# Doporučené postupy pro vznik nových CDZ

**PROGRAM PODPORY CENTER DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ III (CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009646)**

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

# Obsah

SEZNAM ZKRATEK 4
1. ÚVODNÍ SLOVO 5
2. REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE 6
2.1. Základní informace o reformě psychiatrické péče v ČR 6
2.2. CDZ jako důležitý prvek reformy – opodstatnění, základní princip 7
3. VZNIK CDZ 8
3.1. Registrace CDZ 8
3.1.1. Postup pro získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb 9
3.1.2. Postup pro získání oprávnění a registrace sociální služby 10
3.1.3. Rozdělení CDZ 11
3.1.4. Spádová oblast – regionalita 12
3.1.5. Cílová skupina 13
3.2. Technické nároky na vznik CDZ 13
3.2.1. Minimální technické a věcné vybavení 13
3.2.2. Hygienické požadavky 16
3.2.3. Požární bezpečnost 17
4. MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM 19
4.1. Založení multidisciplinárního týmu 19
4.1.1. Dovednosti a kompetence všech členů týmů 19
4.2. Personální zajištění CDZ 22
4.2.1. Personální kritéria pro Komplexní CDZ (CDZ-A) 22
4.2.2. Personální kritéria pro Bazální CDZ (CDZ-B) 23
4.3. Organizace práce v CDZ 25
4.4. Vzdělávání a supervize 25
4.5. Řízení, sledování a hodnocení kvality v CDZ 27
5. SLUŽBY, METODY A ZPŮSOBY PRÁCE V CDZ 30
5.1. Služby poskytované v CDZ 30
5.2. Case management 31
5.3. Fact board 32
6. FINANCOVÁNÍ CDZ 34
6.1. Financování zdravotní části CDZ 34
6.1.1. Smlouvy se zdravotními pojišťovnami 35
6.1.2. Statistické vykazování poskytovatele zdravotnických služeb 36
6.2. Financování sociální části CDZ 36
6.2.1. Vykazování dat v sociálních službách 38
7. PŘÍMÁ PRÁCE S KLIENTEM 39
7.1. Princip Zotavení 39

7. 2. Příjem klientů do péče CDZ 41
Rozhodování o přijetí klienta 41
7.2.1. Objektivní hodnocení klinického stavu klienta dotazníky GAF, HoNOS, AQoL 44
7.3. Plán zotavení 46
7.4. Krize a krizový plán 47
7.5. Plán rozvolňování, propouštění klienta ze služby 49
8. DOKUMENTACE 51
8.1. Dokumentace související s provozem CDZ 51
8.1.1. Dokumentace BOZP 51
8.1.2. Dokumentace požární ochrany 52
8.1.3. Dokumentace metodických postupů 53
8.1.4. Organizační řád a pravidla 53
8.2. Klientská dokumentace 53
8.2.1 Zdravotnická dokumentace 53
8.2.2. Sociální dokumentace 55
8.2.3. Sdílení dokumentace v týmu 56
9. SPOLUPRÁCE S OSTATNÍMI SUBJEKTY 58
9.1. Role CDZ v síti služeb 58
9.2. Spolupráce v rámci zdravotního systému péče 58
9.3. Spolupráce v rámci ostatních sociálních služeb 59
9.4. Spolupráce s rodinnými příslušníky a blízkými 60
9.5. Spolupráce s ostatními subjekty v přirozeném prostředí klienta 60
9.6. Destigmatizace 61
10. SLOVO ZÁVĚREM 62
SEZNAM UŽITEČNÝCH KONTAKTŮ 63
SEZNAM UŽITEČNÝCH DOKUMENTŮ 64
SEZNAM ZDROJŮ 65

# SEZNAM ZKRATEK

AQoL – Assesment of Quality of Life
BOZP – Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CARe – Comprehensive approach to psychosocial rehabilitation
CDZ – Centrum duševního zdraví
CM – case management
CÚV – Centrální úložiště výkazů
ČLK – Česká lékařská komora
ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
EP2 – elektronická příloha č.2 smlouvy
FACT – Flexible Assertive Community Treatment
FB – fact board
GAF – Global Assessment of Functioning
HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales
IČ – identifikační číslo
IPS – individual placement and support
KÚ – Krajský úřad
MDT – multidisciplinární tým
MERRPS – Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb
MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NN – nemocniční nákaza
NUDZ – Národní ústav duševního zdraví
NZIS – Národní zdravotnický informační systém
OOPP – osobní ochranné pracovní prostředky
PO – požární ochrana
SF – sociální firmy
SMI – serious/severe Mental Illness
ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VHB – Virus hepatitidy B

# 1. ÚVODNÍ SLOVO

Péče o osoby s duševním onemocněním prochází v současnosti výraznou změnou struktury poskytované péče. Jednou ze systémových změn v rámci reformy psychiatrické péče je práce multidisciplinárních týmů a rozvoj péče v přirozeném prostředí. Základním pilířem v systému psychiatrické péče se mají postupně stát Centra duševního zdraví (dále jen CDZ). Centra duševního zdraví jsou zdravotně – sociální službou, jejímž cílem je podpořit přesun péče o osoby s duševním onemocněním do jejich přirozeného prostředí a zajistit lidem se závažným duševním onemocněním a lidem v krizových situacích potřebnou péči. Ideálním stavem je v komunitě etablované CDZ v každém jasně určeném regionu, přičemž celkem by jich mělo vzniknout 100.

Na základě zkušeností z předešlých projektů Podpora vzniku Center duševního zdraví I, II a dostupných publikovaných materiálů, vznikl následující dokument s názvem *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ*, jehož hlavním cílem je podpořit vznik nových CDZ. Předkládaný text sjednocuje dostupné informace týkající se vzniku a provozu CDZ, a na jiné důležité materiály odkazuje, s cílem poskytnout co nejvíce informací dalším nově vznikajícím Centrům duševního zdraví. Odkaz na další dokumenty, které jsou doplňující k informacím uvedeným v tomto dokumentu a které jsou užitečné pro budoucí nově vznikající centra duševního zdraví, je uveden v závěru pod názvem Seznam užitečných dokumentů.

Předkládaný dokument *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ* vznikl rámci projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III (reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009646), který vychází ze Strategie reformy psychiatrické péče[1] a byl realizován Ministerstvem zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost, spolufinancovaný z Evropského sociálního fondu.

V celém následujícím dokumentu je volně zaměňován termín *klient*, který vychází ze zákona o sociálních službách č. 1008/2006 Sb. a termín *pacient*, který vychází ze zákona o zdravotních službách, a který je používán i v jeho novelizaci č. 147/2016 Sb. V textu uváděno označení osoby, která je klientem/pacientem CDZ, a to buď *klient*, *pacient* nebo *klient/pacient*, jelikož neexistuje jednotný právní předpis, který by sjednocoval meziresortní terminologii.

[1] *Strategie reformy psychiatrické péče. 2013.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

# 2. REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

S vývojem společnosti i medicíny dochází především v posledních letech v řadě vyspělých zemí k transformaci systému psychiatrické péče, kdy dochází k přesunu těžiště péče z velkých psychiatrických nemocnic do komunitního prostředí, blíže k jedinci s duševním onemocněním. Cílem systémových změn je léčbu zefektivnit tak aby bylo možné předcházet relapsům a hospitalizacím. Klientům, kteří mají převahu sociálních potřeb pomoci zapojit se do běžné společnosti.

Důležitým dokumentem je Strategie reformy psychiatrické péče. Hlavním záměrem je naplnění lidských práv a zvýšení kvality života osob lidí s duševním onemocněním. Dílčím cílem je zvýšení kvality psychiatrické péče, omezení stigmatizace osob s duševním onemocněním a zároveň oboru psychiatrie, zvýšení spokojenosti uživatelů služeb psychiatrické péče, zefektivnění této péče, zvýšení plnohodnotného začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti, zvýšení provázanosti sociálních, zdravotních a návazných služeb a podpora humanizace psychiatrické péče.[2]

## 2.1. Základní informace o reformě psychiatrické péče v ČR

Ke změně stávajícího systému se Česká republika zavázala v lednu 2005 v Helsinkách, kde se připojila k dokumentům Deklarace o duševní zdraví, Akčnímu plánu duševního zdraví pro Evropu a Zelené knize Komise evropského společenství. V roce 2013 byla reforma psychiatrické péče schválena a stala se součástí Národního programu reforem.[3]
V roce 2016 bylo podepsáno Memorandum o spolupráci na realizaci reformy psychiatrické péče v ČR. Memorandum podepsalo Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny a Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Cílem je společný postup při zajištění udržitelného financování zdravotních služeb v souvislosti s reformou.
Účelem systémových změn je rozvinout péči o duševně nemocné tak, aby pacienti nemuseli být dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích, doplnit současný systém komunitní péčí formou CDZ.[4] Postupně nahradit dlouhodobou ústavní péči za krátkodobou podporu, jejímž účelem je pomoci pacientovi překonat krizové období.

Psychiatrická péče se nyní opírá o čtyři základní pilíře:

- **Ambulantní péče**, která je základní složkou psychiatrické péče.
- **Psychiatrická oddělení nemocnic**, kdy se jedná o podporu rozvoje psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích, které napomůžou zajistit návaznost také na somatickou péči.
- **Psychiatrické nemocnice**, které se mají začít zaměřovat primárně na následnou, dlouhodobou a specializovanou péči o duševně nemocné, přičemž se počítá s celkovým poklesem lůžek a objemu péče.
- **Centra duševního zdraví**, ve kterém multidisciplinární tým poskytuje terénní i ambulantní služby dospělým lidem se zkušeností s duševním onemocněním.[5]

[2] *Strategie reformy psychiatrické péče*. 2013. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[3] Raboch, J., Wenigová, B. et al. 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost.*
[4] *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. 2017. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[5] *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)*. 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

## 2.2. CDZ jako důležitý prvek reformy – opodstatnění, základní princip

CDZ je nejdůležitějším a nejnovějším prvkem, který Strategie reformy přináší. Ze strukturálního hlediska je možné si CDZ představit jako mezičlánek mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou – akutní i následnou a specializovanou – péčí. Velmi zjednodušeně se jedná o zařízení, které poskytuje dlouhodobou psychiatrickou péči a zároveň i sociální rehabilitaci. Síť CDZ vytváří nový nízkoprahový pilíř psychiatrické péče, ukotvený v komunitních podmínkách – tedy blíž přirozenému prostředí jedince. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování, nápomoc v reintegraci jedince se závažným duševním onemocněním zpět do společnosti, podpoření psychosociálního fungování klientů a pomoc osobám v riziku rozvoje závažného duševního onemocnění.

### Principy CDZ

Základními principy, o které se fungování CDZ opírá jsou:

- asertivita
- regionalita
- spolupráce s dalšími specifickými službami
- využívání všech zdrojů komunity
- spolupráce s návaznými postupy
- multidisciplinarita
- případové vedení
- zapojení a podpora "peer" pracovníků
- práce s rodinou
- zřetel na etiku a lidská práva[6]

[6] *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

# 3. VZNIK CDZ

## 3.1. Registrace CDZ

K provozování služeb CDZ je třeba získat oprávnění k poskytování zdravotních a sociálních služeb. Pro zajištění služeb CDZ se doporučuje tento minimální rozsah poskytovaných služeb:

- Oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách v rozsahu oborů/odborností a formy zdravotní péče:
  - Psychiatrie: ambulantní zdravotní péče (nutné dojednat výkon – návštěva psychiatra ve vlastním soc. prostředí)
  - Klinická psychologie: ambulantní zdravotní péče (nutné dojednat výkon – návštěva psychologa ve vlastním soc. prostředí)
  - Všeobecná sestra/sestra pro péči v psychiatrii: ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí klienta
- Registrace sociální služby v rozsahu služby sociální prevence, a to sociální rehabilitace dle § 70 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v ambulantní a terénní formě s vymezením cílové skupiny klientů „osoby s chronickým duševním onemocněním“.

Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb a rozhodnutí o registraci sociální služby by mělo být vázáno na místo realizace ambulantního provozu CDZ – tj. doporučuje se, aby v obou rozhodnutích o poskytování služeb byla uvedena stejná adresa zařízení CDZ, které je doporučeno umístit v běžné občanské zástavbě.[7]

K žádosti je potřeba v originále nebo v ověřené kopii doložit přílohy, které požadují jednotlivé krajské úřady, které lze najít na stránkách jednotlivých krajů:
**Jihočeský kraj:** https://www.kraj-jihocesky.cz/krajsky-urad/odbor-zdravotnictvi#formulare-a-tiskopisy-ke-stazeni
**Jihomoravský´ kraj:** https://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=181864&TypeID=2
**Karlovarský kraj:** http://www.krkarlovarsky.cz/zdravotnictvi/Stranky/vzory2012.aspx#.YZdzYbCg-Uk
**Kraj Vysočina:** https://www.kr-vysocina.cz/formulare/ds-302116/archiv=0
**Královehradecký´ kraj**: https://www.kr-kralovehradecky.cz/scripts/detail.php?pgid=237
**Liberecký kraj:** https://zdravotnictvi.kraj-lbc.cz/formulare
**Moravskoslezský kraj:** https://www.msk.cz/cs/temata/zdravotnictvi/formulare-pro-poskytovatele-zdravotnich-sluzeb- 2423/
**Olomoucký kraj**: https://www.olkraj.cz/opravneni-k-poskytovani-zdravotnich-sluzeb-vzor-podani-cl-1031.html
**Pardubický kraj:** https://www.pardubickykraj.cz/formulare-oz
**Plzeňský kraj:** https://www.pardubickykraj.cz/formulare-oz?pg=0
**Středočeský kraj:** https://www.kr-stredocesky.cz/web/zdravotnictvi/opravneni-k-poskytovani-zdravotnich- sluzeb;jsessionid=6AD8402BA03B9F1D3F9715AC69187437.liferay_s1
**Ústecký kraj:** https://www.kr-ustecky.cz/opravneni-k-poskytovani-zdravotnich-sluzeb/ms-275347/p1=275347
**Zlínský kraj:** https://www.kr-zlinsky.cz/opravneni-k-poskytovani-zdravotnich-sluzeb-cl-140.html

[7] *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ).* Věstník MZ ČR, 8/2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

**Magistrát hlavního města Prahy:**
https://zdravotni.praha.eu/jnp/cz/formulare_udeleni_opravneni/index.html

### 3.1.1. Postup pro získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb

**1. Podmínky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb**

Podmínky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb fyzické nebo právnické osobě upravuje část třetí zákona o zdravotních službách, a to zejména § 16. O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje krajský úřad, v jehož správním obvodu je zdravotnické zařízení, v němž budou zdravotní služby poskytovány.

**2. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb**

Náležitosti žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb stanoví § 18 uvedeného zákona. O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb může žádat fyzická nebo právnická osoba, která je plně způsobilá k právním úkonům, je bezúhonná a má odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu poskytované zdravotní péče. Je-li poskytovatelem právnická osoba nebo fyzická osoba, která nemá odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované poskytovatelem, je povinna ustanovit odborného zástupce, který musí splňovat podmínky plné způsobilosti k právním úkonům, bezúhonnosti a odborné způsobilosti odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované poskytovatelem podle ustanovení § 14 zákona o zdravotních službách. O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb lze požádat osobně, poštou nebo datovou schránkou podle ustanovení § 18 zákona o zdravotních službách. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb lze podat na příslušném krajském úřadu podle místa poskytování nebo na Magistrátu hlavního města Prahy. Potřebné formuláře lze nalézt na jejich webových stránkách, kde jsou k dispozici formuláře žádostí ke stažení. Informace o výběrovém řízení před uzavřením smluv se zdravotními pojišťovnami lze nalézt na odkazu www.msk.cz[8].

**K žádosti je nutné zejména doložit:**

- doklady o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání,
- doklady o vzdělání,
- doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání (lékařský posudek),
- doklad o bezúhonnosti (v určitých případech si může krajský úřad zajistit sám, např. u cizinců je však nutno získat dle zákona určité doklady),
- provozní řád a rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví,
- doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb,
- prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno,
- seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli, a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Doklady k personálnímu zabezpečení (doklady o vzdělání atd.) se na KÚ nepředkládají, ale je žádoucí doklady o zaměstnancích mít k dispozici.

*Úřad rozhodne do 30 dnů, ve složitých případech do 60 dnů.*

[8] https://sluzby.msk.cz/sluzba/177-vyberove-rizeni-pred-uzavrenim-smluv-se- zdravotnimi-pojistovnami/442-2006-Sb

## 3.1.2. Postup pro získání oprávnění a registrace sociální služby

**1. Žádost o schválení provozního řádu zařízení sociálních služeb**

- Žádost nemá předepsanou formu ani náležitosti
- Tato žádost se podává na místně příslušný orgán veřejného zdraví. V případě sociálních služeb je tímto orgánem místně příslušná Krajská hygienická stanice, v Praze pak Hygienická stanice hlavního města Prahy.

K žádosti se přikládá zpracovaný provozní řád zařízení. Podle ustanovení §15 zákona o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb., musí provozní řád obsahovat:

- hygienická opatření k předcházení vzniku a šíření nemocničních nákaz,
- protiepidemická opatření k předcházení vzniku a šíření nemocničních nákaz.

*Úřad rozhodne do 30 dnů.*

**2. Žádost o registraci sociálních služeb**

- Žádost se podává na místně příslušném krajském úřadu
- K podání žádosti o registraci sociálních služeb je doporučeno použít již existující formulář, který je možné stáhnout na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

K žádosti o registraci se přikládají následující formuláře: formulář údaje o registrované službě a formulář údaje o místě poskytování služby, které jsou dostupné také na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Aktuální podobu formuláře lze nalézt na odkazu *www.mpsv.cz/formulare*.

K žádosti **fyzická osoba** dále přikládá:
Doklady prokazující odbornou způsobilost fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby. Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je:

- vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu 40) v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,
- vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku,
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1996,
- u manželského a rodinného poradce vysokoškolské vzdělání získané řádným ukončením studia jednooborové psychologie nebo magisterského programu na vysoké škole humanitního zaměření současně s absolvováním postgraduálního výcviku v metodách manželského poradenství a psychoterapie v rozsahu minimálně 400 hodin nebo obdobného dlouhodobého psychoterapeutického výcviku akreditovaného ve zdravotnictví.
- rozhodnutí o schválení provozního řádu zařízení sociálních služeb vydané orgánem ochrany veřejného zdraví (viz předchozí bod).

- doklad o vlastnickém nebo jiném právu k objektu nebo prostorám, v nichž budou poskytovány sociální služby, z něhož vyplývá oprávnění žadatele tyto objekty nebo prostory užívat. Tímto dokladem může být například výpis z katastru nemovitostí, nájemní či podnájemní smlouva nebo potvrzení majitele prostor.
- doklad, že žadatel nemá daňové nedoplatky a nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění a na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti. Tyto doklady lze získat na místně příslušném finančním úřadu, správě sociálního zabezpečení a pobočce zdravotní pojišťovny.

**Právnická osoba** předkládá všechny výše uvedené doklady a navíc:

- úředně ověřené kopie zakladatelských dokumentů a dokladů o registraci podle zvláštních právních předpisů, popřípadě výpis z obchodního rejstříku nebo jiné evidence podle zvláštních právních předpisů

*Příslušný úřad rozhodne o registraci do 30 dnů*

**3. Uzavření pojištění profesní odpovědnosti**

- Toto pojištění je možno uzavřít až po registraci, je však nutné ji do 15 dnů zaslat registrujícímu orgánu[9]

## 3.1.3. Rozdělení CDZ

Dle Standardu služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním se CDZ[10], které nenaplní požadavky na komplexní rozsah služeb CDZ, označuje jako Bazální CDZ. CDZ, které naplní komplexní rozsah služeb CDZ, se označuje jako Komplexní CDZ.

**Komplexní CDZ (CDZ-A)**

Doporučuje se, aby minimální pracovní doba CDZ-A byla stanovena v pracovní dnech v rozsahu od 8 do 16 hodin.

Rozsah základních služeb by měla zajišťovat všechna CDZ-A.

**Základní služby:**

- Mobilní (terénní) služby
- Krizové služby: krizové mobilní služby jsou dostupné klientům do 24 hodin, a to i v mimopracovních dnech. Telefonicky 24/7. Ambulantně od 8 do 18 hodin v pracovních dnech.
- Zdravotní služby v oboru psychiatrie a klinická psychologie
- Služby včasné intervence
- Pohotovost k asertivnímu kontaktování
- Denní individuální nebo skupinové služby zdravotní a sociální
- Síťování
- Systematická spolupráce s poskytovateli akutní a následné lůžkové péče
- Kontaktní místo pro komunitu, na to navazující služby asertivního kontaktování týmem CDZ

[9] Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.
[10] *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ)*. 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Doplňkové (volitelné) služby poskytované v návaznosti na potřeby klientů a na možnosti spolupracující sítě služeb v přirozeném regionu.

**Doplňkové služby:**

- Intenzivní krizová služba v místě zařízení CDZ – možnost krizového celodenního (24 hod.) ošetření klientů při zhoršení stavu s rizikem hospitalizace po dobu maximálně deseti za sebou jdoucích dnů.
- Intenzivní intervence v přirozeném prostředí klienta – kontakt s klientem alespoň dvakrát za den po dobu tří dnů, maximálně však po dobu deseti za sebou jdoucích dnů.

**Bazální CDZ (CDZ-B)**

Doporučuje se, aby minimální pracovní doba CDZ-B byla stanovena v pracovní dnech v rozsahu od 8 do 16 hodin. CDZ-B poskytuje alespoň následující druhy základních služeb:

- Mobilní (terénní) služby
- Krizové služby: s časovou dostupností od 8 do 16 hodin pouze v pracovních dnech
- Zdravotní služby v oboru psychiatrie a klinická psychologie
- Služby včasné intervence
- Pohotovost k asertivnímu kontaktování
- Denní individuální nebo skupinové služby zdravotní a sociální – mohou být zajištěny smluvně u jiného poskytovatele služeb
- Síťování
- Systematická spolupráce s poskytovateli akutní a následné lůžkové péče
- Kontaktní místo pro komunitu, na to navazující služby asertivního kontaktování týmem CDZ

Předpokládá se, že CDZ-B postupně ve lhůtě do **pěti let** od zahájení provozu splní doporučení a personální kritéria pro CDZ-A, a tak se přemění v Komplexní CDZ.[11]

## 3.1.4. Spádová oblast – regionalita

Pro efektivní zajištění služeb a proaktivní vyhledávání klientů CDZ je zapotřebí definovat jasnou spádovou oblast, za kterou je daný tým zodpovědný. Definování regionu je zásadní také proto, aby bylo zřejmé, s jakými dalšími subjekty tým má a může spolupracovat. Definování regionu prozatím závisí na rozhodnutí samotného týmu a na podmínkách definovanými plátci služeb (krajský odbor sociálních služeb, granty apod.). Důležitým aspektem v definování spádové oblasti a její velikosti je personální kapacita týmu. Ta by měla odpovídat velikosti daného regionu, aby byla zachována kvalita a intenzita poskytované péče.[12] Standard služeb poskytovaných v CDZ definuje velikost regionu pro cílovou skupinu se 60 000 – 140 000 obyvateli. Na jednoho case managera je počítáno s max. 20 klienty. Pokud se ukáže v dané spádové oblasti potřeba ošetřit více klientů indikovaných k péči CDZ, je možné personální obsazení navýšit.[13]

Regionalita je jedním z indikátorů kvality. Kritéria, která jsou posuzována souvisí s počtem obyvatel v daném regionu působnosti CDZ. Služba by měla být poskytována všem osobám cílové skupiny, které

[11] *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI).* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[12] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR.
[13] *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI).* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

v oblasti žijí a mohou z tohoto typu péče profitovat. Týmy CDZ by tedy dle velikosti regionu měly mít 10–24 case managerů. Týmy, pracující v regionu s 60.000 obyvatel by tedy měly být tvořeny celkově zhruba 14 pracovníky, pro region se 140.000 obyvatel by celý tým měl mít asi 28 pracovníků, což je pravděpodobně příliš velká skupina pro dobré týmové.[14]

### 3.1.5. Cílová skupina

Cílovou skupinou CDZ jsou:

1. **Klienti se závažným duševním** onemocněním (SMI-Serious/severe Mental Illness). Charakteristika SMI:

- Diagnostické okruhy: schizofrenní onemocnění, afektivní poruchy, eventuálně obsedantně-kompulzivní poruchy a specifické poruchy osobnosti
- Trvání onemocnění: déle než 2 roky
- funkční narušení – skóre GAF ≤ 60, kde GAF je klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění (upraveno dle Rugetti a kol.[15]).

CDZ poskytuje dlouhodobou péči zahrnující psychiatrickou a sociální rehabilitaci v podmínkách běžného života klientů s cílem předcházení hospitalizací či jejich zkracování. U pacientů dlouhodobě hospitalizovaných je cílem jejich návrat do běžného života.

2. **Osoby s potřebou včasné intervence**, tzn. osoby s rizikem rozvoje SMI.

Cílem CDZ je časná diagnostika onemocnění nebo jeho relapsu a rychlé započetí léčby.

3. **Lidé v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi nevyžadující hospitalizaci.** Akutní stavy nebo dekompenzace chronických onemocnění, s výjimkou akutních intoxikací.

Cílem CDZ je krátkodobá intervence a předání do další péče.[16]

## 3.2. Technické nároky na vznik CDZ

### 3.2.1. Minimální technické a věcné vybavení

Minimální technická kritéria jsou určena především platnou vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť ve znění domácích pracovišť. Tato vyhláška stanovuje následující požadavky:

**Obecné požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení:**

1. Zdravotnické zařízení musí z hlediska stavebně technických požadavků na prostory a jejich funkční a dispoziční uspořádání umožňovat funkční a bezpečný provoz.

2. Zdravotnické zařízení dále musí

a) tvořit provozně uzavřený a funkčně provázaný celek,

b) být umístěno v nebytových prostorech splňujících obecné požadavky na výstavbu,

c) mít zajištěnu dodávku pitné vody a dodávku teplé vody, pokud není zajištěn její ohřev na místě,

d) mít zajištěn odvod odpadních vod,

e) být vybaveno systémem přirozeného nebo nuceného větrání a systémem vytápění,

f) mít zajištěno připojení na veřejný rozvod elektrické energie,

[14] Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2021. *Kritéria kvality Center duševního zdraví.* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

[15] Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. 2000. *Definition and prevalence of severe and persistent mental illness*. Br J Psychiatry. 177:149-55.

[16] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

g) být vybaveno připojením k veřejné telefonní síti, a to pevné nebo mobilní, pokud není dále uvedeno jinak,
h) být vybaveno počítačem s připojením k internetu; toto vybavení se nevyžaduje, jde-li o zdravotnické zařízení uvedené v části I. přílohy č. 2 k této vyhlášce, pokud není dále uvedeno jinak.

**Požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení ambulantní péče:**
1. Základní provozní prostory zdravotnických zařízení ambulantní péče jsou:
a) ordinace lékařů a ordinace zubních lékařů (dále jen „ordinace lékaře“), pracoviště dalších zdravotnických pracovníků nebo pracoviště jiných odborných pracovníků), ve kterých jsou prováděny zdravotní výkony (dále jen „výkon“),
b) čekárna,
c) WC pro pacienty,
d) přípravna pro výkony, pokud je zřízena.

2. Vedlejší provozní prostory zdravotnických zařízení ambulantní péče jsou:
a) sanitární zařízení pro zaměstnance
b) skladovací prostory,
c) místnost pro odpočinek zaměstnanců, pokud je zřízena.
Vedlejší provozní prostory mohou být společné pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

3. Ordinace lékaře a pracoviště dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků musí mít minimální podlahovou plochu (dále jen „plocha“) 13 $m^2$.

4. Přípravnou pro výkony se rozumí místnost, kde je připravován pacient k výkonům a dále kde jsou připravovány zdravotnické prostředky, léčivé přípravky a léčivé látky před jejich aplikací pacientovi a vykonávány další činnosti s tím související. Přípravna pro výkony musí mít minimální plochu 10 $m^2$.

5. Čekárna musí mít minimální plochu 7 $m^2$, pokud není dále uvedeno jinak, a musí být vybavena sedacím nábytkem. Čekárna může být společná pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, pokud má minimální plochu 10 $m^2$.

6. WC pro pacienty musí mít předsíň vybavenou umyvadlem, není-li umyvadlo umístěno v kabině WC. WC může být společné pro zaměstnance a pacienty v případě, kdy zdravotnické zařízení ambulantní péče sestává maximálně ze 2 ordinací lékařů nebo pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, pokud není dále uvedeno jinak. WC pro pacienty může být společné pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

7. Skladovací prostory se vyčleňují pro oddělené skladování materiálu, prádla a uklízecích a dezinfekčních potřeb. Skladovací prostory lze nahradit vhodnými skříněmi. Skladování věcí musí být zabezpečeno tak, aby nedošlo ke kontaminaci čistých věcí znečištěnými věcmi.

8. Vybavení ordinace lékaře, pracoviště dalších zdravotnických pracovníků a pracoviště jiných odborných pracovníků:
a) umyvadlo,
b) dřez na mytí pomůcek, pokud je prováděno mytí a čištění pomůcek použitých k manipulaci s biologickým materiálem,

c) nábytek pro práci zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,
d) židle nebo křeslo pro pacienta,
e) skříň na léčivé přípravky,
f) nepřenosná uzamykatelná schránka z kovu, pokud se skladují omamné nebo psychotropní látky nebo přípravky je obsahující5),
g) skříň na nástroje a pomůcky,
h) kartotéční skříň, pokud není zdravotnická dokumentace vedena výhradně v elektronické podobě nebo pokud není zřízena centrální kartotéka,
i) chladnička na léčivé přípravky vybavená teploměrem, pokud se uchovávají léčivé přípravky nebo pomůcky, které pro své uchování vyžadují nižší teplotu než pokojovou, a chladnička na biologický materiál vybavená teploměrem, pokud je uchováván biologický materiál,
j) pomůcky a léčivé přípravky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace, tj. resuscitační rouška nebo samorozpínací vak včetně masky, vzduchovody, rukavice, výbava pro stavění krvácení a prostředky k zajištění žilního vstupu; pracoviště pracovníků nelékařských zdravotnických povolání nemusí být vybaveno léčivými přípravky pro poskytnutí první pomoci a prostředky k zajištění žilního vstupu,
k) prostor pro svlékání pacienta a odložení oděvu.

9. Pokud je ve zdravotnickém zařízení ambulantní péče poskytována péče ve více oborech, musí být splněny požadavky na vybavení stanovené pro každý obor poskytované péče.

Výše jsou zmíněné společné požadavky na zdravotnická zařízení ambulantní péče, tak jak je stanovuje vyhláška č. 92/2012 Sb. Tato vyhláška upravuje i zvláštní požadavky na jednotlivé typy zařízení podle oborů péče:

a) **Psychiatrie:** pro všechna ambulantní psychiatrická zařízení se nevyžaduje vyšetřovací lehátko
b) **Stacionární psychiatrické péče:** je nutné zřídit místnost pro skupinovou psychoterapii a denní místnost pro pacienty.
c) **Psychiatrická krizová péče:** je nutné zřídit místnost pro poskytování telefonické krizové intervence s minimální plochou 6 $m^2$, místností pro pacienty s minimální plochou 12 $m^2$, která musí být vybavena 2 lůžky a denní místností pro pacienty. Ve vybavení musí být zahrnuto signalizační zařízení.

Nad rámec výše zmíněné vyhlášky je ve Standardu služeb poskytovaných v CDZ doporučováno následující vybavení vyplývající z charakteru činnosti CDZ. Pro CDZ je charakteristická týmová práce a vybavení tomu musí odpovídat, a to především v dostatečném prostoru pro společné porady a kooperaci pracovníků. Konkrétní vybavení se může lišit podle typu CDZ. Rozdíly ve vybavení jednotlivých CDZ mohou být dány:

- velikostí přirozeného regionu
- typem přirozeného regionu (horská oblast, městská aglomerace aj.)
- organizací CDZ – např. denní stacionář může být připojen k CDZ nebo může být zajištěn jiným subjektem

**Základní provozní prostory**

a) zázemí pro členy multidisciplinárního týmu
b) konzultační místnost/vyšetřovna
c) místnost pro skupinovou terapii a denní aktivity (nemusí být i CDZ-B)

**Fakultativní provozní prostory**

a) klidové, resp. krizové místnosti
b) sprcha pro klienty
c) čajová či nácviková kuchyně u denních aktivit

**Materiálové a přístrojové vybavení CDZ**

d) nábytek pro práci pracovníků CDZ
e) alkohol tester
f) mobilní telefony, stolní a přenosné počítače nebo tablety, tiskárny, vč. připojení k veřejné mobilní telefonní síti
g) osobní automobil, který není nutný v místě, kde se dá využívat služeb MHD[17]

## 3.2.2. Hygienické požadavky

Pro získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb je nutné mít schválený *Hygienický provozní řád zdravotnického pracoviště*, který schvaluje místně příslušná hygienická stanice.

**Hygienický řád musí splňovat následující náležitosti:**

**I. Základní údaje**

1. Přesný název pracoviště
2. Adresa zařízení
4. Číslo telefonu, faxu, e-mailu pracoviště
5. IČ, je-li již přiděleno
6. Ordinační doba
7. Jméno vedoucího pracovníka (jméno a příjmení lékaře)

**II. Obecné údaje**

**1. Charakteristika a zaměření pracoviště**, přesný a úplný rozsah poskytované péče

- Prostorové zařazení v rámci celého objektu, stručné rozvržení pracoviště (místnosti, jejich účel a vybavení, včetně provozních a pomocných místností, WC a sprch – pro personál i pacienty)

**2. Dezinfekce**

Dle vyhlášky č. 306/20121 Sb. v platném znění

- Konkrétní, vždy aktuální dezinfekční režim odpovídající zaměření pracoviště (dezinfekce povrchů, dekontaminace nástrojů, pomůcek a materiálů, ruce, pokožka, event. sliznice) – všechny používané prostředky, postupy, střídání, označování nádob, zodpovědná osoba apod. uvést v samostatné příloze.
- Způsob dekontaminace místa kontaminovaného biologickým materiálem

**3. Všeobecný hygenicko-epidemiologický režim**

- **Způsob oddělení pracovních ploch** dle jejich využití (příprava injekcí, infuzí, manipulace s biologickým materiálem apod.).
- **Odběr biologického materiálu** druh a manipulace s ním, způsob jeho ukládání a zabezpečení při transportu, kdo jej zajišťuje.
- **Zásady osobní hygieny zaměstnanců** při ošetřování a vyšetřování pacientů (osobní ochranné prostředky, zejména používání rukavic – jednorázové, sterilní), způsob mytí a dezinfekce rukou, používání jednorázových ručníků ze zásobníků, další zásady (kouření, jídlo na pracovišti apod.).

[17] *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ)*. 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

- **Očkování zaměstnanců proti VHB** Jedná-li se o pracoviště, kde pracovníci podléhají povinnosti očkování proti VHB, uvést, zda jsou očkováni (aktualizovaný seznam osob s uvedenými daty očkování k dispozici na pracovišti).
- **Úklid:** způsob provádění (např. denně na vlhko, s dezinfekcí), kdo provádí (pracoviště svými silami nebo smluvně), čím se provádí (používané úklidové prostředky, dezinfekční prostředky např. s odkazem na přílohu).
- **Způsob nakládání s odpady:** komunální odpad, biologický a jiný infekční odpad (četnost odstraňování, co se a jak odstraňuje a likviduje), likvidace použitých inj. stříkaček a jehel, způsob a místo přechodného uložení odpadu před odvozem, příp. teplota skladovacího prostoru. Uvést smluvní firmu zajišťující odvoz kontaminovaného odpadu, frekvence odvozu.
- **Zdroj pitné vody:** způsob zajištění teplé vody. [18]

### 3.2.3. Požární bezpečnost

Právnické či fyzické podnikající osoby jsou povinné dodržovat specifická bezpečnostní protipožární opatření dle příslušných právních norem, které jsou uvedeny níže.

Prostory CDZ musejí být vybaveny věcnými prostředky požární ochrany (prostředky používané k ochraně, záchraně a evakuaci osob, k hašení požáru jako jsou např. hasící přístroje) a požárně bezpečnostními zařízeními (systémy, technická zařízení a výrobky pro stavby podmiňující požární bezpečnost stavby nebo jiného zařízení jako jsou např. zařízení pro požární signalizaci). Množství, druh těchto protipožárních opatření se určuje z bezpečnostního řešení staveb, nebo z obdobné dokumentace, která je součástí projektové dokumentace ověřené stavebním úřadem.
Nejčastěji jsou prostory vybaveny přenosnými hasicími přístroji jejichž typ a počet určuje výše zmíněná vyhláška, která popisuje i přesné umístění přenosných hasících přístrojů. Umístění musí umožňovat jejich snadné a rychlé použití. Musejí být viditelné a snadno přístupné. Hasící přístroje se umisťují na svislé stavební konstrukce a to tak, aby rukojeť hasicího přístroje nebyla výše než 1,5 metru na podlahou.

Hasící přístroje je nutné pravidelně kontrolovat a to osobou, která má k takové kontrole oprávnění.
Mezi časté požárně bezpečnostní zařízení patří i protipožární dveře, které od sebe oddělují jednotlivé části prostorů, tak jak určuje projektová bezpečnostní dokumentace. Protipožární dveře musejí splňovat nařízené specifické požadavky. Důležitou součástí požární bezpečnosti jsou pravidelná školení o požární ochraně zaměstnanců a osob, kterých se přechodně zdržují v prostorách CDZ.

Každé zařízení by mělo mít vypracované **Požární poplachové směrnice,** které vymezují činnosti zaměstnanců, popřípadě dalších osob při vzniku požáru. Požární poplachové směrnice obsahují:

- postup osoby, která zpozoruje požár, způsob a místo požáru
- způsob vyhlášení požárního poplachu pro zaměstnance, popřípadě jednotku hasičského záchranného sboru
- postup osob při vyhlášení požárního poplachu (evakuace, pomoc při zdolávání požáru)
- telefonní číslo ohlašovny požáru
- telefonní číslo tísňového volání
- telefonní čísla pohotovostních a havarijních služeb dodavatelů elektrické energie, plynu a vody.

Součástí bezpečnostních opatření je i **Požární evakuační plán**, který upravuje postup při evakuaci osob, zvířat a materiálu z objektů zasažených nebo ohrožených požárem.

[18] *Vzorový provozní řád zdravotnického ambulantního zařízení.* 2021. Plzeň. Krajská hygienická stanice Plzeň.

**Požární evakuační plán obsahuje:**

- určení osoby, která bude organizovat evakuaci, a místo, ze kterého bude evakuace řízena
- určení osob a prostředků, s jejichž pomocí bude evakuace prováděna
- určení cest a způsob evakuace, místa, kde se evakuované osoby, popřípadě zvířata budou soustřeďovat, a určení zaměstnance, která provede kontrolu počtu evakuovaných osob
- způsob zajištění první pomoci postiženým osobám
- určení místa, na kterém se bude soustřeďovat evakuovaný materiál, a určení způsobu jeho střežení
- grafické znázornění směru únikových cest v jednotlivých podlažích[19]

Upozornění: Tato kapitola obsahuje pouze nejdůležitější bezpečnostní opatření. Při přípravě provozu CDZ je nutné dodržet všechna opatření, které určují níže zmíněné příslušné právní předpisy.

[19] Vyhláška č. 246/2001 Sb. o stanovení podmínek požární bezpečnosti a výkonu státního požárního dozoru (vyhláška o požární prevenci)

# 4. MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

## 4.1. Založení multidisciplinárního týmu

**Multidisciplinární způsob práce** je takový způsob práce, jakým různé profese, různé organizace partnersky spolupracují, efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využít jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny. Prospěchem je myšlena maximální možná podpora v individuálním procesu zotavení u lidí s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám.[20]

**Multidisciplinární tým CDZ** je vytvořen v rámci jedné organizace nebo jej mohou vytvořit na smluvním základě 2 organizace. Klíčové je naplnění základních parametrů daných Standardem péče poskytované v CDZ:

- multidisciplinarita týmu,
- jeho mobilita, rychlá dostupnost (24 hod.),
- vymezení regionu,
- umístění CDZ v běžném prostředí dostupném pro všechny, kdo čerpají péči CDZ.[21]

### 4.1.1. Dovednosti a kompetence všech členů týmů

Důležitou dovedností všech pracovníků týmu CDZ je otevřenost, schopnost komunikace a dovednost učit se od sebe navzájem. Zásadním faktorem při práci v týmu je vyznávání společných hodnot respektujících člověka.

• Základní dovedností všech pracovníků CDZ je porozumění člověku jako lidské bytosti s respektem k jeho potřebám.

• Schopnost komplexně vyhodnotit potřeby klienta a způsobilost flexibilně provázet klienty a zařizovat potřebnou podporu a pomoc ve všech základních oblastech (sociální potřeby, bydleni, finance, práce atd.)

• Schopnost navázat, udržovat i ukončit vztah s klientem.

• Schopnost podporovat klienta ve vyjadřování jeho názorů, být průvodcem v rozpoznávání potřeb jím samotným.

• Schopnost dobré komunikace s klienty, ale i se členy týmu, dalšími subjekty a partnery (další psychiatrické služby, veřejné služby atd.).

• Schopnost vnímat, monitorovat stav klienta a rozpoznat, kdy je potřeba do péče zapojit další osobu/tým.

• Porozumění, znalost základních farmakologických, psychologických, sociálních léčebných metod a intervencí.

• Porozumění celkovému systému péče o duševně nemocné, znalost patřičné legislativy (včetně lidskoprávní).

• Přesné, srozumitelné, respektující vedení záznamů. Většina dokumentace je přístupná klientům. Dokumentace je vedena způsobem, který respektuje každého člověka a tak, aby si klient dokumentaci mohl kdykoliv přečíst a zároveň, aby v dokumentaci byly potřebné informace.

• Zvládání krize včetně základů krizové intervence, včetně telefonické či v terénu.

[20] *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[21] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

**Psychiatr**

Psychiatr se specializovanou způsobilostí je garantem zdravotní péče. V jeho kompetenci je posouzení rizikovosti stavu, indikace hospitalizace. Nese odpovědnost za nastavení postupů v krizi a relapsu onemocnění klienta/pacienta.

Role psychiatra spočívá v jeho expertní poradní roli, vzdělává tým v oblasti psychiatrie a je k dispozici ke konzultacím pro klienty i case manažery. Zná všechny klienty CDZ (i ty, kteří nejsou jeho pacienti) a navštěvuje je v jejich přirozeném prostředí. Je flexibilní a měl by mít dostatek prostoru pro konzultace a intervence ad hoc. Mezi dovednosti psychiatra patří integrace bio-psycho-sociálního přístupu v péči. Psychiatr je schopen přijmout zodpovědnost za svá rozhodnutí, a dobře komunikuje při práci s klienty/pacienty i členy týmu.

**Sestra pro péči v psychiatrii / všeobecná sestra**

Obecně jsou kompetence a odpovědnosti popsány ve Vyhlášce č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků. Velká část činností sestry v CDZ vyplývá také z její role case managera v týmu. Provádí vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti klientů/pacientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů. Na základě rozhovorů s klientem společně identifikují jeho přání a potřeby. Je schopna rozpoznat známky zlepšení či zhoršení psychického stavu klienta. Vyhodnocuje, zda klient není nebezpečný vůči sobě či okolí a v případě potřeby zajišťuje nezbytná opatření. Provází klienta při adaptaci na životní podmínky změněné duševním onemocněním. Je schopná používat cílené aktivity (trénink kognitivních funkcí, edukace, nácvik sociálních dovedností, relaxace) k podpoře a zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí klienta. Provádí poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace. Vykonává krizovou intervenci. Zná a používá pomocné psychoterapeutické techniky, včetně podpůrných psychoterapeutických rozhovorů. Provádí edukaci klienta/pacienta a jeho okolí v otázkách péče o jejich zdraví a prevence zdravotních rizik, a to nejen v oblasti duševního zdraví, ale i v oblasti tělesného zdraví.

**Sociální pracovník (pracovník v sociálních službách)**

Obecně jsou jeho kompetence a odpovědnosti popsány v Zákoně č. 108/2006, Sb. o sociálních službách v platném znění. Velká část činností vyplývá z jeho role case managera v týmu. Provádí sociální šetření, sociální poradenství, nácvik sociálních dovedností. Pracuje s celou komunitou, mobilizuje sociální zdroje komunity, podílí se na změně prostředí pro nekomplikované začlenění klientů do běžného života/komunity. Doprovází klienta, nebo pokud je třeba, pomáhá zařizovat s klientem potřebné sociální zázemí (bydlení, sociální dávky). Pracuje s rodinou klienta. Provádí vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti klientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů, zejména v jejich sociálním poli. Na základě rozhovorů s klientem společně identifikují jeho přání a potřeby. Je schopen používat cílené aktivity (nácvik kognitivních funkcí, edukace, nácvik sociálních dovedností) k podpoře a zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí klienta. Dokáže pacientovi poskytovat psychoterapeutickou podporu, je-li psychoterapeut. Vykonává činnost při krizové intervenci a při zajišťování psychologické pomoci rodině klienta. Pomáhá klientovi řešit jeho základní finanční potřeby (invalidní důchod, sociální dávky, zjm. příspěvek na bydlení, příspěvek na péči). Je klientům nápomocný s problémy dluhů a oddlužení. Doprovází klienty na úřady a má v této síti přehled. Podporuje klienta v jeho vlastním rozhodování, využívá metodu podporovaného rozhodování.

**Klinický psycholog**

Těžištěm práce psychologa v týmu je přímá práce s klienty CDZ, zejména ve formě individuální psychoterapie a poradenství, klinických vyšetření, nácviků relaxačních technik. Psycholog také nabízí vedení skupinové psychoterapie, rodinné či párové psychoterapie a jiných terapeutických či

rehabilitačních programů (např. kognitivní trénink, relaxace, edukativní skupiny, nácviky sociálních dovedností apod.). Vyjadřuje se ke stanovování léčebných postupů, způsobu rehabilitace i konkrétních intervencí. V případě potřeby provádí komplexní psychodiagnostickou činnost. Účastní se výjezdů do terénu (přirozeného prostředí klientů). Je přítomen zejména když se jedná o prvokontakt či situaci, kdy je třeba posoudit aktuální stav klienta. V případě krize může tvořit důležitou součást výjezdního týmu spolu s lékařem (sociálním pracovníkem, zdravotníkem). Psycholog poskytuje intervizní podporu ostatním členům týmu a metodické vedení psychoterapeutického přístupu členů týmu ke klientům/pacientům.

**Peer konzultant**

Je důležitou osobou v týmu, která má vlastní zkušenost s duševním onemocněním. Umožňuje lidem s duševním onemocněním nahlédnout do svého životního příběhu a zprostředkovat možnost zotavení (recovery) z duševní nemoci. V rámci reformy péče o duševní zdraví probíhají v České republice kurzy pro peer konzultanty. Pokud jsou peer pracovníci zaměstnáni v týmu registrovanou sociální službou, musí dle stávající legislativy (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) splňovat požadavky tohoto zákona, což obvykle znamená absolvovat rekvalifikační kurz pro pracovníka v sociálních službách. Obsah práce peer konzultantů se v jednotlivých týmech liší. Při práci v týmu záleží na osobnosti peer konzultanta a jeho dovednostech. V některých týmech jsou peer konzultanti zaměstnáni jako sociální pracovníci a mají i roli klíčových pracovníků. Klíčová role peer konzultantů je jednak v tom, že dávají týmu jedinečnou zpětnou vazbu z pohledu uživatele služby, a jednak jsou specificky zapojováni do práce s klienty. Využívají své osobní zkušenosti, podporují klienty v hledání jejich osobní cesty zotavení. Jde o neformální a asertivní formu práce s klienty. Peer konzultanti mají specifickou individuální podporu a supervizi peer konzultantů.

**Pracovní konzultant – IPS pracovník – podporované zaměstnávání**

Pracovní konzultant je splňuje kvalifikaci pro práci v sociálních službách a zabývá se péčí o klienty v oblasti zaměstnávání. Profesně se jedná o sociální pracovníky či pracovníky v sociálních službách. Metoda IPS (*individual placement and support*) – je v ČR označovaná jako podporované zaměstnávání formou IPS. Posláním pracovních konzultantů pracujících touto metodou je co nejrychleji klientům pomoci získat či udržet práci na volném trhu práce. V některých případech na chráněném trhu práce – SF, zaměstnavatelé OZP. Pracovní konzultanti spolu s klientem vyhodnocují pracovní dovednosti klienta, zejména jeho silné stránky, pracovních preference i případná rizika. Oslovují potenciální zaměstnavatele, vyjednávají s nimi o dostupných pracovních místech a možnostech modifikace pracovního úvazku. Podporují klienta přímo na pracovišti, především v době jeho zapracování a adaptaci na nové pracovní místo.[22]

**Kazuistika:**

Vedení nemocnice a vedení neziskové organizace se dohodli, že ze svých kolegů zdravotníků a sociálních pracovníků vytvoří jeden tým – Centrum duševního zdraví. Proces, který předcházel spojení dvou týmů v jeden, byl dlouhý. Nejprve se pracovníci navzájem na stážích seznamovali a objevovali odlišný styl práce. V podstatě se jednalo o dva týmy, jeden složený ze zdravotních sester, psychiatra, psychologa a druhý ze sociálních pracovníků. Po spojení týmu se přidala ještě pracovní konzultantka a peer konzultantka. Oba týmy byly zvyklé pracovat svým způsobem a jednotliví pracovníci byli zkušení a samostatní. To, co bylo pro nový tým specifické, bylo intenzivní poznávání práce ostatních. Pokud

[22] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

chtěli v týmu fungovat, zjistili, že musí být velmi otevření a naslouchat jiným názorům, než na jaké doteď byli zvyklí. Být opatrní, aby si nedělali rychlé úsudky, otevření přístupu „druhé“ strany. Tým prožíval bouřlivé období stmelování a slaďování. Některé porady byly bouřlivé, sociální pracovníci nebyli tolik zvyklí na asertivní práci, učili se být vytrvalí v oslovování klientů, kteří spolupracovat nechtějí. Měli k ruce zdravotníky, kteří byli více orientovaní na tělesné zdraví člověka a dokázali lépe než oni vyhodnotit celkový zdravotní stav klienta. V jedné chvíli vývoje týmu to téměř vypadalo, že se role zdravotníků a sociálních pracovníků vyměnily. Začali zastávat názory druhé strany. Postupně se tým sžil a naučil spolu komunikovat a přemýšlet o jiných názorech, dát si čas na pochopení „druhé strany“ bez rychlého odsouzení jiného názoru. Byla to pro ně obtížná, ale velmi zajímavá a obohacující zkušenost.

## 4.2. Personální zajištění CDZ

Služby CDZ může zabezpečovat ve vzájemné spolupráci a společnými postupy poskytovatel zdravotních služeb a poskytovatel sociálních služeb, a to na základě smlouvy o spolupráci. Služby CDZ může rovněž zajišťovat subjekt, který je držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách a zároveň má registraci poskytovatele sociálních služeb podle zákona o sociálních službách.[23]

**Personální kritéria**

CDZ je personálně a technicky vybavené pro zajišťování péče pro cílovou skupinu lidí s vážným duševním onemocněním (SMI) v přirozeném regionu se 60 000 – 140 000 obyvateli. Dle Standardu CDZ lze pro přirozený region předpokládat potřebnost péče CDZ pro 192 až 448 klientů se SMI. Velikost multidisciplinárního týmu CDZ je dána počtem klientů, kterým tým poskytuje své služby. Rozsah přirozeného regionu a tím i počet klientů je omezen tak, aby bylo zajištěno efektivní fungování týmu CDZ. Pracovníci CDZ zajišťující case management pracují s max. 20 klienty (15 klientů na jednoho klíčového pracovníka, který si nechává volnou kapacitu na péči o dalších 5 potencionálních klientů.) Pokud se v průběhu poskytování nové služby CDZ v regionu ukáže, že je potřeba ošetřit více klientů se SMI indikovaných k péči CDZ, je možné personální obsazení uvedené níže navýšit.

### 4.2.1. Personální kritéria pro Komplexní CDZ (CDZ-A)

U CDZ A fungujícím v přirozeném regionu s cca 100 000 obyvateli se doporučuje následující minimální personální zajištění.

**A) Personál zajišťující zdravotní služby**

Personál zajišťující zdravotní služby celkem: **9,0 úvazků**

**Psychiatr se specializovanou způsobilostí;** úvazek 1,0

- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 95/2004 Sb.)[24]

[23] *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ).* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[24] Minimálně jeden z kmenových zaměstnanec CDZ s odborností psychiatr a psycholog ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí musí splňovat požadavek na úplnou psychoterapeutickou kvalifikaci (specializaci v systematické psychoterapii).

**Psycholog ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí**; úvazek 1,0
- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 22 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 96/2004 Sb.) a současně splňuje vzdělání podle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.) Psychiatr nebo psycholog je způsobilý k poskytování psychoterapeutických výkonů, které jsou podmíněny specializačním nástavbovým studiem.

**Všeobecná sestra/Sestra pro péči v psychiatrii**[25]; úvazků 7
- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb. a v případě sestry pro péči v psychiatrii současně splňuje vzdělání podle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.

**B) Personál zajišťující sociální služby**

Personál zajišťující sociální služby celkem: **7,0 úvazků** [26]

**Sociální pracovník**
- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 110 zákona o sociálních službách

**Pracovník v sociálních službách**[27]
- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 116 zákona o sociálních službách z kategorie Další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby (dle § 115 písm. odst. 1 písm. e) zákona o sociálních službách)

**Další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby** (dle § 115 odst. 1 písm. e) zákona o sociálních službách)
- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 116a písm. odst. 2 zákona o sociálních službách

## 4.2.2. Personální kritéria pro Bazální CDZ (CDZ-B)

**A) Personál zajišťující zdravotní služby**

Personál zajišťující zdravotní služby celkem **5,0 úvazků**

**Psychiatr se specializovanou způsobilostí;** úvazek 0,5
- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb.

[25] Minimálně ½ úvazků sester musí mít specializaci v Ošetřovatelství v psychiatrii.
[26] Minimálně ½ úvazků pracovníků zajišťujících sociální služby jsou sociální pracovníci. Minimálně jeden z pracovníků zajišťujících sociální služby se specializuje na podporu pro vstup na otevřený pracovní trh, nebo spolupracuje s takto zaměřenými službami.
[27] Jeden až dva z pracovníků splňují kvalifikační kritéria dle zákona o sociálních službách a nejméně na 0,5 úvazku pracuje v roli peer konzultanta. To vyžaduje vlastní zkušenost pracovníka s onemocněním z okruhu SMI, stabilizovaný zdravotní stav a zachování jedinečnosti jeho role.

**Psycholog ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí**; úvazek 0,5
- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 22 zákona č. 96/2004 Sb. a současně splňuje vzdělání podle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.

Psychiatr nebo psycholog je způsobilý k poskytování psychoterapeutických výkonů, které jsou podmíněny specializačním nástavbovým studiem.

**Všeobecná sestra/Sestra pro péči v psychiatrii**; úvazky 4
- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb. a v případě sestry pro péči v psychiatrii současně splňuje vzdělání podle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.

**C) Personál zajišťující sociální služby**

Personál zajišťující sociální služby celkem: **4,0 úvazků**

**Sociální pracovník**
- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 110 zákona o sociálních službách

**Pracovník v sociálních službách**
- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 116 zákona o sociálních službách

**Další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby** (dle § 115 odst. 1 písm. e) zákona o sociálních službách)
- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 116a písm. odst. 2 zákona o sociálních službách[28]

[28] *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI).* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

## 4.3. Organizace práce v CDZ

Práce v multidisciplinární týmu CDZ je založena na demokratickém principu. Zároveň je definována zodpovědnost jednotlivých osob, rolí, za některé typy rozhodnutí (např. potřeba hospitalizovat klienta, řešení opatrovnictví apod.). Ale i v tomto případě je zvykem, že tým o konkrétní věci diskutuje a každý člen týmu přináší svoje poznatky. V týmech existuje určitá hierarchie, jsou zde jeden nebo dva vedoucí (za sociální a zdravotní část) a určitou rozhodující roli má i psychiatr CDZ. Vedoucí týmu je však více v roli koordinátora a mentora pro své kolegy v týmu. Od jednotlivých členů týmu se očekává velká samostatnost a schopnost týmové spolupráce.

O každého klienta CDZ se stará jeden *case manager* (klíčový pracovník), který koordinuje jemu poskytovanou podporu, a v ideálním případě jednoho zastupujícího pracovníka. V CDZ jsou využívány prvky tzv. FACT modelu (holandský model organizace komunitní péče o osoby s vážným duševním onemocněním FACT = Flexible Assertive Community Treatment), který se ukázal v ČR pro práci s danou cílovou skupinou jako nejvhodnější. Roli klíčového pracovníka v CDZ zastávají sociální pracovníci a zdravotní sestry. Jednotliví členové týmu sdílejí na poradách i mimo ně své postupy práce, sdílejí informace, navzájem si pomáhají, dělí se o zkušenosti a mají možnost navzájem si nahlížet do svých záznamů (v případě umožňuje to legislativa). Důležitým principem týmové práce je sdílené rozhodování a sdílená odpovědnost jednotlivých členů týmu.

Týmově se vždy rozhoduje o přijetí klienta do péče CDZ, o všech podstatných změnách (aktualizacích) v poskytování péče a dále při rozhodování o ukončení péče v CDZ. Klient se aktivně účastní (je týmem k účasti přizván a motivován) na průběhu poskytování služby. K týmové spolupráci přispívá i systém porad. Porad se účastní všichni členové týmu. Všichni členové týmu jsou spolu v denním kontaktu i díky uspořádání kanceláří (sdílený prostor).[29]

## 4.4. Vzdělávání a supervize

Součástí realizace provozu CDZ musí být vzdělávání za účelem rozvoje odborných znalostí a dovedností pracovníků odborného týmu CDZ. To spočívá v absolvování vzdělávacích kurzů, školení a jiné vzdělávání v oblasti principů, metod práce a dovedností s přímou vazbou na poskytování služeb v CDZ. Výstupem jednotlivých vzdělávání musí být potvrzení o kvalifikaci, které je uděleno na základě formálního prověření znalostí, které ukázalo, že účastník získal kvalifikaci dle předem nastavených standardů.

Rozsah vzdělávání jednotlivých členů týmu se řídí dle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. Vzdělání sociálních pracovníků je povinné v rozsahu 24 hodin za rok. Vzdělávání zdravotních sester je povinné, doporučení je minimálně 8 hodin za rok.[30] U lékařů je další vzdělávání pouze doporučené, nicméně při získání 150 kreditů v průběhu 5 let, je lékař bonifikován zdravotní pojišťovnou výší hodnoty bodu. Vzdělávání pracovníků CDZ je nutnou součástí jejich práce. Práce v CDZ je vysoce specializovaná a všechny profese (pokud mají svoji práci vykonávat dobře), potřebují mít průnik do ostatních profesí/specializací v týmu a dále se soustavně vzdělávat. Sociální pracovníci jsou povinni bazálně se orientovat v psychiatrické terminologii a v medikaci, na druhou stranu zdravotní sestry jsou

[29] *Jak funguje CDZ Klatovy – Detailnější informace o poskytovaných službách Centra duševního zdraví Klatovy.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[30] *Metodika programu podpory Center duševního zdraví III.* 2020. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

povinny se minimálně orientovat v sociálních dávkách. V ideálním případě by většina členů týmu měla mít výcvik v krizové intervenci a alespoň započatý psychoterapeutický výcvik.[31]

**Společné vzdělávání týmu**

Ideálním způsobem vzdělávání při založení CDZ jsou kurzy na klíč pro tým. Všichni se vzdělávají společně a současně si všichni členové týmu osvojují principy a hodnoty respektu k člověku a způsoby práce v týmu i samostatně.

**Doporučené kurzy pro týmy CDZ:**

- Case management
- Multidisciplinární spolupráce
- CDZ v praxi
- Recovery (Zotavení)
- Základní uvedení do systému CARe
- Základní výcvik v otevřeném dialogu pro tým

**Supervize týmu**

Nedílnou součástí péče o tým je individuální a skupinová supervize zaměřená primárně na komunikaci a harmonizaci vztahů v týmu. Doporučuje se také probírat jednotlivé kazuistiky klientů, což napomůže sladění ve filozofii týmu. Supervizor týmu je externí odborník se supervizním výcvikem. Doporučená doba supervize je přibližně tři hodiny jedenkrát za měsíc.[32]

[31] *Metodika CDZ pro Prahu 9.* 2021. Praha: Fokus Praha z.ú. – PN Bohnice
[32] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

## 4.5. Řízení, sledování a hodnocení kvality v CDZ

Sledování kvality poskytované péče v CDZ je částečně ovlivněno multidisciplinárním složením týmu. Legislativně je v CDZ poskytována kombinace zdravotní péče a sociálních služeb. Podoba kvality je přímo ovlivněná následujícími právními předpisy.

Prvním právním předpisem ovlivňujícím kvalitu poskytovaných služeb v CDZ je zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.[33] CDZ by mělo být registrováno jako služba sociální rehabilitace prováděné terénní formou dle § 70 výše zmíněného zákona. K sociální rehabilitaci je možné registrovat i ostatní služby definované tímto zákonem např. ambulantní forma sociální rehabilitace, službu následné péče, sociálně aktivizační službu pro osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutickou dílnu, telefonickou krizovou pomoc či službu podpory samostatného bydlení.

Druhým právním předpisem ovlivňujícím kvalitu poskytovaných služeb CDZ je zákon č. 372/2001 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.[34] Formy zdravotní péče, jsou v CDZ poskytovány jsou uvedeny v §7 a §9 výše uvedeného zákona.

Došlo k vytvoření jednotného formátu ověřování kvality péče CDZ, a to v rámci projektu MPSV Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb. Hodnocení kvality je shrnuto v dokumentu Kritéria kvality Center duševního zdraví[35]. Jedná se o formát ověřování kvality, který v sobě propojuje požadavky zdravotní i sociální legislativy a principy dobré praxe poskytování terénní multidisciplinární péče. Kritéria kvality Center duševního zdraví vychází z dříve publikovaných oficiálních metodických materiálů: Doporučené postupy č. 2/2017 pro sociální část[36], Standardu péče poskytované v CDZ[37] a Základních principů péče poskytované v CDZ[38], zahraničních zdrojů, a to škály *Dartmouth Assertive Community Treatment Scale*[39] a škály FACT modelu[40]. V kritériích kvality byla zohledněna v důležité míře oblast zotavení na základě konceptu Marka Raginse[41]. Návrh kritérií kvality byl zpracován multidisciplinárním týmem s mnohaletými zkušenostmi z působení v komunitních službách. Více informací o měření kvality lze nalézt v materiálu, které vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí. Jedná se o Kritéria kvality Center duševního zdraví.

[33] Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.
[34] Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
[35] *Kritéria kvality Center duševního zdraví.* 2021. *Praha:* Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
[36] *Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví.* 2017. Praha. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
[37] *Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ).* 2016. Praha. Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[38] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[39] *Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS).* 2017. Centre for Evidence-Based Practices at Case. Western Reserve University.
[40] *Bähler, M., Van Veldhuizen, R., Van Vugt, M., Delespaul, P., Kroon, H., Lardinois, J., & Mulder, N.* 2010. *Fidelity Scale FACT. Certification Centre for ACT and FACT (CCAF).* České vydání: 2017. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
[41] Ragins, M. *Cesta k zotavení.* 2002. Los Angeles: MHALA (Mental Health America of Los Angeles). České vydání: 2018. Praha: Fokus Praha.

Kritéria kvality CDZ vytvořená pro pilotní ověření jsou rozdělena do šesti oblastí, ve kterých je zahrnuto celkem 36 položek:

Lidské zdroje a tým
- složení týmu
- velikost a kapacita týmu
- týmová práce
- řízení a role vedoucího
- dokumentace a předávání a sdílení informací
- efektivita týmu
- personální stabilita týmu
- kontinuální vzdělávání

Postupy
- příjem
- ukončení služby
- asertivita
- práce se zranitelností
- kontinuita péče
- práce s neformálními zdroji
- individuální plánování
- zvýšená podpora klientů
- práce s nežádoucími událostmi

Intervence
- podpora lidí s duální diagnózou
- individuální podpora v oblasti zaměstnávání (IPS)
- práce s medikací
- podpora směrem k rodině a blízkým
- psychoterapie
- podpora zdraví
- psychoedukace
- časná detekce a časná intervence

Organizace
- regionalista
- dostupnost
- terénní práce

Zotavení
- podpora naděje
- silné stránky
- podpora v rozhodování
- podpora v rolích
- vytváření přijímacího prostředí (welcoming)

Zpětná vazba a rozvoj
- evaluace
- zpětná vazba
- rozvoj a plánování

Vlastní audit bude probíhat formou dvoudenní návštěvy auditorské dvojice. Využitými zdroji pro hodnocení kvality budou využity rozhovory s pracovníky a klienty, pozorování, kontrola vedené zdravotní a sociální dokumentace. Vyhodnocování bude probíhat formou bodové ohodnocení po shodě obou auditorů. Výsledky budou auditory interpretovány v závěrečné auditní zprávě, ve které budou popsány silné a slabé stránky týmu a formulována doporučení pro rozvoj služby. Posuzovaný tým bude mít možnost se ke zprávě vyjádřit.[42]

K hodnocení kvality v rámci zdravotní části CDZ jsou zpracovány Standardy hodnocení kvality včetně metodiky hodnocení v rámci veřejné zakázky MZČR na hodnocení a certifikaci služeb. Standardy i metodika již byly pilotně ověřeny.

[42] *Kritéria kvality Center duševního zdraví.* 2021. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

# 5. SLUŽBY, METODY A ZPŮSOBY PRÁCE V CDZ

## 5.1. Služby poskytované v CDZ

**Služby terénního týmu**

Celý multidisciplinární tým poskytuje služby v terénu, tedy v přirozeném prostředí klienta. Práce v přirozeném (a pro klienta známém) prostředím je hlavní složkou služeb poskytovaných v CDZ. Nejedná se přitom pouze o přímou práci s klientem, ale i s jeho okolím (rodina, blízcí, sousedé, úřady). Poměr poskytovaných služeb v terénu by měl být větší než 50 % z celkové kapacity poskytovaných služeb.

**Služby denní péče**

Cílem těchto služeb je podpora a sociální rehabilitace klientů. Obsahem služby je ambulantní psychiatrická rehabilitace, specifické psychoterapeutické programy a edukace vedoucí k zvládání základních dovedností běžného života klienta.

**Služby krizové**

Cílem této služby je podpora zvládnutí rozvíjející se krize a předcházení hospitalizaci. Z větší části se krizové služby odehrávají v přirozeném prostředí klienta, ale pokud je to nutné, tak i v místě CDZ. Krizové služby zahrnují vytvoření krizového plánu, na kterém se podílí klíčový pracovník, klient a tým. Vytvoření krizového plánu předchází zhodnocení stavu klienta, které provede spolu s klientem klíčový pracovník a lékař nebo případně sestra pro péči v psychiatrii. Krizové služby jsou poskytovány i telefonicky (ideálním stavem je dostupnost krizové služby 24/7). V případě potřeby jsou klientovi předány kontakty na adekvátní krizové služby dostupné telefonicky nebo v jeho blízkém okolí (viz Seznam užitečných kontaktů).

**Služby psychiatrické**

Služby psychiatrické jsou poskytovány psychiatrem týmu. Psychiatr provádí klinická vyšetření pacienta, vede pacienty v dispenzární péči. Provádí mimořádné kontroly či návštěvy ve vlastním sociálním prostředí při nezbytnosti úpravy medikace. Poskytuje psychoterapii. Dále jsou poskytovány středním zdravotnickým personálem (sestrou pro péči v psychiatrii nebo všeobecnou sestrou), který se zaměřuje na přímou péči o pacienta. Psychiatrické sestry poskytují psychiatrickou rehabilitaci, provádí edukační aktivity, podpůrné psychoterapeutické aktivity. Provádí také zhodnocení stavu pacienta, sledování po terapeutické intervenci, pracují také s rodinou. Psychiatr se účastní všech zásadních porad týmu a podílí se na rozhodování týmu o přijetí klienta/pacienta do péče, vytváření individuálního plánu úzdravy, terapeutického plánu. Psychiatr je též k dispozici ostatním členům týmu pro odborné konzultace.

**Služby klinického psychologa**

Cílem těchto služeb je především diagnostika a poskytování systematické psychoterapie, a to jak v přirozeném prostředí klienta, tak i v místě CDZ.

**Služby psychoterapeutické**
Psychoterapeutické služby jsou poskytované na základě indikace psychiatra či psychologa. Systematické psychoterapeutické služby jsou poskytovány pracovníky s úplnou psychoterapeutickou kvalifikací.

**Podpora svépomocných činností**
Cílem těchto služeb je podpora klientů v pokračování na cestě k zotavení, a to především svépomocí. Jedná se o programy do jejichž vedení jsou zapojování peer konzultanti. Mohou to být programy edukativního charakteru nebo skupiny, ve kterých dochází k vzájemnému sdílení zkušeností klientů. Tým je k dispozici pro konzultace, radu, supervizi. Svépomocné aktivity neorganizuje a neřídí.[43]

## 5.2. Case management

Rozvoj postupů označovaných jako case management (případové vedení) začal vznikat v 70. letech 20. století v USA. Hlavním cílem tohoto rozvoje bylo, aby pro klienty opouštějící lůžková zařízení (v rámci deinstitucionalizace), byla při řešení jejich individuálních potřeb zároveň zabezpečena propojenost služeb a návaznost poskytované péče v jejich přirozeném prostředí.[44]
Systém case managementu se u nás začal používat v 90. letech 20. století a je v multidisciplinárním týmu CDZ zásadním a efektivním přístupem. Reaguje na individuální potřeby klienta, propojuje a zajišťuje dostupnost, koordinaci, komplexnost a kontinuitu všech služeb, které klient využívá.

Mezi základní prvky case managementu patří:[45]

- přehled o potřebách a schopnostech klientů
- plánování péče
- uskutečňování plánu – za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí
- monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku
- vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

Zásady case managementu:

- zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii
- podstatný je vztah klienta a case managera
- intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí
- asertivita intervencí
- lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat
- využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity – společenství, ve kterém klient žije, je zdroj, nikoliv překážka
- podpora zotavení rodinného prostředí
- multidisciplinární spolupráce.[46]

[43] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[44] Matoušek, O., Koláčková, J., & Kodymová, P. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Praha: Portál.
[45] Stuchlík, J. 2001. *Asertivní komunitní léčba* a *case management*. Praha: Fokus Praha.
[46] *Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví*. 2017. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

Pro zajištění a propojení multidisciplinární práce s klientem CDZ je zapotřebí, aby měl každý klient jako svého case managera (klíčového pracovníka) jednoho konkrétního člena týmu, který zapojuje další členy týmu CDZ či další subjekty do spolupráce podle aktuálních individuálních potřeb klienta.[47]
Práce metodou case managementu úzce souvisí také s individuálním plánováním směřujícím k zotavení klienta a je jedním z posuzovaných indikátorů kvality. Tým CDZ pracuje s klienty individuálně metodou CM a každý klient má svého case managera.[48]

## 5.3. Fact board

Fact board (FB) je jedním z nástrojů Flexibilní asertivní komunitní léčby. Jedná se o tabuli, kde jsou přehledně uspořádána nejdůležitější data o klientech CDZ, která se následně využívají při poradách týmu. Tabule se používá z toho důvodu, aby byly nejdůležitější informace o klientech přehledně dostupná všem členům týmu hlavně během týmových porad, tak aby bylo možné stanovit plán nastavení služeb. U této tabule se každý den schází celý tým a radí se, jak si jednotliví členové rozdělí návštěvy konkrétních klientů[49]. Na FB jsou umisťováni klienti, kteří jsou novými klienty, nebo ve stavu zvýšené péče, na které se podílí celý tým, nebo v režimu zájemce o službu. Cílem FB je koordinace péče.

**Sloupce – FB** značí **prioritu stavu** klienta, který je na FB a je značen barevnými fajfkami

- ✓ **Červená** značí akutní
- ✓ **Zelená** značí zájemce o službu
- ✓ **Oranžová** značí zvýšenou péči u stávajících klientů

**Označení klientů/pacientů na FB:**

- **NOVY – nový klient –** klient nově přijatý do týmu, který má VSTUP od lékaře, zde je minimálně měsíc a maximálně do vytvoření individuálního plánu, frekvence referování je min 1x týdně
- **HOSP – hospitalizace –** klient hospitalizován v psychiatrické nemocnici nebo v jiném zařízení, frekvence referování je min 1x týdně
- **PROP – propuštění z hospitalizace –** zde je klient po dobu 14 dní po propuštění z hospitalizace, frekvence referování je min 1x týdně
- **OHR – ohrožení –** dle určení CM, týká se selhávání ve více oblastech, které přicházejí **zvenčí** (úmrtí v rodině, ztráta bydlení a příjmů, problémy ve vztazích, vysazení léků…), nejedná se o zhoršení stavu, frekvence referování je minimálně 2x týdně
- **ZHOR – zhoršení stavu** – značí **vnitřní** zhoršení celkového zdravotního stavu (nespavost, zhoršení symptomů – bludná produkce, paranoia, poruchy vnímání, afektivní výkyvy vedlejší účinky léků …), frekvence referování je min 2x týdně
- **OL – ochranná léčba –** všichni klienti, kteří jsou v OL, frekvence referování je min 1x za dva týdny[50]

[47] *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[48] *Kritéria kvality Center duševního zdraví*. 2021. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
[49] Bähler, M., Van Veldhuizen, R., Van Vugt, M., Delespaul, P., Kroon, H., Lardinois, J., & Mulder, N. 2010. *Fidelity Scale FACT.* Certification Centre for ACT and FACT (CCAF). České vydání: 2017. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
[50] Metodika CDZ pro Prahu 9. 2021. Praha: Fokus Praha z.ú. – PN Bohnice

S klienty v režimu intenzivní péče zapsanými na FACT board pracuje celý tým společně na základě sdílení případu; jinak řečeno, v této fázi se zapojují všichni členové týmu, aby klientovi poskytli péči navíc. Psychiatr řeší otázky efektivního zaléčení, aby se předešlo hospitalizaci a jiných nezbytných úkonů. Zapojuje se i psycholog a peer pracovník.

Případy klientů v intenzivní (akutní) péči jsou probírány denně a péče o ně je sdílená. Tým může kdykoliv rozhodnout, zda bude klient nadále zařazen do dotčené skupiny. Pokud je zařazen do skupiny „stabilizovaní", tak je jeho jméno z tabulky odstraněno a nadále má klienta na starost převážně už jen jeho case manager.[51]

[51] Bähler, M., Van Veldhuizen, R., Van Vugt, M., Delespaul, P., Kroon, H., Lardinois, J., & Mulder, N. 2010. *Fidelity Scale FACT.* Certification Centre for ACT and FACT (CCAF). České vydání: 2017. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

# 6. FINANCOVÁNÍ CDZ

## 6.1. Financování zdravotní části CDZ

Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování stanovuje vyhláškou MZ ČR, a to na základě zmocnění z § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Postup je s účinností od 1. ledna 2016 specifikován § 17b zákona. Jakékoliv změny (zařazení výkonu, zrušení výkonu, úpravu bodové hodnoty nebo podmínek vykazování) schvaluje MZ ČR na základě podaného návrhu o změnu. Návrhy změn předkládají buď jednotlivé zdravotní pojišťovny nebo jiné odborné společnosti (např. Psychiatrická společnost ČLS JEP, Česká psychiatrická společnost z.s.) nebo různé profesní organizace (např. ČLK). Implementaci nových výkonů a revizi dosavadních výkonů provádí MZ ČR průběžně tak, aby výkony korespondovaly ve vývoji v poskytované zdravotní péči, a hlavně jejich nákladovosti.

Výkony v CDZ jsou aktuálně zařazené pouze v číselnících jednotlivých zdravotních pojišťoven, jsou schválené a čekají na zařazení do seznamu zdravotních výkonů.

Každoročně k 1.1. nabývá účinnosti nová hláška MZ ČR, kterou se nahrazuje dosavadní, a upravuje se tak seznam platných zdravotních výkonů. Všechny registrované zdravotní výkony se dají nalézt v Seznamu zdravotních výkonů, které jsou uveřejňovány na stránkách MZ ČR. Je zde také možno nalézt registrační list (popis nejdůležitějších údajů), které zdravotní výkon zahrnuje. Databázi platných zdravotních výkonu lze nalézt na stránkách MZ ČR, a to na adrese https://szv.mzcr.cz/.

Každý výkon hrazený zdravotní pojišťovnou má svůj specifický číselný kód (např. 35021). V seznamu je vždy uvedeno, jaký zdravotnický pracovník si může tento výkon vykazovat (u kódu 35021 je to lékař odbornosti 305, který označuje psychiatra). Nositelem výkonu je vždy zdravotnický pracovník, který získal specializovanou způsobilost (je schopen samostatné práce a je k ní plně kvalifikován). V některých ojedinělých případech je možné, vždy po předchozí dohodě s konkrétní zdravotní pojišťovnou, uzavřít dohodu o krátkém, přesně časově určeném období, kdy může být zdravotní výkon vykazován i jiným odborným zdravotnickým pracovníkem (např. lékař s odbornou způsobilostí a praxí více než 24 měsíců, po absolvování tzv. základního kmene) a to za předpokladu, že nositel výkonu není aktuálně v regionu dostupný a došlo by k omezení péče na úkor pacientů. Tato skutečnost vychází ze zkušenosti z období fungování CDZ v rámci pilotního provozu, není jakkoliv vymahatelná, ale je zřejmé, že je možné jednání s pojišťovnami o krátkodobých výjimkách.

V registračním listu je možné dále vidět, jak dlouho výkon trvá (u kódu 35021 je označená časová dotace 120 minut). Další vyplývající informací je omezení frekvence výkonu, ze které vyplývá, jak často lze výkon vykazovat (u kódu 35021 je to 1x denně, 1x za dva roky). U většiny výkonu je omezení frekvence na 1x denně nebo 1x měsíčně. Vykazovací měsíc má jen 28 dní. Tudíž 1 vykazovací rok je 12x 28 dní.

Velmi zásadní hodnotou uvedenou v registračním listu je aktuální bodové hodnocení výkonu (u kódu 35021 je to 1 238,79b). Hodnota bodu je různá, odvíjí se od základní stanovené hodnoty a od množství bonifikací, které lékař má (za získání diplomu celoživotního vzdělání, za délku pracovní doby apod.) Každý registrační list také obsahuje popis jednotlivého výkonu, jeho obsah a rozsah a popis všech úkonů, které by měly být během něj provedeny. U kódu 35021 – **Výkon začíná**: Založením dokumentace, včetně pozorování pacienta, navázáním verbálního kontaktu a spolupráce. **Výkon končí**: Terapeutickou instruktáží, předepsáním či aplikací

léků, domluvením termínu příští návštěvy. Dalšími administrativní úkony (např. vystavením žádanky, poukazu, vystavení PN, povinným hlášením, případně zprávou pro odesílajícího lékaře). **Obsah a rozsah výkonu**: Rodinná, osobní, sexuální, sociální, pracovní anamnéza, aktuální obtíže a problém, pozorování pacienta, rozhovor s dodržením základních psychoterapeutických zásad. Diagnostická úvaha včetně diferenciální, pracovní diagnóza. Další vyšetřovací plán, včetně indikace případných somatických vyšetření. Terapeutická úvaha. Vysvětlení a poučení pacienta v potřebném rozsahu a způsobu. Dokumentační zápis v rozsahu potřebném pro vyšetřujícího lékaře.

Výkony, které budou hrazené v daném pracovišti zdravotní pojišťovnou je nutné vždy předem písemně dojednat smlouvou. Pokud dochází k přibývání, ubývání nebo změně výkonů je nutné tuto změnu postihnout dodatkem. V omezeném počtu případů kontaktuje zdravotní pojišťovna poskytovatele služeb ve většině případů musí poskytovatel požádat zdravotní pojišťovnu o dodatek k úpravě výčtu placených zdravotních výkonů.

### 6.1.1. Smlouvy se zdravotními pojišťovnami

Uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami je podmíněno charakterem daného regionu a struktuře pacientů/klientů. Nejdříve je nutné podstoupit výběrové řízení před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb pojišťovnami dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Konání výběrového řízení může navrhnou obec, zdravotní pojišťovna nebo uchazeč. Uchazečem se rozumí poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru. [52] Uchazeč musí podat návrh na vyhlášení výběrového řízení (pokud již není vyhlášeno výběrové řízení pro vámi požadovaný obor a území – jsou uveřejněna na úřední desce daného krajského úřadu).

Přihláška se musí podat do vyhlášeného výběrového řízení ve lhůtě uvedené na úřední desce pro konkrétní výběrové řízení. K přihlášce je potřeba přiložit záměr k poskytování zdravotních služeb se stručným popisem, jak hodláte zdravotní služby poskytovat, v jakém rozsahu (např. počtem personálu, velikostí úvazků atd.) apod. Přihlášku je potřeba zaslat poštou, datovou schránkou nebo osobně podat na podatelně daného krajského úřadu.[53] Oba potřebné formuláře, návrh na vyhlášení výběrového řízení nebo přihláška do výběrového řízení, jsou dostupné v elektronické podobě ke stažení na webových stránkách krajů a Hlavního města Prahy/Zdravotnický portál města Prahy.

Ze zkušenosti pilotních CDZ vyplývá, že souhrnně nejvíce pojištěnců bylo u VZP. Početní zastoupení pojištěnců jednotlivých pojišťoven je různé dle regionu. Pro zabezpečenou komunikaci mezi poskytovatelem a pojišťovnou má pojišťovna svou vlastní platformu. Poskytovatel zdravotních služeb (PZS) obdrží od VZP již předvyplněný formulář (popř. formuláře) EP2[54] se základními údaji, jako je IČO, IČZ, IČP. Potřebné změny poté zapracuje přímo do příslušných polí formuláře (např. adresa, ordinační hodiny, jméno lékaře atd.). Více informací ke zkušenostem z plotních projektů CDZ (včetně rizik při procesu vyplňování EP2) lze nalézt v dokumentu Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče[55].

[52] Portál služeb msk.cz (https://sluzby.msk.cz/sluzba/177-vyberove-rizeni-pred-uzavrenim-smluv-se-zdravotnimi-pojistovnami/442-2006-Sb).
[53] Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.
[54] https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/smlouvy/ep2_uzivatelska_prirucka_pro_pzs.pdf
[55] https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/CDZ%20a%20jeho%20role.pdf

**Postup při uzavírání žádosti se zdravotní pojišťovnou**:

- podání žádosti na zdravotní pojišťovnu o nasmlouvání odbornosti 350 CDZ SMI spolu s přílohou, ve které je výsledek výběrového řízení (viz. odst. výše)
- poté bude přiděleno IČZ (identifikační číslo zařízení) a IČP (identifikační číslo pracoviště, tyto údaje vydává VZP
- následně bude zaslána zdravotní pojišťovnou rámcová smlouva, která zajišťuje systematickou spolupráci mezi zdravotnickým zařízením s odborností 350 a danou pojišťovnou, včetně úhradového dodatku, který určuje cenu bodu k odbornosti 350. Úhradový dodatek je každý rok aktualizován.

V rámci pilotních projektů CDZ realizovaných Ministerstvem zdravotnictví vznikl dokument, jak správně vykazovat jednotlivé výkony. Praktickou ukázku s názvem Návod na vykazování lze nalézt na webové stránce[56]. Na tomto odkazu jsou dále k dispozici všechny registrační listy k jednotlivým výkonům a další doplňkové informace. Je nutné sledovat jejich aktuálnost.

### 6.1.2. Statistické vykazování poskytovatele zdravotnických služeb

Podle § 10 odst. 3 Zákona č. 89/1995 Sb. o státní statistické službě mají poskytovatele zdravotních služeb tzv. zpravodajskou povinnost. To znamená, že musejí poskytovat předem specifikovaná data do Národního zdravotnického informačního systému. Součástí Národního zdravotnického informačního systému podle § 72 odst. 1. zákona č. 372/2011 Sb. jsou i data z resortního Programu statistických zjišťování sbíraná podle zákona č. 89/1995 Sb. o státní statistické službě. Tzv. program statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví je každoročně sestavován na základě § 10 odst. 3 zákona č. 89/1995 Sb. o státní statistické službě. Tento program je jedním ze zdrojů statistických dat a informací o zdravotnictví na daný kalendářní rok a navazuje na údaje zjišťované v předchozích letech. Resortní statistické zjišťování realizuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR).

Předání dat je možné pouze elektronicky, a to prostřednictvím webové aplikace Centrální úložiště výkazů (CÚV), která obsahuje elektronické šablony pro vyplňování a odesílání výkazů do CÚV. Pro předání dat do CÚV je nutné přihlášení do registrů resortu zdravotnictví na základě Žádosti o přístup do registrů NZIS uvedené na internetových stránkách ÚZIS[57].

## 6.2. Financování sociální části CDZ

Způsob financování služeb je stanoven Zákonem 108/2006 o sociálních službách. Hlavním poskytovatelé zdrojů pro sociální služby jsou kraje, které mají podle § 95 tohoto zákona povinnost zajišťovat dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. Kraje rozhodují podle zvláštního právního předpisu zákona 250/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů a předpisů Evropské unie o veřejné podpoře o poskytnutí finančních prostředků z dotace poskytovatelů sociálních služeb. V současné době je možné prostřednictvím veřejných zdrojů, a to z kapitoly 313 - MPSV státního rozpočtu. Na rok 2022 je také připraven dotační titul MZ ČR v rámci dotačního programu pro financování sociální části center duševního zdraví. Jako doplňující alternativní způsob financování pak mohou být různé granty, nadační příspěvky, dary fyzických i právnických osob.

[56] https://www.mzcr.cz/materialy-pro-prijemce-dotace-z-programu-podpory-center-dusevniho-zdravi-2.
[57] *Pokyny pro vyplňování*. Program statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví na rok 2021. 2022. ÚZIS, https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--registrace-a-vstup-do-registru.

Dotačního řízení se mohou zúčastní pouze sociální služby, které jsou zapsány v registru Poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 Zákona o sociálních službách. Postup pro registraci sociální služby je popsán výše v kapitole 3.1. O poskytnutí finančních prostředků na jednotlivé sociální služby a jejich výši rozhoduje zastupitelstvo kraje v souladu s podmínkami stanovenými zastupitelstvem kraje.

Financování sociálních služeb z kapitoly 313 - MPSV je podmíněné spolufinancování ze strany obce nebo městské části, proto k žádosti o aktualizaci parametrů v krajské síti je potřeba doložit tzv. ve vyjádření veřejného zadavatele, které musí obsahovat vyjádření potřebnosti daného druhu sociální služby.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách umožňuje obcím nebo krajům poskytnout ze svého rozpočtu účelové dotace podle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsání v registru.

Následná dotace je pak poskytována na základě smlouvy o závazku veřejné služby a vyrovnávací platbě za jeho výkon, přičemž předmětem této smlouvy je vymezení služeb, které bude příjemce vykonávat z pověření kraje jako služby obecného hospodářského zájmu v souladu s rozhodnutím Evropské komise č. 2012/21/EU.

Ministerstvo práce a sociálních věcí má zákonnou povinnost na vlastní náklady zajistit software pro podávání žádosti o dotace a poskytovat bezplatně tento program krajským úřadům a poskytovatelům sociálních služeb zapsaných v registru. Krajské úřady a poskytovatelé sociálních služeb jsou mimo povinnost používat tento program pro podávání žádostí o dotace, též povinni používat tento program pro posouzení žádostí o dotace poskytovatelů a stanovení výši finanční podpory.[58] V současnosti MPSV poskytuje krajům a registrovaným službám k používání aplikaci „**OKsystem**“ pro poskytovatele „**OKslužby-poskytovatel**“.[59]

Dotační řízení vyhlašuje vždy příslušně místní krajský úřad, který si stanovuje termín odevzdání žádosti o dotaci. Informace o dotačních řízení jsou k s předstihem k dispozici na internetových stránkách a úředních deskách příslušně místních úřadů. Žádost o dotaci se podává na kalendářní rok, a to vždy v roce tomuto roku předcházející. Například Žádost o dotaci na rok 2022 se podává koncem roku 2021.

**Dokumenty související s dotačním řízením jsou dostupné na internetových stránkách příslušných krajských úřadů:**

a) Pravidla dotačního řízení kraje pro poskytovatele sociálních služeb upravují základní principy a priority dotačního řízení, mechanismus výpočtu optimálního návrhu dotace a způsob stanovení redukčních mechanismů a reálného návrhu dotace.
b) Metodika dotačního řízení kraje pro poskytovatele sociálních služeb upravuje pravidla a podmínky pro poskytnutí dotace, postup pro podání žádosti, pravidla a postup pro posouzení žádosti, hodnocení rozpočtu, požadavku na dotaci. Metodika dále blíže upravuje postup a podmínky pro čerpání, kontrolu a finanční vypořádání dotace.
c) Veřejnoprávní smlouva o dotaci/příspěvku na poskytování sociální služby, tedy činnosti nebo souboru činností podle zákona o sociálních službách.[60]

[58] Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.
[59] https://www.mpsv.cz/web/cz/informace-o-aplikaci
[60] Vyhlášení *dotačního řízení Středočeského kraje pro poskytovatele sociálních služeb*.

### 6.2.1. Vykazování dat v sociálních službách

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ukládá povinnost každé registrované sociální službě podle § 85 odst. 5. vykazovat údaje o sociální službě. Poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru, je povinen tyto údaje sdělovat příslušnému krajskému úřadu prostřednictvím elektronického systému na tiskopisu předepsaném Ministerstvem práce a sociálních věcí, a to ve lhůtě do 30. června za předchozí kalendářní rok. Příslušný krajský úřad má povinnost kontrolovat správnost těchto údajů. Ministerstvo práce a sociálních věcí má zákonnou povinnost zřídit a spravovat elektronický registr, ve kterém se shromažďují data o sociálních službách. Elektronický registr dat o sociálních službách je v současnosti OKsystém, který je dostupný na portálu MPSV.

Vykazovány jsou následující údaje:

- o kapacitě,
- o materiálním, technickém a personálním zabezpečení,
- o poskytování základních a fakultativních činností,
- o financování jednotlivých sociálních služeb,
- zobecněné údaje o žadatelích, osobách, kterým je sociální služba poskytována, a o osobách, se kterými nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí sociální služby z důvodů uvedených v § 91 odst. 3 zákona o sociálních službách,
- o počtu osob, u kterých byla použita opatření omezující pohyb osob, a o četnosti jejich použití podle druhů těchto opatření.[61]

Vykazování dat se řídí podle Metodického pokynu č. 6/2010 Ministerstva práce a sociálních věcí pro vykazování dat o poskytování sociálních služeb, ve kterém jsou detailně popsány informace k vykazovaným datům dle druhu poskytované sociální služby.[62] V případě CDZ jsou to služby sociální rehabilitace poskytované a ambulantní a terénní formě.

[61] Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.
[62] *Metodický pokyn č. 6.* 2010. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

# 7. PŘÍMÁ PRÁCE S KLIENTEM

## 7.1. Princip Zotavení

*„Zotavení je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojující, nadějný, přínosný,*
*a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.“*

Bill Anthony, zakladatel hnutí Recovery

Pojem zotavení (recovery) se v péči o osoby se zkušeností s duševním onemocněním objevuje celosvětově více než půl století. Ovšem teprve až v posledních desetiletích se tento celostní přístup stává hlavním principem v péči o osoby s duševním onemocněním. Princip zotavení vychází z poznání toho, že pouhá kontrola symptomů sama o sobě nezajistí nemocným kvalitní plnohodnotný život. Jedná se o přístup zaměřený na silné stránky člověka s duševním onemocněním, který klade důraz na jeho duševní sílu, přednosti a schopnosti. Léčba se zaměřuje na to, co člověk chce, vyžaduje, po čem touží, a pomáhá jedinci pomocí jeho vlastních znalostí, dovedností a vlastností těchto cílů dosáhnout. Cílem je podpořit vznik nové životní energie, aktivizovat přirozenou pomoc a podpůrnou síť, jakožto součást řešení nežádoucích dopadů duševního onemocnění[63].

Přístup založený na principu zotavení bere vážně ztrátu smyslu a trauma z následků onemocnění jako zásadní překážku v zotavení z duševního onemocnění. Překážkou v procesu zotavení může být stigmatizace a sebestigmatizace, která negativně ovlivňuje kvalitu života nemocného, jeho sebevědomí, postoje, víru ve smysluplnou budoucnost, vztahy i fungování v běžných rolích. Cílem tohoto přístupu je soustředit se na obnovení běžných sociálních rolí a prožívání smysluplného života.[64]

**Zotavení je děleno do čtyř fází:**

- **Naděje** – Každý, kdo prožívá zoufalství, potřebuje naději, pocit, že může být lépe. Bez naděje se není na co těšit a není možné nic pozitivního dělat. Naděje je velký motivační prvek, ale proto, aby byla více než ideálem, musí mít podobu konkrétní rozumné vize toho, jaké by to mohlo být.
- **Zplnomocnění** – K tomu, aby lidé dělali pokroky, je třeba, aby věřili ve své vlastní schopnosti a byli si vědomi své vlastní moci. Je třeba, aby se jejich naděje zaměřila spíše na to, co pro sebe mohou udělat sami, než na nové léky nebo léčebné metody, které pro ně objeví někdo jiný. Aby se cítili zplnomocnění, potřebují mít přístup k informacím a možnost se rozhodovat sami.
- **Odpovědnost za sebe sama** – Jak se lidé se zkušeností s duševním onemocněním postupně zotavují, uvědomují si, že za vlastní život musejí převzít zodpovědnost. Tento proces může být velice náročný. Je zapotřebí zrušit staré stereotypy, přičemž je třeba klienty podporovat v tom, aby svůj život vzali do vlastních rukou a nezůstávali ve snadné a bezpečné roli někoho, o koho se starají ostatní.
- **Smysluplná životní role** – Pro úplné zotavení je nakonec třeba, aby si lidé s duševním onemocněním získali v životě nějakou smysluplnou roli, která nemá s jejich nemocí nic společného. Nově získané postoje, jako jsou naděje, důvěra a větší odpovědnost za sebe sama,

[63] *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[64] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

se musejí uplatnit i v „normálních“ rolích zaměstnance, matky, syna, souseda apod. Je důležité, aby se lidé připojili k širšímu společenství a stýkali se s těmi, kteří nemají nic společného se světem péče o duševní onemocnění. Smysluplné role ukončí izolaci a pomohou lidem se zkušeností s duševním onemocnění zotavit se a začít žít vlastní život.[65]

Princip zotavení je jedním z nejdůležitějších indikátorů kvality a jsou hodnoceny všechny fáze tohoto procesu. Níže jsou uvedena kritéria, která budou hodnocena:

**Podpora naděje**

1. Tým aktivně pracuje s tím, že se situace a stav klientů může zlepšovat.
2. Pracovníci se ve spolupráci s klientem zaměřují na dosažené úspěchy a na to, co se ve spolupráci daří.
3. Pracovníci i CDZ jako služba, pracují s příběhy zotavení.
4. Klienti viděli, slyšeli nebo mluvili o příbězích zotavení jiných lidí (spolu s jinými klienty nebo pracovníky).
5. Organizace efektivně vytváří podmínky pro vznik nebo účast na svépomocných aktivitách.

**Silné stránky**

1. Silné stránky se objevují v kontrolované dokumentaci klientů.
2. Klienti sdělují, že s nimi o jejich silných stránkách někdo mluvil v posledních 6 měsících.
3. Pracovník dokáže pojmenovat silné stránky klienta z jedné složky určené auditorem a popsat, jak s nimi pracuje.

**Podpora v rozhodování**

1. Pracovníci jsou schopni uvést nejméně 3 klienty, u nichž v posledních 6 měsících podporovali samostatné rozhodovávání a jakým způsobem to realizovali.
2. Nejméně v jednom z těchto případů podporovali klienta, i když s jeho rozhodnutím nesouhlasili.
3. V kontrolovaných složkách klientů jsou pracovníci schopni najít a doložit nejméně jeden případ, kdy probíhala podpora samostatného rozhodování
4. Klienti mluví o tom, že v posledních 6 měsících byli podpořeni v tom, aby se samostatně rozhodli.

**Podpora v rolích**

1. Pracovníci jsou schopni uvést 5 případů za posledních 6 měsíců, kdy aktivně pomáhali klientům v hájení jejich práv, např. v soudním jednání, při řešení omezení způsobilosti, v jednání se sousedy, opatrovníkem, rodinou atd.
2. Pracovníci jsou schopni popsat minimálně 5 příkladů spolupráce za 6 měsíců, kdy se podařilo klienta zapojit do pro něj smysluplné aktivity v komunitě, kde zastával aktivní roli, např. práce, vedení svépomocných aktivit, dobrovolnictví, studium.
3. Pracovníci jsou schopni uvést nejméně 5 příkladů spolupráce za 6 měsíců, kdy se podařilo zapojení klientů do smysluplných aktivit v komunitě, kdy se klienti začali účastnit aktivit jako členové nebo konzumenti, např. zájmové kroužky, kluby, společenství/komunita.
4. Klienti mluví o tom, že v poslední době (6 měsíců) je pracovníci podporovali v zastávání pro ně důležitých rolí např. roli otce, pracovníka, partnera, studenta, běžný občan.

[65] Ragins, M. *Cesta k zotavení.* 2002. Los Angeles: MHALA (Mental Health America of Los Angeles). České vydání: 2018. Praha: Fokus Praha.

**Vytváření přijímajícího prostředí**

1. Klienti dokáží říci o pracovnících něco osobního, co o nich vědí, jak je znají.
2. Pracovníci dokáží uvést příklady, jakým způsobem cíleně pracují na stírání nerovných rolí.
3. Klienti si mohou vybrat kde a kdy se s pracovníkem setkají.
4. CDZ nabízí přívětivé prostředí pro člověka, který přichází, ať už na domluvenou schůzku nebo náhodně, nebo čeká např. po aplikaci injekce (klient jako host).[66]

## 7. 2. Příjem klientů do péče CDZ
## Rozhodování o přijetí klienta

Klienti se do péče týmu CDZ dostávají nejrůznějšími cestami, a často i bez formálního doporučení:

- tým CDZ kontaktují sami klienti
- na tým CDZ se obracejí rodinní příslušníci
- klienti jsou asertivně vyhledáváni týmy CDZ ve spádových lůžkových zařízeních[67]
- tým CDZ osloví personál Psychiatrické nemocnice ve spádové oblasti nebo ambulantní psychiatr, praktický lékař, jiná sociální služba, úřady, policie.[68]

Pokud klient nebo rodina kontaktuje CDZ, ptáme se citlivě na jeho/ jejich potřeby, na adresu a diagnózu. Jako optimální postup se ukazuje probrání informací o potenciálním novém klientovi na nejbližším setkání týmu. (V ideálním případě probíhají krátké týmové porady každý pracovní den.) Určí se jeden pracovník (zdravotní sestra, sociální pracovník), který bude mít za úkol kontaktovat klienta, případně jeho rodinu, a získat dostatek podkladů pro rozhodnutí, zda klient splňuje kritéria cílové skupiny, či nikoliv. Při kontaktu s klientem, jeho rodinou a případně dalšími zdroji informací je důležité srozumitelně a vnímavě reagovat na jednotlivé situace, ve kterých se klient, nebo rodina nachází. Dávat zřetelně a citlivě najevo, že zatím dochází k mapování situace a sbírání informací a rozhodnutí o přijetí do služby proběhne týmovým rozhodnutím. Proces rozhodování by neměl trvat příliš dlouho. Týmy by měly mít vždy volnou kapacitu, a být schopné reagovat na oslovení klientem do týdne od prvního kontaktu s klientem.

**Rozhodnutí o příjmu klienta do CDZ** by mělo proběhnout opět na týmovém setkání. Pro proces rozhodování je velmi užitečné mít vypracovaný systém, definující, jaká kritéria má klient splňovat a jak je vyhodnocovat. Současně je třeba ke všem situacím klientů přistupovat individuálně. Pokud je rozhodnuto, že klient nesplňuje kritéria a není vhodné jeho přijetí do služby, je nutné tuto informaci klientovi sdělit tak, aby to nevnímal jako osobní odmítnutí. Je zapotřebí přijít i s konstruktivním řešením, nápadem, co jiného může být klientovi k dispozici a co pro něho může být užitečné.
V případě, že klient nespadá do služby CDZ je vhodné se s klientem setkat na osobní schůzce a doporučit mu jiné pracoviště, nebo jiné služby pro něj vhodné.[69]

**V praxi probíhá příjem klienta do péče CDZ v několika krocích (fázích)**, které trvají s ohledem na konkrétní situaci osoby a její individuální potřeby, různě dlouhou dobu (od jedné schůzky po několik

[66] *Kritéria kvality Center duševního zdraví.* 2021. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
[67] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR.
[68] *Jak funguje CDZ Klatovy – Detailnější informace o poskytovaných službách Centra duševního zdraví Klatovy.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[69] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR.

schůzek – obvykle tři) až po několik měsíců (např. při asertivním kontaktování, nebo při nutnosti delšího navazování vztahu). Vždy postupovat dle aktuální situace klienta, způsobu jeho kontaktování, motivace, zakázky.[70]

1. **v první fázi informovat klienta o službě CDZ, podmínkách a pravidlech jejího poskytování**, vysvětlíme, že jeho případ probereme s kolegy na poradě týmu, která probíhá každý den a do tří pracovních dnů se klientovi ozveme zpátky. Klienta představíme na poradě týmu, dohodneme se, kdo si s klientem sjedná první mapující schůzku. Schůzku zpravidla organizuje zdravotní sestra nebo sociální pracovník. V případě diagnostických nejasností psychiatr/psycholog týmu.
2. **ve druhé fázi si pracovník určený na poradě sjedná s klientem první mapující schůzku.** Na první schůzce zjišťujeme, zda klient splňuje kritéria přijetí do služby CDZ (diagnóza, bydliště, potřebnost, krizová situace, včasné intervence). Ten, kdo se první potká s klientem, není automaticky chápán jako klíčový pracovník.

Po první schůzce (několika schůzkách) mohou nastat tyto situace:

a) Pokud klient **splňuje podmínky cílové skupiny CDZ** a **žije/má vztah k regionu** působnosti CDZ, začíná hlubší mapování jeho potřeb včetně jeho silných stránek a přirozených zdrojů podpory, zjišťování očekávání klienta a formulování/pojmenování jeho zakázky (cílů spolupráce), plánu zotavení (ev. plánu spolupráce), při mapování využíváme specializací v rámci multidisciplinárního týmu. Jednou z možností je použít formuláře z metodiky CARe (Osobní profil, Plán osobní podpory).

b) **Klient nesplňuje kritéria,** v případě, že klient nespadá do služby CDZ je vhodné se s klientem ještě setkat na osobní schůzce a doporučit mu jiné pracoviště, nebo jiné služby pro něj vhodné (např. v místě jeho bydliště a předat klientovi kontakty). Je velmi vhodné mít zmapovány aktuální možnosti služeb mimo CDZ (volnočasové aktivity, stacionáře, služby s regionální působností). I v případě, že se do CDZ dovolá/přijde klient, který nesplňuje podmínky vstupu, neodmítáme ho a nabídneme mu schůzku k řešení jeho situace. Každou situaci posuzujeme individuálně.

c) **Klient splňuje kritéria pouze částečně**, např. je ze spádové oblasti CDZ, ale nesplňuje kritéria pro vstup do služby, například z důvodu odlišné diagnózy. V takovém případě hledáme pro klienta služby (psychologa nebo psychiatra mimo CDZ). Kontakt s klientem je v tomto případě omezen pouze na několik schůzek bez vstupu do CDZ.

Nejčastějším důvodem pro odmítnutí poskytování služby je, že osoba nepatří do cílové skupiny CDZ nebo podmínky poskytovaných služeb zájemci nevyhovují nebo zájemce vyžaduje službu, kterou zařízení neposkytuje. **Úkolem CDZ je neodmítat zájemce z důvodu kapacity, ale zachovávat si volnou kapacitu tím, že průběžně propouští klienty, kteří už komplexní péči CDZ nepotřebují. Nedostatek volné kapacity je v rozporu s cíli a principy péče v CDZ.**[71]

**Určení klíčového pracovníka**

Pokud klient splňuje podmínky cílové skupiny CDZ a žije/má vztah k regionu působnosti CDZ je zapotřebí určit klíčového pracovníka. Klíčový pracovník si přizývá na mapovací schůzky další členy týmu. Klíčovým pracovníkem může být člen týmu, který kontaktoval klienta ve fázi sběru informací, ale může to být i jiný člen týmu. Je výhodné, pokud klíčovým pracovníkem je osoba, která má

[70] *Jak funguje CDZ Klatovy – Detailnější informace o poskytovaných službách Centra duševního zdraví Klatovy.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[71] *Jak funguje CDZ Klatovy – Detailnější informace o poskytovaných službách Centra duševního zdraví Klatovy.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

kompetence v oblastech pro klienta nejvíce potřebných. Pokud půjde o pomoc hlavně v zdravotnické oblasti (práce na náhledu, sebekontrola, medikace, řešení zdravotních obtíží atd.) je výhodné, když klíčovým pracovníkem je sestra pro péči v psychiatrii/všeobecná sestra. Pokud jde více o sociální problematiku (vyřízení invalidního důchodu, žádosti o sociální dávky, žádost o sociální byt, hledání vhodného zaměstnání, studia atd.), je klíčovým pracovníkem sociální pracovník. Potřeby klienta se však během práce s ním mohou značně měnit a vyvíjet. To nicméně neznamená, že je potřeba měnit klíčového pracovníka.
Rozhodnutí o tom, kdo bude klíčový pracovník, by mělo brát také zřetel na volnou kapacitu konkrétního pracovníka a "kompatibilitu" mezi pracovníkem a klientem. Klient má právo žádat o změnu pracovníka, stejně tak pracovník (po důkladném zvážení a odsouhlasení členů MDT) může klienta předat kolegovi z týmu.[72]

**V praxi je klíčový pracovník** ustanoven na společné poradě celého týmu. Rozhoduje se dle kapacity klíčových pracovníků, zakázky klienta (zda je zakázka klienta více zdravotní nebo sociální) a dle toho, jak si klient s pracovníkem rozumí. Pokud je klíčovým pracovníkem ustanoven sociální pracovník, zastupuje ho zdravotní sestra a naopak. Toto se ukazuje jako výhodné i v případě dovolených/onemocnění pracovníků. V případě nemoci/dovolené se vytvořená dvojice zastupuje. V některých týmech se ve fázi navazování/zájemce o službu používá bílá tabule (white board), kam si jednotliví pracovníci zapisují klienty ve fázi navazování s datem, kdy navazování započalo. Klient je veden jako zájemce o službu. Hospitalizovaní klienti zůstávají na bílé tabuli, dokud u nich neproběhne „Vstup do CDZ", který může nastat až po propuštění z hospitalizace. Vstup do služby se počítá od data podpisu smlouvy s poskytnutím péče v CDZ.

**Navazování kontaktu s klientem**
Podstatným úkolem určeného klíčového pracovníka je navázat dobrý, partnerský a respektující vztah založený na důvěře. Zejména v případě, kdy klient sám o starostlivost týmu nežádá, nebo ji dokonce odmítá, může jít o dlouhodobější, velmi citlivou práci, která může trvat až několik měsíců, než je vztah navázán. Je potřeba najít individuální a vhodný způsob komunikace, který podpoří klientovu důvěru v pracovníka i v celý tým. Není výjimkou, že cesta ke klientovi vede přes jeho rodinu. Například když klient bydlí s rodiči a odmítá péči, sám pracovníkům týmu neotevře. Dveře do bytu otevírá jeden z jeho rodičů. Lidé z týmu vstupují do prostoru/systému rodiny. V takových situacích je zásadní mít na mysli "kdo je náš klient" a co je, či může být, jeho nejlepší zájem, ten pak sledovat a hájit.[73]
Pro tyto situace je výhodné mít v týmu vyškolené pracovníky v metodě "otevřeného dialogu", který je šitý na míru do krizových a akutních situací.[74]

**Vstup klienta do služby CDZ**
Po zmapování klientových potřeb je klientova situace znovu přinesena klíčovým pracovníkem na poradu týmu, kde se společně rozhoduje o „Vstupu do CDZ". Tým se společně s klientem domluví na přijetí do péče CDZ. Na poradě se zvažuje předběžná doba spolupráce s ohledem na individuální situaci klienta. **Sociální část CDZ uzavře s klientem tzv. smlouvu o poskytování sociální služby sociální rehabilitace v rámci CDZ** (dle § 91 zákona o sociálních službách č. 108/2006, písemnou či ústní

[72] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR.
[73] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR.
[74] Seikkula, J. a Arnkil, T. E. 2013. *Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci.* Brno. *Narativ: Web pro postmoderní směry v terapii a poradenství* [online]. Brno [cit. 2021-11-21]. Dostupné z: http://www.narativ.cz/cs/zakladni-trenink-v-otevrenem-dialogu-beh-2.

formou) **a založí sociální dokumentaci. Zdravotnická část CDZ zavede klienta do péče, (vstup CDZ) založí zdravotnickou dokumentaci v elektronické nebo fyzické podobě.** V případě asertivního kontaktování se většinou uzavření smlouvy o poskytování služby nepodaří, uzavírá se tedy ústní smlouva o spolupráci.

Zavedením klienta do péče je klient zařazen na **FACT board**.[75] Klient je zařazen jako „nový klient", aby se s ním mohl blíže seznámit celý tým. Na tabuli klient zůstává minimálně čtrnáct dní, nebo do té doby, dokud nemá vytvořen plán zotavení.

Příjem klienta je jedním z indikátorů kvality. Níže jsou uvedena kritéria, která jsou posuzována:

1. Zájemce má možnost volby prostředí setkávání.
2. Zájemce získává informace o službě, průběhu přijetí a je podporován v aktivní spolupráci.
3. CDZ je nízkoprahovou službou: jedná se všemi zájemci bez ohledu na způsob kontaktování, doporučení třetí osobou.
4. V rámci procesu přijímání nového klienta sdílí tým společně informace o situaci zájemce.
5. O přijetí rozhoduje celý tým, nikoliv pouze jeden člen týmu.
6. Je-li to možné jsou do spolupráce zapojeni blízcí/okolí zájemce[76]

**Kazuistika:**

Paní Patricie (41) se do péče CDZ dostala přes jejího ošetřujícího lékaře z PN. Ošetřující lékař informoval pracovnici CDZ ze spádového regionu o tom, že paní Patricie již byla několikrát akutně hospitalizována u nich na oddělení. Paní Patricie se vyrovnává se zkušeností s paranoidní schizofrenií. Když paní Patricie užívá pravidelně léky, daří se jí dobře, ale často léky vysadí a poté se její stav zhorší. Paní Patricie žije sama a má pouze otce, který nárazově pije, takže jí není stálou oporou. Tým CDZ na poradě rozhodl, že se pokusí s paní Patricií navázat spolupráci. Je určena pracovnice, která za paní Patricií začala chodit do PN. Bohužel se pracovnici nedařilo s paní Patricií plánovanou spolupráci navázat. Tým rozhodl, že zkusí za paní Patricií poslat někoho jiného. Vybrali zdravotního bratra, který se s paní Patricií sešel. Po několika setkáních se mu podařilo s paní Patricií navázat vztah a ona souhlasila, že bude spolupracovat s celým týmem. Po propuštění z PN začala paní Patricie pravidelně docházet na depotní injekce do CDZ. Zdravotní bratr se stal jejím klíčovým pracovníkem a spolu s jejím ošetřujícím psychiatrem začali řešit za jakých podmínek by mohlo dojít k postupnému vysazování užívaných léků ve formě tablet.

## 7.2.1. Objektivní hodnocení klinického stavu klienta dotazníky GAF, HoNOS, AQoL

Standardizované dotazníky jsou povinnou součástí vstupního a průběžného hodnocení. Při výstupu klienta ze služby vyplnění dotazníků není nastaveno jako povinné (kvůli případům, kdy klient již není v kontaktu se službou, a není proto možné dotazník vyplnit). Kompletní data jsou však velmi důležitá pro zhodnocení služeb poskytovaných Centry duševního zdraví, proto je žádoucí vyplnit s klienty při odchodu ze služby celý výstupní dotazník. Pokud z nějakých důvodů není možné dotazník vyplnit (při ukončení služby je klient nedostupný, odmítl vyplnit hodnotící nástroje, zaznamenat to jedním z kódů:
• GAF – Byl GAF vyplněn (A/N)

[75] Hejzlar, P. 2015. *Inspirace nizozemskými FACT týmy v praxi PDZ*. Seminář Psychiatrické kliniky LF UK a FN HK. Pardubice. Péče o duševní zdraví. Dostupné z https://docplayer.cz/21813748-Inspirace-nizozemskymi-fact-tymy-v-praxi-pdz.html
[76] *Kritéria kvality Center duševního zdraví.* 2021. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

• HoNOS – Byl HoNOS vyplněn (A/N)
• AQoL – Typ AQoL dotazníku (AQoL-8D/AQoL-6D/AQoL nebyl vyplněn) (A/N)

Výběr dotazníků byl dlouhým procesem, který se odvíjel od stanovení hypotéz o efektu CDZ. Výběr byl pečlivě zvažován a široce konzultován. V závěrečné fázi bylo toto úsilí koordinováno v rámci projektu **MERRPS**. Prvním krokem bylo zvolení domén, jejichž sledování je důležité z hlediska evaluace a plánování péče. Jelikož z důvodu vysoké zátěže poskytovatelů služeb není možné sledovat všechny domény, byly na expertní platformě sestávající z různých stakeholderů vybrány dvě nejdůležitější domény: **globální fungování a kvalita života**. Následně byla výzkumným týmem z Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ) provedena rešerše nástrojů sledujících tyto dvě domény a opět ve spolupráci s expertní platformou rozhodnuto o nejvhodnějších instrumentech[77].

**HoNOS**
Dotazník HoNOS (Health of the National Outcome Scale) byl vyvinut v roce 1993 k měření zdraví a sociálního fungování lidí s vážným duševním onemocněním. Do českého jazyka a prostředí byl nástroj adaptován skupinou odborníků z Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví[78]. Škála se používá jak ve výzkumu a v klinické praxi, tak v sociálních službách. Obsahuje 12 otázek, které po sečtení tvoří celkové skóre. Nástroj je vhodný jak pro posuzování zdravotního stavu pacientů v rutinní praxi služeb péče o duševní zdraví, tak pro sledování výsledků léčby. Je zaměřen na hodnocení symptomů i sociálních funkcí. Pro účely evaluace CDZ byla vybrána verze HoNOS pro externí hodnotitele. Pro používání HoNOS je nutné absolvovat, pokud možno akreditované školení pro zajištění inter-reliability. Je třeba používat zásadně plnou verzi HoNOS, která je součástí tohoto manuálu, nikoliv zkrácenou verzi s 10 položkami.

**GAF**
Globální škála fungování (Global Assessment of Functioning Scale) je škálou používanou k měření celkového fungování klientů služeb. Mezi sledované oblasti patří: závažnost symptomů, pozorovatelné chování, obtíže při vykonávání sociálních rolí či při provádění každodenních činností. Na tyto indikátory se nahlíží souhrnně a zanášejí se na 100 bodovou škálu, přičemž platí, že čím lepší celkové fungování, tím vyšší skóre na GAF škále. GAF skóre je určujícím kritériem pro vstup klienta do služeb CDZ.

**AQoL**
Dotazník AQoL (Assessment of Quality of Life) je nástrojem používaným k měření kvality života související se zdravím. Byl vyvinut za účelem využití v ekonomických analýzách (zjm. analýzy užitečnosti nákladů). AQoL-8D obsahuje celkem 35 otázek rozdělených do osmi dimenzí. Pokud klient není schopen vyplnit 35 otázek, je možné nabídnout vyplnění zkrácené verze AQoL-6D, která obsahuje 20 otázek. Tím však klient přichází o možnost sledovat posun ve dvou dimenzích kvality života související se zdravím (konkrétně vnímání vlastní hodnoty a štěstí). Dotazník AQoL vyplňují klienti sami a může se stát, že vyplnění odmítnou. Tuto skutečnost je nutné respektovat, nicméně je vhodné motivování klientů k vyplňování. Tazatel by měl být klientovi při vyplňování k dispozici k zodpovězení dotazů a případnému upřesnění otázek.

Je doporučené opakování dotazníkového šetření po půl roce a dle srovnání výsledků lze sledovat stav a vývoj klientů v čase. Využití těchto standardizovaných nástrojů je žádoucí pro objektivizaci údajů o

[77] *Kritéria kvality Center duševního zdraví.* 2021. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
[78] Pěč, O.; Šelepová, P.; Čechová, D. et al. 2007. *HoNOS: Hodnocení zdravotního stavu (Péče o duševní zdraví – Metody hodnocení).* Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

pacientech, je hrazeno v rámci systému zdravotního pojištění. Zdravotnický pracovník, který dotazník s pacientem vyplňuje musí být předem k tomuto vyškolen.

## 7.3. Plán zotavení

Pro efektivní spolupráci s klientem je důležité po zmapování jeho situace vypracování plánu zotavení dle jeho individuálních potřeb, společně s poskytnutím konkrétních informací ze strany klíčového pracovníka, jakou podporu mu může tým CDZ nabídnout k dosažení stanovených cílů. Pro tvorbu individuálního plánu zotavení je zásadní, aby se klient na jeho tvorbě aktivně podílel a již v tomto procesu se tím nastavila cesta k posílení jeho kompetencí a důvěra v proces spolupráce směřující k zotavení.

Plán je potřeba průběžně vyhodnocovat a podle aktuální situace a potřeb klienta flexibilně upravovat. Společné hodnocení plánu by mělo probíhat nejméně jednou za půl roku.[79]
Při tvorbě individuálního plánu zotavení se používá princip sdíleného rozhodování, který znamená, že klíčový pracovník společně s klientem zkoumají možné postupy na základě svých zkušeností k dosažení společného rozhodnutí k nastavení následné podoby spolupráce. Společné rozhodování je tedy modelem dvou expertů: odborník a odborník se zkušeností s duševním onemocněním.
Individuální plánování je základním metodickým nástrojem, který zajišťuje nastavení poskytování podpory, intervencí a služeb CDZ s ohledem na potřeby, cíle, hodnoty, možnosti a schopnosti klienta, jehož spolupodílení se na individuálním plánování posiluje jeho motivaci a pomáhá mu k rozvoji jeho dovedností a schopností řídit svůj život.

Při individuálním plánování různými plánovacími nástroji je důležité neodklonit se od základní metodologie:
- vychází z filozofie zotavení,
- podporuje zplnomocňování klientů,
- do vytváření je klient aktivně zapojen,
- je využívána všemi zainteresovanými stranami,
- reflektuje silné stránky klienta a jeho přání,
- obsahuje nástroje pro mapování potřeb a přání, nástroje pro individuální plánování včetně krizového plánování,
- nástroje jsou využívány opakovaně, pravidelně revidovány a vždy společně se zapojenými pracovníky a klientem.[80]

V praxi klíčový pracovník klienta zodpovídá za zhotovení individuálního plánu zotavení, který následně konzultuje s týmem, případně s konkrétními členy týmu, kteří jsou do spolupráce s klientem zapojeni a společně s ním směřují k naplňování plánu, a to s jeho průběžným vyhodnocováním.[81]

Tvorba individuálních plánů zotavení je jeden z indikátorů kvality CDZ a bude posuzován při auditu. Žádoucím stavem je tvořit individuální plány tak, aby byly v souladu s principy zotavení, pravidelně

[79] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR.
[80] *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[81] *Jak funguje CDZ Klatovy – Detailnější informace o poskytovaných službách Centra duševního zdraví Klatovy.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

aktualizovány, sdíleny v týmu CDZ, který klienta podporuje a posiluje v jeho kompetencích. Níže jsou uvedena kritéria, která jsou posuzována:

1. Tým pracuje s klienty individuálně metodou CM, každý klient má svého case managera.
2. Individuální plány jsou součástí dokumentace.
3. Klient má svůj plán k dispozici nebo mu byl nabídnut.
4. Nejméně 80 % klientů má individuální plán, který není starší než jeden rok.
5. Nejméně 80 % individuálních plánů obsahuje osobní cíle klienta a zaznamenává jeho silné stránky.
6. Do tvorby plánu jsou se souhlasem klienta zapojovány další osoby z blízkého okolí klienta – alespoň tři případy za posledních 6 měsíců.[82]

**Kazuistika:**

Pan Petr (38) byl od dětství velký sportovec a milovník přírody. V 16 letech se stal juniorským mistrem v parkurovém skákání. V 18 letech se u něho poprvé projevila schizofrenie a roztočil se kolotoč psychiatrických hospitalizací a sociální izolace. Po několika letech se pan Petr naučil s nemocí žít. Pracuje v chráněné dílně, kde vyrábí vánoční ozdoby, ale podle jeho slov není šťastný. Dostal se do péče CDZ, se svým klíčovým pracovníkem společně vypracovali plán zotavení, ve kterém jsou zohledněny Petrovy silné stránky a záliby. Nyní po roce pan Petr pravidelně chodí hrát volejbal. A za podpory pracovní konzultantky týmu CDZ si našel práci na statku, kde se stará o koně. Navíc se před týdnem pochlubil svému klíčovému pracovníkovi, že se na statku poznal s dívkou, se kterou začal chodit.

## 7.4. Krize a krizový plán

Pro zvládání krize je zapotřebí připravenosti celého týmu CDZ. Je důležité stav klientů/pacientů monitorovat na každodenních setkáních týmu. V případě prvních známek krize tak s individuálním přístupem flexibilně reagovat na potřeby klienta a tím předejít situacím, které by vedly k prohloubení krize. Pokud je klient/pacient v krizi, je nutné zintenzivnit a přizpůsobit podporu. Podle potřeby zapojit do spolupráce další členy týmu.

Důležitou součástí individuálního plánování je vytvoření krizového plánu k prevenci a řešení případné krize. Je vhodné probrat a zaznamenat s klientem, jaké jsou možnosti předcházení krize, případně jak projít krizí, tak aby měl sám situaci co nejvíce pod kontrolou. Jak je možné rozpoznat blížící se krizi a co kdo a jak v této situaci může činit, koho zapojit v případě, že klient nebude plně v kontaktu s realitou apod.[83]

Proces zotavení přiznává klientovi „privilegium riskovat" tedy zkoušet nové věcí a „právo selhávat". V ideálním případě si řídí krizové plánování sám klient, a to ve spolupráci s celým týmem. V plánu jsou zaznamenány instrukce ohledně toho, jaké intervence a postupy si klient přeje či preferuje pro případ krize. [84]

Cílem krizových služeb je předejít hospitalizaci a zhoršenou situaci klienta zvládnout v jeho přirozeném prostředí. Krizovými službami se rozumí jde-li o

[82] *Kritéria kvality Center duševního zdraví.* 2021. Praha*:* Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
[83] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR.
[84] *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

- **zdravotní služby:** zdravotní péče ve formě ambulantní a zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí klienta
- **sociální služby:** sociální rehabilitace v ambulantní a terénní formě[85]

V praxi jsou klienti se zvýšenými potřebami podpory a péče na pravidelných schůzkách týmu CDZ konzultováni častěji. V některých centrech se pro tyto účely osvědčilo používat FACT board jako podpůrný nástroj pro výměnu informací a koordinaci péče mezi členy týmu CDZ. [86]

Krizový plán jako nástroj pro prevenci a zvládání krize je jeden z indikátorů kvality CDZ a bude posuzován při auditu. Žádoucím stavem je zvýšená podpora klientů. Zásadní je flexibilita multidisciplinárního týmu CDZ, který reaguje na potřeby klienta, bezodkladně mapuje situaci a po jejím vyhodnocení zvýší intenzitu a frekvenci kontaktu s klientem. Níže je uvedeno kritérium, které bude hodnoceno:

**Práce se zranitelností**

1. Tým využívá individualizované nástroje pro práci s krizí (např. plán prevence relapsu) u většiny klientů.
2. S nástroji pro práci s krizí se pracuje kontinuálně: jsou průběžně revidovány a aktualizovány. Aktualizace plánu nastává vždy po proběhlé krizi.
3. Klient svůj plán zná/má k dispozici.
4. Tým vyhodnocuje krizové informace, reaguje na ně zintenzivněním podpory a zapojením většího počtu členů týmu.
5. Tým zahrnuje do intervencí spolupráci s okolím/blízkými osobami klienta.
6. Po skončení krize tým reflektuje a hodnotí postup, práci s klientem, efektivnost intervencí.
7. Nejméně tři členové týmu absolvovali vzdělávání v krizové intervenci v rozsahu nejméně 40 hodin.

**Zvýšená podpora klientů**

1. Tým zvyšuje intenzitu péče a frekvenci kontaktu.[87]

**Kazuistika:**

Paní Marie (29) je v CDZ klientkou již několik měsíců. Dostala se do péče po akutní hospitalizaci v PN po tom, co se předávkovala léky a následně si ublížila tak, že ji to ohrozilo na životě. Paní Marie před vstupem do CDZ absolvovala stacionář pro lidi s emočně nestabilní poruchou osobnosti, kde pochopila principy své nemoci a naučila se s emočními výkyvy pracovat. Po stacionáři kontaktovala CDZ a se svým klíčovým pracovníkem se potkávala 1 x za 14 dní. Paní Marie ve svém individuálním plánu měla změnu pracovního místa, protože tam kde pracovala jí to nebavilo a nenaplňovalo. Paní Marie má ráda knihy a jejím velkým snem je pracovat v knihkupectví. Tým CDZ paní Marii v jejím rozhodnutí podporoval, spolu s ní vyhodnotili situaci jako rizikovou a společně se dohodli, že kontakt po dobu nástupu do nové práce bude probíhat v minimální intenzitě 1 x týdně.

[85] *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI).* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[86] *Jak funguje CDZ Klatovy – Detailnější informace o poskytovaných službách Centra duševního zdraví Klatovy.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[87] *Kritéria kvality Center duševního zdraví.* 2021. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

## 7.5. Plán rozvolňování, propouštění klienta ze služby

Pokud mají týmy CDZ být efektivní, schopné rychle poskytnout podporu a pomoc potřebným osobám, musí dobře zacházet se svými kapacitami a zvažovat priority. Je důležité mít různé nástroje na hodnocení toho, jak dalece osoba se zkušeností s duševním onemocněním potřebuje péči týmu. Je nutné proces propuštění plánovat tak, aby klient byl propuštěn bezpečně. Je potřeba zvažovat, jak dalece mohou být běžné zdroje v komunitě, ale i osobní zdroje využity na podporu propouštěné osoby. V rámci plánu propouštění je dobré stanovit mechanismy, kterými může tým poskytnout potřebnou podporu v budoucnu, a to i v případě krize a nutnosti znovupřijetí klienta do péče týmu. V rámci plánu propouštění může být zmíněna i fáze spolupráce mezi týmem a službou či službami, do jejichž péče klient přejde. Například spolupráce s obvodním lékařem, ambulantním psychiatrem atd.[88]

V praxi některých center se osvědčilo domlouvat spolupráci na dobu určitou. Délka takové spolupráce s klientem je dohodnuta vždy předem. V případě potřeby může dojít k prodloužení spolupráce, ale spolupráce tím pádem není automaticky poskytována na dobu neurčitou, aby klient nezůstal v péči CDZ, pokud ji již nepotřebuje, čímž se předchází vzniku závislosti klienta na odborné službě a ztrátě kompetencí, které na cestě k zotavení získal. Z dobré praxe jednoznačně nejlépe vychází domluvená spolupráce, včetně určení období na počátku, jako předpoklad pro úspěšné ukončení poskytování péče v CDZ. Ukončení poskytování péče v CDZ by mělo být předmětem a diskusí na týmových poradách. Osvědčuje se vnímat ukončení služby jako proces, nikoliv jednorázovou akci, na který je potřeba se s klientem připravit a pečlivě plánovat jeho kroky, včetně napojení na zdroje podpory mimo CDZ. Ukončovací proces obvykle trvá 3 až 6 měsíců. Důležité je informovat každého klienta, že ukončení neznamená, že službu CDZ již není možné v budoucnu využít.

Některá fungující Centra duševního zdraví uvádějí následující důvody pro ukončení:

- Osoba přestane splňovat kritéria cílové skupiny – obvykle dojde ke zlepšení, tedy zotavení klienta.
- Osoba nebude potřebovat poskytování intenzivní komplexní péče v CDZ, bude dostačující poskytování přirozených zdrojů pomoci či pouze ambulantní zdravotní služby či pouze sociální služby bez zdravotní komponenty.
- Naplnění sjednané zakázky.
- Ukončení ze strany klienta (třeba v případě nebude-li považovat službu za užitečnou)
- Ve velmi výjimečných případech pro porušení pravidel (dle smlouvy o poskytování sociální služby).[89]

Ukončení služby je jedním z indikátorů kvality. Níže jsou uvedena kritéria, která jsou posuzována:

1. Před ukončením jsou společně s klientem zhodnoceny jeho potřeby, naplnění osobních cílů, rizika ukončení služby.
2. Ukončování služby je plánovaný proces, o kterém je klient informován a podílí se na něm.
3. Ukončení služby rozhoduje celý tým, nikoliv jeden člen.
4. Opětovný vstup do CDZ v případě potřeby je možný.
5. Tým věnuje pozornost dohodě s klientem (jeho přání) a návaznosti na dostupné služby.[90]

[88] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR.
[89] *Jak funguje CDZ Klatovy – Detailnější informace o poskytovaných službách Centra duševního zdraví Klatovy.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[90] *Kritéria kvality Center duševního zdraví.* 2021. Praha*:* Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

**Kazuistika:**

Pan Jaroslav (57) let je v péči CDZ krátce. Do péče se dostal po urgencích jeho sestry, která kontaktovala CDZ s tím, že se jí pan Jaroslav neozývá a nereaguje na telefon. Ona sama bydlí 300 km daleko a nemůže za ním kvůli zdravotnímu stavu přijet. Pan Jaroslav se od svých 30 let vyrovnává s bipolární afektivní poruchou. Žije hodně izolovaně ve svém bytě se svým jezevčíkem a v kontaktu je pouze se svou sestrou. Jaroslav nejdříve nechtěl žádnou péči a pracovnice CDZ s ním mluvila pouze přes dveře. Po několika setkáních souhlasil s tím, že půjdou společně na procházku se psem. Díky společné lásce ke psům, se procházky se psem staly pravidelností. Během procházek se pracovnici pan Jaroslav svěřil, že občas vynechá léky. Následně po vysazení se mu jeho psychický stav zhorší, často opouští byt, protože se v něm necítí bezpečně. Navíc nechodí ani ke svému praktickému lékaři pro léky na cukrovku. Pan Jaroslav i přes dobrý vztah s pracovnicí CDZ nadále popisuje, že žádnou pravidelnou péči nechce a častý kontakt je pro něho zatěžující. Pracovnice jeho přání respektuje a po dohodě v týmu spolupráci s panem Jaroslavem ukončí. V závěru spolupráce se společně podařilo vytvořit krizový plán, ve kterém je zahrnut i praktický lékař a sestra. V případě, že se pan Jaroslav nedostaví na kontrolu k praktickému lékaři, tak pan Jaroslav souhlasil s tím, že lékař může zavolat do CDZ. Podobně, tak i v případě sestry.

# 8. DOKUMENTACE

## 8.1. Dokumentace související s provozem CDZ

Nedílnou součástí dokumentace související s provozem CDZ je zákonem dané vedení dokumentace o bezpečnosti práce a požární ochraně, která se řídí zákony a vyhláškami pro Bezpečnost a ochranu zdraví při práci (BOZP) a Zákoníkem práce[91]. Tato dokumentace je pravidelně kontrolována a aktualizována. Je třeba zajistit, aby se každý zaměstnanec řádně s dokumentací či její změnou seznámil, a to písemně každoročně potvrdil.

### 8.1.1. Dokumentace BOZP

**Dokumenty o vyhledávání a eliminaci rizik**

Analýza rizik by měla být doplněna o dokument, který podle § 101 odst. 3 262/2006 Sb. zákoníku práce. Analýza rizik (někdy také nazývána jako „Registr rizik“) je jedním z nejdůležitějších dokumentů celé dokumentace a není radno ji podceňovat.

**Dokumentace kategorizace prací**

Kategorizace prací je řešena v součinnosti s krajskou hygienickou stanicí, které se zařazení oznamuje. Povinnost kategorizace prací je dána § 37, ze zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, vč. vyhlášky č. 432/2003 Sb.

**Pracovnělékařská péče**

Každý zaměstnavatel musí uzavřít smlouvu o poskytování lékařských služeb s registrujícím lékařem a následně musí zaměstnance poučit, jaké prohlídky a jaká případná očkování by měli podstoupit. Součástí pracovnělékařských služeb je zpracování dokumentace, pravidelné vyšetření zaměstnanců a pravidelná kontrola pracovišť.

**Dokumentace a evidence pracovních úrazů**

Pokud se v rámci šetření prokáže, že se jedná o pracovní úraz, je nezbytné o úrazu sepsat záznam o úrazu a úraz nahlásit na příslušné instituce. Každý úraz, byť se může zdát zanedbatelný, musí být také zaznamenán do knihy úrazů do 24 hodin od jeho vzniku.

**Traumatologický plán a plán první pomoci**

Součástí traumatologického plánu jsou důležitá telefonní čísla; informace o umístění lékárničky; kontakt na osobu, která má na starosti výměnu léků po době expirace nebo také pokyny, jak se zachovat při poskytování první pomoci v konkrétních situacích. Bližší podmínky pro poskytování OOPP stanoví nařízení vlády 495/2001 Sb., kterým se stanoví rozsah a bližší podmínky poskytování osobních ochranných pracovních prostředků, mycích, čisticích a dezinfekčních prostředků a NV č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, v platném znění.

**Dokumentace k OOPP – ochranným pracovním pomůckám**

Zaměstnavatel je dle § 104 odst. 5 zákoníku práce povinen zajistit zaměstnancům vhodné osobní ochranné pracovní pomůcky. Zaměstnavatel musí sám vyhodnotit rizika konkrétní práce a tomu přizpůsobit i vhodné OOPP. Mezi OOPP také řadíme například mycí a dezinfekční prostředky či ochranné nástroje.

[91] Zákon č. 262/2006 Sb. Zákoník práce.

**Pravidelné revize strojů, zařízení, skladů, regálů aj.**
Veškeré prvky na pracovišti, které mohou znamenat potenciální riziko pro zaměstnance, podléhají pravidlům pravidelné revize. Revize se obyčejně skládá z fyzické kontroly, vyzkoušení a zdokumentování aktuálního stavu. Existují zákonné, normové či jiné předpisy, ze kterých vyplývá, že je potřeba provádět revize elektrických spotřebičů, elektrických instalací, hromosvodů, plynových kotelen, tlakových nádob, spalinových cest a komínů, nízkotlakých kotelen apod.

**Provozní dokumentace**
Musí být přítomna u všech strojů, a kromě návodu k použití musí obsahovat i minimální lhůty na pravidelný servis. CDZ musí mít aktuální návod na obsluhu zařízení, které zaměstnanci používají.

**Provozní řád**
Je soubor pravidel a činností, které jsou pro provozování nezbytnými. Provozní řád by měl zajišťovat plynulý a bezpečný provoz.

**Školení zaměstnanců v BOZP**
Důležitá povinnost a velmi často zásadní bod případných kontrol. Každý zaměstnanec musí být poučen určenou osobou o bezpečnosti na pracovišti a bezpečném plnění jeho pracovních úkolů ve vztahu k použitým technologiím, strojům či jinému zařízení. O tomto školení je potřeba vést evidenci včetně kopie osnov takového každoročního školení a výsledků přezkoušení zaměstnanců z daných pravidel.

## 8.1.2. Dokumentace požární ochrany

Zákonný požadavek: Zákon č. 133/1985 Sb. České národní rady o požární ochraně, a to konkrétně v § 15 tohoto zákona a vyhláška č. 246/2001 Sb. Ministerstva vnitra o stanovení podmínek požární bezpečnosti a výkonu státního požárního dozoru (vyhláška o požární prevenci).

- dokumentace o začlenění do kategorie činností se zvýšeným požárním nebezpečím nebo s vysokým požárním nebezpečím
- posouzení požárního nebezpečí (pouze u činností s vysokým požárním nebezpečím)
- stanovení organizace zabezpečení požární ochrany
- požární řád
- požární poplachové směrnice
- požární evakuační plán
- dokumentace zdolávání požárů a řád ohlašovny požárů
- řád ohlašovny požárů
- tematický plán a časový rozvrh školení zaměstnanců a odborné přípravy preventivních požárních hlídek a preventistů požární ochrany
- dokumentace o provedeném školení zaměstnanců a odborné přípravě preventivních požárních hlídek a preventistů požární ochrany
- požární kniha
- dokumentace o činnosti a akceschopnosti jednotky požární ochrany, popřípadě požární hlídky

V žádném zákonu ani předpisu doslovný termín „dokumentace BOZP“ nenajdete, nicméně se jedná o obecně zavedený pojem, který zjednodušuje pojmenování všech dokumentů, které jsou spojené s bezpečností a ochranou zdraví při práci na konkrétním pracovišti. **Dokumentace BOZP** tedy představuje souhrn dokumentů, které jsou vždy zpracovány na míru organizaci, dle konkrétních podmínek na pracovišti a dle činností, které se na pracovišti vyskytují. Reflektuje organizační strukturu

společnosti, pracovní postupy, péče o zaměstnance a zejména řízení rizika vč. opatření. Nechat si zpracovat a pravidelně doplňovat dokumentaci BOZP prostřednictvím specializované společnosti vede k větší jistotě mít dokumentaci v pořádku a uspět u případné kontroly ze strany příslušného úřadu.[92]

### 8.1.3. Dokumentace metodických postupů

- **Metodika práce s klienty** – poskytování služeb CDZ – cíle a způsoby práce s klienty, postupy v jednotlivých fázích spolupráce, vedení dokumentace klienta apod.
- **Metodika pro provoz** – práce v týmu CDZ – standardy kvality práce, etický kodex, role a kompetence pracovníků multidisciplinárního týmu CDZ apod.

### 8.1.4. Organizační řád a pravidla

Platný organizační řád a definovaná veřejně dostupná písemná pravidla, která stanoví:[93]

- cílovou skupinu
- spádové území CDZ
- způsob přijímání do péče a propuštění z ní
- způsob sdílení a předávání informací v rámci CDZ
- kompetence a odpovědnosti jednotlivých pracovníků CDZ
- způsob spolupráce se všemi relevantními subjekty ve spádovém regionu CDZ

## 8.2. Klientská dokumentace

### 8.2.1 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je dle ustanovení § 53 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, „*souhrnem informací o pacientovi, o němž je vedena a která obsahuje identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, adresu trvalého pobytu), pohlaví pacienta, identifikační údaje poskytovatele, informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb, včetně anamnestických údajů potřebných pro poskytování zdravotních služeb, údaje vztahující se k úmrtí pacienta a popř. další údaje, o kterých to stanoví zákon*“[94].

Zdravotnická dokumentace musí být vedena v listinné podobě. Může být zároveň vedena i v elektronické podobě nebo jenom v elektronické podobě, pokud je každý záznam opatřen elektronickým podpisem. Pro elektronické vedení existují různé softwary, pro práci s pacienty s duševním onemocněním je nejčastěji používaný software Hippo.

Zdravotničtí pracovníci musí veškeré sebrané informace o klientovi neprodleně zapsat do dokumentace. V případě, že zdravotník nemá potřebné údaje k založení dokumentace (viz níže Obsah zdravotnické dokumentace), neprovádí zápis do zdravotnické dokumentace, přesto se data o schůzkách (délka schůzky, četnost, kdo CDZ kontaktoval aj.) sbírají pro ÚZIS (každé CDZ má svůj postup, jak tato data sbírat). Pro zdravotníky není tedy možné vykazovat péči bez potřebných údajů, tzn. e možné vést

[92] https://www.dokumentacebozp.cz/
[93] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR.
[94] Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

„anonymního klienta“ jako neznámého pacienta, přičemž péče bude uhrazena zpětně po získání jeho identifikačních údajů.
Právní úprava vedení zdravotnické dokumentace je obsažena ve vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci a ve vyhlášce č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

**Obsah zdravotnické dokumentace CDZ:**
**a) identifikační údaje poskytovatele** (jméno, příjmení/název poskytovatele, adresa místa poskytování zdravotních služeb/adresa sídla, název oddělení) v případě fyzické osoby,
**b) identifikační údaje pacienta** (jméno, příjmení, datum narození, číslo pojištěnce, kód zdravotní pojišťovny, adresa trvalého pobytu),
**c) pohlaví pacienta,**
**d) jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka** nebo jiného odborného pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace,
**e) datum provedení zápisu**, datum a čas poskytnutí neodkladné zdravotní péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta,
**f) razítko poskytovatele**, jde-li o součást zdravotnické dokumentace, která je předávána pacientovi (nebo jiné fyzické nebo právnické osobě, která je oprávněna zdravotnickou dokumentaci převzít).

Dále obsahuje informace o tom, zda jde o pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům.
Poskytuje-li CDZ lůžkovou péči, musí dále obsahovat datum a čas přijetí/ukončení péče, překladu k jinému poskytovateli, případně úmrtí pacienta.

Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje pracovní závěry a konečnou diagnózu, návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčení, záznam o rozsahu poskytnutých nebo vyžádaných zdravotních služeb, záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález, záznam o aktuální medikaci - dávkování, počet předepsaných balení, množství podané medikace), záznamy o provedené ošetřovatelské péči (o nutriční péči a léčebně rehabilitační péči aj.), záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb, lékařské posudky, žádanky, záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace s uvedením kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo, včetně záznamu o pořízení kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace, pokud byly pořízeny, záznam o pracovní neschopnosti, záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

Součástí zdravotnické dokumentace jsou dále výsledky vyšetření, doporučení a návrhy na poskytnutí dalších zdravotních služeb, v případě lůžkové péče souhrn informací (epikríza), záznamy o nežádoucích příhodách, záznam o hlášení infekční nemoci, podezření na infekční nemoc a další.
Na každém listu zdravotnické dokumentace musí být uvedeny identifikační údaje pacienta a identifikační údaje poskytovatele. Za provedení zápisu do zdravotnické dokumentace je odpovědný zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník, který pacientovi poskytl zdravotní službu.[95]

[95] Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

**Uchovávání zdravotnické dokumentace**

Zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování, včetně zdravotní péče poskytnuté v souvislosti s ochranným léčením se uchovává 10 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi, v případě pacienta s nařízeným ochranným léčením 30 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb. Doba uchovávání zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jedním poskytovatelem počíná běžet dnem 1. ledna následujícího kalendářního roku po dni, v němž byl proveden poslední záznam.[96]

**Nahlížení do zdravotnické dokumentace a pořizování jejích výpisů a kopií**

Nahlížení do dokumentace je právem pacienta, resp. osob určených. Oprávněné osoby k nahlížení do zdravotnické dokumentace jsou uvedeny v ustanovení § 65 zákona o zdravotních službách (pacient, zákonný zástupce, opatrovník pacienta, dále to jsou osoby určené výše uvedenými osobami – např. policie České republiky (PČR), a v neposlední řadě pak osoby blízké zemřelému pacientovi, zejména příbuzný v řadě přímé).

V praxi se setkáváme s problémem, kdy sociální pracovníci nemohou legálně nahlížet do zdravotní dokumentace, jelikož jim to neumožňuje legislativa. Toto je podrobně popsáno v kapitole 8.2.2 Sociální dokumentace. Zdravotničtí pracovníci jsou povinni zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Tedy bez souhlasu pacienta, zákonného zástupce, popř. opatrovníka nemůže nikdo, až na výjimky stanovené zákonem (zdravotnický personál, PČR a soudy), nahlížet do zdravotnické dokumentace.

V prvé řadě poskytovatel zdravotních služeb může předávat údaje ze zdravotnické dokumentace za účelem řádného zajištění navazující zdravotní péče jiným poskytovatelem. Co se týká otázek trestního řízení, tak PČR může nahlížet do zdravotnické dokumentace bez souhlasu, a to v případě trestných činů, u kterých je oznamovací povinnost dle ustanovení § 368 zák. č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, zejména tedy v případech, kdy bude vyšetřována vražda či těžké ublížení na zdraví.

V ostatních případech může v souladu s ustanovením § 8 odst. 5 zák. č.141/1961 Sb., trestní řád, soud udělit souhlas s nahlížením místo oprávněných osob. K nahlížení do zdravotnické dokumentace v nezbytném rozsahu jsou dle ustanovení 65 odst. 2 zákona o zdravotních službách též oprávněny osoby, které jsou způsobilé k výkonu zdravotnického povolání a které se podílejí na výkonu působnosti správních orgánů (soudní znalci, lékařské posudky, vypracování odborného stanoviska, kontroly, kontrolní činnost zdravotních pojišťoven, posuzování žádostí pro účely sociálního zabezpečení, ochrana veřejného zdraví atd.).
Za porušení povinné mlčenlivosti se nebude považovat sdělování údajů za účelem ochrany vlastních práv ve sporu s pacientem, popř. další oprávněnou osobou.[97]

## 8.2.2. Sociální dokumentace

Sociální část dokumentace je vedena paralelně se zdravotní, obě složky jsou částečně odděleny. Každý klient má v uzamčené kartotéce svoji „kapsu“ na dokumentaci a v té má obsaženy obě složky. Dokumentace je vedena částečně v písemné podobě a částečně v elektronické podobě. V CDZ se používají různé systémy k zaznamenávání schůzek s klienty (např. Hippo, Highlander). Často používaným systémem je Hippo, které má zdravotní i sociální modul a pracovníci CDZ tak mohou

[96] Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci.
[97] Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

navzájem nahlížet do svých zápisů. K tomu je ovšem třeba, aby organizace, které CDZ založily, měly mezi sebou uzavřenou smlouvu o spolupráci.

Při příchodu klienta do CDZ je klient zprvu veden jako zájemce, po týmovém rozhodnutí o vstupu klienta do služby, sociální pracovník podepisuje s klientem „Smlouvu o spolupráci" a „Souhlas klienta se sdílením údajů s dalšími osobami". Sociální pracovník založí klientovi papírovou složku a elektronickou kartu, a to po předchozí kontrole, zda již v minulosti klient nebyl v CDZ. Do papírové složky a elektronické karty jsou zanesena důležitá data o klientovi: citlivé údaje, kontakty a jméno case manažera a zastupujícího pracovníka.

Dokumentace dále obsahuje například osobní profil klienta, individuální plán klienta, protikrizový plán klienta. Na základě hodnot respektu k člověku a partnerského přístupu ke klientům včetně transparentnosti mají všechny strany přístup k totožným informacím, aby odpovědnost za plán zotavování mohli nést všichni zúčastnění. Individuální plány jsou průběžně aktualizovány, přibližně jednou za půl roku. Možností je krátkodobé plány zapisovat do systému (např. Hippo) a barevně je označit, aby se daly efektivně dohledat.

Klientům jsou vždy k dispozici kopie písemné podoby plánů zotavení. Když všichni v týmu vědí předem, že dokumentace plánování bude k dispozici všem zúčastněným, je to jednoduchá a účinná strategie, jak ovlivnit nejen jazyk plánu, ale i jeho obsah co do záměrů a cílů.[98]

**Požadovaný obsah dokumentace vedený ve spolupráci s klienty**

- Souhlas s poskytnutím osobních a citlivých údajů pro využívání služeb CDZ – dle Zákona o ochraně osobních údajů[99]
- Smlouva o spolupráci
- Seznámení klientů s předpisy – Pravidla poskytování služby, Předpis řešení stížností
- Individuální plán
- Protikrizový plán

## 8.2.3. Sdílení dokumentace v týmu

Sociální pracovníci a zdravotničtí pracovníci v CDZ mají jiná pravidla a jiné požadavky na vedení dokumentace. Záznamy o vedení dokumentace musí být v souladu s platnou legislativou. Existují různé programy elektronického vedení dokumentace. Ze zákona vyplývají překážky v tom, aby zdravotničtí pracovníci mohli nahlížet do sociální dokumentace a naopak. Týmy mohou řešit propojení dokumentace různými způsoby. Jedním z nich je ten, že sdílení informací mezi sociálním a zdravotním personálem (který je každý pod jiným zaměstnavatelem) se řeší kříženým zaměstnáním sociálního personálu na malý úvazek zdravotní službou a naopak. Je třeba, aby si každý tým našel řešení, které zajistí, že dokumentace a samozřejmě i informace o jednotlivých klientech, je možné napříč týmem jednoduše a adekvátně sdílet.[100]
Práce s klienty je průběžně zaznamenávána v jednotné dokumentaci, k níž mají přístup všichni členové týmu včetně peer konzultantů a IPS specialistů v rozsahu, který potřebují k výkonu své práce. Sdílení

[98] *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[99] Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.
[100] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR.

dokumentace celým týmem je umožněno souhlasem klienta (podepsáním souhlasu o sdílení informací). Pokud nelze souhlas klienta zajistit, je i tak služba CDZ klientovi poskytována a dokumentace je sdílena v rozsahu umožněném legislativou platnou pro sociálně-zdravotnická zařízení.[101] V každém případě je potřeba mít upravený souhlas klienta se sdílením osobních a citlivých údajů v týmu.

Kromě vedení dokumentace pro různé formy evidence, je důležité mít dokumentaci o klientech jasnou, přehlednou, obsahující všechny důležité údaje, avšak nezahlcenou zbytečnými detaily. Jednotná dokumentace práce s klienty je nutnou podmínkou týmového přístupu a vzájemné zastupitelnosti.

[101] *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

# 9. SPOLUPRÁCE S OSTATNÍMI SUBJEKTY

## 9.1. Role CDZ v síti služeb

Hlavní role CDZ je zajistit komunitní a multidisciplinární službu s cílem předcházet hospitalizacím, nebo je významně zkrátit a následně přispět k návratu osob se SMI do běžné komunity.[102] Za tímto účelem zajišťuje CDZ v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. K náplni hlavního cíle, tedy reintegrace klientů/pacientů do běžné komunity, spolupracuje CDZ ve své spádové oblasti se všemi k tomu potřebnými subjekty a návaznými službami, a to jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblastech jako je vzdělávání, bydlení, zaměstnávání, volnočasových aktivit apod.[103] Základním nástrojem k propojování těchto instancí je tzv. síťování, které zahrnuje nutnost intenzivní a systematické spolupráce.

Pro posílení celostního přístupu orientovaného na zotavení lidí s duševním onemocněním vznikl projekt Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k lidem s duševním onemocněním. Jedním z hlavních nástrojů projektu je podpora spolupráce různých profesí a relevantních organizací a institucí, tak aby se dosáhlo co nejvíc možné komplexnosti, koordinovanosti a kontinuity péče. Za tímto účelem je multidisciplinární přístup (MT) rozdělen do tří úrovní:

I. úroveň MT – uvnitř jednoho týmu – lůžkových a komunitních organizací
II. úroveň MT – virtuální tým – mezi lůžkovými a komunitními týmy
III. úroveň MT – komunitní síť – mezi obcí, službami, běžnou komunitou a dalšími sektory.[104]

## 9.2. Spolupráce v rámci zdravotního systému péče

Intenzivní spolupráce se zdravotními službami v dané spádové oblasti je důležitou součástí práce týmu CDZ. Je cílena na vyhledávání potřebných klientů, zajištění kontinuity péče, předcházení a zkracování hospitalizací a následně k zajištění bezpečného propuštění z péče týmu. Klíčová je spolupráce s ambulantními psychiatry a se spádovými lůžkovými zařízeními (psychiatrická oddělení, psychiatrické nemocnice). Pacient se po dohodě se svým ambulantním psychiatrem stává dočasně pacientem CDZ s využitím komplexní zdravotní péče, tzn. včetně oš. psychiatra na přechodnou dobu. Jsou možné i jiné varianty, pokud s tímto postupem pacient nesouhlasí. Nadále však existuje průběžná spolupráce a informování původního psychiatra klienta. Je vždy zapotřebí respektovat preference klienta, u kterého psychiatra se chce léčit.

Nastavení spolupráce s lůžkovými zařízeními by měla zajišťovat kontinuitu a logiku podpory klienta. Pokud klient zatím není v péči týmu CDZ, měl by s ním být už během jeho hospitalizace navázán potřebný intenzivní kontakt, to může významně přispět ke zkrácení jeho hospitalizace na nezbytně nutnou dobu. V případě dlouhodobě hospitalizovaných je nutno společně s lůžkovým zařízením pracovat na klientově včasném a bezpečném propuštění. V praxi to znamená například pravidelné setkávání týmu v daném lůžkovém zařízení či proaktivní vyhledávání klientů v těchto zařízeních podle regionu a následné navazování klientů do spolupráce již v době jejich hospitalizace. Důležitá je dobrá spolupráce, komunikace a vzájemná podpora s týmem lůžkového zařízení, aby se doba hospitalizace

[102] *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ).* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[103] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[104] *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

klienta zkrátila na minimum a aby se skrze efektivní spolupráci zamezilo dalším případným hospitalizacím.

Důležitá je také spolupráce s praktickým lékařem klienta. Je známo, že péče o somatické zdraví u klientů s duševním onemocněním je často více zanedbávána, neboť adherence pacienta bývá zpravidla v této oblasti nižší. Praktický lékař může zajišťovat i následnou péči o klienta po jeho propuštění z péče týmu CDZ případně také rychlé napojení klienta na tým CDZ, pokud by to bylo v budoucnu potřeba.

Možností je i takzvaná *joint work*, tedy paralelní práce, asistence týmu praktickému lékaři podle potřeby, a to zejména v situaci, když je již klient z péče týmu propuštěn, ale i v situaci, kdyby do péče týmu ani vstoupit nemusel, což zaručuje dobré vedení praktickým lékařem a odborná podpora ze strany týmu případně i ze strany ambulantního psychiatra. Tato spolupráce je žádoucí a efektivní.[105]

## 9.3. Spolupráce v rámci ostatních sociálních služeb

Tým CDZ podává klientům informace či zprostředkuje sociální služby, které neposkytuje nebo je neposkytuje přímo. V praxi se osvědčilo mít pro tyto účely vypracované adresáře návazné sítě služeb, které jsou pravidelně aktualizovány. Pracovníci CDZ mají o těchto službách a jejich poskytovatelích minimálně základní znalost a jsou schopni o nich předat pravdivé informace klientovi.[106]

Case manager probírá možnosti spolupráce v oblasti návazných sociálních služeb společně s klientem a také s celým týmem CDZ podle aktuálních a individuálních potřeb klienta. Společně nacházejí další možnosti v síti sociálních služeb, které by klientovi pomohly řešit jeho situaci a tyto služby by mu mohly být efektivní podporou v jeho cestě k zotavení. Například služby v oblastech:

- podpora bydlení
- podpora zaměstnávání
- podpora vzdělávání
- programy volnočasových aktivit
- podpora rodičovských kompetencí

Klient po dohodě s case managerem tyto služby kontaktuje sám nebo mu jsou zprostředkovány. V některých případech je vhodné klienta po nějaký čas do návazné sociální služby doprovázet a společně s organizací poskytující danou službu konzultovat postupy a nastavení spolupráce tak, aby byla pro klienta přínosná a efektivní.

[105] *Základní principy péče poskytované v* CDZ *(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz).* 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
[106] *Jak funguje CDZ Klatovy – Detailnější informace o poskytovaných službách Centra duševního zdraví Klatovy.* 2021. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

## 9.4. Spolupráce s rodinnými příslušníky a blízkými

CDZ je komplexní službou v rámci které je poskytována zdravotní i sociální péče lidem s duševním onemocněním. Současně CDZ nepracuje pouze s klientem, který žije ve společnosti/komunitě, ale ve všech případech, kdy je to možné (klient i rodina souhlasí.) zahrnuje do péče i rodinu klienta a jeho blízké (přátele, partnery/ky).

Case manažeři CDZ koordinují péči o klienta, do které spadá i rodina a péče (komunikace, pomoc) o ní. CDZ poskytuje základní sociální poradenství a podporu rodinám klientů. Do této podpory patří například psychoedukace nebo nabídka edukačních (podpůrných, svépomocných) skupin pro blízké, kteří se starají o lidi s duševním onemocněním. CDZ může krátkodobě poskytovat psychoterapii pro rodinné příslušníky.

Jako přínosná se v praxi ukázala metoda koordinačních schůzek nejen s rodinou, ale se všemi účastníky „sítě klienta." Jednat o klientovi bez něj odporuje základní myšlence respektu k člověku a nedává smysl, pokud chceme pečovat o člověka dle jeho přání, musí participovat na setkáních a vyjadřovat svoje pocity a názory.

Některá CDZ využívají pro větší koordinační setkání metodu Otevřeného dialogu[107]. Facilitátoři, kteří mají výcvik v Otevřeném dialogu, koordinují setkání. Primárně je metoda OD určená do situací krize. Jeden z facilitátorů pozve všechny zúčastněné dle přání klienta. Důležitým prvkem v OD je nevědění (tolerance nejistoty) – facilitátoři si dopředu o klientovi ani rodině nezjišťují informace, jejich role je koordinační, tedy zodpovídají za proces, nikoliv za obsah nebo „výstup" setkání. Důraz je kladen primárně na bezpečné prostředí pro všechny zúčastněné, počítá se s vyslyšením každého, kdo na setkání přichází. Celý systém OD je založen na předpokladu, že člověk sám je expertem na svůj život a pokud má prostor říct svůj názor a je vyslyšen, pomůže mu to najít správná řešení. Když se lidé dostávají do problémů, řešení je v nich, a úkolem přítomných je pomoci řešení se vynořit. V OD je vytvořen prostor, kde lze mluvit o věcech, o kterých dříve mluvit nešlo. V centru pozornosti je vztah, případně vztahy lidí, kteří jsou s námi na setkání.

Facilitátoři vstupují do procesu krátkými reflexemi, které přítomní mohou/nemusí využít. Následující setkání se domlouvá na základě potřeby, která se ukáže během schůzky. Tento systém se ukazuje, jako velmi podporující pro klienta, který je často v systému ztracen a nevyslyšen. Současně umožňuje vyjádření všech blízkých, nebo spolupracujících profesionálů.

## 9.5. Spolupráce s ostatními subjekty v přirozeném prostředí klienta

Přirozeným prostředím klienta rozumíme místo, kde člověk bydlí, využívá služby pro občany ve svém okolí (úřad práce, banky, zájmové spolky, organizace poskytující zájmové kurzy, knihovna, veřejné instituce) nakupuje, má přátele. Je to místo, kde žije „jeho komunita", ze které může čerpat podporu a pomoc a sám být nápomocný ostatním.

Služby dostupné všem občanům – knihovny, zájmové spolky, zájmové kurzy pro dospělé (hudební, jazykové, sportovní)

[107] Otevřený dialog je terapeutickým přístupem. Dialog je tedy nosným prvkem psychoterapie, a tedy i terapeutického přístupu otevřeného dialogu, kde je kladen důraz na svobodu a vlastní rozhodování člověka v situaci krize.

Domov – kamarádi, sousedi, prodavačka v obchodě, bytové družstvo
Práce – personalisti, kolegové, nadřízení

Úkolem CDZ je pomáhat klientům, aby v komunitě našli své místo. Při vzniku CDZ jeho pracovníci síťují formální i neformální služby ve spádu CDZ. Doprovázejí klienty (pokud si to přejí, nebo to potřebují) při jejich navazování na tyto služby. Pracovník spolu s klientem vytváří bezpečný prostor pro klienta a současně pro pracovníky institucí. Zásadní se ukazuje spolupráce s pracovníky místní samosprávy zodpovědnými za sociální oblast (posuzování příspěvku na bydlení, přidělování sociálních bytů, kurátory, opatrovníky.)

Vhodná je také spolupráce se složkami Integrovaného záchranného systému (zdravotní služby – viz samostatná podkapitola 8. 2.) s PČR a Hasičským záchranným sborem ČR. Jejich role je velmi zásadní při ochraně lidí a případně při asistenci při hospitalizaci klientů. Policie i Hasiči spadají do systému síťování CDZ. Ideální se ukazuje edukace složek IZS pracovníky CDZ, kteří získají přehled o službách CDZ a věděli, komu mohou volat v případě ohrožení klientů CDZ. Osvědčila se např. pravidelná setkání se zástupci samosprávy a místních služeb, při kterých se hledají řešení konkrétních i modelových situací. Dle domluvy a situace pracovníci informují spolu s klienty na úřadech a v místních službách o jejich potřebách, o vhodných způsobech komunikace s lidmi s duševním onemocněním a současně pracovníci provádějí destigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Z praxe se ukazuje, že nestačí pouze prvotní síťování, ale je třeba dát o sobě vždy po určitém časovém období opět vědět. Doprovázení klientů na nová místa, do nových organizací a následné síťování či destigmatizace probíhá průběžně dle potřeby klientů.

## 9.6. Destigmatizace

Duševní onemocnění se často pojí s vysokou mírou stigmatizace za strany společnosti. Důsledky stigmatizace se následně projevují především významným zhoršením kvality života mnoha lidí. Je až zarážející, jak rozdílně společnost vnímá somatické a duševní onemocnění. Dále může jedinec zažívat tzv. sebestigmaziazci, která vede k tomu, že jedinec přebírá a zvnitřňuje si společenské předsudky, které následně ovlivňují kvalitu jeho života. Stigmatizace i sebestigmatizace zamezuje včasnému vyhledání pomoci, a tedy snižuje naději na plné zotavení, což je v konfliktu se základními principy CDZ.

Je důležité, aby se CDZ do destigmatizace zapojovala, a to na všech možných úrovních (instituce, vlastní personál, klienti/pacienti, rodina a blízcí a širší komunita). V současnosti existují různé druhy intervencí a kampaní, které se zabývají destigmatizací.[108] Jedním z největších projektů v ČR je projekt s názvem Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR. V rámci tohoto projektu bude vyvinut plán destigmatizace lidí s duševním onemocněním a psychiatrické péče v ČR. Součástí projektu je koordinovaná implementace destigmatizačních opatření v regionech, která zahrnuje metodickou podporu. Zároveň proběhne trénink pracovníků sociálních a zdravotních služeb zaměřený na PR a komunikaci. Obsahem projektu je kontinuální zapojování a podpora uživatelů služeb a jejich rodinných příslušníků do procesu destigmatizace.

[108] Národní ústav duševního zdraví. 2022. *Destigmatizační manuál.* Praha: Národní ústav duševního zdraví.

# 10. SLOVO ZÁVĚREM

V pilotních provozech došlo k řadě úskalí, se kterými se vznikající CDZ potýkala, jako je například:

- Sociální služba musí být zařazena v síti daného kraje, aby mohla být financována z veřejných rozpočtů.
- Zdravotní služby musí být registrovány Krajským úřadem v přesně definovaných formách, oborech a druzích zdravotní péče (viz Oprávnění k poskytování zdravotních služeb).
- V rámci procesu registrace jak sociální, tak zdravotní služby musí mít zřizovatel již dopředu zajištěný personál. Informace o nich musí být doloženy již před vydáním rozhodnutí registrátora.
- Skrytým problémem, který většinou nelze vyřešit rychle, je případná změna užívání prostor, ve kterých má být služba CDZ poskytována – je dobré tuto situaci vždy řešit s velkým předstihem a mít ověřeno na stavebním úřadě, zda jsou pro tyto účely prostory zkolaudovány (tj. jako pro zdravotnické zařízení).
- V jednom CDZ byl problém schválení budovy ze strany hasičů (protipožární ochrany) řešení a instalace protipožárních dveří zpozdila zřízení CDZ o 6 měsíců.
- CDZ mělo doložit, že má dostatečný počet parkovacích míst pro klienty apod. Toto bylo důležité pro zkolaudování budovy jako zdravotnického zařízení. Provozovatel se mylně domníval, že jako místo pro parkování postačí zatravněný prostor před CDZ. Parkoviště muselo být pro svůj účel i zkolaudováno. Celý proces pak zabral více než půl roku.
- Samotné personální a materiálně technické vybavení není zárukou kvalitní služby CDZ a je třeba počítat s tím, že je třeba investovat dostatek času na přípravu personálu, jeho vzdělávání a toho, aby vznikla společná identita týmu.
- Je třeba počítat s tím, že pro CDZ platí velké množství pravidel a zákonných předpisů, a to jak pro sociální, tak i zdravotní službu. Ty mohou být kontrolovány mnoha různými subjekty.
- Zdravotní péči a provoz ambulance má právo kontrolovat např. MZ a krajské úřady, SÚKL, Hygienická stanice, Zdravotní pojišťovny, Inspektorát práce, Hasičský záchranný sbor, Úřad na ochranu osobních údajů, Česká lékařská komora, Finanční úřad, Okresní správa sociálního zabezpečení apod.[109]

Nově vznikající Centra duševního zdraví mají bezesporu svoje místo v systému péče o duševní zdraví, jsou jednou z klíčových aktivit Národního akčního plánu pro duševní zdraví do roku 2030, kdy by mělo vzniknout dalších nejméně 60 CDZ rovnoměrně rozprostřených po celé České republice. Jejich vznik by měl být doprovázen redukcí lůžek v psychiatrických nemocnicích. Avšak je možné, že se nově vznikající CDZ budou potýkat s dalšími obtížemi, jako jsou například:

- nedostatek kvalifikovaných pracovníků v příslušném oboru, a z toho plynoucí
- nemožnost zajištění multidisciplinárního týmu v potřebném rozsahu,
- nedostatečné financování služeb, zejména z důvodu postupného nabírání klientů do péče a s nimi související vykazování úkonů hrazených zdravotními pojišťovnami,
- a řada dalších.

[109] *Centrum duševního zdraví v systému péče*. 2022. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

# SEZNAM UŽITEČNÝCH KONTAKTŮ

**Krizové linky**

**Linka bezpečí** (Sdružení Linky bezpečí): **116 111** (nonstop) pomoc pro děti, mládež a studující do 26 let

**Linka první psychické pomoci** (Cesta z krize): **116 123** (nonstop) krizová pomoc pro dospělé

**Linka důvěry Senior telefon** (Život 90): **800 157 157** (nonstop) bezplatná, anonymní a odborná linka důvěry

**Linka pomoci obětem kriminality a domácího násilí** (Bílý kruh bezpečí): **116 006** (nonstop) pomoc pro oběti a pozůstalé

**Národní linka pro odvykání**: **800 350 000** (všední dny 10-18:00) pomoc pro lidi se závislostí na alkoholu, drogách, gambling apod.

**Linka naděje Brno** (Fakultní nemocnice Brno): **547 212 333** (nonstop) krizová pomoc pro děti, dospělé, seniory

**Linka důvěry Ostrava** (Městská nemocnice Ostrava): **737 267 939** (nonstop) krizová pomoc pro dospělé

**Krizová centra**

**Krizové centrum Praha** (RIAPS Praha): **222 586 768** (nonstop) krizová intervence a pomoc v oblasti duševního zdraví pro dospělé

**Centrum krizové intervence Praha** (Psychiatrická nemocnice Bohnice): **284 016 110** (nonstop) psychiatrická či psychologická pomoc dospělým lidem s akutními obtížemi

**Krizové centrum Brno** (Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno): **532 232 078** (nonstop) krizová intervence a pomoc v oblasti duševního zdraví

**Krizové centrum Ostrava** (Krizové centrum Ostrava): **596 110 882** (nonstop) krizová intervence a pomoc v oblasti duševního zdraví

# SEZNAM UŽITEČNÝCH DOKUMENTŮ

CDZ a jeho role v systému péče
https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/CDZ%20a%20jeho%20role.pdf

Analýza režimových opatření 2020
https://reformapsychiatrie.cz/clanek/analyza-rezimovych-opatreni-2020?term_id=57

Analýza Stížnostní mechanismus – interní a externí
https://reformapsychiatrie.cz/clanek/analyza-stiznostni-mechanismus-interni-externi?term_id=130

Analýza Právní odpovědnost v procesu Reformy péče o duševní zdraví
https://reformapsychiatrie.cz/clanek/analyza-pravni-odpovednost-v-procesu-reformy-pece-o-dusevni-zdravi?term_id=130

Souhrnná zpráva k používání omezovacích prostředků v psychiatrii – první mapování situace
https://reformapsychiatrie.cz/clanek/souhrnna-zprava-k-pouzivani-omezovacich-prostredku-v-psychiatrii-prvni-mapovani-situace-0?term_id=130

Doporučený postup Používání omezovacích prostředků
https://reformapsychiatrie.cz/clanek/doporuceny-postup-pouzivani-omezovacich-prostredku?term_id=134

Doporučený postup Individuální plánování
https://reformapsychiatrie.cz/clanek/doporuceny-postup-individualni-planovani?term_id=134

Nástroj WHO pro hodnocení kvality a lidských práv
https://reformapsychiatrie.cz/clanek/nastroj-who-pro-hodnoceni-kvality-lidskych-prav-0?term_id=133

Průvodce vzdělávacím programem WHO v oblasti kvality péče o lidi s duševním onemocněním
https://reformapsychiatrie.cz/clanek/pruvodce-vzdelavacim-programem-who-v-oblasti-kvality-pece-o-lidi-s-dusevnim-onemocnenim?term_id=133

E-ŠKOLENÍ WHO QUALITYRIGHTS v oblasti duševního zdraví, lidských práv, postižení a zotavení
https://reformapsychiatrie.cz/clanek/e-skoleni-who-qualityrights-v-oblasti-dusevniho-zdravi-lidskych-prav-postizeni-zotaveni?term_id=131

# SEZNAM ZDROJŮ

Bähler, M., Van Veldhuizen, R., Van Vugt, M., Delespaul, P., Kroon, H., Lardinois, J., & Mulder, N. 2010. *Fidelity Scale FACT. Certification Centre for ACT and FACT (CCAF)*. České vydání: 2017. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Centre for Evidence-Based Practices at Case. *2017. Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS)*. Western Reserve University.

Fokus Praha – PN Bohnice. 2021. *Metodika CDZ pro Prahu 9*. Praha: Fokus Praha z.ú.

Hejzlar, P. 2015. *Inspirace nizozemskými FACT týmy v praxi PDZ*. Seminář Psychiatrické kliniky LF UK a FN HK. Pardubice: Péče o duševní zdraví. [online]. Dostupné z https://docplayer.cz/21813748-Inspirace-nizozemskymi-fact-tymy-v-praxi-pdz.html.

Krajská hygienická stanice. 2021. *Vzorový provozní řád zdravotnického ambulantního zařízení*. Plzeň. [online]. Dostupné z: https://www.khsplzen.cz/dokumenty/.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. 2017. *Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví*. Praha. [online]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_2_2017_CDZ.pdf/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. 2021. Kritéria kvality Center duševního zdraví. Praha. [online]. Dostupné z: http://rpq.mpsv.cz/wp-content/uploads/2021/11/Krit%C3%A9ria-kvality-Center-du%C5%A1evn%C3%ADho-zdrav%C3%AD.pdf.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha. [online]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2018. *Základní principy péče poskytované v CDZ*. Praha. [online]. Dostupné z*:* https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2021. *Jak funguje CDZ Klatovy – Detailnější informace o poskytovaných službách Centra duševního zdraví Klatovy*. Praha. [online]. Dostupné z https://www.ledovec.cz/centrum-dusevniho-zdravi/cdz-klatovy.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2021. *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI) — Věstník č. 8/2021*. Praha. [online]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-8-2021/.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2022. Centrum duševního zdraví v systému péče. Praha. [online]. Dostupné z: https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/CDZ%20a%20jeho%20role.pdf.

Národní ústav duševního zdraví. 2022. *Destigmatizační manuál*. Praha. [online]. Dostupné z: https://docplayer.cz/69245999-Destigmatizacni-manual.html.

Papežová, S., Pfeiffer, J., Mašínová Krbcová, L., Urbánková, M., Fišarová, Z., & Herbstová, H. (2020). *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním – Reforma psychiatrie*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinarniho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim.

Pěč, O.; Šelepová, P.; Čechová, D. et al. 2007. *HoNOS: Hodnocení zdravotního stavu (Péče o duševní zdraví – Metody hodnocení)*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Pfeiffer. J., Svačina. G., Povolná. K., Mikulenka. J., Loudová. M., Říčánková. S. 2022. *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Psychiatrická společnost ČLS JEP. *2017. Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha. [online]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf.

Raboch, J., Wwnigová, B. et al. 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost.

Ragins, M. 2002. *Cesta k zotavení*. Los Angeles: MHALA (Mental Health America of Los Angeles). České vydání: 2018. Praha: Fokus Praha.

Seikkula, J. a Arnkil, T. E. 2013. *Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno. Narativ: web pro postmoderní směry v terapii a poradenství. [online]. Dostupné z: http://www.narativ.cz/cs/zakladni-trenink-v-otevrenem-dialogu-beh-2.

Stuchlík, J. 2001. *Asertivní komunitní léčba* a *case management*. Praha: Fokus Praha.

Vyhláška č. 246 /2001 Sb. *o stanovení podmínek požární bezpečnosti a výkonu státního požárního dozoru (vyhláška o požární prevenci)*.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., *o zdravotnické dokumentaci*.

Zákon č. 101/2000 Sb. *o ochraně osobních údajů*.

Zákon č. 108/2006 Sb. *o sociálních službách*.

Zákon č. 262/2006 Sb. *zákoník práce*.

Zákon č. 372/2011 Sb. *o zdravotních službách*.

**Na textu se podíleli:**
Mgr. Karel Kolitsch, Mgr. Eva Horová, Bc. Michaela Spálenková, PhDr. Monika Dvořáková, Mgr. Lenka Jarmarová, MUDr. Jan Pfeiffer, MUDr. Mgr. Petra Elizabet Teslíková