



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Doporučené postupy pro vznik center duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ – OL)

Program Podpory nových služeb v péči o duševně nemocné
(CZ.03.2.63/0.0/15_039/0008217037)

Obsah

SEZNAM ZKRATEK	4
1. Úvodní slovo	6
2. Reforma péče o duševní zdraví v ČR	7
2.1. Základní informace o reformě péče o duševní zdraví v ČR	7
2.2. Centrum duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením	7
3. Vznik služby	10
3.1. Cílová skupina, spádová oblast	10
3.2. Registrace CDZ-OL	12
3.2.1. Postup pro získání oprávnění a registrace sociální služby	13
3.2.2. Postup pro získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb	15
4. Multidisciplinární tým	16
4.1. Personální zajištění CDZ-OL	16
4.2. Dovednosti a kompetence všech členů týmu	17
5. Služby, metody a způsoby práce v multidisciplinárním týmu	20
5.1. Služby poskytované v CDZ	20
5.2. Case Management	22
6. Financování	23
6.1. Financování zdravotní části	23
6.2. Financování sociální části	25
7. Přímá práce s osobami s OL	27
7.1. Rozhodování o přijetí klienta	27
7.2. Určení klíčového pracovníka	32
7.3. Navazování kontaktu s klientem	32
7.4. Vypracování plánu zvládnutí rizika	32

7.5. Propouštění klienta je možné poté, kdy došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, klient je adaptovaný ve svém sociálním prostředí, není jeho rizika zůstávají setrvale na nízké úrovni a soud rozhodl o ukončení výkonu ambulantního léčení.	33
7.6. Plán rozvolňování, propouštění klienta ze služby	33
7.7. Princip Zotavení	34
8. Dokumentace	35
8.1. Zdravotní dokumentace	35
8.2. Sociální dokumentace	36
9. Spolupráce s dalšími specifickými službami	37
Seznam užitečných kontaktů	40
Zdroje	42

SEZNAM ZKRATEK

AQoL – Assessment 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

ČR – Česká republika

FACT – Flexible Assertive Community Treatment

FB – fact board

GAF – Global Assessment of Functioning, globální hodnocení fungování je číselná stupnice, kterou používají lékaři a lékaři v oblasti duševního zdraví k subjektivnímu hodnocení sociálního, pracovního a psychologického fungování jedince, například toho, jak dobře člověk čelí různým problémům v životě. Je široce rozšířen v sociálních službách a poskytuje rychlé zhodnocení stavu klienta.

HoNOS – Health of the Nations Outcome Scales, hodnotící škála. Oproti GAFu však navíc umožňuje monitorovat potřeby klienta péče o duševní zdraví a mj. pokrývá i hodnocení oblastí jako jsou agresivní chování, úmyslné poškozování či problémy s alkoholem a drogami, což jsou oblasti jinými dotazníky zaměřujícími se na fungování zpravidla nezachytitelné.

HoNOS secure - (Health of the Nation Outcome Scale for Users of Secure), hodnotící škála pro oblast pacientů s nařízeným ochranným léčením.

IČ – identifikační číslo

IPS – individual placement and support

KÚ – Krajský úřad

MDT – multidisciplinární tým

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NN – nemocniční nákaza

NZIS – Národní zdravotnický informační systém

PO – požární ochrana

RA – Risk Assessment – hodnocení míry rizika u pacientů s nařízenou ochrannou léčbou (nástroje pro hodnocení SAPROF, tj. Strukturované posouzení protektivních faktorů při posuzování rizika násilného chování, SVR-20V2, tj. Manuál rizika sexuálního násilí, HCR-20V3, tj. Hodnocení rizika násilí)

SMI – Serious/severe Mental Illness

VHB – Virus hepatitidy B

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky

1. Úvodní slovo

Péče o osoby s duševním onemocněním prochází v současnosti výraznou změnou struktury poskytované péče. Reforma péče o duševní zdraví stojí na principu práce multidisciplinárních týmů a rozvoji péče v přirozeném prostředí osob s duševním onemocněním. Základním pilířem v systému psychiatrické péče se mají postupně stát centra duševního zdraví (dále jen „CDZ“). CDZ jsou zdravotně – sociální služba, jejímž cílem je podpořit přesun péče o osoby s duševním onemocněním do jejich přirozeného prostředí. Ideálním stavem je v komunitě etablované CDZ v každém jasně určeném regionu.

Mezi nově vznikající služby patří centra duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (dále jen „CDZ – OL“), jedná se o významný článkem v síti služeb pro osoby s nařízeným ochranným léčením (dále jen „OL“). Cílem CDZ-OL je zajistit komunitní a multidisciplinární službu zaměřenou na prevenci hospitalizace nebo jejího zkracování a nápomoc k reintegraci osob s OL do běžné komunity. Multidisciplinární tým CDZ-OL pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizované služby klientům z určité cílové skupiny.

Dokument *„Doporučené postupy pro vznik center duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ – OL)“* vznikl rámci projektu *„Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné“*, (reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/15_039/0008217037), který vychází ze Strategie reformy péče o duševní zdraví a byl realizován Ministerstvem zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost, prioritní osa – Sociální začleňování a boj s chudobou.

V celém následujícím dokumentu je volně zaměňován pojem klient, (který vychází ze zákona O sociálních službách č. 1008/2006 Sb.) a pojem pacient, (který vychází ze zákona O zdravotních službách a který je používán i v jeho novelizaci č. 147/2016 Sb.). Je to proto, že se stále jedná o téhož člověka a bohužel zatím není právní předpis, který by sjednocoval meziresortní terminologii.¹

¹ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

2. Reforma péče o duševní zdraví v ČR

2.1. Základní informace o reformě péče o duševní zdraví v ČR

Reforma péče o duševní zdraví je systémová změna, jejímž cílem je zvýšení efektivity, a především zvýšení kvality života a omezení stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Strategie reformy péče o duševní zdraví byla schválena na Ministerstvu zdravotnictví v roce 2013. Praktické kroky započaly až napojením na Evropské investiční a strukturální fondy s počátkem realizace projektů v roce 2017. Reforma péče o duševní zdraví je plánovaný dlouhodobý a komplexní proces, který nezahrnuje pouze změny v medicínském oboru psychiatrie, nebo v oblasti zdravotní péče, ale k její úspěšné realizaci je třeba provést i významné změny v dalších oblastech, jako jsou sociální systémy, oblast vzdělávání, zaměstnávání či právního postavení osob s duševním onemocněním. Důležitou součástí reformy péče o duševní zdraví je aktivní zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním do celého procesu, tak aby udělaná rozhodnutí a změny v systému psychiatrické péče odrážela skutečné potřeby, zájmy a přání těchto lidí.²

Jedním ze základních kamenů reformy péče o duševní zdraví by měla být provázanost, koordinovanost a kontinuita péče. Spolupráce by měla být podpořena multidisciplinárním přístupem, který má plně přispívat k zotavení lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Nově vzniklý systém by měl plně respektovat práva klientů a zajistit jim maximálně možné zapojení do běžného života, a to za účasti jejich plnohodnotné svobodné účasti. Důraz ve změně systému péče by měl být kladen na primární zdravotní a psychiatrickou péči tak, aby její pracovníci byli schopni zajistit včasnou diagnostiku a léčbu. Podpořena bude spolupráce mezi primární a specializovanou psychiatrickou péčí. V plánu je výrazně rozšířit komunitní péči s vytvořením nových služeb, jako jsou právě centra duševního zdraví a ambulance s rozšířenou péčí. Paralelně by mělo docházet k postupné redukci dlouhodobé psychiatrické lůžkové péče.³

2.2. Centrum duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením

CDZ-OL je novým článkem v síti ambulantních služeb pro osoby s OL. Ochranné léčení je ochranným opatřením, které se ukládá pachatelům činu jinak trestného, které není možné stíhat pro jejich nepřítomnost, duševní poruchu či užívání návykových látek. Ochranné léčení je v českém právu upraveno v trestním zákoníku (zákon č. 40/2009 Sb.) a také v trestním řádu (zákon č. 141/1961 Sb.) Hlavním záměrem OL je

² Průvodce reformou psychiatrické péče. (2019). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

³ Malý průvodce reformou psychiatrické péče. (2017). Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP

ochrana společnosti před osobou/pachatelem, jejíž pobyt na svobodě je nebezpečný, vzhledem k jejímu duševnímu onemocnění. Cílem CDZ-OL je zajistit komunitní a multidisciplinární službu zaměřenou na prevenci hospitalizace nebo jejího zkracování a nápomoc k reintegraci osob s OL do běžné komunity.

CDZ-OL je specifickým článkem doplňujícím ambulantně-ústavní rozhraní OL. Jeho funkcí je prevence hospitalizací klientů s ambulantním OL nebo jejich zkracování v případech léčby ústavní a nápomoc k jejich reintegraci do vlastního sociálního prostředí. Kromě těchto služeb bude klientům poskytnuta především individuální péče, která se zaměří na hlavní oblasti rizika, podporu protektivních faktorů, potřeby klientů, zmapuje je a vybuduje individuální terapeutický plán zaměřený na klinické a sociální zotavení (dále jen „recovery“).

Hodnocení rizika násilného jednání je jedním ze základních úkolů komplexní diagnostiky, především v kontextu znaleckého posouzení a výkonu ochranné léčby. Vývoj hodnocení rizikovosti = „risk assessment“ (dále jen „RA“) prošel vývojem od nestrukturovaného (klinického) vyšetření, přes statistické po současnou, třetí generaci nástrojů. Pro hodnocení rizika v dlouhodobějším horizontu jsou nyní standardem nástroje strukturovaného klinického hodnocení (Structured Professional Judgement – SPJ), jako například: HCR-20V3, SVR-20V2, SAPROF a SAVRY. Tyto nástroje kromě strukturovaného hodnocení rizika a preventivních faktorů umožní i plánování intervencí v závislosti na identifikovaných oblastech rizika a monitoraci této léčby.

Systémové zavedení RA by mělo přispět ke sjednocení formátu znaleckých expertíz v oblasti hodnocení rizika násilného jednání a z toho plynoucí indikace nemocných do ambulantního či ústavního OL, přehodnocení v průběhu léčby ústavní a toto hodnocení by mělo pokračovat i přes hodnocení prováděné v ústavech zabezpečovací detence nebo hodnocení v rámci léčení prováděného během výkonu trestu.

Služby CDZ-OL může zajišťovat poskytovatel zdravotních služeb a poskytovatel sociálních služeb, a to na základě smlouvy o spolupráci. Veškerá činnost se řídí právními předpisy, zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. CDZ-OL může provozovat i 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.

Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb a rozhodnutí o registraci sociální služby by mělo být vázáno na místo realizace ambulantního provozu CDZ-OL – tj. doporučuje se, aby v rámci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb a rozhodnutí o registraci sociální služby byla uvedena stejná adresa zařízení. Doporučuje se, aby CDZ-OL byly přímo navázány na zařízení poskytovatele lůžkové péče v oboru psychiatrie, které bude poskytovat zdravotní péči na úrovni „medium security oddělení.“ Hlavním důvodem tohoto propojení je jednak možnost bezproblémového provazování lůžkové péče v oboru psychiatrie a komunitní péče, jednak pro možnost rozvoje této zdravotní služby na pomezí lůžkové a specializované ambulantní péče v oboru psychiatrie. V případě možnosti by se měl zohlednit přirozený region těchto poskytovatelů lůžkové péče v oboru psychiatrie. Tým

musí být připraven poskytovat zdravotní a sociální služby v rámci tohoto přirozeného regionu⁴.

Pro zajištění služeb CDZ-OL se doporučuje tento minimální rozsah poskytovaných služeb:

- Psychiatrie – forma zdravotní péče: ambulantní a péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta
- Klinická psychologie – forma zdravotní péče: ambulantní a péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta
- ošetrovatelská péče v psychiatrii – forma zdravotní péče: ambulantní péče, zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta
- Sexuologie: forma zdravotní péče: ambulantní péče
- Adiktologie: forma zdravotní péče: ambulantní péče a péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta
- Sociální služby

CDZ-OL má odpovědnost poskytnout svým klientům zázemí, které bude adekvátně odpovídat rozsahu nabízených služeb a typu klientely. Cílem bude především zabezpečit klientům pocit jistoty a dostatečné anonymity (z důvodu možné citlivosti různých případů). Jedině tak může CDZ-OL navázat stabilní a pravidelný vztah s klientem. Klienti jsou informováni o cílech a metodách práce, je jim umožněno činit informovaná rozhodnutí.⁵

⁴ Standard služeb poskytovaných v centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

⁵ dtto

3. Vznik služby

3.1. Cílová skupina, spádová oblast

Cílová skupina

CDZ-OL poskytuje služby klientům starším 18 let včetně s nařízenou OL (ambulantní/ústavní) ve všech jeho obvyklých specializacích, tj. OL psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické nebo jeho kombinace. OL může být nařízené i z důvodu patologického hráčství.

OL ukládá soud dle § 99 trestního zákoníku klientům, kteří se dopustili trestního činu. Jedná se o osoby,

- které jsou pro svou duševní poruchu nepřičetné a jejich pobyt na svobodě je nebezpečný. V tomto případě ukládá soud OL obligatorně.
- které jsou pro svou duševní poruchu zmenšeně přičetné a jejich pobyt na svobodě je nebezpečný. V tomto případě ukládá soud fakultativně a zároveň může současně i uložit trest, zmírnit sazbu nebo upustit od potrestání, pokud OL splní účel lépe.
- které zneužívají návykové látky, spáchaly trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním; soud však takové OL neuloží, pokud je zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout. Jde o OL uložené dle § 99 odst. 2 písm. b tr. zákoníku, nazývané „protialkoholní“ nebo „protitoxikomanické“.

Nemocní s nařízeným ochranným léčením ústavním či ambulantním ve všech jeho tradičně pojmenovaných podskupinách (léčení psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické, léčení patologického hráčství) a jejich různých variant a kombinací (psychiatrické se sexuologickým zaměřením, psychiatrické a protialkoholní apod.).

Ochranné léčení (ústavní nebo ambulantní) ukládá soud dle § 99 trestního zákoníku pachateli trestného činu,

- který je pro duševní poruchu nepřičetný (jeho trestní stíhání se v tom případě zastavuje) a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný – v tom případě soud uloží OL obligatorně – typickým příkladem je pachatel s psychotickou poruchou (tzv. OL „psychiatrické“),
- který je pro duševní poruchu zmenšeně přičetný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný – v tom případě soud uloží OL fakultativně a může současně uložit i trest nebo snížit trestní sazbu nebo upustit od potrestání (pokud OL splní účel lépe), příkladem je opět OL „psychiatrické“ nebo „sexuologické“,
- který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním; soud však takové OL neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout. Jde o OL uložené dle § 99 odst. 2 písm. b tr. zákoníku, nazývané „protialkoholní“ nebo „protitoxikomanické“.

V širším pojetí jde převážně o skupinu vážně duševně nemocných (dále jen „SMI“), kteří jsou tou skupinou klientů z celé oblasti psychiatrie – péče o osoby s duševním onemocněním, která je nejvíce ohrožena důsledky vlastní nemoci i okolnostmi s nemocí spojenými (včetně předsudků společnosti). Nemocní s OL pak tvoří určitou podskupinu těchto nemocných, často je léčba nařizována i nemocným s komorbidní poruchou osobnosti či zneužíváním návykových látek. Specifickou podskupinu pak tvoří nemocní, kteří se dopouští sexuálně motivované trestné činnosti, často mají diagnostikovanou parafilii. Vážně duševně nemocní jsou nejvíce ohroženi tím, že jejich lidská práva, včetně práva na život v běžné komunitě, nebudou naplněna, v některých systémech péče dochází k tzv. transistitucionalizaci, tedy přechodu z dlouhodobé lůžkové péče do systému ochranného léčení. Skupina klientů s OL je nejvíce ohrožena syndromem „otáčivých dveří“, tj. opakovaných hospitalizací v psychiatrických zařízeních, a je i nejvíce ohrožena dlouhodobým či trvalým pobytem v ústavní péči (psychiatrické nemocnice či pobytová sociální ústavní zařízení – domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem). Zkušenost ze zahraničí ukazuje, že vždy bude existovat větší poptávka po službách mobilního – multidisciplinárního týmu, než jakou budou tyto týmy schopny uspokojit.

Proto je zapotřebí dbát o to, aby kapacity týmu byly k dispozici cílové (nejvíce potřebné) skupině, tedy skupině rizikových nemocných s OL. Tedy je třeba dobře zvažovat, jestli klient, který o službu žádá, (či je o službu pro něj někým žádáno) skutečně patří do prioritní skupiny, tedy zda u něj existují rizika plynoucí z jeho duševní poruchy. Nejsložitější rozhodování většinou bývá u skupiny osob diagnostikovaných jako poruchy osobnosti (s případným výskytem přechodné psychotické symptomatologie), zneužívajících návykové látky. Je také zapotřebí vždy zvažovat, jestli klient, kterého má tým v péči, je již schopen kvalitního života bez podpory týmu, a zda je u něj došlo k takové stabilizaci (v oblasti jeho rizik a rozvoje protektivních faktorů) že je s takovým klientem možné intenzivně pracovat na jeho bezpečném propuštění – předání do péče méně intenzivního charakteru (péče ambulantního psychiatra, obvodního lékaře). Zároveň je však potřeba mít mechanismy, které v případě akutní potřeby takovému klientovi umožní, aby spolupráce s týmem byla obnovena, je tedy nutné dobré provázání činnosti týmu s ambulantními lékaři. Je nezbytné, aby tým měl i dostatek kapacit na práci při včasné identifikaci a rychlé pomoci a podpoře rizikovým klientům. V péči týmu tedy mohou být i osoby, které nemají nařízené ochranné léčení, protože doposud nespáchali trestný čin, ale v jejich zdravotním stavu a hodnocení rizikovitosti jsou takové oblasti, které si vyžadují multidisciplinární spolupráci a péči CDZ-OL. Jde např. o doposud nedelikventní parafiliky, SMI nemocné, u kterých se vyskytlo násilné jednání či jeho hrozba a trestní stíhání z různých důvodů nebylo realizováno apod⁶.

Ve spolupráci s externím pedopsychiatrem může CDZ-OL sloužit pro expertní posouzení rizik neboli “risk assessment” u mladistvých (16+). Může sloužit jako prevence zvýšeného rizika delikventního chování u klientů, kteří čekají na soudní rozhodnutí ohledně OL nebo kteří jej sami vyhledají.⁷ Vhodný je také pro klienty s

⁶ Základní principy péče poskytované Forezním multidisciplinárním týmem. (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

⁷ Standard služeb poskytovaných v centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

duální diagnózou, kteří v minulosti spolupracovali s adiktologickým týmem a primární problematika závislosti byla stabilizovaná.

CDZ-OL také spolupracuje s rodinou klienta, která může sehrát v rámci úzdravy klienta významnou roli. Nastavená spolupráce s rodinou by měla být transparentní pro všechny zúčastněné strany.⁸

Spádová oblast

Pro zajištění jasné odpovědnosti týmu je zapotřebí definovat přirozený region, za který je daný tým zodpovědný. V případě CDZ-OL jde o region pro výkon ústavního ochranného léčení. Definování regionu je nutné i proto, aby bylo zřetelné, s jakými subjekty, včetně služeb běžné komunity, tým má a může spolupracovat. Definování regionu je proto klíčové pro potřebnou kvalitu a intenzitu práce. V případě CDZ-OL jde o větší region než v případě běžného CDZ, protože tým poskytuje vysoce specializovanou péči.⁹

3.2. Registrace CDZ-OL

K provozu služeb v CDZ-OL je třeba získat oprávnění k poskytování zdravotních služeb, které je definováno zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a oprávnění k poskytování sociálních služeb, které je definováno zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.¹⁰

Pro zajištění **zdravotních služeb** CDZ-OL se doporučuje tento minimální rozsah poskytovaných zdravotních služeb:

Oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách v oborech a formách zdravotní péče:

- Psychiatrie: ambulantní zdravotní péče a péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
- Klinická psychologie: ambulantní zdravotní péče a péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
- Ošetrovatelská péče v psychiatrii: ambulantní zdravotní péče a péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
- Sexuologie: ambulantní zdravotní péče;
- Adiktologie: ambulantní zdravotní péče a péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Pro zajištění **sociálních služeb** se jedná o registrace sociální služby v rozsahu služby sociální prevence, a to sociální rehabilitace dle § 70 zákona o sociálních službách č.

⁸Zapojování rodin do multidisciplinární spolupráce. Dobrá praxe v Karlovarském kraji. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

⁹ Standard služeb poskytovaných v centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

¹⁰ Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

108/2006 Sb. v ambulantní a terénní formě s vymezením cílové skupiny klientů „osoby s OL“.

3.2.1. Postup pro získání oprávnění a registrace sociální služby

I. 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, musí provozní řád obsahovat:

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

Příslušný úřad rozhodne do 30 dnů.

II. 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 oblastech uvedených v písmenech a) a b) 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.

Právnícká 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.

III. Uzavření pojištění profesní odpovědnosti

Toto pojištění je možno uzavřít až po registraci, je však nutné ji do 15 dnů zaslat registrujícímu orgánu. ¹¹

3.2.2. Postup pro získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb

I. 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.

II. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Náležitosti žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb stanoví § 18 uvedeného zákona. Žadatelem může být fyzická nebo právnická osoba (dále jen „poskytovatel“). 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, a to 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.

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);

¹¹ Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.



- 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.¹²

Příslušný úřad rozhodne do 30 dnů, ve složitých případech do 60 dnů.

Je nutné, aby byly v žádosti zvolené tyto formy, obory a druhy zdravotní péče:

Ambulantní specializovaná péče a péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oborech

- psychiatrie, klinická psychologie, ošetrovatelská péče v psychiatrii, adiktologie

Ambulantní specializovaná péče v oboru

- sexuologie

4. Multidisciplinární tým

4.1. Personální zajištění CDZ-OL

Veškeré služby CDZ-OL jsou poskytovány multidisciplinárním týmem. Ten je tvořen profesionály příslušných odborností, kteří spolu velmi úzce spolupracují, sdílí klienty a průběžně si předávají důležité informace. Služby jsou poskytovány na základě profesionality, etických zásad, provázanosti a práce s celým sociálním systémem klienta, v bezpečném a respektujícím prostředí. Tím je zajištěna pluralita pohledů a komplexní nabídka péče.¹³ Členové týmu by měli mít zkušenost alespoň 1/2 roku s problematikou OL. Metody práce vychází z vědecky ověřených poznatků.

Psychiatr - 1,0 úvazek

Splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání

¹² Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách.

¹³ Základní principy péče poskytované Forezním multidisciplinárním týmem. (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 95/2004 Sb.).

Klinický psycholog - 1,0 úvazek

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.).

Sestra pro péči v psychiatrii – 2,0 úvazky

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.

Sexuolog - 0,5 úvazku

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.) a dle vyhlášky č. 152/2018, o nastavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů.

Adiktolog (S4) - 0,5 úvazku

Splňuje požadavky dle § 21a zákona č. 96/2004 Sb.

Sociální pracovník- 2,0 úvazky

Splňuje požadavky dle § 110 zákona o sociálních službách.¹⁴

4.2. Dovednosti a kompetence všech členů týmu

Členové CDZ-OL musí mít zkušenosti s RA, který je nosným výkonem celého týmu, musí umět individuální plánování péče a musí umět být case managery jednotlivých klientů. Důležitým aspektem členů multidisciplinárního týmu je otevřená, účelná a respektující komunikace. Členové týmu se vzájemně podporují a sdílejí hodnotu respektující člověka. Všichni pracovníci mají odpovědnost za splnění povinností, které vychází z jejich profese a kompetencí:

- zkušenost s nařízeným OL;
- neodsuzující, nenálepkující postoj;

¹⁴ Standard služeb poskytovaných v centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

- schopnost dobře komunikovat s klienty, dalšími členy CDZ-OL, dalšími subjekty a partnery (další psychiatrické služby, veřejné služby, složky justice atd.);
- schopnost pozorovat, monitorovat stav klienta a rozpoznat, kdy je potřeba do péče zapojit další osobu;
- schopnost vytvořit, udržet i ukončit “pracovní” vztah s klientem;
- porozumění, znalost základních farmakologických, psychologických, sociálních léčebných metod a intervencí;
- schopnost flexibilně provádět, zařizovat potřebnou podporu a pomoc ve všech základních oblastech (sociální potřeby, bydlení, finance, práce atd.);
- schopnost podporovat klienta i jeho blízké sociální okolí ve vyjadřování jeho vlastních názorů, rozpoznávání potřeb jím samotným;
- umět přijmout roli „nezávislého advokáta“ klienta (někoho, kdo bude plně na straně klienta), pokud je třeba, a být schopen s ním spolupracovat;
- porozumění celkovému systému péče o duševně nemocné, znalost patřičné legislativy (včetně lidskoprávní);
- znalosti a dovednosti týkající se hodnocení rizika;
- dovednosti v prevenci a zacházení s chováním klienta, které je ohrožující pro něj či pro jeho okolí;
- porozumění problematice závislostí, jak ji rozpoznat, monitorovat, řešit;
- přesné, srozumitelné, klienta respektující vedení záznamů;
- zvládání krize včetně základů krizové intervence, včetně telefonické či v terénu.¹⁵

Psychiatr

Psychiatr je garantem zdravotní péče a vedoucím pracovníkem. V péči má rizikové osoby s OL, provádí kompletní diagnostiku, edukaci a léčbu. Je nositelem RA a hodnocení protektivních faktorů. Podílí se na sestavení terapeutického plánu klienta.

Psycholog ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí

Je neodmyslitelnou součástí týmu. Pracuje s klienty ve formě individuální psychoterapie, poradenství, skupinové psychoterapie, rodinné či párové psychoterapie a jiných terapeutických programů. Provádí v případě potřeby též komplexní

¹⁵ Základní principy péče poskytované Forezním multidisciplinárním týmem. (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

psychodiagnostickou činností. Stejně jako psychiatr je nositelem RA a hodnocení protektivních faktorů.

Sestra pro péči v psychiatrii

Průběžně hodnotí celkový stav klienta a jeho adherenci s léčbou. Dokáže rozpoznat zlepšení nebo zhoršení psychického stavu klienta. Provádí edukaci klienta a jeho okolí v oblastech duševního zdraví i somatické stránky. Umí používat pomocné a podpůrné psychoterapeutické techniky. Spolu s klientem identifikuje jeho potřeby a podporuje ho při zvládnutí činností běžného života. Monitoruje oblasti rizika násilí a protektivní faktory, sestavuje a realizuje individuální rehabilitační plán. Počítá se s ním v roli case managera. Koordinuje spolupráci jednotlivých typů služeb.

Sexuolog

Sexuolog má v péči klienty s nařízeným sexuologickým OL. Provádí u nich monitoraci oblastí rizika a protektivních faktorů. Posuzuje sexuálně motivované trestné činnosti a sexuální parafilie. Hodnotí průběh a účinnost sexuologického OL. Provádí specializovanou sexodiagnostiku a je nositelem RA a hodnocení protektivních faktorů.

Adiktolog (S4)

Adiktolog má v péči klienty s nařízeným protitoxikomanickým a protialkoholním OL. Monitoruje u nich oblasti rizika a protektivní faktory. Sestavuje komplexní léčebný plán, provádí analýzu a hodnotí zdravotní stav a sociální situaci klienta vzhledem k užívání návykových látek, a to spolu se zvážením širších souvislostí a dopadů na situaci klienta. Koordinuje realizaci léčebného plánu, asistuje při psychiatrických a psychologických vyšetřeních a systematické psychoterapii. Je nositelem RA a hodnocení protektivních faktorů.

Sociální pracovník

Těžištěm jeho práce je sociální poradenství. Pomáhá klientovi při řešení majetkových, finančních nebo jiných obtížných situací. Monitoruje a posuzuje protektivní faktory a oblasti rizika násilí. Sestavuje, realizuje a hodnotí individuální rehabilitační plán v sociální oblasti. Spolupracuje s jinými institucemi a službami a pomáhá klientovi při jednáních a vyřizování potřebných formalit. Počítá se s ním v roli case managera.¹⁶

¹⁶ Základní principy péče poskytované Forezním multidisciplinárním týmem. (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

5. Služby, metody a způsoby práce v multidisciplinárním týmu

Doporučená pracovní doba poskytovaných služeb CDZ-OL je minimálně v rozsahu od 8 do 16 hodin v pracovní dny. Uvedené poskytované služby a zdravotní péči provádí a garantují jednotliví členové týmu CDZ-OL dle svých kompetencí k poskytování zdravotních služeb a služeb sociálních v rámci sociální rehabilitace. V rámci těchto služeb bude klientům poskytována psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná/párová), plánování péče na základě RA, pomoc s řešením finanční situace, zajišťování bydlení/práce a konzultace průběhu ambulantního léčení.

5.1. Služby poskytované v CDZ

- **Návazné zdravotní služby**

V případě, že bylo CDZ-OL kontaktováno ambulantním psychiatrem, sexuologem či psychologem, bude úkolem CDZ-OL konziliární podpora. CDZ-OL s ohledem na vyšší intenzitu možné podpory klienta má být vstřícné k přebírání klientů od ambulantních kolegů, kteří hodnotí pouhé standardní ambulantní vedení jako nedostačující.

- **Akutní zdravotní péče**

Ve výjimečných případech akutní a neodkladné péče může CDZ-OL kontaktovat přímo klient. Oficiální doporučení by mělo pocházet především od ošetřujícího lékaře. CDZ-OL nenahrazuje zdravotní služby centra krizové intervence nebo služby záchranné zdravotnické služby (dále jen „ZZS“). Do péče CDZ-OL není indikován klient, který je bezprostředně identifikován jako vysoce rizikový pro sebe nebo své okolí (kde je zapotřebí policejní účast/okamžitá hospitalizace) a klient, u kterého není identifikovatelné riziko související s duševním onemocněním či poruchou.

- **Mobilní zdravotní a sociální služby**

Mobilní zdravotní a sociální služby jsou poskytovány prostřednictvím multidisciplinárního týmu ve vlastním sociálním prostředí klientů s OL, a po vzájemné dohodě také v zařízení poskytovatele lůžkové péče v oboru psychiatrie, kde jsou aktuálně klienti umístěni, za účelem jejich přípravy na propuštění z ústavního OL.

Mobilními službami se rozumí, jde-li o:

- zdravotní služby: zdravotní služby ve vlastním sociálním prostředí klienta;
- sociální služby: sociální rehabilitace klienta v terénní formě.

Hlavním pilířem CDZ-OL je poskytování péče klientům v jejich přirozeném prostředí případně po dohodě v institucích. V přirozeném prostředí klienta působí všichni členové týmu společně nebo samostatně a zároveň se nejedná pouze o přímou práci s ním, ale v případě potřeby i s jeho blízkými. Podle aktuální situace tým CDZ-OL vyhodnocuje další postupy a intervence a provádí záznam do dokumentace klienta. Práce týmu CDZ-OL začíná již před propuštěním klienta z lůžkové péče. Po konzultaci s týmem lůžkového oddělení členové týmu navazují spolupráci s klientem v rámci provázání terapeutického plánu v ústavní a ambulantní léčbě. Mapují potřeby klienta

a v případě potřeby pomůžou se zajišťováním bydlení, práce nebo jiných služeb (např. ambulantní lékař, sociální služby, zdravotní služby v daném regionu). Hodnotí a monitorují oblasti rizik a protektivních faktorů, pokud je relevantní, v jeho přirozeném prostředí. V případě zájmu může člen týmu po propuštění z ústavní péče navázat spolupráci s rodinou klienta.¹⁷

- **Služby aktivní prevence a včasné intervence**

CDZ-OL se také bude podílet na aktivním vyhledávání klientů ve zvýšeném riziku páčání sexuální či násilné delikvence. Toto bude probíhat v rámci poskytování zdravotních ambulantních služeb multidisciplinárního týmu CDZ-OL (diagnostika, terapie, edukace, psychiatrická rehabilitace). Pro samoidentifikované klienty ve zvýšeném riziku páčání sexuální nebo jiné násilné delikvence bude poté vytvářen individuální plán intervence, zahrnující možnosti ambulantní dobrovolné ústavní léčby nebo poskytování terapeutické péče v preventivním módu (časová dotace je individuální podle potřeb klienta (minimální předpoklad je 3-6 měsíců) s pravidelným kontaktem podle zhodnocení rizikovosti klienta 1x za týden/dva týdny). Terapeutický plán bude stejně jako u cílové skupiny klientů v OL individualizován a bude vycházet z expertního zhodnocení RA. Bude obsahovat prvky psychoedukace a doporučených modulů pro práci s touto cílovou skupinou v režimu včasné intervence (převzato z evidence-based programů ze zahraničí a projektu PARAFILIK). V rámci těchto zdravotních služeb bude CDZ-OL poskytovat skupinové a individuální sezení s klientem. Bude zachována logika case-managementu a multidisciplinární týmové práce.

CDZ-OL se také podílí na aktivním vyhledávání klientů ve zvýšeném riziku páčání trestné činnosti. Členové týmu poskytují informační, edukační a koordinační aktivity pro odborníky a veřejnost, aktivně cílí na osoby, které se dopouštějí rizikového chování, vytváří a koordinují sítě spolupracujících organizací a obsluhují komunikační a kontaktní kanály.¹⁸

- **Služby konzultační**

Tým CDZ-OL poskytuje individuální konzultace s cílovou skupinou v prostorách CDZ-OL.¹⁹ V případě, že by byl tým nebo člen týmu kontaktován ambulantním psychiatrem, sexuologem, adiktologem nebo jiným odborníkem, bude úkolem CDZ-OL i konziliární podpora nebo případné přijetí do péče.

- **Kontaktní místo**

CDZ-OL slouží jako kontaktní místo v daném regionu pro spolupracující instituce (např. soudy), veřejnost a organizace pro vyhledávání včasného zásahu a pomoci pro klienty s OL nebo ve zvýšeném riziku páčání delikvence z důvodu duševního onemocnění.

¹⁷ Základní principy péče poskytované Forezním multidisciplinárním týmem. (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

¹⁸ Standard služeb poskytovaných v centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

¹⁹ Základní principy péče poskytované Forezním multidisciplinárním týmem. (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

Spolupracující služby navazují asertivním kontaktováním členů týmu, který osobně nebo telefonicky kontaktuje klienta ve lhůtě 2 pracovních dnů. Stejně tak mohou CDZ-OL kontaktovat kolegové z lůžkových zařízení a zažádat o posouzení rizikovosti v oblasti násilného jednání. Specifickou cílovou skupinou jsou osoby, které se sami identifikovali a mohou CDZ-OL kontaktovat osobně nebo prostřednictvím anonymní informační linky nebo e-mailu.

- **Služby denní péče**

Po propuštění klienta z ústavního OL je potřeba navázání úzké spolupráce klienta s CDZ-OL. Časová dotace je individuální a nastavuje ji klíčový pracovník spolu s klientem dle jeho aktuálních potřeb a možností. Minimální předpokládaná spolupráce je 6-8 měsíců s pravidelným kontaktem minimálně 1x měsíčně a zpočátku intenzivněji. Časová dotace bude nastavena podle individuálních potřeb klienta a nastaveného individuálního plánu. CDZ-OL si z ústavního OL převezme do své specializované ambulantní péče v oboru psychiatrie nejvíce rizikové/komplikované klienty.

V akutních případech může kontaktovat CDZ-OL klient sám. CDZ-OL nenahrazuje služby poskytované centry krizové intervence nebo Záchrané zdravotnické služby. Do CDZ-OL by se neměl dostat klient s vysokým rizikem nebezpečí pro sebe a své okolí.²⁰

5.2. Case Management

Pro zajištění individualizované práce s klientem je zapotřebí, aby každý klient měl jednoho konkrétního člena týmu jako svého klíčového pracovníka tzv. „case managera“. Role klíčového pracovníka je jednak přímá péče o klienta, jednak koordinace naplňování jeho individuálního terapeutického plánu a mapování a intervence rizikových oblastí. Klíčový pracovník zapojuje další členy týmu či jiné služby podle aktuální situace (potřeb) klienta a podle jejich specializovaných znalostí a dovedností. Poskytuje informace pro další členy týmu s ohledem na vypracování zpráv pro další poskytovatele, např. soudy. Pro lepší zvládnutí těchto vazeb lze členům CDZ-OL doporučit absolvování stáže na lůžkovém oddělení pro OL, mít alespoň sebezkušenostní část psychoterapeutického výcviku či obdobné psychoterapeutické systematické vzdělávání. Je taktéž potřebné zajistit vzájemnou zastupitelnost klíčového pracovníka jiným členem CDZ-OL, pokud klíčový pracovník není přítomen.

Kompetence klíčového pracovníka/case managera:

Schopnost tvořit individuální terapeutický plán, naplňovat a vyhodnocovat jej ve spolupráci jak s klientem, tak s celým CDZ-OL;

²⁰ Standard služeb poskytovaných v centrech duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

schopnost vytváření spolupráce s dalšími potřebnými subjekty v regionu;
kontinuální sebevzdělávání ve všech moderních metodách péče o duševně nemocné (včetně základních informací o trendech v psychofarmakoterapii);
schopnost psát relevantní a jasné zprávy, doporučení atd.;
schopnost provádět osvětu pro klienty a jejich rodinné příslušníky v klíčových tématech duševního zdraví;
schopnost zapojovat klienta (jeho sociální zázemí) do všech podstatných rozhodovacích procesů, včetně vytváření a naplňování plánu úzdravy;
schopnost rozvíjet a vytvářet podmínky pro zavádění praxe založené na důkazech (evidence – based medicine) v rámci svých aktivit i praxe celého CDZ-OL;
Důležité je, aby všichni pracovníci přebírali „profesní“ odpovědnost, tedy odpovědnost za splnění povinností, které vycházejí z jejich profese, za úkoly, které v rámci CDZ-OL plní (včetně sdílených činností a kompetencí uvedených výše) z titulu role case managera/klíčového pracovníka nebo „jen“ člena CD- OL.

6. Financování

6.1. Financování zdravotní části

Financování zdravotní části probíhá výhradně pomocí úhrad zdravotních výkonů zdravotní pojišťovnou. 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). Návrhy změn jsou vždy po odborné stránce pečlivě zhodnoceny „Pracovní skupinou k seznamu zdravotních výkonů“, což je poradní orgán zřízený MZČR k tomuto účelu. Pracovní skupina má 12 stálých členů a k jednání o daném návrhu je vždy přizván zástupce odborné společnosti, která návrh podala. 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.

Prakticky každoročně k 1.1. nabývá účinnosti nová vyhláška MZČR, kterou se nahrazuje dosavadní a upravuje se tak seznam platných zdravotních výkonů. (Dnem 1. ledna 2022 nabyla účinnosti vyhláška č. 482/2021 Sb.)

Všechny registrované zdravotní výkony se dají nalézt v seznamu zdravotních výkonů, které jsou zveřejňovány na stránkách MZČR. Je zde také možno nalézt registrační list (popis nejdůležitějších údajů), které zdravotní výkon zahrnuje.

Databázi platných zdravotních výkonů lze nalézt na stránkách MZČR, a to na adrese: <https://szv.mzcr.cz/>. Pod kolonkou „Platné výkony“ se skrývá seznam aktuálních registračních listů.

Každý výkon hrazený zdravotní pojišťovnou má svůj specifický číselný kód. V seznamu je vždy uvedeno, jaký zdravotnický pracovník si může tento výkon vykazovat. 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, a to za předpokladu, že nositel výkonu není aktuálně v regionu dostupný a došlo by k omezení péče na úkor klientů.

V registračním listu je možno dále vidět, jak dlouho výkon trvá. Další vyplývající informací je omezení frekvence výkonu. Což znamená, jak často lze výkon vykazovat. U většiny výkonů je omezení frekvence na 1x denně nebo 1x měsíčně. Vykazovací měsíc má jen 28 dní. Tudiž 1 vykazovací rok je 12 x 28 dní.

„Nejdůležitější“ hodnotou uvedenou v registračním listu je aktuální bodové hodnocení výkonu. Hodnota bodu je různá, odvíjí se od základní stanovené hodnoty a od množství bonifikací (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.

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.²¹

Výběrová řízení o poskytování a úhradě hrazených služeb pojišťovnami

Výběrové řízení pro poskytovatele zdravotních služeb, fyzickou či právnickou osobu se koná před uzavřením smlouvy s příslušnou pojišťovnou. Informace ke způsobu vyhlašování výběrových řízení je definováno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb se zdravotními pojišťovnami, odborem zdravotnictví, sociální péče a prevence.²²

Konání výběrového řízení může navrhnout, obec, zdravotní pojišťovna nebo uchazeč.²³ Uchazečem se rozumí poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru, nebo fyzická nebo právnická osoba, která bude poskytovat zdravotní služby a je schopna ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru zdravotní péče. Uchazeč musí podat návrh na vyhlášení výběrového řízení, podat přihlášku do výběrového řízení ve lhůtě uvedené na úřední desce pro konkrétní výběrové řízení. K přihlášce uchazeč předkládá záměr k poskytování zdravotních služeb se stručným popisem, jakým způsobem bude zdravotní péče poskytována a v jakém rozsahu. Přihlášku je potřeba zaslat poštou, datovou schránkou nebo osobně podat na podatelně daného krajského úřadu. V případech, kdy navrhuje konání výběrového řízení zdravotní pojišťovna, se uchazeči při podání prokazují, že mají oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

21 Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

22 Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

23 Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Výběrová řízení jsou zveřejněna na úřední desce daného krajského úřadu po dobu nejméně 30 pracovních dnů. Jednání výběrové komise probíhá na krajském úřadě. Výsledek výběrového řízení, který bude rovněž zveřejněn na úřední desce krajského úřadu, obdrží i uchazeč. Vyhlašovatel je povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení včetně počtu získaných hlasů. Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem, pokud bylo uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno.²⁴

Smlouvy se zdravotními pojišťovnami

Uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou záleží na charakteru daného regionu a struktuře klientů. Nejprve je nutné podat žádost na zdravotní pojišťovnu o nasmlouvání odbornosti 355 CDZ-OL. Bezpodmínečnou přílohou je výsledek výběrového řízení, kterým žadatelé projdou na krajském úřadě. Pokud daná pojišťovna souhlasí s uzavřením smlouvy, je nutné vyčkat na přidělení IČZ neboli identifikační číslo zařízení a IČP neboli identifikační číslo pracoviště. Identifikační údaje o novém pracovišti si další pojišťovny mezi sebou předají. Po přidělení IČZ a IČP je nutné vyřídit podpisový certifikát, s tímto většinou pomáhá dodavatel zdravotního systému, ve kterém bude CDZ-OL vykazovat své výkony. Podpisový certifikát je důležitý pro lékaře-psychiatra. Zdravotní pojišťovna pošle rámcovou smlouvu, která určuje parametry systematické spolupráce mezi zdravotnickým zařízením odborností 355 a danou pojišťovnou. Společně s rámcovou smlouvou bude zaslán úhradový dodatek, který bude určovat cenu bodu k odbornosti 355. Úhradový dodatek je každý rok aktualizován. Těmito dokumenty se nastavuje spolupráce mezi pojišťovnou a zdravotní částí týmu zařízení na jeden celý rok. V případě rámcové smlouvy na delší úsek.

K vyúčtování zdravotní péče je žádoucí využívat portál zdravotních pojišťoven. Ten slouží k vyúčtování zdravotní péče. V případě, že zdravotnické zařízení bude provozovatelem i sociální části je nutné doložit registraci o sociální rehabilitaci. Pro případ, že na zřízení se budou podílet dvě organizace tak je nutné doložit pojišťovně partnerskou smlouvu mezi organizacemi a registraci sociální rehabilitace u sociálního partnera CDZ-OL.²⁵

6.2. Financování sociální části

Způsob financování služeb je stanoven Zákonem 108/2006 o sociálních službách. Hlavní 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 to 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

²⁴ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

²⁵ Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

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.

Dotačního řízení se mohou zúčastnit 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 3.2. 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 podmíněně spolufinancováním 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 zapsáni 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 žádostí o dotace a poskytovat bezplatně tento program krajským úřadům a poskytovatelům sociálních služeb zapsaných v registru podle § 85 odst. 1 Zákona o sociálních službách. 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 výše finanční podpory²⁶. V současnosti Ministerstvo práce a sociálních věcí poskytuje krajům a registrovaným službám k používání aplikaci „OKsystém“ pro poskytovatele „OKslužby-poskytovatel“.²⁷

Dotační řízení vyhlašuje vždy příslušně místní krajský úřad, který si stanovuje termín odevzdání žádosti o dotaci. Informace o dotačním řízení jsou 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.²⁸

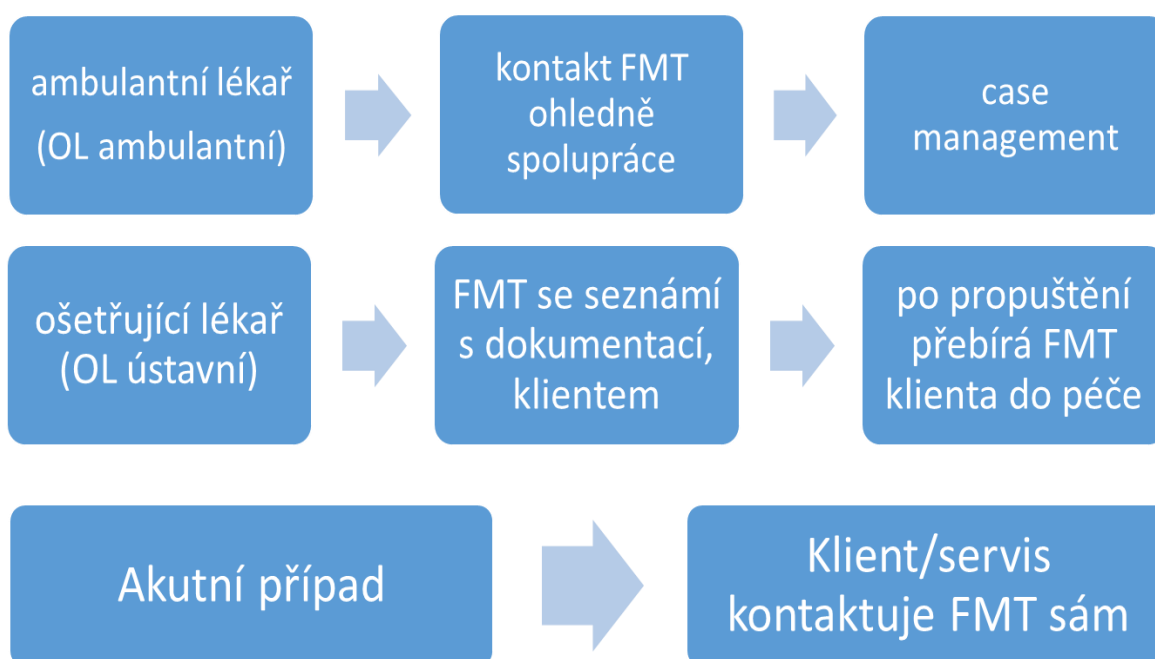
²⁶ Zákon č. 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách*.

²⁷ <https://www.mpsv.cz/web/cz/informace-o-aplikaci>

²⁸ *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ*. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

7. Přímá práce s osobami s OL

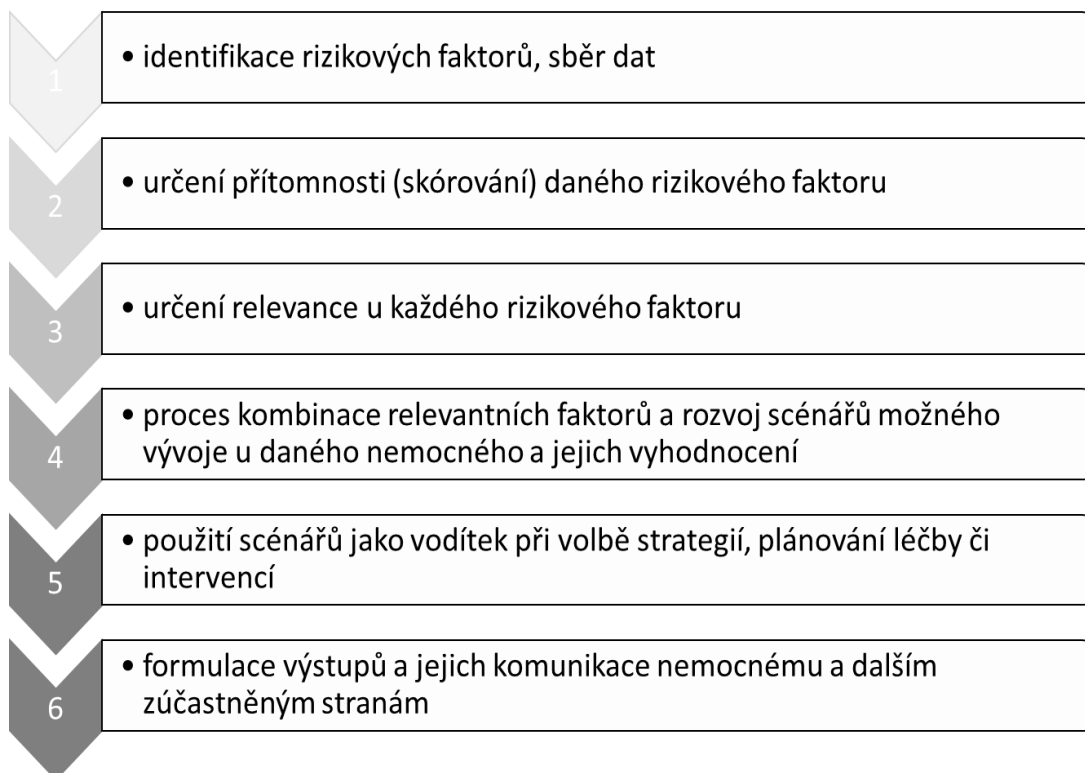
7.1. Rozhodování o přijetí klienta (FMT – dříve používáno pro CDZ-OL)



O přijetí klienta rozhoduje celý CDZ-OL na základě komplexního zhodnocení rizikovosti, dostupných služeb, možnosti realizovat plán zvládnutí rizik. O přijetí může být často rozhodnuto na základně požadavku soudu, státního zastupitelství, pracovníků jiných služeb, lékařů či dokonce na základě žádosti samotných klientů.

Každý klient bude po přijetí do ochranného léčení hodnocen pomocí nástrojů na RA (každý klient: HCR 20, SAPROF, pacient s nařízeným OL sexuologickou HCR 20, SAPROF a SVR). RA je přehodnocovaný v 6měsíčních intervalech. Na základě RA bude klient zařazen do jedné ze tří skupin: vysoké riziko, mírné riziko, nízké riziko. V lůžkovém zařízení bude vypracovaný individualizovaný plán zvládnutí rizika s cílem snížení rizik v identifikovaných oblastech a posílení protektivních faktorů. Cílem projektu je validizace nástrojů v jejich českých verzích.

STRUKTUROVANÉ KLINICKÉ HODNOCENÍ



V hodnocení rizika je použit postup strukturovaného klinického hodnocení, kdy cílem je vypracování takového plánu léčby či intervencí, který vede ke snížení rizikosti v intervenovatelných oblastech.

V následujících přehledech je uvedeno povinné užití nástrojů u daných subpopulací nemocných.

Ochranné léčení psychiatrické (kombinované) HCR20, SAPROF			
MÍRA RIZIKA	DOBA NA LŮŽKU	Dojde-li ke snížení RA	Zůstane-li RA stejný
Vysoká	18-24 měsíců	Předání CDZ-OL za jeho zapojení do sestavení plánu	Návrh na zabezpečovací detenci
Mírná	12–18 měsíců	Předání do CDZ-OL (případně zapojení do plánu) nebo ambulance a informování CDZ-OL	Kontakt CDZ-OL a spolupráce při vypracování individuálního plánu
Nízká	3-12 měsíců	Předání do ambulance a informování CDZ-OL	Předání CDZ-OL

V individuálních případech je možné zkrácení či naopak prodloužení uváděných indikativních dob hospitalizace.

Ochranné léčení sexuologické SVR20, SAPROF			
MÍRA RIZIKA	DOBA NA LŮŽKU	Dojde-li ke snížení RA	Zůstane-li RA stejný
Vysoká	24 měsíců	Předání CDZ-OL a zapojení do sestavení plánu	Návrh na zabezpečovací detenci
Mírná	12–18 měsíců	Předání do CDZ-OL nebo ambulance a informování CDZ OL	Kontakt CDZ-OL a spolupráce při vypracování individuálního plánu
Nízká	6 měsíců	Předání do ambulance a informování CDZ-OL	Předání CDZ-OL



Ochranné léčení protitoxikomanické a protialkoholní HCR20, SAPROF			
MÍRA RIZIKA	DOBA NA LŮŽKU	Dojde-li ke snížení RA	Zůstane-li RA stejný
Vysoká	12 (18) měsíce	Předání CDZ-OL a jeho zapojení do sestavení plánu	Návrh na zabezpečovací detenci
Mírná	6-12 měsíců	Předání do CDZ-OL nebo ambulance a informování CDZ-OL	Kontakt CDZ-OL a spolupráce při vypracování individuálního plánu
Nízká	3 měsíce	Předání do ambulance a informování CDZ-OL	Předání CDZ-OL

Do péče CDZ-OL se mohou klienti dostávat různými cestami. Mohou to být klienti, kteří CDZ OL vyhledají sami, dále klienti referovaní od ambulantních psychiatrů či ústavních lékařů k zhodnocení rizikovosti. Do péče CDZ-OL se mohou dostat i „čekatelé“ na OL v rámci konzultační činnosti ke zhodnocení rizikovosti a nastavení terapeutického plánu zvláště v oblasti zvládnání rizika. V indikovaných případech může CDZ-OL pracovat s mladistvými ve spolupráci s pedopsychiatrem. Zde se bude jednat především o RA mladistvých delikventů.

Do péče CDZ-OL by se neměl dostat klient, který je identifikován jako vysoce rizikový pro sebe nebo své okolí (kde je zapotřebí policejní účast/okamžitá hospitalizace) a

klient, u kterého není identifikovatelné riziko související s duševním onemocněním či poruchou

7.2. Určení klíčového pracovníka

Pokud je rozhodnuto, že CDZ-OL klienta přijímá, je zapotřebí určit klíčového pracovníka. Je výhodné, pokud klíčovým pracovníkem je osoba, která má 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. Pokud jde více o sociální problematiku, sociální pracovník. Potřeby klienta se však během práce s ním mohou značně proměňovat. To nicméně neznamená, že je potřeba měnit klíčového pracovníka.

7.3. Navazování kontaktu s klientem

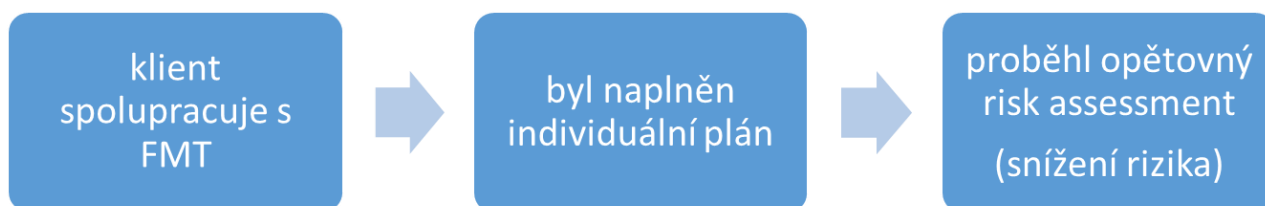
Prvním úkolem určeného klíčového pracovníka je navázat dobrý, partnerský kontakt s klientem. Zvláště v případě, kdy klient sám o péči CDZ-OL nežadá, možná ji dokonce odmítá, může jít o dlouhodobější, velmi citlivou práci. Je potřeba najít způsob komunikace, který podpoří klientovu důvěru v pracovníka.

7.4. Vypracování plánu zvládnutí rizika

Plán toho, co CDZ-OL může klientovi nabídnout, v čem jej bude podporovat, nazývají týmy různě. Plán zvládnutí rizika, rehabilitační plán, terapeutický plán, plán podpory a pomoci, osobní plán klienta atd. Není až tak důležitý název, ale proces, jak se takový plán vypracuje. Tento postup je součástí procesu Strukturovaného klinického hodnocení, probíhá v 7 krocích.

Plán je potřeba průběžně vyhodnocovat, flexibilně přizpůsobovat. Hodnocení plánu by mělo probíhat nejméně 1x za půl roku.

7.5. Propouštění klienta je možné poté, když dojde ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, klient je adaptovaný ve svém sociálním prostředí, jeho rizika zůstávají setrvale na nízké úrovni a soud rozhodl o ukončení výkonu ambulantního léčení.



7.6. Plán rozvolňování, propouštění klienta ze služby

Aby byl proces zotavení klienta efektivní, musí být tým CDZ-OL schopen poskytnout včasnou podporu a pomoc klientům. Musí umět účelně zacházet se svými kapacitami a zvažovat priority. Tým CDZ má různé nástroje k hodnocení potřebnosti péče. Klient musí být propuštěn ze služby bezpečně. V rámci propouštění klienta je důležité zvážit a případně stanovit mechanismy, kterými může poskytnout podporu v budoucnu v případě krize a nutnosti znovu přijetí klienta do služby

Specifika této cílové skupiny mají velký vliv i na propouštění klienta ze služby. Mimo proces zotavení má rozhodující vliv i soud, který rozhoduje o délce a podobě ochranné léčby, což je vlastně formálně jediný možný způsob ukončení služby. Ukončení

ochranné léčby, ale nemusí být důvodem k ukončení spolupráce klienta se službou CDZ OL.

Možné důvody pro ukončení:

- Soud rozhodl o ukončení výkonu ambulantního OL na základě stabilizace a nízké úrovně rizika
- Přeražení ochranné léčby (místně i odborně)

Důvody k ukončení služby po ústavním rozhodnutí o ukončení OL:

- U klienta došlo k zotavení a již nespadá do cílové skupiny
- Klient nepotřebuje intenzivní komplexní péči v CDZ-OL²⁹

Ke sporným momentům může docházet, když klient porušuje pravidla služby takovým způsobem, který by za normálních okolností vedl k ukončení služby.³⁰ V těchto případech není možné ukončit službu, ale je nutné podat informaci vedoucímu CDZ-OL. Vzhledem k náročnosti takové situace se doporučuje mít předem připravené postupy a nastavenou spolupráci s celým týmem CDZ-OL.

Ukončení spolupráce s klientem by mělo být předmětem pravidelných schůzí týmu. Je dobré vnímat propuštění klienta ze služby jako proces, na který je třeba se s klientem připravit, pečlivě plánovat kroky včetně možnosti využití zdrojů podpory mimo CDZ-OL. Ukončovací proces obvykle trvá 3–6 měsíců. Klient může kdykoliv spolupráci obnovit.³¹

7.7. Princip Zotavení

Během posledních let v Evropě i v ČR došlo ke změně přístupu u poskytovatelů služeb směrem k podpoře potřeb u osob s duševním onemocněním. Princip zotavení (recovery) se zaměřuje na osobní cíle klienta, klade důraz na autonomii a podporuje jeho spoluúčast při léčbě. To může být vnímáno jako posun paradigmatu směrem k přístupu, který se zaměřuje na silné stránky osob s duševním onemocněním nikoliv na pouhou kontrolu symptomů. To vše transformuje celou podstatu péče o duševní zdraví. Léčba se zaměřuje na to, co člověk chce, vyžaduje, po čem touží, sní, a podporuje znalosti, dovednosti a vlastnosti jedince tak, aby jeho rozvoj vedl k uzdravení. Přístup zaměřený na silné stránky člověka zkoumá, jak vytvořit novou životní energii, aktivizovat přirozenou pomoc a podpůrné sítě, jakožto součást řešení problému. Od prvního kontaktu, přes zpracování diagnózy k pojmenování cílů, realizaci intervencí a vyhodnocení je celý proces pomoci založen na předpokladu, že lidé mají kapacitu a prostor k růstu, změně a zotavení, a to i v tzv. chronickém stavu onemocnění.³² Každý proces zotavení je individuální a neustále se vyvíjí. Je to jediná cesta, která vede k plnohodnotnému životu u osob s duševním onemocněním. Pokud mají poskytovatelé služeb a multidisciplinární týmy efektivně zavádět kulturu zotavení do své každodenní činnosti i do řídicích a plánovacích mechanismů, je důležité, aby

²⁹ Základní principy péče poskytované Forezním multidisciplinárním týmem. (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

³⁰ Solařová, Hana, manažerka sociálních služeb, Green Doors z.ú., [ústní sdělení]

³¹ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

³² Zavádění kultury zotavení do multidisciplinárních týmů. (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

byly vybaveny dostatečnou znalostí a porozuměním problematice principu zotavení ve všech jejích aspektech. Přístup recovery klade velký důraz na ztrátu smyslu a trauma z následků onemocnění jako zásadní překážku v zotavení z duševního onemocnění. Jedním z hlavních traumat je dozajista stigmatizace a sebestigmatizace, která negativně ovlivňuje kvalitu života klienta, 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.³³

8. Dokumentace

8.1. Zdravotní dokumentace

Zdravotničtí pracovníci mají přesná pravidla na vedení dokumentace. Záznamy o vedení dokumentace musí být v souladu s platnou legislativou (Zákon č. 372/2011 Sb.). Existují různé programy elektronického vedení dokumentace (nejčastěji používaný software Hippo). Kromě vedení elektronické dokumentace je třeba vést dokumentaci také v papírové podobě.³⁴

Zdravotnická dokumentace, včetně jejích samostatných součástí, musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována. Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie pacient, osoba pověřená pacientem, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta a osoby blízké zemřelému. Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou bez jeho souhlasu nahlížet, jestliže je to v zájmu pacienta v nezbytném rozsahu, osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a jiní odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele, a další zaměstnanci poskytovatele v rozsahu nezbytně nutném pro výkon povolání, další subjekty spolupracující se zařízením (např. Národní ústav pro kontrolu léčiv). Osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka nemohou do dokumentace nahlížet, jestliže pacient nahlížení prokazatelně zakázal. Každý zápis do zdravotnické dokumentace musí obsahovat datum provedení zápisu a identifikační údaje zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který záznam provedl.³⁵

Obsah zdravotnické dokumentace:

- Identifikační údaje poskytovatele (jméno, příjmení/název poskytovatele, adresa místa poskytování zdravotních služeb/adresa sídla, název oddělení) v případě fyzické osoby
- Identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, datum narození, číslo pojištěnce, kód zdravotní pojišťovny, adresa trvalého pobytu)
- Pohlaví pacienta
- Jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace
- Datum provedení zápisu, datum a čas poskytnutí neodkladné zdravotní péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta

³³ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

³⁴ Základní principy péče poskytované Adiktologickými multidisciplinárními týmy (AMT). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

³⁵ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách

- Razítko poskytovatele, jde-li o součást zdravotnické dokumentace, která je předávána pacientovi (nebo jiné fyzické nebo právnické osobě, která je oprávněna zdravotnickou dokumentací převzít)
- Informace o tom, zda jde o pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům³⁶

8.2. Sociální dokumentace

Vedení sociální dokumentace se primárně řídí dle Standardu kvality sociálních služeb č. 6:

- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
- Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby.
- Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.³⁷

Sociální dokumentace je vedena paralelně se zdravotní dokumentací, obě složky jsou částečně odděleny. Každý klient má v uzamčené kartotéce svoji „kapsu“ na dokumentaci a v té má obsaženy obě složky. Dokumentace může být vedena částečně v písemné podobě a částečně v elektronické podobě. Vedení dokumentace sociálních služeb umožňuje vést anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter služby nebo na žádost osoby, které je služba poskytnuta. V případě ochranné léčby není anonymní evidence jednotlivých osob možná. Optimální je spojení zadání pro zdravotní a sociální služby do funkční podoby dokumentace, která bude úplná, srozumitelná, vedená v reálném čase a dostupná všem členům týmu.

Požadovaný obsah dokumentace vedený ve spolupráci s klienty:

- Souhlas s poskytnutím osobních a citlivých údajů pro využívání služeb CDZ-OL dle Zákona o ochraně osobních údajů³⁸
- Smlouva o spolupráci – Smlouva obsahuje tyto náležitosti:
 - a) označení smluvních stran,
 - b) druh sociální služby,
 - c) rozsah poskytování sociální služby,
 - d) místo a čas poskytování sociální služby,
 - e) výši úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanovené v § 73 až 77 a způsob jejího placení, včetně způsobu vyúčtování,

³⁶ Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách.

³⁷ Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

³⁸ Zákon č. 101/2000 Sb. Zákon o ochraně osobních údajů.

- f) ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb,
- g) výpovědní důvody a výpovědní lhůty,
- h) dobu platnosti smlouvy.

- Seznámení klientů s předpisy – Pravidla poskytování služby, Předpis řešení stížností
- Individuální plán - dle zákona o soc. službách č. 108/2006 Sb., jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni: plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů.
- Protikrizový plán³⁹

Sdílení dokumentace celým týmem je umožněno souhlasem klienta/zákonného zástupce (podepsáním souhlasu o sdílení informací). Pokud nelze souhlas klienta zajistit, je i tak služba CDZ-OL klientovi poskytována a dokumentace je sdílena v rozsahu umožněném legislativou platnou pro sociálně-zdravotnická zařízení. Nezbytným kritériem pro fungování služby CDZ-OL je mlčenlivost.⁴⁰ 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.⁴¹

9. Spolupráce s dalšími specifickými službami

Za účelem zajištění kontinuity péče, předcházení a zkracování hospitalizací, zajištění bezpečného propuštění z péče týmu je zapotřebí intenzivní spolupráce s dalšími sociálními a zdravotními službami v dané spádové oblasti. Klíčová je spolupráce s ambulantními psychiatry v oblasti a spolupráce se spádovými lůžkovými zařízeními (psychiatrická oddělení a psychiatrické nemocnice). Jsou různé způsoby spolupráce s ambulantními psychiatry týmu (ošetřujícím specialistou) klienta. Existuje praxe, že klient zůstává v plné péči svého ambulantního psychiatra a psychiatr týmu je jakýmsi

³⁹ Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.

⁴⁰ Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, § 100

⁴¹ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

stínovým psychiatrem po dobu péče týmu. Existuje i praxe opačná, že po dobu, kdy je klient v péči týmu, je psychiatr týmu jeho “hlavním ošetřujícím psychiatrem”. Nadále však existuje průběžná spolupráce a informování původního psychiatra klienta (pokud takový existuje). Většina týmů dává spíše přednost druhé variantě. Pokud klient zatím není v péči týmu (a spadá do cílové skupiny), měl by s ním být už během jeho hospitalizace navázán potřebný intenzivní kontakt, a to tak, aby, mimo jiné, jeho hospitalizace mohla být, pokud možno zkrácena na nezbytně nutnou dobu. V případě dlouhodobě hospitalizovaných je nutno společně s lůžkovým zařízením (pobytovým zařízením sociálních služeb) pracovat na klientově včasném, avšak bezpečném propuštění. Aktuálně existují příklady různých forem spolupráce týmu s lůžkovými zařízeními, jde např. o pravidelná setkávání v rozmezí jednoho i více měsíců v rámci primářských porad a o poměrně intenzivní setkávání i jednou týdně, s intenzivní spoluprací s celým týmem lůžkového poskytovatele zdravotní péče.

V případě CDZ-OL je zásadní kvalitní spolupráce s místně příslušným soudem, jeho informování o plánovaných krocích, konzultační činnost v případě nařizování nových OL ambulantních i ústavních, účast členů týmu při přípravě na propuštění v případě ústavního léčení.

Změna směřující k větší propojenosti všech složek péče o duševně nemocné je otázkou změny přístupu a postupně celkové filozofie péče o duševně nemocné v ČR. Nicméně z existujících příkladů dobré praxe je zřetelné, že samotné týmy mohou svojí proaktivitou a otevřeností dosáhnout pozitivních výsledků a změn v oblasti propojení, sladění a koordinace s dalšími službami. Musí však tomuto tématu věnovat dostatek sil a cílené pozornosti a mít i dostatek “frustrační” kapacity překonávat počáteční případné překážky či nedorozumění, odlišnosti v přístupu. Praxe jasně ukazuje, že konkrétní společná, praktická a pragmatická práce kolem jednoho konkrétního klienta je zřetelně lepším řešením než obecné teoretické disputace. Velmi prospěšné je, pokud existuje i personální propojení spádových lůžkových zařízení a týmu, například práce psychiatra či sestry lůžkového poskytovatele zdravotní péče v týmu alespoň na částečný úvazek. Jako velmi prospěšné se ukazují i vzájemné, ideálně dlouhodobější, vzájemné stáže. Tato role spočívá v předcházení hospitalizacím. Když však k hospitalizaci dojde, tak spočívá jejich role i ve zkrácení hospitalizace na minimum. Toho bez dobré spolupráce a vzájemné podpory a porozumění s týmem lůžkového zařízení dosáhnout nelze.

V neposlední řadě je důležitá i spolupráce s praktickým lékařem klienta. Je důležité zajistit péči o jeho celkový zdravotní stav. Je známo, že péče o somatické zdraví (včetně stomatologického) je zvláště u klientů s OL zanedbávána, než je tomu u majoritní společnosti. Praktický lékař může i zajišťovat z velké míry následnou péči o klienta po jeho propuštění z péče týmu (případně i jeho rychlé napojení na tým, pokud by bylo v budoucnu potřeba). Možností je i tak zvaná “joint work”, tedy paralelní práce, respektive 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, díky dobrému vedení praktickým lékařem, respektive díky odborné podpoře ze strany týmu (případně i ze strany ambulantního specialisty – psychiatra). Tato spolupráce je žádoucí a efektivní. Pro její posílení by však bylo potřeba motivovat zúčastněné prostřednictvím zdravotních pojišťoven.

Podstatným rysem práce týmu je to, aby klienti službu týmu potřebovali po co nejkratší dobu a aby mohli využívat všechny možnosti pomoci a podpory, které jsou běžně

dostupné v daném území (komunitě) pro všechny ostatní obyvatele. To jednak znamená, aby tyto zdroje byly klientům přístupné, a jednak aby se je klienti naučili využívat. Je obecná shoda v tom, že podpora CDZ-OL má být jasně cílená na individuální potřeby konkrétního klienta. Má být maximální snaha o to, aby to, co klienti potřebují ke svému kvalitnímu životu (včetně denních programů, tréninku dovedností atd.), probíhalo v co nejběžnějších podmínkách a místech. Tým má co nejvíc předcházet tomu, aby klienti žili v paralelním světě “služeb duševního zdraví” (denní programy, denní centra, chráněné bydlení, chráněné dílny, sociálně terapeutické dílny atd.), ba dokonce aby na nich byli v podstatě závislí. Závislost lze tolerovat pouze dočasně s perspektivou budoucí nezávislosti. Za tímto účelem tým musí pracovat na identifikování potřebných zdrojů komunity, a i pracovat s nimi tak, aby k jejich klientům byly vstřícné a potřebně podpůrné (včetně práce na odstraňování stigma a předsudků). Důležitá je spolupráce s pracovníky místní samosprávy odpovědnými např. za posuzování příspěvku na bydlení, přidělování sociálních bytů, s kurátory, opatrovníky, s místní i státní policií i s dalšími místními službami. Osvědčila se např. pravidelná setkání se zástupci samosprávy a místních služeb, při kterých se hledají řešení konkrétních i modelových situací. Při tomto je také úkolem týmu informovat všechny spolupracující subjekty o specifikách daného nemocného a být k dispozici ke konzultační činnosti.

Seznam užitečných kontaktů

Krizové linky

Linka důvěry CKI (Psychiatrická nemocnice Bohnice): **284 016 666** nonstop anonymní krizová pomoc pro dospělé

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

Pražská linka důvěry: 222 580 697 Poskytuje volajícím nonstop telefonickou krizovou pomoc a základní poradenství.

Národní linka pro odvykání: 800 350 000 Poskytuje bezplatné služby dospělým a mládeži (od 15 let), kteří potřebují pomoc s nadužíváním návykových látek a jejich blízkým.

Telefonní linka krizové intervence Projekt Parafilik (NUDZ): 317 071 668 nabízí službu krizové intervence pro lidi s problematickým sexuálním nastavením a jejich blízké.

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

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

Právní poradna APAS - Asociace poskytovatelů adiktologických služeb, z.s.

Poskytujeme právní pomoc ve všech odvětvích práva, zejména v oblasti práva trestního, občanského, rodinného, pracovního a zdravotnického.

Koněvova 1929/95

130 00 Praha 3 - Žižkov

tel.: 222 582 932

mobil: 736 760 701

E-mail: ppano@asociace.org

Člověk v tísní, o. p. s.

Šafaříkova 635/24

120 00, Praha 2

Telefon: +420 778 498 314

E-mail: mail@clovekvtsni.cz

Dostupnost na telefonu: Po - Pá, 9 - 16:00

Rubikon centrum: Nestátní nezisková organizace. Pomáhá lidem, kteří se rozhodli překročit svou trestní minulost.

Pobočka Praha: +420 739 470 408

- Hlavní kancelář Praha

Novákových 439/6, 180 00 Praha 8
(dostupné od 10:00 – 15:00 hodin)

- Pobočka Ostrava

U Tiskárny 3, 702 00 Ostrava
+420 778 749 778

- Kontaktní místo Cheb

Lidická 1525/2, 350 02 Cheb
+420 734 590 941

- Pobočka Chodov (okres Sokolov)

Vítězná 624, 357 35, Chodov
+420 734 590 941

Zde na tomto webu najdete přehled pomáhajících organizací v trestní justici v České republice napříč všemi kraji: <https://www.rubikoncentrum.cz/mapa-organizaci/>



Zdroje

- Anders M., et al. (eds.) Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP, 2018, [Online] <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/>.
- Ehler, E, a kol. Náklady na poruchy mozku v České republice. Česká a Slovenská Neurologie. 2013, 3, 282–291.
- Kagström A, a kol. The treatment gap for mental disorders and associated factors in the Czech Republic. Eur Psychiatry. 2019, 59, 37-43. doi: 10.1016/j.eurpsy.2019.04.003.
- Kinoshita, Y., a kol. Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Sep 13;2013(9):CD008297. doi: 10.1002/14651858.CD008297.pub2.
- Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Apr 13;(4):CD001089. doi: 10.1002/14651858.CD001089.pub2.
- Martín-Pérez C. a kol. Severe Mental Illness in Community Mental Health Care in Spain. Prevalence and Related Factors. J. Nerv. Ment. Dis. 2019, 207(2), 106-111.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. Pojistněmatematická zpráva o důchodovém pojištění 2014. www.mpsv.cz. [Online] https://www.mpsv.cz/documents/20142/372765/PMZ_2014_final.pdf/642713cb-f2e9-bb85-ef6e-50f9e1c101c3
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. Strategie reformy psychiatrické péče. 2013, [Online] <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/strategie-reformy-psychiatricke-pece>
- Murphy S. et al. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. (2015) Cochrane Database Syst Rev. Dec 3;2015(12):CD001087. doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub5.
- Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním, Praha: TRASS. 2013.
- Pec O. Mental health reforms in the Czech Republic. BJPsych Int. 2019, 16(1), 4-6. doi: 10.1192/bji.2017.27.
- Raboch J., Wenigová B. et al. Mapování stavu psychiatrické péče. Praha: ČPS, 2012,
- Ruggeri M. a kol. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. BJPsych. 2000, 177, 149-155.
- Úřad vlády ČR. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030. 2020 [Online] https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/ma_kornbl59yrjo.pdf
- Winkler, P. (ed.). Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenosti a doporučení. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013.
- Winkler P, Formánek T, Mladá K, Cermakova P. The CZEch Mental health Study (CZEMS): Study rationale, design, and methods. Int J Methods Psychiatr Res. 2018 Sep;27(3): e1728. doi: 10.1002/mpr.1728.
- WHO Regional Office for Europe. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. 2015, [Online] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175672>

- Kolitsch. K., Horová. E., Spálenková. M., Dvořáková. M., Teslíková. A., Jamarová. L., Pfeifer. J. 2022. Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha. [online] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/doporucene-postupy-pro-vznik-novych-cdz/>
- Matoušek, O., Koláčková, J., & Kodymová, P. (2005). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2022. Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro pacienty/klienty s nařízeným ochranným léčením (CDZ-OL). Praha.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2020. Základní principy péče poskytované Forezním multidisciplinárním týmem – principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz. Praha.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2017. Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví. [online]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_2_2017_CDZ.pdf/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2019). Průvodce reformou psychiatrické péče. Praha. [online]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2022). Zapojování rodin do multidisciplinární spolupráce. Dobrá praxe v Karlovarském kraji. Praha.
- 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-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>
- Pfeiffer. J., Svačina. G., Povolná. K., Mikulenk. J., Loudová. M., Říčánková. S. 2022. Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/centrum-dusevniho-zdravi-jeho-role-v-systemu-pece>
- Pfeifer. J., Krbcová Mašínová. L., Krejčí. T., Fojtíček. M. (2022). Zavádění kultury zotavení do multidisciplinárních týmů a organizací. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha.
- Psychiatrická společnost ČLS JEP. (2017). Malý průvodce reformou psychiatrické péče. Praha. Galén, spol. s r.o., [online]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8D.pdf>
- Solařová, Hana, manažerka sociálních služeb, Green Doors z.ú.
- Stuchlík, J. (2001). Asertivní komunitní léčba a case management. (2001). Praha: Fokus Praha.
- Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.
- Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách.
- Zákon č. 101/2000 Sb. Zákon o ochraně osobních údajů.



- Zákon č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- <https://www.mpsv.cz/web/cz/informace-o-aplikaci>
- <https://www.reformapsychiatrie.cz>

Na textu se podíleli: Martina Vňuková, Ph.D., Mgr. Karel Kolitsch, Mgr. Eva Horová, Mgr. Michaela Spálenková, Mgr. Dita Horová, Mgr. Miloslava Vlková