právě na úrovni městské části je oficiálně v projektu vymezena působnost podpořených CDZ		přestěhovali mimo spádové území (ale stále jsou ve vzdálenosti od CDZ, která nepředstavuje bariéru využívání služeb daného CDZ).
3	EO1 (klienti) a EO6 (návazné služby) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a obdobných budoucích projektů.</i>	CDZ se odlišují v tom, do jaké míry ve svém spádovém území pro klienty fungují jako „koordinátor“ (tj. do jaké míry klienta nasměrovávají na další pro něj potřebné služby) a do jaké míry pro klienty jednotlivé služby samy zajišťují (týká se to dominantně sociálních služeb). CDZ se v tomto parametru přizpůsobují tomu, jaké služby pro osoby s duševním onemocněním jsou v daném území dostupné. Pokud je ve městě dobře fungující denní stacionář, pak pro CDZ není relevantní, aby tuto službu poskytovalo paralelně. Odlišný rozsah služeb, které jsou v daném území potřeba, dle našich informací doposud nebyl reflektován v nastavení standardu CDZ.		Doporučujeme MZd, aby v závislosti na místní situaci relevantní pro každé jednotlivé CDZ bylo pro CDZ možné zvolit si rozsah návazných ambulantních služeb, které budou v CDZ poskytovány. V tomto ohledu je možné vycházet např. z dat o vybavenosti jednotlivých regionů zdravotními a sociálními službami, a podle toho tak definovat kategorie regionů, v nichž CDZ působí. Doporučení také do jisté míry navazuje na výše uvedené doporučení č. 1 k dopadové evaluaci, protože vymezení, zda má CDZ charakter „průtokové“ či dlouhodobé služby se ve velké míře odvíjí právě od vybavenosti služeb v regionu.
4	EO2 (rodinní příslušníci klientů) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici</i>	CDZ jsou ze strany rodinných příslušníků vnímána bezvýhradně pozitivně. Nejen, že zvyšují kvalitu života jejich blízkých (klientů), ale díky tomu, že pracovníci CDZ komunikují i přímo s rodinami, zvyšují také kvalitu života rodinných příslušníků.		Doporučujeme MZd, aby do pravidel CDZ přidalo doporučení, aby CDZ vytvářela prostor nejen pro svépomocné aktivity klientů samotných (tj. osob s duševním onemocněním), ale aby zvážilo také podporu svépomocných aktivit pro rodinné příslušníky klientů.



Č.	Evaluační otázka + Zjištění adresát doporučení	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>současných a obdobných budoucích projektů.</i>		
5	EO3 (propojování zdravotních a sociálních služeb) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a obdobných budoucích projektů.</i>	Z šetření vyplynulo, že v případě, kdy má CDZ vzniknout jako zařízení provozované společně 2 organizacemi (poskytovatelem zdravotní péče a poskytovatelem sociálních služeb) je pro úspěšný vznik CDZ velmi přínosná (až zásadní) předcházející spolupráce. Zároveň je velmi náročné dostát hned při vzniku CDZ relativně vysokým nárokům na personální obsazení.	Doporučujeme jakožto nástroj/podpůrný proces pro vznik dalších CDZ umožnit, aby nejprve existovala spolupráce poskytovatele zdravotní složky péče a poskytovatele sociálních služeb v podobě „protoCDZ“, které by teprve časem dorostlo do podoby úplného CDZ. Je vhodné pro tyto „zárodky CDZ“ stanovit menší nároky na multidisciplinární tým, co se týče jeho velikosti i odbornosti jeho členů. Např. aby postačovalo, aby klinický psycholog v CDZ byl v předatestační přípravě. Další variantou může být také to, že se fungování CDZ zafinancuje 1-3 měsíce před přijetím prvního klienta, aby mohlo dojít ke sladění týmu a přípravě. V případě tohoto doporučení nicméně reflektujeme, že již byly předběžně učiněny podobné úpravy Standardu péče poskytované CDZ v rámci stále probíhající KA2.
6	EO3 (propojování zdravotních a sociálních služeb) a EO4 (multidisciplinární tým) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici</i>	CDZ provozovaná společně 2 organizacemi (poskytovatelem zdravotní péče a poskytovatelem sociálních služeb) se potýkají s významnými administrativními problémy. Některá CDZ se vyjadřují tak, že se jim je podařilo odstranit a vnímají zázemí obou organizací jako přínosné. Jiné subjekty však jako preferovanou variantu vidí model, kdy by CDZ mělo vlastní právní subjektivitu. k tomu jim však v současné době brání nejistota financování a udržitelnosti systému CDZ. CDZ jsou proto raději v područí svých mateřských organizací, které jim do jisté míry poskytují krytí rizik.	Usilovat o stabilizaci systémové podpory tak, aby CDZ byla více motivována k tomu vznikat jako subjekt s vlastní právní subjektivitou. Jakmile se systém CDZ podaří ekonomicky stabilizovat, nebude už pro poskytovatele problém zakládat CDZ s vlastní právní subjektivitou, což je v konečném důsledku výhodné jak pro CDZ, tak pro MZ (protože se oběma stranám zjednoduší administrativa, lépe se bude také řešit problém rozdílného odměňování). Je ovšem důležité, aby tento model nebyl pro CDZ povinnost, tj. aby bylo zachováno, že CDZ může být zřízeno v rámci jednoho existujícího právního subjektu nebo ve spolupráci dvou samostatných právních subjektů bez vzniku nové právnické osoby.



Č.	Evaluační otázka + adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>současných a obdobných budoucích projektů.</i>			
7	EO3 (propojování zdravotních a sociálních služeb) a EO4 (multidisciplinární tým) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a obdobných budoucích projektů.</i>	Významnou komplikaci v práci multidisciplinárního týmu představuje omezení, že sdílet osobní údaje (tj. i údaje o zdravotním stavu) mezi 2 organizacemi (poskytovatelem zdravotních služeb a poskytovatelem sociálních služeb) je možné pouze s jeho explicitním písemným souhlasem, který navíc může klient kdykoli odvolat.	●	Doporučujeme usilovat o změnu právního prostředí tak, aby zdravotní složka a sociální složka CDZ mohla sdílet údaje o situaci klienta (jeho osobní údaje) bez jeho explicitního písemného souhlasu. Konkrétně u CDZ by toto šlo upravit v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Netýká se to jen CDZ, ale řady jiných týmů a situací. Diskuse je v této oblasti již zahájena a je třeba ji dořešit ve spolupráci s MPSV.
8	EO3 (propojování zdravotních a sociálních služeb) a EO4 (multidisciplinární tým) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy</i>	Bariéru sblížení zdravotní a sociální složky CDZ představují rozdíly v odměňování pracovníků působících v těchto 2 částech CDZ (a to i v případě, kdy je CDZ zřizováno pouze jednou organizací). Kromě platů/mezd jako takových je negativně vnímáno i odlišné nastavení zaměstnavatelských benefitů (např. počet dnů dovolené).	●	Doporučujeme v dlouhodobém horizontu usilovat o sblížení výše odměňování pracovníků CDZ na pozicích, kde je to relevantní (např. sociální pracovník a psychiatrická sestra).



Č.	Evaluační otázka + adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
9	EO4 (multidisciplinární tým) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a budoucích projektů.</i>	K prohloubení spolupráce mezi zdravotní a sociální složkou CDZ by prospělo, pokud řízení těchto složek na úrovni managementu CDZ nebylo zajištěno 2 odlišnými manažery. Obecně ze šetření vyplynulo, že komplikací pro CDZ založená 2 organizacemi (poskytovatelem zdravotní péče a poskytovatelem sociálních služeb) je skutečnost, že v rámci Centra není 1 manažer, který by nesl celkovou odpovědnost a zastupoval CDZ.		Doporučujeme, aby v doporučeních pro fungování CDZ bylo stanoveno, že je vhodné, aby CDZ bylo vedeno jednou osobou (společně pro zdravotní a sociální složku péče formou sdílených pracovních úvazků). Současně je relevantní, aby na financování této manažerské pozice byly v rámci rozpočtu CDZ k dispozici zdroje (tj. financování služeb musí počítat s managementem, a to nejen z hlediska odměňování, ale také např. z hlediska vzdělávání). Pokud by CDZ neměla vlastní právní subjektivitu, bude nadále relevantní zapojení statutárních zástupců zřizovatelských organizací, ale toto doporučení směřuje na úroveň CDZ jako takového, tj. management podřízený zřizovateli, a je tedy relevantní i pro případ, kdy CDZ nedostane vlastní právní subjektivitu.
10	EO4 (multidisciplinární tým) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a budoucích projektů.</i>	Sžívání kultur zdravotnického personálu a pracovníků v sociální složce CDZ napomáhá společná supervize týmu a také vzdělávací aktivity zaměřené na toto téma.		Doporučujeme ošetřit v pravidlech a v systému financování CDZ, aby Centra měla zdroje na pravidelnou supervizi a na vzdělávání. Není žádoucí, aby ostrý provoz CDZ pro Centra znamenal ztrátu možnosti tyto nástroje financovat.
11	EO4 (multidisciplinární tým)	Šetření potvrdilo, že sžívání kultur zdravotnického personálu a pracovníků v sociální složce CDZ je bez výjimky náročné a dlouhodobé. Vzdělávání a profesní praxe formuje odborníky k určitému specifickému pohledu na klienta.		Doporučujeme usilovat ve spolupráci s relevantními partnery o posílení vzdělávacích programů pro zdravotnické pracovníky i sociální pracovníky (resp. pracovníky v sociálních službách) o výuku multidisciplinárního přístupu. Pokud by např. už v rámci studia lékařů i všeobecných sester v psychiatrii a paralelně studia sociálních



Č. Evaluační otázka + Zjištění adresát doporučení		Významnost doporučení	Doporučení
	<i>Adresát: Výkonný výbor Reformy</i>		pracovníků a pracovníků v sociálních službách byl aspekt multidisciplinarity zahrnut, přineslo by to lepší připravenost na odlišné pohledy na klienta.
12	EO5 (role psychiatrů) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a obdobných budoucích projektů</i>	Není vymezeno, jaká je role psychiatra CDZ vůči ambulantním psychiatrům ve spádovém území. (Pozn. Viz také doporučení č. 1 k potřebě vymezit, zda CDZ své klienty standardně předávají do péče ambulantních psychiatrů, nebo zda si je standardně ponechávají v péči dlouhodobě). Z toho vyplývá, že není jasné, zda se v ideálním případě o klienta stará vždy jen psychiatr v CDZ anebo jen ambulantní psychiatr (a v jednom časovém úseku klient nedochází k oběma, pokud nejde o výjimku jako je nutnost terénního charakteru péče, kterou ambulantní psychiatr obvykle nezajišťuje) anebo je záměrem, aby klient využíval služeb obou paralelně.	 Doporučujeme MZd prostřednictvím doporučení uvést, jaký způsob dělení / doplňování péče poskytované klientovi ze strany psychiatra CDZ a péče poskytovaná ambulantním psychiatrem je pro CDZ vhodný. (Platí samozřejmě, že pacient je oprávněn si vybrat svého ošetřujícího lékaře a že CDZ fungují jako nízkoprahová zařízení, která pro poskytování péče nepotřebují doporučení od ošetřujícího lékaře. Nicméně v tomto aspektu CDZ panují velké nejasnosti). v tomto smyslu není nutné rozhodnout, které řešení je nejvhodnější, ale spíše nastavit pro CDZ standard, pomocí něhož mají v tomto ohledu s klientem a ambulantním psychiatrem komunikovat.
13	EO5 (role psychiatrů) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy</i>	Povědomí ambulantních lékařů a praktických lékařů o roli CDZ v systému péče o osoby s duševním onemocněním není dostatečné, což má negativní dopady na důvěru lékařů v CDZ. v některých spádových oblastech se CDZ daří informace z jejich úrovně distribuovat, jinde (např. v Praze) má CDZ obtíže identifikovat, kteří lékaři jsou ti, jejich pacienti by mohli z péče CDZ profitovat.	 Doporučujeme MZd, aby docházelo k dalšímu šíření osvěty o CDZ z národní úrovně, především mezi psychiatry a praktické lékaře, např. užší spoluprací mezi představiteli Reformy a Českou lékařskou komorou anebo Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně.
14	EO6 (návazné služby) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy /</i>	Šetření ukázalo, že některá CDZ identifikují nedostatečnou spolupráci se složkami IZS.	 Doporučujeme, aby docházelo k dalšímu šíření osvěty o CDZ z národní úrovně mezi příslušníky Policie ČR a také pracovníky jednotlivých krajských zdravotních záchranných služeb. (MZ vůči krajským zdravotním záchranným službám zastává roli metodického vedení.)



Č.	Evaluační otázka + Zjištění adresát doporučení		Významnost doporučení	Doporučení
	<i>Ministerstvo vnitra</i>			
15	EO6 (ná vazné služby) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy / MPSV</i>	Často identifikovanou bariérou deinstitucionalizace osob s duševním onemocněním jsou nedostatečné kapacity bydlení, které by tito klienti mohli využívat. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 zahrnuje také opatření za účelem zlepšení situace v otázce bydlení.	●	Doporučujeme realizovat (ve spolupráci s definovanými aktéry) opatření Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020-2030 zaměřená na posílení dostupnosti bydlení pro osoby s duševním onemocněním.
16	EO7 (pojišťovny) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy / MPSV</i>	Z rozhovorů se zástupci zdravotních pojišťoven vyplynulo, že dosud nejsou k dispozici dostatečná data o tom, jakou změnu do systému péče o osoby s duševním onemocněním CDZ přináší. Šetření přineslo také poznatky o tom, že se napříč klíčovými aktéry (do nichž se řadí i zdravotní pojišťovny) odlišují pohledy na to, jak se nový prvek v systému psychiatrické péče v dlouhodobém horizontu projeví na nákladovosti psychiatrické péče či jak výrazná bude změna v kapacitě lůžkových zařízení. Spatřujeme zde proto riziko, že vlivem odlišných očekávání se v některé fázi Reformy může zkomplikovat spolupráce se zdravotními pojišťovnami, které nákladové aspekty Reformy zcela pochopitelně zdůrazňují.	●	Doporučujeme komplexně zhodnotit dopady CDZ na náklady péče a na základě toho sjednotit pohled na to, co od Reformy (a existence CDZ) konkrétně očekávat v otázce nákladovosti systému. Doporučujeme proces rozdělit do těchto částí: • Nastavit a sjednotit hlavní měřitelná kritéria, podle nichž se efektivita a nákladovost systému psychiatrické péče bude měřit, a to napříč zdravotním i sociálním systémem • Komplexně vyhodnotit dosavadní situaci z hlediska finanční náročnosti. Dokud je provoz CDZ hrazen z projektu ESF, jsou výsledky zavádějící. Jakmile ale bude k dispozici dostatečný časový horizont, kdy především zdravotní složka CDZ funguje bez dotace ESF, je reálné vyhodnotit dopad: ○ na výši souhrnných nákladů na zdravotní systém psychiatrické péče ○ na výši nákladů na systém lůžkové péče s regionálním rozlišením (tam, kde CDZ jsou a tam, kde CDZ nejsou) ○ na výši nákladů na jednotlivé klienty, kteří služeb CDZ využili či využívají Důležité přitom je, aby takové vyhodnocení proběhlo na úrovni všech zdravotních pojišťoven. • Vyhodnotit dopad Reformy na sociální systém, a to v tom, k jak velkému navýšení nákladů na sociální systém skutečně



Č.	Evaluační otázka + adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
				došlo, ale také v tom, zda a do jaké míry sociální systém přebíral část výkonů doteď spadajících pod zdravotní systém (např. u klientů, kteří díky CDZ již nejsou hospitalizováni, ale na druhou stranu vyžadují dohled sociálního pracovníka). Je ale také možné, že se děje přesný opak, tedy že zdravotní systém financuje to, co doteď zůstávalo v sociální části (viz výše zmíněné obavy některých respondentů). Aby bylo vyhodnocení dopadů skutečně komplexní, je nutné také zmapovat počet klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP, což mj. koresponduje s NAPDZ 4.2, opatření 4.2.5. Dále neopomenout faktory jako skrytá nemocnost nebo začlenění klienta na trh práce. • Jakmile bude znám finanční dopad na zdravotní a případně i na sociální systém, zasadit se o sjednocení pohledu na finanční dopady Reformy.
17	EO8 (udržitelnost) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a obdobných budoucích projektů</i>	V případě zdravotní složky se financování odvíjí od nastavení zdravotních kódů. Zda je aktuálně nastavený systém úhrad adekvátní, ukáže až čas (a také případný konec pandemie a s ním souvisejících opatření, které mají na provoz CDZ i chování klientů nemalý vliv).		V návaznosti s předchozím doporučením zaměřeným na monitoring nákladů doporučujeme sledovat finanční výsledky zdravotní složky péče CDZ, komunikovat o zjištěních se zdravotními pojišťovnami a adekvátně upravit systém úhrad, pokud se ukáže, že některé žádoucí činnosti CDZ nejsou v systému úhrad podchyceny adekvátně.



Č.	Evaluační otázka + adresát doporučení	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
18	EO8 (udržitelnost) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy / MPSV</i>	Nejistota budoucího udržení CDZ se týká zejména sociální složky, která je odkázána na každoroční zajištění financování z rozpočtu MPSV přerozdělovaného mezi kraje. Vedle konkrétních financí ale několik respondentů – zástupců CDZ či zástupců krajů – uvedlo, že dosud nezachytilo jasné vyjádření ze strany MPSV k podpoře CDZ.		Doporučujeme usilovat jednáním s MPSV o vyšší míru jistoty prostředků na sociální složku péče v CDZ (minimálně v podobě deklarace / memoranda apod.).
19	EO8 (udržitelnost) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy</i>	Stejně tak ze strany územních celků zaznívá, že pro to, aby mohly dlouhodobě deklarovat podporu CDZ, musí ze strany MZd vnímat, že Reforma je podporována dlouhodobě a že se neodvíjí jen od aktuální politické situace (resp. že Reforma nestojí na tom, kdo je aktuálně zodpovědný za resort zdravotnictví).		Doporučujeme komunikovat z úrovně MZd o Reformě tak, aby územně samosprávné celky byly ujištěny, že MZd Reformu kontinuálně podporuje a že platí záměr podporovat další rozvoj CDZ (a to tak, aby se snižovaly bariéry vyplývající z nedostatku odborníků pro práci v týmech CDZ, byly stabilizovány systémy financování těchto služeb atd.).