



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Evaluace projektů Reformy psychiatrické péče – ČÁST A

Evaluace projektu „Podpora vzniku Center
duševního zdraví I“

**TECHNICKÁ PŘÍLOHA ZÁVĚREČNÉ EVALUAČNÍ
ZPRÁVY**

Datum: 28. 2. 2021



Evaluation Advisory
Central Europe

Zpracovatel:

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

Zadavatel:

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



Obsah

Seznam použitých zkratk	3
1 Scénáře rozhovorů s realizačním týmem projektu	5
1.1 Scénáře rozhovorů s realizačním týmem projektu uskutečněných pro Vstupní evaluační zprávu	5
1.2 Scénář rozhovoru s realizačním týmem projektu uskutečněným pro Průběžnou evaluační zprávu	7
2 Scénáře rozhovorů pro případové studie	9
3 Scénáře rozhovorů doplňujících případové studie	13
4 Případové studie jednotlivých CDZ	15
4.1 CDZ v Přerově	15
4.1.1 Případová studie CDZ v Přerově	15
4.1.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ v Přerově	23
4.2 CDZ v Havlíčkově Brodě	74
4.2.1 Případová studie CDZ v Havlíčkově Brodě	74
4.2.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ v Havlíčkově Brodě	85
4.3 CDZ Brno	138
4.3.1 Případová studie CDZ Brno	138
4.3.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ Brno	138
4.4 CDZ pro Prahu 9	164
4.4.1 Případová studie CDZ pro Prahu 9	164
4.4.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ pro Prahu 9	175
4.5 CDZ pro Prahu 10	218
4.5.1 Případová studie CDZ pro Prahu 10	218
4.5.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ pro Prahu 10	226
5 Definice indikátorů uváděných v textu zprávy	242



Seznam použitých zkratk

AKČR	Asociace krajů České republiky
CDZ	Centrum duševního zdraví
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z. s.
CS	Cílová skupina
ČR	Česká republika
ESF	Evropský sociální fond
ESIF	Evropské strukturální a investiční fondy
FP	Finanční plán
GDPR	Obecné nařízení o ochraně osobních údajů
HDP	Hrubý domácí produkt
IDI	Individuální hloubkový rozhovor
ISPV	Informační systém o průměrném výdělku
IZS	Integrovaný záchranný systém
KA	Klíčová aktivita
MF	Ministerstvo financí České republiky
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MO	Ministerstvo obrany České republiky
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MSp	Ministerstvo spravedlnosti
MZd	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NAPAN+	Aktualizace a pokračování Národního akčního plánu pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění.
NRHZS	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OEF	Odbor evropských fondů a investičního rozvoje
OPZ	Operační program Zaměstnanost
OSS	Organizační složka státu
PO	Příspěvková organizace
PO OSS	Příspěvková organizace řízená organizační složkou státu
PP	Psychiatrická péče
PS	Případová studie
ŘO	Řídící orgán



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

ŘO OPZ	Řídící orgán Operačního programu Zaměstnanost
SMI	Severe (Serious) Mental Illness (překl. vážné duševní onemocnění)
SZP	Svaz zdravotních pojišťoven
ÚOOÚ	Úřad pro ochranu osobních údajů
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZoR	Zpráva o realizaci projektu
ŽoP	Žádost o platbu



1 Scénáře rozhovorů s realizačním týmem projektu

1.1 Scénáře rozhovorů s realizačním týmem projektu uskutečněných pro Vstupní evaluační zprávu

Scénář rozhovoru s pracovníky odpovědnými za administraci projektu

1. Hodnocení vazby intervencí projektu k relevantním strategiím

- 1.1. Projekt implementuje část Strategie reformy psychiatrické péče. Do jaké míry je pro realizační tým projektu tento kontext rozhodující? Jaké konkrétní dopady má na práci realizačního týmu tento fakt?
- 1.2. Jsou nějaké další strategie, které mají dopady na konkrétní realizaci projektu (je nějaká praktická vazba na další strategie)?

2. Hodnocení celkového řízení projektu

- 2.1. Můžete popsat způsob, jakým bylo zajištěno řízení projektu? Na základě jakých zkušeností byl sestavován realizační tým a vzájemné vazby mezi jeho jednotlivými členy?
- 2.2. Ukázaly se kapacity realizačního týmu projektu nastavené v žádosti o podporu jako adekvátní? Pokud nikoli, co v praxi konkrétně bylo vhodné udělat jinak, než bylo plánováno?
- 2.3. Jaká vnímáte pozitiva nastaveného systému řízení, jaká negativa?
- 2.4. Do jaké míry ovlivňují řízení projektu (a jeho administraci) pravidla OPZ? Jaké problémy přinesla pravidla OPZ pro realizaci projektu? Jak se Vám spolupracuje s ŘO OPZ? Pokud byste mohli změnit nějaká pravidla OPZ s ohledem na projekt (tj. s cílem, aby jeho administrace probíhala kvalitněji), která byste doporučovali změnit?

3. Hodnocení koordinace mechanismů a procesů mezi projektem a jinými programy/politikami

- 3.1. Do jakých koordinačních mechanismů mezi projektem a jinými programy/politikami/plány jste konkrétně jako realizační tým zapojeni? (např. AP Zdraví 2020)
- 3.2. Jak se vyvíjela a jak úspěšná je v současné době spolupráce s ostatními rezorty (MMR a MPSV) při implementaci Strategie reformy psychiatrické péče?
- 3.3. Jaký dopad mají koordinační mechanismy na realizaci projektu?

4. Hodnocení věcného pokroku a finanční výkonnosti projektu

- 4.1. Můžete popsat důvody, proč MZd změnilo původní koncepci spočívající ve výběru provozovatelů CDZ prostřednictvím veřejné zakázky?
- 4.2. Jak a jak dlouho probíhala příprava dotačního mechanismu pro provozovatele CDZ?
- 4.3. Jaké kroky muselo MZd učinit, aby se dotační výzva pro provozovatele CDZ setkala s dostatečným zájmem na straně oprávněných žadatelů o dotaci? Jaké byly bariéry zájmu a skutečného podání žádostí o dotaci?



- 4.4. Jak probíhaly vznik CDZ a pilotní provoz ve skupině CDZ I? S jakými problémy jste se potýkali jakožto realizační tým, co se naopak realizačnímu týmu osvědčilo?
- 4.5. Jaké vidíte finanční parametry provozu CDZ? Byla dotace na provoz dostatečná? Ukázala praxe, že stanovené podmínky (maximální dotace 14,9 mil. Kč bez rozdělení na zdravotní a sociální služby) byly adekvátní?
- 4.6. Jak hodnotíte věcný pokrok projektu, a to v provádění aktivit i co se týče naplňování stanovených indikátorů projektu?
- 4.7. Jak celkově hodnotíte finanční pokrok projektu? A to jak v čase (pomalý nástup čerpání), tak celkově?

Scénář rozhovoru s odborným gestorem projektu

1. Hodnocení vazby intervencí projektu k relevantním strategiím

- 1.1. Projekt implementuje část Strategie reformy psychiatrické péče. Jaké konkrétní dopady má na práci gestora tento fakt?
- 1.2. Jsou nějaké další strategie, které mají dopady na konkrétní realizaci projektu (je nějaká praktická vazba na další strategie)?

2. Hodnocení celkového řízení projektu

- 2.1. Jak vnímáte svoje zapojení do řízení projektu? S jakými problémy jste se setkal a jaké bylo jejich řešení? Byla časová dotace pro zapojení gestora naplánovaná v projektu v praxi adekvátní?

3. Hodnocení koordinace mechanismů a procesů mezi projektem a jinými programy/politikami

- 3.1. Do jakých koordinačních mechanismů mezi projektem a jinými programy/politikami jste konkrétně jako gestor zapojen?
- 3.2. Jak se vyvíjela a jak úspěšná je v současné době spolupráce s ostatními rezorty (MMR a MPSV) při implementaci Strategie reformy psychiatrické péče?
- 3.3. Jaký dopad mají koordinační mechanismy na realizaci projektu?

4. Hodnocení věcného pokroku a finanční výkonnosti projektu

- 4.1. Je pro věcnou stránku projektu určující, zda jsou provozovatelé CDZ příjemci dotací nebo dodavatelé služeb? Pokud ano, můžete popsat výhody a nevýhody obou variant?
- 4.2. Jak z pohledu odborného gestora vnímáte vznik CDZ a jejich pilotní provoz? S jakými problémy jste se potýkal jako odborný gestor, co se Vám naopak osvědčilo?
- 4.3. Jaké vidíte finanční parametry provozu CDZ? Byla dotace na provoz dostatečná? Ukázala praxe, že stanovené podmínky (maximální dotace 14,9 mil. Kč bez rozdělení na zdravotní a sociální služby) byly adekvátní?



1.2 Scénář rozhovoru s realizačním týmem projektu uskutečněným pro Průběžnou evaluační zprávu

A) Hodnocení celkového řízení projektu

1. Jak se systém řízení projektu a jeho implementace od února 2020 změnil? V čem jsou případné změny pozitivní, co na nich naopak shledáváte jako nevyhovující?
2. Jaké je aktuální nastavení řízení projektu? Jaké jsou jednotlivé aktuální úrovně řízení? Jaké jsou jejich kompetence? S jakou frekvencí se jednotlivé úrovně do řízení zapojují? Existují nějaké problémové okruhy v řízení projektu?
3. Jaká je aktuální struktura realizačního týmu projektu? Jaká je obsazenost vymezených pozic? Jsou kapacity realizačního týmu dostatečné? Pokud ne, v čem nedostačují?
4. V červenci MZd upravilo Metodiku programu podpory Center duševního zdraví II (nyní verze 3.0) a Metodiku programu podpory Center duševního zdraví II / 2 (nyní verze 2.0). Co konkrétně bylo změněno a lze už nyní vyhodnotit, jaké dopady změny měly?

B) Hodnocení věcného pokroku a finanční výkonnosti projektu

5. Můžete popsat, jak se podařilo dokončit pilotní provozy CDZ I? Která konkrétní CDZ si vedla lépe u vybraných charakteristik:
 - Míra dočerpání dotace
 - Míra naplnění indikátorů
 - Míra terénních výkonů
 - Míra vzdělávání zaměstnanců CDZ
 - Komunikační opatření z úrovně CDZ
 - Splnila se očekávání týkající se počtu a charakteru pacientů CDZ? Mají CDZ dostatečnou klientelu?
 - Mají CDZ zajištěné financování po skončení pilotního provozu?
 - Jakou míru podpory poskytuje MZd CDZ, která fungují mimo projekt aktuálně? Je nějaká podpora potřebná? Jaké jsou potřeby těchto CDZ?
6. Můžete popsat pokrok pro skupinu CDZ podpořených v rámci projektu CDZ II? Která konkrétní CDZ si vedou lépe u vybraných charakteristik:
 - Míra úspěšnosti v sestavení týmů
 - Míra úspěšnosti v získávání pacientů
 - Úspěšnost navazování spolupráce se zdravotnickými a sociálními zařízeními v daném území?
 - Míra terénních výkonů
 - Míra čerpání
 - Míra vzdělávání zaměstnanců CDZ
 - Komunikační opatření z úrovně CDZ
7. S jakými problémy (pokud ještě nebyly popsány v rámci předchozích otázek) se potýkala CDZ (CDZ I i CDZ II) v době od února 2020? Jak ovlivnila fungování CDZ epidemie koronaviru? Lze nějaké problémy CDZ připsat jednoznačně na vrub epidemii?
8. Jak se od února 2020 vyvíjela spolupráce s ŘO OPZ? Jaké problémy bylo nutné v daném čase s ŘO OPZ řešit, jak to probíhalo a s jakými výsledky?



9. Jaký je vývoj v realizaci komunikačních opatření ze strany MZd?
10. Jaký je vývoj v realizaci interní evaluace a paralelních externích evaluací, které souvisí s projekty CDZ? Prosíme o podrobnosti či podklady.

C) Hodnocení vazby intervencí projektu k relevantním strategiím

11. Na počátku roku 2020 byl schválen Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030. Změnilo schválení Plánu ze strany vlády ČR nějak postup realizace projektu? Pokud ano, jak konkrétně?
12. Identifikovali jste nějakou novou vazbu na nějaký další strategický dokument na národní úrovni? Má to případně nějaký dopad na realizaci projektu?

D) Hodnocení koordinace mechanismů a procesů mezi projektem a jinými programy/politikami

13. Máte informace o postupu realizace záměru, aby CDZ byla legislativně ukotvená?
 - Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
 - Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
 - Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
14. Probíhá nějaká spolupráce s MPSV ve věci úprav standardů pro CDZ?
15. V rámci projektu „Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné“ realizovaného MZd je cílem spustit provoz multidisciplinárních týmů pro níže uvedené 3 cílové skupiny:
 - adiktologické pacienty,
 - děti a adolescenty s duševním onemocněním,
 - seniory s duševním onemocněním,
 - pacienty s nařízeným ochranným léčením.

Probíhá nějaká koordinace mezi CDZ a připravovanými provozy pro výše uvedené cílové skupiny?
Pokud ano, jakou má tato koordinace podobu?



2 Scénáře rozhovorů pro případové studie

Rozhovor se zástupcem Řídící rady CDZ

1. Motivace k založení CDZ

- 1.1. Proč CDZ vzniklo a co bylo motivací k jeho založení? Kdo za vznikem CDZ stojí?
- 1.2. (Jsou-li poskytovateli zdravotních a sociálních služeb odlišné subjekty) Jak vznikla spolupráce mezi oběma subjekty?

2. Specifika související se založením CDZ v dané lokalitě

- 2.1. Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace?
- 2.2. Jak bylo CDZ přijímáno ze strany kraje / města / lékařů / psychiatrických zařízení / služeb / veřejnosti?

3. Způsob fungování CDZ v rámci projektu

- 3.1. Jak jsou hodnoceny nároky projektu (vstup do projektu, administrativa, indikátory, komunikace s ŘO)?
- 3.2. Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě řízení multidisciplinárních týmů různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe?
- 3.3. Jaké překážky při nastavování spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu jste museli překonat (způsobené např. různou právní formou zřizovatelů či různými profesemi, které mají zřizovatelské subjekty k dispozici)?
- 3.4. Jak se daří řešit personální záležitosti a případné problémy s tím související?
- 3.5. (Jsou-li poskytovateli zdravotních a sociálních služeb odlišné subjekty) Jaké je rozdělení kompetencí mezi oba subjekty? Vznikají v tomto ohledu nějaké situace komplikované na řešení?
- 3.6. S kým v rámci regionu probíhá spolupráce (lékaři, sociální služby) S kým probíhá spolupráce mimo region? Jak CDZ spolupracuje s krajem a s městem)?
- 3.7. Jak se podle Vás vyvíjí informovanost o CDZ mezi (a) odbornou veřejností a (b) laickou veřejností? Jak se daří z pozice samotného CDZ informovanost zvyšovat?

4. Dopady CDZ, projektu a budoucí zajištění CDZ

- 4.1. Co fungující CDZ přineslo? Pro zřizovatele, pro klienty, pro region? Co se pro klienty v regionu změnilo založením CDZ?
- 4.2. Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?
- 4.3. Jak bude CDZ fungovat dále? Co je předpokladem dalšího fungování CDZ?
- 4.4. Jaké konkrétní překážky v současné době brání tomu, aby CDZ mohlo být realizováno i bez dotací z ESF?
- 4.5. Lze vymezit nějaká doporučení pro následnou podporu stávajících CDZ?
- 4.6. V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?



Rozhovor se zástupcem multidisciplinárního týmu

1. Historie zapojení respondenta v CDZ

- 1.1. Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?
- 1.2. Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

2. Specifika související se založením CDZ v dané lokalitě

- 2.1. Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

3. Fungování multidisciplinárního týmu

- 3.1. Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?
- 3.2. Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?
- 3.3. Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

4. Fungování CDZ dle oborových specifik

4.1. Psychiatrie

- 4.1.1. V čem konkrétně se působení psychiatra v CDZ odlišuje od činnosti psychiatrů v ambulantní / psychiatrů v lůžkové péči?
- 4.1.2. Jaká je spolupráce psychiatra v CDZ s ostatními psychiatry v ambulantní péči / s psychiatry v lůžkové péči)?

4.2. Sociální pracovník

- 4.2.1. V čem konkrétně se působení sociální služby v CDZ odlišuje od běžného fungování?
- 4.2.2. Jak se vznikem CDZ změnila kvalita a intenzita spolupráce s dalšími službami v regionu poskytujícími podporu osobám s duševním onemocněním?

4.3. Klinický psycholog

- 4.3.1. V čem konkrétně se působení klinického psychologa v CDZ odlišuje od běžné ordinace?
- 4.3.2. Má vznik CDZ vliv na fungování dalších psychologů v lokalitě?

4.4. Psychiatrické sestry

- 4.4.1. V čem konkrétně se působení zdravotní sestry v CDZ odlišuje od fungování ve standardním psychiatrickém zařízení?
- 4.4.2. Jak se odlišují nároky a pracovní podmínky pro zdravotní sestry v CDZ a ve standardním ambulantním / lůžkovém psychiatrickém zařízení?

4.5. Peer konzultant

- 4.5.1. V čem konkrétně se působení peer konzultanta v CDZ odlišuje od fungování ve standardním ambulantním / lůžkovém psychiatrickém zařízení?
- 4.5.2. Jak se odlišují nároky a pracovní podmínky peer konzultanta v CDZ od práce v běžném zařízení poskytujícím sociální/zdravotní služby?



5. Dopady projektu a CDZ

- 5.1. Co fungující CDZ přineslo? Pro zřizovatele, pro klienty, pro region, pro poskytovatele návazných služeb? Co se pro klienty v regionu změnilo založením CDZ?
- 5.2. Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?
- 5.3. Lze vymezit nějaká doporučení pro následnou podporu stávajících CDZ?
- 5.4. V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

Rozhovor s klientem či jeho rodinným příslušníkem

-> *Není nutné veškeré dotazy pokládat přímo klientovi, ale osobě, která uvedené znalosti má.*

-> *Konkrétní formulaci otázky přizpůsobit situaci a stavu respondenta.*

1. Diagnóza, situace klienta

- 1.1. Proč využíváte služeb CDZ? (nechat respondenta vyprávět co nejvíce samostatně)
- 1.2. Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?
- 1.3. Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

2. Situace a způsob života před CDZ

- 2.1. Jaké zdravotní služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?
- 2.2. Jaké sociální služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

3. Situace po vzniku CDZ

- 3.1. Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?
- 3.2. Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

4. Hodnocení CDZ

- 4.1. Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?
- 4.2. Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?
- 4.3. Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

Rozhovor se zástupcem krajského úřadu

1. Problematika psychiatrické péče v ČR

- 1.1. V jaké situaci je stav psychiatrické péče v ČR?
- 1.2. Jaký vliv má na situaci Reforma PP? Zlepšuje situaci? Proč ano, proč ne?

2. Dopad reformy psychiatrické péče na kraj

- 2.1. Jakým způsobem Reforma ovlivnila kraje?
- 2.2. Jak krajské dokumenty reflektují tuto Reformu?

3. Existence CDZ všeobecně

- 3.1. Jak vnímáte koncept CDZ?



3.2. Daří se podle Vašeho názoru tento koncept v ČR naplňovat? Je způsob, jakým CDZ vznikají, adekvátní?

4. Existence CDZ v regionu

4.1. Jak významná je pro krajskou samosprávu existence CDZ v?

4.2. V jak úzkém kontaktu je kraj s tímto CDZ? Na čem konkrétně spolupráce probíhá?

4.3. Má kraj nějaký koncept, podle něhož předpokládá do budoucna financovat sociální část CDZ?

Rozhovor s dalšími zdravotními / sociálními službami v regionu

1. Napojení na CDZ

1.1. Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ v?

1.2. Spolupracujete nějakým způsobem s CDZ? Jak konkrétně? Jak se spolupráce postupně vyvíjela?

2. Dopad CDZ na aktivity respondenta

2.1. Jakým způsobem se proměnila Vaše práce v souvislosti s existencí CDZ? Co přibylo, co ubylo za agendu? (Pro psychiatry v lokalitě též: Změnila se míra poptávky po Vašich službách, resp. struktura klientů v souvislosti se vznikem CDZ?)

2.2. Jaký podíl Vašich klientů má nějakou návaznost na CDZ v ...? Jak tato provázanost vypadá?

3. Hodnocení institutu CDZ

3.1. Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

3.2. Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?

Rozhovor se zástupcem místní samosprávy

1. CDZ a město

1.1. Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ ve ...?

1.2. Jak vnímáte koncept CDZ?

1.3. Jak intenzivní je spolupráce mezi městem a CDZ v ... (resp. mezi městem a zřizovateli CDZ)? Uveďte, prosím, konkrétní aktivity.

2. Dopady

2.1. Jak město / veřejnost přijímá existenci CDZ (a vůbec existenci služeb psychiatrické péče) ve městě? Jaká je historie tohoto „přijímání“?

2.2. Jak přítomnost CDZ ovlivňuje situaci ve městě? Co CDZ městu přináší?

3. Budoucnost CDZ

3.1. Jakým způsobem město může do budoucna přispět k zajištění fungování CDZ do budoucna?



3 Scénáře rozhovorů doplňujících případové studie

Rozhovor se zdravotními pojišťovnami

1. Napojení na CDZ

- 1.3. Jak dobře jste obeznámen s přípravou vzniku a s dosavadním fungováním CDZ?
- 1.4. Jak konkrétně byla pojišťovna zapojena do přípravy a pilotního provozu CDZ?
- 1.5. S jakými očekáváními zdravotní pojišťovna do přípravy CDZ vstupovala? Podařilo se očekávání naplnit?

2. Hodnocení institutu CDZ

- 2.1. Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?
- 2.2. Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?
- 2.3. V čem konkrétně se dle zdravotní pojišťovny liší zdravotní péče poskytovaná CDZ od působení ostatních zdravotních služeb v oboru psychiatrie (např. ambulantního psychiatra, klinického psychologa)?
- 2.4. Jak hodnotíte multidisciplinaritu CDZ? Je propojení zdravotních a sociálních služeb pro zdravotní pojišťovnu komplikací; pokud ano, v čem konkrétně komplikace spočívá a jak jste si s ní poradili?
- 2.5. Je něco, co se musí v rámci institutu CDZ změnit, aby bylo zařízení typu CDZ maximálně efektivní?

3. Financování CDZ

- 3.1. Jak probíhala příprava nastavení systému zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování pro CDZ?
- 3.2. Máte poznatky z praxe CDZ, která už nejsou financována z ESF, o tom, zda je financování zdravotních služeb nastaveno adekvátně? Jsou už k dispozici podněty o tom, že je třeba provést úpravu systému? Pokud ano, jaké změny se jeví jako potřebné?
- 3.3. Jaký je finanční dopad reformy PP na zdravotní pojišťovnu? Zpracovávali jste nějaké studie či predikce?
- 3.4. Počítá zdravotní pojišťovna do budoucna s fungováním plánovaného počtu 100 CDZ v ČR? Co je předpokladem dalšího rozšiřování sítě CDZ?

4. Ostatní dopady CDZ

- 4.1. Zaregistrovala zdravotní pojišťovna v souvislosti se spuštěním CDZ dopad do jiných zdravotních služeb (např. menší objem výkonů v psychiatrických nemocnicích)?
- 4.2. Jaký je dopad reformy PP na kvalitu poskytované psychiatrické péče? Zpracovávali jste už analýzy, příp. plánujete takové analýzy v budoucnosti?



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost





4 Případové studie jednotlivých CDZ

4.1 CDZ v Přerově

4.1.1 Případová studie CDZ v Přerově

1. Způsob přípravy případové studie včetně překážek, které se případně objevily

Práce na případové studii byly zahájeny v květnu 2020. V ten čas byla oslovena kontaktní osoba CDZ Přerov (zástupce CDZ za sociální část) s prosbou o vytipování respondentů pro rozhovory. Dne 24. 6. 2020 zpracovatel evaluace navštívil CDZ v Přerově, kde provedl většinu rozhovorů s pracovníky CDZ i klienty a jejich rodinnými příslušníky. Telefonicky následně oslovil zbylé respondenty: zástupce CDZ za zdravotní část, zástupce kraje – odboru zdravotnictví, zástupce sociálního odboru města a ambulantního psychiatra působícího v regionu. Poslední rozhovor proběhl dne 2. 7. 2020.

Případová studie tedy byla realizována přibližně půl roku poté, co v CDZ Přerov skončilo financování pilotního provozu (k 10. 1. 2020). Respondenti se tak na zkušenost s projektem mohli podívat s větším odstupem. Žádné komplikace (s výjimkou drobností typu posun rozhovoru na jiný den z důvodu neodkladné pracovní povinnosti respondenta) při realizaci případové studie nenastaly.

„Teď od ledna letošního roku jsme plně závislí, co se týká té sociální složky, na dotačních prostředcích a zdravotní složka na úhradách od zdravotních pojišťoven.“ (Zástupkyně CDZ – sociální část, rozhovor ze dne 24. 6. 2020).

2. Základní informace o založení CDZ a jeho dosavadní historii

Vznik CDZ

CDZ v Přerově je de facto druhým nejdéle fungujícím zařízením tohoto typu v ČR (po Bohnicích). V roce 1993 vznikla organizace Psychosociální centrum Přerov (dnes TELEMENS s. r. o.), která vedle dalších služeb pro lidi s psychickými problémy zároveň začala poskytovat i službu denního stacionáře. Na ní navázala vzniklá Nadace Duševní zdraví jako nezisková organizace, která se v následujících letech přetransformovala do podoby obecně prospěšné společnosti Duševní zdraví. Přes ní byla poskytována služba sociální rehabilitace a následná péče pro klienty psychosociálního centra v ambulantní formě. Z těchto dvou složek se následně „poskládalo“ CDZ – nejprve se naskytla příležitost rozšířit fungování o terénní formu péče díky podpoře z norských fondů (byly zakoupeny i služební vozy). Neoficiálně tedy CDZ fungovalo již od roku 2014. Následně bylo CDZ oficiálně založeno díky dotaci z ESF – tedy z projektu, který je v této evaluaci hodnocen.

Z toho důvodu lze situaci v Přerově považovat za unikátní – zdravotní i sociální složka je úzce provázána, neboť má de facto společné vedení (stejně zakladatele) a dlouhodobě jsou jejich aktivity provázány.

- *„No, tak CDZ v podstatě pro nás byl logický vývoj, nasedající na naši historii. Jednak manželka a já jsme přišli z Kroměříže, kde jsme se věnovali psychotickým pacientům, a po přesunu do Přerova jsme se rozhodli těmto pacientům dále věnovat péči – a tak jsme zde založili denní stacionář na léčbu psychóz. Z toho přímo vyplynula další péče o pacienty a další psychiatrické rehabilitace ambulantního rázu – no a pak přišla možnost rozšířit na terénní péči díky norským fondům – a*



to už de facto bylo CDZ, které se blížilo tomu, co pak bylo podpořené z ESF.“ (Zástupce CDZ – zdravotní část, rozhovor ze dne 24. 6. 2020)

- *„Podstatný byl ten posun na terénní péči. Je pravda, že my jsme ji dělali už předtím, ačkoliv to k tomu ještě určené nebylo – tedy že lékař vyjížděl za pacientem i v čase, kdy fungovala jen ambulance, což bylo na hraně. Díky projektu a zavedení CDZ jako takových už je to tak, jak má být.“ (Zástupce CDZ – zdravotní část, rozhovor ze dne 24. 6. 2020)*
- *„Spoustu klientů znám, protože já se na práci s touto diagnózou specializuji a v rámci psychosociálního centra funguje denní stacionář pro psychózy, který vznikl už v roce 1993. U denního stacionáře se sešla skupina, fungovala spolu tři měsíce každý den, a když skončila, nebylo možné říct na shledanou, přijďte si pro léky. Takže jsme se začali setkávat s touto skupinou a na základě toho vznikla následná péče. Takže na začátku byl denní stacionář, pak vznikla Nadace Duševní zdraví, dlouho jsme pracovali jenom jako dobrovolníci. Pak jsme registrovali službu psychiatrické rehabilitace a pak mě sociální pracovníci upozornili na to, že je potřeba, abychom dělali i doprovody klientům, takže jsme požádali o norské fondy, začali jsme pracovat v terénní péči a tak nějak logicky je z toho CDZ jako forma práce, která je intenzivnější, můžeme jezdit za klienty a jejich rodinami do jejich přirozeného prostředí. A pak přišla reforma a možnost využít grant a pokračovat dále.“ (Psycholog CDZ, rozhovor ze dne 24. 6. 2020)*

Prostory CDZ

Centrum funguje na adrese Kosmákova 44 v Přerově – jedná se o řadový domek, který má CDZ celý k dispozici v pronájmu – jsou zde prostory týmu, včetně ordinace lékaře a také prostory pro klienty. V současné době probíhá díky dotaci z programu IROP výstavba nových prostor.

Základní parametry fungování

CDZ funguje v pracovní dny, a to v čase od 7:00 do 16:00 hodin. Mimo provozní dobu zajišťuje CDZ také pohotovostní službu – od 15:00 do 22:00 hodin v pracovních dnech a od 8:00 do 22:00 hodin o víkendech. V tento čas je tedy možné kontaktovat pracovníka CDZ a v případě nutnosti s ním domluvit intervenci.

Do terénu obvykle jezdí pracovníci ve dvojicích – např. sestra a lékař, sestra a psycholog, sestra a sociální pracovník či lékař a sociální pracovník. Odvíjí se to od potřeb konkrétního klienta. Spolupráce je primárně založena na dobrovolnosti, klient musí s postupem souhlasit. I v případě, že je nařízená ochranná léčba, nebo klient dostal městský byt a má povinnost s pracovníky spolupracovat, musí být primárně nastolena vzájemná spolupráce.

„My o klientech takto nerozhodujeme, my když se potkáme na poradě, tak se řeší možnosti, které se mohou klientovi nabídnout. A konečné rozhodnutí se musí vždy projednávat s klientem, takže on si řekne, co potřebuje, co zrovna chce. Není to tak, že bychom se na poradě rozhodli, že zítra pojedje např. pan Novák na výlet, protože dlouho sedí doma; tak to nejde.“ (Sociální pracovník, rozhovor ze dne 24. 6. 2020)

3. Regionální působnost centra (reálná spádovost, konkrétní instituce a subjekty, s nimiž probíhá spolupráce)

Spádové území

Spádová oblast tohoto CDZ je okres Přerov, zejména pak obce:

- Přerov;
- Lipník nad Bečvou;
- Kojetín;
- Hranice.



Spolupráce v regionu

Mezi spolupracující instituce lze zařadit zejména Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži. Odtud pochází velká část klientů CDZ. Několik klientů je také z nemocnice ve Šternberku.

CDZ nabízelo v průběhu pilotního provozu stáže pro pracovníky psychiatrických zařízení, ale také pro pracovníky sociálních služeb. CDZ tak navštěvovali různí pracovníci z celé ČR, ale také nově vznikající multidisciplinární týmy ze začínajících CDZ. Dále proběhly semináře pro pracovníky magistrátu v Přerově a obecních úřadů dalších obcí, které spadají do působnosti CDZ, dále pro pracovníky krajského úřadu.

4. Struktura

Tým CDZ

Na metodické úrovni má podobu CDZ na starosti dr. Rektor, který se zároveň metodicky podílí na Reformě. Odborné konzultace s klientem zajišťuje psychiatr (v rámci pilotního provozu působil v CDZ jiný psychiatr, nyní po jeho skončení nastoupil na pozici nový lékař původně z kroměřížské nemocnice) a psycholog. Dále to jsou zdravotní sestry a sociální pracovníci, kteří klienty doprovázejí, navštěvují a řeší s nimi jejich situaci. Pro toto CDZ je typické, že do terénu nejezdí pouze sestry a sociální pracovníci, ale velmi často také samotný psychiatr či psycholog.

Všechny zdravotní sestry již měly praxi v rámci Psychosociálního centra, nejednalo se tedy o pracovnice přicházející z nemocnic. Byla to výhoda v tom, že již znaly běžnou praxi centra, která je přece jen odlišná od praxe v nemocnici. Psycholog i lékař, který byl v CDZ během projektu, taktéž přešli přímo z Psychosociálního centra.

Každé ráno jsou pravidelné porady trvající cca tři čtvrtě hodiny, na nichž si pracovníci předávají informace o klientech. Jednou týdně ve středu je porada dvouhodinová. U každého klienta se řeší podle jeho potřeb, jaký pracovník jej navštíví (zda je potřeba i lékař, zda se podávají léky a je potřeba sestra nebo zda bude probíhat aktivizace klienta, pro kterou je zase potřeba sociální pracovník).

O práci psychiatra v CDZ viz citace níže:

„Podle mého, jak je ta práce intenzivnější ve smyslu, jak se důsledněji sleduje celkový stav ve smyslu psychosociálních faktorů nebo fenoménů. Lékař klasické ambulance na to nemá čas. Má čas vyposlechnout klienta, někdy se může dotknout sociálních problémů, ale až tady v CDZ je větší šance řešit jeho život z více aspektů. A to i díky spolupráci v týmu. Dá se sledovat stav medicínský, pak je tady psycholog, který spolupracuje na problémech psychologických, sociální pracovník se může věnovat věcem, které se dotýkají klienta v reálném životě: kde bydlí, hospodaření s penězi, návštěvy lékařů atd. (...) V CDZ se týmově pracuje a peníze se musejí podělit mezi jednotlivé pracovníky, není to jako v soukromé ambulanci. Čili, jsem si vědom, že v rámci CDZ jde větší frekvence výkonů za sestrami, a člověk to musí akceptovat. Když to zjednoduším; kdybych chtěl být sobec a mít více pro sebe, tak bych šel do ambulance. Tím, že mám zájem, aby to pracoviště fungovalo a tým spolupracoval a klientům se pomáhalo, tak volím práci zde.“ (Psychiatr v CDZ, rozhovor ze dne 24. 6. 2020)

5. Konkrétní výzvy a překážky, které CDZ muselo při svém fungování řešit

Projekt byl pro pracovníky CDZ administrativně náročný, na druhou stranu pracovníci již disponovali zkušenostmi s obdobným projektem financovaným z norských fondů. Řada věcí tedy byla podobná.



Nároky se zvýšily u pracovníků v přímé péči, vedle přímé práce museli nově zavést výkaznictví podle požadavků projektu a zajistit další doprovodné činnosti s tím spojené.

„Ale tím, že nejsme nějaká nově vzniklá organizace nebo nově vzniklé centrum, tak ty dvě složky, sociální a zdravotní spolu dlouhodobě spolupracují, sdílíme jeden prostor, což nám strašně pomohlo v komunikaci, nejsme oddělené organizace, které by každá seděla někde jinde, a jednou za týden bychom se sešli. To bylo to gros toho, že jsme řešili většinu věcí teď hned na místě, kdy problém nebo nějaká otázka vyvstala, a nesunulo se to před sebou, což vidím jako obrovské plus.“ (Zástupkyně CDZ – sociální část, rozhovor ze dne 24. 6. 2020)

Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní i pro provoz krytý ESF
1	Posun začátku projektu a zejména jeho dopad na financování	Začátek projektu se nejprve posunul o rok na termín 1. 7. 2018. I tento termín se ale nakonec změnil (o 10 dnů posunul) z důvodu dokládání některých dokumentů. Mez financováním z norských fondů a financováním z hodnoceného projektu ESF byla sociální služba (sociální rehabilitace) financována krajským úřadem z rozpočtu MPSV.	ANO
2	Posun začátku projektu z personálního hlediska	V souvislosti se zmíněným posunem nemuselo CDZ v Přerově řešit komplikované personální záležitosti, a to z toho důvodu, že zaměstnanci CDZ byli už dříve a dlouhodobě zaměstnaní v rámci obou zakladatelských organizací. Při posunu projektu tedy pouze zůstali u původní činnosti a byli financováni z prostředků Psychosociálního centra do doby, než projekt skutečně nezačal a nové pracovní smlouvy nezačaly platit. Zatímco tým zdravotních sester byl dlouhodobě stejný, tým sociálních pracovníků se obměnil.	ANO
3	Posun začátku projektu z pohledu klientů	K 10. 7. 2018 končily smlouvy o poskytování služeb v rámci běžného provozu a nově vzniklé CDZ následně zařadilo své klienty do pilotního projektu a uzavřelo s nimi nové smlouvy tak, aby to bylo administrativně v pořádku. Díky tomu již od prvního dne provozu CDZ bylo možné pracovat s klienty.	ANO
4	Hledání nových sociálních pracovníků	Po odchodu na mateřskou/rodičovskou dovolenou bylo nutné zajistit náhradu na pozici sociální pracovníce. Nalezení pracovníce trvalo déle, než se předpokládalo. Nikoliv z důvodu obecného nedostatku sociálních pracovníků v regionu, ale proto, že z jejich strany nebyl zájem pracovat s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním. Zájemců se sice přihlásilo poměrně mnoho, ale po zjištění, že práce by byla náročnější a obsahovala by i terénní činnost a návštěvu klientů, zájem opadl.	ANO
5	Nezájem některých ambulantních psychiatrů v regionu o spolupráci s CDZ	V regionu nadále existuje řada psychiatrů s vlastní ambulancí, kteří spolupracovat s CDZ nechtějí. CDZ proto pořádalo semináře, na které psychiatry i zástupce dalších sociálních služeb z regionu zvalo s cílem informovat o činnosti CDZ a případně navázat spolupráci. Zatímco ze strany sociálních služeb byl zájem dostatečný, ze strany psychiatrů o tuto aktivitu zájem příliš nebyl. V tomto ohledu pracovníci volají po tom, aby docházelo k dalšímu šíření osvěty i na úrovni ČR, např. užší spolupráci mezi představiteli Reformy a Českou lékařskou komorou.	ANO
7	Nemožnost sdílet dokumentaci	Z legislativních důvodů není možné sdílet dokumenty zdravotní a sociální částí, což je hodnoceno jako absurdní situace u multidisciplinárního týmu. Na poradách se tedy mluví o všem, ale nahlédnout do psaného spisu nelze. Řeší se to tak, že se vyměňují informace ústně a každá složka CDZ si vede vlastní dokumentaci (pracovníci nicméně přiznávají, že někdy nařízení obcházejí, protože by nebylo reálné poskytnout v některých situacích adekvátní podporu). Riziko, že někdy nebudou předány všechny podstatné informace mezi zdravotní a sociální složkou, je vysoké.	ANO



Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní i pro provoz krytý ESF
8	Cesta za zájemci o službu není hrazena	Když je klient evidovaný v CDZ, ale je aktuálně hospitalizovaný, je v případě, že jej pracovník CDZ navštíví v léčebně, možné jako výkon vykázat cestu za ním. Toto ale nelze učinit u cest za zájemci o služby CDZ, kteří jsou doposud hospitalizovaní a brzy léčebnu/nemocnici opustí.	NE

6. Hodnocení projektu ze strany respondentů (co je oceňováno, co kritizováno, doporučení)

Vnímání přínosů CDZ ze strany klientů a rodinných příslušníků klientů

Žádný z klientů či jejich rodinných příslušníků, se kterými byli za účelem zpracování této případové studie vedeny rozhovory, neidentifikoval nějaký problém, ani neformuloval doporučení na úpravu služeb CDZ. Všichni oslovení hodnotí CDZ velmi pozitivně.

Klient (mladý muž) je díky velmi pravidelné docházce do CDZ již 2 roky zdravotně stabilizovaný, nebyla potřeba hospitalizace (které v minulosti nastaly). Kromě péče odborníků v týmu CDZ je konkrétně pro tohoto klienta také podstatné, že díky komunitě kolem CDZ (složené z pracovníků Centra, ale i dalších klientů) se věnuje sportovním aktivitám (včetně turistiky apod.). CDZ je pro ně podstatné pro strukturování jeho času, aktivní trávení času podporuje i jeho zdravotní stav. Matka tohoto klienta pak navíc oceňuje, že CDZ komunikuje aktivně i s ní a také, že kolem Centra vznikla skupina rodičů/blízkých osob klientů, kteří jsou si vzájemně připraveni vypomáhat a sdílet problémy, které duševní onemocnění v rodině přináší.

Jako výrazný kvalitativní skok v kvalitě života klientky odznačila respondentka okamžik, kdy byly dostupné terénní služby. Míru spokojenosti se službami CDZ vyjadřuje následující citace:

„Jsem nesmírně vděčná, vážně. A jsem tomu ráda, že je něco takového. Obrovský pokrok a samozřejmě, jak se zajímám a poslouchám atd., tak když jsem zjistila, že ta terénní služba první existovala v Praze a v Přerově, řekla jsem, že je to dobře, že zrovna my to máme. Protože já to cítím jako obrovskou pomoc pro rodinu. (...) Já cítím, že na to nejsem sama. Fakt v nich mám takovou oporu. (...) My je vnímáme jako členy rodiny, až na takové úrovni to máme (...) Mám pocit, že s čímkoliv bych se na ně obrátila, s tím by mně dokázali pomoci.“ (Rodinný příslušník klientky CDZ, rozhovor ze dne 24. 6. 2020)

Druhou dvojicí respondentů byla klientka, která se s duševními problémy potýká již více než 40 let, rozhovor byl veden také s její dcerou. Situaci v současné době hodnotí jako stabilizovanou. Pro klientku je nejvýznamnější to, že může chodit mezi lidi, že ji pracovníci naslouchají a všeobecně ji dělá dobře, když poslouchá, jak lidi mluví. Dcera zase vnímá obrovskou podporu, která rodinným příslušníkům situaci v mnohém ulehčuje, neboť je možné se na pracovníky kdykoliv obrátit a ti jsou schopni kdykoliv pomoci. Zároveň CDZ myslí i na rodinné příslušníky a umožňuje se vzájemně v rámci CDZ setkávat a sdílet své zkušenosti.



Vnímání přínosů CDZ ze strany členů týmu CDZ

Pozitivně jsou na projektu hodnoceny tyto dopady:

- Zajištění fungování a **oficiálně vznik CDZ jako takového**. Projekt přinesl možnost Centrum rozjet bez obav, zda se podaří zajistit dostatek peněz zejména na sociální složku péče, ale i na zdravotní část (protože kódy nebyly zcela nastavené).
- **Zajištění a rozvoj terénní složky**, možnost kdykoliv za klienty vyjet.
- Díky rozvoji terénní složky jsou **nově zachyceni klienti**, kteří by jinak byli mimo systém. Lidé, kteří jednou za pár měsíců navštíví lékaře, dostanou léky a jednou za pár let stráví několik dní v nemocnici. Díky CDZ jsou podchyceni a motivováni k tomu zapojovat se do života společnosti.

„Pokud by se počet vzniklých CDZ zdůvodňovalo tak, že jde o snížení počtu lidí v lůžkových zařízeních, tak je skutečně pravda, že by ten plánovaný počet asi neodpovídal. Musíme ale vzít v úvahu, že to není jediné poslání CDZ – není to jen brát lidi z hospitalizace, ale zejména podchytit lidi, kteří chodí na léčebnu na 3 měsíce jednou za dlouhou dobu; jsou to pacienti, kteří se točí. A je to spousta zanedbaných pacientů, kteří žijí izolovaně, do ambulance přijdou jednou za 3 měsíce, kde jim předepíší prášky. A na ty se často zapomíná. Já myslím, že podstatou reformy je zlepšení kvality života, a tam CDZ hrají klíčovou roli.“ (Zástupce CDZ – zdravotní část, rozhovor ze dne 2 7. 2020)

- **Snižování délky hospitalizací u klientů**, což je objektivně prokázáno na řadě případů klientů přerovského CDZ. Dle odhadu pracovníků CDZ, pouze u cca 10 % klientů CDZ nedošlo ke snížení množství hospitalizací. U ostatních se hospitalizace buď zkrátily, snížilo se jejich množství (příp. hospitalizaci vůbec nepotřebovali).
- Zvýšilo se **podvědomí o tom**, že je zde taková organizace pro lidi s duševním onemocněním k dispozici.
- **Přínos i pro rodinné příslušníky** – uvolnění jejich rukou. Ale zároveň možnost konzultace s pracovníky CDZ, protože při běžných návštěvách lékaře či nemocnice s rodinnými příslušníky nikdo moc nepracuje. Pomoc celé rodině – jak psychologická, tak sociální. Aktivitu přímo pro rodinné příslušníky – setkávání, sdílení informací.

- *„Mně se to jeví (z pohledu laika z lékařského hlediska), že čím více jsou v kontaktu a mají sociální zázemí, tím méně potřebují jednak hospitalizací, jednak i léků, vyžadují méně zdravotnické péče.“ (Sociální pracovník, rozhovor ze dne 2 7. 2020)*
- *„Jak se zlepšovaly léky a jak pacienti mohli trávit více času doma, tak by je bylo potřeba vracet více do komunity a pomáhat jim s jinými oblastmi v jejich životě než jen s tím, aby brali léky a aby měli správné léky. Takže pro mě to bylo takové vyústění a zintenzivnění práce, o kterou jsme se snažili už nějakou dobu. Já jsem velký zastánce CDZ, přijde mi to jako pěkná práce a že je potřeba pomáhat. Již v tom denní stacionáři jsme začali pomáhat s rodinami, ale když přijedete k nim domů, tak je to úplně o něčem jiném, než když přijdou do Vaší pracovny a máte nějaký čas. Přijde mi, že ta práce je intenzivnější a může jít do větší hloubky, než když je jen ambulantní.“ (Psycholog CDZ, rozhovor ze dne 2 7. 2020)*

Podněty k podmínkám fungování CDZ

Ačkoliv v přerovském CDZ v současné době není a v minulosti ani nebyl problém se zajištěním personálu, vnímají zástupci CDZ, že situace v ČR je v tomto ohledu problematická. Dochází k vzájemné „kanibalizaci“ psychiatrických zařízení, která si vzájemně konkurují, a to i bez existence CDZ.

Důležitost CDZ je vnímána především v úkolu zachytávat lidi, které systém v současnosti nezachytává, není to jen o přebírání lidí z nemocnic. Jedno CDZ na každých 100 000 obyvatel je proto dle vyjádření zástupce zdravotní části CDZ správný krok, na diskusi je nicméně personální zajištění CDZ – reálné je,



že mohou fungovat i podstatně menší týmy, především v periferních regionech. Stejně tak je relevantní diskuse nad rychlostí zakládání těchto center, i v rámci CDZ se najdou různé pohledy na tuto problematiku.

Pandemie COVID-19 přesunula řadu aktivit na telefonickou úroveň. Nicméně i nadále probíhaly osobní návštěvy tam, kde to pracovníci CDZ vyhodnotili jako potřebné (např. dávkování injekcí), pochopitelně za dodržování všech hygienických pravidel.

7. Hodnocení CDZ ze strany dalších subjektů (kraj, město, další zdravotní a sociální služby)

Dle vyjádření pracovníků CDZ je přijímání CDZ v regionu pozitivní, a to ze strany všech institucí. Výhodou CDZ v Přerově je, že Psychosociální centrum sdružuje většinu ambulantních psychiatrů, kteří v regionu působí. Tím pádem jsou všichni relativně dobře informováni o fungování CDZ. Několik psychiatrů nicméně stále nemá zájem o spolupráci (tj. neposílalo klienty do CDZ). V tomto ohledu je CDZ připraveno spolupracovat s každým, kdo má zájem klienta svěřit do jeho péče nebo u něj potřebuje zajistit terénní formu návštěvy.

Pro veřejnost pořádalo Centrum aktivity např. v průběhu Dne duševního zdraví. Pracovníci CDZ se účastní besed a přednášek pro veřejnost, kde se téma psychického onemocnění řeší (úspěchem dle vyjádření pracovníků CDZ byla např. beseda v místním kině Hvězda s velkým množstvím návštěvníků). Účastní se také besed na středních školách. Byly i spoty v kabelové televizi v Přerově.

S Olomouckým krajem pracovníci CDZ dlouhodobě komunikují.

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

- „S městem Přerov se samozřejmě v téhle otázce dlouho jedná, ale ten první krok učinilo Psychosociální centrum společně s Duševním zdravím, o. p. s. tím, že podali v rámci výzvy norských fondů žádost a ta byla úspěšná a začalo se s tímto projektem. Následně se dojednávaly, už vlastně v průběhu tohoto projektu se vyjednávaly s Magistrátem města Přerova i Krajským úřadem plány, které se týkají zavedení téhle terénní formy služby. Následně na to navázala celá reforma, která už dávno předtím byla v plánu, a připravovaly se podklady pro realizaci a tohle byl jeden takový, první krok k tomu.“ (Zástupkyně CDZ – sociální část, rozhovor ze dne 24. 6. 2020)
- „Co by šlo do budoucna ve spolupráci zlepšit? Postupně tu spolupráci zlepšujeme, jsou některá bílá místa, která postupně zaplňujeme, jak to pořešit. Příkladem je, že když mají např. klienta v psychiatrické léčebně a potřebujeme ho dostat do bytu, tak oni podle toho projektu byli s klientem kompetentní pracovat, až když klient léčebnu opustil. Ale ono je spousta úkonů, které se musí udělat už předtím. Musí se ukázat byt tomu člověku, musí se přestěhovat atp. Tam jsme docela naráželi, že oni kompetentní nebyli a my jsme zase chtěli CDZ nějak pomoci, a tak to vlastně byla práce pro nás. Jeden člověk od nás to tedy musel dělat.“ (Pracovník odboru sociálních věcí Magistrátu města Přerov, rozhovor ze dne 29. 6. 2020)

Oslovena byla také Psychiatrická nemocnice v Kroměříži. Ta hodnotí spolupráci s CDZ jako korektní a funkční. Zástupce nemocnice nicméně přiznává, že spolupráce s CDZ je jen v jednotkách případů za rok – u těch klientů, kteří brzy nemocnici opustí a mohou být zanecháni pod dohledem terénních pracovníků CDZ. Nedochází tedy k tomu, že by CDZ přebíralo klientelu nemocnici.



8. Budoucnost CDZ

Budoucí financování CDZ

Dlouhodobě je největší nejistotou financování, jak dokládá komentář níže:

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

CDZ s Olomouckým krajem dlouhodobě spolupracuje a komunikuje o tom, jak zajistit financování do budoucna. Jednou z myšlenek je, že by se sociální složka CDZ mohla financovat přímo z rozpočtu MPSV, tedy nikoliv cestou přes kraje; příp. i ze strany MZd.

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

V současné době Centrum nadále funguje, prostředky na sociální část má zajištěno přes kraj – prostředky na sociální služby. V době rozhovoru – tedy v polovině roku 2020 – si CDZ udržovalo personální obsazení v rozsahu 8 zdravotníků a 8 sociálních pracovníků (tj. velmi podobná kapacita jako v čase pilotního provozu).



4.1.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ v Přerově

Přepisy neobsahují úvodní a závěrečné části rozhovoru (tj. představení, získání souhlasu se záznamem rozhovoru, poděkování); omezují se na věcnou podstatu tématu rozhovoru.

4.1.2.1 Rozhovory se zástupci Řídící rady, resp. zástupci zřizovatelů

1. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (zdravotnické zařízení)

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Zástupce zřizovatele
Termín uskutečnění rozhovoru	2. 7. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

Tazatel (T): Proč CDZ vzniklo a co bylo motivací k jeho založení? Kdo za vznikem CDZ stojí?

Respondent (R): No, tak CDZ v podstatě pro nás byl logický vývoj, nasedající na naši historii. Jednak manželka a já jsme přišli v Kroměříži, kde jsme se věnovali psychotickým pacientům, a po přesunu do Přerova jsme se rozhodli těmto pacientům dále věnovat péči – a tak jsme zde založili denní stacionář na léčbu psychóz. Z toho přímo vyplynula další péče o pacienty a další psychiatrické rehabilitace, ambulantního rázu – no a pak přišla možnost rozšířit na terénní péči díky norským fondům – a to už de facto bylo CDZ, které se blížilo tomu, co pak bylo podpořené z ESF. Podstatný byl ten posun na terénní péči. Je pravda, že my jsme ji dělali už předtím, ačkoliv to k tomu ještě určené nebylo – tedy že ten lékař vyjížděl za pacientem i v čase, kdy fungovala jen ambulance, což bylo na hraně. Díky projektu a zavedení CDZ jako takových už je to tak, jak má být.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace?

R: Je zajímavé, jak tyto věci rychle zapadnou, když už to je nějaký čas. Vzpomínám si, že byl problém se sladěním se s OSV Krajského úřadu – jednalo se o Pověření k poskytování sociálních služeb. Obrovský problém bylo, jak se to vlekle na MZd. Na MZd se měnilo obsazení. Dále trvalo, než se to vůbec vypsalo, tak to trvalo několik let. Byli jsme nachystaní na to personálně a dlouho se nic nedělo – v podstatě až za ministra Ludvíka to začalo trochu fungovat, a potom za současného ministra se to ustálilo. Vázlo to na MZd a na komunikaci MZd a MPSV – ono bylo tím, že pro MZd to bylo něco, tak nám to zdržení vysvětlovali. Měli jsme tým – sestry i sociální pracovníky - a ten tým se musel udržet. Ten tým sociálních pracovníků se nám ale třeba stihl proměnit. Pro sestry jsme práci měli, ty jsme udrželi, ale museli jsme je financovat z provozu PC.

T: Jak bylo CDZ přijímáno ze strany kraje / města / lékařů / psychiatrických zařízení / služeb / veřejnosti?

R: I ten kraj nám vycházel vstříc, šlo jen o administrativní problém, a OSV byl vstřícný, to ne že ne. I odbor zdravotnictví to preferoval. Město nám také vycházelo vstříc – např. když jsme deklarovali, že bychom chtěli stavět nově CDZ. Vyšlo vstříc s žádostí o pozemky, kde bychom mohli stavět – teď nám schválili IROPu. TO CZD, které jste navštívili, by kapacitně nestačilo pro plné obsazení.



T: Jak jsou hodnoceny nároky projektu (vstup do projektu, administrativa, indikátory, komunikace s ŘO)?

R: Problém byl s tím, v jaké formě vykazovat a co posílat pojišťovně a ÚZISu. Kolem toho bylo spousta nejasností. A řádně vykazovat, aby to mělo nějakou vypovídací hodnotu, pro potřeby toho pilota, který měl ukázat smysluplnost hospodaření – já myslím, že to se podařilo až tak po roce, aby to začalo dávat nějak smysl. Spousta dotazů, nikdo na to nevěděl moc odpověď. Přesto nějakým způsobem VZP byla schopna – asi díky úsilí Ing. Mrázka – bylo schopno nastavit nějaký fungující vzorec financování. Zda je tam potřeba něco vylepšit, to teprve uvidíme, až to spočítáme. Uvidíme, zda to udržíme, otázka je taky, zda se nejen udržíme, ale zda z toho bude možno i investovat. Stěžejní je udržet personál, to nejspíš platově pokryjeme, ale jestli bude na provoz a případný rozvoj.

T: Jaké je rozdělení kompetencí mezi oba subjekty? Vznikají v tomto ohledu nějaké situace komplikované na řešení?

R: U nás ani ne, někdy slyším, že v některých zařízeních se to děje. U nás to je tak, že kompetenční spory nejsou, u nás je to tak, že my jsme si tu službu vlastně vytvořili, protože jsme ji potřebovali, je to subjekt, jehož vznik jsme inicializovali. Občas se tak kuloárně dozvíme, že nějaké problémy někde jsou. Všichni se museli samozřejmě učit, co je sociální (zdravotníci) a co je zdravotnické (sociální pracovníci), ale to šlo dobře. Kolektiv je hodně mladý, obzvláště sociální pracovníci – byly tam fluktuace, mateřské apod. Ale myslím, že tam je dobrá atmosféra. Jedna věc, se kterou mám problém, je nějaký nesoulad zákonů, resp. těch legislativních pohledů – oficiálně nemůžeme sdílet stejnou dokumentaci – což nám u fungování multidisciplinárního týmu přijde absurdní. Můžeme to udělat tak, že nám sociální pracovníci podepíší mlčenlivost – a oni mohou nahlédnout do zdravotnické dokumentace, ale ze strany jejich nadřízených orgánů to není správné – je to tedy přísnější v sociálních službách. Máme samozřejmě nějaký vlastní způsob, jak si sdílíme informace, ale je to komplikované. Tohle se musí nějakým způsobem zlepšit. Je to absurdní, sedíme vedle sebe, jsou porady, kde se mluví o všem, a pak se nemůžete podívat do psaného zápisu.

T: S kým v rámci regionu probíhá spolupráce (lékaři, sociální služby) S kým probíhá spolupráce mimo region? Jak CDZ spolupracuje s krajem a s městem)?

R: Spolupracujeme uvnitř PC, které je velké a spadá pod ní většina lékařů v oblasti. Je tady jedna lékařka zvenku, se kterou není ideální spolupráce, ale když máme klienta společného, tak nějak komunikujeme. A pak dvě lékařky v Hranicích založily dvě nové ambulance, tam se to rozbíhá. My máme Přerov, Lipník, teď ještě budeme v Hranicích. Možná ještě máme nějakou spolupráci v Kojetíně, ale to vám přesně neřeknu.

T: Co fungující CDZ přineslo? Pro zřizovatele, pro klienty, pro region? Co se pro klienty v regionu změnilo založením CDZ?

R: Úplně novou dimenzi práce, už ta terénní služba – rozvinula to do velké míry. Pečuje se o klienty, o které se dříve nepečovalo. Šlo o lidi, o které se nikdo nestaral – nekonzumovali standardní psychiatrickou péči. Maximálně občas střídali dům a léčebnu. Občas navštívili psychiatra, dostali nějaké léky. A teď jsou díky tomu více zapojeni do sociálního života. A případně dochází k redukci jejich pobytu v zařízeních. A teď se pracuje na redukci dlouhodobých hospitalizací ve spolupráci s nemocnicemi, u nás s Kroměříží.



Problém personálu? Personální problematika je velký problém. Je to limitované – souhlasím, že dochází ke vzájemné kanibalizaci, psychiatrická zařízení si vzájemně konkurují – nicméně to není jen CDZ vs. ostatní, ale také ostatní mezi sebou - ambulance, lůžková zařízení. Je třeba říci, že CZD stojí hlavně na péči sester a zdravotních pracovníků. Ten počet lékařů není tak velký. Samozřejmě, kdyby mělo být 100 CDZ, tak je to 100-150 úvazků. To je sice hodně, ale vzhledem k tomu, že má docházet i k nějakým transformacím a redukcím v lůžkových zařízeních, tak by to mělo být kapacitně schůdné. Ale uznávám, že celkově je to velký problém. My jsme v tomto měli štěstí, ale třeba se ví, že v Brodu pomalu místo ředitele ten personální problém. Problém je, že do psychiatrie chodí málo lidí. Není dostatečný stimul, aby o ten obor byl větší zájem.

Počet CDZ? Pokud by se počet vzniklých CDZ zdůvodňovalo tak, že jde o snížení počtu lidí v lůžkových zařízeních, tak je skutečně pravda, že by to asi neodpovídalo. Musíme ale vzít v úvahu, že to není tak, že to není jediné poslání CDZ – není jen o to brát lidi z hospitalizace, ale zejména lidi, kteří chodí na léčebnu na 3 měsíce jednou za dlouhou dobu, jsou to pacienti, kteří se točí. A je to spousta zanedbaných pacientů, kteří žijí izolovaně, do ambulance přijdou jednou za 3 měsíce, kde jim předepíší prášky. A na ty se často zapomíná. Já myslím, že podstatou reformy je zlepšení kvality života, a tam CDZ hrají klíčovou roli.

Byl to zkrátka důležitý krok je zakládat – a podle mého názoru odpovídá, aby na těch 100 000 obyvatel bylo 1 CDZ je rozumné, stojím si za tím. Je samozřejmě otázkou, jestli v menší podobě než v plné výbavě, to je na diskusi. Jestli už plánovaných 9 na 9 lidí není moc – tj. cca 20 lidí v týmu – je pravda, že větší tým je obecně zase hůře komunikovatelný. My zatím žijeme s myšlenkou 8 na 8 lidí. Někteří se zabývají myšlenkami menších týmů 2 na 2. Je to na diskusi.

T: Lze vymezit nějaká doporučení pro následnou podporu stávajících CDZ?

R: Já myslím, že by hlavně personál měl být dobře připraven, o čem to je. Samozřejmě v rámci té reformy a potřebě naplnit 30 CDZ to občas přišlo trochu befelem. Založíte 30 CDZ, lidi se na to určili a ti lidi často nevěděli, co to vlastně má CDZ být a jak se to dělá. Myslím si, ale že by ti lidi měli předem vědět, do čeho jdou. Myslím ty konkrétní lidi – včetně zřizovatelů, do čeho jdou, co to bude stát. Aby k tomu mohli přistupovat pozitivně naladěni, a ne to brát jako povinnost od někoho.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Zda služba vyjde s penězi od pojišťoven, se ukáže až časem – nejspíš bude na mzdy/platy, ale zda bude i na provoz a případný rozvoj, ukáže čas.
2. Problém s oficiálním sdílením informací – sociální pracovníci úplně nemohou nahlížet do zdravotnické dokumentace – problematiku uvnitř multidisciplinárního týmu – musí se to nějak obcházet.



2. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (poskytovatele sociálních služeb)

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Zástupce zřizovatele
Termín uskutečnění rozhovoru	24. 6. 2020
Forma rozhovoru	Face to face rozhovor

Tazatel (T): Proč tady CDZ vzniklo a co bylo motivací pro jeho založení? Kdo za vznikem stojí?

Respondent (R): Za vznikem stojí tady z našeho přerovského týmu hlavně primář a pak paní doktorka Rektorová, kteří jsou zakladateli už psychosociálního centra, které tady má dlouholetou tradici a pan primář se podílí na celorepublikové koncepci v rámci reformy psychiatrické péče. Takže centrum duševního zdraví se stalo vlastně druhým centrem v České republice po Bohnicích.

T: Jak vznikala spolupráce mezi dvěma zakládajícími subjekty?

R: Ta spolupráce je také už dlouholetá, řekla bych v rámci několika desetiletí, protože Psychosociální centrum jako poskytovatel psychiatrické péče je standartní zdravotní zařízení a už před mnoha lety hledali nějaké formy následné péče pro své pacienty, kteří přijdou z léčebny a v podstatě by měli jen docházet do ambulance na kontroly, takže hledali nějaké následné možnosti péče a aktivity. Tak vznikla Nadace duševní zdraví, která se potom přetransformovala do Nadačního fondu duševní zdraví a následně se vznikem sociálních služeb a zákonem o sociálních službách v roce 2008 vznikla obecně prospěšná společnost Duševní zdraví. Takže ta spolupráce je mnohaletá a organizace jak psychosociální centrum, tak duševní zdraví sídlí v jedné budově polikliniky. Takže klienti potkávají pracovníky, mají to v jednom zařízení a ta komunikace a domlouvání je výrazně jednodušší a rychlejší.

T: Vy teda chcete říct, že historie spolupráce těchto dvou subjektů okolo společné skupiny je dlouhodobá.

R: Ano to je více než 20letá spolupráce.

T: Pojdme se podívat na specifika, jak CDZ vznikalo v této lokalitě. Jak to celé začalo?

R: Začalo to tím, že obecně prospěšná společnost poskytovala sociální služby, sociální rehabilitace a následnou péči pro pacienty psychosociálního centra, ale pouze v ambulantní formě. Následně s tímto plánem celkové reformy psychiatrické péče se naskytla nabídka norských fondů na zavedení terénní služby této formy, kterou jsme již praktikovali několik let, a tam se nám podařilo získat prostředky z norských fondů na zakoupení dvou vozidel. Cílovou skupinou byli pacienti s tou nejtěžší formou deprese nebo schizofrenie... SMI. Tam se začalo v roce 2016, začal zkušební provoz centra duševního zdraví, ještě ne oficiálně ale ta terénní forma už fungovala. Projekt norských fondů byl realizován od roku 2014 s tím, že do toho bylo zapojeno několik psychiatrických sestřiček z psychosociálního centra za tu zdravotní složku a lékař, psychiatr, psycholog a z té sociální služby sociální pracovníce. A to byl začátek nástupu na centrum, první kroky v rámci terénní psychiatrické péče a sociální služby pro duševně nemocné.

T: Jakou roli v tom hrála spolupráce s krajem, s městem? Byla to Vaše samostatná iniciativa, nebo v tom hrálo město, kraj nějakou roli?



R: S městem Přerov se samozřejmě dlouho jedná v téhle otázce, ale ten první krok učinilo Psychosociální centrum společně s duševním zdravím, obecně prospěšnou společností, tím že podali v rámci výzvy norských fondů tuto žádost a ta byla úspěšná a začalo se s tímto projektem. Následně se dojednávali, už vlastně v průběhu tohoto projektu se vyjednávalo s Magistrátem města Přerova i Krajským úřadem plány, které se týkají zavedení téhle terénní formy služby. Následně na to navázala celá reforma, která už dávno předtím byla v plánu, a připravovali se podklady pro realizaci a tohle byl jeden takový, první krok k tomu.

T: Vy jste potřebovali nějaké potvrzení?

R: My jsme zažádali o rozšíření formy péče na krajský úřad. My jsme měli jen ambulantní, tak jsme si zažádali o terénní formu, která nám byla schválena, a tomu už v zásadě nic nebránilo. V té době, kdy jsme čerpali prostředky z EU, nebo těch norských fondů, tak jsme nečerpali prostředky z rozpočtu kraje, nebo MPSV. Stejně tak tomu bylo v době, kdy začal fungovat pilotní projekt centra duševního zdraví, už v rámci deinstitucionalizace a získali jsme dotaci z EU na zavedení centra duševního zdraví v první vlně. Teď od ledna letošního roku jsme plně závislý, co se týká té sociální složky, na dotačních prostředcích a zdravotní složka na úhradách od zdravotních pojišťoven.

T: K tomuto projektu, který se v tuto chvíli Vás tolik netýká. Jak hodnotíte ty nároky, které s tím byly spojeny.

R: Náročné to samozřejmě je, náročné administrativně, časově, protože je tam potřeba vyplňovat hodně papírů, učit se nové věci, více výkazů, ale nebylo to pro nás až tak nové, protože už jsme za sebou měli jeden projekt prostřednictvím norských fondů a spousta věcí byla stejná nebo hodně podobná a už jsme znali, co kontroluje EU, jaké má požadavky, na co si dát pozor a co je potřebné mít v pořádku, aby to vyhovovalo projektu a v jakém rozsahu. Takže si nemyslím, že to pro nás byla až tak velká zátěž. Samozřejmě ano, byla to zátěž pro pracovníky v přímé péči, protože kromě přímé práce museli dělat spoustu dalších úkonů, dotazníků, výkaznictví a dělat trochu jiné věci a trochu jinak, než byli doposavad zvyklí, ale po tom zjetím nějakém a v podstatě zvyknutí si na stereotyp to nebylo zase až tak. Všechno s sebou přináší nějaké změny a je potřeba se trochu přizpůsobit. Ale tím, že nejsme nějaká nově vzniklá organizace, nebo nově vzniklé centrum, tak ty dvě složky, sociální a zdravotní spolu dlouhodobě spolupracují, sdílíme jeden prostor, což nám strašně pomohlo v komunikaci, nejsme oddělené organizace, které by každá seděla někde jinde, a jednou za týden bychom se sešli. To bylo to gros toho, že jsme řešili většinu věcí teď hned na místě, kdy problém nebo nějaká otázka vyvstala, a nesunulo se to před sebou, což vidím jako obrovský plus.

T: Ta budova, ta patří městu?

R: Ne ta je soukromá.

T: Jste tady v pronájmu.

R: Ano, jsme v pronájmu.

T: Co se týká té administrativy, tam mě napadá několik záležitostí, jestli si vzpomenete. Tam byl možná problém se vstupem do projektu, kdy nebylo jasné, kdy začíná projekt fungovat. Tak jestli jste tady měli nějaké problémy s uzavíráním smluv?

R: Nebyly. My jsme volně se přesunuly, protože už jsme fungovaly v rámci našeho centra duševního zdraví od prosince 2016, tak původně jsme měli do projektu vstoupit od 1. 7. 2017, posunulo se to



o deset dnů z důvodu dokládání dokumentů a pouze jsme zpracovali dodatky k pracovním smlouvám. My jsme personální obsazení již měli dávno, nehledali jsme nové pracovníky, až postupně v rámci projektu, když někdo odešel, tak se musel ten stav doplnit. Ale my jsme v podstatě plynule přešli do toho období realizace.

T: V tomhle smyslu se určitě Vaše odpovědi budou lišit od center, které s tím začínali. Takže vy, když jste tady měli tu kontinuitu, tak potom nehrálo roli, jestli tam bylo nějaké zpoždění. Asi je to to samé, jako že ten projekt měl nějaké roční zpoždění, zasáhlo Vás to nějak zásadně?

R: Ne.

T: Pochopil jsem, že tam ještě dojížděly norské fondy?

R: Norské fondy již byly ukončeny a nijak nás to nezasáhlo, protože jsme byli financováni Krajským úřadem z prostředků MPSV. My jsme obdrželi dotaci v plné výši na ten projekt, nebyl pro nás zásadní ten posun.

T: To potom bude směřovat na pana (...). Z té zdravotní části tam asi bylo něco složitějšího, předpokládám.

R: Tam to nedovedu zhodnotit.

T: Z Vaší stránky chápu, že je klíčový ten přístup kraje.

R: Ten je pro nás stěžejní.

T: S tím souvisí i to, že jste nemuseli získávat pověření k činnosti sociální rehabilitace, protože už jste to měli.

R: Ano.

T: Další otázka je na indikátory, tam byly nějaké problémy při jejich naplňování nebo realizaci?

R: Zase jsme nepocítili v tomto problémy, zase ta odpověď je stejná, protože už jsme měli našlápnuto a my jsme klientelu měli.

T: Jak probíhá řízení multidisciplinárního týmu?

R: My máme několik úrovní, co se týká té odborné, metodické části, tak to řeší metodik a člověk, který se podílí na té reformě, pan primář (...). Co se týká odborné práce v rámci týmu, konzultací, tak to zastřešuje paní doktorka (...) jako odborný, klinický psycholog a pan doktor, dříve pan doktor (...) byl v rámci projektu CDZ, nyní máme pana doktora (...). A v rámci pilotního projektu tu pracoval pan doktor (...), který tu byl po celou dobu realizace. Měl velké zkušenosti ze zahraničí, co se týká této oblasti, takže přinášel i nové poznatky a zkušenosti, jak to funguje v jiných státech, stejně tak i pan primář (...). To vám tak odděluje odbornou a metodickou část, tu řeší pan primář a já řeším část personální, provozní, ekonomickou a sociální, tahle to máme odděleno, protože pan primář je primářem na psychosociálním centru, které poskytuje zdravotnickou péči a já jsem zároveň ředitelka té obecně prospěšné společnosti duševní zdraví. Takže to máme takhle rozděleno. Jinak, co se týká komunikace v rámci týmu a nějakého pravidelného předávání informací, tak máme již dlouhodobě zaběhnutý systém každodenních ranních porad, které trvají tři čtvrtě hodiny. Jinak jednou týdně je ve středu dvouhodinová, týmová porada celého multidisciplinárního týmu.

T: Já si pamatuji, že toto Vy máte napsané i ve zprávách o realizaci.



R: Všechno je to rutinní, dlouhodobé, je to zaběhlý systém, který se ověřil a zatím na něm není potřebné nic měnit.

T: Byly nějaké překážky při nastavování týmu? U Vás to asi bude specifické, protože to byl dlouhodobé.

R: Ti lidé, kteří šli do multidisciplinárního týmu, tak všichni mají, zdravotnické sestry mají, zkušenost z psychosociálního centra. Vědí velmi dobře, jak to funguje, nejsou to nově přibírané sestřičky a všechny, které nám přišly do centra duševního zdraví, tak mají už dlouhodobější praxi v rámci psychosociálního centra a jsou atestované psychiatrické sestry. Takže my jsme v tom byli kousek dál oproti jiným CDZ jsme v tomto měli výhodu.

T: Nejčastější problém u zajištění personálního týmu je obecně s klinickými psychiatry a psychology...

R: To se nám zase vyhnulo, protože my jsme měli lékaře i psychologa z toho psychosociálního centra, kteří přešli do centra duševního zdraví a plně se věnovali zavedení téhle služby. Větší problém jsme měli u sociálních pracovníků, kde nám dlouho trvalo získat nové, ve chvíli, když nám kolegyně přešla na mateřskou dovolenou, tak bylo náročné najít pracovníka, který by... sociálních pracovníků jako takových je dost, ale ne všichni chtějí pracovat s touto cílovou skupinou. Stále tedy fungují nějaká tabu a nějaké nechci říct osobní strach nebo předem dané... Pro tělesně postižené se patrně najde, nebo myslím si to, je to má zkušenost, lépe než pro cílovou skupinu duševně nemocných.

T: Chápu to tak, že vnímáte, že na rozdíl od jiných regionů, nebo tak, kde jsme hovořili, tak je problém se sociálními pracovníky všeobecně, tak tady spíše se kloníte k tomu, že je to směrem k té konkrétní specializaci.

R: My když jsme vyhlašovali výběrové řízení, tak těch sociálních pracovníků se přihlásilo velmi mnoho. Neměli jsme problém s počtem osob na výběrovém řízení, spíše když už jsme začali řešit samotnou práci, je to samozřejmě náročné, není to jako např. v denním centru. Tak jsme se setkávali se strachem možná.

T: Mám tady otázku na to rozdělení kompetencí mezi těmi dvěma subjekty, to jste zodpověděla. Chápu, že máte tu část ekonomickou, sociální a to psychosociální centrum má tu část odbornou, metodickou řekněme.

R: Ano.

T: Teď mám dotaz na spolupráci regionů. Viděl jsem některé formy spolupráce ve zprávě o realizaci. Napadá mě úřad práce nebo nějaké rekvalifikační kurzy, nebo samozřejmě jednotlivé nemocnice, Kroměříž a Šternberk, můžete mě doplnit, rozšířit případně?

R: Co se týká nemocnic, tak převážně nemocnice v Kroměříži. Samozřejmě pár klientů máme i v nemocnici Šternberk. Nyní se rozjíždí další forma spolupráce na základě pravidelných návštěv v nemocnicích, stáže jednotlivých pracovníků v zařízeních, ty u nás probíhaly po celou dobu pilotního projektu, kdy nás navštěvovaly pracovníci jak sociální, tak zdravotní ze všech možných částí Moravy a případně i kousku Čech. Jezdili sem pracovníci ze sociálních služeb, kteří plánovali zapojení do nové etapy vzniku center duševního zdraví, jezdili sem pracovníci psychiatrických nemocnic, i nově vzniklé multidisciplinární týmy, které začínají fungovat. Těch stáží bylo opravdu mnoho v průběhu 18 měsíců pilotního projektu a pořád se hlásí další. Už to není v tak velké frekvenci, ale stále tu jsou nějakí žadatelé o stáž. Jinak jsme samozřejmě realizovali semináře pro pracovníky magistrát v Přerově, pro pracovníky Krajského úřadu v Olomouci, pro pracovníky obecních nebo městských úřadů, které spadají do naší



působnosti, v rámci regionu, který pokrýváme. Účastnili se ho pracovníci mnoha sociálních služeb z měst Přerova, Lipníka, Hranic.

T: To bylo také v rámci projektu?

R: Ano, všechno v rámci projektu duševního zdraví.

T: Vnímáte v tomhle smyslu, že v regionu je CDZ přijímáno? Je spolupráce se subjekty na dobré úrovni?

R: Co se týká spolupráce s ostatními sociálními službami, tak si myslím, že je velmi dobrá. Stejně tak s praktickými lékaři, kde se řeší jednotliví pacienti. Tam už je to o člověku, je to o tom konkrétním jednom lékaři a o jeho zkušenosti. K tomu Vám jistě řekne mnoho informací psychiatrická sestřička nebo psycholog. Ti s tím mají konkrétní zkušenosti, doprovází pacienty, komunikují s odbornými a praktickými lékaři, doprovází na vyšetření, často jsou přímo u vyšetření, protože ho klient není schopen sám absolvovat, nebo pobrat informace, které dostává od lékaře. Takže tam se to osvědčilo velmi dobře.

T: Víím, že, vycházím ze zprávy o realizaci, kde jste tam zmiňovali, že to bylo o něco složitější s dalšími psychiatry ve městě, kteří neměli zájem spolupracovat. Ale to bylo před nějakými dvěma roky, jak to hodnotíte teď z Vašeho pohledu?

R: Že je to asi stejné, ale samozřejmě pokud někdo má klienta, kterého nám chce svěřit do péče, nebo který potřebuje terénní formu, tak nás může kdykoliv kontaktovat, ale stejně tak jako pro sociální pracovníky jsme realizovali seminář k centru duševního zdraví pro lékaře, a ti to vůbec nereflektovali, ti se vůbec nedostali, takže to... jestli to bylo špatně načasováno, nebo to nebylo v rámci jejich koncepce vzdělávání, tak neměli vůbec zájem.

T: Z Vašeho pohledu, myslíte, že je to nezajímavá, nebo nemají vůbec čas, nebo dá se říct, že jsou naladěni proti...

R: To si nemyslím, že by byli naladěni proti, spíše je to dostatečně možná nezajímavá, nebo možná si řekne „já pokud potřebuji, tak víím, kam ho mám poslat“ a víc je to nezajímavá.

T: Když to shrneme, jak se vyvíjí informovanost o CDZ mezi odbornou i laickou veřejností?

R: To si myslím, že bylo dobře realizováno, naplánováno, že to nebylo tak, že bychom zahltili v jednu dobu jak laickou, tak odbornou veřejnost, že to bylo postupně v průběhu celého projektu a my už několik let realizuje např. v rámci dne pro duševní zdraví aktivity pro veřejnost, účastníme se přednášek, besed, několik jich proběhlo např. s velkým množstvím lidí v kině Hvězda v Přerově. Nebo v menším počtu na středních školách, tohle si myslím, že je, co se týká povědomí o tom CDZ nebo organizacích působících v této oblasti docela dobré. Byly i nějaké články, nějaké spoty v kabelové televizi tady v Přerově. Snažíme se působit i tímhle směrem.

T: Já mám teď de facto poslední část, která se zabývá dopady CDZ. Jednak dopady projektu, ale i budoucí, současně zajištěné CDZ, co bude dál. Co fungující CDZ přineslo, co pro klienty v regionu změnilo se vznikem CDZ?

T: Myslím si, že se celkově zvýšilo povědomí o tom, že tady ta organizace je. Určitě pomáhá, že za klienty můžeme kdykoliv jet. Funguje to na nějakém plánování, na domlouvání návštěv. Za mě si myslím, jsme velkým přínosem pro rodinné příslušníky, pro partnery, kteří často neměli šanci řešit tu problematiku s někým. Oni nechodili k lékaři, nechodili k psychologovi a bylo to pro ně mnohdy



i několikaletá i desetiletá záležitost a zátěž. Stejně tak to soužití s tím duševně nemocným člověkem, nebo po propuštění z dlouhodobé léčby v psychiatrické nemocnici. Zase, ten pacient chodí na kontroly, ale nikdo už moc neřeší to kolem, tu rodinu a tu informovanost, tu podporu, jak psychologickou, tak sociální. Pomocť s těmi všemi kroky kolem, když se např. vyřizuje invalidní důchod, když se vyřizují příspěvky a dávky. Často je tam rodinná zátěž klienta. Myslím si, že tohle je velký přínos. Nejen to, že můžeme dojíždět za těmi lidmi, ale to že se snižuje počet hospitalizací a délka hospitalizací a délka hospitalizací, tak si myslím, že obrovský přínos to má tady v tom, že se pracuje i s mnoha lidmi kolem.

T: Jak je prakticky realizována spolupráce s dalšími příslušníky? Protože chápu, že oni nejsou označeni jako klienti CDZ.

R: Ne, ne, ne, jsou často doma s těmi lidmi, buď jsou jako osoby, které o ně pečují a často se účastí té návštěvy. Jezdíme většinou ve dvou pracovnících, např. sestřička a lékař nebo psycholog, nebo sestřička a sociální pracovník. Záleží na té problematice, která se zrovna řeší, co mají za potřeby, aby toho na ně nebylo příliš mnoho najednou.

T: Lze tímto způsobem realizovat i aktivity vyloženě zaměřené jen na rodinné příslušníky?

R: Určitě.

T: Chápu, že tam může být problém s nějakou administrativou, nějaké vykázaní.

R: Samozřejmě. Ale my realizujeme např. setkání rodičů, takové rodičovské skupiny, kdy sem mohou přijít, je to pravidelné posezení u kávy, mohou sdílet informace, předávat si své zkušenosti, mají možnost si popovídat, požádat o konzultaci, často chodí i s psychologem. V tomhle není žádný problém, tohle je běžná praxe.

T: Chápu, že ten projekt pro zřizovatele, tedy pro Vás, to, co přinesl, tady víceméně mnohokrát zaznělo. Chápu, že jste si nějakým způsobem potvrdili to, že to takhle jde.

R: To samozřejmě.

T: Nicméně, co dál? Jaké doporučení nebo úpravy v CDZ lze doporučit?

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



T: Jasně, chápu, že díky těm dvěma projektům, které jste realizovali, jste měli nějakou zkušenost s víceletým financováním, které bylo přeci jenom jiné než to roční. Pohrává si kraj s myšlenkou, že by prostředky rozděloval více dlouhodobě?

R: Nemám žádnou takovou informaci.

T: Protože já chápu, že to úplně nezávisí na něm, závisí to na tom, jaké peníze budou, ale je pravda, že některé kraje minimálně přemýšlejí, jak to zajistit smluvně, přestože tu jistotu mají ony samy na té roční bázi. Takže neřeší se to teď?

R: Nemáme vůbec tušení. Prostřednictvím Olomouckého kraje jsme měli vize, že by bylo možné financovat centra duševního zdraví přímo z rozpočtu MPSV, ne prostřednictvím Olomouckého kraje nebo krajů, přerozdělování prostředků, což by bylo určitě velmi pozitivní. Myslím si, že by to centřum přineslo vyšší zdroje, ale nevím, jak dalece je to reálné.

T: Napadají Vás nějaké další překážky, které v současné době brání, aby CDZ mohlo být realizováno bez dotací z ESF?

R: V tuhle chvíli asi ne, stěžejní je spíše taková ta jistota vědět, že se s námi počítá, byť je to nová služba. V podstatě ubíráme prostředky ostatním, ale ta praxe ukazuje, že je to velmi potřebné a možná cesta by byla v tom přímém financování prostřednictvím MPSV nebo i MZd. MZd by v této souvislosti mohlo úplně stejně fungovat, ale to už je věc legislativní a ve zcela jiných rozměrech.

T: Mám poslední dvě otázky, které jsou tako doporučující. Na základě zkušeností, které máte, v čem se podle Vás musí spolupráce v rámci CDZ, a to jen uvnitř, tzn. mezi subjekty, i směrem ven, změnit, aby CDZ bylo efektivnější. Jsou nějaké prostory pro zlepšení?

R: Ty jsou vždy. Určitě by bylo vhodné zapracovat na komunikaci s lékaři. Možná nějaké společné akce v rámci šíření osvěty a odtabuizování problematiky duševního onemocnění. Možná i přizvání, protože lékaři jistě mají své konference, své semináře, zaměřené na odbornou problematiku, tak možná prezentace v rámci těchto aktivit, v rámci konferencí, v rámci dalšího specializačního vzdělávání. Tam si myslím by to nebylo úplně od věci. Ale bylo by možná dobré, kdyby to šlo i ze strany lékařské komory, nebo psychiatrické komory a tím směrem by to mohlo také jít.

T: Zkrátka chápu, že stále je ta největší omezení CDZ je stále nízká míra povědomí o tom, jak to funguje a k čemu to tak funguje. Dá se to tak říct?

R: Dá se to tak říct. Možná mezi širokou, laickou veřejností tam asi ano. Myslím si, že mezi klienty, duševně nemocnými, mezi organizace, které se o tuto cílovou skupinu starají, tak tam je ta informovanost velmi dobrá. I ta spolupráce, hledají se další cesty, jak lépe komunikovat, jak rozvíjet spolupráci. Tam si myslím, že ten problém není.

T: Tedy u té odborné veřejnosti.

R: Ano.

T: Lze vymezit nějaké doporučení pro nějakou následnou podporu stávající CDZ? To jsme částečně probrali u financování z MPSV. Kdybyste měla byste doporučit nějakou věc pro ostatní CDZ, máte něco takového, co by bylo dobré, aby zaznělo?

R: Teď momentálně mě nic nenapadá, co úplně změnit. Asi to ještě není tak zajaté, aby se něco měnilo, myslím si. Ještě jsme si ani nezvykli na všechny změny. Druhá vlna CDZ se postupně rozjíždí. Už přebírají



informace od prvních, zkušenosti, poznatky, už se mohou mnoha věcem vyvarovat oproti nám. Takže pořád se to někam posouvá, asi bych nechtěla říct, že něco měnit úplně.

T: Děkuji za ten názor, ono to dává smysl, protože můžeme řešit nějaké drobné kosmetické věci typu administrativa atd.

R: Ano, určitě.

T: Ale ta koncepce ta je dobře nastavena?

R: Ano, ta je správně.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Více než 20letá spolupráce obou organizací je dána společnou historií, společnými zakladateli. V tomto smyslu byl vznik CDZ v mnohém jednodušší než u jiných případů.
2. CDZ jako takové neoficiálně fungovalo již několik let před projektem, nejprve jen jako ambulance s postupným zvyšováním podílů terénu – posun hlavně díky norským fondům, který terénní formu podpořil.
3. Nedaří se oslovit úplně všechny ambulantní psychiatry v regionu, jde to většinou jen u těch, kteří působí v rámci Psychosociálního centra.

4.1.2.2 Rozhovory s pracovníky multidisciplinárního týmu

3. Rozhovor s psychiatrem CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Psychiatr
Termín uskutečnění rozhovoru	24. 6. 2020
Forma rozhovoru	Face to face rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho jste zapojen do CDZ?

Respondent (R): Jsem tady 5 měsíců. Nejdříve jsem byl v Kroměříži v léčebně, v psychiatrické nemocnici.

T: Jak jste se sem dostal?

R: Stál jsem před volbou v Kroměříži, už jsem měl věk odchodu do důchodu a chtěl jsem umožnit mladší kolegyni, aby mě vystřídala, a tady pan doktor odchází pryč, do zahraničí, čili uvolnilo se místo. Takže jsem nastoupil po lékaři, co tady pracoval.

T: A na základě toho vy máte zkušenost s klasickou prací v nemocnici.

R: Určitě s diagnostickou skupinou ano, co se týká ambulantní práce, já jsem shodou okolností sem do Přerova na jiné místo dojížděl asi 4-5 let dávno. Nebylo to na úvazek 1,0, ale na částečný. To už bylo začátkem 90. let

T: K těm rozdílům, jak to funguje tady a v klasické ambulanci se ještě dostaneme. Jak je dle Vašeho názoru potřebné, aby CDZ vznikala?



R: Já si myslím, že jsme se dostali do fáze léčení těch pacientů, kdy jsem cítil tu potřebu, aby to vzniklo. Samozřejmě, můžeme se lišit v tom, jak rychle mají ty CDZ vznikat, v jakém počtu, ale určitě je to pracoviště, které je nezbytné. Je výhodné, pokud to vzniká tam, kde ta potřebnost péče byla. To nevím, jak se dá zjistit, ale určitě jsou místa, kde ty potřeby vznikají a ty pracovníci, kteří jsou v tom terénu, v psychiatrické ambulanci i léčebnách to vidí a podílejí se na tom vzniku.

T: Vy jste tedy nebyl při vzniku tohoto CDZ.

R: Ne to jsem nebyl, nebyl jsem na začátku v první fázi projektu. Už jsem ve fázi, kdy to jede na pojišťovnu.

T: Ano, takže věci související s administrativou projektu můžeme přeskočit. Jaký je základní rozdíl práce psychiatra uvnitř CDZ ve srovnání psychiatra v ambulanci.

R: Podle mého, jak je ta práce intenzivnější, ve smyslu, jak se důsledněji sleduje celkový stav ve smyslu těch psychosociálních faktorů nebo fenoménů. Lékař klasické ambulance na to nemá čas. Má čas vyposlechnout klienta, někdy se můžou dotknout sociálních problémů, ale v zásadě řešit jeho život z více aspektů, tak tady je větší šance. Nevím, jestli jsme si rozuměli?

T: Ano, dává to smysl.

R: Dá se sledovat stav medicínský, abych to tak řekl, psycholog je tady, který spolupracuje na těch problémech psychologických, sociálních pracovních se může věnovat těm věcem, které se dotýkají toho klienta v reálném životě, tak kde bydlí, otázky bydlení, hospodaření s penězi, návštěvy lékařů atd.

T: Chápu to správně, že je to komplexní přístup, kdy vidíte toho klienta a celý jeho život. Pochopil jsem, že si říkáte o vše, víte o tom, co dělá sociální pracovník, co dělá sestra.

R: Jsou týmové porady, které se týkají klientů a jsou zúčastnění všichni: psycholog, lékař, psychiatrická sestra a řeší se komplexně problematika klienta. Opakují se ty věci, co je nového, co se za týden změnilo, v jakém aktuálním stavu jsou.

T: Není to zkrátka tak, že: „když jste psychiatr, tak se Vám ozveme, když Vás potřebujeme“, ale je to tak, že jste tam pořád.

R: A ta výhoda toho je, že tam jsou v ambulanci pevně objednané doby a ta frekvence kontrol je spíš řidší, aspoň pokud je mi známo, protože pojišťovny proplácují určitou frekvenci kontrol, kdežto tady ten klient, tedy zatím je to tak, že pokud je ta potřeba, tak se může udělat ta intervence i v rychlejším čase. To znamená jednou týdně, nebo třikrát týdně.

T: Takže pojišťovna dejme tomu zaplatí na jednoho klienta a ambulanci jednou týdně?

R: No oni tam mají... nevím přesně, nechtěl bych se k tomu vyjadřovat. To financování zatím nevím a uvidí se, jestli i tady jestli to, jestli ten klient má tu potřebu té péče a my se jí věnujeme, jestli to bude bráno v potaz. Zatím je to ve fázi, kdy se hodnotí, kódují se ty návštěvy a posílá se to pojišťovně a ta to bude v další fázi zase vyhodnocovat. Ale zatím, nejsou tady žádné limitace, jede to podle toho, jak to klienti potřebují.

T: Když se teď bavíme o té problematice proplácení a kódování, jsou tam z vašeho pohledu nějaké věci, které se ještě musí zásadně řešit?



R: Já jsem měl to štěstí, že jsem nastoupil sem ve fázi, kdy systém a schéma kódů byla propracovaná, navržena a používaná. Takže jsem to převzal. Takže v tom já jsem problém neviděl. Je to to klasické kódování, které se děje i v psychiatrické ambulanci. Je to, nevím, z kolonky 305 – psychiatrická péče.

T: Ale ty kolonky se v konečném výsledku neliší. Respektive, chápu, že těch kolonek máte v tomto případě více.

R: Je tam více kódů, kombinují se a samozřejmě s dohodovacím řízením se přijímá, kolik je hodnota bodu. Zatím mám informaci od šéfa celého psychosociálního centra, že tak jak je to nastaveno, tak by to mělo vyjít ta péče. Zatím nejsou hlášeny propady, že bychom ošetřovali klienty a neměli zapláceno. Ale záleží to i na počtu klientů v portfoliu. Třeba naše psychosociální centrum má v aktuální péči 100 klientů.

T: Což je relativně odpovídající.

R: Já si myslím, že to odpovídá kapacitě, protože na každou sestru připadá čtvrtina intenzivní péče, tzn. 25 klientů na jednu sestru, a ony pracují i v terénu, čili chodí za těmi klienty, tam jim třeba aplikují depotní neuroleptika atd. myslím si, že tak jak je to nastavené, tak to vychází. Už by byl možná problém, kdy by to pracoviště mělo nabírat další a další klienty, čili předpokládá se, že pokud se ten stav klienta nějakým způsobem stabilizuje, tak se předá do ambulance, na běžnou agendu, na běžnou kontrolu. A zase tam, kde v ambulanci vznikne problém, že se skumulují faktory, které je třeba řešit, takže zase jde k nám. Je to samozřejmě limitované diagnostickou skupinou, to jsou ti problémovější pacienti s diagnózou psychochronické psychózy, nějaké těžší deprese, obsedantní poruchy atd.

T: Z Vašeho pohledu lze říci nějaké procenta lidí, které mají šanci se přesunout do té ambulance? Jsou to všichni?

R: To se dá těžko odhadovat. V dlouhodobém pohledu... Já dělám tu kratší dobu. Nevím, jak to probíhalo v té předchozí fázi, ale předávají se v jednotkách ti pacienti. Kdybych měl mluvit o desítkách, tak určitě ne. Ta péče o ně je intenzivně rehabilitační práce a ty procesy, které se tam startují, jsou velmi pomalé, takže nevím, nedá se to... Zatím je to nová forma, to se vědělo všechno, že tyhle věci běží, ale aby se tomu lidi věnovali, tak teď je ta možnost. Předtím ti pacienti, když to zjednoduším, kdyby tato péče nebyla, tak se rychle hospitalizují. Čili, význam pracoviště je v tom, to jsem si mohl ve statistikách dohledat, že ti klienti, kteří jsou v portfoliu dlouhou dobu, nebyli hospitalizováni. Samozřejmě některé případy jsou tak těžké, že k té hospitalizaci dojde, ale zatím se zdá, že je to u 10 % z toho celkového počtu.

T: Pochopil jsem také, že hustota hospitalizací je menší.

R: Tak. Nebo i ta hospitalizace menší dobu trvá, protože už je tu někdo, kdo komplexně zná tu problematiku toho člověka a jsme schopní se ho zase ujmout po té fázi akutního přeléčení.

T: Jak z Vašeho pohledu, a může tomu pomoci i Vaše zkušenost v Kroměříži, se na problematiku CDZ dívají nemocnice a léčebny? Myslíte si, že v téhle chvíli je překonán počáteční odpor?

R: Nevím, jestli to byl úplně odpor, ale v podstatě spíše neznalost, co ty nové formy péče mohou znamenat, protože ty léčebny, aspoň dle mé zkušenosti z Kroměříže, jsou pod takovým tlakem na přijímání pacientů, protože se tam dostávají nejrůznější typy. V té společnosti je víc, nechci říct duševních poruch, ale víc reaktivních stavů zhoršení, takže ta léčebna má určitou kapacitu a musí ošetřit ze svého regionu jistý počet klientů. V Kroměříži to dělalo v průměru poslední léta 5 000 klientů ročně. Čili oni jsou rádi, že můžeme pacienty nějakým způsobem posunout z té léčebny. Není to o tom,



že bychom nechtěli spolupracovat. Úplně reálný problém spíše je, že je málo psychiatrů. Tady jde spíše o to, že aby ty pracoviště vznikaly do budoucna dále, tak musí na to být ti lidé, protože to je skutečně reálná práce, to se nedá ošidit, že zřídíte nějaká pracoviště a pod hlavičkou psychosociálního centra, nebo respektive CDZ, by byl jen někdo na telefonu, nebo nechci říct šidil tu práci, ale dělal jen část agendy. Prostě, je to tak komplexní činnost, že to ty lidi potřebuje a bohužel ty lidi v tom počtu v současné době, aspoň pokud je mi známo, nejsou.

T: To je vlastně problém i pro samotné léčebny.

R: Určitě, protože určitý počet lidí nastoupí po studiích do práce, vybírá si obory, někdo si vybere psychiatrii, těch lidí není moc. Když se konečně vzdělají v té specifické oblasti, tak to trvá v průměru sedm let, u doktorek je to třeba delší dobu, že je to přerušené mateřskou dovolenou. Může to trvat deset let. Pak zase jsou volné místa v ambulancích, čili zase z léčeben jdou do ambulančí a teď navíc vznikají ty CDZ, takže teď ještě měli jít do těch CDZ. Takže já nevidím tu zlou vůli nebo tu negaci toho, že by léčebny odmítaly tady tu péči, ale je to problém spíše personální. Pak je zase pro mě důležité to, že ta léčebna ošetřuje klienty v určité fázi vývoje té nemoci, nebo poskytuje určitému spektru pacientů. Ty CDZ pokračují v té práci, ta problematika se posunula a je třeba se jí věnovat a ty léčebny nemají možnost to zvládnout, protože v podstatě pro ty doktory u lůžka je to, že musejí být s tím pacientem v té nemocnici, ale aby za ním jeli domů, aby ty sociální pracovnice jezdily domů, na to oni nemají možnosti. Čili, ten kontakt s pacientem v jeho přirozeném prostředí skutečně umožňuje prostředí CDZ.

T: Vnímáte tedy, že se nějakým způsobem začíná dařit to, že se obě strany, CDZ i léčebny...

R: Budoucnost vidím takovou, musí se zlepšit komunikace, tam budou vždy rezervy. Určitě si najít čas na nějaké koordinační setkání, já nebudu mluvit o nějakých frekvencích, jak často to může být, ale toto když se podaří a zjemní se ta spolupráce, tak ty pracoviště nejdou proti sobě. Kdybych to měl říci jinak, kdyby se měly ty CDZ zrušit, tak by ty léčebny byly zaplaveny klienty, ty by tam chronifikovali a snížila by se zase dostupnost péče pro terén, který tam teď posílají třeba ty ambulanci z terénu, nebo přicházejí na to akutní poléčení. Čili, teď je to v té fázi, že když už to vzniklo, tak podle mého názoru je potřeba to fakt udržet. Co mám za nejvíce problematickou je budoucnost počtu CDZ, ten je naplánovaný nějak ve velkém počtu, ale to v mých očích pragmatika je to moc rychlé. Já samozřejmě rozumím lidem, kteří přišli s těmi vizemi, a chtějí realizovat zlepšení péče o duševně nemocné, že to vidí jako naplnění cílů, ale je to běh na dlouhou trať. Ale protože jsou např. růstové potíže, vždy není moc lidí, shání se personál, všechno beru, ale zrušit ty pracoviště by byla obrovská škoda.

T: Chápu, že teď jak ty pracoviště CDZ vzniknou, tak v dlouhodobém horizontu, jakmile budou muset zase fungovat pod ESF dotacemi, tak dejme tomu, že budou zanikat, budou zůstat jenom nějaké.

R: Přesně tak, je to možné. Záleží na kvalitě práce, jak se tomu věnují. Tady se zdá, protože ta potřebnost té CDZ práce byla a že i ty formy terénní práce už vznikaly předtím a to že vzniklo CDZ jakoby završilo ten přirozený proces vzniku pracoviště. Nevím, jak by to bylo tam, kde je to nadiktované, že se to musí zřídit. Určitě někdo to možná zřídí, ale ti lidé musejí být připravení, musejí být motivovaní k té práci, musí je to bavit. Což já nevím, takže nevylučuji, že nějaké pracoviště může zaniknout, ale byla by opravdu škoda, aby ty pojišťovny to neudržely.

T: Tak když už jsme u toho počtu a nedostatku pracovníků, já obecně chápu, že pro psychiatrii, pokud by si měli vybírat, tak nejdříve půjdou do ambulančí.



R: Tak, když lékař končí, tak v každém případě jde do nějaké nemocnice, tam má největší šanci se vzdělat, dospět k atestaci. Čili, na CDZ by měl přijít člověk, který má za sebou nějakou zkušenost, má atestaci a ambulance, pokud bude někde volné místo, tak si samozřejmě myslím, že si to vybere ten mladý psychiatr možná dříve. Ne že by to byla lehčí práce, ta je určitě také velmi náročná, ale dejme tomu takový ten globální výdělek, nebo v té ambulanci, který jde za ním, tak je dost motivující. Tak si to myslím. Bylo by třeba tento faktor ověřit. Čili v CDZ se týmově pracuje a ty peníze se musejí podělit na jednotlivé pracovníky. Čili, jsem si vědomí toho, že víc výkonu jde za tím doktorem a, jestli to tak můžu říct, frekvence za sestrami, a ten člověk to musí akceptovat. Nebo kdybych to zjednodušil, kdybych chtěl být sobec a mít vše pro sebe, tak bych šel do ambulance. Tím, že mám zájem, aby to pracoviště fungovalo a tým spolupracoval, tak ta forma toho přerozdělení na tom pozadí existuje.

T: Jinými slovy, pro práci v CDZ je potřebné nějaké přesvědčení, není to jen o nějakém výdělku. Děkuji Vám za to. Vy jste v nějakém kontaktu s ostatními ambulanti psychiatry tady v okolí?

R: To my jsme v kontaktu, jednou za týden jsou provozní schůze. Tam si můžeme sdělit nějaké názory.

T: A to je v rámci psychosociálního centra?

R: To CDZ je pod aglomerací toho psychosociálního centra, nebo jak bych to řekl. A není problém si zavolat. Tady to naštěstí funguje tak, že to má jednoho šéfa. Čili, ten hlavní koordinátor. Podle mě nefunguje rivalita mezi ambulancí a CDZ, což může být docela zásadní problém v jiných regionech.

T: Je pravda, že tady je klíčový faktor to, že tady to sociální centrum představuje poměrně dominantního hráče na trhu.

R: Třeba. A já si myslím, že dominantní je ta psychiatrická ambulance. Primárně to zatím vypadá tak, pokud do toho vidím, že my dostáváme klienty do péče CDZ od nich. Což je dobrý směr, protože oni narazí na nějaké bariéry. Samozřejmě primárně je ten člověk poléčený v léčebnách. Jede k nim, oni zjistí ano, to to a to je potřebné zajistit a přesunou ho sem po domluvě.

T: Z toho důvodu Vy ani nemusíte tolik spolupracovat s ostatními klinickými psychiatry.

R: Tady je ta ambulance dominantní.

T: V jiné pozici budou CDZ, kde něco takového neexistuje, že nemají své kolegy...

R: O to větší by byl tlak na tu koordinaci, protože pak zase přimět toho osobního ambulanta, aby se setkal s pracovníky CDZ a řešili tu problematiku těch zásadnějších stavů, to si myslím, že je docela důležitý moment.

T: Co Vám osobně přinesla zkušenost s CDZ?

R: Taková satisfakce, vděk pacientů. Zdají se spokojenější, nemají takové bariéry. V té léčebně to bylo takové, že žili v prostředí, které samozřejmě jim pomáhalo, přirozený život to úplně není. Takže oni žijí v přirozených podmínkách, tady jim člověk pomáhá v přirozených podmínkách žít. A nechci použít takové hororové slovo přežít. Samozřejmě jsou za to rádi, si myslím, ty pacienti. To je to nejzákladnější.

T: Já chápu, že když vidíte tu spokojenost v přirozeném prostředí, tak je to přeci jen něco jiného.

R: Přesně tak. A určitě, co je podstatný faktor, tak alespoň 40 % my máme návštěvy u nich. Takže my vidíme, jak žijí, v jakém prostředí. To také má jistou vypovídající hodnotu. To že ten člověk nás tady



přijde navštívit, vidíme se, něco si řekneme, zase to vulgarizují, ale je to jen část toho světa. Když člověk vidí, tam kde žije, tak mu může přispět něčím ve smyslu nějakých nápadů, co dál v životě.

T: Kdybyste měl doporučit dalšímu CDZ, jak ho rozjíždět, co považujete z Vašeho pohledu psychiatra za nejdůležitější?

R: Já si myslím, že musí být koheze v tom týmu, to mi přijde takové nejzákladnější. Aby ti pracovníci měli nějaký svůj cíl, nějaký pohled na tu věc, společný zájem o pacienta, to si myslím, že je úplně nejdůležitější. Ostatní mi přijde jako problém, který je možné řešit. To znamená navazovat kontakty s ambulancemi, pokusit se navázat kontakty s léčebnami, ujasnit si svoje postoje, pohledy na věc. Možná třeba kroměřížská léčebna má to štěstí, že tomu šéfuje doktor (...), který má takový psychotherapeutický rámec a je vstřícný aktivitám, takže i on byl zastáncem toho, že se zřizovalo CDZ v Kroměříži. Pak samozřejmě mohou různé třenice, výměna informací, jak probíhá, jaký je pohled doktorů nebo personálu na pacienty uvnitř. A zase, oni jsou jiní ty klienti tam, jiní mohou být venku. Je třeba o tom komunikovat hlavně. To znamená koheze v týmu a všechny možné komunikační kanály, které je možné vyčistit, tak čistit a čistit.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Práce psychiatra v CDZ není o finanční motivaci z důvodu přerozdělení prostředků mezi tým. Soukromá ambulance je pro psychiatra z finančního pohledu výhodnější. Klíčový je proto společný zájem pracovníků týmu o dobro pro klienty.
2. Většina klientů CDZ nepotřebuje hospitalizaci – až 90 %.

4. Rozhovor s klinickým psychologem CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Klinický psycholog
Termín uskutečnění rozhovoru	24. 6. 2020
Forma rozhovoru	Face to face rozhovor

Tazatel (T): Vy jste tady v roli psychologa?

Respondent (R): Jsem v roli klinického psychologa, psychoterapeuta.

T: Jak dlouho působíte v psychosociálním centru?

R: V rámci psychosociálního centra působím od jeho vzniku, od roku 1993, a už v podstatě od začátku své pracovní kariéry se specializuji na psychoterapii psychóz a na práci s lidmi s touto diagnózou, takže mám spoustu let praxe.

T: Pokud jsem pochopil správně, tak to tady na Vás stojí.

R: To bych neřekla, my pracujeme jako multidisciplinární tým, ale já mám největší zkušenost a díky tomu, že jsem tady tak dlouho, tak spoustu klientů znám, protože já si na práci s touto diagnózou specializuji a v rámci psychosociálního centra funguje denní stacionář pro psychózy, který vznikl v roce 1993 a my jsme postupně vytvářeli koncepci práce s psychózami, jednak psychoterapie a potom



i psychiatrické rehabilitace, takže na sebe navazovaly. U denního stacionáře se sešla skupina, fungovala spolu tři měsíce každý den, a když skončila, nebylo možné říct na shledanou, přijďte si pro léky. Takže jsme se začali setkávat s touto skupinou a na základě toho vznikla následná péče. Takže na začátku toho, že vznikl denní stacionář, tak pak vzniklo duševní zdraví, dlouho jsme pracovali jako jenom dobrovolníci. Pak jsme registrovali službu psychiatrické rehabilitace a pak mě sociální pracovníci upozornili na to, že je potřeba, abychom dělali doprovody klientům, takže jsme požádali norské fondy, začali jsme pracovat v terénní péči, a tak nějak logicky z toho CDZ je jako forma práce, která je intenzivnější, můžeme jezdit za těmi klienty a jejich rodinami v jejich přirozeném prostředí, takže tak nějak to navazuje.

T: Byl to tedy takový postupný vývoj, který na sebe navazoval s tím denním stacionářem, který to vlastně spustil, tu sérii těch akcí, které později vedly k tomu, že zde máme i tu terénní práci, která vznikala v té poslední fázi, přes ty norské fondy.

R: Ano a přišla pak reforma a možnost využít grantu a pak pokračovat dále.

T: Jak potřebné podle Vás bylo, aby CDZ začala vznikat?

R: Já to vnímám právě proto, že pracuji s touto diagnostickou skupinou dlouho, jako narůstající potřebu, protože s tím, jak se zlepšovaly léky a jak pacienti mohli trávit více času doma, tak by je bylo potřeba vrátet více do té komunity a pomáhat jim s jinými oblastmi v jejich životě než jen s tím, aby brali léky a aby měli správné léky. Takže pro mě to bylo takové vyústění a zintenzivnění práce, o kterou jsme se snažili už nějakou dobu. Já jsem velký zastávce CDZ, přijde mi to jako pěkná práce a že je potřeba pomáhat. Již v tom denní stacionáři jsme začali pomáhat s rodinami, ale když přijedete k nim domů, tak je to úplně o něčem jiném, když přijdou do Vaší pracovny a máte nějaký čas. Přijde mi, že ta práce je intenzivnější, a může do větší hloubky, než když je jen ambulantní.

T: My jsme s již probrali věci, jak to CDZ vznikalo, napadá mě, jestli Vás napadají nějaké komplikace, které se objevili při zakládání CDZ, ať již administrativního nebo věcného rázu?

R: Komplikace, kterou máme je komunikace s obvodními lékaři. My jsme v rámci projektu dělali takovou sérii seminářů, kdy jsme se snažili tu novou službu představit a debatovat o tom, jak můžeme být prospěšnější. A když jsme dělali seminář pro obchodní lékaře, tak přišli jen dva. To je trochu problém, i když ta konkrétní spolupráce, když kolegyně psychiatrické sestry doprovázejí pacienty, tak ta je. Někdy komunikace vážne.

T: Já jsem to pochopil tak, že není problém, že by lékaři byli proti, ale spíše mají problém, že nemají čas a nechtějí to řešit.

R: Ano, nechtějí. Je to na tom, co jim sestra předá v čase, který mají vyhrazený.

T: Takže stojí to na těch návštěvách, ale není to systémová spolupráce.

R: Ano. My jsme chtěli udělat ten seminář pro to, aby oni nám mohli třeba posílat klienty, u kterých je duševní nemoc, nebo začínám, protože ten praktický lékař může být první, na kterého se můžou rodinní příslušníci obrátit s tím, že se začíná něco dít. A tam to tak neprošlo. Někdy i komunikace s ostatními psychiatry, kteří fungují tady.

T: Chápu to správně, že tady co se týká psychiatrů, tak to tady zajišťuje psychosociální centrum. Nevím, jaký podíl má na všech psychologických tady ve městě. Je to dominantní?



R: Ano je, ale jsou tady ještě asi tři soukromé psychologické ambulance, ale psychosociální centrum má péči o psychózy jako jeden z takových stěžejních. Tím, že máme stacionář a pracuje psychosociální centrum s psychózami, s touto diagnostickou skupinou i jako psychoterapeuticky, nejenom jako klasická psychiatrie, kde je psychiatr sám, spočívá v tom, že si klient chodí pro léky, kdežto my máme možnost denního stacionáře, a to co je důležité, ta následná péče, psychiatrická rehabilitace. Každé odpoledne je minimálně jedna akce, které se klienti mohou účastnit, takže se v podstatě snažíme je nějakým způsobem vtahovat zpátky do toho dění. To jsou tři organizace, psychosociální centrum, jako nestátní zdravotnické zařízení, pak je duševní zdraví, což je obecně prospěšná společnost, která dělá rehabilitaci psychiatrickou, a tyhle dvě organizace dohromady dávají CDZ. Ten klient se pohybuje tak, že když vznikne nový vstup klienta, tak většinou z psychiatrické nemocnice přijde do CDZ, kolegyně v optimálním případě tam navážou kontakt již během hospitalizace. Takže on je předán do CDZ, kde se stabilizuje. On může jít do denního stacionáře, kde se pracuje s náhledem choroby, a pokud je schopen, tak je ideální, když se vrátí alespoň na část úvazku do práce, eventuálně do chráněné práce. Když není schopen práce, tak má nabídku aktivit, které dělá duševní zdraví, to jsou jazyky, které se učí, kondiční cvičení, keramika, ruční práce, vaření, dělají různé akce, chodí se plavat, aby si mohli vybrat.

T: Chápu, že to klienti berou vlastně jako jeden subjekt, kde mají vše.

R: Ano, a je to možnost toho klienta posunout. Když se jeho fungování zlepší natolik, že by byl schopný absolvovat stacionář, tak může jít do stacionáře.

T: a může to být i zpětné, může jít zpět?

R: Ano, anebo když se rekompensuje. Teď se to stalo takhle opakovaně. Když ten klient je natolik funkční, že se může posunout, ale pak se stane, že nějak přijde nová etapa, tak může jít zpátky do CDZ.

T: Ještě k tomu, jak CDZ a spolupráce funguje, probrali jsme obvodní lékaři, probrali jsme nějaké klinické psychiatry, a co se týká ostatní psychologů.

R: Vy jste říkal psychologové, že jsou tady asi čtyři, ale psychiatři jsou tady v regionu také čtyři.

T: A tam je to podobné? Myslím tu spolupráci.

R: Tam mohou samozřejmě ti klienti jiných psychiatrů, ale ono je to dané i tou vytížeností. My např. potřebujeme konzultovat a ten psychiatr zrovna nemá čas. Ale bereme v podstatě klienty odkudkoliv.

T: Jen se liší to, jak často Vás kontaktují psychologové a psychiatři, kteří to přes Vás řeší, nebo nevnímají tu potřebu.

R: Ano.

T: Pojdme se podívat na fungování multidisciplinárního týmu, jehož jsem členkou. Já vím ze zpráv o realizaci, máme nějaké základní informace o tom, jak často se scházíte, jaké máte pravidelné porady atd., takže to nemusíme řešit. Nicméně, v čem se to řízení multidisciplinárního týmu takhle odlišuje od praxe běžného psychologa? V čem je to jiné?

R: Je to jiné v tom, že ten psychologický pohled je jeden z pohledů odbornosti a ten multidisciplinární tým se musí domluvit vždy a musí se dát dohromady nějaký cíl nebo výsledek, co se s tím klientem bude dělat a je to opravdu týmová práce s tím, že každý k tomu dodá svůj pohled. A je to obohacující pro mě jako psychologa tím, že sociální pracovníci mají jiný styl práce, vidí to jinak. S psychiatrem



a psychiatrickými sestrami jsem byla zvyklá pracovat, ale takhle přímo tu sociální a zdravotně-sociální práci vnímám jako obohacující.

T: Chápu tedy, že nastává situace, kdy člověk má nějaký názor, ale je přesvědčován ostatními...

R: Musí si to vykomunikovat a musí přesvědčit ostatní, že ten jeho názor je ten správný.

T: Daří se Vám tuto komunikace rozvíjet z Vašeho pohledu? Já chápu, že ne vždy to jde.

R: Já si myslím, že ano. Máme dobré vztahy, všichni spolu mluvíme. Nemáme žádný velký průšvih, že bychom něco zanedbali. Jen ještě k tomu, na co jste se ptal, v čem je práce psychologa jiná, děláme týmové intervize a to v čem může pomoci, takové to sjednocení jazyka, musíme mít stejný slovník a musíme rozumět slovníku kolegy.

T: To bylo potřebné zejména na začátku.

R: Ano, hlavně na začátku, nebo když přijde nový člen týmu, tak se to musí znovu obnovit.

T: Máte nějaký příklad?

R: Když přijde nový sociální pracovník, tak musí mít kurz základy psychiatrie a když musíme víc vysvětlovat při poradách, třeba i patologii, co je bludné, co je realita, musíme se sjednotit na tom pohledu na toho klienta. Takže na rozdíl od ambulance, kde psycholog má na starosti jednoho klienta, tak my nebo já tady musíme dodávat přes svoji profesi tu podporu týmu a jednak i odborný pohled. A zároveň se učíme, protože si myslím, že díky sociální práci v CDZ vím více, než jsem věděla.

T: Chápu, že ve Vašem případě mělo velký vliv to, že CDZ se nezakládalo nově, na zelené louce, vycházelo to z toho, co jste tady před časem řekla.

R: Ano, spíše z nějaké tradice...

T: Je to na tom výsledku dlouhodobě znát? Pokud se budeme bavit o jednotlivcích.

R: Ano, ten tým se zná. Například psychiatrické sestry začínaly v psychosociálním centru a prošly stacionářem, takže měly – my bereme alespoň roční zkušenost jako takovou průpravu, to jak pracovat s touto diagnostickou skupinou, je to také naše know-how, jak pracovat. Myslím si, že jsme měli velkou výhodu proti ostatním CDZ, kdy se sešli různé subjekty, různí lidé, kteří se neznali a teď začali něco tvořit. My jsme tak nějak pokračovali a rozvinuli práci a zavdali více ty sociální pracovníky do něčeho, ale taková ta idea té práce, tu jsme nemuseli vytvářet, nebo pojmenovávat.

T: Můžete mi teď uvést příklad, jak si předáváte klienta, nebo jak se střídají ti pracovníci, kteří s klientem pracují?

R: Základem jsou pracovní schůzky, kdy se referuje. Referuje se o tom, kdo byl u koho, nebo kdo s kým pracoval, jaká je tam problematika a na té schůzce se domlouvá, co je potřeba. Jestli je potřeba sociální intervence, jestli je potřeba aktivizace, co je potřeba konkrétně řešit. A sdílíme všechny informace, to je ještě k té multidisciplinarity, že např. ne všechny klienty má každý z nás v péči, ale o všech víme, protože se o nich referuje. A na těch schůzkách se domlouvá, co je potřeba. Pokud někdo vypadne, tak kdo si toho člověka vezme na starost. Základní jsou psychiatrické sestry a sociální pracovníci, to jsou ty stabilní kameny, kteří jsou u většiny. A ty ostatní profese, jako je konzultant, psychiatr a psycholog, ti se k tomu přibírají, když je k tomu potřeba něco řešit, ať už s rodinou, nebo když je nějaká rekompensace. Psychiatr dělá tak nějak pravidelně kontroly, ale ty schůzky a sdílení informací a sdílení



příběhů klienta, a to já beru jako povinnost psychologa, že ten psycholog je ze své podstaty nositelem těch příběhů. Že to není pan Novák, který má schizofrenii, ale je to pan Novák, jehož rodiče byli také nemocní, a tudíž si donesl genetickou zátěž, a vyrůstal v rodině, která nesaturovala všechny jeho potřeby atd. Nejenom diagnózu, ale celý příběh klienta.

T: Pojdme se přesunout k poslední kapitole, a to jsou další dopady projektu a otázka, jak to bude dál. Co z Vašeho pohledu ta podpora CDZ z ESF přinesla?

R: Přinesla možnost tu práci rozjet bez obav, jestli se sežene dostatek peněz hlavně na tu sociální stránku, protože my jsme měli s pojišťovnami předjednané pokračování, ale po dobu projektu se tyhle problémy nemusely řešit a mohl se rozjet ten styl práce. Problémy, které jsou, to je financování a podpora hlavně sociální části CDZ, protože je závislá na domluvě MPSV a krajů a ty peníze jdou přes kraje. A v sociální oblasti je to dlouhodobě tak, že to není stabilní, je to nejisté.

T: V tomhle smyslu byla nějaká možnost získat čas, kdy byly ty peníze jisté. Ale to teď dejme tomu skončilo a jste zase ve fázi, kdy prostředky jsou, ale nevíte, co bude příští rok.

R: Ano, my jsme na tom celkem dobře, protože ten kraj spolupracuje a myslím si, že ty ostatní CDZ, kde ta spolupráce není tak dlouhodobá, protože ten kraj např. věděl, že my tu rehabilitaci děláme a nějakým způsobem jsme už i pracovali, aby ty peníze se zajistili. Ale je to dané i problémy, které jsou v této oblasti.

T: U některých center se zase řeší ta zdravotní stránka, to souvisí se smlouvami se zdravotními pojišťovnami, ve Vašem případě to problém není.

R: Není, máme nasmlouvanou péči s pojišťovnami.

T: To asi budu řešit s jinými lidmi a možná k tomu taky něco řeknete, řešil se nějaký problém s tím, že se nemohli platit hospitalizovaní klienti?

R: Ano to trvá.

T: To znamená, že klienti, kteří jsou v nějaké...

R: Přestože tam jezdí za tím klientem sociální pracovníci a kdo je potřeba, přestože rodina se na nás často obrací. Teď máme třeba jednoho hospitalizovaného klienta, maminka se na nás obrací, protože potřebuje ventilovat, potřebuje zvládnout to, co se dělo před tou hospitalizací, a to my nemůžeme vykázat, protože je hospitalizovaný.

T: Takže to vlastně děláte ve svém volném čase.

R: Ano.

T: To poté bude především řešit s dalšími členy. Dále mám závěrečné dotazy, které se týkají doporučení z Vašeho pohledu v pozici psychologa. Lze z Vašeho pohledu doporučit nějaké úpravy, jak CDZ dále vést?

R: Já si myslím, že to, co by bylo potřeba, aby podobná služba byla i pro jiné diagnózy. Hlavně pro gerontopsychiatrické pacienty, dětské pacienty. Myslím si, že je potřeba té péče intenzivní velká. Často se na nás obracejí klienti. To trochu řeší rozšířené ambulance, které mají tu terénní sesterskou péči, ale myslím si, že by bylo fajn, kdyby se stejným způsobem v budoucnu pokračovalo u jiných diagnóz.

T: Vaše cílová skupina mohou být i staří lidé?



R: Ne, ta paní, se kterou jste mluvil, to je paní, která má 82 let a ona je v naší péči pro psychózu, nemá demenci. Tak jak se zvyšuje věk, tak je spousta demencí, lidé mají potřebu se starat o své blízké doma a ta služba, terénní, sociální by určitě pro ně byla prospěšná.

T: Chápu, že jde o ty další...

R: Ano, myslím si, že není možné, např. tak jak já vnímám naše CDZ, tak aby ty stávající multidisciplinární týmy rozšiřovaly příliš a brali klienty s jinými diagnózami. My máme v péči psychózy deprese a těžké OCD, to máme jednoho klienta s touto diagnózou, a kdyby jich bylo více, tak potřebují hodně péče, takže si myslím, že kdyby vznikly nové multidisciplinární týmy, tak to nemusí být zrovna CDZ, ale multidisciplinární týmy pro jiné diagnózy.

T: Takže nerozšiřovat ty současné, ale zajistit vznik.

R: Ano.

T: V čem se musí spolupráce s CDZ a tím myslím i uvnitř, uvnitř mezi tou zdravotně-sociální složkou, ale i směrem ven, směrem do regionu, změnit, aby to CDZ bylo efektivnější, jestli je tam nějaký prostor pro zlepšení? My jsme řešili tu medializaci.

R: To jak je to nastaveno, že i během projektu my jsme navazovali spolupráci s různými institucemi, které fungují v této komunitě: policie, úřad práce, správa sociálního zabezpečení, charita. Dělalí jsme to tak, v rámci projektu, tam na to byl prostor, že jsme udělali seminář, snažili jsme se ty obvodní lékaře, sociální služby, které všechny fungují, a ona ta komunikace je tak snazší. Teď když byl koronavirus, tak jsme potřebovali hospitalizovat jednoho klienta. Chtěli v psychiatrické nemocnici, aby měl po vyšetření, že není pozitivní a v tom nám pomohlo, že máme spolupráci. My jsme policii potřebovali jenom proto, aby nám neutekl, protože je to klient, který má naroubovanou schizofrenii, tzn. že je mentálně retardovaný a má psychózu a několikrát se stalo, že utekl z auto. My jsme ho potřebovali dostat k tomu odběru, takže jsme museli s hygienou komunikovat, s policií. Policie přišla a mluvili jsme o tom, co chceme. Chceme, abyste tam byli, protože když tam budete, tak on neuteče. Takže to nakonec bylo tak, že klient jel naším autem, policie jela z nimi čili žádné, že by někoho... ale ještě to bylo pikantní, v čem ta policie byla důležitá. My jsme měli domluvený plán, klient měl být hospitalizovaný, protože z důvodu své nemoci nebyl schopen chápat, nebyl schopen nosit roušku, vybírá popelnice, maminka se bála, že mu někdo ublíží, protože v té době, která byla, v tom nouzovém stavu, se choval, jak se choval. Takže my jsme vykomunikovali s psychiatrickou nemocnicí pak s hygienou, pak s tou policií. Bylo domluvené, jak přesně to bude. Slabý článek byla maminka, která to nevydržela a synovi to řekla, takže syn prchl z domu a policie, když přišla, tak my jsme řekli, že je průšvih, my ho musíme najít, takže oni jeli a pak ho někde našli, a protože se s ním znají, tak ho naložili do auta a dovezli ho sem. Takový věci, které až v tom konkrétním případě, dají, jak je důležité, aby se komunikovalo. Aby se nemuselo vysvětlovat, víte, my jsme taková a taková služba. Nebo díky spolupráci s úřadem práce máme možnost zaměstnávat klienty. A oni dělají pracovní rehabilitaci. Takže ta komunikace, to já považuji za hodně důležité, jak uvnitř toho týmu. Ten společný slovník, jak jsme o tom mluvili i komunikaci s ostatními institucemi v regionu nebo v té komunitě. Ještě co mě napadá, z čeho také těžíme je velmi dobrá spolupráce s Magistrátem města Přerova. My nemáme chráněné bydlení, CDZ by mělo mít další možnosti, kam toho klienta dále posunout. My máme tu následnou péči, ale to, co chybí je to chráněné bydlení a chráněná práce. My když např. potřebujeme... Máme pána, který je dlouhodobě hospitalizovaný. Když my jsme ho brali zpátky, tak jsme museli s městem domluvit, že vezmou do domu s pečovatelskou službou a my tam budeme zajišťovat a kontrolovat zdravotní stav.



Poskytli nám i dva městské byty, kdy jsme potřebovali umístit lidi. Takže ta spolupráce je také důležitá. Se všemi, kdo v tom regionu nějakým způsobem mají možnost...

T: Chápu, že je důležité, aby se to centrum nějakým způsobem institucionalizovalo na té regionální úrovni, aby to byla jedna ze složek, kterou všechny ostatní složky znají, vidí, co je jeho rolí...

R: Ano. A ta vzájemná spolupráce. Oni když mají někoho, tak se např. na oddělení sociální prevence tady na magistrátu... Zmínili jsme i pár takových schůzek, takové případové vedení s paní, která byla dlouhodobě hospitalizována, a i to oddělení s ní mělo nějaký... tak jsme se domlouvali, co kdo může zajistit, co kdo bude dělat a to je ta komunikace, ta je hodně důležitá.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Klíčoví pracovníci jsou zdravotní sestra a sociální pracovník – na ně se navazují ostatní.
2. Zkušenosti se založením Psychosociálního centra a na ně navazující organizace v Přerově.
3. Vhodné je zabývat se vznikem obdobných služeb i pro další klienty např. pacienty s demencí.

5. Rozhovor se zdravotní sestrou CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Psychiatrická sestra
Termín uskutečnění rozhovoru	24. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor / Face to face rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v péči pro osoby s duševním onemocněním?

Respondent (R): Na psychiatrii jsem 14 let, na CDZ jsem nastupovala v roce 2014 po mateřské a od té doby jsem v terénní péči, takže celý ten vývoj té terénní péče, vznik CDZ...

Tazatel (T): Jak podle Vás je potřebné, aby CDZ vznikala?

R: Podle mě je to potřebné, protože zkušenost před těmi 14 lety, když k nám pacienti chodili, přišli např. do stacionáře, pracovali s tím náhledem, oni nám vykládali, jak to u nich doma vypadá, my jsme neměli objektivizaci. Občas se i tenkrát vyskytlo před těmi 10 lety, že je potřeba pomoci doma, že ten pacient nebyl schopný, nebo nedorazil, ale fungovali jsme jen s tou poznámkou, a tím pádem docházelo k častějším dekompenzacím. Někde ani nebyl prostor pro práci s tím náhledem. Moje osobní zkušenost, že jsme měli v rodině zátěž a to byla opravdu v těch 60. či 70. letech. Takže pro mě je tohle, kdy jsme babičku viděli jednou za dva měsíce, že ji pustili na propustku jednou na dva dny domů, tak pro mě je to takový zázrak. Takže i ta osobní i ta profesní zkušenost je, že ta potřeba je. Že ti lidé se opravdu vracejí trošku více do přirozeného života.

T: To že se vracejí, to vnímáte jako, že je to reálné?

R: Ano, ale netvrdím, že u všech je to úplně reálné, že by nebyla potřebná léčebná péče nebo hospitalizace, to netvrdím, ale myslím, že při intenzivní práci jsou vidět výsledky.



T: My jsme s Vašimi kolegy už diskutovali to, jak CDZ vznikalo, jaká byla motivace, že se to de facto vyvinulo z denního stacionáře. Už nebylo jiné cesty než to rozšířit. Napadají Vás konkrétně nějaké komplikace, které při zakládání CDZ vznikaly?

R: U nás to mělo takový přirozený vývoj, protože i my sestry, oni nás na to denně chystali, od specializace včetně toho, aby to bylo zaštitěno, co se týká vzdělávání a různých kurzů, tak i ta samotná praxe s diagnózou. Takže my jsme k tomu byly, když to tak řeknu, vychovávány automaticky. Že to šlo přirozeně a my jsme dělaly i s pracovníky v sociálních službách, protože tenkrát jsme dělali práci, abychom mohli dělat následnou péči, tak nám mohli vést kroužky a sledovat stav pacienta nejenom v rámci habilitace jsme si dělávali taky kurzy, tudíž tam to mělo takový... byly mouchy, jak se k pacientovi dopravit, jestli v jednom, jestli ve dvou, jak to vykazovat, ale tak to ukazoval ten postupný vývoj krůček po krůčku. A tím, že vedení jednalo s pojišťovnami, co můžeme nasmlouvat, byl pilotní projekt terénní služby, kde všeobecná pojišťovna, prostě se řešilo kódování, jak výjezdy ano, jak ne, proč psychiatr do domácnosti, proč ne jen v budově. Takže ono se to tak postupně ... Byl to postupný proces. Dříve to bylo, že jsme my přivezli pacienta k psychiatrovi, pak najednou psychiatr byl schopný tam dojet i s námi a pacient řekl v mánii: „ale já do nemocnice nechci“ a pak psychiatr řekl: „že Vás tam hodím já“, to on hned, že by mohl. A v manické fázi to oni na to slyší. Jsou tam mouchy do dneška, které se postupně vypíchávají. Ale už to nejsou takové zásadní, prostě funguje systém.

T: Za tu dobu jste se naučili základy, čili věci jako v jakém počtu za klientem jet...

R: Ano, a to se ukazovalo, sestry také musejí projít vzděláváním, a hlavně tím stacionářem, kde se naučí pracovat ve skupině s psychotickými pacienty, deprese a poruchy osobnosti, což je základ tady pro tohle od běžné ambulance. Potom přejít k tomuhle a byl s nimi... tady ta zkušenost. A pak, když se začínalo jezdit do té domácnosti, nikdy jsme nejezdili sami, protože jsme nevěděli, takže jsme to řešili, jezdili jsme do Prahy, jak to dělají oni – únikové cesty a jestli zamknout. Na začátku pacienti se s námi zamykali v rámci důvěry. Takže to bylo takové... Třeba pro mě, když to vezmu jako sebezkušenost, když mně pacient vykládal na atestaci ve stacionáři, jak peče bábovku, nebo jak doma bydlí a já jsem tam teď mohla přijít po těch 10 letech a vidět, jak bydlí a jak upekl tu bábovku. A jak to vidí oni, jak to vidíme my těma očima. Najednou to byl takový jiný svět.

T: Chápu, že Vám to pomohlo rozšířit si představu, jak klient reálně funguje. Nebylo náročné se dostat zpátky do té profesní fáze, řešit to, co jste běžně řešila v ambulanci?

R: Já nevím, já jsem člověk, který jde přes příběhy a jde přes ty lidi, takže ani v ambulanci, tam opravdu nebylo „dobrý den, ke komu jdete, na shledanou“, vždycky tam je alespoň věta: „jak se máte?“ a když o tom člověku víte, tak se ptáte na celý příběh. Tady je to takové více intenzivní, kdy k němu chodíte i několikrát za měsíc, nebo si s ním voláte, ptáte se, prožíváte s ním takové blízké věci a ten vztah je stále profesionální a je více otevřený, přátelský. Takový jako bližší.

T: Jste schopná sama říct, že jste zaznamenala rozdíl, jak ti klienti k Vám přistupují, když jste k nim začali jezdit?

R: Zase to nebylo tak hladké, že by nás pouštěli, k některým jsme jezdili půl roku, rok, protože jsme věděli, že tu péči potřebují a klepali jsme u dveří, nechávali jsme lístky, psali jsme si různé dopisy, pak jsme různě zkoušeli, když šli k ambulanci do ambulance, a tam jsme si s nimi povídali, pak jsme šli na procházku a do bytu nás pustili po půl roce nebo po roce. A to do dneška, já mám pacientku, když jdu o pět minut později nebo dříve, tak mě nepustí a 14 dní mě nepustí. Já si ověřuji, jestli žije, jako to,



jestli si vyzvedla lístek ze schránky, takže tady v tom je to individuální, ale pokud oni pustili do toho domácího prostředí, tak si myslím, že se ten vztah změnil, je to jiné.

T: Já se podívám na ten multidisciplinární tým, my máme ty podklady, které jste odevzdávali do projektu typu zprávy o realizaci, kde se psalo, jak často se scházíte, jaké máte porady atd., takže to nemusíme řešit. Zajímá mě zkušenost, jak se to odlišilo od běžné praxe sestry, v tom multidisciplinárním týmu. Jaké jsou klíčové rozdíly, kde je to náročnější, kde je to jednodušší?

R: Z mého pohledu, protože tím, že jsem začínala na Psychosociálním centru, kde se jede trochu v podobném stylu, když přijde pacient nebo klient, tak se to vždy řešilo všeobecně, že jsme mluvili s doktorem i s psychologem. Tady je to intenzivní, tady je to takové, že mluvíme a scházíme se denně. Mně se líbí, jak jsme tam všichni, a nejenom profesně, jako propojení těch profesí, ale i osobitostí. A profese, jako psychiatr to vidí jinak, psycholog to vidí jinak, sestry to vidí jinak, sociální pracovníci mohou něco přinést, takže to propojení, je fakt, že se vzájemně obohacujeme. Podle mě je to fakt fajn, je to hlavně fajn, když je někdo např. zhoršený, někdo dojde k dekompenzaci, je tam ten psychiatr a vnímá i tu somatiku, i tu psychickou stránku. Nemá kde bydlet, tak nastoupí sociálové a pojdme řešit bydlení.

T: Dostali jste se někdy do fáze v týmu, kdy jste se vyloženě neshodli na jednom klientovi?

R: Ne, my se neshodneme pokaždé, každý řekne názor...

T: Ale bylo tedy těžké najít nějaký ten výsledek, kterým směrem se budete ubírat?

R: Víte co, tady my to držíme v takové fázi, že nejsme nijak afektovaní a dokážeme přijímat kritiku a jasně, neshodneme se, to není jako ta idea, kdy jo „to jsem myslela dobře“ a potom zase tohle „tohle ne“ a „mně se to nelíbí“ a „aha, já si zase myslím, že by tohle ten pacient nechtěl“ a teď jedeme k tomu, co by chtěl ten pacient, jak ho kdo známe, co by potřeboval. Takže i když mi psycholog řekne, že by od toho pacienta potřeboval tohle, tak já řeknu, že je to hezký, ale já si myslím, že on by to nechtěl. Buď se toho pacienta zeptám. Takže je to o té komunikaci, a vzájemné toleranci.

T: Asi i někdy musí člověk umět přijmout, že se třeba mylí.

R: Ano, musí, takovou tu kritiku. Ale to si zároveň myslím, že je to dané tou profesí, lidé, kteří by se tady uráželi, ti by to nemohli dělat.

T: Jak se odlišují nároky a pracovní podmínky pro zdravotní sestry v CDZ oproti standartním ambulancím?

R: Já nevím, já jsem nikde nebyla. Jako byla jsem v ambulanci, ale v podobném kolektivu. V ambulanci byla, co se týká náročnosti, tak to nebylo na ten výkon, tady jde trochu i to si hlídat časy, tím, že si kódujeme sami na sebe, aby byla pokrytá pracovní doba.

T: Musí to prostě odpovídat...

R: Ano i tomu vykazování, v ambulanci jsme neřešili tolik, jestli mají doktoři zakódováno, protože my jsme nekódovali. Teď je to o tom víc si hlídat tu svoji agendu, ale zase přínosem je, že člověk si to organizuje sám, je pánem svého času.

T: K tomu kódování, to je velká věc, která se stále vyvíjí, a stále je, co zlepšovat. Jaké tam v téhle chvíli vnímáte věci, které je potřeba řešit? Já vím, že problém je např. s těmi hospitalizovanými klienty...



R: Ale tam je kód na návštěvu hospitalizace, tam je alespoň pokrytá cesta s lékařem a nelékařem. Tam je to docela hodně v jednání. Já od začátku jsem v tom týmu CDZ, co řeší tahle setkávání a ty kódy a mám na starosti kódování tady v CDZ. Ale postupně se vychytávají mouchy a myslím si, že se zvládlo za tu dobu dát tomu nějaký řád.

T: Můžete uvést nějaký konkrétní příklad, co se podařilo zlepšit?

R: Podařila se doprava, podařilo se případové vedení, podařilo se navýšení edukací, to sice bude platné až od roku 2021, ale je tam navýšení. Úžasná byla teď během Covid neomezenost telefonátů, které byly důležité. Na začátku to byly takové dohady s pojišťovnou, proč je důležité, aby psychiatr jel, ale po dvou letech vidím tu změnu, že už to více přijímají a slyší na ty kódy. Když se přijde s něčím novým, tak se na to slyší.

T: Slyší na to psychiatři, nebo...?

R: Ta pojišťovna na to slyší, aby nasmlouvala ten kód.

T: Já jsem pochopil, že vy tady jste s pojišťovnami na tom dlouhodobě docela dobře...

R: Tam je to díky historii, že pan primář, že to Psychocentrum je navázané na pojišťovny. Tady v tom je výhoda, že to prostě funguje.

T: Co říkáte na spolupráci s nemocnicemi?

R: Myslíte s léčebnami nebo nemocnicemi klasickými?

T: Je to v zásadě jedno.

R: Psychiatrické nemocnice... tady to bylo náročné navázat spolupráci, ta náročnost byla časově náročná, a vlastně i emočně náročná, trpělivost. My jsme si připadali jako podomní prodejci, protože začátek byl těžký. I když jsme tam dělali seminář, tak rozuměla jsem jim, že mají zajaté svoje standarty, a něco nového... cítili možná ohrožení, protože z počátku to bylo, že jim CDZ budou brát pacienty a nebudou mít hospitalizace, aby se zmírnili hospitalizace, což se nakonec ukázalo, že je úplně jinak. A na začátku ta spolupráce byla těžká. Někdy to bylo takové, že jsme museli fakt to navázat no. Teď už to relativně jde, teď vzniká ta multidisciplinarita i v rámci léčení, takže už se v tom něco také děje, teď je ten projekt, že mají pravidelné schůzky, takže už se začíná něco dít. Teď už to je, ale před třemi čtyřmi roky to bylo... přijít za pacientem během hospitalizace, když jsme řekli, že ho chceme navštívit, tak jsme byli směšní. Nebo zavolat a zeptat se, jak to vypadá, budete ho propouštět, abychom se mohli navázat, aby se nám neztratil někde v davu.

T: Takže vnímáte, že se tohle posouvá?

R: Ano.

T: Ale stále myslíte, že už to jde s nějakým horizontem, že už je na tom většina nemocnic dobře, že to přijímá?

R: Myslím, že se o tom furt mluví, a najednou, že i oni zjistili, že ti lidé pak někam přecházejí. Asi tím jak se o tom stále povídalo, tak najednou, že to jde. Mám pocit, že stále je to zlepšovat, ale ta práce s klienty, kteří jsou v léčbě, pokud je to hospitalizace v rámci přelčení nebo nějaké dekompenzace, tak tam uděláme např. jednu nebo dvě návštěvy, aby ten pacient na nás stále myslel. Zeptáme se toho personálu, kdy bude propuštěn, abychom ty informace měli, ať se na ně můžeme nachystat. Zeptáme



se např., čeho si oni všimli, abychom mohli na něco navázat. Jiná věc je, aby se takhle pracovalo s těmi pacienty, kteří jsou dlouhodobě hospitalizovaní, aby se mohli táhnout. Naše zkušenost za ty roky jsme si vytáhli dva, tři pacienty takhle z léčebny, a to byla práce na rok. Jet tam, navázat, zjistit, co chce, na co má nárok a potom ho vytáhnout někam.

T: Takže de facto jste vzali jen dva klienty těm nemocnicím...

R: Dva nebo tři. Jako povedly se snížit ty hospitalizace, kde byly třeba tři, čtyři do roka, tak se to povedlo snížit, nebo někteří nebyli hospitalizovaní, nebo jen na krátkou hospitalizaci. Někteří stále jezdí, i přes tu péči jezdí, těch je třeba méně. Snažíme se, a to je např. v tom kódování... ten pacient, když je hospitalizovaný v léčebně, tak my tam jezdíme zadarmo, protože my ho nemáme zaevidovaného, pokud ho neznáme, tak my ho máme jako zájemce o službu a nemáme na to kódy jako zdravotníci.

T: To je to, když je pod nemocnicí, tak ho nemocnice...

R: Pokud je zaveden do péče CDZ a je v nemocnici, tak my si můžeme vykápat cestu, to nám pojišťovna proplatí. Ale pokud je jen zájemce a nám zavolají z léčebny, že tam mají pána 189 dní a my jsme ho v životě neviděli, že nemáme rodné číslo, tak tam zdravotník jezdí zadarmo a nemá na to kód. Což třeba když je to roční práce, i když je to v rámci sociálních kontaktů, ale zdravotník se na ně také musí navázat. Tak tady v tom je to takové jediné...

T: Napadají Vás ještě nějaké problémy s kódy, které se nedaří řešit?

R: Teď pořád usilujeme o to, aby 35824 tuším, to je když se aplikuje depotní Olanzapin, tak tam byl měl být pacient tři hodiny pod zdravotnickým dohledem, na to také není kód. Tam je hodinu a půl rehabilitace psychiatrická, ale už tam nemůžeme dát víc, aby ten pacient tady mohl být, tuším hodinu a půl až tři hodiny po aplikaci. Už je v řešení kód, že se to posouvá, tuším, že by to už mělo být. Možná v některých případech, tam je 10 rehabilitací týdně, zatím se do toho vejdem, to vychází. Za mě si to docela sedlo, že se to ustálilo i v tom projektu, ty čísla a to všechno.

T: A ten projekt jste administrativně přežili?

R: Museli.

T: Spíše jestli z toho teď máte nějaké...

R: Újmy? Já teda ano, my jsme se s kolegyní do toho fakt zakously, my jsme byly nadšené, mládím a zapálením za věc a já jsem jela naplno, a i tak na úkor osobního života a cítila jsem, že jsem se musela nutit. Tam byla spíše změna, že člověk byl takový ten, který je s pacienty a vymýšlí něco a najednou, pojdme zjišťovat něco nového. Ta praxe to řekla a teď jsme se museli naučit fungovat, mluvit někde nahlas a přemýšlet nad tím, jaké kódy, jak to vykážeme a co s tím budeme dělat a najednou jsem měla pocit, že mi chyběli pacienti a stal se ze mě trochu administrativní a nešly mi dělat obě věci úplně naplno, ale to bylo takové moje osobní.

T: Jsou tam nějaké věci, jestli si vzpomenete, k té administrativě, které se třeba Vás už úplně netýkají, ale třeba těch dalších CDZ, které jsou teď připravovány, máte nějaké doporučení, které by mohlo uvést, že nějaká věc je zbytečná, nebo naopak se dá zjednodušit?

R: Po té zdravotnické stránce... já nevím, já už jsem si tak zvykla... Nejsou už tady ty věci, kdy člověk musí sepisovat něco, protože tam to potom bylo převážně z ministerstva, kdy se musely ty indikátory,



jestli se plnily nebo ne. Možná když už je teď klid, tak jsem to zapoměla. Kdybyste se mě zeptal před rokem, tak bych možná něco vylíčila.

T: Takže už to vnímáte pozitivně celé?

R: Ano. Jak už je to jen tak agenda kolem pacienta, které také není málo, ale to už jsem zjistila, že s tou bojovat nemůžeme.

T: Nevím, jestli se to týkalo Vás, ale způsobilé náklady se řešily dlouho do minulosti. Náklady za CDZ se řešily, odevzdaly se a pak to Ministerstvo zdravotnictví vrátilo, a pak MPSV, takže reálně jste řešily nějaké kroky, které byly před rokem.

R: Ano, my to máme pěkně rozdělené, to má na starosti ekonomka, specialistka na CDZ, aby bylo tam, že se vzpomínalo, kde jsme byli na školení, že tam nebyl celý název, protože to bylo potřeba dopsat. Jako tohle zase nezávidíme jí, oproti tomu, když vidíme, co chystá ona a my. My nachystáme nějakou statistiku a čísla už teď.

T: Pochopil jsem správně, že sestra a sociální pracovník jsou klíčoví, ke kterým klienti přicházejí?

R: Myslíte, že péče je na sestrách a sociálních pracovnících?

T: Možná z časového hlediska, strávíte s těmi klienty asi nejvíce času.

R: Ano.

T: Je to tak, že ne všichni klienti musí komunikovat s psychologem, s psychiatrem...

R: Na začátku to bylo podle potřeby, ale ukázalo se, že se snažíme... Dá se říci, že všichni pacienti CDZ tady mají ošetřujícího psychiatra. Dlouho to nešlo, ale nakonec se řeklo že, protože situace nám dala, že jsme museli, doktor vidí každého pacienta minimálně jednou za měsíc. U psychologa je to téměř totéž.

T: Neměli s tím problém ostatní psychiatři?

R: U nás to byla výhoda. My jsme měli dva pacienty, kteří byli z jiné ambulance než z Psychosociálního centra. Někteří např. nechtěli změnu lékaře, protože ho měli ošetřovat na Psychosociálním centru. Např. ten lékař odešel a oni už neměli na výběr. Ale také to trvalo léta. Teď máme všechny, dá se říct. Což dává rozum, protože když psycholog nebo psychiatr měli pacienta a neznají ho, oni se zeptají jinak, zase to dělají jinak a pacient jim někdy řekne něco jiného. Třeba sociálnímu pracovníkovi přizná abusus, ať jsou to drogy nebo něco, nám zdravotním sestram, jak které, už je to takové, že už jsme zdravotníci a u těch psychiatrů, psychologů, u toho psychiatra někdy jsou naučení a najednou, jak to není formální, že by neseděli v ambulanci, ale sedí se v konzultační místnosti v křesílkách a na pohodu, tak je to zase takové jiné. A u toho psychologa, tak oni paní doktorku už všichni znají, takže tam je to taky.

T: Kdybyste si měla vybrat, jestli pracovat tady nebo na jiné pozici a neřešili bychom nějaké osobní vazby. Zůstala byste tady?

R: Myslíte jako profesně jít na jiné zařízení?

T: Ano, jiný typ zařízení.

R: Ne, to ne. Jedině kdyby to byla psychoterapie, mě baví psychoterapie, ale ne, já jsem si našla svůj směr.



T: Ještě mám otázky k dopadům CDZ na region, my už jsme to trochu probrali, řešili jsme to přes nemocnice. Vnímáte, že CDZ je v regionu přijímáno?

R: Nevím, na kolik to veřejnost vnímá, myslím si, že bychom mohli mít trochu větší propagaci. Že bychom o sobě mohli dát trochu více vědět, že se něco děje. Stává se nám, že nám zavolá např. obvodní lékař, že tam má kluka, se kterým se něco děje, ale myslím si, že takhle to bylo přijato. Někteří ještě doposud nevědí, co vlastně děláme, ale už se to rozplynulo, rozkřiklo. I s těmi úřady se pěkně povedlo navázat, od úřadů a jednotlivých sektorů úřadů, policistů, obcí, obecních úřadů, to jsme fakt objezdili, semináře různé jsme dělali. Myslím si, že je to přijímáno dobře.

T: Lze na základě Vašich zkušeností doporučit nějaké úpravy, jak CDZ mají fungovat? Možná se zeptám jinak, kdybyste měla doporučit z Vašich zkušeností nově vznikajícím CDZ, na co si dát pozor, co nepodcenit, co by to bylo?

R: Nepouštět se do velkých akcí, maximálně. Někdy si nebrat velké sousto, nenabrat hodně pacientů, aby nebyla kvantita na úkor kvality. Já jsem tady v tom takový naivní člověk, co vypíchnout... mít dobrý tým, zkušený, dobré lidi a být otevřený. Když jsou dobré prostory, dobrý lidi a dobrý úmysl a do toho pár pacientů, kteří to užijí, tak si myslím, že no... Ale tak ta zkušenost týmu je důležitá. Protože někdy sem jezdívali stážisti, a když chodili některý sestřičky, ale chodili i např. všeobecné sestry, které měly zkušenost v psychiatrických diagnózách, ale tady je důležité si myslím, mít tu zkušenost. Taky i hodně taková ta intuice no, ale chce to mít informace.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondenta jako velkou hodnotu vnímá zapojení všech profesí v multidisciplinárním týmu do péče o klienta. Je to podle ní hodnota pro něj a zároveň je to obohacující pro pracovníky CDZ.
2. V oblasti nastavení zdravotních úkonů respondenta uvedla, že v průběhu pilotního provozu se podařilo s pojišťovnami dojednat úpravy tak, aby to CDZ více vyhovovalo (např. doprava při návštěvě klienta během jeho hospitalizace, případové vedení, navýšení edukací). Problém přetrvává s úhradou výkonu práce zdravotníků, kteří jedou za hospitalizovaným klientem, který ještě není evidovaný v péči CDZ (jde teprve o zájemce o službu); tyto úkony pojišťovna nehradí.
3. Spolupráce s nemocnicemi/léčebnami se postupem času zlepšuje. Zpočátku bylo zřejmé, že náhled je výrazně odlišný, postupem času se i v nemocnicích/léčebnách více ví o case managementu a multidisciplinárním přístupu k péči o osoby s duševním onemocněním.

6. Rozhovor se sociálním pracovníkem CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Sociální pracovník
Termín uskutečnění rozhovoru	24. 6. 2020
Forma rozhovoru	Face to face rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ?

Respondent (R): Necelé dva roky.



T: A působila jste předtím v podobné práci?

R: Předtím jsem pracovala v Městském úřadě v Přerově jako sociální pracovník.

T: Dá se do jisté míry říct, že Vás z města přetáhli sem?

R: Ne, já jsem tam byla záskok za mateřskou a ono to tak vyšlo, že jsem přišla rovnou sem, že se ukázala tahle nabídka.

T: Takže to jsou ty dva roky, kdy to bylo přes tento projekt ESF. Obecně, jak potřebné je dle Vašeho názoru, aby aktivity typu CDZ vznikaly?

R: V té době jsem to ještě neviděla, ale teď je to hodně důležité, zejména pro ty lidi. Určitě je to velice důležité, protože ti lidé jsou většinou plně izolovaní od společnosti. Mně se to tak jeví z pohledu laika, z lékařského hlediska, že čím více jsou v kontaktu a mají sociální zázemí, tím méně potřebují jednat hospitalizací, tak i léků, vyžadují méně zdravotnické péče.

T: Já teď přejdu spíše k administrativní rovině, my jsme řešili s Vašimi kolegy, jak to CDZ vznikalo, jaké tam byly komplikace atd. Napadají Vás nějaké komplikace, které při fungování CDZ, byli k Vaší činnosti? Myslím spíše administrativního rázu, napadá mě např. hrazení cest za klientem. Zkrátka, jestli byly nějaké administrativní problémy, se kterými jste se setkala?

R: Při vzniku CDZ si toho úplně nejsem vědoma, protože já jsem nastupovala až po vzniku CDZ. Takže nevím, co se tady řešilo v tu chvíli, kdy se přecházelo v ten v podstatě nový systém. I když tady fungovala i předtím terénní služba, takže to mělo nějaký podklad, takže se rovnou navázalo. A hrazení cest, tam žádný problém si myslím nikdy nebyl. Projekt byl k tomuto vstřícný. Jezdilo se do spádových oblastí, kam bylo potřeba.

T: Dále je tady téma fungování multidisciplinárního týmu. Na základě Vašich zkušeností, jak se podle Vás jasně odlišuje ta práce v týmu od běžné praxe sociálního pracovníka v rámci sociální rehabilitace? Nevím, jestli tu zkušenost máte, stačí klidně teoreticky z toho, co jste zaslechla.

R: Tak určitě je to hodně jiné v tom multidisciplinárním týmu aspoň tady místně, protože vím, že jiné organizace, jiné CDZ vznikly zvlášť z těch organizací, např. Práh a tak. Tam je to asi více oddělené, ale tady se vše sdílí v tom multidisciplinárním týmu. Takže pro toho člověka se vymyslí ten nejlepší postup. Když potřebuje zdravotní péči, tak se tam zrovna nepošle sociální zdravotník, který to má naplánované, ale na poradě se vymyslí, jak to udělat, aby tam mohla jet sestřička, nebo za panem doktorem upravit léky a zase tam, kde by se sestřička jen zeptala, jak se vyspal ten klient nebo tak, tak se pošle sociální pracovník a vymyslí se možnost aktivizace, nácvik nebo něco.

T: Chápu, že Vy tedy řešíte i kam a koho poslat?

R: Ano určitě. A každý sociální pracovník a každá sestřička mají své klienty, takže tam si sdílejí ty své zkušenosti, informace, a když je potřeba, tak se do toho zapojí paní doktorka (...) nebo doktor. Prostě se tak všechno sdílí a snaží se vybrat ta nejlepší možnost. Samozřejmě se to konzultuje s tím klientem, nejde úplně poslat tam někoho cizího.

T: Chápu, že je to celé založeno na komunikaci a dialogu a tom, že každý pracovník se svojí odborností tam přináší trochu jiný vhled, často třeba i jiný názor. Jak se podle Vašeho názoru daří zvládat, že někdy má každý jiný názor na konkrétní klienta. Jak to postupuje?



R: My o těch klientech takto nerozhodujeme, my když se potkáme na poradě, tak se řeší možnosti, které se mohou tomu klientovi nabídnout. A to konečné rozhodnutí se musí vždy projednávat s klientem, takže on si řekne, co potřebuje, co zrovna chce. Není to tak, že bychom se na poradě rozhodli, že zítra pojede např. pan Novák na výlet, protože dlouho sedí doma, tak to nejde no.

T: Ano, takže tam musí být ten prvek ze strany klienta...

R: No, nebo možná spíše takové to, že klient má odpovědnost sám za sebe. My mu můžeme dopomoci, ale musí se zapojit on sám. Není to nějak direktivně.

T: Chápu, že v některých případech to může nastat, když se ta situace začne zhoršovat, tak potom je asi potřebné udělat nějaké zásahy. Nestalo se Vám, že byl problém se domluvit?

R: Samozřejmě, že při zhoršení stavu ten klient nemá náhled na nemoc, tak se řeší různé možnosti. Osvědčuje se takový upřímný přístup, kdy se tomu klientovi řekne: „vidíme, že Vám zrovna není dobře, pojďme něco vymyslet“ a když se z velké části daří najít nějakou cestu, která vyhovuje i jemu, ale jsou i klienti, u kterých se to nedaří a potom je třeba odvoz do léčebny, nebo něco takového a snaží se vytvořit nějaké podmínky, aby to nebylo za doprovodu policie. Víím, že tady byl takový případ, že tady byla přítomna policie, ale čekala za dveřmi, domluvilo se to s tím klientem, on odjel do léčebny a už byla takovým způsobem navázána spolupráce, že nebylo potřeba poutání a násilím řešit.

T: Víím, že ti klienti jsou různorodí, nelze to nějakým způsobem jasně strukturovat, ale co je podle Vašeho názoru ze strany klienta klíčové, aby se Vám s ním dobře spolupracovalo?

R: Nejdůležitější je, aby on sám chtěl spolupracovat. To není vždy pravda, ale po čase se to změní a to je úplně nejlepší, když přijde ten klient, zpočátku fakt odmítal a po měsíci nebo po dvou už je ochotný spolupracovat a dá se spolupracovat na různých věcech. Nejlepší je, aby spolupracoval no.

T: Já chápu, že ta míra přijetí té své nemoci je různá. Je pravda že, když už s Vámi spolupracují, tak to do jisté míry přijímají...

R: Není to asi úplně 100%. Někteří spolupracují...

T: Že to mají přikázané odněkud ...

R: Samozřejmě jsou i ochranné léčby, že to mají přikázané. Někteří to mají podmíněné, že např. bydlí v městském bytě a musí s námi spolupracovat, jinak jim hrozí, že se musí vrátit zpátky do léčebny, ale po čase oni si tak jakoby zvyknou na tu spolupráci a pracuje se na náhledu nemoci s paní doktorkou a se sestřičkami apod. Ale ne všichni to přijímají, že jsou nemocní, ale jsou přesvědčení, že potřebují pomoc posléze už. Není pro ně důležité, jestli si klient myslí, že má nějakou depresi, ale jestli chce pomoc s dávkami nebo čímkoliv. Pro sociálního pracovníka není důležitá ta nemoc, jestli mi rozumíte.

T: Chápu to tak, že samotná ochota klienta s Vámi hovořit je chtít pomoci. Ne není důležité jakou má nemoc, nebo jestli o ní ví.

R: A u nás sociálních pracovníků asi obzvláště. My s tou nemocí ani zase tak nepracujeme no. Nedohlížíme na léky, nemusíme řešit dávkování s panem doktorem a tak.

T: Jaké nejčastější činnosti s těmi klienty děláte? Chápu, že je to různorodé...

R: Ano, je to hodně různorodé.

T: Ale určitě se to určitým způsobem podobá v některých ohledech.



R: Máte teď na mysli v celém CDZ nebo moji klienti.

T: V CDZ přesně tak.

R: Já si myslím, že je to hodně o tom pravidelném navštěvování klientů, kteří jsou izolováni doma. A potom, když se je podaří dostat do té denní místnosti sem nebo někam ven, tak taková aktivizace, takové začleňování, pokud to jde, tak postupně i sehnat práci. Takže taková komunikace s nimi je nejčastější intervence, takový společenský kontakt. Potom je hodně doprovodů, teď teda nebyly v tom období. Dělá se hodně doprovodů hlavně u těch, kteří nejsou ochotní bez doprovodu odejít z domu, nebo nejsou ani schopní. Teď přes léto hodně aktivizačních činností, sportovních a vycházkových, ať rozchodí a vyjdou ven.

T: Chápu, že o to víc je to teď, když před těmi dvěma měsíci to nešlo. To jste asi byli primárně založení na telefonické komunikaci.

R: Byli jsme hodně na telefonické komunikaci.

T: Šlo se v nějakém případě setkávat?

R: Ano, ale dodržovaly se všechny hygienické opatření, chodilo se všude v rouškách, někde i s rukavicemi, když se ten člověk bál. Ale někdy, když ti klienti jsou takoví nevyzpytatelnější, tak se chodí přinejmenším ve dvou, především sociální pracovník a zdravotní sestřička, aby proběhla aplikace injekcí apod., a to koronavirus nezastaví, to musí pokračovat. Také to vyřizování dávek apod. s tím se musí pomáhat, když to nejsou schopni udělat, sami si zajistit.

T: Takže to pro Vás bylo složitější, že jste museli najít cesty, které jsou nejméně rizikové nebo v tom smyslu covidu, ale jinak se ta činnost nezastavila.

R: Některé činnosti jako ty doprovody se zastavili k lékařům apod., protože nikdo nebral, jen akutní, ale žádné vycházky a tak, to v té době ani nikdo nechtěl upřímně.

T: Co Vám osobně přináší tahle pracovní zkušenost?

R: Je to velice zajímavá práce, v porovnání s předchozí zkušeností tam byla taková jednostranná cílová skupina, tady je to velice pestré. Klienti jsou od inženýrů až po různé lidi...

T: Člověk má často takovou představu, že lidé s duševním onemocněním, mají určitý stereotyp, ale je pravda, že je to asi široká skupina lidí, které běžně potkáváme.

R: Ano, to je velice pestrá skupina klientů tady. A pro ty sociální pracovníky, když pracujete pořád se seniory, pořád s dětmi z nezaopatřených rodin, tak se snáz upadá do takového toho... že už mě to nebaví, ale tady je to takové, že s ním řešíte studium na vysoké škole, s druhým, že potřebujete vyplnit žádost a se třetím, že potřebuje začít běhat.

T: Je pravda, že sociální služba má výhodu v této šíři záběru.

R: Můžete vlastně rozvíjet svoji kreativitu do nekonečna a stále to nestačí, tak bych to řekla, což je krásné, protože to není takové ustrnutí na jednom, že se stále vyplňuje příspěvek na živobytí.

T: Souvisí to i s tím, že lidé, pokud se jim daří se posouvat, tak roste množství aktivit, které s nimi můžete realizovat. Takže tam je i ta kreativní složka, že rozmýšlíte, co teď.



R: Určitě. Potom je to taková ta možnost, že se posunou až do ambulance, kde nás nepotřebují, což je úplně nejlepší varianta. Možná pak i přes ambulanci dál někteří. Z uzavřeného pokoje mohou vyjít někam do společnosti. Zkrátka často to jsou i mladí lidé, což je taky zajímavé, a je to takové obohacující.

T: Daří se podle Vašeho názoru utvářet skupiny klientů, že se setkávají i mimo?

R: Ano určitě. To je zajímavé, já jsem předtím neměla zkušenost s duševně nemocnými nebo podobně, ale tady zjišťuji, že se daří dávat do kopy takovou pánskou skupinu mladších mužů od 20, 25 let do 40 až 50 let, kteří buď žijí sami, nebo s rodiči a v zásadě nemají jiný kontakt než s námi a postupně se tady vytváří taková skupina, která potom se i sama schází a podnikají různé výlety, na kole, horolezectví, nebo se schází jen tak odpoledne, tak to si myslím, že je pěkné. Je také klubovna na ambulanci, kde se můžou scházet takhle odpoledne vždy to je na chvíli otevřené. I sami bez nás nebo někoho jiného.

T: Mám poslední otázku, na základě těch zkušeností, které máte. Jsou nějaké věci, které byste doporučila dalším CDZ, které jsou ještě v počáteční fázi? Na co se soustředit z Vašeho pohledu sociální práce? Na co se zkrátka zaměřit?

R: Myslím si, že je důležitá komunikace mezi týmy. Když jsem byla na setkání CDZ, tak mi přišlo, že některé CDZ se pořád mají problém nějak spojit, ta sociální a zdravotní část, že si každý drží vyloženě tu svojí. My v podstatě také, akorát už se nedohodnou, že by tam někdy jeli spolu nebo něco, že si každý drží tu svoji autenticitu.

T: Že se neznají tolik, nebo jinak než pracovně...

R: Tak to je možná jen pocit, ale myslím si, že je dobré, když všichni máme ty porady, že každou středu máme velkou poradou, jinak ráno bývá taková organizační porada a tím, že jsme všichni tak po kupě, jestli jste viděl ty prostory dole, ta kancelář je taková univerzální. Takže stále jsme tak nějak v kontaktu, a i když se stane nějaký průšvih, tak se to konzultuje v širším týmu, není to jen na tom jednom člověku. Je to takové sdílené.

T: Je pravda, že ta zkušenost bude úplně jiná v případě CDZ, kde je zřizovatelem nemocnice nebo léčebna...

R: Záleží na tom, jak to pojmu ti, co to budou organizovat. Určitě můžou mít také dobré zázemí, oni jsou většinou stejně mimo léčebnu. Například my jako sociální pracovníci jsme poměrně mladí a naklonění všemu možnému, stejně tak sestřičky, že neprošly tou léčebnou, takže nejsou nijak limitováni tím, že by měly zaběhnoutý nějaký systém a podle toho by jely. Někdy to může být plus, někdy samozřejmě mínus.

T: Tím, že jste v projektu byl jako dvě samostatné složky, vyplňovaly se zprávy o realizaci za sociální, za zdravotní část – vy jste v tom byla někam zapojená?

R: Já shodou okolností jsem tady nejstarší, nejdéle pracující, tak jsem do toho byla zapojená.

T: Vnímáte v tom některé prostory pro zlepšení? Myslím tím, vyloženě tu administrativu projektovou.

R: Teď myslíte takové ty statistické údaje apod.?

T: Přesně tak.

R: Tam je problém v tom, že vždy se požadují nějaké statistické údaje, většinou bez komentáře potom. Někdy náš program není schopný všechny statistické údaje vytáhnout, takže se to počítá ručně



a většinou se to chce co nejrychleji a zabírá to docela dost času, musím říct. Chápu, že kontrola musí být a na druhou stranu, když jsem to fakt počítala v tom lednu, tak to bylo na dny. A v tu chvíli se zase člověk nemůže věnovat klientům.

T: Věčný boj s indikátory. Buď jsou indikátory málo říkající, ale o to lépe se sbírají, nebo jsou indikátory, které něco říkají, ale jejich sběr je o to složitější.

R: Je to fakt takové zajímavé, že i když je teď půl rok po projektu, tak stále musíme posílat nějaké... teď se posílalo na kraje něco jináčího, než se předtím posílalo na ministerstvo a pořád se to tak nějak přepočítává a už si člověk říká, že už není co.

T: A pokaždé to číslo je trochu jiné, protože ty definice se mohou mírně lišit.

R: To je další věc, myslím si, že se to může rozcházet částečně. Že si to každý vyloží nějak jinak ty informace.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Činnost sociálního pracovníka je ve velkém o kreativitu při aktivizaci klientů.
2. Primární je ochota klienta spolupracovat. I v případě akutních stavů je snaha dostat se do pozice, aby klient návrh pracovníka přijal, je-li toho schopen.
3. Terén ve dvojicích, vždy ve složení podle aktuálních potřeb klienta.

4.1.2.3 Rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky

7. Rozhovor s klientem CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	24. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor / Face to face rozhovor

Tazatel (T): Já mám první otázku a to je, jak jste se sem do CDZ dostal?

Respondent (R): Mě to doporučil můj psychiatr pan (...), už nedělá v Přerově, ale doporučil mně to. Takže jsem dostal adresu. Přišel jsem sem, dostala mě na starost slečna (...) a od té doby sem vlastně chodím, to je tak dva roky tuším.

T: Z jakého důvodu? Respektive, jakým způsobem se nemoc projevovala?

R: Můžu sem vlastně přijít kdykoliv. Nemusím čekat na kontrolu, volat panu doktorovi, to by bylo zdouhavé, pak bych se ještě musel objednávat na kontrolu. Takže tady je ta pomoc okamžitá. Díky bohu jsem ji zatím nějak moc nepotřeboval využít, ale je to fajn, že je tady taky pan doktor.

T: Takže sem chodíte dva roky?

R: Ano

T: Co se týče nemoci, jak dlouho o ní víte?

R: Tuším 4 roky, to bylo poprvé, kdy jsem přišel na Psychosociální centrum.



T: Přišel jste s rodinou nebo- ?

R: Z práce mě zavezli, že jsem byl divný, prý. Já jsem ani moc nekomunikoval. Byl jsem takový uzavřený. Měl jsem černé myšlenky, nebylo to ideální. Takže mě zavezli na Psychosociální centrum tady v Přerově.

T: Tam jste tedy začal docházet k doktorovi, dostal jste nějaké medikamenty. Využíval jste nějaké další zdravotní služby vedle toho?

R: Ne, jen tady.

T: A jak to vlastně probíhalo předtím, než jste začal docházet?

R: No myslel jsem, že mě lidi sledují, že po mě jdou úřady, protože nehraji účtenkovku, myslel jsem, že bude konec světa a takové, že nic nemá smysl.

T: Chápu, že v takové situaci se potom těžko dělá cokoliv dalšího. Ať už práce nebo cokoliv dalšího.

R: Ano.

T: Po těch 2 letech vám lékař doporučil navštěvovat CDZ?

R: Ano.

T: Co všechno tady děláte? Chodíte převážně sem nebo chodí pracovníci i za vámi?

R: U mě nikdy zatím nebyly. Vždycky když jsem potřeboval, tak jsem šel sám. Třeba doplnit léky anebo jenom, tak si popovídat se sestřičkou. Někdy tady bývá dost lidí, takže si můžeme zahrát karty, popovídat si, co nás trápí. Je to fajn, taková lepší socializace.

T: Co tady ještě děláte? Máte třeba nějaké výlety někam?

R: Byli jsme třeba v příbramské pasáži. Tam byla výstava obrazů, vraku letadla a nějaké uniformy z druhé světové války. To bylo teď nedávno. No, nedávno... předkolo koronavirem, pak to tedy upadlo. Dneska je třeba vítání jara. To taky mělo být na jaře, ale přišel koronavirus, tak to posunuli.

T: To je taky vtipné, vítání jara uprostřed léta.

R: Ale má to velkou účast, 40 lidí tam bude.

T: Chápu, že koronavirus způsobil, že se toho moc díť nemohlo. Předpokládám, že se zastavil i provoz Centra?

R: Jenom málo a já jsem byl pak 3 týdny nemocný, takže to jsem tady nebyl vůbec, abych nikoho nakazil nebo tak.

T: S kolika lidmi se tady znáte? Myslím třeba i další klienty. Máte třeba nějakou skupinku, kterou jste si vytvořili?

R: Asi se čtyřmi, ano, co sem chodí pravidelně, v pondělí hlavně. No čtyři lidi to budou.

T: A podnikáte spolu něco? Buď tady, nebo někdo venku?

R: Bývají tady ještě akce, že se jde na bowling, tak to taky využíváme. To bývá o těch čtyřech lidech, protože je to omezené počtem, takže tam se přihlašujeme. Taky je možnost jednou za rok jet na rekreační pobyt. Minulý rok jsem tam byl, tento rok ne, protože jsem se nestihl přihlásit a všechna místa byla obsazená. Je to někde tady, nevím, jak se ta oblast jmenuje, omlouvám se.

T: Myslím, že říkali Rusava.

R: Ano, Rusava.

T: To je tady někde kousek, ne?



R: Asi 30 kilometrů zhruba.

T: Takže ten bowling zorganizovali zdejší pracovníci?

R: Ano, akorát jsou na Psychosociálním centru na druhé budově, ale kontakty s nimi jsou v pohodě, přes telefon se dá domluvit všechno.

T: Chodíte do té druhé budovy?

R: Teďka už ne. Pan doktor se odstěhoval. Tak teď docházím sem za panem doktorem. Sestřička mi vždycky domluví schůzku. On je tady pondělí, středa a pátek, takže v pohodě. Vždycky si povídáme, jak se cítím. Napíše mi léky.

T: Co se díky tomu, že jste sem začal chodit, změnilo?

R: Mám lepší režim. Třeba dopoledne je lepší než, kdybych třeba doma jen ležel nebo něco.

T: Jak často sem vlastně chodíte?

R: Dvakrát nebo třikrát týdně. V pondělí a ve čtvrtek asi nejvíc, protože to tady bývá i ten kamarád, který má práci, takže on tady kvůli práci nemůže být každý den.

T: Když jste mimo CDZ, jaké aktivity vám zabírají nejvíce času?

R: Chodím k tátovi pomáhat na barák a jinak čtu knihy.

T: Co čtete?

R: Teď od Vlastimila Vondrušky, jmenuje se to Právo první noci, ale je to detektivní příběh z 13. století zasazen do přemyslovské éry. Dostal jsem to na Vánoce od táty. On to čte i švagr, takže jsme dostali nějaký takový typy, co by mohlo být fajn.

T: Kdyby se mělo něco nějakým způsobem ještě změnit, co byste chtěl, aby se změnilo?

R: V tuhle chvíli mě nic napadá, jsem celkem spokojený.

T: Vrací se vám teď ještě nějaké špatné pocity nebo stavy?

R: Ne, zabírá to dobře.

T: Takže tak, jak to chodí a funguje teď, tak si to dovedete představit dlouhodobě do budoucna? Má to smysl?

R: Ano.

T: Co považujete vlastně za nejdůležitější, co vám CDZ dalo?

R: Asi ta socializace nebo, že se můžu stýkat s lidmi, co mají podobné problémy, a můžu mluvit o čemkoliv, že je tady ta možnost. Navíc je tady pravidlo, že se nic nevynáší ven. Díky tomu se člověk nebojí říct, co nikde jinde neřekl a nedívají se tady na vás skrz prsty. Teď už moji kamarádi taky nějak chápou moji nemoc, ale ze začátku to bylo ha ha srandičky. Teď už je to ale dobré i mimo CDZ.

T: Takže teď už fungujete i mimo CDZ a potkáváte se i v jiné partě lidí a dá se to?

R: Ano.

T: Asi je náročná ta fáze, kdy člověk musí přiznat svým kamarádům, že se léčí a asi to nebylo jednoduché?

R: No, oni se právě divili, že jsem byl dvakrát v léčebně v Kroměříži a byl to pro ně šok.



Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Klient je v péči CDZ od jeho vzniku, doporučil mu jej jeho ošetřující psychiatr. Vzhledem k blízkosti jeho bydliště od sídla CDZ a také díky tomu, že jeho zdravotní stav mu umožňuje do CDZ docházet, nevyužívá terénní služby.
2. Klient je s péčí CDZ zcela spokojen, nemá podněty na změny. Oceňuje zejména přístup pracovníků CDZ (naprostá důvěra, co se týče sdílení informací) a dále zmínil, že pro něj bylo důležité, že v CDZ potkal další lidi, kteří se potýkají s obdobnými problémy. Díky možnosti setkávat se (v CDZ ale i na společných akcích mimo Centrum jako jsou např. výlety, sportovní akce, rekreace) se cítí lépe než v období před vznikem CDZ.

8. Rozhovor s klientem CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	24. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor / Face to face rozhovor

Tazatel (T): Proč využíváte služeb CDZ?

Respondent (R): Musím sem chodit, protože to potřebuji.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila? Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Před 45 lety se mi to projevilo poprvé, byla jsem v nemocnici. Museli si mě tam nechat. Pravidelně si mě nechávali v psychiatrické nemocnici. Teď jsem tady přeložena od pana primáře. Chodím za paní doktorkou Rektorovou.

T: Jaké zdravotní služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: Chodila jsem si pro léky. K obvodní lékařce, to chodím i teď. A pak nemocnice.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: Povídali jsme si s paní sestřičkou, že jestli nechceme přijít a dělat zde nějaké aktivity.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Že mi naslouchají. Že vidím tváře. Hlavní je, že tu někdo povídá, moc ráda slyším hlasy lidí a dělá mi to dobře.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Klientka oceňuje, že jí pracovníci CDZ „naslouchají“.
2. Kromě toho je klientka ráda za možnost socializace, za možnost být díky aktivitám CDZ v kontaktu s dalšími lidmi.



9. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Rodinný příslušník klienta
Termín uskutečnění rozhovoru	24. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor / Face to face rozhovor

Tazatel (T): Z jakého důvodu využíváte služeb CDZ?

Respondent (R): Protože mi onemocněl před 4 lety syn. Ze začátku jsme nevěděli, co to je za nemoc. Byl tam nějaký náznak toho, že je psychicky nemocný, ale ještě se nevědělo, jaké. Takže začal chodit do Psychosociálního centra, kde je pan doktor primářem. Ze začátku jsme se s jeho tatínkem, se kterým jsme se už dříve rozvedli, dohodli - protože už je v důchodu a syn potřeboval nějakou celodenní péči nebo nějaký dohled - že to zvládnou doma sami. Já chodím ještě do práce. Potom asi po dvou měsících se to srovnalo, dostal nějaké léky, ale nicméně se mu ta nemoc zase začala projevovat, protože léčebný režim nedodržel, z toho začátku jsme těchto služeb tolik nevyužívali. Takže se mu to vrátilo a pak byl chvíli v léčebně v Kroměříži. No, a když se odtamtud vrátil, tak už jsme naplno využili toho, že v tom Psychosociálním centru je denní stacionář, kam chodil 3 měsíce v kuse vlastně 2 roky po sobě. Toho jsme využívali. No, a teď už se naplno přesunul do CDZ. Mně to maximálně vyhovuje, protože tím, že chodím do práce a oni tady mají nějaký program, tak se do toho zapojuje. Navíc tam je i zpětný kontakt, že třeba sestřičky zavolají, když se tady neobjevil včera, měl jít hrát nohejbal, na který se přihlásil, ale zaspal to. To je taky fajn, že tam je ta zpětná vazba a že mají zájem a chtějí vědět, jak na tom jejich klient je. Já jsem spokojená, protože vím, že podle toho, jak si to nastaví, nechodí třeba úplně každý den, ale zúčastňuje se aktivit, a toho všeho a vím, že dopoledne má vyplněné.

T: Takže říkáte, že nechodí celý týden?

R: Úplně celý týden, jako že každý den to ne. Chodíval, ale teď už ne, ono to bylo i teď tou situací, která byla. Takže před tím asi víceméně chodíval, teď, než to asi znovu naběhne, to bude trvat. I když oni tady už víceméně asi fungují, ale on toho tak moc teď nevyužívá.

T: Docházeli pracovníci CDZ i k vám?

R: K nám nechodili, protože on chodí sem jako za nimi. Tady cokoliv, co potřebuje, tím že tady je i pan doktor, tak to tady vždycky s nimi všechno konzultuje.

T: Tím pádem tady takhle tráví dopoledne?

R: Ano, většinou dopoledne.

T: Jaké zdravotní a sociální služby jste využívali předtím?

R: Když začaly problémy a nějaké příznaky, tak začal chodit do Psychosociálního centra. Tam probíhaly konzultace a měl odtamtud léky. Potom, když už se nemoc vrátila a měl ataku, po které byly příznaky silnější, a už to doma nezvládal, takže byl hospitalizovaný v Kroměříži. Když se odtamtud vrátil, začal využívat tříměsíční každodenní stacionář, kde vlastně každý den měli nějaký program. Potom s ním vyřizovali žádost o invalidní důchod a všechnu agendu. Věnovala se mu tam vždycky nějaká ta sociální pracovnice nebo sestřička.



T: Takže jste ho sem každý den vozili?

R: Ne, on je více méně soběstačný a my bydlíme tady kousek od Centra, takže si sem normálně v pohodě dojde sám. A my jsme tady z Přerova, tak to zvládne sám a nemusí mít u sebe doprovod. Takhle kdyby chtěl, tak si řekne, je to podle toho, jak se cítí. Umí si říct, co potřebuje.

T: Takže informace o CDZ jste se dozvěděli od vedoucích pracovníků, s nimiž jste dlouhodobě byli v kontaktu?

R: Ano, bylo nám to nabídnuto a zjistili jsme si o tom informace. Využíváme toho rádi, protože, jak jsem říkala, já jsem ještě v práci a on se ne vždy cítí tak dobře, ale tím, že jsou s ním v kontaktu, tak ho mají pod dohledem a hodně mu to pomáhá.

T: Co vám to přineslo? Co se změnilo?

R: Dostali jsme se do nějaké stability a náš syn nemá už nějaké další zdravotní výkyvy. Už se třeba nestalo znovu, že by měl nějakou ataku a musel by být hospitalizovaný. Je tady pan doktor, a když vidí, že se něco děje, tak to řeší. Teď se mu stalo, že se mu dvakrát nebo třikrát změnila skladba léků, že z jedněch se mu dělalo špatně a z druhých měl nechutenství. Takže on si s nimi o tom povídá a tím si myslím, že se dá brzy zachytit nějaký blížící se problém.

T: Vnímáte to tak, že ta jeho stabilita souvisí s tím, že váš syn má díky CDZ nějakou pravidelnou aktivitu a pohodu?

R: Tak ta pohoda je pro něj důležitá, aby se nedostal do nějakých stresových situací anebo aby se něčím netrápil sám nebo minimálně to, že o tom problému už umí mluvit a že jsme se s tím nějak naučili žít.

T: Jaké konkrétní aktivity, jestli vás můžu požádat, v CDZ realizuje, které jsou pro něj nejvíce přínosné?

R: On si hodně rád čte nebo četl a sportoval. Hrával házenou, hrával badminton, chodívají na bowling, včera měli mít nohejbal, ale to zaspal, myslím, že měli kino a měli v plavání. Dá se tady toho dělat hodně. Hlavně tady vloni měli, a to se mu teda strašně líbilo, protože, když mu řeknu „pojď se mnou někam, pojedeme, třeba na víkend a půjdeme na nějakou turistiku“, tak se mu moc nechce s maminkou, ale měli pětidenní pobyt a přijel strašně spokojený. Myslím, že byli na Rusavě v září. A letos to plánují zase, takže jsem se ptala a řekl, že se určitě přihlásí.

T: Takže sport a turistika vede?

R: Ano.

T: Jsou věci, které ještě třeba řešíte, ale už přesahují možnosti CDZ? Jestli jste se setkali s nějakým problémem v péči o syna, ale CDZ ho neumí vyřešit?

R: Ne. Mně to tak, jak to mám nastavené a jak jsem s nimi v kontaktu a spolupracujeme, teď byla více než před týdnem schůzka s rodiči, vyměňujeme si zkušenosti, každý řekne nějaký názor, je tam i paní doktorka a ta nám k tomu řekne z odborné stránky i něco dalšího a vím, že hodně sestřičky jezdí ven, ale my máme tu výhodu, že můj syn na tom není až tak moc zdravotně špatně, že nemá výkyvy nebo velké problémy, které bychom museli řešit. Cokoliv bylo, tak se nám podařilo zachytit tady v Centru a setkáváme se v rámci rodinných příslušníků.

T: V rámci rodinných příslušníků se znáte dobře?



R: Známe, dokonce jsem tady potkala svoji bývalou kolegyni a kamarádku, které taky onemocněl syn, takže bych řekla, že jsme taková skupinka a že se bavíme otevřeně. A od nich přeberete něco, co se děje v jiných rodinách. Synovi je 27 let a jsou to 4 roky, co onemocněl, ale jsou tu rodiče, kteří mají ty děti už starší a dlouhodobě nemocné, tak někdy člověk přemýšlí, co bude v budoucnu. Myslím si, že je dobře, že se to tady vymyslelo a že jsme taková, nechci říct, parta nebo, ale už jsme se bavili o tom, že bychom se i my rodiče scházeli. Já si umím najít čas nebo nabírat sílu a energii někde jinde, že si zajdu do divadla nebo něco takového. Ale ti rodiče, co mají starší děti, mi říkali, že se věnují hlavně jim a jsou jen s nimi a mají to asi trošku náročnější. Je dobré, že máme názor z té druhé strany, a víte, jak nějaké věci řešili oni nebo s čím se setkali, abych věděla, co mě čeká. Není to jednoduché s tou nemocí, ale snažím se myslet pozitivně, a kdyby bylo cokoliv, vím, že je tady vazba s těmi sestřičkami a s paní doktorkou, že nemám strach se na cokoliv zeptat. Víím, že by mi asi určitě pomohli, je tu takové vstřícné jednání, že nemám problém se s nimi bavit o ledasčem. Já jsem ráda. Když se dozvíte tuto diagnózu, tak na začátku tápete. Nevíte, co to bude obnášet. Navíc z té společnosti slyšíte psychické onemocnění, a ačkoliv je toho čím dál tím víc, ta doba to sebou nějak nese. Vy si řeknete, jak to budete zvládat, jak to budete dělat. Na konzultaci u pana doktora někde v ordinaci se něco dozvíte a jdete domů s léky. Oni se ale potřebují někam začlenit. Já mám třeba starší děti, které se o syna starají, že ho sebou někam vezmou nebo něco vymyslí. Já jsem třeba za sebe hrozně ráda, že sem chodí a může kdykoliv přijít.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Matka klienta, který je v CDZ od počátku jeho vzniku (před tím 2 roky využíval Psychosociální centrum) služby CDZ hodnotí výhradně pozitivně. Oceňuje přístup všech členů týmu CDZ.
2. Pro situaci syna (klienta) jako nejdůležitější vnímá celkový přístup týmu CDZ (podporující a zajímavící se) a zároveň možnost náplně času (syn se díky CDZ účastní řady sportovních aktivit). To, že dochází pravidelně do CDZ dle respondentky stabilizovalo stav klienta. Od doby vstupu do péče nenastalo žádné zhoršení stavu, nevyskytla se žádná ataka.
3. Respondentka dále oceňuje, že CDZ komunikuje napřímo i s ní jako rodinným příslušníkem, představuje to pro ni oporu. Také oceňuje, že sdílí zkušenosti / problémy s dalšími rodinnými příslušníky klientů CDZ. Tyto činnosti vnímá jako velmi přínosné.

10. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta CDZ

Podklad pro případovou studii – záznam rozhovoru

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Rodinný příslušník klienta
Termín uskutečnění rozhovoru	24. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor / Face to face rozhovor

Tazatel (T): Vy patříte k prvním klientům, které služba řešila. Ale protože Vaše maminka má nemoc dlouhodobě, předpokládám, že se řadí k těm lidem, se kterými se to řešilo od samého začátku organizace?

Respondent (R): Ano.



T: Nevím, jak dlouho funguje Psychosociální centrum v Přerově...

R: Já si myslím, že 30 let. Možná.

T: Takže taková je i doba, kdy...

R: Ano, já si pamatuji, že ona jako pacient tady docházela ještě k psychiatrovi (...), který byl doktor (...) a potom vlastně, jak vzniklo Psychosociální centrum, tak začala docházet tam, k panu primáři (...). A potom, jak vznikla ta pobočka CDZ, my říkáme k psychiatrovi, my to nerozlišujeme, ale velmi rozlišujeme, že začala fungovat terénní služba, kdy sestřičky docházejí každý týden k ní, kdy vlastně je odborná zdravotní sestra, která jí píchá injekci, a která s ní vede pohovor, kdy kontroluje její zdravotní stav a samozřejmě dochází i sociální pracovník. Protože oba dva rodiče, tatínek už letos zemřel, ale oba dva rodiče - protože jsou senioři, takže nějaké takové sociální služby jim zajišťují, nebo zajišťovali doprovod do nemocnice, což bylo úžasné, protože starší lidé chodí často někam k odborným lékařům.

T: Chápu to správně, že je Vaše (...) samostatná a že do CDZ chodí v rozmezí jednou týdně?

R: Přesně tak. Je výborná, i v tomto věku i to, že tak dlouhodobě je psychiatrický pacient, tak díky tomu je stabilizovaná, a je fakt, že ji sleduji, a vždy, když se mi něco nezdá, nebo se sestřičce něco nezdá, tak máme na sebe telefon a konzultujeme to. Nebo když Vám řeknu takový příklad, že maminka mi nebrala telefon. Teď já jsem si říkala, jestli není např. uražená, tak jsem volala sestřičce a říkám: „sestřičko prosím, zkuste to vy“ a ona říká: „ona mi ten telefon také nebere“. A protože se to stalo po té smrti otce, tak jsme řekly, pojďme se tam podívat, a ona řekla, že tam pojedete se mnou. Já to cítím i jako takovou obrovskou podporu, že na péči nejsem sama. Pro mě je to obrovská podpora v těchto pracovnících.

T: Chápu správně, že před tou terénní službou jste chodili k psychiatrovi a že to asi nebylo tak často?

R: Chodila sama a myslím si, že neměli takovou interakci ode mě, neměli tu zpětnou vazbu ode mě. Protože ona chodila sama a on byl i otec psychiatrický pacient. Otec byl takový, že to s ním pak nebylo takové jednoduché, takže už taky potřeboval... měl deprese a tak. Takže chodívali předtím sami a teď někdy i ten lékař dojde k mamince, ale lépe to mezi námi konzultujeme společně.

T: Když se Vás zeptám na historii, když se to projevilo, tak co to pro Vás znamenalo, co to pro Vás bylo?

R: Jako já... maminka onemocněla zhruba, když já se narodila. Já jako dítě jsem to velmi těžce nesla. Samozřejmě takový ten stud před ostatními dětmi. Když ona třeba měla nějaké svoje bludy a vyváděla a bydleli jsme v paneláku, tak já jsem třeba tři dny nešla ven, protože jako dítě jsem to neuměla zpracovat, styděla jsem se. Až potom, když jsem byla jako studentka na gymnáziu, tak jsem nikde nemluvila o tom, že moje maminka je psychiatrický pacient, protože opravdu ta stigmatizace a takové to, že se člověk za to stydí. Pak když jsem s nějakým klukem začínala být, tak aby se to nedozvěděl, protože by si řekl, že ta bude jako její matka jo... atd. Tehdy ta psychiatrická péče nebyla taková, že by se dal pracovat s celou rodinou. Že by např. i těm dětem to měli vysvětlit: neboj se, kdyby něco, můžeš se na nás obrátit. Já jsem se prostě s tím musela popasovat sama. Já mám starší sestru ještě, my jsme byly takový, že jsme z toho rychle utekly... z té domácnosti, když to tak vezmu. Obě dvě jsme se brzo vdaly. V osmnácti letech jsme odešly.

T: Vnímáte to tak, že to mělo na to vliv?

R: Ano, samozřejmě. Nebylo to jednoduché.



T: Střídala se ta období? Nebo se to dlouhodobě zhoršovalo?

R: Jako dítě to nedokážu... Já si pamatuji hospitalizace. Když byla dlouho ve Šternberku nebo Kroměříži, tak ještě podstoupila takovou hroznou léčbu, ona jako schizofrenička dostávaly elektrošoky, a to bylo časté. Já jsem jako holka, jako člověk mohla pozorovat i ten vývoj psychiatrie za těch let. Jak to tam vypadalo strašně a teď, když tam byla hospitalizovaná, tak to tam tak strašně nevypadalo. A samozřejmě i s tím vývojem psychofarmak a že se pacient může lépe hlídat i tím, že je ona tak často dozorovaná, tak se rychle může něco změnit a nasadit. Takže já to vnímám tak, že se to hodně posunulo.

T: Nasazením psychofarmak tedy nastalo to, že ty stavy neprobíhaly dlouhodobě?

R: Nemusela být hospitalizována, možná byla naposledy hospitalizovaná před deseti lety. Dá se asi říct, že se její stav stabilizoval, že je více v normě. Samozřejmě občas něco je, ale když to tak řeknu, rychle se spraví. I v tom svém věku, a ona má ještě další diagnózy, je to už takový senior, ona měla i srdeční zástavu.

T: Můžete uvést další příklady, kdy jste řešit s pracovníky centra nějaké záležitosti?

R: Maminka má celiakii a sociální pracovnice přišla s tím, že jestli se někde nedá dovážet bezlepková strava. Takže jsme společně zajistily, že jí začali dovážet obědy, ale ona nebyla spokojená, takže jsme to stejně potom zrušily, ale snaha tam je. Nebo třeba další, pomohli jí vyřídit, já nevím, jak se to přesně jmenuje, jak úřad práce přiděluje, nemohoucnost nebo bezmocnost, jak jsou ty stupně jedna, dva tři.

T: Invalidní důchod?

R: Ne, invalidní důchod ten ona měla dlouho, ale ten příspěvek na péči jsem myslela. To pomohli zařídit. Pak i u otce, otec si zlomil nohu v krčku a pak to ještě rozchodil. Ještě moji rodiče, oni bydlí v paneláku, ta maminka ve čtvrtém poschodí bez výtahu.

T: Doted'?

R: Ano do teď. Já si myslím, že jí to udržuje fyzickou kondici. Já jsem se samozřejmě hodně snažila, aby se přestěhovali, změnili byt, a právě v tom mně byly nápomocné i sestřičky. To je vlastně další, že jsme se vlastně společně, aby to ona neslyšela jenom ode mě, tak ony samozřejmě taky zavedly na to řeč, ale starý strom nepřesadíš, jak se říká...

T: Ta vazba na to místo už je tak velká, že se často stane, že po tom přestěhování ti lidé vlastně...

R: ...se zhorší. Já jsem si říkala, že její zdravotní stav reaguje na všechno a toto by ho mohlo zhoršit. Jednak že by tam vadili sousedé, nebo že tam jinak svítí slunko, orientace bytu atd. Takže myslím si, oni na to prostě byli zvyklí. Takže jsem si říkala, že to musíme zvládnout.

T: Jsou nějaké věci, které s maminkou řešíte a nemusí se týkat jen činnosti Centra, ale všeobecně, které zkrátka jsou problematické, které se nedaří vyřešit, třeba i na systémové úrovni. Je něco takového?

R: Myslíte, co se týká péče?

T: Ano, co se týká péče.

R: Přemýšlím... s čím by nám nemohli oni pomoci?

T: Ano tak.



R: Nic mě tak nenapadá. Já kdybych mohla, proto jsem říkala, že si udělám ten čas a že tady půjdu, protože jsem nesmírně vděčná, vážně. A jsem tomu ráda, že je něco takového. Obrovský pokrok a samozřejmě, jak se zajímám a poslouchám atd., tak když jsem zjistila, že ta terénní služba první existovala v Praze a v Přerově, řekla jsem, že je to dobře, že zrovna my to máme. Protože já to cítím jako obrovskou pomoc pro rodinu. Já mám děti asi ve věku Vás, bydlí v Brně a moje sestra žije v Německu a můj synovec atd. ti jsou úplně ve světě rozběhnutí. Takže jsem tady zbyla já jediná. A já cítím, že na to nejsem sama. Fakt v nich mám takovou oporu a ta sestra (...) byla na nějaké operaci, my je vnímáme jako členy rodiny, až na takové úrovni to máme, že ona chodí k mamince tak dlouho, že se mezi námi vytvořily takové vazby, a když potřebuji s něčím pomoci a když se mi stane, že mi nebere ten telefon, tak zase mě v tom nenechala samotnou, že jsem se bála, že když tam přijedeme, ona tam bude ležet. Ono to dobře dopadlo, a najednou přešla do jiné místnosti a úplně jsem zapoměla na telefon půl dne. Takže nevím v čem. Mám pocit, že s čímkoliv bych se na ně obrátila, s tím by mně dokázali pomoci.

T: Podařilo se Vám ve Vašem případě vytvořit vztahy s dalšími rodinnými příslušníky, nebo jestli jste se účastnila nějakých aktivit, které se dělají pro rodinné příslušníky?

R: Bývám zvaná a vždycky jsem to koncem roku měla strašně hektické, takže to jsem opravdu poděkovala a neúčastnila jsem se. Já momentálně mám svoje dobré období, kdy přecházím z jedné práce do druhé a dala jsem si volno, ale jinak jsem byla hrozně vytížená a vždycky jsem byla ráda, když ta terénní služba šla k doktorovi, když jsem nemusela já. Víím, že tady ty aktivity jsou, ale těch jsem se neúčastnila.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondentka je dcerou klientky CDZ, který je v péči psychiatrů již desítky let.
2. Jako výraznou změnu k lepšímu v životě své matky (klientky) i v životě svém označuje zahájení poskytování terénních služeb pro osoby s duševním onemocněním.
3. Vůči pracovníkům CDZ vyjadřuje vysokou vděčnost, nesmírně pozitivně hodnotí jejich přístup a nasazení. Uvádí, že jsou „součástí rodiny“ a připraveni pomoci s čímkoli, co je potřeba zajistit (ať už z hlediska zdravotní péče nebo v oblasti sociální).
4. Konkrétně pracovníci CDZ nově pro klientku (i když je dlouholetá psychiatrická pacientka) zajistili příspěvek na péči. Zajišťují i doprovod na různá vyšetření k lékařům – specialistům (jiným než je psychiatr; pacientka je seniorka, má více zdravotních problémů).

4.1.2.4 Rozhovory se zástupci samosprávy (kraj, město)

11. Rozhovor se zástupcem krajského úřadu

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Zástupce Odboru zdravotnictví Krajského úřadu Olomouckého kraje
Termín uskutečnění rozhovoru	2. 7. 2020
Forma rozhovoru	

Tazatel (T): V jaké situaci je stav psychiatrické péče v ČR?



Respondent (R): Za úřad nemohu hovořit oficiálně, ale z pohledu pozice zdravotní péče. Stav psychiatrie si netroufám hodnotit. Nicméně nějakým způsobem jsem o stavu psychiatrie informována, protože na kraji probíhají jednání pracovní skupiny psychiatrie. Ty informace, které jsou slyšet z terénu, jsou různé. Co já osobně slyším, i od pacientů, tak problém psychiatrické péče existuje, např. dostat do ordinace okamžitě, v potřebném čase, v akutním stavu. Dlouhé čekací lhůty. O lůžkové nemohu moc hovořit, ale mám pocit, že v Olomouckém kraji je ten počet lůžek dostatečný, přičemž nerozdělují akutní a následnou péči.

T: Jaký vliv má na situaci Reforma PP? Zlepšuje situaci? Proč ano, proč ne?

R: Nemohu soudit, zda se zlepšuje. Soudím pouze, že se něco děje. Že se o té psychiatrii začalo více mluvit, a že se více řeší i na vyšších úrovních, tedy ne že si jen někdo někde stěžuje, a že se tam hasí nějaké požáry. Byla zahájena Reforma PP, zabývají se tím orgány státní správy, ministerstvo i krajské úřady, tzn. že už to není problém jen poskytovatelů a pacientů, ale je snaha to nějakým způsobem uchopit globálně.

T: Jakým způsobem Reforma ovlivnila kraje?

R: Zapojena do pracovní skupiny zaměřené na Deinstitutionalizaci – je to na podnět koordinátora, který je pověřen ministerstvem. A ta PS se nějakým způsobem snaží řešit v kraji.

T: Jak krajské dokumenty reflektují tuto Reformu?

R: Olomoucký kraj, už když byl předán ten proces Reformy z MZD na kraje, vypracoval koncept péče o lidi s duševním onemocněním v kraji, ten koncept je zveřejněn i na webu. Byl odsouhlasený Radou OK. Podstatné je tedy, že nějaký dokument na to je, a každoročně je Radě podávána zpráva o realizaci Reformy v kraji. To je tedy vůči kraji jako samostatné působnosti. A co se týká přenesené působnosti, tak informace o Reformě jsou předávány průběžně v rámci porad Odboru Zdravotnictví. A to že probíhá Reforma PP, je reflektováno i při výběrových řízeních apod. Někakým způsobem se tedy o Reformě na kraji ví, nějakým způsobem jsou zapracovány do cíle a nějakým způsobem je to reflektováno na potřeby psychiatrické péče. Do PS jsou pozvaní i zástupci odboru sociálních věcí. Probíhají tedy diskuse i meziodborově, protože je potřeba řešit obě dvě stránky věci. OSV je tedy zapojen, podílel se na tvorbě a konceptu, a spolupracuje s koordinátorem Reformy v kraji. Myslím, že OSV je dokonce zapojen více než OZ, protože to, co se děje na úrovni SV, je nyní v rámci Reformy to nejdůležitější. Za mě osobně to považuji za dobré.

T: Jak vnímáte koncept CDZ? Daří se podle Vašeho názoru tento koncept v ČR naplňovat? Je způsob, jakým CDZ vznikají, adekvátní?

R: No, já si myslím, že je to sice zajímavé a potřebné. Ale nemám pocit, že by se to vzalo ze správného konce. Mají se propouštět dlouhodobě hospitalizovaní pacienti PL do terénu, do vlastního sociálního prostředí. Ale terén není ještě zcela připraven na to, aby ty pacienty uchopil a umístil a staral se o ně, tak to vnímám. Není připraven jak z hlediska personálního, ani z hlediska fungování. Reforma uvažuje o celkem značném počtu propouštěných pacientů, ale kam by měli jít, není zcela zřejmé.

Protože sociální služby jsou služby naplněny, nejsou schopny přijmout mnoho nových pacientů, a navíc jsou plánovány dlouhodobě dopředu. Tím pádem by bylo třeba říci, že např. výhledově za rok, rok a půl, bude propuštěno 50 lidí z PL, 50 lidí je potřeba umístit. To je potřeba předem říci a uvolnit na to ty finanční prostředky. Případně na to přijmout ty zaměstnance, a pak teprve propustit ty lidi. Ale ono se



řekne „propouštějte dlouhodobě hospitalizované v nějakých vlnách“, ale ty služby na to nejsou schopny takto okamžitě reagovat. To je můj pohled. Když to otočím, tak to CDZ musí vzniknout, a ti klienti by měli přijít do toho připraveného CDZ, které ale už musí vědět, že mu ty sociální služby budou navýšeny, že tam budou mít toho doktora, tu budovu apod. Víím, že vznikaly nějaké programy na vybudování zázemí, ale mají takové limity, že propojit tohle všechno – propouštění, umístění lidí v terénu, vybudování CDZ a dostatečné finanční a personální kapacity, tak to není zkoordinované. Reforma tedy tlačí na něco, co podle mě není reálné.

T: Jak významná je pro krajskou samosprávu existence CDZ v Přerově?

R: Byla podána ještě další žádost o dotaci na vytvoření CDZ v kraji, ale to nevím, v jaké je fázi. Zatím tedy reálně funguje v kraji jen v Přerově. Ale to je velmi specifické zařízení, které bylo dle mého názoru dlouhodobě připravováno, protože ta vize zřizovatele vytvořit něco takového byla už dávno před Reformou. Zřizovatel prostě nějakým způsobem budoval multifunkční zařízení, které zajistí široký rozsah PP, včetně soc. služeb. To že teď byla nějaká reforma, tak ta se mu trefila do jeho cíle, a proto tam to CDZ plynule vzniklo. Řekla bych, že má i dobré personální i prostorové a finanční zázemí. Právě proto, že to byla dlouhodobější vize.

Navíc tam je to CDZ už i poměrně známe v regionu. Nebylo to tak, že by něco někde vzniklo a musela se dělat propagace, aby vůbec někdo věděl, že to tam je. Ale že jsou lékaři zvyklí s tím zařízením spolupracovat. Lůžková zařízení jej také znají. Je to tedy poněkud specifická situace.

Tak by to mělo vznikat, dlouhodobě.

T: V jak úzkém kontaktu je kraj s tímto CDZ? Na čem konkrétně spolupráce probíhá?

R: Jsou dlouhodobým poskytovatel zdravotních služeb a držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Tam to docházelo jen k rozšíření o nějaké služby, které bylo potřeba pro CDZ. Oni ještě před reformou PP měli P sestru v terénu. Tam tedy nebylo ani nějaké složité řízení. Co se týká SOSL, tak víím, že tyto služby už tam byly nějakým způsobem dříve zařazeny do sítě. Jsem členkou Řídící rady CDZ, což byla nějaká nutná záležitost, která musela být u každého CDZ zřízena. Měla jsme nějaká jednání, nějak už uplynula doba, kdy by se ta rada měla scházet, nicméně na posledním jednání jsme se shodli, že je to celkem dobré, když se jednou za čas sejdeme. Někaké informace tedy pravidelně dostávám, ale neříkám, že jsem zapojena úžeji. Sejdeme se a dozvíme se od CDZ, zdravotních pojišťoven a dalších subjektů mám.

T: Má kraj nějaký koncept, podle něhož předpokládá do budoucna financovat sociální část CDZ?

R: Financování sociálních služeb je plánováno přes Střednědobý plán, to financování je tuším vícezdrojové. Jaké mám informace o financování zdravotní části, tedy u financování přes pojišťovny, tam by už mělo být dostatečné.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Na reformě je podstatné, že se o problémech začalo mluvit i na nejvyšších úrovních – tj. kraje, stát, ministerstvo.
2. CDZ je potřebné, ale jejich zavádění není vhodně koordinováno – kapacita CZD musí odpovídat počtu propouštěných z PL, aby na ně mohli být připraveni personálně i kapacitně – to se teď neděje – CDZ nejsou připraveny personálně, ani z hlediska fungování.



3. CZD v Přerově je specifický pozitivní příklad, kde se s osobami s duševním onemocněním pracuje dlouhodobě a nezávisle na reformě – má dlouhou historii, ideální příklad, u většiny ostatních to takto nejde.

12. Rozhovor se zástupcem městského úřadu

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Zástupce Odboru sociálních věcí Magistrátu města Přerov
Termín uskutečnění rozhovoru	29. 6. 2020
Forma rozhovoru	

Tazatel (T): Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ v Přerově?

Respondent (R): Já myslím, že jsme dobře obeznámeni. Byli jsme v této souvislosti i na nějakém semináři v rámci projektu. Nicméně komunikujeme spolu i takto v průběhu, telefonicky nebo i osobně.

T: Jak vnímáte koncept CDZ?

R: Já osobně ho vnímám pozitivně, máme už dobrou zpětnou vazbu, protože město poskytuje pro umístění klientů obecní byty, takže tam vlastně i víme, kdo tam bydlí a může. Bytů samozřejmě není tolik, ale ne každý klient je vhodný do toho obecního bytu. Spousta jich bydlí s rodinou nebo tak podobně. Nicméně v případě, že nás oslovili, jsme jim vždycky vyšli vstříc. Máme tady přímo i koncept, že ten člověk je nájemcem toho bytu, ale máme i variantu, že CDZ je nájemcem a ty byty pronajímá. Myslím, že naši opatrovanci jsou dva, kteří mají nájemní smlouvy, a pak to CDZ má jeden byt, to si pak řeší samo.

T: Jak intenzivní je spolupráce mezi městem a CZD v Přerově (resp. mezi městem a zřizovateli CDZ)? Uveďte, prosím, konkrétní aktivity.

R: Intenzivně jsme ve spolupráci zejména v případě, že je to náš společný klient, tedy když jde o opatrovance města Přerova. Když jsou ti lidé omezení ve svéprávnosti a město je tedy veřejným opatrovníkem, a zároveň je to klient CDZ tak určitě ta je intenzivní.

Dále tedy podporujeme CDZ i finančně – respektive službu sociální rehabilitace.

Dále nás také vzdělávají, dá se vlastně říci. Měli jsme takové nějaké setkání, které se týkalo konkrétních klientů, ale bylo to přínosné i obecně. Představovali nám jednotlivé diagnózy, a bylo to tak přínosné. Seminář tedy pořádali oni, ale pak jsme ještě měli společné jednání, kdy jsme si potřebovali vyjasnit naše kompetence, a v rámci toho jsme se dozvídali i další praktické věci, které s tím souvisí.

T: Jak město / veřejnost přijímá existenci CDZ (a vůbec existenci služeb psychiatrické péče) ve městě? Jaká je historie tohoto „přijímání“?

R: Jak to vnímá veřejnost, to nedokážu říct, žádný takový dotazník jsme nedělali. Ale troufám si říci, že to určitě hodnotí kladně. Ona ta společnost (Psychosociální centrum) dělá řadu aktivit směrem k veřejnosti, např. dny otevřených dveří. Snaží se tedy hodně pracovat s veřejností. Byli např. i na náměstí nebo v obchodní galerii, kdy dělali vlastně taková otevřená jednání pro veřejnost. Tak to si



myslím, že také hodně přispívá k tomu, jak je vnímána. Snaží se tedy, aby se lidé dozvěděli o té službě a věděli, že kdykoliv se na ní mohou obrátit.

T: Jak přítomnost CDZ ovlivňuje situaci ve městě? Co CDZ městu přináší?

R: Když to vztáhnou k našim klientům, tak je to dobré. My jako veřejný opatrovník jsme schopni část těch úkonů, které klient potřebuje, udělat, ostatní zase převezme to CDZ. Je to vlastně taková záruka, že ten člověk to v tom bytě zvládne. A když už nastane nějaký problém, tak už máme zkušenost, že se nám podařilo společně včas stihnout poskytnout pomoc.

T: Jakým způsobem město může do budoucna přispět k zajištění fungování CDZ do budoucna?

R: Ta spolupráce je podle mě velmi dobře nastavena, umím si představit, že bude takto probíhat i nadále, co se týká finančního zařízení prostředků města, tak to si taky nemyslím, že by mělo být ukončeno. Takže budoucnost to určitě má a nevnímám žádný problém.

Kontinuita financování ze strany města? Nemyslím si, že hrozí zastavení. Ona to podpora není nijak velká, třeba jako by čekali, na to si stěžují všichni poskytovatelé sociálních služeb. Nicméně oni si umí s tou politickou reprezentací sednout a umí se prezentovat, a tedy umí si tu politickou reprezentaci k sobě naklonit.

Co by šlo do budoucna ve spolupráci zlepšit? Postupně tu spolupráci zlepšujeme, jsou některá bílá místa, která postupně zaplňujeme, jak to pořešit. Příkladem je, že když mají např. klienta v psychiatrické léčebně a potřebujeme ho dostat do bytu, tak oni podle toho projektu byli s klientem kompetentní pracovat, až když klient léčebnu opustil, až byl propuštěn. Ale ono je spousta úkonů, které se musí udělat už předtím, musí je někdo zajistit. Musí se ukázat byt tomu člověku, musí se přestěhovat atp. Tam jsme docela naráželi, že oni kompetentní nebyli, a my zase jsme chtěli CDZ nějak pomoci a tak to vlastně byla práce pro nás. Jeden člověk od nás to tedy musel dělat.

Nicméně pracujeme na tom a komunikujeme.

Co lze do budoucna zlepšit, je třeba otázka takového toho vnímání. Někdy se může stát, že my vnímáme, že to ten člověk nezvládá, že potřebuje hospitalizaci, ale podle psychiatrů to tak není, oni mají pohled jiný. Pohled úředníka a pohled psychiatra může být jiný, ale to je věc komunikace. Nicméně dokázali jsme se dohodnout

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. S městem pracovníci CDZ spolupracují zejména na konkrétních klientech, pro které je město veřejným opatrovníkem. Dále probíhaly semináře a výměny zkušeností.
2. Role CDZ – a celé psychiatrické péče v Přerově – je vnímáno pozitivně, Psychosociální centrum umí dobře pracovat s veřejností, dělá řadu akcí pro veřejnost.
3. Financování sociálních služeb od města je malé, stěžují si všichni poskytovatelé, ale nehrozí, že by mělo zaniknout.
4. Komplikace: Když klient opouštěl léčebnu, CDZ bylo kompetentní s ním pracovat až po jeho propuštění, nicméně řadu aktivit bylo nutné dělat ještě předtím – to zajišťoval pracovník města a až poté si jej převzala služba CDZ.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost





4.1.2.5 Rozhovory s dalšími psychiatrickými zařízeními či sociálními službami v regionu

13. Rozhovor s ambulantním psychiatrem působícím v regionu

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Psychiatr působící ve městě
Termín uskutečnění rozhovoru	19. 6. 2020
Forma rozhovoru	

Tazatel (T): Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ v Přerově?

Respondent (R): Určitě jsem obeznámen i z pohledu psychiatra. Ale měl jsem zkušenost.

T: Spolupracujete nějakým způsobem s CDZ? Jak konkrétně? Jak se spolupráce postupně vyvíjela?

R: Z mého pohledu je to tak ze dvou hledisek – pacient není indikován, přebírám pacienty do ambulance. Když je pro CDZ indikován, v té chvíli kontaktuji. Jednotky měsíčně. Ta spolupráce s CDZ takové klienty ale motivuje.

T: Jakým způsobem se proměnila Vaše práce v souvislosti s existencí CDZ? Co přibýlo, co ubylo za agendu? Změnila se míra poptávky po Vašich službách, resp. struktura klientů v souvislosti se vznikem CDZ?

R: Mám tu plný úvazek od ledna. Co oceňuji, je, že když mám s klientem nějaký problém, může CDZ zasáhnout; to je výborný způsob. Může se do toho zapojit více lidí. Ambulantní praxi nemám dlouho. Ale moc možností nebylo.

Co mám zkušenosti z léčebny – to je asi obecně rigiditou toho systému. Možná to bude tím, že psychiatrická obec stárne a moc kolegů nepřichází – ale mladí kolegové z Kroměříží.

T: Jaký podíl Vašich klientů má nějakou návaznost na CDZ v Přerově? Jak tato provázanost vypadá?

R: Je to tak půl na půl – lidi s rigidními postoji je celkem náročné motivovat. Ale zase když se lidi chytí, většinou už ta spolupráce zůstane.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: Já myslím, že určitě. Neumím si to představit bez toho. Personální problém je velký minus, prostě není ty lidi odkud brát.

T: Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?

R: Považuji za důležité, aby vzniklo více možností, jak s klienty nakládat, ale není, kam by tyto klienty bylo možné propouštět – chráněné bydlení ve formě komunit.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondent je se spoluprací s CDZ spokojen. V případě problémového klienta se do řešení jeho situace může zapojit více profesí (z CDZ), což vítá.



2. Respondent podporuje reformu psychiatrické péče. Upozorňuje ovšem na nedostatek kvalifikovaných odborníků pro CDZ a také na nedostatečné kapacity návazných služeb, explicitně uvádí bydlení pro klienty.

14. Rozhovor se zástupcem dalšího psychiatrického zařízení v regionu

Identifikace projektu	CDZ v Přerově
Respondent	Zástupce psychiatrické nemocnice v regionu
Termín uskutečnění rozhovoru	29. 6. 2020
Forma rozhovoru	

Tazatel (T): Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ v Přerově? Spolupracujete nějakým způsobem s CDZ? Jak konkrétně? Jak se spolupráce postupně vyvíjela?

Respondent (R): Je to tak, že máme vazby na Přerov, ale nejsou, abych tak řekl, úplně primární. Protože my jsme přece jen Zlínský kraj, Přerov je pak Olomoucký kraj – jsou sice relativně blízko, ale vede tam krajská hranice. Druhá věc jde, že pokud jde o spolupráci s CDZ, tak my tady v Kroměříži máme vlastní CDZ. Takže bych řekl, že ta hlavní část spolupráce s CDZ i vzhledem k tomu, kolik máme pacientů z toho regionu, tak jde na to kroměřížské centrum. Je pravda, že určitá část pacientů je z Přerova, která je k tomu indikovaná, tak je napojena i na Přerov.

Pan Rektor měl CDZ ještě v době před dopadem asteroidu mezi dinosaury.

Mám-li být úplně přesný, do kontaktu s CDZ se dostanu velmi výjimečně přímo – když mě třeba pozvou na nějakou svou akci. Do kontaktu s CDZ se dostávám hlavně zprostředkovaně přes pracovníky PN Kroměříž. Ale protože se ještě navíc přátelím s Jurajem Rektorem i tady s lidmi z Kroměříže, tak mám přehled a jsem informován i o tom, že ten hlavní důraz na spolupráci je dvojitý:

1) Když nějakého pacienta propouštíme, a on spadá do skupiny pacientů, pro něž je CDZ určeno, a má bydliště v příslušném okrese, tak kontaktujeme CDZ a pacientovi doporučujeme, aby tam nastoupil. A CDZ, když to vědí předem, tak sem dorazí a kontaktují. A tedy ještě než je propuštěn, s ním naváží osobní kontakt, a on pak ví, na koho se může obracet a dostává možnost návštěvy CDZ. Samozřejmě je to dobrovolné, takže když někdo řekne, ať ho s nějakým CDZ neotravujeme, je to jeho věc. Nicméně ta nabídka tam je.

2) Naopak, když pracovníci CDZ naváží kontakt s člověkem, který dosud neměl nějaké zkušenosti s psychiatrií, a sezdají, že by potřeboval hospitalizaci, tak s námi tu hospitalizaci domlouvají.

Můj odhad je, že je to do 10 pacientů měsíčně, na nichž s CDZ komunikujeme – ať do Přerova nebo do Kroměříže. Ale je to velmi hrubý odhad, CDZ budou mít přesná čísla.

T: Jakým způsobem se proměnila Vaše práce v souvislosti s existencí CDZ? Co přibylo, co ubylo za agendu?

R: Mám-li být zcela upřímný, nijak. Musíte si uvědomit, že my máme kolem 5 000 příjmů ročně. A když je to těch 10 pacientů měsíčně, jak jsem odhadoval, tak je to tak malý podíl pacientů, že to na nás



vlastně nemá vliv. To je neměřitelné. Těch pacientů zkrátka není tolik, aby to ovlivnilo činnost nemocnice.

Co se změnilo, je, že si naše sociální pracovníci a pracovníci CDZ vyměňují informace. My jsme si předtím samozřejmě také vyměňovali informace např. s psychiatrickými ambulancemi, takže to není tak, že by tam byla nějaká měřitelná změna v kvantitě.

Co se týká personálních dopadů? Já to relativně vnímám, že klinických psychologů mám dost, já to tak vnímám. Sester máme také dost, ačkoliv můj hlavní by teď jaksí poděšeně kroutil hlavou, že pořád chybí. Nicméně není to takový problém. Ale co je úzký profil, a kde to CDZ skutečně mělo nějaký vliv, je lékař – psychiatr. Nám se psychiatři dlouhodobě chronicky nedostávají – a teď jsme jednoho lékaře naplno uvolnili pro CDZ. No tak samozřejmě já jako ředitel nemocnice bych toho lékaře měl radši tady. Na druhé straně vím, že CDZ je pro ty pacienty velmi prospěšné, no tak tam toho lékaře uvolním a jsem rád, když tam toho lékaře mají a on tam pomáhá. Ale každopádně psychiatr je nejvíce nedostatková profese. Psychiatr atestovaný – nikoliv začátečník – musíme nějakého vždy najít, naštěstí se tentokrát podařilo najít. Někde je to problém větší.

No a psychiatři je to, co podle mě brání rozvoji těchto služeb, protože jich je málo. Doktora najít je daleko větší problém.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: Osobně, principiální směřování Reformy je správné. Opravdu si myslím, že lidé, kteří nemusejí být dlouhodobě hospitalizováni v zařízení, tak že by opravdu hospitalizováni být neměli. A že by se o ně měly starat jiné složky společnosti. V tomto je ten princip správný. Co ale považuji za problematické: je nerealistické se domnívat, že se takhle dají mimo nemocnice umístit úplně všichni – existuje podskupina lidí, kteří tu hospitalizaci prostě budou potřebovat.

Druhá věc je, že jedna věc je věci naplánovat – to je ta jednodušší část, a druhá je pak udělat. Abyste je mohl dělat, potřebujete mít tři věci: Prostředky (budovy, prostory), musíte na to mít peníze, a musíte na to mít lidi – dostatek pracovníků. A já celou dobu mám pocit, že tak, jak je reforma prezentována, tak že je nerealistická z hlediska potřeb pracovníků. Když někdo řekne, že budeme mít jednou 100 CDZ, a já si spočítám, kolik by to chtělo psychiatrů, tam mi to prostě nevychází. Kde se vezmou? My to tady řešíme stále, zaradujeme se, když někdo přijde, jenže automaticky někdo zase odejde do důchodu. Reforma je realizovatelná za předpokladu, že poměrně výrazně naroste počet lidí, kteří budou poskytovat psychiatrickou péči – jak psychiatrů – to o stovky – tak i zdravotních sester a ostatních pracovníků. A já jsem skeptický v tom, zda lze takový nárůst pracovníků očekávat. Já bych rád, kdyby se to uskutečnilo, ale je to dle mého běh na mnohem delší trať, než se prezentuje. A lidi, to není otázka peněz. Když prostě nemáte lidi, tak si je nenaklonujete. Vnímám personální přeceněnost toho plánu.

Oni na tu psychiatrii chodí, ale v malém počtu. Já chodím na pravidelná jednání týkající zdravotnictví Zlínského kraje, a demografie všech lékařů v kraji je děsivá – to všechno táhnou důchodci. Když je třetina lékařů v určitém oboru na 60, tak nemůžete počítat s tím, že za 20 let tam budou v 80, to prostě nejde. Takže lze říci, že zatímco personální prognóza je v tomto ohledu pesimistická, plány reformy jsou optimistické. Víte, kdo nás tady zachraňuje? Slováci. Ukrajinci tolik ne, ti na psychiatrii tolik nechodí, protože tam to chce jazyk. Ukrajinský chirurg tady může operovat, ale psychiatrie je o porozumění, a to nemůže dělat člověk, který ten jazyk neumí excelentně. Zním tady několik



takových, ale to jsou výjimky. Reálně to jsou tedy Slováci. Já kdybych neměl v téhle nemocnici slovenské doktory, tak bych to mohl zabalit. Já jsem vděčen kolegům ze Slovenska.

Ale jestli se mě ptáte na řešení, řeknu to jednoduše: Nemám nejmenší tušení. Jediné, že se plány musí přizpůsobit možnostem – a ne naopak. To je realita, když musíte hrát s tím, co máte, a ne dělat plány, jako když máte nekonečné zdroje. Řekněme tedy, že je to realistický pohled. Člověk má hrát s těmi kartami, co mu osud přinesl do ruky, a nemá si stěžovat na to, že nemá samé esa.

T: Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR? Na základě zkušeností, které již nyní z reálného provozu CDZ máte, je vhodné provést nějaké změny v systému fungování CDZ ve vztahu k nemocničním zařízením?

Pokud jde o pracovníky z naší nemocnice, tak tam ten pohled je poměrně vyvážený v tom smyslu, že nevím o nikom, kdo by CDZ aktivně zatracoval – takové lidi tady nemáme. Všichni uznávají, že je to služba potřebná, důležitá a prospěšná. Co ale někdy ti naši pracovníci vnímají, je, že podle některých vyjádření ze sdělovacích prostředků se to předává tak, že CDZ jsou zázračným zdrojem řešení všech problémů české psychiatrie a když budeme mít CDZ, tak všechno bude lepší. A to zas teda i mně připadá, že se trošku přehání. Pacienti, kteří se do CDZ nikdy nedostanou a nejsou v té cílové skupině, je stále mnoho. CDZ jsou tedy dobré, ale není to řešení všech problémů psychiatrie, jak se to někdy podává. Nicméně nikdy jsem se nesešel s kolegy, kteří by koncept CDZ nějakým způsobem zpochybňovali.

Vezměte si, že nějaký duševně nemocný něco spáchá, nějaký trestný čin. Jsou to výjimky, ale vždy se to může stát. No a pak někdo přijde a řekne, no teď je ta reforma a až budou fungovat CDZ, tak k tomuto docházet nebude. To je prosím hloupost! Žádné CDZ nezabrání tomu, že někdo v nějaké psychotické atace spáchá něco takového. Tomu CDZ nezabrání, ale občas jsem to tak četl. Moje zkušenost je taková, že taková situace je naprosto nečekaná pro všechny okolo. Takže to berte jako příklad, kdy se role CDZ trochu přeceňuje. Že přispějí ke snížení míry nebezpečnosti duševních nemocí, kdežto já si myslím, že ta míra je nízká, ale že by to CDZ ovlivnilo, to si nemyslím.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Konkrétní dopad vzniku CDZ na PS v Kroměříži je zanedbatelný (nemocnice přijímá ročně 5000 pacientů, spolupráce s CDZ nastává pro cca 10 pacientů měsíčně, tj. podíl klientů CDZ v rámci skupiny pacientů nemocnice je velmi malý).
2. Respondent hodnotí pozitivně reformu v její ambici snížit počet a délku hospitalizací. Vyjadřuje ovšem, že vždy bude část pacientů, u kterých bude hospitalizace potřebná. Dále obsáhle upozorňuje, že v ČR není dostatek odborného personálu (zejména psychiatrů) na to, aby bylo možné vytvořit 100 CDZ v horizontu, ve kterém to reforma plánuje. Uvádí, že plány by se měly dělat podle toho, co je reálné.



4.2 CDZ v Havlíčkově Brodě

4.2.1 Případová studie CDZ v Havlíčkově Brodě

1. Způsob přípravy případové studie včetně překážek, které se případně objevily

Práce na případové studii byly zahájeny v květnu 2020, kdy došlo k oslovení kontaktní osoby FOKUSu Vysočina z.ú. (jako jednoho z 2 zřizovatelů tohoto CDZ) s prosbou o vytipování respondentů pro rozhovory. Rozhovory se podařilo uskutečnit v průběhu června 2020 s výjimkou rozhovoru se zástupcem Krajského úřadu kraje Vysočina, který z důvodu vysokého pracovního vytížení respondenta proběhla až na počátku srpna 2020.

Komplikací se ukázala být nízká ochota ambulantních psychiatrů působících v regionu poskytnout na téma CDZ v Havlíčkově Brodě rozhovor. V naprosté většině případů došlo k odmítnutí spolupráce, pouze jeden lékař byl nakonec ochoten se na případové studii formou svých odpovědí podílet. Kvůli obtížím při rekrutaci tohoto respondenta proběhl rozhovor s psychiatrem působícím ve spádovém území až na počátku září 2020.

2. Základní informace o založení CDZ a jeho dosavadní historii

Vznik CDZ

CDZ v Havlíčkově Brodě začalo fungovat 1. 8. 2018. CDZ bylo založeno a je provozováno na základě principu partnerství mezi Psychiatrickou nemocnicí Havlíčkův Brod a FOKUSEM Vysočina, z.ú. Spolupráce těchto subjektů byla navázána již od roku 2016, kdy FOKUS Vysočina, z.ú. v souvislosti se spuštěním nové služby (jednalo se o komunitní chráněné bydlení) zahájil spolupráci s lékaři z nemocnice. Následně společné aktivity pokračovaly v podobě otevření tzv. rozšířené psychiatrické ambulance. Ambulanci provozovala nemocnice ve svém areálu, ale psychiatrické sestry poskytovaly služby také terénní formou a při řešení životních situací jednotlivých pacientů se zapojovali pracovníci FOKUSu Vysočina, z.ú.

V založení CDZ ovšem kromě obou zakladatelských organizací sehrálo významnou roli i MZD.

- „Ve FOKUSu jsme o Reformě psychiatrické péče věděli dlouho, byli jsme do toho zapojeni a měli jsme jako strategický cíl založit CDZ. Zvažovali jsme ho i s Psychiatrickou nemocnicí v Havlíčkově Brodě a domluvili jsme se, že s rozhodnutím počkáme až na to, jaké budou podmínky projektu. Když byla k dispozici výzva, (...), vedení Psychiatrické nemocnice usoudilo, že to zadání je tak komplikované a v rozporu s legislativou, že do projektu nepůjdou. To jsme respektovali, věděli jsme, že do projektu nelze jít s partnerem, který to vnímá jako problém. Ale mám pocit, že to následně vedení Psychiatrické nemocnice dostalo od ministerstva přímo nařízené.“ (Zástupce FOKUSu Vysočina, z.ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020)
- „... nebylo to tak, že bychom se domluvili, že chceme dělat CDZ, ale bylo to nařízením ministerstva na základě toho, že jsme měli dostatečnou připravenost. Nemocnice je ministerstvem přímo řízená organizace a bylo to spíše rozhodnuto shora.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 18. 6. 2020)
- „(...) na základě příkazu ministerstva jsme ke vzniku CDZ přistoupili. Dodávám, že jako všude ve zdravotnictví máme velký problém v personálním vybavení. Hlavní problém, a máme k tomu i korespondenci, byl, že jsme nemohli obsadit pozici klinického psychologa. Naráželi jsme na bariéru kapacit, které jsme schopni do CDZ „dát“.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 25. 6. 2020)



Prostory CDZ

Od svého vzniku CDZ působí na adrese Havlíčkova 2034, 580 01 Havlíčkův Brod. Prostory CDZ jsou umístěny ve velké komerční administrativní budově poblíž centra města (cca 5 min chůze) společně s dalšími veřejnými službami, jako jsou např. praktičtí lékaři, právní a poradenské služby. Rozloha užité plochy má výměru 319 m².¹ Je zde ambulance psychiatra a psychologa, sesterna, čekárna, zázemí pro terénní tým, místnost pro společné setkávání celého týmu, 2 místnosti pro denní činnosti.² Dále jsou zde 2 hovorňy, kanceláře, sociální zařízení (WC a sprcha) pro pacienty/klienty a personál.

Základní parametry fungování

CDZ funguje v pracovní dny, a to v čase od 7.30³ hodin do 15.30 hodin. Na terénní práci se podílejí zástupci všech profesí v CDZ. Největší podíl terénní práce se odehrává u klientů v místě jejich bydliště, dále v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod, ve veřejných prostorech jako jsou kavárny apod. Nejčastěji se v terénu pohybují sociální pracovníci a zdravotní sestry a také peer konzultant.⁴

3. Regionální působnost centra (reálná spádovost, konkrétní instituce a subjekty, s nimiž probíhá spolupráce)

Spádové území

Spádová oblast tohoto CDZ je okres Havlíčkův Brod s celkovým počtem obyvatel 95 000. Okres se skládá ze tří správních obvodů ORP:

- ORP Havlíčkův Brod – 52 000 obyvatel;
- ORP Světlá nad Sázavou – 20 000 obyvatel;
- ORP Chotěboř – 22 000 obyvatel.

Největším městem je Havlíčkův Brod s 23 200 obyvateli, následuje Chotěboř s 9 400 obyvateli a Světlá nad Sázavou s 6 500 obyvateli.

Spolupráce v regionu

CDZ o svém vzniku a o služkách, které poskytuje, od počátku existence komunikuje na všech relevantních úrovních, více viz následující citace.

„My se snažíme o naši službě neustále informovat. Službu už znají poskytovatelé sociálních služeb i město a policie. Chodíme do škol a také informujeme složky IZS. Spolupráce se neustále prohlubuje. Město nás, myslím, nikdy nevnímalo moc pozitivně. Domnívám se, že mají pocit, že klienti – díky tomu, že jim poskytujeme službu – zůstávají ve městě; že tu zůstává více lidí, než by bylo nutné. Psychiatrická nemocnice má velikou spádovost a ti lidé si tady často zvyknou a díky tomu, že my jim zde poskytujeme službu, tak zde pak chtějí zůstat. (...) Nicméně v rámci možností spolupracujeme docela dobře. (Sociální pracovník CDZ, rozhovor ze dne 19. 6. 2020)

¹ Prostor není bezbariérový. V případě zdravotního omezení klienta znemožňujícího přístup do CDZ je služba poskytnuta v jeho přirozeném prostředí nebo v zapůjčené místnosti v přízemí.

² Jedna pro nácviky pracovních dovedností a skupinové aktivity a edukaci a druhá nízkoprahová umožňující např. jen trávit zde čas, mít místo pro setrvání.

³ V prvních měsících fungování byl počátek provozní doby stanoven na 7.00 hodin.

⁴ Jedná se o přímou práci i práci v zájmu uživatele (např. jednání s opatrovníky, konzultace s ambulantními psychiatry).



V průběhu pilotního provozu CDZ byli o tomto novém zařízení informováni všichni praktičtí lékaři v území a stejně tak i ambulantní psychiatři. Během šetření bylo zjištěno, že s praktickými lékaři je dobrá spolupráce v zajištění somatické péče, avšak samovolně se na CDZ prozatím neobracejí, resp. kromě výjimečných situací. S ambulantními psychiatry je velmi dobrá spolupráce při ukončování péče CDZ a předávání klientů do sítě běžných psychiatrických ambulancí v regionu. Nabídka potenciálních klientů CDZ ze strany ambulantních psychiatrů prozatím příliš vysoká není.

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

Spolupráce s psychiatrickou nemocnicí Havlíčkův Brod, pokud je cílem kontaktovat aktuálně zde hospitalizované klienty nebo domluvit hospitalizaci pro klienta, jehož stav vyžaduje lůžkovou péči, je bezproblémová. Jedenkrát měsíčně probíhá setkání pracovníků Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod (včetně lékařů) a pracovníků terénních sociálních služeb působících ve spádovém území.

Dle pracovníků CDZ se zájemci o služby poskytovaných CDZ dovídají díky několika informačním zdrojům. Nejvíce nových zájemců (klientů) kontaktuje CDZ během hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod, přičemž obvykle jim je tato služba nabídnuta personálem nemocnice. (Někdy první kontakt provede rodina či známí hospitalizovaného.) Část hospitalizovaných pacientů kontaktují pracovníci CDZ po dohodě s personálem příslušného oddělení nemocnice. Dále lze konstatovat, že zájemci o službu vyhledávají CDZ také samostatně. Kromě toho je CDZ osloveno pracovníky sociálních odborů městských úřadů (nejčastěji Havlíčkův Brod, Světlá nad Sázavou, Chotěboř). Intenzivní spolupráce probíhá s veřejnými opatrovníky zájemců (klientů). Zájemcům doporučují službu také ambulantní psychiatři. Částečně se také stává, že ambulantní psychiatři či sociální pracovníci upozorní na osobu, která by mohla ze služby CDZ profitovat.

4. Struktura

Tým CDZ

Psychiatr odpovídá za odborné vedení zdravotní části CDZ, vedoucí sociálních služeb odpovídá za kvalitu sociálních služeb. Vedoucí sester má v kompetenci kvalitu ošetrovatelské péče. Psycholog a peer konzultant v týmu fungují jako specialisté.

„Snažili jsme se, aby byl člověk odpovědný za vystupování navenek, říkáme mu „vedoucí CDZ“. Ale pokud byly důvody, aby se zapojilo vedení, tak se zapojili ředitelé obou organizací. Vždy to záleželo na důležitosti, na tom, kdo byl partnerem v komunikaci. Pokud to jsou odborná setkání, účastní se jich vždy někdo za zdravotní služby a někdo za sociální služby, není to jedna osoba, máme to rozdělené. Uvnitř CDZ je určitá několikakolejnost. Psychiatr a psycholog jsou samostatné jednotky, tým zdravotních sester je řízen staniční sestrou, sociální pracovníci jsou řízeni naším sociálním pracovníkem. Je to domluvené tak, že se pracovníci musí dohodnout, není tam jedna osoba, která by finálně rozhodovala.“ (Zástupce FOKUSu Vysočina, z.ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020)

Konkrétní velikost týmu (úvazky pro pracovní pozice) se v průběhu realizace projektu mírně obměňovala, vždy se ovšem podařilo splnit minimální personální obsazení týmu (dle standardu CDZ, resp. požadavků stanovených MZd).



- Služby denní péče jsou zajišťovány sociálními pracovníky, pracovníkem v sociálních službách i zdravotními sestrami a peer konzultantem (příp. též externím adiktologem). Jedná se např. o nácvik komunikačních dovedností, nácvik vaření, nácvik základních pracovních dovedností, nácvik práce s PC či vyhledávání potřebných kontaktů. Terénní zdravotní sestry provádějí v rámci denních činností nejčastěji psychoedukaci, trénink kognitivních dovedností, podporují pacienty/klienty v oblasti zvládnání medikace.
- Psychiatrické služby zahrnují veškerou činnost psychiatra a sester. Převážná část práce sester se odehrává v přirozeném prostředí pacienta (zhodnocení stavu, rehabilitace, edukace, práce s rodinou, rozhovory o denním režimu, stravě, spánku). Psychiatr vede ambulanci pro klienty CDZ, intenzivně s nimi pracuje, využívá psychoterapeutické dovednosti při vedení rozhovoru. Psychiatr i sestry pracují také s rodinami klientů.
- Hlavní činností klinického psychologa jsou terapeutická setkání s klienty a konzultace případů s ostatními členy týmu. Je zapojen také do kontaktování zájemců.
- Peer konzultant má v své odpovědnosti svépomocné skupiny, ostatní pracovníci CDZ do jejich organizace nezasahují. V rámci svépomocných aktivit se klienti vzájemně podporují ve sdílení zkušeností se zvládnáním nemoci, medikací, zvládnání nežádoucích účinků léků apod.

CDZ postupně během svého pilotního provozu zavedlo metodické listy, které popisují a strukturují procesy v multidisciplinárním týmu. Jedná se o popisy procesu vstupu pacienta/klienta do CDZ, jeho výstupu z CDZ, systému porad a propojování dokumentace. Cílem bylo vytvoření jednotné řídicí dokumentace závazné pro všechny členy týmu CDZ, aby došlo k zpřesnění odpovědností jednotlivých pracovníků, resp. pracovních pozic.

5. Konkrétní výzvy a překážky, které CDZ muselo při svém fungování řešit

CDZ v Havlíčkově Brodě během pilotního provozu velmi důkladně komunikovalo s MZd veškeré identifikované problémy (a to včetně problémů, které je z pohledu CDZ potřeba řešit pro období po ukončení pilotní fáze jeho provozu⁵). Přehled těchto problémů shrnuje následující tabulka.

Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní i pro provoz krytý ESF
1	Výše odměňování zdravotnických pracovníků CDZ není v porovnání s odměňováním při výkonu práce v psychiatrické nemocnici dostatečně atraktivní	Odměňování zdravotnického personálu Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod je limitováno platovými tabulkami (pozn. nemocnice je příspěvkovou organizací řízenou MZd). Jelikož služby v CDZ nejsou poskytovány ve směnách, pracovníci CDZ nejsou odměněni tak, jak byli zvyklí při výkonu práce v nemocnici (kde byly relevantní příplatky za práci v noci, o víkendy, ve svátek atd.). CDZ tedy znamená menší odměnu za práci, ačkoli působení v CDZ vyžaduje od pracovníků nové přístupy a investici do naučení se novým postupům.	ANO
2	CDZ nemá právní subjektivitu, každá část	Situace, kdy každá část zaměstnanců má jiného zaměstnavatele (a tudíž jiné podmínky výkonu činnosti a jiné zadání), přináší komplikace a vyžaduje důslednou koordinaci managementů obou zakladatelských	ANO

⁵ CDZ upozorňovalo na parametry, u kterých identifikovalo potenciální negativní dopad na fungování CDZ poté, co jeho provoz (resp. minimálně zajištění zdravotní složky péče) přestane být financován z prostředků ESF. V tabulce je pro přehlednost vyznačeno, zda se identifikovaný problém týkal pilotní fáze provozu, která byla financována dotací spolufinancovanou ESF.



Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní i pro provoz krytý ESF
	týmu má jiného zaměstnavatele	organizací. Někteří respondenti preferovali, aby CDZ získalo vlastní právní subjektivitu, jiní pak upřednostňují, aby jej provozovala pouze nemocnice.	
3	Rozdílné mzdové hladiny v jednom týmu	Rozdíl ve výši odměňování mezi zdravotnickými pracovníky a sociálními pracovníky je poměrně vysoký a komplikuje nastavování rovnosti pozic v CDZ a míru spolupráce. Vnímání nespravedlivosti v odměňování může snižovat motivaci k pracovnímu výkonu sociálních pracovníků. (Sociální pracovníci mají vysokoškolské vzdělání, které naopak nemají všechny zdravotní sestry, přesto je výše odměňování sociálních pracovníků nižší.)	ANO
4	Nehrazené úkony asertivního kontaktování (dokud není známo rodné číslo pacienta/klienta)	Zdravotní pojišťovny nefinancují zdravotní výkony, které jsou prováděny, aniž by CDZ mělo k dispozici rodné číslo pacienta/klienta (resp. potenciálního zájemce o službu). Příkladem těchto služeb je asertivní kontaktování anonymního potenciálního pacienta/klienta. (Ze zkušenosti CDZ je žádoucí, aby se zdravotničtí pracovníci na asertivním kontaktování podíleli, např. formou zhodnocení zdravotního stavu potenciálního pacienta/klienta v jeho přirozeném prostředí.)	NE
5	Příliš vysoké kvalifikační požadavky na klinického psychologa	Právě tento parametr byl uváděn jako jeden z hlavních důvodů, proč na straně Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod nebyla původně intence založit CDZ. Zdravotnický personál vyjádřil doporučení, že by postačovalo, aby klinický psycholog v CDZ byl v předatestační přípravě, zástupce sociální složky týmu CDZ uvedl, že jako dostatečné by vnímal zapojení psychologa bez zdravotnického vzdělání.	ANO
6	Sdílení informací o zdravotním stavu pacienta/klienta mezi zdravotní a sociální složkou týmu CDZ	Pacient/klient musí poskytnout souhlas s tím, aby informace z jeho zdravotní dokumentace mohly být k dispozici také pracovníkům sociální složky péče v CDZ. Představuje to administrativu a existuje riziko odvolání souhlasu. Bez souhlasu subjektu osobních informací ovšem nelze při péči o danou osobu využívat multidisciplinární tým.	ANO
7	Nehrazené úkony zdravotníků u hospitalizovaných pacientů/klientů	Zdravotní pojišťovny nefinancují zdravotní výkony týmu CDZ u pacientů/klientů či zájemců v době jejich hospitalizace v jiném zdravotním zařízení. Toto nastavení sebou nese riziko, že zdravotnický personál CDZ nebude moci navazovat vztah s pacientem/klientem v době hospitalizace, resp. obecněji že nebude dobře navázána spolupráce mezi lůžkovým zařízením a CDZ (pracovníci budou mít omezené možnosti kooperace).	NE
8	Kódy pro vykazování činnosti zdravotnických pracovníků vůči zdr. pojišťovně nezahrnovaly veškeré prováděné činnosti	<ul style="list-style-type: none">• Systém kódů výkonů pro zdravotní pojišťovny neumožňoval zaplatit administrativní činnosti a porady (předávání informací), dále práci s nástroji GAF a HoNOS a konzultaci s jinými ambulantními psychiatry.• V kódech pro výkony zajišťované zdravotními sestrami chyběly položky týkající se práce s osobami s diagnózou F6 (Poruchy osobnosti).• V kódech chyběly položky pro telefonické konzultace a pro konzultace s rodinou.• Zdravotní úkony edukace a reedukace (kódy 35823 a 35825) nemohly dle Sazebníku zdravotních výkonů zajišťovat zdravotní sestry (protože sazebník pro tyto úkony specifikoval vzdělání, kterým sestry zpravidla nedisponují).	NE
9	Pravidla vykazování cest do terénu pro zdravotní pojišťovny v praxi přinášejí vysokou	Terénní složka péče poskytované zdravotními sestrami představuje většinu jejich pracovní doby. (Do terénu v případě potřeby vyjíždí také psychiatr či klinický psycholog.) Výkaznictví vůči zdravotním	NE



Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní i pro provoz krytý ESF
	administrativní náročnost	pojišťovná spojené s cestami do terénu je vysoce administrativně náročné.	

6. Hodnocení projektu ze strany respondentů (co je oceňováno, co kritizováno, doporučení)

Vnímání přínosů CDZ ze strany klientů a rodinných příslušníků klientů

Všichni oslovení svoje zkušenosti s CDZ hodnotí velmi pozitivně.

- „Já bych řekla, že to je úplně skvělé. Pracovníci CDZ se mu podle mě věnují nad rámec svých povinností, totiž ve volném čase, o víkendech. (...). Jsem s CDZ velmi spokojená. Lidé, co tam pracují, tak před nimi říkám „klobouk dolů.“ (Rodinný příslušník klienta CDZ, rozhovor ze dne 24. 6. 2020)
- „Lidé v CDZ jsou dobrý, myslí to dobře. Nechtěj, aby se lidi dostávali na psychiatrii zbytečně. Já jsem tam byl rok teďko a úplně mě to vyčerpalo.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 16. 6. 2020)
- „Nejvíce oceňuju, že tam neznám člověka, který by to nedělal srdcem. Tam jsou všichni srdcaři. Dělají to víc než jen „oddělat 8 hodin a jít domů“. Opravdu se o klienty zajímají, řekl bych, že to neberou jako zaměstnání, ale jako poslání. Takže bych to ohodnotil, kdyby to bylo jako ve škole od 1 do 5, tak by to byla 1 podtržená s hvězdičkou.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 16. 6. 2020)

Hlavní uváděný přínos CDZ byl, že se dramaticky zvýšila dostupnost služeb pro osoby se SMI, a také je velmi oceňován terénní charakter poskytovaných služeb. Respondenti také zmiňovali, že pozitivně vnímají zapojení psychologa, protože je to charakter péče, který by za jiných okolností nebyl pro tuto skupinu pacientů/klientů dostupný.

- „Péče je mnohem intenzivnější. Pracovníci CDZ za ním chodí 2krát, někdy i 3krát týdně.“ (Rodinný příslušník klienta CDZ, rozhovor ze dne 24. 6. 2020)
- „Hned od nástupu do FOKUSu jsem začala pozorovat, že mu to strašně prospívalo. Já jsem byla hrozně ráda. Velice ho to nabíjí, oni jsou velice ochotní. Dokonce k nám dojíždějí. Začal sem docházet i psycholog, to mu také velice prospívá.“ (Rodinný příslušník klienta CDZ, rozhovor ze dne 16. 6. 2020)
- „Oni pomáhají i mně, abych věděla, jak s tou nemocí žít. Strašně jsem ráda a on si velice zvedl sebevědomí. Od 1. 7. se odvážil na 4 hodiny do zaměstnání a to mu velice prospívá. Má úplně jinou náplň dne. Cítí se důležitější, prospěšnější, práce ho baví. (Rodinný příslušník klienta CDZ, rozhovor ze dne 16. 6. 2020)
- „Klienti CDZ nejsou typičtí klienti ambulance klinického psychologa, protože lidé z tohoto diagnostického okruhu běžně na psychoterapii nechodí. To tedy vnímám jako bonus.“ (Psycholog CDZ, rozhovor ze dne 26. 6. 2020)

Ze strany klientů je pozitivně vnímána také možnost zapojit se do svépomocných aktivit klientů CDZ.

Vnímání přínosů CDZ ze strany členů týmu CDZ

Vnímání přínosu CDZ z pohledu členů týmu CDZ a osob působících v subjektech, které CDZ zakládaly a provozují jej, se mírně liší mezi zdravotní složkou a sociální složkou. Obě skupiny vidí vznik CDZ jako pozitivní. Ovšem zatímco sociální část CDZ vnímá CDZ jako výrazný posun v před (v porovnání se situací, která byla v Havlíčkově Brodě před vznikem CDZ), u zdravotní části týmu převládá názor, že díky dřívější spolupráci mezi nemocnicí a FOKUSEM Vysočina, z.ú. byly služby do velké míry dostupné i dříve a že zlepšení je tedy jen mírné.



- „Díky tomu, že náš tým působí spolu se zdravotnickou částí, dokážeme řešit situace, které pro nás byly dříve neřešitelné. Byly to situace, kdy jsme klienty už museli doporučit k hospitalizaci. Nyní dokážeme takové situace zvládnout u klienta doma. V tom vidím obrovský přínos.“ (Zástupce FOKUSu Vysočina, z.ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020)
- „Je zde vyšší dostupnost zdravotní péče rozuměno časově, protože řada lidí se k psychiatrovi nedostane dříve než např. za 3 měsíce. V CDZ je to do týdne nebo do 2 dnů. Zvýšila se také místní dostupnost zdravotní péče, díky tomu, že jsme vyjžděli do terénu. A to je úplná novinka. (Zástupce FOKUSu Vysočina, z.ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020)
- „Pro nemocnici CDZ přineslo užší spolupráci se sociální složkou. A tím podle mě snad i zkvalitnění péče o klienty, kdy jim v rámci jednoho zařízení můžete nabídnout služby komplexně. Nicméně i tady to stoprocentní pokrok nebude, protože s FOKUSEM jsme před tím spolupracovali. Pracovníci FOKUSu sem docházeli, dělali se s nimi schůzky, probírali se klienti. Dá se tedy říci, že CDZ přineslo rozšíření této původní spolupráce.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 25. 6. 2020)
- „CDZ určitě donutí subjekty více spolupracovat. V tomto bych viděla jemnou nuanci té změny, jinak si myslím, že gros už u nás fungovalo, včetně toho, že máme v nemocnici chráněnou dílnu FOKUSu.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, rozhovor ze dne 25. 6. 2020)
- „Významné je, že jsme všichni spolu v týmu, že si informace předáváme, každý sdílí svůj pohled. Myslím, že ta služba se díky tomu více posunula, zprofesionalizovala. Myslím, že lidem to poskytuje komplexnější pomoc. A je také jednodušší zajistit klientovi hospitalizaci či ho doprovodit na hospitalizaci, lépe mu věci vysvětlit. Snažíme se zkracovat doby hospitalizací. A celkově se nám zdravotní věci lépe řeší díky tomu, že tým je multidisciplinární (rozhodně lépe než dřív). (Sociální pracovník CDZ, rozhovor ze dne 19. 6. 2020)
- „Pak si myslím, že to je pro lidi, kteří potřebovali rychlou, možná velice krátkou intervenci, když se dostali do nějaké životní situace, kterou neuměli řešit a kterou vnímali jako velmi závažnou. V CDZ se jim dostalo poradenství, např. 3krát či 4krát a pak se tato péče ukončila. A to byla cca 1/3 lidí v péči. Já toto vidím jako velmi důležité, protože jsme předešli psychiatrizaci těchto lidí. Díky tomu, že dostanou péči v momentě, kdy ji potřebují, tak se jejich problém nezvětšuje a předejde se situaci, kdy by potřebovali psychiatrickou péči. Obraceli se na nás i lidé z jiných okresů a bylo vidět, že to je potřebná služba.“ (Zástupce FOKUSu Vysočina, z.ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020)
- „Přínos to tedy podle mého mělo v tom, že existuje mezislužba mezi ambulantní péčí a nemocnicí a tato mezislužba poskytuje klientům intenzivnější a komplexnější zdravotně-sociální podporu. Díky tomu nejde o přechod ve stylu, kdy po propuštění z nemocnice má ambulantní psychiatr možnost vidět klienta po 3 měsících. CDZ zajišťuje, že přechod je postupnější, a řekla bych, že se s nemocnicí shodujeme na tom, že tento způsob přechodu z hospitalizací je potřeba.“ (Zdravotní sestra CDZ, rozhovor ze dne 25. 6. 2020)

Další podněty k fungování CDZ

Za zmínku stojí komentář, který vnímá služby CDZ v kontextu celého systému (zdravotního i sociálního) péče o osoby s duševním onemocněním.

„Jde o kategorii pacientů, která potřebuje intenzivní péči. A myslím, že když do systému péče přibude další segment, tak je to dobře. (...) Domnívám se, že idea CDZ je v zásadě opravdu dobrá, problém je ale v tom, že je to taková „třešnička na dortu“. Je to vlastně velmi drahá, velmi exkluzivní péče pro velmi málo lidí. A problém je, že – když jsem říkala, že to je „třešnička na dortu“ - si nejsem jistá, jestli ten dort existuje. Nejsou ambulantní psychiatři. (...) Další problém je, že je k dispozici málo chráněného bydlení, že je málo chráněných pracovních alternativ, do kterých by mohli jít a které by byly pro ně „tak akorát“. Často je Centrum v pozici, kdy „fajn, existuje CDZ, ale co dál“. Myslím, že to je dobrý nápad, ale bylo by dobré, kdyby i „to okolo“ fungovalo.“ (Psycholog CDZ, rozhovor ze dne 26. 6. 2020)

Jako významný výstup realizovaných rozhovorů lze označit, že členové týmu CDZ se shodují v názoru, že by ze strany MZD a MPSV mělo dojít k přesnějším vymezením kompetencí a role CDZ. Pracovníci CDZ se shodovali v názoru, že stávající pravidla pro CDZ jsou jen poměrně volně vymezeným konceptem a každé CDZ jej v praxi naplňovalo individuálně. Vyplynulo, že by uvítali, pokud by se zkušenosti z pilotního provozování CDZ využily za účelem přesnějšího definování poslání CDZ. (A na základě zpřesnění zadání by očekávali úpravu pravidel fungování.)



- „Dále by podle mne bylo dobré jasněji vymezit kompetence CDZ, protože pokud si přečtu metodický pokyn, resp. filosofii, co všechno má CDZ dělat, tak ho vnímám jako gatekeepera, zároveň jako odpovědný prvek za péči v daném regionu, ale k takové roli CDZ nemá nástroje. Nemá žádné kompetence vyjma vyjednávání a dobrých vztahů, např. v ovlivňování délky hospitalizace klienta v nemocnici, přitom má cíl zkracovat hospitalizaci. Doporučovala bych vyjasnit kompetence, zda CDZ může říci „končí hospitalizace a přebíráme člověka do péče“, nebo má čekat až na rozhodnutí nemocnice.“ (Zástupce FOKUSu Vysočina, z.ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020)
- „Dnes už jsou dostatečné zkušenosti s tím, jak byla CDZ v různých regionech pod různými poskytovateli modelována. Nyní už by mohl vzniknout nějaký standard podle potřeb klientů, nikoli dle úvazků personálu Centra. Jde o to, co má Centrum poskytnout, jaké potřeby lidí má saturovat.“ (Zástupce FOKUSu Vysočina, z.ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020)
- „Já bych to doplnila tak, že úkolem Centra je také prevence. Prevenci vnímám jako jeden z velmi důležitých prvků v péči o duševní zdraví. Není ovšem financovaná ani ze strany zdravotních pojišťoven, ani z prostředků donátorů na sociální služby. Není to sociální služba a ani zdravotníci nemají prevenci zahrnutou mezi výkony. Já se domnívám, že je velice potřeba začít už u dětí na základních školách, že by toto stát měl u poskytovatelů zaplatit, že by šlo o velice výhodnou a efektivní službu.“ (Zástupce FOKUSu Vysočina, z.ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020)
- „Myslím, že by velmi pomohlo, pokud by bylo jasně definované, co má CDZ poskytovat za péči; zda má jít o jakousi intenzivní službu nebo dlouhodobou službu. CDZ by také měla mít jasnou cílovou skupinu, aby se to nerozšířilo do diagnostických okruhů, které by Centrum už nestíhalo pokrývat. (...) Každé CDZ to má jinak, není jednotný tvar, není jednotná metodika, jak to dělat. K dispozici je základní rámec a každé CDZ jej naplňuje podle toho, jak to konkrétní oblast potřebuje.“ (Zdravotní sestra CDZ, rozhovor ze dne 25. 6. 2020)

7. Hodnocení CDZ ze strany dalších subjektů (kraj, město, další zdravotní a sociální služby)

Kraj Vysočina rozšíření služeb pro osoby s duševním onemocněním podporoval a staví se k nim pozitivně i po zkušenosti s pilotním provozem CDZ v Havlíčkově Brodě.

V rámci diskusí nad kontextem fungování CDZ respondent za krajský úřad upozornil, že pro celkový úspěch reformy psychiatrické péče je nezbytné plánovat a zajišťovat i další sociální služby, nejenom CDZ, explicitně poukazuje na služby chráněného bydlení.

„Pokud by ale měla reforma dál pokračovat nastaveným směrem, tak by bylo potřeba řešit i nějaké pobytové služby, protože ne všichni budou schopni se dostat domů a do nějakého vlastního bydlení jen s podporou centra duševního zdraví.“ (Zástupce Krajského úřadu Kraje Vysočina, rozhovor ze dne 7. 8. 2020)

Dále je z úrovně kraje vnímáno, že další rozšiřování sítě CDZ velmi úzce souvisí s nastavením pravidel pro personální složení týmů CDZ. Respondent konkretizoval limity pro další rozvoj CDZ v území kraje.

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

Jako nejdůležitější přínos CDZ je z úrovně kraje vnímána vyšší dostupnost péče pro osoby s SMI.

Na úrovni městské samosprávy šetření také potvrdilo, že je oceňováno zejména rozšíření disponibilních služeb. Dobře z pohledu města funguje spolupráce CDZ a úředníků, kteří vůči některým klientům Centra za město vykonávají opatrovnickou funkci. Menší spokojenost respondent z městského úřadu



vyjádřil za skupinu ostatních sociálních pracovníků (mimo úředníků v roli opatrovníka). Ukázalo se, že město očekávalo, že CDZ bude do řešení situace klientů vstupovat aktivněji.

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

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

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

Jediný ambulantní psychiatr, který byl ochotný k rozhovoru o CDZ v Havlíčkově Brodě, je s Centrem v zásadě spokojen. Vyjádřil, že počet jeho pacientů, kteří mají s CDZ zkušenost (např. díky tomu, že po propuštění z hospitalizace byli nejprve klienty Centra a teprve následně se stali pacienty tohoto psychiatra) je pouze v řádu jednotek, a proto není na místě o žádném výraznějším vlivu CDZ na praxe místních psychiatrů hovořit. Spolupráci psychiatra a CDZ iniciovalo CDZ. Hlavní přínos respondent spatřuje v sociálních službách zajišťovaných v Centru.

„Já vidím přínos pro naši ambulanci v takových těch sociálních otázkách. Třeba ve finančních otázkách. Pacienti jsou většinou invalidní důchodci, kteří žijí většinou z důchodu a s těmi financemi mnohdy docela zápasí. Nemají dost financí, opravdu jsou odkázáni na důchod, takže jsou potom velmi rádi, když se objeví někdo, kdo jim třeba vymyslí nějaký příspěvek, který opravdu dopadne a oni o něm ani nevěděli a můžou ho dostat. To je v podstatě práce sociální pracovníce. Moje představa byla, když jsem před sedmadvaceti lety šel do soukromé ambulance, že si vytvořím taky takový tým. To znamená, že budu mít sociální pracovníci a jednu zdravotní sestru. Jenže na to nebyly peníze. Takže to nebylo možné a skončilo to tak, že mám sestřičku, a jsem rád, že to tímhle způsobem zvládáme. Tím pádem otázky sociální zůstávají na druhé koleji a mnohdy je to pro toho pacienta, třeba chronického schizofrenika, docela zásadní záležitost. Ale my na to čas ani znalosti mnohdy prostě nemáme.“ (Ambulantní psychiatr, rozhovor ze dne 2. 9. 2020)

Přínosnost zdravotní složky CDZ dotýčný psychiatr hodnotil spíše zdrženlivě, sdílení pacienta není nakloněn. Ovšem ocenil, že psychiatr z CDZ má kapacitu v případě potřeby navštívit pacienta v jeho prostředí.

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

Celkový koncept CDZ tedy respondent hodnotil spíše pozitivně, ovšem vyjádřil přesvědčení, že v ČR nejsou dostatečné kapacity na to, aby bylo možné zprovoznit CDZ plošně (a nedomnívá se, že je možné kapacity získat redukcí lůžkových psychiatrických zařízení).



8. Budoucnost CDZ

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

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

Pokud by měla pokračovat spolupráce Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod a FOKUSu Vysočina, z.ú. pak bude pro budoucnost CDZ výrazným parametrem ekonomická udržitelnost provozu. Respondenti se shodovali v tom, že prozatím nelze vyhodnotit, zda nastavené úhrady za výkony v CDZ pokryjí náklady plnohodnotně (vyhodnocení bude provedeno až po konci roku 2020). Nicméně nastavený systém úhrady představuje podle respondentů jistotu, že minimálně většina nákladů bude prostředky od zdravotních pojišťoven pokryta.

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

- „Pro sociální služby jsme od února, kdy jsme přestali být v ESF projektu, přešli pod krajský evropský individuální projekt. Ale tyto individuální projekty v kraji Vysočina končí v roce 2020 a nevím, co bude dál. Jediné, co mi dává určitou jistotu, je, že kraj podporuje reformu psychiatrické péče, podporuje CDZ, tak doufám, že na tyto služby nalezne zdroje, ale rozumím, že to je o vyjednávání s MPSV. Není v našich možnostech toto ovlivnit, a ačkoli mluvíme s úředníky kraje, neumím říct, jak to bude v příštím roce. Pro kraj Vysočina je nepříjemné, že už 10 let využívá individuálních projektů a celá péče o duševně nemocné je už 10 let financována z evropských peněz, a to nyní končí. To znamená, že se zde sešly 2 věci: navyšují se počty úvazků ve službách pro duševně nemocné, ale zároveň končí jeden velmi silný zdroj financování.“ (Zástupce FOKUSu Vysočina, z.ú., rozhovor ze dne 26. 6. 2020)*
- „Problém je možná v tom, že část péče je dnes hrazena ze zdravotního pojištění, zatímco části těch služeb, které by měly vzniknout a se kterými reforma počítá, by měly fungovat v systému sociálních služeb. Tenhle systém se na to finančně nepřipravuje. Pokud Ministerstvo zdravotnictví nebude mít součinnost Ministerstva financí a Ministerstva práce, tak je to pro tu reformu velké riziko. A dalším hodně velkým rizikem je to, že už dnes existuje poměrně rozvinutá síť terénních a ambulantních sociálních služeb, většinou je to registrováno jako sociální rehabilitace, ale u nás a nejspíš i v řadě dalších krajů je financována z evropských peněz a není řešena situace, kdy teď ke konci plánovacího období evropské peníze nebudou. Alespoň v našem kraji jsou v tuto chvíli ohrožené služby, na kterých se třeba i to centrum duševního zdraví svým způsobem budovalo nebo na které se navázalo. Prostředky jsou do konce tohoto roku, tj. do 31. 12. 2020. V tuhle chvíli ještě nemáme vyřešený příští rok, bude se to muset nějak zvládnout.“ (Zástupce krajského úřadu Kraje Vysočina, rozhovor ze dne 7. 8. 2020)*

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



z celkového objemu prostředků na sociální služby určeného pro kraje vyjímala určitá suma, která by byla poskytnuta jen některým krajům adresně na nějaké konkrétní služby (tedy např. na CDZ).

„Problém je ten, že odbor 22 dostane přidělený nějaký objem peněz, a když ho rozdělí podle zákona, tak ho rozděljuje podle směrných čísel. (...) To znamená, že na Kraj Vysočina z těch, když řeknu hypoteticky, že to bylo 30 miliónů na všechna CDZ (někde na nějaké konferenci tato částka padla), a my jsme z nich místo 20 % (protože jsme měli jednu 1/5 z CDZ) dostali 5 %. Kraje, které neměly žádné CDZ, dostaly na udržitelnost CDZ určitou částku, i když žádné centrum nemají. (Zástupce krajského úřadu Kraje Vysočina, rozhovor ze dne 7. 8. 2020)

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

Ekonomická udržitelnost CDZ také souvisí s tím, kdo je cílovou skupinou, tj. kterým pacientům/klientům CDZ poskytuje péči. CDZ v Havlíčkově Brodě, jak je uvedeno výše, usiluje o to, aby se o pacienty/klienty s diagnózou SMI staralo pouze po omezenou dobu, kdy se jejich stav zhorší. Po zlepšení jejich situace jsou předáváni jiným zdravotním a sociálním službám v území.

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



4.2.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ v Havlíčkově Brodě

Přepisy neobsahují úvodní a závěrečné části rozhovoru (tj. představení, získání souhlasu se záznamem rozhovoru, poděkování); omezují se na věcnou podstatu tématu rozhovoru.

4.2.2.1 Rozhovory se zástupci Řídící rady, resp. zástupci zřizovatelů

1. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (zdravotnické zařízení)

Identifikace CDZ	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Zástupce zřizovatele
Termín uskutečnění rozhovoru	25. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Co bylo impulsem pro vznik CDZ v Havlíčkově Brodě?

Respondent (R): Bylo to zadání Ministerstva zdravotnictví v rámci reformy psychiatrické péče.

T: Jak bylo zadání ministerstva nemocnicí na počátku přijímáno?

R: Vyhodnotili jsme naše možnosti a potom na základě příkazu ministerstva jsme ke vzniku CDZ přistoupili. Dodávám, že jako všude ve zdravotnictví máme velký problém v personálním vybavení. Hlavní problém, a máme k tomu i korespondenci, byl, že jsme nemohli obsadit pozici klinického psychologa. Naráželi jsme na bariéru kapacit, které jsme schopni do CDZ „dát“.

T: Komunikovali jste s ministerstvem o tom, že obsazení pozice klinického psychologa je problém, ještě před vyhlášením výzvy k podávání žádostí o poskytnutí dotace na vznik CDZ?

R: Ano, samozřejmě, komunikovali jsme o tom. Obecně reforma psychiatrie neprovedla vstupní analýzu personálního vybavení, takže personální požadavky na transformaci neodpovídají realitě. Transformace je postavená na personálních kapacitách, které neexistují.

T: Přesto platí, že nemocnici se tým CDZ podařilo naplnit, je to tak?

R: Nakonec ano, museli jsme sáhnout k nouzové variantě, kdy jsme oslovili důchodce. Do doby, než jsme to vyřešili jiným způsobem (reorganizací), nám vypomohl pracovník, který už byl v důchodu. Původně jsme mysleli, že do CDZ zařadíme mladou psycholožku, která ovšem neudělala atestaci. Tímto se nám situace ještě více zkomplikovala. Proto jsme to museli řešit se zapojením pracovníka v důchodu. A vedli jsme o tomto komunikaci s ministerstvem (komunikace existuje i písemně).

T: Vybavíte si, jaké byly hlavní problémy během zakládání CDZ a jak jste si s nimi poradili?

R: Pro mě byla hlavní komplikace neukotvenost CDZ v právním řádu ČR. Domnívám se, že podepsáním smlouvy o spolupráci s FOKUSEM jsme porušili zákon č. 219/2000 Sb., o majetku ČR a jejím vystupování v právních vztazích, protože tento zákon nám neumožňuje ručit za kohokoli, za soukromý subjekt. To, že dotace byla rozdělená na 2 poloviny a že v případě porušení na straně druhého subjektu my také přicházíme o dotaci, chápu jako ručení za majetek soukromého subjektu. To považuji za porušení uvedeného zákona. Tento problém se dosud nepodařilo vyřešit (CDZ dosud v právním řádu ukotveno



není.) Respektovali jsme tedy příkaz Ministerstva zdravotnictví, nicméně ten stav trvá tak, jak jsem ho popsala.

T: Má Ministerstvo zdravotnictví k dispozici nějaký jiný výklad právních předpisů?

R: My jsme se snažili získat od ministerstva zadání písemně, tak abychom byli případně kryti. Takže ministerstvo o tomto problému ví. Zda má nějaký právní výklad, to nevím, pravděpodobně ano, ale já ho k dispozici nemám.

T: V rozhodnutí o poskytnutí dotace, které bylo vydáno na Psychiatrickou nemocnici, není stanoveno, že nedostatky, které v projektu způsobí druhý subjekt, nezakládají porušení rozpočtové kázně ze strany nemocnice?

R: Dotaci sice dostaly oba subjekty separátně, ale obě části projektu jsou vzájemně provázány. Pokud by FOKUS nějakým flagrantním způsobem porušil podmínky poskytnutí dotace, musí se dotace vrátit celá. To byl pro mě nejzásadnější problém. Samozřejmě kromě toho bylo spousta drobnějších problémů. Já chápu, že jsme byli bráni, jako že jsme velmi konzervativní, nicméně my jsme natolik svázáni právními předpisy právě vzhledem k okolnosti, že jsme státní. Řada zdravotnických zařízení nebo i poskytovatelů sociálních služeb jsou různé subjekty, ať už soukromé nebo zřizované krajem, a u nich je situace diametrálně odlišná (z hlediska možnosti jejich fungování). Veškerý majetek, se kterým hospodaříme (ve smyslu budov, lidí, peněz), je státní. My s ním pouze hospodaříme, my ho nevlastníme. A z toho vyplývá spousta omezení, která nám svazují ruce v novátorských věcech, pokud nejsou ukotveny v právním řádu. Já to připodobňuji k tomu, že vás sváží do kozelce (prostřednictvím zákonů) a pak vám řeknou „tak a teď poběžíš maraton“.

T: Uvedla byste ještě nějakou komplikaci navíc kromě právní neukotvenosti CDZ, problému spojeného s tím, že na správnost použití prostředků z dotace poskytnuté nemocnici ovlivňuje činnost jiného subjektu, a problémů s personálním obsazením CDZ?

R: Řešilo se to všechno za pochodu. Komplikací bylo spousta včetně praktických věcí: co, kdo, jak bude zajišťovat, jak to bude řízeno, kdo bude o čem rozhodovat. Lze uvést GDPR, co bude sdíleno, co můžeme sdílet, kdo z pracovníků bude vstupovat do kterého informačního systému. Další je výkaznictví CDZ, tzn. vykazování výkonů přes pojišťovny a ÚZIS; k tomuto nebyly nástroje a než se to podařilo rozjet, tak to vše trvalo a neslo to sebou spousty problémů. Řekla bych to tak, že jsme CDZ dostali načrtnuto v obrysech a my jsme ho museli vymalovat až do poslední čárky. Byly jasné kontury, ale samotnou náplň Centra jsme museli budovat od samého počátku. Proto tu počáteční fázi vnímám jako velice náročnou a navíc zkomplikovanou tím, že zakladateli Centra jsou 2 subjekty, které nemají společného vůbec nic.

T: Jaké je rozdělení kompetencí mezi oba zakladatelské subjekty?

R: To Vám neřeknu. K tomu nedokážu nic přesnějšího říci. To je otázka na pracovníky Centra. Ale naráželo se na to průběžně. I styl práce, co jsem tak zavnímala, lidí ze sociální části týmu a lidí ze zdravotnické části týmu je jiný. Mají jiný přístup ke klientům, řeší jiné věci. Mají jinou organizaci práce. U zdravotníků hraje roli, že pracují se standardy, mají přesně dané postupy co při jaké diagnóze dělat, jak to dělat.

T: Jak byla skutečnost, že bude v Havlíčkově Brodu založeno CDZ, přijata ze strany města?



R: Já jsem nebyla přítomna u žádné komunikace s městem, na straně nemocnice jsem byla hlavně administrátor dotace.

T: Jak jste hodnotila požadavky na obsah žádosti o dotaci?

R: Já musím předeslat, že toto byla moje první zkušenost s evropskými dotacemi. Já Vám příliš neřeknu nějaké srovnání. Očekávala jsem, že administrativa bude velká, to mě ani tolik nevadilo. Co mně vadilo, byla skutečnost, že nebylo vše od počátku jasné. Nebyly jasně specifikovány všechny podmínky a u některých se dokonce v průběhu měnily výklady. V důsledku toho se např. tabulky s indikátory průběžně měnily, některé 2krát či 3krát. Pak je problematické se vyznat v tom, která verze platí. Administrativní náročnost je v porovnání se standardním fungováním velká.

T: Co Vám během realizace projektu dělalo největší problém?

R: Náročné je sledování indikátorů, sledování dokladů, prepisování faktur do excelovských tabulek. Velmi pracné bylo sledování osobních nákladů, protože u zdravotních pracovníků je problém v tom, že např. lékař působící v CDZ slouží službu, proto bylo pro projekt nutné očistit osobní náklady o služby, což je něco, co žádný software nedokáže, a muselo se to dělat ručně. My jsme se snažili očistit osobní náklady, které účtujeme proti dotaci, o všechny vlivy, které nesouvisí s CDZ. A u zdravotníků se stává, že mají věci, které nesouvisí s provozem CDZ, což má vliv na různé doplátky, příplatky. Hlavně u psychologů vím, že jsme hodně naráželi na limity obvyklých mezd/platů platné pro OPZ. Částky, které byly v těchto tabulkách stanoveny, byly velice podhodnoceny.

T: A podařilo se to tak, že výdaje, které jste vykázali v projektu, Vám byly schváleny jako způsobilé?

R: Já ještě nemám závěrečné vyúčtování. Projekt jsme dokončili do 31. 1. 2020, vyúčtování jsme posílali do 30 dnů od skončení projektu. Přestože jsem pak následně zodpověděla spoustu dotazů ministerstva, do současné doby nemám závěrečné vyúčtování.

T: Z okruhu personálního obsazování CDZ jste už zmínila pozici klinického psychologa. Byly ještě nějaké pracovní pozice, jejichž obsazování bylo problematické?

R: Obecně při obsazování CDZ byl problém. Protože je to něco neznámého. Pokud je pracovník spokojený s tím, co dělá a kde pracuje, tak se obtížně přesvědčuje, aby se pouštěl do něčeho nového a ještě navíc nevyzkoušeného. Navíc se tím vystavuje i velkému stresu, protože když se rozjízdí věc, o které se nic neví a jsou dány pouze kontury, tak je to samozřejmě velice náročné. Hledat motivované lidi, kteří by do toho šli, byl problém, a to včetně lékařů a včetně sester. Sester je v nemocnici nejvíc, proto najít, vytipovat, namotivovat je pro působení v CDZ, byla práce v uvozovkách nejmenší. Co se týče lékařů a klinických psychologů, tak tam to bylo nejsložitější.

T: Jak se podle Vás vyvíjí informovanost o CDZ mezi odbornou veřejností?

R: Myslím si, že informovanost se poměrně hodně zvyšuje.

T: Co vznik CDZ přinesl nemocnici?

R: CDZ znamenalo vznik nové služby, i když velmi podobné něčemu, co jsme už poskytovali. My jsme před CDZ provozovali terénní ambulanci, takže taková novinka to pro nás není. Pro nemocnici CDZ přineslo užší spolupráci se sociální složkou. A tím podle mě snad i zkvalitnění péče o klienty, kdy jim v rámci jednoho zařízení můžete nabídnout služby komplexně. Nicméně i tady to stoprocentní pokrok



nebude, protože s FOKUSem jsme před tím spolupracovali. Pracovníci FOKUSu sem docházeli, dělali se s nimi schůzky, probírali se klienti. Dá se tedy říci, že CDZ přineslo rozšíření této původní spolupráce.

T: Z Vašeho pohledu tedy vznik CDZ neznamenal kvalitativní skok v poskytované péči?

R: Já si nemyslím, že by to byl kvalitativní skok. Určitě byli pracovníci týmu CDZ donuceni spolupracovat úžeji. Když do CDZ přijde člověk, tým se ho ujme. Dokud FOKUS do nemocnice pouze docházel, mohl si klienty vybírat. V CDZ jsou pracovníci nuceni se zabývat i pacienty, kteří by je v nemocnici nezaujali. CDZ určitě donutí subjekty více spolupracovat. V tomto bych viděla jemnou nuanci té změny, jinak si myslím, že gros už u nás fungovalo, včetně toho, že máme v nemocnici chráněnou dílnu FOKUSu, provozují u nás kiosky. Prodávají v něm i naši propuštění pacienti. To je něco, co se mi velmi líbí. Domnívám se, že je pro pacienty výborné vidět své kolegy po propuštění, chodí si k nim nakupovat, vidí, že mohou pracovat. To uvádím, aby bylo patrné, že spolupráce nemocnice a FOKUSu fungovala už před vznikem CDZ v širokém záběru.

T: Co přineslo CDZ městu a regionu?

R: Na to nedokážu odpovědět.

T: Byla jste zapojená do nějaké komunikace s městem týkající se budoucnosti CDZ, zejména komunikace k myšlence přesunout CDZ jen pod nemocnici jako řešení právní neukotvenosti CDZ?

R: Ano, byla jsem zapojena. Dvojjednost CDZ je problematická. Aby CDZ mohlo správně fungovat, hodně záleží i na osobnostním vybavení každého člena týmu.

T: Co byste doporučovala upravit v podmínkách pro CDZ, která budou teprve vznikat?

R: Zcela jistě bych doporučovala jednoho zřizovatele. Dále chybí vytvoření legislativy, ukotvení v právním řádu, abychom se měli čeho chytit. Potom bych doporučovala zamýšlení nad personálním vybavením, protože praxe ukázala, že některé parametry jsou naddimenzovány. Pokud chceme provozovat CDZ – a já neříkám, že ho nechceme dělat kvalitně – tak by šlo udělat opatření, která by neměla vliv na kvalitu poskytované péče a zároveň by umožnila lepší fungování v rámci aktuální personální situace.

T: Týká se to minimálních úvazků psychiatra a klinického psychologa?

R: Přesně tak. Co jsem se bavila s lékaři i psychology, tak si myslí, že by to nemělo mít vliv na kvalitu poskytovaných služeb. A pak, aby CDZ mohla dobře fungovat, musí být dobře nastaveny úhrady ze zdravotního pojištění, aby to byl ekonomicky životaschopný provoz. A zde zatím nemám validní údaje, protože do ledna jsme byli financováni z dotace a teprve od února vykazujeme zdravotní péči a máme problémy s některými zdravotními pojišťovnami (teď aktuálně s Ministerstvem vnitra) právě o stanovení úhrad za vykazovanou péči v CDZ. Zatím nemám žádné ekonomické výstupy, to bude až po vyúčtování roku a poté, co si ověříme, co všechno vykazujeme.

T: A s procesem nastavování výše úhrad za výkony CDZ a s tím, jak to nakonec dopadlo, jste byli spokojeni?

R: To, zda to bylo stanoveno dobře, bude možné vyhodnotit až na konci roku, až si podtrhneme a sečteme údaje. Nastavování jsme se samozřejmě účastnili. Byli jsme chváleni od VZP, že jsme byli CDZ, které vykazovalo nejlépe – nejpodrobněji ze všech. Opravdu jsme se s tím zabývali a věnovali jsme tomu velký kus práce. Vytvořili jsme si tím dobré podmínky pro fázi, až se překlopíme do režimu



financování ze zdravotního pojištění, ale bohužel nyní nemám informace, na základě kterých bych toto mohla vyhodnotit.

T: Máte nějaká doporučení, co by bylo vhodné změnit v podmínkách těch CDZ, která už fungují mimo projekt ESF?

R: Je to opět vytvoření legislativy, personální vybavení CDZ, nastavení úhrad za výkony. My máme v plánu provozovat CDZ sami. Pokusíme se CDZ provozovat jako komplexní službu ze strany nemocnice. Už jsme odeslali žádost o úpravu zřizovací listiny a nyní nás bude čekat jednání na kraji, abychom byli zahrnuti do systému financování sociálních služeb. Práce na tom ještě bude spousta. Myslím, že to povede ke zvýšení kvality péče díky tomu, že se nebudou muset řešit různé provozní problémy, lidé se budou moci více soustředit na podstatu CDZ.

T: Už jste absolvovali nějaká jednání s krajem? Máte odhady, jaká bude finanční náročnost zajištění sociální složky péče v CDZ? Jsou předpoklady, že prostředky od kraje na tyto služby získáte?

R: Ne, jsme na počátku. Teď čerstvě odešla na ministerstvo žádost o zařazení sociálních činností do zřizovací listiny tak, abychom byli oprávněni je poskytovat. Jsme na začátku procesu. Právě na základě vyhodnocení CDZ, abychom byli schopni poskytovat služby dál v té kvalitě, jakou si představujeme, jsme vyhodnotili, že pro nás cesta vede přes rozšíření spektra našich činností. Myslíme si, že to bude vhodné nejenom pro CDZ, ale obecně v rámci reformy psychiatrické péče. Dochází ke sblížení zdravotní a sociální složky a pro nás to bude pozitivní nejenom z důvodu CDZ, ale obecně budeme mít oprávnění k poskytování sociálních služeb. Jak to bude fungovat, se zatím neví, ale chtěli bychom to zkusit.

T: U sociálních služeb může být problematické, že jejich financování se obtížně predikuje, neexistuje stabilita z roku na rok.

R: Já vím, proto říkám, že jsme úplně na začátku. Já bych to chápala i jako námět k diskuzi v rámci reformy psychiatrické péče. Pokud se mají zdravotní a sociální služby sblížit, tak mi tato cesta nepřijde jako úplně slepá. Naopak by to mohlo otevřít nové možnosti. Sociální činnosti nejenom pro CDZ by pro nás do budoucna mohly být v rámci transformace psychiatrie přínosem. Ale jedna věc jsou plány a vize a druhá věc je praktická realizace, kdy se naráží na „přízemní“ věci jako jsou peníze apod.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Nemocnice neměla původně zájem spoluzaložit CDZ, protože identifikovala, že jde o koncept, který je personálně velmi náročný (nemocnice se potýká s nedostatkem personálu, nejvíce problematické pozice v CDZ byly klinický psycholog a psychiatr) a který není pro státní příspěvkovou organizaci slučitelný s právními předpisy upravujícími hospodaření státních institucí. K založení CDZ nakonec nemocnici přivedl pokyn MZd.
2. Spolupráce 2 subjektů – spoluzakladatelů je vnímána jako komplikace. Nemocnice na základě zkušenosti s pilotním provozem CDZ rozhodla o tom, že se pokusí provozovat toto centrum (a případně další služby na sociálně-zdravotním pomezí) samostatně, tj. že se stane také poskytovatelem sociálních služeb. Za tímto účelem již požádala o změnu své zřizovací listiny, další kroky budou následovat.
3. Údaje o tom, zda se podařilo adekvátně nastavit výše úhrad za zdravotní úkony CDZ, dosud nejsou k dispozici. Nemocnice bude vyhodnocovat až kalendářní/rozpočtový rok 2020.



2. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (poskytovatele sociálních služeb)

Identifikace CDZ	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Zástupce zřizovatele
Termín uskutečnění rozhovoru	26. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak vznikla spolupráce mezi Psychiatrickou nemocnicí a FOKUSem Vysočina?

Respondent (R): Začalo to v roce 2015, možná v roce 2016, kdy jsme založili novou službu: komunitní chráněné bydlení. Zjistili jsme, že tam potřebujeme péči psychiatra nebo alespoň konzultace některých případů. Domluvili jsme se s jedním lékařem z Psychiatrické nemocnice na DPP, ale nemocnice o tom věděla. Pak jsme se domluvili, že by bylo dobré, kdyby nemocnice realizovala tzv. rozšířenou ambulanci. Tzn. že vyčlenili jednoho lékaře-psychiatra, registrovali si ambulanci (lékař byl v areálu Psychiatrické nemocnice a měl k sobě, myslím, 2 psychiatrické sestry, které pracovaly v terénu v komunitním bydlení). Toto byl background spolupráce nemocnice a FOKUSu. My jsme se díky tomu znali a sestry i lékař poskytovali péči klientům FOKUSu Vysočina. My jsme se domluvili, že to bude přímo pro naše klienty.

T: Co rozhodlo o vzniku CDZ, když byla vyhlášena výzva ze strany Ministerstva zdravotnictví?

R: Ve FOKUSu jsme o Reformě psychiatrické péče věděli dlouho, byli jsme do toho zapojení a měli jsme jako strategický cíl založit CDZ. Zvažovali jsme ho i s Psychiatrickou nemocnicí v Havlíčkově Brodě a domluvili jsme se, že s rozhodnutím počkáme až na to, jaké budou podmínky projektu. Když byla k dispozici výzva, ta, myslím, byla zveřejněná na konci března nebo v dubnu 2018, vedení Psychiatrické nemocnice usoudilo, že to zadání je tak komplikované a v rozporu s legislativou, že do projektu nepůjdou. To jsme respektovali, věděli jsme, že do projektu nelze jít s partnerem, který to vnímá jako problém. Ale mám pocit, že to následně vedení Psychiatrické nemocnice dostalo od ministerstva přímo nařízené. To bylo 24. dubna, takže jsme od 24. dubna psali žádost a 30. dubna jsme ji podávali.

T: Jak CDZ vznikalo? Co všechno bylo nutné zařídit a jaké komplikace se objevily?

R: Nejprve bylo nutné najít prostory. Ty jsme hledali ještě před vznikem CDZ, dokonce už v březnu, protože jsme tehdy doufali, že nemocnice do projektu půjde. Následně bylo třeba vybavit prostory, aby vyhovovaly požadavkům na ambulanci. Zpočátku to tedy byly technicko provozní záležitosti. Myslím, že pro nemocnici to byl velký zádrhel, protože oni dosud nikdy nemuseli uvažovat o tom, že budou poskytovat péči mimo svůj areál. Pro nemocnici to také znamenalo změnit zakládací listinu. A když to proběhlo, museli si přeregistrovat některé služby. Dále museli podepsat nájemní smlouvu, vybavit prostory tak, aby to odpovídalo hygienickým normám, a bylo třeba vyřešit věci jako ochranné pomůcky, oblečení, jak bude zajištěno jeho praní. Oni na toto nebyli zvyklí, vše vždy měli v areálu nemocnice a tentokrát se museli posunout asi jen o 0,5 km dále, ale přesto fakt, že jsou mimo areál, ve kterém je servis služeb zajištěn, byl pro nemocnici i pro personál náročný.

T: Nějaké komplikace z hlediska FOKUSu Vysočina jste nevnímala?

R: My jsme na toto zvyklí, protože sociální služby jsou už od revoluce financované z projektů. Pro nás to nebyla žádná výrazná změna, byli jsme připravení, že se pracovníci nemocnice do našich prostor přistěhují, měli jsme prostor pro jejich tým a těšili jsme se na to.



T: Jak byla myšlenka vzniku CDZ vnímána na straně města?

R: Městu jsme to představovali společně s vedením nemocnice. Vnímali to jako nový prvek a přijímali to. Místostarosta byl jedním ze členů Řídící rady CDZ. Nezaznamenala jsem žádná negativa vůči vzniku Centra.

T: Jak připravovaný vznik CDZ vnímal kraj?

R: U kraje byla výrazně větší podpora. Kraj vyloženě chtěl, aby CDZ vzniklo. Kraj podporuje reformu psychiatrické péče a dokonce by uvítal, aby vzniklo CDZ v každém okrese. Hejtman byl jedním z členů Řídící rady CDZ, což dokládá jeho zájem o tuto službu. Členem za kraj mohl být nějaký úředník nebo někdo z náměstků či radních, ale hejtman měl přímo zájem, aby Centrum fungovalo dobře a chtěl být přímo informován. Ze strany kraje byla výrazná podpora a trvá dodneška.

T: Jaké je rozdělení kompetencí mezi oba zřizovatele CDZ? CDZ nemá vlastní právní subjektivitu, ale navenek komunikuje jako jedno Centrum. Jak jste si s tím poradili?

R: Vytvořili jsme si organizační strukturu a snažili jsme se, aby byl člověk odpovědný za vystupování navenek, říkáme mu „vedoucí CDZ“. Ale pokud byly důvody, aby se zapojilo vedení, tak jsme se zapojili ředitelé obou organizací. Vždy to záleželo na důležitosti, na tom, kdo byl partnerem v komunikaci. Pokud to jsou odborná setkání, účastní se jich vždy někdo za zdravotní služby a někdo za sociální služby, není to jedna osoba, máme to rozdělené. Uvnitř CDZ je určitá několikakolejnost. Psychiatr a psycholog jsou samostatné jednotky, tým zdravotních sester je řízen staniční sestrou, sociální pracovníci jsou řízeni naším sociálním pracovníkem. Je to domluvené tak, že se pracovníci musí dohodnout, není tam jedna osoba, která by finálně rozhodovala.

T: Je nutnost nalézt shodu v praxi problém?

R: Jsou situace, kdy se ukazuje, že každá strana je zvyklá na jiný způsob řešení, a v těchto situacích se musíme domlouvat. Buď jsou to organizační věci, teď posledním příkladem je COVID. Nemocnice má jiné hygienické normy, než máme my. Museli jsme si to vyjasňovat a dohodli jsme se tak, že zdravotní část bude dodržovat hygienické normy, které má nemocnice, a sociální část zase ty naše. Co je podle mého názoru ještě potřeba dále vyjasnit, je otázka přijetí klienta do CDZ. V rámci projektu jsme přistoupili na kritérium, že klient musí nejprve projít vstupní prohlídkou psychiatra a pak se stane klientem. Z mého pohledu je to velmi přísné kritérium a je kvůli němu narušena nízkoprahovost. Domnívám se, že toto budeme muset ještě vyjednávat, aby to bylo i v souladu se zákonem o sociálních službách, protože pokud k nám přijde člověk, který je potřebný, my v sociálních službách nemáme možnost ho odmítnout a neposkytnout mu péči. To vnímám, že bylo v projektu velmi tvrdě nastavené; pokud jsme ta stanovená kritéria pochopili správně.

T: Jakým způsobem jste pracovali s tím, že každá ze složek (zdravotní a sociální) má jinou mentalitu, jiná očekávání, přináší jinou filosofii práce?

R: V tomto směru hodně pracoval tým samostatně. Na toto Vám lépe odpoví kolegyně, sociální pracovníce. Ze strany vedení jsme nestanovili žádný propracovaný systém, jak kultury sladovat. To, co jsme měli jednotného, byla supervize, to byl jeden z nástrojů. Dále fungovaly společné porady. Hodně to bylo na vedoucím CDZ, aby propojoval a stmeloval kultury. Vybavuji si, že zdravotníci nám říkali, že jsme příliš naslouchající a že klientovi věříme všechno, kdežto zdravotníci rovnou věděli, co se má s tím člověkem dělat. To jsou 2 odlišné přístupy a my jsme je potřebovali sladit. Co se osvědčilo, bylo, že se



pracovníci dívali na potřeby konkrétního klienta, tam se dokázali shodnout. Je to o tom, jak hodně ještě někoho podporovat a kdy už přestat, aby převzal za sebe odpovědnost, přestože vím, že jde do rizika. Ve FOKUSu pracujeme s tím, že člověk je odpovědný za svoje činy a přijímá ale i riziko důsledků a následků. Zdravotní péče má naopak snahu za každou cenu předejít riziku. A v tomto dochází a v budoucnu ještě docházet bude k nesouladu, jak moc tomu člověku pomáhat.

T: Jak se Vám dařilo zajistit personální obsazení CDZ? Předpokládám, že lepší přehled budete mít o sociální části týmu. Byl v tomto nějaký problém?

R: My jsme žádný problém neměli. Stavěli jsme tým na těch zkušených pracovnících, o kterých víme, že to dělají dobře, a k nim jsme přijímali nové pracovníky.

T: Byla jsem zapojená do problémů, které s personálním obsazením pozic v CDZ měla nemocnice?

R: Požadavky na klinického psychologa jsou velmi vysoké. Rozumím, že to pro nemocnici bylo velmi komplikované. Mezi zaměstnanci měli snad jednoho člověka, který měl potřebný psychoterapeutický výcvik. Chápu, že ho nemohli dát do CDZ, když měli jen jednoho na celou nemocnici a je primářem. Myslím, že to byl jeden z důvodů, proč vedení nechtělo do projektu jít. Z mého pohledu jsou tato kritéria velmi přísná a zbytečná. V CDZ nepotřebujeme ani klinického psychologa, v týmu je potřeba psychologa, který dokáže dělat skupiny a který dokáže mluvit s rodinami. V jiných týmech máme psychologa ne se zdravotnickým vzděláním, ale s filosofickým, a naprosto to stačí. Možná tuším, proč taková kritéria jsou, ale to je přesně ten důvod, proč těžkopádně vznikají další centra anebo podobné týmy, které by mohly za rok, kdyby vyrostly, být CDZ.

T: Co je podle Vás důvodem pro takové nastavení personálních požadavků?

R: Myslím, že pojišťovny a možná i ministerstvo tím chtěly deklarovat určitou kvalitu péče. Podle mě to ale je zbytečná obava a toto naopak zabrzdlilo rozvoj CDZ.

T: Jak hodnotíte nároky projektu (vstup do projektu, administrativa, indikátory, komunikace s Ministerstvem zdravotnictví)?

R: Já jsem si přečetla smlouvu a z té jsem vyvodila, co je potřeba. Potom nastal problém, že v rámci dotazování byly ze strany ministerstva podávány informace, které byly v rozporu se smlouvou. Neustále se měnily vykazované indikátory, tedy co pod indikátorem vykazovat. Domnívám se, že personál, který měl radit ze strany ministerstva, nebyl dostatečně vzdělán v problematice projektu. Jinak šlo o projekt jako jakýkoli jiný evropský projekt, se svými indikátory. Pouze se stalo, že výklad indikátorů viděl každý úředník jinak a v tom vidím tu komplikaci. Kdybychom se drželi zadání a smlouvy, tak si myslím, že to bylo jasné.

T: Ještě něco stojí podle Vás za zmínku v oblasti administrace (kromě indikátorů)?

R: Nepřijde mi logické, že zdravotníci mají absolvovat kurzy akreditované MPSV, mám za to, že mají absolvovat vzdělání, které jim bude užitečné pro zdravotní část péče. Pak stojí za zmínku tabulky. Jejich příprava nebyla dobrá. Pokud bychom si je udělali sami, uměli bychom to díky naší zkušenosti s jinými projekty lépe. Tabulky špatně sčítaly a člověk neví, zda do tabulek od ministerstva může zasahovat.

T: Jak se podle Vás vyvíjí informovanost o CDZ mezi (a) odbornou veřejností a (b) laickou veřejností?

R: Ve vztahu ke komunikaci bych zmínila administrativu spojenou s vykazováním komunikace CDZ. Není úplně šťastné, pokud jdete za někým komunikovat o CDZ a pak mu dáte k podpisu dokument dokazující



setkání do projektu. Je to společensky obtížné. A požadavek byl, aby byla doložená opakovaná komunikace, což znamená, že pokaždé potřebujeme podepsaný dokument. V situacích, kdy jde o navázání vztahu např. s psychiatrem, není toto pravidlo úplně komfortní. Co se daří, je, že odborná veřejnost v regionu CDZ zná; všichni ambulantní psychiatři, myslím, že i praktičtí lékaři, město, úředníci, úřad práce, všichni vědí, co CDZ je a co může zajistit. V oblasti předávání pacientů to podle mého není o komunikaci, ale spíše o výkonech, ztrátě pacienta ze souboru svých pacientů, tam je to spíše o financích. Co se týče laické veřejnosti, tam je to dle mého názoru komplikovanější, protože reforma psychiatrické péče není, domnívám se, dobře prezentovaná veřejnosti. Myslím, že veřejnost neví, o čem je řeč. Toto téma není spojeno s žádným „leaderem“. Proto se to z úrovně CDZ těžko dělá. Přemýšlím, zda v rámci projektu byla nějaká strategie komunikace navenek. Domnívám se, že to byla jen destigmatizační kampaň a ta byla jen jednou. V případě našeho CDZ jsme komunikaci vůči veřejnosti zahrnuli do Týdne duševního zdraví, který organizujeme každý rok. Já si myslím, že je potřeba hlavně celorepubliková kampaň a že je nedostatečné, aby se v jednotlivá CDZ propagovala jen ve svém regionu. Podle mého celá reforma potřebuje posílit svoje PR.

T: Pojdme se nyní přesunout k tématu dopadů vzniku CDZ v Havlíčkově Brodě.

R: Já jsem si ještě uvědomila něco k bodu o překážkách. Řešili jsme legalitu předávání informací o klientech. To je něco, co jsme museli ošetřovat s právníkem. Pro klienty je to krkolomné, musí podepisovat souhlasy s předáváním informací mezi zřizovateli CDZ. Pokud by se toto dalo v legislativě ošetřit, tak by to napomohlo. Je velmi těžko myslitelné, že členové jednoho týmu CDZ by vzájemně nesměli sdílet informace o klientech/pacientech. Potom bych ráda uvedla evidenci výkonů. To je administrativně velmi náročné. Rozumím, že ambulance psychiatra je nastavena výkonově a sestra výkony zapisuje, ale CDZ má ve zdravotní části kolem 60 různých výkonů a to všechno zapsat je velmi náročné. Navíc na počátku nebyl program, který by na to byl připravený. To znamená, že by evidoval jak výkony zdravotní, tak výkony sociální. V důsledku toho se zapisovalo do 2 různých programů (zdravotníci zapisovali do zdravotnického systému AKORD, pak něco zapisovali do HIGHLANDERa, což je náš program). Já jsem pro, aby zdravotní část CDZ byla financována budgetově, protože zapisovat každý výjezd (kolik kilometrů ujeďu), mít body na terén, na edukaci, na aplikaci depotu, to je tolik výkonů, že to nemá význam. Kdyby byl budget, kolik má CDZ na rok, za to je třeba poskytnout péči určitému počtu klientů, zajistit určitou efektivitu (např. snížení hospitalizace o určitý podíl, zvýšení skóre GAF u pacientů), bylo by to vhodnější než evidence výkonů. CDZ je ve své práci velmi rozmanité a všechno nastavit do výkonů je nereálné. Tímto způsobem se realita práce v CDZ vůbec nepostihne. Pokud bychom přestoupili na to, že bude budgetové financování, tak by to nesmírně uvolnilo ruce personálu. A ubylo by stresu, tým by se nezaměřoval na výkon, ale na kvalitu péče.

T: Co přineslo to, že jste spoluzaložili CDZ, pro FOKUS?

R: Díky tomu, že náš tým působí spolu se zdravotnickou částí, dokážeme řešit situace, které pro nás byly dříve neřešitelné. Byly to situace, kdy jsme klienty už museli doporučit k hospitalizaci. Nyní dokážeme takové situace zvládnout u klienta doma. V tom vidím obrovský přínos.

T: Co podle Vás vznik CDZ přinesl klientům (kromě toho, co jste právě uvedla, tedy snížení míry hospitalizací)?

R: Myslím, že u některých klientů to přineslo zkrácení doby hospitalizace. Je zde vyšší dostupnost zdravotní péče rozuměno časově, protože řada lidí se k psychiatrovi nedostane dříve než např. za 3 měsíce. V CDZ je to do týdne nebo do 2 dnů. Zvýšila se také místní dostupnost zdravotní části péče,



díky tomu, že jsme vyjžděli do terénu. A to je úplná novinka. Pokud někdo odmítá se dostavit k psychiatrovi, navštívila ho psychiatrická sestra. Z mého pohledu je tedy přínosem dostupnost péče (místní i časová). Pak si myslím, že to je pro lidi, kteří potřebovali rychlou, možná velice krátkou intervenci, když se dostali do nějaké životní situace, kterou neuměli řešit a kterou vnímali jako velmi závažnou. V CDZ se jim dostalo poradenství, např. 3krát či 4krát a pak se tato péče ukončila. A to byla cca 1/3 lidí v péči. Já toto vidím jako velmi důležité, protože jsme předešli psychiatrizaci těchto lidí. Díky tomu, že dostanou péči v momentě, kdy ji potřebují, tak se jejich problém nezvětšuje a předejde se situaci, kdy by potřebovali psychiatrickou péči. Obraceli se na nás i lidé z jiných okresů a bylo vidět, že to je potřebná služba.

T: Co byste doporučila změnit v pravidlech fungování pro ta CDZ, která budou teprve vznikat?

R: Uvedla bych jasně formulované monitorovací ukazatele a to, jak se vykazují. Dále by podle mne bylo dobré jasněji vymezit kompetence CDZ, protože pokud si přečtu metodický pokyn, resp. filosofii, co všechno má CDZ dělat, tak ho vnímám jako gatekeepera, zároveň jako odpovědný prvek za péči v daném regionu, ale k takové roli CDZ nemá nástroje. Nemá žádné kompetence vyjma vyjednávání a dobrých vztahů, např. v ovlivňování délky hospitalizace klienta v nemocnici, přitom má cíl zkracovat hospitalizaci. Doporučovala bych vyjasnit kompetence, zda CDZ může říci „končí hospitalizace a přebíráme člověka do péče“ nebo má čekat až na rozhodnutí nemocnice. Dále doporučuji, jak už jsem říkala, přejít na budgetové financování, protože výkonové financování vede k honbě za výkony, aby se Centrum uživilo. Myslím, že by bylo dobré uvést to, aby se netrvalo na tom, že klient musí být prvně vyšetřen psychiatrem. Tento postup to posunuje do stavu, že psychiatr rozhoduje. Já myslím, že všechny profese v CDZ jsou na stejné úrovni. A pokud klient potřebuje v nějaký krátký moment jenom sociální část péče a tato péče je velmi rychlá, odborná, např. krizová, nechť ji poskytne jenom sociální pracovník. A není důvod tohoto člověka neevidovat jako klienta CDZ.

T: Pravidlo o nutnosti psychiatrického vyšetření jste si domluvili ve Vašem CDZ, nebo to vnímáte tak, že jde o prvek, který očekávalo Ministerstvo zdravotnictví?

R: Já myslím, že toto by mělo být vyřešeno centrálně. Dnes už jsou dostatečné zkušenosti s tím, jak byla CDZ v různých regionech pod různými poskytovateli modelována. Nyní už by mohl vzniknout nějaký *dlouhodobou službu. CDZ by také měla mít jasnou cílovou skupinu* Centra. Jde o to, co má Centrum poskytnout, jaké potřeby lidí má saturovat. Dále si myslím, že novým CDZ by mohlo pomoci, pokud by metodici byli proškoleni tak, aby poskytovali významově shodnou metodickou podporu, a pokud by se drželi metodiky schválené pro CDZ. To si myslím, že nebylo. V důsledku toho vznikají – i když v rámci pilotů je to možná žádoucí – úplně odlišná CDZ. Já bych ale byla ráda, kdyby to bylo drženo ve stanovené metodice, která je podle mne velmi dobře napsaná. Např. v tom, že CDZ poskytuje péči kromě osob dlouhodobě nemocných se SMI také skupinám ohroženým duševním onemocněním, tzn. osobám, které ještě nemusí mít stanovenou diagnózu. A to se podle mého názoru nyní neděje. Podle mě se to zúžilo a CDZ poskytují péči jenom lidem, kteří už mají diagnózu, a ještě se řeší, jakou mají diagnózu. Protože psychiatrické sestry nemají ve výkonech napsáno, že mohou pracovat s F6, zvažuje se, zda CDZ vůbec mohou pracovat s lidmi s diagnózou F6. Ale řada lidí potřebuje pomoc velmi rychlou a intenzivní, aniž by měli stanovenou diagnózu. CDZ by podle mého měla pracovat se všemi lidmi v krizi, a to rychle, intenzivně a krátkodobě, dlouhodobě mohou pracovat s lidmi dlouhodobě se potýkajícími s duševním onemocněním.



T: Jak máte zajištěno financování sociální části CDZ poté, co jste dokončili pilotní provoz financovaný z prostředků ESF?

R: Cítím to tak, že pro zdravotní část je nyní mnohem větší jistota financování, pouze se diskutuje, zda prostředky pokryjí 100 % nákladů, nebo 80 % nebo by se dokonce dosáhlo zisku. Ale pro sociální služby jsme od února, kdy jsme přestali být v ESF projektu, přešli pod krajský evropský individuální projekt. Ale tyto individuální projekty v kraji Vysočina končí v roce 2020 a nevím, co bude dál. Jediné, co mi dává určitou jistotu, je, že kraj podporuje reformu psychiatrické péče, podporuje CDZ, tak doufám, že na tyto služby nalezne zdroje, ale rozumím, že to je o vyjednávání s MPSV. Není v našich možnostech toto ovlivnit, a ačkoli mluvíme s úředníky kraje, neumím říct, jak to bude v příštím roce. Pro kraj Vysočina je nepříjemné, že už 10 let využívá individuálních projektů a celá péče o duševně nemocné je už 10 let financována z evropských peněz, a to nyní končí. To znamená, že se zde sešly 2 věci: navyšují se počty úvazků ve službách pro duševně nemocné, ale zároveň končí jeden velmi silný zdroj financování.

T: Máte ještě nějaký podnět k tomu, co by se mělo změnit, aby CDZ fungovala maximálně efektivně?

R: Já bych to doplnila tak, že úkolem Centra je také prevence. Prevenci vnímám jako jeden z velmi důležitých prvků v péči o duševní zdraví. Není ovšem financovaná ani ze strany zdravotních pojišťoven, ani z prostředků donátorů na sociální služby. Není to sociální služba a ani zdravotníci nemají prevenci zahrnutou mezi výkony. Já se domnívám, že je velice potřeba začít už u dětí na základních školách, že by toto stát měl u poskytovatelů zaplatit, že by šlo o velice výhodnou a efektivní službu. Nemusí to dělat CDZ, ale vnímám, že je potřebné, aby si to stát objednal, protože v současné době se soustředíme na řešení problémů, ale bylo by lepší jim předcházet. A obyvatelstvo se musí dozvědět, jak se to dělá. Všichni mají nastaveno, že se večer dětí zeptáme, zda si vyčistily zuby, ale nikdo se jich nezeptá „a co ti dneska udělalo radost?“.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Založit CDZ v Havlíčkově Brodě bylo strategickým cílem FOKUSu Vysočina, z.ú., záměrem byla spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí Havlíčkův Brod. Kooperace těchto subjektů probíhala již od roku 2016 (v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb klientům komunitního chráněného bydlení a také v souvislosti s provozem rozšířené psychiatrické ambulance). Nemocnice ovšem v podmínkách CDZ jako problém identifikovala personální nároky a tedy neměla původně zájem CDZ spoluzaložit; její postoj změnila intervence z úrovně MZd.
2. Ve sladování multidisciplinárního týmu se osvědčuje konkrétní zkušenost s péčí a jednotlivé pacienty/klienty. Respondent vnímá optiku zdravotníků jako příliš pečující.
3. CDZ přineslo vyšší dostupnost zdravotní péče pro osoby s duševním onemocněním (a to pro dlouhodobě nemocné i pro osoby, které se dostali do akutní krize, která se díky intervenci CDZ podařilo v krátkém čase překonat).
4. Respondent upozorňuje na nejistotu ve financování sociální složky péče; aktuálně je vyřešeno financování do konce roku 2020, ovšem následující období bude teprve předmětem vyjednávání. Jako pozitivní je v tomto směru vnímán zájem kraje Vysočina na rozšíření dostupnosti služeb pro osoby s duševním onemocněním.



4.2.2.2 Rozhovory s pracovníky multidisciplinárního týmu

3. Rozhovor s psychiatrem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	18. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho jste v CDZ působil, byl jste členem týmu CDZ už od počátku pilotního provozu?

Respondent (R): Když vezmu čistě projekt, tak jsem byl zapojen od počátku, od srpna 2018, kdy CDZ jako takové vzniklo. Ale v rámci nemocnice se na zdravotně sociálním pomezí pohybují od roku 2016, kdy se prohlubovala spolupráce s FOKUSem Vysočina a vznikla rozšířená ambulance s první terénní zdravotní sestrou, pak jsem tam přibyl já jako psychiatr a pak přibývaly další zdravotní sestry, než se rozběhlo CDZ. To byl jeden z důvodů, proč CDZ v Brodě vzniklo. Nemyslím si, že někdo řešil, zda je vhodné, aby právě v Brodě vzniklo CDZ. V 1. vlně se řešilo to, kdo je dostatečně připraven, aby do vzniku CDZ šel, a ne zda lokalita vyžaduje existenci CDZ.

T: Na otázku, jak dlouho se pohybujete v oblasti poskytování zdravotních či sociálních služeb osobám s duševním onemocněním, je tedy ve Vašem případě odpověď „od roku 2016“?

R: Pokud je to bráno jako doba praxe, tak jsem do oboru nastoupil v roce 2008.

T: Mohl byste popsat, jak jste vnímal postupné vznikání CDZ?

R: První byla kolegyně na pozici terénní zdravotní psychiatrická sestra, která, myslím, už v roce 2015, figurovala jako zdravotní sestra pro chráněné bydlení FOKUSu Vysočina, které zde nově vzniklo. V roce 2015 spolupracoval pan primář (...) externě jako konzultační psychiatr pro toto chráněné bydlení a od roku 2016 jsem začal já pracovat nejdříve také jako psychiatr pro chráněné bydlení a pak se přidala, myslím, v horizontu ½ roku ještě jedna zdravotní sestra a spolupráce se prohloubila i na terénní část práce FOKUSu Vysočina, na komunitní tým, kdy jsme jednou týdně měli porady, a vybraná část klientů FOKUSu začala chodit ke mně do ambulance a měli tak intenzivnější zdravotní podporu. Pak přibyla ještě jedna zdravotní sestra a následně začínal projekt. Jak už jsem říkal, nebylo to tak, že bychom se domluvili, že chceme dělat CDZ, ale bylo to nařízením ministerstva na základě toho, že jsme měli dostatečnou připravenost. Nemocnice je ministerstvem přímo řízená organizace a bylo to spíše rozhodnuto shora.

T: V tomto případě tedy na počátku vzniku CDZ nebyl entuziasmus lidí zdola?

R: Ne.

T: A jak jste toto rozhodnutí ministerstva vnímali?

R: Budu mluvit čistě za sebe. Začátek projektu byl rozhodně velmi nepříjemný a už nikdy bych do žádného takového projektu nevstoupil, protože jsem měl pocit, že jsme byli vhozeni do polovytvořeného tvaru, kde se spousta věcí řeší za běhu. Když vzpomenu na úplný začátek, bylo pilotní zadání sbírat data a odesílat je. Byl požadavek, aby se data pacientů/klientů převáděla do zdravotnických kódů a posílala se formou K-dávky přes pojišťovnu, aby doputovala anonymizovaně na



ÚZIS. Vůbec k tomu ale vůbec nebyl vytvořen potřebný technický nástroj. To se řešilo první měsíce, kdy pokyn byl „necht si to každé zařízení vytvoří samo“. Pořád se měnilo, jak má vypadat cedulka projektu, číslo projektu. Bylo to hodně složité a nestabilní. Na tuto vlnu pak navázala dlouhá debata o zdravotních výkonech, která byla velmi proměnlivá. Také formy setkávání se proměňovaly. Na začátku to bylo takové poloformální setkávání, které organizoval MUDr. Rektor a MUDr. Pěč, a paralelně běžela setkávání na ministerstvu pod MUDr. Pfeifferem. Pak se ukázalo, že by se to mělo spojit, a to se také stalo, ale až po ¼, možná skoro po ½ roce. Pro mě to bylo velmi chaotické a nepracovalo se mi v tom dobře.

T: Vy jste řešil i tyto technické věci (ve smyslu K-dávky)?

R: Přímou jsem to neřešil, ale byl to globální problém a tato nejistota se mě osobně dotýkala. (I když jsem to nebyl přímo já, kdo měl řešit technický přenos K-dávek, například.) Nestabilita prostředí, jakási nevyjasněnost, pro mě, pro práci, není komfortní.

T: Uvedl byste ještě nějaké další komplikace, které byly řešeny v počátku projektu? Prozatím jsme si řekli přenosy dat, vykazování výkonů, celková nejistota a neurčenost pravidel.

R: Ano.

T: Na tyto skutečnosti ministerstvo zdravotnictví ve zprávách o projektu uvádí, že šlo o pilotní provoz a během něho se optimum hledá.

R: Já vím. Tuto odpověď znám, ale neuspokojuje mě, a nijak to nemění to, jak jsem se v dané situaci cítil. Já jsem se nikdy na žádném projektu nepodílel, je možné, že pro lidi, kteří jsou zvyklí pracovat v projektech, je toto standard; pro mě není, a proto to vnímám takto negativně.

T: Jak fungovala spolupráce dvou zakladatelů (zdravotnické složky a sociální složky), když jste museli začít vystupovat jako jedno zařízení?

R: Vzhledem k tomu, že jsme navazovali na předchozí dvouletou spolupráci, tak to nebyl takový problém. Samozřejmě jsme už před tím, než jsme se sestěhovali a stali jsme se CDZ, naráželi na odlišnou mentalitu, odlišné priority, na odlišné věci, na které kladou sociální pracovníci důraz, na které kladou zdravotníci důraz. Už jsme na tom pracovali před tím (jak se popasovat se skutečností, že se na to díváme jinak). Pokračovali jsme v tom dál a myslím si, že toto se v rámci našeho týmu podařilo. Z mého pohledu v tomto hodně funguje nejen poznání profesionální mentality, ale také osobní sblížení. Ve chvíli, kdy jsme se v rámci týmu začali znát jako lidé, se tyto rozdíly začaly stírat.

T: Můžeme si, prosím, říci příklady mentality lékařské a mentality sociálního pracovníka a jaké opatření funguje, aby se tyto mentality sladily?

R: Ještě před tím, než vzniklo CDZ, jsme narazili na to, že sociální pracovníci, i když pracovali s cílovou skupinou pacientů se schizofrenií, se nezaměřovali na jejich zdravotní stav. I když je fakt, že právě pacienti se schizofrenií často svůj zdravotní stav zanedbávají; nepečují o svoje tělo, nedocházejí k praktickému lékaři na preventivní prohlídky, mají chaos i v medikaci (třeba na vysoký tlak, na diabetes atd.). Hlavně zdravotní sestra potom do spolupráce vnášela téma, že je důležité, jaký má pacient krevní tlak, jak se stravuje atd.; že to není jen o jeho plánech a přáních, ale že i toto má svoji roli. Já jsem vnímal odlišný koncept chápání duševní nemoci jako takové. Jako zdravotník věřím i v tu biologickou podstatu, chemické procesy v mozku atd., což u sociálních pracovníků na počátku nebylo moc zohledňováno. Nebylo vnímáno, že psychofarmaka mají i pozitivní dopad, že nemají jen nežádoucí



účinky, ale někdy pacientům skutečně pomáhají. V praxi se to ukázalo, když jsem začal intenzivněji pracovat s těmi složitějšími klienty, kdy jsem jim upravoval medikaci a jim začalo být lépe a nebyli utlumení (nebyly zahlceni nežádoucími účinky). Co z mého pohledu pomáhá, je o tom mluvit, mluvit spolu. Řešili jsme to v rámci supervizí, měli jsme i kurz na téma multidisciplinarita. Intenzivně jsme se tomuto tématu věnovali a já jsem si uvědomil, jak je to opravdu důležité. Celkově v rámci Reformy se o tom tolik nemluví, ale když jsem se ptal v týmech jiných CDZ, tak jsem zjistil, že na to naráželi stejně. Myšlení zdravotních pracovníků a sociálních pracovníků je jiné, a pokud to má fungovat, je třeba o tom mluvit.

T: Měli jste třeba na počátku porady o filosofii CDZ, nebo porady byly od počátku věnovány přímo klientům/pacientům?

R: Porady jako takové byly vždy zaměřené na pacienty. Pak, když vyplynulo toto téma, začali jsme ho řešit mimo, třeba v supervizi nebo setkáním věnovaným speciálně tomuto tématu, nebo jsme měli ten zmiňovaný kurz zaměřený na multidisciplinaritu.

T: Pozvat si odborníka zvenku a uspořádat kurz se podle Vás osvědčilo?

R: Ano. Myslím, že to bylo fajn. Vyjasnili jsme si během toho, jak daleko jsme v rámci sbližování a co ještě pro to můžeme udělat, co nám chybí. Moje osobní zkušenost je, že funguje sbližování se na osobní rovině; tmelení týmu udělá hrozně moc. Vyplynulo, že máme stejný cíl. Že možná k němu jdeme jinými cestami, ale v cíli se shodujeme.

T: O tom, co je cílem, od počátku žádný spor nebyl?

R: Ne. V tom, že to, co děláme, má směřovat k tomu, abychom pacientům prospěli a zlepšili jejich kvalitu života, na tom jsme se shodli. Od sociálních pracovníků jsme my jako zdravotníci přejímali trošku volnější přístup („nehlídat pacienty tolik“, „nepřebírat takovou míru zodpovědnosti za jejich pohodu“).

T: Můžeme si na příkladu jednoho klienta říci, jak funguje propojení zdravotní a sociální složky v CDZ?

R: Každý den ráno probíhaly porady, kde jsme byli všichni. Informace, že se na CDZ obrátil někdo z terénu, se přenesla na poradě a tam jsme se domluvili, kdo za tím klientem pojedou. Většinou první kontakt zajišťovali sociální pracovníci. Když bylo dopředu jasné, že je hodně výrazná i ta zdravotní část, pak jeli spolu se zdravotní sestrou, případně jela sama zdravotní sestra. Když z prvního kontaktu vyplynulo, že klient spadá do naší kompetence, má potřebnost zdravotní i sociální pro CDZ, tak se spolupráce domlouvala dál. Když to bylo nutné, tak jsem za tím člověkem jel i já, ale většinou moje první kontakty probíhaly v ambulanci CDZ (když pacienti byli schopní dojet). V tomto jsem se ztotožnil s filosofií, že pokud má CDZ připravovat svoje klienty na fungování v normálním světě a že je to průchozí organizace, standardně pacient dochází do ambulance za lékařem. Návštěvy v terénu jsem využíval tam, kde mi přišlo, že to má smysl.

T: V podmínkách CDZ je minimální podíl terénní péče na úrovni 50 %. Chápu správně, že terénní služby poskytují více sociální pracovníci anebo zdravotní sestry?

R: Ano, tak to bylo. Sociální pracovníci a zdravotní sestra pracovali dominantně v terénu, bylo to určitě více než 50 % kontaktů.

T: Jak jste předával informace ze vstupního vyšetření pacienta ostatním členům týmu?



R: To bylo na ranních poradách. Referoval jsem, zda je daný člověk vhodný k přijetí do CDZ a domluvili jsme, kdo s ním bude pracovat.

T: Řešili jste v CDZ právní problém sdílení informací o pacientech, resp. jejich zdravotním stavu s nezdravotnickými profesemi?

R: Řešili jsme to také, to byl celorepublikový problém. Už v době před CDZ měla nemocnice a FOKUS Vysočina podepsanou dohodu. V případě CDZ pacienti podepisovali souhlas při vstupu do péče (v souladu s GDPR) s tím, že pracovníci obou organizací budou mít přístup k jejich údajům. Každý pacient byl informován o tom, že CDZ je projekt nemocnice a FOKUSu Vysočina a že aby to fungovalo, musíme informace sdílet.

T: Vnímám správně, že to nepovažujete za takový problém a že se to dá vyřešit přes souhlasy pacientů?

R: Já nejsem právník. Opět lze říci, že na to nebyl nějaký návod/doporučení, tak jsme to řešili tak, jak jsme byli schopní. Ředitel nemocnice to konzultoval s právníkem.

T: Než opustíme téma multidisciplinarita, je něco v principech fungování, co jste během provozu nejprve zkusili a pak opustili, nebo co jste museli výrazněji měnit?

R: Možná lze uvést, že během projektu jsme se snažili nastavit alespoň vnitřní pravidla. Vytvářel se jakýsi interní standard, resp. pracovní postup (např. o tom, co předchází vstupnímu vyšetření, co dělá psychiatr, co dělá zdravotní sestra, jakou dokumentaci kdo vyplňuje, co se děje při ukončování péče).

T: V čem se působení psychiatra v CDZ odlišuje od působení psychiatra v léčebně nebo psychiatra v ambulantní praxi?

R: Od začátku jsme se zdravotníci a sociální pracovníci shodli na konceptu, že CDZ bude intenzivní, zaměřené na pacienty, kteří výrazně potřebují zdravotně sociální podporu. U nás bylo specifikum, že v rámci FOKUSu dál fungoval terénní komunitní tým poskytující sociální služby. Dohodli jsme se tedy, že když klient už nepotřebuje zdravotní služby, předáváme ho do komunitního týmu, aby sociální služba dotáhla nějaké věci či udržovala kontakt. V případě, že se někdo zhoršil, a narostla tak potřeba zdravotní péče, tak nám ho předávali zase zpět do CDZ. Rozdíl pro mě byl, že se velmi intenzivně věnují malému počtu pacientů s těžkou diagnózou / s těžkým průběhem nemoci. V ambulanci se setkávám se stovkami pacientů, ale jde o namíchané diagnózy. V případě CDZ šlo dominantně o okruhy schizofrenního onemocnění s těžkým průběhem, se složitou medikací. Takto jsme se shodli, že by to mělo fungovat, tj. že CDZ by si složité pacienty vytáhlo a v okamžiku, kdy se jejich situace zlepší, by si je převzal zpět jejich ambulantní psychiatr. A když by se situace pacienta zhoršila, tak by si ho zase převzalo CDZ.

T: Jaká je spolupráce psychiatra v CDZ s ostatními psychiatry v území?

R: S lůžkovou péčí nebyl nejmenší problém díky tomu, že jsem doktor z nemocnice. Nic nebyl problém domluvit. A co se týče ambulantních psychiatrů: Psychiatry jsem obcházel já spolu se zdravotní sestrou, řekli jsme jim, co je to CDZ, jaký typ pacientů do péče CDZ spadá. Z mého pohledu to byl počátek, zahájení procesu; s někým s ambulantních psychiatrů to bylo lepší a s někým horší. Někdo měl větší zájem o komunikaci, někdo menší. Domnívám se, že je to práce na roky, je to běh na dlouhou trať, to se nemohlo stát za 1,5 roku projektu.



T: Není to tak, že aby se dařila Vámi zmíněná propustnost CDZ, tedy také předávání pacientů, jejichž situace se zlepšila/stabilizovala, zpět do péče jejich původních psychiatrů, že je třeba, aby komunikace probíhala bez překážek?

R: Je to zatím příliš krátké období na vyhodnocení. Když jsme předávali pacienta psychiatrům zpět, nebo jsme i objednávali pacienta (když byl z jiného okresu či kraje), tak s tím nebyl problém.

T: Různost v postojích psychiatrů tedy byla kde?

R: To jsem myslel v přístupu psychiatrů; v ochotě předávat pacienta CDZ, kontaktovat Centrum s informací, že pacient potřebuje vyšší intenzitu péče a že je relevantní i sociální služba. Toto u někoho fungovalo více, u někoho vůbec.

T: A co je podle Vás příčinnou té menší ochoty u některých psychiatrů?

R: Nevím. Může to být nedůvěra v nový prvek, nastavení „20 let to dělám nějak a nyní to nebudu měnit“.

T: A opatření na snížení té neochoty spočívá v komunikaci?

R: Ano, opakovaná komunikace, což jsme dělali. Takto si myslím, že by to mělo běžet dál, než se to prorazí.

T: Řekl byste, že panuje nějaká nedůvěra i mezi lékaři z lůžkové péče?

R: Obecně z mého pohledu na lůžkovém oddělení panuje určitá nedůvěra (ve smyslu, co se v CDZ dělá, kdo to zaplatí atd.). Nicméně to mi připadá zcela přirozené. Je to proces na roky, nikoli na měsíce.

T: Co fungování přineslo? Říkal jste, že spolupráce mezi nemocnicí a FOKUSEm probíhala už před tím, co by se ale dělo, kdyby nevzniklo CDZ?

R: Myslím, že kdyby nepřišel pokyn „založte CDZ“, tak by neproběhlo sestěhovávání a dál bychom fungovali odděleně.

T: A kdybyste pracovali na 2 pracovištích, myslíte, že byste spolu hůře komunikovali?

R: To si úplně nemyslím. Podle mě by to nebylo ani horší, ani pomalejší.

T: Mohli jste díky projektu poskytnout služby více pacientům?

R: To na to nemělo vliv. I před zahájením projektu jsme se s FOKUSEm domlouvali o tom, který klient by profitoval ze zapojení např. zdravotní sestry, kdo by profitoval z intenzivnější ambulantní péče psychiatra. Jediné, co identifikuji jako přínos, je, že začal v týmu figurovat psycholog, což byla podmínka projektu. Šlo o složitou podmínku, protože klinických psychologů je jako šafránu.

T: Jak byste přínos klinického psychologa popsal?

R: Přínos je psychoterapie, psychoterapeutická práce, která se ukázala jako důležitá. Má to smysl a pacienti z toho profitují.

T: Můžete popsat přínos vzniku CDZ pro region jako takový (například v komunikaci s městem, krajem, složkami integrovaného záchranného systému)?



R: Naráželi jsme zde na určitou obavu, resp. předpojatost představitelů města např. v přidělování bytů lidem s duševním onemocněním a možná, že posun začínal být v náhledu, že by to pro město nemusel být „riskantní podnik“, když bude zřejmé, že daného člověka má v péči CDZ.

T: Jde o budování důvěry prostřednictvím komunikace a vysvětlování funkce CDZ?

R: Ano. Z pozice města je to o tom, že „bude někdo, kdo na dané lidi dohlédne“. Úředníci nepřemýšlejí v duchu „recovery“. Ale konečný dopad je pro pacienty dobrý.

T: A je něco, co CDZ přineslo pro nemocnici?

R: Možná bych řekl, že to přineslo větší seznámení s Reformou jako takovou, s filosofií CDZ. Měli jsme asi 2 semináře pro personál (úvodní – teoretický a pak kazuistiky, v nichž jsme se snažili ukázat fungování multidisciplinárního týmu).

T: Co byste doporučil pro podporu vzniku nových CDZ?

R: Určitě si opravdu důkladně promyslet veškerou problematiku předem a poskytnout týmům CDZ nástroje, aby mohly splnit stanovené požadavky.

T: Nástrojem myslíte např. nastavení K-dávky? Máte i jiný příklad?

R: Ano, například K-dávky. My jsme pak naráželi např. v komunikaci s pojišťovnou. Stávalo se, že něco bylo ohledně zdravotních výkonů domluveno, ale vůbec to nebylo reflektováno pojišťovnou. Setkání se pak účastnil i p. Mrázek jako vysoký představitel VZP, kdy on něco na jednání slíbil, ale nedoputovalo to na pobočku (spadáme pod Brno) a v důsledku toho nám pojišťovna některé výkony neproplácela, i když bylo domluveno, že např. změna frekvencí je povolena. Připadalo mi, že tok informací mezi jednotlivými zainteresovanými subjekty neprobíhá tak, jak by měl. Doporučoval bych tedy zlepšit vzájemnou komunikaci a průtokovost informací (aby to, co se „nahore“ domluví, doputovalo i dolů do poboček).

T: Co byste doporučil pro to, aby se udržela ta CDZ, která už vznikla? Byl jste zapojen do jednání se zdravotními pojišťovnami o tom, jak bude financována zdravotní složka péče v CDZ po ukončení financování z ESF? Máte informace, zda stanovené nastavení financování pokryje náklady?

R: Co vím, tak prostředky na zdravotní část CDZ by měly výdaje pokrýt; takovou jsem dostal informaci od vedení. K tomu ale doplním, že je to stále jen projekt pojišťovny na 1,5 roku, není tam finanční jistota pro období poté. Postoj pojišťovny je, že nyní to budou 1,5 roku financovat a pak dojde ke kontrole a možná k přehodnocení.

T: Mělo by tedy doporučením být omezit dočasnost finančních zdrojů ze zdravotních pojišťoven?

R: Ano.

T: Máte ještě nějaké doporučení, co by pomohlo k lepšímu ukotvení a fungování CDZ?

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

T: Podařilo se CDZ v Havlíčkově Brodě mít dostatek pacientů/klientů?



R: Kritéria, která jsme měli naplnit, jsme naplnili. Dokonce jsme přesáhli požadavky projektu.

T: Máte ale za to, že byli další pacienti, kterým by CDZ mohlo prospět?

R: Určitě. Výzvy ze strany ambulantních psychiatrů by mohly být častější. Vlastně právě proto, že my jsme si stanovili tu službu jako průchozí, akutní, nikoli jako chronickou. Až na pár výjimek velmi těžkých pacientů, u nichž jsme se shodli na tom, že péče CDZ je na řadu let, u většiny pacientů měla péče nějaký začátek a také jsme měli představu konce péče. A u řady lidí jsme péči také ukončili a předali jsme je do ambulancí a sociálnímu týmu, někdo šel jenom do ambulance (sociální potřebnost tam nebyla). Aby tato průtokovost byla zachovaná, musí mít CDZ přísun nových pacientů.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondent popisuje, že potřeba sladění mentalit sociálních a zdravotních pracovníků je něco, čemu je nezbytné věnovat pozornost, a není to snadno řešitelné. Zároveň ale uvádí, že vzájemná spolupráce a poznávání kolegů z lidské stránky v průběhu času mají na sladění pozitivní dopad.
2. Respondent uvádí, že CDZ může pomoci snížit obavu zástupců města ze skupiny osob s duševním onemocněním, kteří jsou propouštěni z hospitalizace a pokud nemají jiné možnosti, zůstávají na území města; CDZ by mohlo působit jako subjekt, který se o tyto pacienty/klienty postará (díky komplexnějšímu rozsahu poskytované péče).
3. Bylo identifikováno, že na straně ambulantních psychiatrů není vždy motivace upozornit CDZ na pacienty, jejichž stav/situace by si zasloužila komplexnější a intenzivnější péči, tj. vstup této osoby do péče CDZ. Respondent navrhl, aby MZd tento podnět vůči ambulantním psychiatrům komunikovalo ze své úrovně.

4. Rozhovor s klinickým psychologem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	26. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho v CDZ v Havlíčkově Brodě působíte?

Respondent (R): Já tam v současné době už nepůsobím. V CDZ jsem pracovala od ledna 2019 do konce března 2020, což je zhruba po dobu trvání projektu. Od 1. dubna 2020 jsem se vrátila do Psychiatrické nemocnice na lůžkové oddělení.

T: Jak dlouho působíte v poskytování péče osobám s duševním onemocněním?

R: V Psychiatrické nemocnici pracuji od roku 2001 a po celou dobu pracuji na primariátě 6, což je takové doléčovací, rehabilitační oddělení převážně pro pacienty s psychózou. Věnuji se psychoterapii, rehabilitaci lidí se závažným duševním onemocněním.

T: Jak potřebné podle vašeho názoru bylo, aby CDZ v Havlíčkově Brodě vzniklo?



R: Spolupráce se sociálními službami fungovala už před tím. Ještě před vznikem CDZ fungovaly nějaké multidisciplinární týmy, které se scházely. Já sama jsem CDZ vnímala jako vysoce specializovanou službu cílenou na úzký segment pacientů; jako pokračování těch dříve započatých činností multidisciplinárních týmů.

T: Vnímala jste, že CDZ přináší něco navíc oproti už fungující rozšířené psychiatrické ambulanci?

R: Hlavní parametr navíc je psycholog v týmu CDZ. Dále bych řekla, že kontakt mezi pracovníky zdravotní složky a sociální složky je v CDZ intenzivnější, než byl v rozšířené ambulanci.

T: Jak jste vnímala první měsíce fungování CDZ?

R: V podmínkách CDZ je psycholog problematická věc. Myslím si, že to vyžaduje vysvětlení. V projektu bylo vyžadováno, aby v CDZ působil klinický psycholog s funkční specializací v psychoterapii. To je ale kvalifikace, která je velmi obtížně naplnitelná. Obecně je problém, že klinických psychologů je málo, protože po absolvování fakulty si málo lidí volí klinickou profilaci z důvodů zejména finančních a také z důvodu dalšího náročného studia. (Je zde velmi náročná pětiletá příprava, než se člověk stane klinickým psychologem - pokud složí atestační zkoušku.) A velký problém je s funkční specializací v psychoterapii, protože je to kvalifikace, která v současné době neexistuje. Dříve to bývala nástavbová atestace (druhá atestace) nad atestací z klinické psychologie a mohli si ji dělat jak psychiatři, tak kliničtí psychologové. Problém je, že tato atestace byla pro lékaře zrušena už v roce 2016, pro klinické psychology v roce 2018. Pak nastalo vakuum, kdy vůbec nebylo možné tuto atestaci dělat. Lékaři si ji nemohou dělat nadále, s klinickými psychology je to tak, že existuje něco, co se jmenuje atestace v psychoterapii a tato atestace by měla nahrazovat tu funkční specializaci. Problém je ale, že tento vzdělávací program vešel v platnost teprve na konci ledna letošního roku. To znamená, že atestovat nadále nelze, protože nejsou školící pracoviště a nejsou školitelé. Nyní jsme ve fázi, kdy je jakési přechodné období do roku 2023, kdy se očekává, že lidé, kteří mohou přistoupit ke zkoušce, si tuto kvalifikaci nějak udělají, stanou se školiteli a teprve pak se celý systém rozběhne. To znamená, že je to otázka několika let. V nemocnici jsme tedy museli velmi přemýšlet, jak to uděláme. Já sama požadovanou funkční specializaci v psychoterapii nemám. Jsem klinický psycholog, ale stanovenou atestaci nemám. Mám psychoterapeutické vzdělání, ale to je trochu něco jiného. Museli jsme vymyslet model, kdy jsem úvazek sdílela s dalším klinickým psychologem, což je už starší kolega, který stanovenou funkční specializaci má z dřívějších dob. Toto je podle mého velký problém. Víím, že zdravotní pojišťovny s tím operují, ale tato kvalifikace opravdu neexistuje. My jsme na to naráželi a nějak jsme to vyřešili, ale myslím, že by bylo dobré, aby toto bylo řečeno.

T: Komunikovali jste o tomto konkrétním problému s Ministerstvem zdravotnictví a s jakým výsledkem?

R: My jsme o tom komunikovali, i když ne přímo já. Z informací, které o tom mám, jsem pochopila, že bylo důležité CDZ zřídit a že na uvedený problém úplně neslyšeli. Problém ovšem je, že personální požadavek stále trvá. Nové pouze je, že v „ostrém provozu“ už není tento kvalifikační požadavek vázán na osobu klinického psychologa, takže nyní jsme to vyřešili tím, že psychiatr v CDZ funkční specializaci má. Jako problém vnímám, že to musí být vždy lidé, kteří si atestaci dělali před rokem 2016. Já třeba osobně mám pochybnosti nad tím, zda člověk, který působí v CDZ, musí být klinický psycholog. Chápu, že je tam sám, takže to musí být člověk s určitou zkušeností, ale osobně se domnívám, že by stačilo, kdyby to byl člověk v předatestační přípravě, který má ukončený kmen, tzn. po 3 letech. Byl by pod supervizí, ale myslím si, že by to stačilo. Já si skutečně myslím, že 3 roky přípravy na lůžkovém oddělení



by měly stačit na to, aby člověk byl schopný samostatně fungovat; zvláště když v CDZ funguje hodně dohromady celý tým.

T: Uvedla byste ještě nějakou komplikaci z prvních měsíců pilotního provozu CDZ?

R: Vnímala jsem, že to byl docela chaos. Pokud to dobře chápu, dosud chybí legislativní/právní rámec, jsou problémy s úhradami od pojišťoven atd. To jsou ale věci, které by Vám lépe popsali další lidé z CDZ.

T: Jakým způsobem jste nastavili spolupráci mezi zdravotní složkou a sociální složkou péče v CDZ? Jak se dařilo pracovat multidisciplinárně?

R: Myslím, že to je o sblížení pohledů a že není ideální, když jsou v CDZ 2 hlavy. Myslím, že jedno vedení by bylo výhodou. V CDZ jsem hodně vnímala, že ty 2 světy jsou jiné. Svět lidí, kteří pracují v sociálních službách, a svět lidí, kteří pracují ve zdravotnictví, ten celkový pohled na pacienta se liší. A to od takových věcí, zda je duševní nemoc, anebo je to určitá sociální kategorie apod. Byla spousta diskuzí na toto téma. Ale myslím, že to je otázka času, vývoje a postupného sladování. V CDZ jsem vnímala pnutí ve smyslu „kdo to bude řídit“, což si myslím, že není příliš na místě. Domnívám se, že by to mělo být o tom, že každý jsme odborník na něco, vzájemně se respektujeme a doplňujeme. A to podle mého názoru chce čas.

T: Víím, že jste absolvovali semináře/workshopy na téma multidisciplinarita. Tyto aktivity vnímáte jako užitečné?

R: Možná do nějaké míry ano. Ale myslím si, že to je hodně o tom si věci vyjasnit v lidské rovině a že to není o tom, jestli na prvním místě budou sociální pracovníci nebo zdravotníci. Podle mého je podstatné, že i když jsou naše pohledy odlišné, je dobré se na věcech domlouvat. On se liší už ten základní pohled. V CDZ jsme měli velmi často problém se domluvit na tom, že ti lidé opravdu mají nějaké onemocnění. To, že řekneme, že duševní nemoc je nemoc, která má nějaké příčiny, klinický obraz, vývoj, neznamená, že daného člověka nevratně stigmatizujeme nebo ho ponižujeme v jeho lidské důstojnosti. Je to podle mě o tom, že člověka vnímáme jako člověka, zároveň je to člověk, který má určitá omezení a v rámci těch omezení je obrovský prostor toho, co se dá dělat. Mně přišlo, že je ze strany sociálních pracovníků velký strach říci, že ti lidé jsou nemocní. Opravdu si myslím, že sladování v tomto bodě je otázka dlouhé doby a společného vývoje.

T: Napadá vás něco, co se v CDZ naučili zdravotníci od sociálních pracovníků?

R: Myslím si, že náš pohled také může být úzký. Může být, že máme tendenci vidět pouze omezení. Když pracujete jen s lidmi, kteří jsou hospitalizovaní, může vám to pohled zkreslit (na to, co lidé reálně ve svém životě zvládnou). Myslím tedy, že je fajn si uvědomit, že někdy je péče možná až příliš.

T: Můžete popsat spolupráci v týmu CDZ na příkladu jednoho klienta? Kdy se do intervence zapojuje klinický psycholog?

R: Klinický psycholog v týmu působí v rámci porad, resp. tak to alespoň bylo v době, kdy jsem v CDZ působila. Role psychologa spočívá v tom, že dělá s klienty individuální psychoterapie. Když se dohodneme, že je potřeba psychologické vyšetření, děláme psychologické vyšetření, případně i ve formě výjezdu. Indikace klienta je spíše na dohodě lékaře se sociálním pracovníkem. Myslím, že je výhoda, když je psycholog v týmu CDZ. Díky tomu klienti dostanou i psychoterapeutickou péči, kterou by za běžných okolností neměli.

T: Vnímám správně, že psycholog je trochu stranou a do jisté míry „ve druhé vlně“?



R: Asi ano, asi by se to tak dalo říct. Nicméně v rámci komunikace v CDZ hlas psychologa zaznívá, když jsou diskutovány jednotlivé případy.

T: V čem konkrétně se práce psychologa v CDZ odlišuje od běžné praxe na lůžkovém oddělení? Jak velký podíl v rámci Vaší práce představovaly výjezdy do terénu?

R: My preferujeme model, že pacienti chodí do Centra. Výjezd za pacientem do domácího prostředí se občas děje, ale je to velká časová investice (dojet, strávit s pacientem hodinu, pak se vrátit). Takže se spíše s pacienty domlouváme, aby přijeli, a pak je to klasická hodina individuální psychoterapie, případně v kombinaci s nějakou edukací podle toho, jak je potřeba. Proto si představuji, že je to podobné, jako když člověk pracuje v ambulanci, ale rozdíl je v tom, že klienti CDZ nejsou typičtí klienti ambulance klinického psychologa, protože lidé z tohoto diagnostického okruhu běžně na psychoterapii nechodí. To tedy vnímám jako bonus.

T: Nechodí, protože tyto služby nejsou dostupné finančně nebo místně?

R: Myslím, že je více důvodů. Pokud psycholog má smlouvu se zdravotními pojišťovnami, tak finančně dostupné to je. Ale pokud pracuje na cash, tak jeho služby finančně dostupné nejsou. Pak je ještě druhá věc. Pacienti např. se schizofrenií nejsou obecně příliš motivovaní k systematické psychoterapeutické práci. Vyžaduje to, aby si domluvený termín pamatovali. Často se stávalo, že nepřišli. V takovém případě jsme volali a zjistili jsme, že třeba zaspali. Myslím, že toto by v běžné ambulanci dlouhodobě nešlo. Protože v ambulanci musí psycholog mít výkony, aby se uživil. V CDZ ještě stále nevíme, zda se uživíme, to se teprve řeší. Ale myslím si, že toto je jedna z věcí, kterou je potřeba vidět. Tedy že ti lidé nepřijdou, my jim zavoláme, chvíli si s ním promluvíme po telefonu, ale schůzku musíme zrušit, protože pak už máme někoho dalšího. Ta nespoupráce často není způsobena tím, že klient nechce spolupracovat. Často je to z podstaty dané nemoci. Hodně pacientů se schizofrenií má množství negativních příznaků, mizí jim vůle, motivace, schopnost exekutivních funkcí, schopnost věci zorganizovat, naplánovat, určitý tah na branku; což k té nemoci patří. A dostavit se každý týden na hodinu psychoterapie vyžaduje určité plánování.

T: Má vznik CDZ vliv na fungování dalších psychologů v regionu?

R: To si myslím, že úplně ne, protože klientela CDZ je úzce vymezená. Tím, že jde o pacienty se SMI, to vlastně nejsou běžní pacienti psychologů, proto bych řekla, že jedeme spíše paralelně.

T: Jak vnímáte přínos CDZ pro nemocnici?

R: To nedokážu říci. Pro nemocnici je to, že je zřizovatelem CDZ (resp. její zdravotnické části), trochu těžká situace, protože ho musíme saturovat personálně, což je problém. Nemocnice sama má personálu málo. Spolupráce se sociálními službami probíhala i před vznikem CDZ, protože my potřebujeme pro pacienty venku nějakou návaznou péči. Jedná se o nemoci, které jsou chronické, ti lidé potřebují podporu celý život. Samozřejmě je v našem zájmu, aby měli kam jít, měli ambulantního psychiatra, měli kde bydlet, měli přiměřenou práci apod. Možná CDZ může působit jako článek mezi.

T: Co CDZ přineslo klientům? Vidíte nějakou jeho přidanou hodnotu?

R: Myslím si, že ano. Jde o kategorii pacientů, která potřebuje intenzivní péči. A myslím, že když do systému péče přibude další segment, tak je to dobře. Myslím, že přínos je, že mohou využívat i psychoterapeutické služby. Domnívám se, že idea CDZ je v zásadě opravdu dobrá, problém je ale v tom, že je to taková „třešnička na dortu“. Je to vlastně velmi drahá, velmi exkluzivní péče pro velmi



málo lidí. A problém je, že – když jsem říkala, že to je „třešnička na dortu“ - si nejsem jistá, jestli ten dort existuje. Nejsou ambulantní psychiatři. Když jsem se nyní vrátila na lůžkové oddělení, tak to znovu vidím. Sháníme propouštěným pacientům ambulantní psychiatry, protože jsme zjistili, že pacienti sami nemají šanci, všichni psychiatři mají plno. Další problém je, že je k dispozici málo chráněného bydlení, že je málo chráněných pracovních alternativ, do kterých by mohli jít a které by byly pro ně „tak akorát“. Často je Centrum v pozici, kdy „fajn, existuje CDZ, ale co dál“. Myslím, že to je dobrý nápad, ale bylo by dobré, kdyby i „to okolo“ fungovalo, aby ti lidé mohli dostat péči, kterou zrovna potřebují. A to se mění podle věku, fáze nemoci, jejich životní situace.

T: Vnímáte nějaký přínos CDZ pro město?

R: To nejsem schopná říct.

T: Co by se mělo změnit pro budoucí CDZ? Máte nějaká doporučení na úpravy kromě té specializace klinického psychologa, kterou už jste popisovala?

R: Určitě bych doporučovala zvážit personální standardy. To je z mého pohledu důležité. Pak by podle mého bylo vhodné dát CDZ nějaký jasný rámec a vyjasnit úhrady. Já tu péči vnímám jako velmi exkluzivní a velmi nákladnou, protože pacientů je relativně málo a v CDZ je velký tým specializovaných lidí, který se o ně stará. Je to podle mě drahé a myslím, že by se mělo vyjasnit, jak to bude fungovat.

T: Máte nějaká doporučení pro úpravy pravidel pro CDZ, která už vznikla a působí už bez prostředků ESF (kromě vyjasnění úhrad, protože právě tato CDZ jsou závislá na prostředcích od zdravotních pojišťoven)?

R: Myslím, že úplně nejlepší by bylo, kdyby se zachovala stávající péče, k tomu se vytvořila dobrá síť v terénu a nechalo se to vyvíjet. A uvidělo by se, co se osvědčí a co ne. Vnímám trochu jako problém, že psychiatrické nemocnice zřídily CDZ, bylo jim to nařízeno, musely to personálně zasaturovat, zároveň je tam úvaha o rušení lůžek. Domnívám se, že to by se mělo ukázat časem, zda bude menší potřeba lůžkové péče, budou-li služby v terénu dobře fungovat. Já z toho mám dojem, že zrušíme lůžka a zavedeme novou formu služby, aniž bychom věděli, jestli to pak bude v pořádku a zda lidé péči opravdu dostanou. Když máte člověka se závažnou duševní nemocí, myslím si, je třeba to vnímat jako něco, co lze léčit, ale nelze vyléčit. I nemoc samotná má vývoj, člověk prochází určitým vývojem. Bylo by fajn, kdyby byly různé služby, které by daný člověk mohl – podle toho, co zrovna potřebuje – využít. Aby v té šíři byla jak CDZ, chráněné bydlení, psychiatrické ambulance, tak ale i třeba lůžková péče pro lidi, které nemoc handicapuje natolik, že už chráněné bydlení nezvládnou. Podpora venku, i kdyby byla sebeintenzivnější, tak oni ji už nevyužijí; a takoví lidé jsou také. Velký problém, o kterém se nehovoří, jsou tzv. duální diagnózy. Sousta pacientů, kteří mají schizofrenii, mají paralelně k tomu závislost nebo nějakou formu škodlivého užívání. Bylo by výborné, kdyby pro tyto lidi fungovaly nějaké komunity. V celé ČR ovšem fungují jen 2. CDZ tedy vnímám pozitivně, ale postrádám další segmenty péče.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondent vyjádřil, že požadavky na kvalifikaci klinického psychologa považuje za nevhodně nastavenou. (Konkrétní požadovanou funkční specializaci nemá dostatečně mnoho klinických psychologů, navíc by podle ně práci v CDZ kvalifikovaně odvedl i pracovník v předatestační přípravě.)



2. Respondent negativně vnímá, že CDZ je zřizováno (a tudíž i řízeno) dvěma subjekty. („... není ideální, když jsou v CDZ 2 hlavy. Myslím, že jedno vedení by bylo výhodou.“)
3. Respondent popsal odlišné pohledy zdravotníků a sociálních pracovníků, přičemž školení v multidisciplinárním přístupu považuje za vhodné a potenciálně přínosná, nicméně jako jedinou opravdovou cestu k zajištění souladu pohledů vnímá dlouhotrvající komunikaci.
4. Péči poskytovanou CDZ respondent vnímá jako velmi exkluzivní pro malou skupinu pacientů. Uvádí, že doplňování segmentu péče je zcela v pořádku, ale současně vyjadřuje obavy, že v systému chybí návazné služby (např. bydlení pro klienty, dostatečný počet ambulantních psychiatrů).

5. Rozhovor se zdravotní sestrou CDZ

Identifikace CDZ	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	25. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho pracujete v CDZ?

Respondent (R): V CDZ působím od jeho počátku, tj. od srpna 2018.

T: A obecněji, jakou máte zkušenost s péčí o osoby s duševním onemocněním?

R: V nemocnici jsem jako zdravotní sestra pracovala už od roku 1997. Je to 19 let v lůžkové péči, potom od roku 2015 mě, v rámci Reformy psychiatrické péče, vedení požádalo o zapojení do poskytování péče v terénu; působila jsem v chráněném bydlení. Teď je to tedy cca 5 let, co se pohybuji ve službách na zdravotně-sociálním pomezí v terénní péči.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby CDZ v Havlíčkově Brodě vzniklo?

R: My jsme s partnerskou organizací, FOKUSem Vysočina, o vzniku CDZ mluvili delší dobu. Od roku 2016 jsme měli terénní ambulanci, ve které došlo k propojení nemocnice a FOKUSu Vysočina. FOKUS Vysočina poskytoval sociální část péče, nemocnice pak tu zdravotní. Přes chráněné bydlení pak přibyla kolegyně, která pracovala v komunitním týmu FOKUSu Vysočina. Už před vznikem CDZ jsme tedy měli nastavenou určitou spolupráci a ta fungovala. Konečný impulz ke vzniku CDZ ale nešel od nás, ale spíš to bylo - nechci použít tvrdé slovo – příkazem Ministerstva zdravotnictví. Tomuto příkazu jsme se museli velmi rychle přizpůsobit, bylo to velmi stresující a nerada na to vzpomínám. Začátky byly dost hektické. Nařízení vyplývalo z toho, že jsme měli v Havlíčkově Brodě spolupráci už nastavenou, bylo to označováno jako „vysoká připravenost“. Takže i když jsme zastávali názor, že nepotřebujeme nic doplňovat, že spolupráce nemocnice a FOKUSu funguje, tak jsme museli začít vytvářet CDZ.

T: Je to tedy tak, že podle Vás rozšířená psychiatrická ambulance v zásadě pokrývala to, co jste společně (nemocnice a FOKUS Vysočina) chtěli dělat, a CDZ jste začali naplňovat kvůli příkazu ministerstva, nicméně nevnímali jste vznik Centra jako nutně potřebný?

R: Asi tak bych to řekla. Prakticky jediné, co se po vzniku CDZ zprvu změnilo, bylo, že jsme se velmi rychle sestěhovali do společných prostor. Prostory jsou podle mého názoru menší, než bychom pro



tým CDZ potřebovali, ale bylo to v rámci snahy rychle vyhovět požadavkům. Měli jsme obrovskou podporu ze strany nemocnice, díky tomu se nám CDZ vytvářelo dobře. Zejména v tom stresujícím období se podpora nemocnice velmi hodila. Ale nebylo to tak, že by se kvůli vzniku CDZ měnily pracovní postupy nebo práce s klientem atd.

T: Co ještě byste uvedla k otázce, jak CDZ v Havlíčkově Brodě vznikalo (kromě sestěhování)? Vybavujete si nějaké komplikace na počátku fungování CDZ?

R: Zpočátku projektu jsme řešili praktické věci: dotahovat systémy, zabydlet se. Co se týká týmových věcí, péče o klienta, to nám „zůstalo“, v tom jsme měli jasno (jak pracovat). Bylo to do jisté míry stresující období, protože jsme všechny klienty zadávali do systému CDZ, resp. převáděli jsme je do tohoto projektu. Klientů bylo poměrně dost. Zpočátku jsme se potýkali s takovými jen velmi základními informacemi o projektu; velká část věcí nám nebyla úplně jasná, průběžně se to měnilo, nemělo to úplně strukturu/řád. Dlouhou dobu jsme ani nevěděli, kdo nám má radit (kdo je metodikem pro naše Centrum). Sháněli jsme různé informace, např. jak vykazovat K-dávky. Bylo to hodně problémové období, kdy to bylo, řekla bych, roztříštěné. Týká se to i setkávání týmů CDZ; jedno setkávání bylo formální, druhé neformální. Bylo fajn, když se to později spojilo do jednoho. Dozvídali jsme se spoustu informací, které následně už neplatily. Stresující to tedy bylo zejména v tom, že jsme nevěděli, o co se opřít. Možná je to tím, že jako zdravotník nejsem zvyklá pracovat v projektech. Pro někoho, kdo je zvyklý pracovat v projektech, to třeba bylo jednodušší. V našem Centru to výrazně táhla kolegyně na pozici „specialista CDZ“. Období na počátku tedy bylo náročné a myslím, že si tím nyní procházejí i aktuálně vznikající CDZ, tedy že ta neujasněnost stále trvá, resp. možná 1/3 se vyjasnila, ale zbytek nikoli.

T: Je to tak, že každé CDZ si musí v projektu poradit hodně samostatně?

R: Ano, každé CDZ to má jinak, není jednotný tvar, není jednotná metodika, jak to dělat. K dispozici je základní rámec a každé CDZ jej naplňuje podle toho, jak to konkrétní oblast potřebuje. Týmy CDZ jsou si podporou navzájem. Co jsem počítala, v Brodě jsme uvítali asi 14 stáží z různých jiných CDZ (resp. organizací, které se připravovaly na založení CDZ). Některé návštěvy byly i opakované. Proběhlo u nás velké setkání zdravotních sester. Hodně na stáže k nám chodili zaměstnanci léčebny (staniční sestry, lékaři). Snažili jsme se co nejvíce propojovat, vzájemně se informovat v regionu i mezi CDZ. Docházelo tedy k postupnému předávání si zkušeností. V průběhu času jsme něco poupravovali, něco fungovalo více, něco méně.

T: Mohla byste, prosím, uvést příklad toho, co fungovalo dobře a co méně?

R: Příklad horšího fungování je neurčitost rámce, jak má CDZ vypadat, ta mnou už uvedená roztříštěnost informací.

T: Máte na mysli roztříštěnost informací poskytovaných Ministerstvem zdravotnictví?

R: Ano, od Ministerstva zdravotnictví směrem k provozovatelům CDZ. V rámci našeho CDZ komunikace probíhala velmi dobře. V rámci fungování se slaďovaly trochu odlišné pohledy zdravotní a sociální.

T: Nebyly komplikace s obsazením pracovních pozic v CDZ, konkrétně dle Vaší specializace, s obsazením pozic zdravotních sester?

R: To zajišťovala hlavní sestra nemocnice. Myslím, že v tom nebyl zásadní problém. Zdravotníky pro CDZ jsme díky opravdu dobré politice hlavní sestry získávali dobře. Sestřičky hodně zajímala



bezpečnost práce s osobami se SMI v terénu. Ale to jsme si vysvětlili, resp. ukázali. Jedna sestřička měla zájem i sama, sama se nabídla. Všechny sestřičky práce v CDZ baví a jsou takto spokojené. Trochu komplikace bylo sehnat klinického psychologa. Klinických psychologů je velmi málo. Díky nemocnici CDZ ale nakonec kritérium zapojení klinického psychologa do týmu naplnilo.

T: Vraťme se zpět k tématu, které jste už zmínila, a to k odlišné mentalitě pracovníků v sociální a ve zdravotní části péče. Jakým způsobem probíhalo jejich sladování a co se Vám v tomto směru osvědčilo?

R: Osvědčuje se mít společné supervize, společné vzdělávání. Měli jsme vzdělávání zaměřené přímo na multidisciplinaritu dále jsme společně procházeli různými kurzy, např. na témata recovery, motivační rozhovory, metodika CARE. Všude tam jsme se nějakým způsobem více poznávali na osobní rovině, sladovali jsme si svoje představy o tom, co je cílem práce kolem klienta. Odlišné názory podle mého vyplývají z 2 různých pohledů, zdravotníci se snažili více pochopit a přiblížit se pohledu sociálnímu, rozvolnit možná tu naši zodpovědnost, nechat věci víc plynout, sociální pracovníci se naopak snažili více naslouchat tomu, že je důležité zaměřit se i na somatiku klienta, že to není jenom o přání klienta a že zotavení je jakýsi komplex, ve kterém má významnou roli také ta zdravotní část. Když je klient zahlcen svou nemocí a není mu dobře, tak nemůže spolupracovat na nějakém svém přání. Sladování se tedy dělo společnou komunikací na poradách, na kurzech a také navázáním bližších osobních vztahů v týmu. Díky tomu jsme časem věděli, kdo, co a jak vnímá a proč. Myslím, že týmově se to podařilo velmi dobře.

T: V čem se podle Vás odlišuje práce v multidisciplinárním týmu od běžné praxe?

R: Spolupráce je daleko intenzivnější. Je to denní setkávání se na poradách, kde se probírá situace klientů. Propojujeme zdravotní a sociální pohled na klienta, pracujeme ve dvojici. Každý člen týmu do práce vnáší svou odbornost, svůj pohled na problém klienta. Je zde i vzájemná podpora v rámci týmu v situacích, kdy nevíme, kam se dál posunout.

T: To, co jste teď uvedla, vnímáte pozitivně? Šlo by na to nahlížet i jako na komplikace a zvyšování náročnosti poskytování péče či prodlužování reakční doby.

R: Mě to nezdržuje. Není to nic, co by mi bylo nepříjemné, v čem bych se necítila dobře. Myslím si, že práce ve dvojici má velký význam pro nás i pro klienty. Také je zde důležitá vzájemná zastupitelnost.

T: Co pro zdravotní sestry znamená to, že CDZ mají limit minimálně 50 % péče poskytované v terénu?

R: Zpočátku, jak už jsem říkala, tam byly obavy kvůli bezpečnosti. Jsou tam, z mého pohledu, 2 rozdílné věci. Více se dostaneme do prostředí, ve kterém klient žije. I když to někdy není hygienický standard (na to jsme si museli zvyknout; v nemocnici to přece jen má jiná pravidla, je tam větší čistota), jde o prostředí klienta, kde žije, a to nám dokresluje obrázek o jeho životě. Více jsme za volantem, jsme v terénu za každého počasí. Je to součást naší práce. Myslím, že to nikomu z nás nevádí. Je to jiné, ale myslím si, že nám to všem vyhovuje.

T: Klade práce v CDZ na zdravotní sestru specifické nároky oproti práci v psychiatrické nemocnici?

R: Je to intenzivnější práce. Schůzky jsou většinou hodinové. Je potřeba určité individuality, kreativity. Práce s klientem je více založena na budování vztahu, je tam práce s jeho motivací. Možná je to v něčem složitější; nemáme nástroje pro situace, kdy klient nechce užívat léky; v takových případech je to o práci s jeho motivací. Více známe příběh klienta. V nemocnici se člověk seznámí jen s výsekem života klienta, navíc je to výsek, kdy se zrovna nalézá v horším zdravotním stavu. V ten okamžik



klientům není dobře a po zaléčení z nemocnice odcházejí. Při práci v CDZ vidíme situaci klienta komplexněji, máme povědomí o tom, kdo byl, a také, kam chce směřovat. A to je něco, co mě v práci baví a také mi to hodně pomáhá. Zároveň je to ale náročnější. Máme třeba 3 – 4 schůzky denně, každá vyžaduje se hodinu soustředit a poskytovat psychoterapeutickou podporu.

T: Stalo se ve Vašem CDZ, že některá sestra poté, co získala zkušenost u Vás, usoudila, že jí tento způsob práce nevyhovuje a lépe se cítí v tom standardu, který je v nemocnici?

R: Z našeho týmu takto nikdo neodešel. Samozřejmě bychom to měli rádi někdy více strukturované, ale to je asi jen zbožné přání. A ani v lůžkové péči se nedá všechno úplně plánovat.

T: Jak vnímáte přínos CDZ pro oba jeho zřizovatele?

R: Já si netroufám říci, co to přineslo FOKUSu Vysočina. Co se týká nemocnice, té to přineslo určité bližší setkání s reformou psychiatrické péče, s filosofií CDZ. Myslím, že to přineslo také to, že nemocnice se může na CDZ obrátit v okamžiku, kdy propouští klienta. Pracovníci nemocnice vědí, že díky CDZ budou klienti určitým způsobem zajištěni i v terénu. Přínos to tedy podle mého mělo v tom, že existuje mezislužba mezi ambulantní péčí a nemocnicí a tato mezislužba poskytuje klientům intenzivnější a komplexnější zdravotně-sociální podporu. Díky tomu nejde o přechod ve stylu, kdy po propuštění z nemocnice má ambulantní psychiatr možnost vidět klienta po 3 měsících. CDZ zajišťuje, že přechod je postupnější, a řekla bych, že se s nemocnicí shodujeme na tom, že tento způsob přechodu z hospitalizací je potřeba.

T: Jak byste popsala přínos CDZ pro klienty?

R: Pro klienty to určitě má význam. Setkáváme se s tím, že chceme klienty předat ambulantním psychiatrům (tedy že by CDZ už klientovi neposkytovalo podporu) a často se nám děje, že klienti nechtějí, tj. že klientům vyhovuje mít schůzky se zdravotní sestrou, se sociálním pracovníkem a že si v daný moment uvědomí, že v běžné ambulanci není moc prostoru a že stále ještě mají něco, co chtějí řešit. V CDZ máme klientelu, která vyžaduje intenzivnější péči, klienti potřebují služby na zdravotně-sociálním pomezí. Pokud je to klient, který potřebuje pouze sociální podporu, je předáván do komunitního týmu FOKUSu Vysočina. V případech, kdy je potřeba intenzivnější zdravotní péče, tak zde není k CDZ alternativa. Víme, že řada klientů by měla zájem o psychoterapeutické služby, o psychologickou podporu, ale ta je v regionu velmi nedostupná. CDZ tedy zaštiťuje i tuto potřebu a klienti nám dávají zpětnou vazbu v tom smyslu, že to jim velmi pomáhá.

T: Jak byste popsala vnímání CDZ jakožto nové služby ze strany ambulantních psychiatrů v regionu?

R: My jsme lékaře obcházeli. Děje se to pravidelně 2krát do roka. Spolupráce je navázána i historicky (komunitní tým FOKUSu Vysočina se už dříve setkával s ambulantními psychiatry). Troufám si říci, že lékařům se lépe komunikuje se zdravotníky. Myslím, že spolupráce ambulantních psychiatrů a CDZ má průběžně posun; už mají lepší povědomí o CDZ, vědí, jaké jsou možnosti CDZ, mluvíme o konkrétních případech. Myslím, že to chce trochu času a že se to bude dál vyvíjet. Někteří ambulantní psychiatři spolupracují lépe, jsou v předávání klientů aktivnější, od některých – nechci říci, že nespupracují; to nikoli, vždy jsou ochotní, můžeme s nimi situaci klienta konzultovat – klientů tolik neplyne. V poslední době se to zlepšuje, ale je to jakýsi proces, je potřeba si získat důvěru.

T: Měla byste nějaká doporučení pro CDZ, která už dokončila pilotní fázi provozu a fungují bez podpory z ESF?



R: Z mého pohledu by bylo vhodné, aby CDZ mělo pouze jednoho zřizovatele. Jedna hlava je lepší, bylo by to lepší pro řízení týmu. Dále se stále ještě vyvíjí nastavení financování CDZ, aktuálně jsme ve fázi projektu pojišťoven. Nevím, zda bych to označila jako doporučení, ale myslím si, že by bylo vhodné mít k dispozici jasnější informace o financování CDZ do budoucna.

T: A co byste na základě zkušenosti, kterou máte, doporučovala upravit pro CDZ, která teprve budou vznikat?

R: Já si myslím, že by velmi pomohlo, pokud by bylo jasně definované, co má CDZ poskytovat za péči; zda má jít o jakousi intenzivní službu nebo dlouhodobou službu. CDZ by také měla mít jasnou cílovou skupinu, aby se to nerozšířilo do diagnostických okruhů, které by Centrum už nestíhalo pokrývat. Víím, že jsou ambice mít několik týmů zaměřených na děti, na gerontopsychiatrii, adiktologii a to je teď personálně problém vytvořit. To, jak je naše CDZ nyní zaměřeno na osoby se SMI, vnímám jako vyhovující, a myslím, že bychom se toho měli i nadále držet. Problematiku adiktologickou a duální máme, potkáváme se s těmito tématy, je to náročnější práce a nedovedu si představit, že by se nám to mělo nějakým dalším směrem rozšiřovat. Myslím, že by bylo dobré zachovat, aby CDZ zůstal prostor pro péči o klienty, kteří jsou duševním onemocněním ohrožení. Vnímám, že je podstatné, abychom na toto měli v týmu kapacitu. Hodně bych dalším CDZ přála, aby měli jasněji dané financování a výkaznictví a aby mohli být klidnější, protože v procesu nastavování financování je podle mne neuvěřitelný zmatek.

T: Hovořila jste o cílových skupinách CDZ. Podle Vašeho názoru by bylo lepší mít pro dětské pacienty, pacienty adiktologické a gerontopsychiatrické samostatná centra?

R: Myslím si, že už je to příliš široká oblast a že by bylo lepší mít specializované týmy. Já nejsem dětská sestra a netroufám si úplně pracovat s dětmi. V Centru nemáme pedopsychiatra. Co se týká adiktologie, ta už se nám tady více prolíná, i když v týmu nemáme nikoho vyloženě specializovaného na adiktologii.

T: Ptám se proto, že v jednom z rozhovorů, které jsem absolvovala, jsem se dozvěděla, že rozšíření cílové skupiny o dospívající by mohlo být nástrojem, jak zvýšit využití CDZ v Brodě.

R: Já jsem v tomto opatrná a nedovedu si to představit. Dospívající jsou křehké osobnosti a znamenalo by to spolupráci s OSPOD a rodinami. Osobně si více umím představit pracovat se starší populací, kde je potřeba služeb na zdravotně-sociálním pomezí velmi vysoká. Přikláníla bych se spíše k tomu vyššímu věku než k tomu nižšímu (i když by samozřejmě velmi záleželo na vyspělosti daného dítěte.)

T: Je něco, co byste v CDZ změnila (uvnitř i směrem ven), aby se péče dařila z Vašeho pohledu lépe?

R: Uvnitř: Jak už jsem zmínila, byla bych ráda, kdyby to byl 1 zřizovatel. Navenek: Více bych ocenila spolupráci města, protože vnímám to, že naší snahou (i snahou nemocnice) je vracet klienty do domácího prostředí, a nejsou k dispozici byty/ubytovny. Je to hodně náročné a byla by potřeba k tomuto bodu nějaká komunikace. Dále si myslím, že bychom mohli mezi subjekty v regionu pokračovat v komunikaci, ve stážích, abychom se více poznali: lůžková péče, CDZ, sociální služby.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondent zmiňuje, že CDZ nemá jasné zadání (jaké služby poskytovat – zda dlouhodobé či intenzivní krátkodobé), negativně vnímá také nedostatek informací o požadavcích projektu v jeho úvodních měsících.



2. Dvojkolejnost vedení CDZ je vnímána jako negativum, za lepší řešení respondent označuje model, kdy CDZ provozuje pouze jeden subjekt.
3. Sladění zdravotní a sociální části multidisciplinárního týmu se podařilo velmi dobře, dobrou cestou k tomuto byly společné supervize, společné vzdělávání a zejména každodenní sdílení názorů na situaci a péči o jednotlivé klienty.
4. Přínos CDZ respondent vnímá zejména ve vyšší dostupnosti péče v regionu a zejména v zaplnění propasti mezi hospitalizací a standardní péčí v běžné psychiatrické ambulanci; CDZ dokáže poskytnout klientům komplexnější péči.

6. Rozhovor se sociálním pracovníkem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	19. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho pracujete v CDZ a měla jste s prací s osobami s duševním onemocněním zkušenost i před zahájením působení v CDZ?

Respondent (R): Já v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním pracuji celkem 5 let. V CDZ pracuji od jeho vzniku.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby CDZ v Havlíčkově Brodě vzniklo?

R: Já jsem to vnímala jako že to je hodně potřebná věc a těšila jsem se, až to vznikne. My jsme na tom pracovali hodně dlouho před tím, takže jsem se opravdu těšila a měla jsem velkou radost, že se to podařilo. A vnímala jsem velkou potřebu, aby ty služby byly zdravotně sociální, nebo sociálně zdravotní (to je jedno, jak to nazveme). My, jako sociální pracovníci nebo psychoterapeuti nezmůžeme tolik. Důležité je zapojení zdravotní sestry nebo klinického psychologa. Terapie v jeho podání je jiná, má to jiný přesah, než když to dělá sociální pracovník. I psychiatr v týmu je důležitý. Významné je, že jsme všichni spolu v týmu, že si informace předáváme, každý sdílí svůj pohled. Myslím, že ta služba se díky tomu více posunula, zprofesionalizovala. Myslím, že lidem to poskytuje komplexnější pomoc. A je také jednodušší zajistit klientovi hospitalizaci či ho doprovodit na hospitalizaci, lépe mu věci vysvětlit. Snažíme se zkracovat doby hospitalizací. A celkově se nám zdravotní věci lépe řeší díky tomu, že tým je multidisciplinární (rozhodně lépe než dřív).

T: Jak CDZ vznikalo? Jaká byla fáze před zahájením fungování a pak první měsíce?

R: Úplně na začátku jsme byli tým sociálních pracovníků, potom jsme postupně přibírali peer konzultanta a následně první terénní zdravotní sestru. Vznikla rozšířená psychiatrická ambulance. Měli jsme na oddělení 10 v areálu Psychiatrické nemocnice vyčleněný pavilon, kde nám byl umožněn vznik této rozšířené ambulance. Zde fungoval doktor a jedna sestra a spolupracovali velmi úzce s FOKUSEM. Přijímali do péče naše klienty, péče se lišila už tím, že doktor měl méně pacientů a mohl se jim více věnovat a i sestra chodila do terénu.

T: Mohla byste popsat přidanou hodnotu CDZ v porovnání s rozšířenou ambulancí?



R: Já si myslím, že podstatná je multidisciplinarita, tj. že se do týmu zařadil psycholog; nyní máme ještě specialistu na IPS zaměstnávání, máme peer konzultanty, máme více sester (jde o 5 úvazků sociálních pracovníků na 5 úvazků psychiatrických sester). Strašně moc dělá to, že jsme pohromadě v jedné budově. Díky tomu se můžeme scházet na porady. Každý den máme tzv. faktové porady, kde řešíme lidi, kteří jsou v krizové situaci, a v pondělí máme větší poradou, na které se probírá úplně vše (včetně vstupů, výstupů). Díky sestěhování můžeme práci dělat dohromady. To si myslím, že je nejdůležitější.

T: Jaké byly komplikace na počátku fungování CDZ?

R: Myslím si, že by bylo dobré, kdybychom byli samostatný právní subjekt. FOKUS je zaregistrovaná sociální rehabilitace a máme dohodu o spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí, nejsme jeden subjekt. Z toho plyne hodně potíží, co se týká rozhodování, tvorby metodiky, CDZ nemá jedno vedení, ale dvě vedení.

T: Mohli bychom si říct příklad potíží?

R: Když tvoříme metodiku, musí ji schválit ve FOKUSu garantka služeb a v nemocnici ji schvaluje jiná odpovědná osoba (snad vrchní sestra). Najít shodu obou osob není vždy jednoduché. Bylo by dobré, aby bylo zřejmé, kdo má to konečné rozhodovací slovo.

T: Nalezení prostor pro CDZ nebyl problém?

R: Byl to problém. Nevím, zda si to pamatuji dobře, ale myslím, že CDZ má předepsáno přes 400 či 420 m², a to byl docela problém najít vhodnou budovu.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu? Je kromě porad něco specifického, co u vás probíhá, aby fungovalo propojení zdravotní části a sociální části týmu?

R: Já bych řekla, že nic úplně specifického nepraktikujeme. Na začátku, při vstupu klienta, jsme domluveni, že vždy mapujeme danou nepříznivou situaci. Na tuto schůzku chodí sociální pracovník a psycholog nebo zdravotní sestra. Potom máme podmínku, že se klient objedná k doktorovi na komplexní vstupní psychiatrické vyšetření. Potom na poradě všichni vnášíme svoje stanovisko a máme dohodu, že se musíme shodnout, že daného člověka přijímáme. Porady tohoto typu fungovaly i ve FOKUSu před vznikem CDZ, po vzniku CDZ jsme do tohoto mechanismu zdravotníky zapojili.

T: Nenaráželi jste na něco, co by se dalo popsat jako odlišná mentalita pracovníků ve zdravotnictví a pracovníků v sociálních službách?

R: Ano, určitě. Sociální pracovníci v neziskovém sektoru jsou zvyklí pracovat úplně jiným stylem. Zdravotníci nejsou zvyklí na projekty, na skutečnost, že se věci budují od spodu, museli se přizpůsobovat a muselo to pro ně být těžké. Práce v terénu je také odlišná od působení na oddělení.

T: Co se osvědčilo, abyste odlišnosti v přístupech odstranili?

R: Na počátku byla pouze jedna zdravotní sestra a byla v tom ztracená, byla velmi sama. Dobré bylo, když sester začalo postupně přibývat, navzájem se podpořily. Tým je nyní vyvážený (5 úvazků na 5 úvazků). Pomohla také motivace, zdravotní sestry sdílí přesvědčení, že tato práce má smysl. Funguje komunikace případ od případu, vyjasňování individuálně a časem se kultura zlepšila/změnila.

T: Do jaké míry byste doporučila externí kurzy od odborníků na multidisciplinaritu?



R: Určitě, my jsme sami prošli 2 kurzy na klíč na multidisciplinaritu. Během nich jsme si popsali procesy budování týmu, to bylo důležité, doporučila bych to. Také k nám chodí metodik. FOKUS pracuje s metodou CARE, což je komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci, který se zaměřuje na silné stránky klienta. A zdravotníci jsou z podstaty zaměřeni na hledání problémů. My jsme se chtěli trochu přeučit, aby hledali i silné stránky, aby hledali, co naši klienti umí, co dovedou. Proto s námi absolvovali i tento kurz. Tyto věci hodně pomáhají.

T: Můžete popsat, v čem se práce sociálního pracovníka v CDZ liší od běžného fungování?

R: Sociální pracovník bez vazby na CDZ to má těžší v komunikaci s ambulantními psychiatry nebo psychology., resp. celkově s psychiatrickou nemocnicí. Myslím si, že to, že s námi spolupracují zdravotníci, hodně usnadnilo komunikaci tímto směrem. Zdravotní data se lépe předávají ve vztahu zdravotník zdravotníkovi. Vnímám lepší propustnost informací.

T: Co CDZ přineslo? Co přineslo FOKUSu jako zřizovateli?

R: Je to velký, významný krok v Reformě psychiatrické péče. FOKUS se provozováním CDZ přihlásil k odpovědnosti za region, což si myslím, že je dobře. FOKUSu CDZ přineslo to, že se můžeme starat o mnohem širší škálu lidí, že můžeme mít více klientů celkově, že se můžeme lépe a intenzivněji starat o lidi ze skupiny se SMI. Myslím, že by se i veřejnost mohla trochu uklidnit, že pro lidi, kteří propadají sítí mezi psychiatrickou nemocnicí a psychiatrickými ambulancemi, jsme tady my, abychom se o ně postarali a vyplnili tím určitou mezeru.

T: Co CDZ přineslo klientům?

R: Můžeme jim poskytovat péči mnohem komplexněji a intenzivněji. Dříve bychom garantovali 1 schůzku týdně, nyní můžeme garantovat 5 schůzek týdně.

T: Jaký je dopad na spádové území? Bavili jste se o vnímání CDZ se zástupci města nebo kraje?

R: My se snažíme o naši službě neustále informovat. Službu už znají poskytovatelé sociálních služeb i město a policie. Chodíme do škol a také informujeme složky IZS. Spolupráce se neustále prohlubuje. Město nás, myslím, nikdy nevnímalo moc pozitivně. Domnívám se, že mají pocit, že klienti – díky tomu, že jim poskytujeme službu – zůstávají ve městě; že tu zůstává více lidí, než by bylo nutné. Psychiatrická nemocnice má velkou spádovost a ti lidé si tady často zvyknou a díky tomu, že my jim zde poskytujeme službu, tak zde pak chtějí zůstat. Z tohoto důvodu nás město Havlíčkův Brod nevnímá úplně pozitivně., nicméně v rámci možností spolupracujeme docela dobře. Zpětné vazby od ambulantních psychiatrů máme pozitivní, i od praktických lékařů. Záchranka a policie také s námi spolupracuje dobře. Školy jsou strašně rády, že tam chodíme dělat přednášky.

T: Co lze doporučit pro podporu vzniku dalších CDZ?

R: Já nevím, zda jsem kompetentní toto odpovídat. Já pracuji v přímé péči.

T: A když otázku zúžíme pouze na pravidla pro sociální složku péče v CDZ, máte nějaké doporučení?

R: Nevybavuji si nic. Víím, že jsme na počátku váhali, zda do výzvy máme jít. Lidé ve FOKUSu do toho jít chtěli, zdravotníci naopak zájem neměli. Nakonec jim to ministerstvo nařídilo a pamatuji se, že jsme museli velmi narychlo sepsat projekt; měli jsme na to asi 2 – 3 dny. Standard pro sociální složku péče v CDZ mi přišel v pořádku.

T: Co lze doporučit pro následnou podporu CDZ, která už končí/skončila s projektem?



R: Víím, že zdravotníci mají potíže s kódováním. Asi by nám pomohlo vyjednávání s pojišťovnami, aby naše sestry, resp. všichni zdravotníci mohli kódovat na F4 a F6, protože na poruchy osobnosti nám to pojišťovny neproplatí a z F4 nám proplácí jen F42 a ostatní diagnózy nikoli. Je to zřejmě ještě na diskusi s pojišťovnami, jaké diagnózy jsou ochotné proplácet a následně by se měla upravit cílová skupina CDZ. V současné chvíli ve standardu CDZ jsou klienti s diagnózou F6 uvedeni jako cílová skupina CDZ, ale my na ně nemůžeme kódovat. Možná by mělo dojít celkově k úpravě cílových skupin CDZ. Například by mohlo dojít ke snížení věkové hranice. Pomohlo by nám, kdyby se věková hranice snížila z 18 na 16 let. Je hodně dospívajících, kteří by pomoc potřebovali. Nejsou služby, resp. je jich hrozně málo, které by se o tyto lidi postarali. Potom jsem si říkala, že na začátku příprav CDZ byly výzkumy, které říkaly, že na 100 tisíc obyvatel musí být kolem 700 – 800 osob se SMI. My když nyní mapujeme u ambulantních psychiatrů pacienty, tak nám vychází menší číslo. V tuto chvíli máme 70 lidí. Mohli bychom to navýšit na např. 200. Není to o tom, že by ti lidé v regionu nebyli; oni jsou. Ale jsou napojeni na ambulantního psychiatra, na komunitu, mají rodinu, jsou zaléčení, fungují a nepotřebují CDZ. Vidina úvazků (7 sociálních pracovníků na 7 zdravotnických pracovníků, později 9 : 9) je v tomto regionu docela utopie. Říkali jsme si, že 7 : 7 to bude maximálně a stejně si myslím, že se neuživíme, že nás nikdo nezaplatí. Myslím, že 5 : 5 je strop. Sestry se mají uživit tím, že práci prokódují a ony to nemají na koho kódovat. My jako sociální pracovníci budeme od ledna financováni na základě klientohodin a i když budeme v obsazení 5 : 5, tak mám strach, že se neuživíme. Klientů tu není tolik, jak se předpokládalo.

T: Komunikace s krajem o tom, abyste dostali od roku 2021 prostředky na sociální složku péče v CDZ, probíhá?

R: Ano, to běží dobře. Kraj nás dobře zná a podporuje nás už mnoho let. Pouze se obávám, že klientů nebude takové množství, jak se původně předpokládalo. Proto ale také jednáme o změně cílové skupiny, snažíme se hodně asertivně kontaktovat i některé obce, snažíme se klienty aktivně vyhledávat. Uvidíme, co se do konce roku ještě změní.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Spojení zdravotní a sociální složky péče do jednoho vnímá respondent jako jednoznačně pozitivní, je přesvědčen, že to přineslo zkvalitnění poskytovaných služeb.
2. Respondent doporučuje, aby CDZ mělo vlastní právní subjektivitu, a to z důvodu, aby odpadla dvojkolejnost v řízení CDZ (tedy 2 zakladatelské - zřizovatelské subjekty).
3. Respondent uvádí, že CDZ nemá tolik klientů, kolik bylo předpokládáno. Důvodem je, že osoby se SMI jsou zaléčené, mají již ambulantního psychiatra, podporu rodin atd., a nepotřebují CDZ. Respondent proto vyjadřuje obavu, že ani při snížení počtu úvazků sociálních pracovníků na 5 by se beze změny cílové skupiny nemuselo podařit finančně CDZ udržet (a to z důvodu malého počtu klientů/pacientů).



4.2.2.3 Rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky

7. Rozhovor s klientem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	16. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jaké byly ve vašem případě důvody pro to, že jste se stal klientem CDZ? S jakým onemocněním, s jakými problémy se potýkáte? Jaká byla Vaše situace, než jste se do Centra dostal?

Respondent (R): Byly to ty hospitalizace. Mám v Centru klíčovou spolupracovnici (...), chodíme spolu nakupovat a na procházky. Taky ke mně chodí terénní zdravotní sestra.

T: Jak často jste s nimi v kontaktu?

R: Se sociální pracovníci jednou týdně, zdravotní sestru vidím jednou za 14 dní.

T: Chodíte třeba i do sídla CDZ?

R: My se setkáváme většinou u mě doma nebo venku.

T: Nezapojujete se do skupinových akcí v CDZ?

R: Já skupinový akce moc rád nemám.

T: Jak jste se do Centra dostal?

R: Na začátku byla moje hospitalizace. Mě porazil kamion. Měl jsem dost komplikované zranění a prostě jsem potřeboval pomoc od okolí. Oni se sami přihlásili, já mám dojem.

T: Chápu správně, že někdo z Centra Vás oslovil, zda byste nechtěl využívat jejich služeb?

R: Když já už si to přesně nepamatuju. Já jsem do FOKUSu chodil od počátku, co to tady bylo. Já jsem používal jejich kopírky a tak, nějaký čas jsem byl taky jejich dobrovolník.

T: Vy jste tedy chodil do FOKUSu ještě před vznikem CDZ?

R: Jo, já jsem měl ambulantního psychiatra a chodil jsem do FOKUSu. V roce 2017 jsem začal chodit do CDZ.

T: Co se pro Vás změnilo tím, že vzniklo CDZ? Je to pro Vás v něčem lepší, nebo horší?

R: Teď se vracím ke své původní paní doktorce. Já nevím, co bych Vám k tomu řekl. Vznik CDZ přinesl určité zázemí. Víím, že tam můžu přijít, když mi bude špatně, když potřebuju mluvit s nějakýma lidma. Ale já vyhledávám kontakt spíš se zdravýma lidma, proto tam chodím málo.

T: Říkal jste, že budete chodit k psychiatrice mimo CDZ. Proč se to děje?

R: Protože mám rád svojí paní doktorku. Nového psychiatra v CDZ neznám, radši půjdu za někým, koho znám.

T: Znamenalo CDZ jako nová forma péče pro Vás nějaké zlepšení?



R: Pro mě je to změna názvu akorát.

T: Co jste měl v CDZ nejraději? Co jste nejvíce oceňoval?

R: Nejvíc jsem oceňoval ... Já tam třeba chodím za jedním pánem kvůli technickým problémům, protože jsem hroznej na internet a on mi poradí třeba, jak nahrát mp3. Mám tam tu zdravotní sestru a tak.

T: Je něco v CDZ, co rád nemáte? Něco, co Vám nevyhovuje?

R: Ani ne, já jsem spokojenej,

T: Když se budu ptát, s čím Vám konkrétně CDZ pomáhá?

R: Zdravotní sestra mi zařídila léčbu hepatitidy v Jihlavě, to já bych sám nezvládnul.

T: A co třeba pomoc v jednání s úřady nebo v oblasti bydlení?

R: Já bydlení mám. A na úřadech jsme byli jednou – dvakrát.

T: A to proběhlo všechno v pořádku?

R: Jo, samozřejmě. Lidé v CDZ jsou dobrý, myslí to dobře. Nechtěj, aby se lidi dostávali na psychiatrii zbytečně. Já jsem tam byl rok tedko a úplně mě to vyčerpalo. Teprve teď jsem se z toho vzpamatoval tak nějak. Lidi z CDZ za mnou chodili do léčebny, každé tejdny tam byli.

T: Předpokládám, že pro Vás bylo fajn, že když Vás propouštěli z léčebny, věděli jste, že budete mít navazující péči v CDZ?

R: Jistě. Je to velká opora. Někdy jsou na mě i přísní, nechtějí, abych pil alkohol, vadí jim, že vysazuju prášky.

T: Ještě se zeptám hypoteticky: Kdyby nebylo CDZ, tak to je tak, že budete v kontaktu s FOKUSEM, je to tak?

R: No jistě. Výhoda CDZ je jen, že je to pod jednou střechou všechno. Nabízej mi různý aktivity, třeba s dobrovolníkama, s peer konzultantama, je tam hodně zajímavých lidí.

T: Chápu správně, že zatím se do skupinových aktivit moc nezapojujete, ale že se Vám líbí, že tato možnost je?

R: No jistě. Dovedu si představit, že by nastala situace, kdy bych to začal využívat.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Klient oceňuje, že CDZ vzniklo, i když konkrétně se v jeho životě mnoho věcí nezměnilo. („Vznik CDZ přinesl určité zázemí. Víím, že tam můžu přijít, když mi bude špatně, když potřebuju mluvit s nějakýma lidma.“)
2. Klient vnímá, že tým CDZ pracuje ve prospěch klientů, že usiluje o snížení případů hospitalizací a o zkrácení doby hospitalizace.



8. Rozhovor s klientem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	16. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jaká byla Vaše situace před tím, než jste začal využívat služby CDZ? S čím jste se potýkal?

Respondent (R): Já myslím, že na základce to bylo všechno v pohodě, pak jsem přešel na střední školu. Protože mě bavilo kreslit, tak jsem šel na stavebku a tam už začaly základy pro to, aby mi bylo jakoby hůř. Byl jsem pedant. Já jsem třeba rýsoval do 2, do 3 hodin do rána, někdy do 4, někdy do 5, kolikrát se stalo, že jsem vůbec nešel spát. Říkám, v 5 jsem skončil, dal jsem si sprchu a v 6 jsem jel do Havlíčkova Brodu na střední školu. A už tam vznikaly kořeny toho, že mi prostě nebylo dobře. Ale nějak jsem to ustál. Ve druháku jsem tam na svoji žádost skončil a pak jsem přešel na další školu, kde to bylo docela v pohodě. Pak byly nějaký rozchody, skoro ve všech případech to bylo z mé strany, protože jsem se prostě cítil divně, kdybych to měl popsat. Vždycky to bylo bez nějakého vnějšího podnětu a jen z mé hlavy, že jsem si říkal třeba, že si nikoho nezasloužím. A pak jsem šel na vyšší školu.

T: Takže střední školu se Vám podařilo dokončit.

R: Jo, s maturitou. Pak jsem šel na vyšší školu a v té mojí hlavě jsem měl představu, že to stojí hodně peněz, že na to rodiče nemají, i když na to měli, ale já jsem si to v hlavě prostě tak nastavil, že musím jít vydělávat. Takže jsem tu vyšší školu dělal asi jen ½ roku. Tam se to nějak nakupovalo a nakupovalo. V roce 2004 jsem nastoupil do zaměstnání a od roku 2011 se oficiálně léčím. To jsem byl tak nějak donucený sám sebou a taky ostatníma navštívit odbornou pomoc. Šel jsem na vyšetření a ta diagnóza zněla neúprosně, to mě teda potom skolilo úplně. To byla paranoidní schizofrenie. A v roce 2014 byla první a snad i poslední hospitalizace a tam se zase přikláněli k bipolární poruše.

T: V období 2004 až 2011 jste chodil normálně do zaměstnání? Měl jste v té době nějaké problémy?

R: To už byly. Jakoby ta první půlka byla jakžtakž dobrá, i když tu práci jsem si teda tahal domů, pořád jsem přemýšlel, jestli jsem to dobře udělal, jestli jsem to nezvorál, hůř jsem spal a pak už to mělo rychlý spád. Ve firmě se navyšovaly nároky a já jsem se tak nějak vnitřně rozkládal a přestával jsem to tam zvládat, takž jsem to řešil asi tím nejhorším způsobem, a to alkoholem. Většinou po práci jsem se stavil do hospody, ale samozřejmě druhý den mi bylo hůř. A ke konci už to bylo i před prací jedno pivo. Ten alkohol u mě hrál docela velkou roli.

T: Hospitalizovaný jste tedy byl jen jednou?

R: Ano, bylo to v roce 2015 od září do listopadu, skoro 3 měsíce. Pamatuju si propouštění. Jak mi říkali „za týden už budete končit“. Vlastně to bylo takový rozdvojený, protože jsem se těšil, že už budu doma, ale přitom, když mě propouštěli, tak jsem nad tím přemýšlel a uvědomil jsem si „vždyť mě vlastně není líp“. Jako by mi ta hospitalizace skoro nic nedala. Ale vlastně vím, co mi dala určitě, jak tam byli ty skupinový terapie, tak jsem se naučil o nemoci mluvit, o sobě mluvit, o svých problémech. Po propuštění mi paní doktorka nabídka spolupráci s FOKUSEm. Měl jsem z toho samozřejmě nervy.



T: Vy jste se vrátil z léčebny v roce 2015 a ještě neexistovalo CDZ. Můžeme si říct, jaké služby jste využíval po propuštění?

R: Já jsem, myslím, asi 2 roky docházel jen k paní doktorce. Teprve pak jsem se dostal do FOKUSu. Možná 4 roky, teď si nejsem jistý.

T: Takže v té době jste nevyužíval žádnou sociální službu?

R: Ne. To jsem vůbec nepoužíval. Akorát jsem docházel k paní doktorce a ona mi pak nabídla spolupráci s FOKUSEM. Já jsem teda původně nechtěl, ale pak říkám, že není důvod se bát. Báť jsem se teda, ale říkal jsem si, proč to nezkusit, že horší to být nemůže. No a pak jsem potom narazil na jednoho kamaráda a pak druhého kamaráda. Ze začátku jsem fungoval mezi těmahle kamarádama. Postupně se tam navazují další vztahy. Ze začátku to byly nějaký volnočasový aktivity a teď navštěvuji skupinu „Slyšení hlasů“. Když mi čas vyjde, tak navštěvuji i sezení s těma peerama, tam je taky skupina. Občas jdu na komunitu. Kdybych to měl shrnout, tak mám výhodu, že za mnou ty pracovnice jezdí, což mi docela vyhovuje.

T: Tým CDZ by měl zhruba 50 % péče poskytovat v terénu.

R: Což si myslím, že tak jako sedí.

T: Mohl byste odhadnout, kolik času a v jaké službě CDZ využíváte?

R: Ze začátku jsem jezdil spíš já do toho FOKUSu a teď už delší dobu to vychází tak 50 % : 50 %. Jednou přijedou oni, podruhé jedu já, většinou to s něčím spojím, abychom tam nemusel dvakrát, třikrát do týdne (spojím pana psychologa, sociální pracovníci anebo zdravotní sestru, anebo i s těma skupinama).

T: Minimálně jednou za týden jste v kontaktu s někým z Centra?

R: Jo, to určitě. Někdy dvakrát. Kdyby se něco dělo, tak jsem s nima domluvenej, ať se ozvu dřív. Řekl bych, že tu síť máme dobře podchycenou.

T: Co díky CDZ je u Vás jinak a co na tom nejvíce oceňujete?

R: Nejvíce oceňuju, že tam neznám člověka, který by to nedělal srdcem. Tam jsou všichni srdcaři. Dělají to víc než jen „oddělat 8 hodin a jít domů“. Opravdu se o klienty zajímají, řekl bych, že to neberou jako zaměstnání, ale jako poslání. Takže bych to ohodnotil, kdyby to bylo jako ve škole od 1 do 5, tak by to byla 1 podtržená s hvězdičkou.

T: V Centru jsou jak zdravotničtí pracovníci, tak sociální. Jsou podle Vás obě skupiny na stejno?

R: Jo, to jo, to určitě. Ze začátku jsme trénovali třeba jenom, že mám přijet do Brodu, nácvik cesty, abych to zvládl. Měl jsem úplně panickou hrůzu jet sám vlakem, autobusem (autobus byl o něco lepší, ale i to mi dělalo problémy). Teď už je to lepší, furt se někam posouvám. Neřešíme furt to samý. Je to flexibilní. To, co mě trápí, to řešíme. S nimi můžu mluvit úplně o čemkoli, což si myslím, že je taky hrozně dobře.

T: Mám informaci, že se Vám podařilo se vrátit do práce na částečný úvazek. Do toho ale nebyli pracovníci CDZ zapojení, nebo ano?

R: Ne, to ne. Já jsem vlastně ve smlouvě s CDZ měl nácvik cest, volnočasové aktivity, spolupracuju s psychologem, se zdravotní sestrou a se sociální pracovníci. Točí se to kolem spánku, únavy, jídelničku, protože po prázdcích mám zvýšenou chuť a s tím pořád bojuju. Ta práce, to jsem zkusil já sám. Je to



náročný, i když tam dělám takového pohůnka, kde nemusím mentálně přemýšlet, jsou to pomocné skladnické práce. Domluvil jsem se panem vedoucím, abych to zvládal, aby tam nebyl žádný stres nebo žádný nátlak., to jsme si stanovili hned na začátku. Nechci to zakřiknout hned na začátku. Beru to spíš jako terapii, že se podívám mezi lidi, že si nastavím spací režim. Když vím, že budu ráno vstávat, tak nebudu ponocovat, protože s tím spaním jsem měl až doteďka velké problémy.

T: Je něco, co ve fungování CDZ postrádáte? Změnil byste tam něco?

R: Po pravdě řečeno mě nic nenapadá. Cítím vývoj toho centra, že se to mění k lepšímu a lepšímu. Dřív byl doktor, psycholog a sociální pracovníce, občas terénní setra. Teď je to tak nastavené, že vnikají různé aktivity, nemyslím ty volnočasové (jako výlet, rozhledna, muzeum), ale že vzniká třeba i sportovní klub a to bych chtěl ocenit, protože to není jen pro klienty, ale jsou tam i pracovníci FOKUSu. Tohle bych vypíchl, protože sport hodně pomáhá. Co bych měl kritizovat, tak to mě nenapadá vůbec nic. Nechci pochlebovat, ale fakt mě nenapadá žádné mínus. Chtěl bych ještě dodat, že už tu nemoc umím trochu uchopit, vím, jak se s ní pracuje, sice příznaky se vrací jakoby ve spirále, ale už o tom dokážu mluvit, což je samo o sobě pokrok. Myslím, že FOKUS mě v tom trochu vycvičil. Začal jsem s nimi trochu spolupracovat, po středních školách jsem jezdil. (Tam to byly hodně velké nervy.) Ale dříve jsem jenom odpovídal, když se mě někdo zeptal, pak jsem doplňoval a teď už říkám v kostce svůj příběh, což mě osobně hodně pomáhá. A jestli bude nějaká spolupráce s FOKUSEM, tak se na to jenom těším.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Klient oceňuje kvalitu služeb poskytovaných CDZ, konkrétně to přisuzuje osobnímu nasazení pracovníků (a to jak zdravotnických, tak sociálních pracovníků).
2. FOKUS Vysočina, z.s. přizval klienta do destigmatizačních aktivit, konkrétně se účastní besed na školách. Tyto činnosti klient vnímá jako prospěšné i pro něj samotného. („... dříve jsem jenom odpovídal, když se mě někdo zeptal, pak jsem doplňoval a teď už říkám v kostce svůj příběh, což mě osobně hodně pomáhá.“)
3. Klient oceňuje, jak se CDZ postupně rozšířilo a etablovalo („Cítím vývoj toho centra, že se to mění k lepšímu a lepšímu. Dřív byl doktor, psycholog a sociální pracovníce, občas terénní setra. Teď je to tak nastavené, že vnikají různé aktivity, nemyslím ty volnočasové (jako výlet, rozhledna, muzeum), ale že vzniká třeba i sportovní klub“.)

9. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta CDZ

Identifikace CDZ	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Osoba blízká klientovi
Termín uskutečnění rozhovoru	24. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jaký je problém Vašeho (...), s čím se potýká a jaký to má dopad na jeho život a život Váš?

Respondent (R): (...) má diagnostikovou paranoidní chronickou schizofrenii. V podstatě stůně od 18 let, nyní je mu 57 let. Jeho stav se postupně horší. Byl opakovaně hospitalizovaný, možná asi 20krát. K tomu, jak to bývá, má trošičku problémy v tom, že je uživatel marihuany, občas požívá alkohol.



Neřekla bych, že je alkoholik, ale občas alkohol požíval ve zvýšené míře. Jeho hospitalizace byly doposud kratší. Asi 2krát či 3krát měl nedobrovolný vstup, protože byl těžce psychotický, a v ostatních případech si domluvil hospitalizaci a vydržel týden či 2 týdny a odešel opět domů. Poslední hospitalizace, byl propuštěn někdy kolem Velikonoc letošního roku, byla poprvé velmi dlouhá. Na léčebně byl rok. Jeho stav se vyvíjel tak, že zpočátku byl těžce depresivní, měl i sebevražedné sklony, nakonec se deprese po kombinacích léků deprese zvládla, ale přesmyklo se to do psychotických stavů, kdy byl těžce paranoidní, například měl pocit, že má čip v hlavě, že ho sledujeme. Proto byla tato hospitalizace tak dlouhá.

T: A jaké jsou možnosti uplatnění v zaměstnání? Je toho (...) schopen?

R: Ne, nikdy nepracoval. Ale je to o jeho vůli. Má vystudované gymnázium, pak nastoupil asi na 1 semestr na železniční vysokou školu, ale už se nedonutil k žádným zkouškám. Inteligentní je, ale prostě se nepřinutil. Dříve se o něj starali rodiče. Pokaždé mu sehnali nějaké zaměstnání. Vypadalo to tak, že tam šel, ale druhý den už se tam nevrátil. Nikdy se k zaměstnání nepřinutil. Je to i vidět v tom, jak funguje doma. I v době hospitalizací to byly ojedinělé případy, kdy se donutil jít na pracovní terapii. Pokaždé si navíc stěžoval, že ho to nebaví. Nepřinutí se k nějaké soustavné práci.

T: Jaké zdravotní služby využíval před tím, než začal být klientem CDZ (kromě už zmíněných hospitalizací)? Navštěvoval ambulantního psychiatra?

R: Ambulantní psychiatry hodně střídal, protože má tendenci si upravovat léčbu. Domnívá se, že už je v léčení zběhlý a že tomu rozumí nejlépe. Po každém propuštění z léčebny si léčbu upravil podle svého. Vždy to nějakou dobu vydrželo a pak se jeho stav zhoršil. Tímto přístupem tedy měl řadu ambulantních psychiatrů. Potom se v době, kdy byl entuziastický – má vždy období, kdy je plný energie a vůle se sebou něco dělat, nakontaktoval s FOKUSEM a docházel nepravidelně do FOKUSU. Sestry z FOKUSU a sociální pracovnice o něm díky tomu už věděly a navštěvovaly ho a následně vzniklo CDZ v Havlíčkově Brodě. Po vzniku Centra pokračovala dříve započatá péče, ale aktuálně je intenzivnější.

T: A jaké sociální služby využíval před vznikem CDZ? Můžete říci, od kdy byl (...) v kontaktu s FOKUSEM?

R: Já bych řekla, že do FOKUSU chodil léta, ale vůbec ne pravidelně. Nikdy tam nepracoval, chodil si tam popovídat.

T: Péče FOKUSU tedy byla charakteru, aby (...) vyšel z domu a měl nějaké kontakty?

R: Pracovníci FOKUSU se jistě o nějakou pracovní rehabilitaci pokoušeli, ale to on nebyl ochotný akceptovat. Nemá rád pravidelné aktivity, závazky. Pracovníci FOKUSU po něm jednou chtěli, aby podepsal nějakou smlouvu, ale to odmítnul a nechtěl. Občas mi sdělil, že se tam zastavil a popovídal si tam, ale pravidelnou spolupráci s nimi neměl.

T: A vstup (...) do služeb CDZ iniciovali pracovníci FOKUSU Vysočina?

R: Ano.

T: Změnilo se vstupem do služeb CDZ něco v (...) přístupu?

R: Péče je mnohem intenzivnější. Pracovníci CDZ za ním chodí 2krát, někdy i 3krát týdně. Nejlépe tam funguje jedna sociální pracovnice, kterou má (...) moc rád. Ona se mu velmi věnuje, např. spolu aktuálně jdou na sběr jahod a byli spolu v Jihlavě koupit boty. Velmi mi s ním pomáhá, já jsem za to nesmírně vděčná. Za ty roky už to pro mě bylo velmi únavné.



T: Změnu, kterou přinesl vznik CDZ, by se dalo popsat jako nárůst kapacit péče?

R: Ano, myslím si to tak. Teď je vidět, že mají (...) na starosti a opravdu se o něho starají. Dříve to bylo více na jeho iniciativě.

T: A je ve Vašem vnímání podstatné to, že v CDZ spolupracují vzájemně zdravotníci a sociální pracovníci?

R: (...) mluví stále jen o sociální pracovníci. Se zdravotní sestrou jsem byla v kontaktu, když to bylo za FOKUSu. Za psychiatra má aktuálně lékařku, která má ambulanci mimo CDZ. K té chodí už delší dobu a věřím, že by u ní snad mohl i vydržet.

T: Kdybyste měla popsat, co je díky vzniku CDZ u Vás jinak, tak by to bylo co?

R: Velká úleva. Pracovníci pomáhají s takovými věcmi, jako jsou právě nákupy. (...) je akceptuje, se mnou už to nefungovalo, na nákupech si nebyl schopen nic vybrat, byl velmi nerozhodný. S lidmi z CDZ je schopen se rozhodnout; funguje to mnohem lépe, než když jsme chodili spolu. Navíc jsme mu zařídili pečovatelskou službu, takže mu chodí 1krát týdně paní uklidit, což je také velká pomoc. Také musím říct, že i sociální pracovníce z CDZ mu také občas pomohla v domácnosti.

T: Byli pracovníci CDZ nějak zapojení do toho, že (...) byl hospitalizovaný?

R: (...) se rozhodl sám. Já jsem mu to tam domluvila. Pracovníci CDZ za ním po dobu hospitalizace chodili pravidelně na návštěvy. Za to byl (...) velmi rád. Snahou pracovníků CDZ bylo, aby (...) byl propuštěný, ale zdravotní stav to nedovoloval. Domů z léčebny šel okamžitě, jakmile se jeho stav zlepšil, bohužel to tentokrát trvalo velmi dlouho, ale důvodem bylo, že jeho nemoc se tentokrát dlouho projevovala velmi akutně a nebylo to možné zvládnout pouze s využitím léků.

T: Co na CDZ nejvíce oceňujete?

R: Je to to, co uvádím od počátku. Jde o to, že se péče o (...) rozdělila mezi více lidí. Už to nezávisí jenom na mně, což bylo velmi náročné a únavné. Také je v tom prvek, že mě neposlechne tolik, jako pracovníky z CDZ. My spolu vycházíme velmi dobře, ale na praktické věci lidé z CDZ vždy zafungovali mnohem lépe než já.

T: Je něco, co Vám v péči poskytované CDZ chybí, nebo co by podle Vás bylo možné udělat jinak, aby Vám to více vyhovovalo?

R: Vůbec nic mě nenapadá. Já bych řekla, že to je úplně skvělé. Pracovníci CDZ se mu podle mě věnují nad rámec svých povinností, totiž ve volném čase, o víkendech. Nosí mu knížky, starají se o kulturní program. Nevím o ničem, co by mělo být lepší. Jsem s CDZ velmi spokojená. Lidé, co tam pracují, tak před nimi říkám „klobouk dolů“.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Rodinný příslušník klienta CDZ oceňuje dostupnost služeb poskytovaných CDZ (tj. zejména, že pracovníci CDZ mají kapacitu se klientovi věnovat individuálně v jeho přirozeném prostředí i několikrát za týden. Dominantně je přínos CDZ vnímán v části sociálních služeb, zdravotnické služby respondent nezmiňuje.



2. Respondent potvrzuje úsilí CDZ, aby klientova hospitalizace (která dle respondenta byla kvůli zhoršení stavu nezbytná) trvala jen nejnutnější dobu a klient byl z nemocnice propuštěn do péče CDZ.
3. Oceňováno je nasazení sociálních pracovníků („Lidé, co tam pracují, tak před nimi říkám „klobouk dolů““).

10. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta CDZ

Identifikace CDZ	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Osoba blízká klientovi
Termín uskutečnění rozhovoru	16. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jaký je problém Vašeho (...), s čím se potýká a jaký to má dopad na jeho život a život Váš?

Respondent (R): Nevím, čím bych začala. Trvá to už 6 – 7 let, kdy zpočátku sám nevěděl, co se s ním děje. Začal mít změny nálad, začal být citově otupělý, věčně smutný, nerad si povídal, Až potom si uvědomil, že se s ním něco děje, tak se sám rozhodl, že navštíví psychiatra, že to sám nezvládá. Měl problémy i v práci. On byl odjakživa pedant, všechno musel dělat na 100 %. A byl takový citlivý, hodně citlivý. Strašně si bere problémy za ostatní lidi, dělá si starost o ostatní okolo. Na sebe moc nemyslí, chce udělat radost všem lidem. Přišel, to si pamatuju, na to nezapomenu, a říkal: „já jsem byl navštívit psychiatra, ale nemysli si, já nejsem blázen“. Teprve potom začal povídat, jaké má problémy. Zpočátku se bál lidí, měl pocit, že ho všichni pozorují, měl nedůvěru k lidem. Když si měl něco vyřídit na úřadě, tak dokázal třeba celou noc nespát. Obecně ten spánek byl špatný. Zpočátku i slyšel hlasy, měl vidiny, viděl lidi. Nevěděl, jestli to je skutečné, nebo se mu to zdá. Já jsem ho pochválila, že k tomu psychiatrovi šel a uvědomila jsem si, že to je něco vážného. Začal navštěvovat psychiatra. Pak měl stavy, kdy byl úplně mimo, to se špatně vysvětluje. Byl s tím i v nemocnici, v psychiatrické léčebně. Zpočátku to nebylo jednoduché. Člověk teď už o té nemoci něco ví, ale není to třeba tak jednoduché se trefit do těch léků, které mu sedí. V nemocnici zkoušeli léky na jeho diagnózu. Ono je to vlastně velmi složité. Po delší době už má léky, které mu snad konečně sedí. V té nemocnici to bylo špatné.

T: A jak dlouho tam byl?

R: 3 měsíce tam byl. Pak byl také rozchod s děvčetem. To jsou takové životní facky. Od každého trochu. Po té nemocnici byl ještě, řekla bych, z těch prášků utlumený. Snažili jsme se ho vyvarovat těch stresů. Postupně jsem začala pozorovat, jak mu pomoci. Postupem času se začal zlepšovat a zlepšovat. Psychiatricka ho hodně z toho dostala, pak mu dala i návrh na invalidní důchod. Dali mu 3. stupeň. A život prožíval jen doma. Postupem času jsem viděla, že se lepší. Má velmi rád svoji neteř, tam je hodně citově vázaný, s bratrem si velmi rozumí. Během mánie si nakupoval, takže se i zadlužil, bratr mu podal pomocnou ruku a jeho finance vzal do svých rukou. Dodneška dostává jen část peněz a díky tomu to už bude mít splacené, ještě jeden rok. I to ho žene dopředu, že bude lépe.

T: Po propuštění z nemocnice využíval i služeb sociálního pracovníka, nebo to bylo čistě ve spolupráci s paní psychiatrickou?



R: Co se týče invalidního důchodu, byla to jen paní doktora. A ta mu navrhla, jestli by nechtěl zkusit ten pokus. Žádnou sociální službu nevyužíval. Paní doktorka navrhla FOKUS. A hned od nástupu do FOKUSu jsem začala pozorovat, že mu to strašně prospívalo. Já jsem byla hrozně ráda. Velice ho to nabíjí, oni jsou velice ochotní. Dokonce k nám dojíždějí. Začal sem docházet i psycholog, to mu také velice prospívá. Oni jsou ochotní přijet sem, my tady probereme vše, sedneme si na zahrádku, těšíme se na ně, jsou velice příjemní, jak zdravotní sestřičky, jsou to strašně pozitivní lidi. Ani to nebereme tak, že se probírají nemoci. Je to velmi pozitivní i pro rodinu. Vždycky se strašně těšíme na tu návštěvu. Probíráme všechno možné, nejenom nemoc. To, že se dal do spolupráce s FOKUSEM, to bylo velice dobré. Od té doby pozoruji zlepšení, zlepšení, zlepšení.

T: Pracovníci CDZ jezdí v zásadě k Vám? Jezdí zdravotní sestra i sociální pracovník? CDZ by mělo spojovat obě složky péče,

R: Jezdí k nám zdravotní sestra, psycholog a sociální pracovnice. Velice pozitivní lidé. Já si těchto lidí nesmírně vážím za to, co dělají pro klienty. A nepomáhají jenom mému (...), ale oni pomáhají i mně, abych věděla, jak s tou nemocí žít. Strašně jsem ráda a on si velice zvedl sebevědomí. Od 1. 7. se odvážil na 4 hodiny do zaměstnání a to mu velice prospívá. Má úplně jinou náplň dne. Cítí se důležitější, prospěšnější, práce ho baví. Kdysi tu práci dělal, ale na odpovědnějším místě. Dělá v uvozovkách „pomocného skladníka“, ale velice ho to naplňuje.

T: A tu práci si našel sám?

R: Ano, sám si ji našel. Ale v CDZ schválili, ať to zkusí. Podpořili ho v tom a on tu podporu potřeboval. Velice dobře s ním jedná. On se na ně vždycky strašně těší.

T: Jak často k Vám pracovníci CDZ jezdí?

R: Jezdí každých 14 dní, většinou, na 1 hodinu.

T: A Váš (...) se neúčastní nějakých aktivit v Centru?

R: Tam jezdí. Mají svépomocnou skupinu. Když tam jede, domluví se se zdravotními sestrami, že přijede, a v tom případě se navštíví tam. Není to pravidelně, řeknu třeba 1x za měsíc. Pak odpadá návštěva u nás. On tam jezdí ještě s jedním klientem a on i navštěvuje nás. On žije sám, takže tahle trošku mu pomáhá můj (...).

T: Seznámili se v CDZ?

R: Ano, tam se seznámili. A ještě u nás je jeden klient, se kterým se v Centru seznámili. Když potřebují léky, tak tam jedou všichni hromadně, takže to je také super, že se podrží navzájem.

T: Je něco, co v CDZ nefunguje, něco, co Vám připadá, že by šlo udělat lépe?

R: Ne, to nemůžu říct. Já můžu uvést jen samá superlativa. Velice nám pomáhají. Já přímo do FOKUSu nechodím, беру to z toho, že se tady s nimi setkávám. Ale pro nás dělají maximum. Jsou to neskutečně příjemní lidé. A pomáhá nám to všem.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondent vysoce oceňuje přínos služeb CDZ pro klienta i pro rodinu klienta. („Já můžu uvést jen samá superlativa. Velice nám pomáhají. Já přímo do FOKUSu nechodím, беру to z toho, že se



tady s nimi setkávám. Ale pro nás dělají maximum. Jsou to neskutečně příjemní lidé. A pomáhá nám to všem.“)

2. Klient v průběhu čerpání služeb v CDZ dospěl do stavu, že si domluvil zaměstnání na částečný úvazek. (Po konzultaci v CDZ.) Jeví se, že zaměstnání jeho stavu dále prospívá.
3. Klient se díky CDZ seznámil s jiným klientem CDZ, sdílí spolu nemoc („je také super, že se podrží navzájem.“).

4.2.2.4 Rozhovory se zástupci samosprávy (kraj, město)

11. Rozhovor se zástupcem krajského úřadu

Identifikace projektu	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Zástupce kraje Vysočina
Termín uskutečnění rozhovoru	7. 8. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak vnímáte služby pro osoby s duševním onemocněním v České republice? Otázka směřuje k tomu, zda jsou centra duševního zdraví z Vašeho pohledu dobrý nástroj na vyřešení nedostatků, které cítíte, že v systému jsou.

Respondent (R): Vnímám to tak, že máme poměrně vysoký počet lidí s duševním onemocněním na dlouhodobých hospitalizacích. Často je to proto, že není dostatečná nabídka alternativních služeb. Vnímáme i to, že jako zřizovatel domova se zvláštním režimem pro lidi s tímto onemocněním máme veliký převis poptávky, který nejsme schopni uspokojit. Z toho vyvozujeme, že je třeba postupně budovat síť služeb, která vytvoří podmínky pro to, aby lidé nemuseli setrvávat v psychiatrických nemocnicích na dlouhodobých pobytech.

T: Z tohoto pohledu tak, jak jste to pojmenoval, předpokládám, a prosím, případně to vyvráťte nebo podpořte, reforma psychiatrické péče tak, jak ji realizuje Ministerstvo zdravotnictví od roku 2013, jde správným směrem, když usiluje o posílení služeb v terénu a omezení lůžkového typu péče?

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

T: Zatím to není tak, že byste s MPSV měli dohodnuto prodloužení projektu nebo nový projekt?



R: Ne, není. Měli jsme přidělenou nějakou alokaci ESF, ta se vloni na počátku roku navýšila, ale tu zvýšenou alokaci budeme mít teď vyčerpanou. Takže nemáme z čeho ten nový projekt žádat.

T: Jakým způsobem reforma ovlivnila kraje? Z toho, co jste mi řekl před chvílkou, je zřejmé, že jedním z dopadů je, že kraj musí zajistit více prostředků na sociální služby. Prosím řekněte, jestli to je pravda a případně doplňte, co ještě byste řekl.

R: Je to tak, že objem sociálních služeb se v tuto chvíli zvýšil jenom o tým sociálních pracovníků v rámci center duševního zdraví a trošku o dílčí úvazky, ale možná by k tomu došlo i bez reformy. Řešili jsme možnost rozšíření úvazku v území, kde je poskytována čistě sociální rehabilitace bez centra duševního zdraví. Takže v tomhle tom smyslu nás reforma ovlivnila. Pokud by ale měla dál pokračovat nastaveným směrem, tak by bylo potřeba řešit i nějaké pobytové služby, protože ne všichni budou schopni se dostat domů a do nějakého vlastního bydlení jen s podporou centra duševního zdraví. Pak je důležitá asi i součinnost všech krajů, ze kterých má konkrétní psychiatrická nemocnice své pacienty. Sice máme psychiatrickou nemocnici na svém území, ale její „spádová oblast“, ze které má dlouhodobě hospitalizované klienty, zahrnuje okresy i z krajů Pardubického a Královéhradeckého a Středočeského.

T: Konkrétně Kraj Vysočina reformu vítá? V tomto duchu a v rámci těchto omezených finančních prostředků, což už jste naznačil, se snaží k implementaci reformy přispívat a podporovat ji? Anebo byste to pojmenoval jinak?

R: My rozhodně reformu vítáme, ale jsme realističtí ve vnímání hranic, které jsou způsobené např. personálem. V podstatě, když se u nás jednalo o možnosti vzniku center duševního zdraví, tak psychiatrické nemocnice na našem území řekly: ano, jsme schopny na tom spolupracovat a jsme v tuto chvíli schopny uvolnit personál psychiatrů a psychiatrických sester. Jedna nemocnice pro centrum duševního zdraví v Havlíčkově Brodě, druhá v Jihlavě, ale v podstatě nám na rovinu řekli, že si při stavu personálu neumí představit, že by mohli pomoci personálně i se vznikem center duševního zdraví v dalších třech okresech kraje Vysočina. Samozřejmě lidé s těmito odbornostmi se mimo psychiatrickou nemocnici moc najít nedají. Takže v tomhle jsme realističtější. Myslím si, že to bude běh na delší trať, že se to nestane jedním řezem a spíš se k tomu může dojít podle nějakého transformačního plánu těch nemocnic s tím, že se budou plánovat i nějaké přesuny personálu do té ambulantní a terénní péče a že to bude třeba provázet s omezováním lůžkové péče v psychiatrických nemocnicích. Je důležité, aby se dohodl nějaký rozumný plynulý přechod.

T: Když se budeme soustředit už jenom na koncept centra duševního zdraví. Když jste se s ním obecně seznámili na kraji v rámci sociálních služeb, jak jste jej vnímali? Daří se podle vás ho naplňovat alespoň na Vašem území?

R: My vlastně máme nějakou dlouhodobější zkušenost z Havlíčkova Brodu, protože v Jihlavě je to v počátcích. Domnívám se, že se daří vyzkoušet model, kdy obyvatelům je ambulantní a zdravotní péče dostupnější, než byla dřív. My jsme vlastně měli předtím na našem území pouze sociální rehabilitace, kde sociální pracovníci poskytovali podporu, měli jsme tam týmy, ale neměli jsme takovou nabídku péče zdravotní složky, aby byla dostupná pro klienty každodenně. Takže tohle se vyzkoušelo a zabezpečení nabídky se určitě projevilo pozitivně. V tomhle se záměr centra duševního zdraví naplňuje, ale asi jako každý systém potřebuje nějakou stabilizaci a nastavení fungování mezi aktéry. To si myslím, že asi bude ještě nutné a že je to asi běh na delší trať i nějaká dlouhodobá personální stabilizace. Není to něco, co se dá jednoduše vyřešit během 2 let. Centrum duševního zdraví vlastně funguje 2 roky.



T: Zařadili jste si je do sítě poskytovatelů sociálních služeb?

R: Ano, obě CDZ jsme si zařadili do krajské sítě sociálních služeb v Kraji Vysočina.

T: Je kraj součástí řídicích rad obou těch center? Do jaké míry se to dostalo mezi priority?

R: V Havlíčkově Brodě to bylo první. Dělo se to a Fokus si vytvořil takový dozorčí orgán, kde byl členem i pan hejtman kraje (...) a já, oba jsme tam docházeli. Teď se to trochu zkomplikovalo a narušilo během nouzového stavu, který přešel automaticky do prázdnin. Ale v době toho projektu, těch osmnácti měsíců, tak se tento orgán scházel pravidelně a skutečně se účastnil i pan hejtman. Bylo to proto, že on o reformu měl zájem, podporoval ji. Jeho podpora začala ve chvíli, kdy reforma vůbec vznikla a začalo se o ní mluvit. V tu chvíli byl nachystaný ji podporovat. Potom, když realizační kroky trochu vážly a začaly být nejisté, začal být trochu opatrný. Ale konkrétním krokům tak, jak je reforma zatím přinášela, tak těm podporu poskytoval.

T: V Havlíčkově Brodě je, mám možná laický dojem venkovního pozorovatele, situace poznamenaná odvoláním ředitele Psychiatrické nemocnice. Řešil toto kraj nějak?

R: Kraj je spíš pozorovatelem, protože nejsme v pozici zřizovatele nemocnice, takže fakticky naše role vůči samotné nemocnici je z hlediska právní definice žádná. My jsme jak pro ministerstvo, tak taky pro nemocnici partnerem, kdy z pohledu našeho odboru vlastně nastavujeme spolu složku sociálních služeb. Jinak kraj z pohledu zdravotnictví má některé právní činnosti v zdravotnické oblasti. To dělají kolegové na odboru zdravotnictví, ale to jsou čistě správní činnosti; vůči samotné nemocnici jako lůžkovému zařízení kompetence nemáme. Plátcem těch zdravotnických služeb jsou pojišťovny. Takže tam v podstatě není ani prostor, abychom do toho nějakým způsobem vstupovali. Možná mohly proběhnout nějaké osobní kontakty mezi představiteli kraje a zástupci zaměstnanců, ale to není žádný oficiální vstup kraje do té situace nebo tak, to je maximálně o tom, že někdo si s někým mohl vysvětlovat své postoje, ale kompetenčně tam nemáme daný žádný prostor.

T: Z rozhovorů, které jsem měla s týmem Centra duševního zdraví v Havlíčkově Brodě, se ukázalo, že sžívání neziskové organizace Fokus Vysočina a státní nemocnice, příspěvkové organizace Ministerstva zdravotnictví, nebylo úplně snadné a že dosud to není úplně harmonické soužití. Respondentka z nemocnice mi prozradila, že jsou úvahy, že by nemocnice Centrum provozovala úplně samostatně bez spolupráce s Fokusem Vysočina. Takové informace u vás na úřadě máte?

R: V tomto směru nás zatím nikdo neoslovoval. Chápu asi to, že jednak jsou to organizace jiného typu, ale možná ještě víc vnímám to, že Fokus jsou sociální pracovníci, kteří vycházejí z akcentu na to, že celé roky se snaží podporovat své klienty v tom, aby měli péči doma a mohli zůstat v domácím prostředí, zatímco psychiatrická nemocnice jsou pracovníci, kteří mají pracovní zkušenost přímo s hospitalizací, takže v podstatě jiná pracovní zkušenost, jiné postoje a tak. V tomhle směru je to asi hodně rozdílné od základů. Nemohu samozřejmě z mého pozice nějak posoudit fungování v konkrétních situacích, ve kterých jsem nebyl; kdy třeba to soužití možná nějak drhne nebo dochází ke střetům.

T: Doplním, že náš tým dělá dohromady případové studie 10 center duševního zdraví a ve všech více či méně dochází k nějakému nutnému sžívání mezi zdravotními pracovníky a sociálními pracovníky. Ale v žádném centru z těch, se kterými jsme se zatím měli možnost setkat, to nebylo tak, že by opravdu uvažovali, jestli by jim nebylo lépe, kdyby byli sami. Přes všechny konflikty a nejasnosti si říkají, že je to přidaná hodnota, když pracují jako multidisciplinární tým. V Havlíčkově Brodě otevřeně zaznělo, že možná by další budoucnost mohla být oddělená.



R: Já o tom nevím. Nikdo se na mě neobracel a nebyla mi ta informace předána. Může to souviset, byť to nemám potvrzeno, s tím, co vy jste říkala, že postoje lidí mohou být ovlivněny odvoláním i třeba nějakými názory na to, kdo jakou sehrál v tomto období roli anebo co, kdo komu říkal a samozřejmě nebyl jsem součástí žádných z těch jednání, takže k tomu moc nemám, co se vyjadřovat.

T: Zajímá mě předpokládané financování CDZ v budoucnosti. Už jste prozradil, že ESF je zdrojem financování na individuální projekt do konce letošního roku. Na další roky je už nějaká vize nebo ne?

R: Je to tak, že se budeme obracet ještě znovu na Ministerstvo práce a sociálních věcí, jaké řešení je nám schopné v této ohrožující situaci nabídnout.

T: Můžu se zeptat, když říkáte MPSV, myslíte řídicí orgán OPZ anebo myslíte odbor 22, který řeší sociální věci? Jde o prostředky státního rozpočtu nebo o ESF?

R: V tuhle chvíli se budeme obracet spíše oficiálním dopisem na paní náměstkyni nebo na ministryni. Nám je v podstatě jedno, kde jsou ti lidé schopni najít zdroje. Pokud najdou možnost financování z ESF, tak jsme schopni na to pružně zareagovat a prostředky využít (požádat o ně novým projektem, prodloužením dřívějšího projektu a tak, podle toho, jaké možnosti budeme mít). Oficiálně jsme už podávali žádost o financování ze státních prostředků, která směřuje na odbor 22. Do té jsme samozřejmě prostředky, ze kterých by byly financované tyto služby po ukončení projektu ESF, zahrnuli.

T: Podle těch informací, které se mi podařilo zjistit, se MPSV zatím nepodařilo zajistit dost peněz ze státního rozpočtu, aby všechna CDZ, která končí či už skončila pilotní provoz financovaný z ESF, mohla být financovaná ze státního rozpočtu. Máte stejné informace?

R: Je to tak. Ještě navíc to bylo tak, že ministerstvo řeklo, že nějaké prostředky shání a mluvili o částce zhruba 30 miliónů. Ale problém je ten, že odbor 22 dostane přidělený nějaký objem peněz, a když ho rozdělí podle zákona, tak ho rozděluje podle směrných čísel, což v praxi znamená, že pět krajů mělo centra duševního zdraví v první vlně a ta centra měla končit. My jsme neměli žádné informace. Proto jsme to zahrnuli do individuálního projektu ESF. V konečném důsledku to proběhlo tak, jak jsme se obávali. Někaký celkový objem se rozdělil mezi kraje podle směrného čísla, což v praxi znamená, že pokud tam nějaké prostředky na pokračování - na udržitelnost center duševního zdraví - byly, tak se rozdělily stejným poměrem mezi všechny kraje. To znamená, že na Kraj Vysočina z těch, když řeknu hypoteticky, že to bylo 30 miliónů na všechna CDZ (někde na nějaké konferenci tato částka padla), a my jsme z nich místo 20 % (protože jsme měli jednu 1/5) dostali 5 %. Kraje, které neměly žádné CDZ, dostaly na udržitelnost CDZ určitou částku, i když žádné centrum nemají.

T: Ano, když to takto shrnete, tak je evidentní, že to je špatně.

R: Ano, je. MPSV v podstatě až teď, když se jednalo o odměny za COVID, našlo způsob poskytování přímé dotace mimo směrná čísla. Jinak by vlastně každý jejich krok skončil takhle. Ale já v podstatě nevím. Já jsem dostal k dispozici, že kraji Vysočina byla přidělena celkově částka na financování sociálních služeb v nějaké výši, ale nemám nikde napsáno, že by v tom byla nějaká složka na centra duševního zdraví. Takže v podstatě já ani nevím, jestli to proběhlo takhle, jak říkám. Samozřejmě pro další rok se budeme snažit na ten problém upozorňovat i během projednávání státního rozpočtu ve sněmovně. Doufejme, že se podaří chod služeb nějak zajistit, v podstatě všechny sociální služby, prostě desítky pracovníků, kteří se starají o lidi s duševním onemocněním v ambulantních a terénních službách.



T: Chápu správně, že mechanismus přímé dotace mimo směrná čísla šlo využít i dříve, pouze na to MPSV nepřišlo? Nyní žádná novela rozpočtových pravidel nebyla, ani zákon o sociálních službách ještě nebyl...

R: Je to tak, že oni dosud postupovali podle § 101, kdy dávají krajům peníze podle směrných čísel, a až teď, vlivem nouzového stavu, přistoupili na to, že dávají dotace podle § 104, což ale znamená, že to nepřerozdělují kraje, ale poskytovatelé si žádají o dotaci přímo od ministerstva a ministerstvo přímo vydává rozhodnutí o poskytnutí dotace. Takže možná, že spíš nakonec ta situace ministerstvo dovedla k tomu, že se pustí do náročného administrativního procesu, aby peníze putovaly tam, kam je potřeba. Jinak by nebyli schopni zohlednit ani to, že někde měli zaměstnanci dostávat větší odměny, protože pracovali v podmínkách karantény anebo přímo v prostředí s pozitivním nálezem COVID-19 atd. Tyhle věci by vůbec nebyli schopni zohlednit v procesu běžného financování podle § 101a, zákona o sociálních službách.

T: A jak se MPSV vyrovnává s administrativní spojenou s dotacemi přímo na poskytovatele sociálních služeb?

R: Někteří poskytovatelé už rozhodnutí o dotaci mají, s někým jsem včera mluvil, a ještě ho neměl nebo říkal, že ho ještě neobjevil v datové schránce. On je to opravdu pro odbor 22 docela náročný proces. Pokud to mělo být adresně podle odpracovaných hodin, tak jim zákon asi ani jinou cestu neumožňoval. Chápu, že se do toho předtím nehrnuli, když ta situace nebyla tak závažná a úkol nebyl tak nalajnován jako v případě odměn za COVID a v podstatě je teď čeká jen opakování procesu v dodatečném cyklu, který nachystali na zvýšené náklady a výpadky příjmů.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Kraj podporuje principy reformy psychiatrické péče, z mapování personálních kapacit ovšem vyplynulo, že v území nejsou k dispozici odborníci na to, aby výhledově v kraji vzniklo celkem 5 CDZ (prozatím fungují CDZ v Havlíčkově Brodě a v Jihlavě).
2. Kraj upozorňuje na to, že systém sociálních služeb, se kterým se v reformě psychiatrické péče počítá, není rozvíjen a chybí mu jakákoli záruka financování (dosavadním zdrojem byly prostředky EU, které jsou ovšem do budoucna nejisté). Kraj cítí nutnost, aby se ministerstva financí a práce a sociálních věcí otázce financování sociálních služeb začala věnovat systematicky.
3. Zdroje na sociální složku péče CDZ v Havlíčkově Brodě pokrýval kraj do konce roku 2020 z prostředků projektu financovaného z ESF, prostředky na další období ovšem zatím zajištěny nejsou.

12. Rozhovor se zástupcem městského úřadu

Identifikace CDZ	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Zástupce městského úřadu Havlíčkův Brod, odboru sociálních věcí a školství
Termín uskutečnění rozhovoru	16. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor



Tazatel (T): Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ v Havlíčkově Brodě?

Respondent (R): My jsme o tom, že CDZ bude vznikat, věděli, ale že bychom byli zapojeni do diskuse o tom, zda CDZ ve městě chceme, nebo nechceme, tak toto neproběhlo.

T: Jak byste řekl, že je koncept CDZ ve městě vnímán?

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

T: Jak intenzivně město s CDZ spolupracuje?

R: Rozdělil bych to do 2 větví. Opatrovníci, kteří vykonávají opatrovnickou funkci za město, s CDZ pracují ve větší míře. Sociální pracovníci, kteří mají na starosti lidi bez domova, s CDZ spolupracují na nižší úrovni. V oblasti sociální práce narazíme na určitý dvojí pohled. Sociální pracovníci Centra s klienty, kteří nám zde zůstávají – protože máme ve městě situaci, že zde máme psychiatrickou nemocnici s velkou spádovostí (5 krajů) a když dojde k propuštění, často propuštěný člověk nebývá z našeho kraje, nicméně je zde třeba 1 – 2 roky, někdo dokonce třeba 15 let. Jeho místo tam, kde má trvalé bydliště, už nefunguje, není k dispozici, nebo si za tu dobu u nás vytvoří nějakou vazbu na někoho a zůstává ve městě. Ale tito lidé nemají možnosti bydlení a práce. My toto potom nějakým způsobem musíme řešit. A většinou, protože se stává, že tito lidé neberou léky, které mají předepsané, nebo nedochází k ambulantnímu psychiatrovi, se jejich duševní stav zhoršuje. A v této situaci jsme žádali, jestli by nám CDZ mohlo s těmito klienty nějakým způsobem pomoci. My toho klienta známe třeba několik let, (v případě opatrovnictví dochází na úřad podle toho, jak má napsaný výdej peněz, s klienty v terénu jsme v kontaktu jednou týdně nebo jednou za 14 dní). Díky těmto kontaktům jsme schopní pracovníkům CDZ říci, zda se nám chování klienta jeví jako normální, nebo ne. Ale zpět od CDZ dostáváme informaci ve smyslu „vy nejste lékaři, vy tomu nerozumíte; my bychom rádi pomohli, ale my nevíme, zda ten současný stav je klientův standardní stav, nebo to je nějaká ataka, kterou popisujete, takže vám nepomůžeme, zavolejte si proto záchranou lékařskou službu, oni ho naloží a jeho zdravotní situaci odborně posoudí“. Nebo nám řeknou „my klienta nechceme zavírat na psychiatrii, naším záměrem je mít s klientem hezký vztah, partnerský, a kdybychom ho nechali hospitalizovat, pak už by pracovníkům CDZ nedůvěřoval“. Na to si na městě říkáme, že sice rozumíme, ale naši opatrovníci nechávají zavírat toho klienta třeba po osmé či po deváté a on se stále vrací, protože venku (mimo nemocnici) prostě nevydrží/neobstojí. My jsme doufali, že CDZ nám v těchto situacích pomůže, ale pracovníci CDZ nám říkají, že nechtějí udělat ten razantní krok. Měli jsme tady případ pána, který neoprávněně obýval garáž, která mu nepatřila. Majitel garáže se ho bál, proto ho tam nechal. Daný pán chodil po městě s česnekem ovázaným kolem hlavy, aby odrážel útoky Marťanů, a klackem píchal do lidí. Žádali jsme CDZ o spolupráci a oni nám řekli, že se pokusí. Jediný pokus ale byl takový, že ho naložili do auta a odvezli ho na benzínovou stanici, aby si tam mohl koupit bombu do plynového vaříče, a přivezli ho zase zpátky. Tento postup úplně nechápu. My jsme následně s městskou policií toho



člověka chytili (protože klackem píchnul jednu paní víc než normálně) a zajistili příjem do psychiatrické nemocnice a pán je v nemocnici dosud. A to jsou případy, kdy jsme si mysleli, že dojde ke spolupráci mezi námi a CDZ a CDZ zajistí řešení. Já nepotřebuji, aby ten člověk na psychiatrii zůstal dalších 10 let, ale možná by těm lidem stačila nějaká medikace. Očekával jsem od Centra, že budeme partnerem, a že když budeme v nesnázích, resp. nebudeme si vědět rady, že se k tomu vyjádří a řeknou „ano, to už je za hranou“ nebo „to zvládneme medikací a docházkou do CDZ a bude to v pořádku“.

T: V tom případě, který jste popsal, se nestalo, že by lidé z CDZ za pánem do garáže docházeli terénně?

R: Ne. Oni za ním přišli, zeptali se, zda nechce hospitalizovat, a on odpověděl, že ne. Pak se ptali, zda s nimi chce spolupracovat, on řekl, že ne. Zpět na obec nám došlo, že se pána několikrát dotazovali, zda s nimi chce spolupracovat, a on řekl, že nechce.

T: Popsal jste jeden případ. Jde to zobecnit ve smyslu, že se stává častěji, že město očekává intervenci CDZ, ale Centrum nekoná?

R: Na začátku nám bylo řečeno, že nebudou dělat děti a nebudou dělat seniory, že se budou věnovat lidem v produktivním věku, a to ještě tak, že do CDZ převedou klienty FOKUSu Vysočina a pro nové klienty se uvidí podle toho, zda na to budou mít kapacitu (protože jsou v rozjezdu). Já dnes nevím, zda jsou ještě v rozjezdu. Opatrovníci, jejichž opatrovanci jsou klienti FOKUSu Vysočina, jsou s CDZ v kontaktu, a myslím, že je to relativně dobrá úroveň spolupráce. Pro mě jako sociálního pracovníka, který sbírá lidi po venku, ale spolupráce s CDZ není úplně intenzivní a není podle mých představ. Poslední případ 14 dní zpátky je, že jsem kontaktoval přímo psychiatra CDZ, nikoli sociálního pracovníka. Jednalo se o paní, která měla pocit, že jí lezou brouci pod kůži. Případ se vyřešil během jednoho odpoledne. Paní je hospitalizovaná a spokojená (brouci už nelezou). Takovou spolupráci bych si představoval. Psychiatr CDZ konzultoval stav s primářem nemocnice. Nejprve jsme se domluvili na příjem v pondělí, potom po konzultaci jsme to udělali hned ve čtvrtek. Všechno proběhlo rychle a dobře, paní byla spokojená a děkovala nám. My jako sociální pracovníci nyní řešíme, jak bude dlouho hospitalizace trvat, kdy se bude vracet do svého bytu a jaká tam bude návazná služba. Takto bych si spolupráci s CDZ představoval.

T: A řekl byste, že ve spolupráci města a CDZ převažuje to dobré, nebo je adekvátní popis, že jde prozatím o nenaplněná očekávání?

R: Já myslím, že těch nenaplněných očekávání je víc. Můžu uvést případ paní, která měla dojem, že přes její byt chodí Cikáni do sklepa pro kapry. Kontaktoval jsem CDZ, zdravotní sestru. Pracovníci CDZ se šli s námi podívat na místo a paní jim ukazovala cestičky, kudy si Cikáni kapry z toho sklepa nosí. Na to řekli „ano, je to na příjem, ale my volat nebudeme, my nechceme být ti špatní, zavolejte si tam vy“. Já tam zavolám, ale dostanu se do situace, kdy budu čelit otázkám ve smyslu „a vy jste lékař, že víte, že se jedná o stav vyžadující hospitalizaci“? Myslím, že pracovníci CDZ by měli dělat prostředníky mezi námi a psychiatrickou nemocnicí.

T: Pokud převažují nenaplněná očekávání, snažili jste se situaci nějak měnit?

R: My jsme se pokusili vyvolat několik schůzek, myslím, že byly 3, ale vždycky se to obrátilo proti nám, že „my jsme ti špatní, my tomu nerozumíme, protože nejsme lékaři a nejsme schopní rozeznat stav pacienta“. Na městě probíhá komunitní plánování sociálních služeb, využívají se kulaté stoly. Plánovali jsme kulaté stoly přímo pro oblast duševního zdraví, abychom se víc sblížili a konkretizovali spolupráci.



Ale potom pan tajemník říkal „to nemá význam“, protože jakmile se sejdeme, my jsme ti, kteří tomu nerozumí, oni jsou ti chytrí a tím to jednání vždy skončí.

T: A jak vidíte roli města v zajišťování budoucnosti fungování CDZ v Havlíčkově Brodě?

R: Už zde byly hlasy několika zastupitelů, že by bylo dobré nahlásit na kraji, aby se FOKUSu Vysočina zrušila registrace sociální služby. (Poskytuje chráněné bydlení.) Zastupitelé říkali „tak to zrušte, to chráněné bydlení, protože nám to dělá akorát problémy“. Je to tak, že FOKUS Vysočina pro dům, kde provozuje chráněné bydlení, shání klienty. Tomu rozumím, každá služba se snaží mít naplněnost kapacity maximální. Říkali jsme jim ovšem „dobře, když jdete do nemocnice kvůli novému klientovi do chráněného bydlení, berte ty klienty, kteří mají trvalý pobyt v kraji Vysočina, protože nám to pak působí velké problémy“. FOKUS vytáhne člověka z psychiatrické nemocnice, umístí ho do chráněného bydlení, tam s ním pracují 1 rok a po uplynutí této služby klientovi řeknou „naši službu musíte opustit, protože naše služba je maximálně na 1 rok“. A pak ho pustí ven bez zajištění. Ten člověk se pak toulá ve městě. My ho chytíme a řešíme, co s ním. Tento systém je špatně. Zde chybí návazná služba. Pokud má ten člověk trvalé bydlení např. v Rychnově nad Kněžnou, pak město Havlíčkův Brod mu jen těžko může zajistit bydlení. Kapacita bytů je nedostatečná, byty jsou dávány našim občanům, tj. osobám, které mají trvalé bydlení v Havlíčkově Brodě nebo v blízkém okolí. My těmto lidem pak zajišťujeme různě po městě ubytovnu, ale on na ubytovně bez služby neobstojí. Ubytovna mu za 1 – 2 měsíce ukončí pobyt a vzhledem k tomu, že ubytovny si to mezi sebou řeknou, tak za chvíli není možné už nalézt žádné místo. Klient je pak na ulici a město řeší bezdomovce. FOKUS Vysočina tímto způsobem vyrábí bezdomovce, kteří se potulují po městě a řeší je městská policie a Policie ČR. Toto vnímám jako ne úplně dobrou věc. My jsme uvedenou aktivitu některých zastupitelů zažehnali vysvětlováním, že i když zrušíme FOKUS Vysočina, zůstane nadále fungující psychiatrická nemocnice a stále budou pacienti, kteří z ní budou vycházet. Měli bychom spíše hledat cestu, co s těmi lidmi poté, co opustí chráněné bydlení FOKUSu Vysočina. Zda by to nestálo za nějaké tréninkové/cvičné byty s nějakou podporou 1 – 2 týdně nebo nějaký jiný typ zařízení.

T: Případná podpora CDZ v Havlíčkově Brodě je tedy zatím s otazníkem?

R: My se snažíme, jsme ještě v nějakých jiných projektech týkajících se Reformy psychiatrické péče. Nemocnice realizuje projekt zaměřený na zvyšování kvality meziresortní spolupráce. Za město jsme se zúčastnili zatím 2 setkání. A vnímám to tak, že ne těchto jednáních jsou body, ve kterých si rozumíme. Právě tam zazněla myšlenka paní ředitelky zařadit CDZ pod Psychiatrickou nemocnici. Uvidíme, zda se tak stane. V takovém případě bych to vnímal tak, že by to mohlo nějakým způsobem fungovat. Přes FOKUS nám to zatím nejde. Nejsme velké město (23 tisíc obyvatel) a nemáme tady tolik služeb. Jenom jedno chráněné bydlení je málo. Chybí nám návazné služby; místa, kde by ti lidé mohli tréninkově bydlet. Kraj to také vnímá jako potřebné, ale nejsou finanční prostředky, aby se něco takového postavilo. Měli jsme myšlenku, když CDZ vznikalo, že jsme nabízeli CDZ i vlastní pozemek města a v projektu jsme plánovali i 4 – 5 cvičných bytů, které by nebyly přímo součástí Centra, ale byly by v jeho blízkosti. Ale protože na to pak CDZ nemělo peníze, ten projekt skončil a CDZ se nastěhovalo do pronajatých prostor.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Zástupce města vyjadřuje určité zklamání z fungování CDZ, kdy důvodem je, že CDZ nevyřešilo několik případů osob, které narušovaly pořádek ve městě pravděpodobně z důvodu duševní



nemoci. Kritizováno je, že pracovníci CDZ nechtěli v těchto situacích být těmi, kdo iniciují hospitalizaci dané osoby.

2. Zástupce města zmínil, že odvolání ředitele Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod z důvodu, že nedostatečně spolupracoval s MZd na implementaci reformy psychiatrické péče, je v území vnímáno negativně.
3. Zástupce města uvedl, že spolupráce s FOKUSEM Vysočina, z.s., není z jeho pohledu uspokojivá, případnou podporu pokračování CDZ z úrovně města vidí jako reálnější v případě, že by CDZ bylo provozováno pouze Psychiatrickou nemocnicí Havlíčkův Brod (což je myšlenka, se kterou bylo město seznámeno jakožto se zvažovaným scénářem na straně vedení nemocnice).

4.2.2.5 Rozhovory s dalšími psychiatrickými zařízeními či sociálními službami v regionu

13. Rozhovor s ambulantním psychiatrem působícím v regionu

14. Identifikace projektu	CDZ v Havlíčkově Brodě
Respondent	Ambulantní psychiatr
Termín uskutečnění rozhovoru	2. 9. 2020
Forma rozhovoru	Face to face

Tazatel (T): Moje první otázka je, jestli byste mohl, prosím, popsat, jak pevně nebo volně spolupracujete s CDZ v Havlíčkově Brodě?

Respondent (R): Ta spolupráce nebyla nějaká hromadná a velká, jedná se o jednotlivé pacienty. Jestli to můžu nějak sumarizovat, tak to je šest pacientů, kteří jsou ve spolupráci s CDZ, či šest mých pacientů, které jsem původně ošetřoval a v podstatě ošetřuji i dál. Část z nich ke mně samozřejmě přišla z CDZ, aby měli svého ambulantního psychiatra. Takže je to tak do šesti pacientů, víc to nebude.

T: Za celé období, co CDZ existuje, je to z Vaší ordinace jen šest lidí?

R: Ano, s tím, že je nás na okrese 5 psychiatrů, takže možná mají další pacienty, to nevím. Také spolupracují s CDZ, ale já jich mám tak do těch šesti, víc ne.

T: Pracovníci CDZ mi říkali, že mají zhruba 70 pacientů. Přičemž samozřejmě někteří jsou propuštěni z nemocnice a ti třeba ani neměli svého ambulantního psychiatra v území.

R: Já předpokládám, že možná si je v CDZ chvíli nechají, poté co je propustí z léčebny (než si najdou nebo než požádají psychiatry kolem, protože naše obsazenost jako ambulantních psychiatrů je hodně velká). Takže to nelze udělat tak, že vezmou z CDZ 5 pacientů a nahlásí je, že budou chodit k nám, to nepřipadá vůbec v úvahu. Musí to být jednotlivě a pacient musí být objednaný, protože co se týká vstupního vyšetření, to trvá jednu až jednu a půl hodiny u každého člověka, když poprvé přijde do psychiatrické ambulance, alespoň u mě. Nelze tedy naráz nahlásit pět šest lidí, to nepřipadá v úvahu, a pokud by to takhle bylo nahlášené, tak se to rozloží třeba do dvou měsíců, protože není možné, abych každý den vyšetřoval nového pacienta.

T: Kdyby se k Vám někdo hlásil úplně zvenku bez vazby na CDZ, jak dlouho bude trvat, než ho dokážete začlenit do svého programu?



R: Ještě před rokem to bylo značně dlouhé. A před rokem jsme se sestřičkou udělali experiment, kdy jsme se rozhodli, že budeme vstupní pacienty vyšetřovat jenom jeden den v týdnu a nebude jich více než 4 denně. A tím se to poměrně urychlilo. Měli jsme takovou dvou a půl až tříměsíční dobu čekání na vyšetření a teď se čeká tak čtrnáct dní až tři neděle. Musím říct, že se to opravdu docela zrychlilo a já to považuji za docela dobré, protože i pro nás je to trošku změna. Pokud máte vstupního pacienta, který přijde na úplně první sezení mezi běžnými návštěvami a kontrolami, kterých máte pětadvacet až třicet za den, tak hodina až hodina a půl je obrovská ztráta (z hlediska rozsahu a počítání na jednoho člověka). To bylo velmi stresující a náročné. Teď se to díky tomuto způsobu poměrně upravilo a zatím jsem s tím spokojený a v podstatě i ti lidé jsou spokojení.

T: Já se vrátím k tématu spolupráce mezi Vaší ordinací a CDZ. Co bylo úplně na počátku? Oslovili vás oni nebo to proběhlo nějakým jiným způsobem?

R: Oni mě oslovili a tím dali vědět o tom, že tam je pilotní projekt. Co si pamatuji, tak třeba nahlásili prvního pacienta, u kterého chtěli, abych se o něj v budoucnosti dál ambulantně staral. Tímto způsobem to začalo a pak spolupráce pokračovala dál. U mě je na úrovni odborné, to znamená opravdu lékařsky.

T: Pozorujete nějaký vývoj v podobě spolupráce za tu dobu, co CDZ existuje, nebo to v zásadě od začátku mezi vámi a CDZ běží stále stejně? Vytipují pacienta, osloví vás, jestli máte kapacitu, a pak se domlouváte?

R: Já myslím, že to běží pořád stejně.

T: Má skutečnost, že v Havlíčkově Brodě funguje CDZ, dopad na Vaši celkovou práci? Mně připadá, že ten počet pacientů je tak malý, že asi ne. Nicméně nechám prostor Vám, ať, prosím, zhodnotíte, jestli si myslíte, že to ovlivňuje Vaši práci.

R: Pokud by to bylo v tomto počtu, tak v podstatě ani ne. I když někdy opravdu u jednotlivých záležitostech, protože každý člověk je jiný, tak přece jenom se někde něco zasekne a je potřeba to řešit. Já vidím přínos pro naši ambulanci v takových těch sociálních otázkách. Třeba ve finančních otázkách. Pacienti jsou většinou invalidní důchodci, kteří žijí většinou z důchodu a s těmi financemi mnohdy docela zápasí. Nemají dost financí, opravdu jsou odkázáni na důchod, takže jsou potom velmi rádi, když se objeví někdo, kdo jim třeba vymyslí nějaký příspěvek, který opravdu dopadne a oni o něm ani nevěděli a můžou ho dostat. To je v podstatě práce sociální pracovnice. Moje představa byla, když jsem před sedmadvaceti lety šel do soukromé ambulance, že si vytvořím taky takový tým. To znamená, že budu mít sociální pracovníci a jednu zdravotní sestru. Jenže na to nebyly peníze. Takže to nebylo možné a skončilo to tak, že mám sestřičku, a jsem rád, že to tímhle způsobem zvládáme. Tím pádem otázky sociální zůstávají na druhé koleji a mnohdy je to pro toho pacienta, třeba chronického schizofrenika, docela zásadní záležitost. Ale my na to čas ani znalosti mnohdy prostě nemáme.

T: Rozumím, že psychiatrická ambulance není místo, kde pacientovi poradíte, jak dostat příspěvek na bydlení.

R: Tak třeba, to docela kvitují.

T: Přibyla nebo ubyla Vám nějaká agenda poté, co CDZ v Havlíčkově Brodě začalo fungovat?



R: Já myslím, že ne, ani nepřibyla ani neubyla. Jsou to pacienti jako každý jiný. Někteří sem přijdou, jak jste říkala třeba z ulice. Staráme se o ně stejným způsobem a je to stejně časově náročné jako u všech ostatních.

T: Nedošlo ani ke změnám v míře poptávky po Vašich službách?

R: Řekl bych, že ne. Alespoň nevím o tom, že by někdo přišel, že ho třeba doporučil CDZ, i když nebyl v jejich péči atd. Já jsem docela rád. Tlak lidí, kteří chtějí být psychiatricky vyšetřeni, a ne jenom u mě, ale u všech ostatních kolegů na okrese, je velký a stoupá. Rok od roku je toho víc.

T: CDZ v Havlíčkově Brodě si našlo svůj modus operandi v tom, že – dle jejich slov – „nasáknou“ klienta v momentě, kdy je mu hůř, věnují mu např. tři měsíce práce a pak ho vrací jeho původnímu ambulantnímu psychiatrovi. Funguje to takhle i s těmi Vašimi pacienty?

R: Ano, řekl bych, že to tak je, protože i já jsem se v podstatě asi ve třech případech možná ve čtyřech, zase jiných, obracel na ně. Jestli by mohli pomoci právě třeba v otázkách sociálních. Člověku, kterého mám třeba už 15 let ve své péči a teď se dostal do situace, kdy by potřeboval pomáhat, třeba právě v sociálních otázkách. Takže já mám zase větší možnost, jak pacienta informovat nebo jak mu pomoci.

T: A zafungovalo to?

R: Oni se ho ujali a musím říct, že ano.

T: Převzetí pacienta do péče, které popisujete, ale bylo jenom v sociálních otázkách. Jak jsem pochopila jejich vizi, tak si představují, že pacienta převezmou i z hlediska medicinského. Stalo se Vám to ve Vaší praxi?

R: To bych řekl, že se mi stalo snad v jednom případě, ale jinak ne.

T: Domníváte se, že tento koncept dává smysl?

R: Já si myslím, že v odborné otázce to smysl moc nedává, protože jestliže si toho člověka vedu a není se mnou vysloveně nespokojený, že by hledal někoho jiného, což má možnost zase u těch dalších kolegů, tak to nemá smysl. Ten člověk, pokud je vedený, tak i on sám by nerad přebíhal, na půl roku nebo tři čtvrtě roku byl tam a pak se zase vracel zpátky atd. To není, myslím, pro CDZ ta správná myšlenka.

T: Nechci mluvit za ně, ale vnímám to tak, že argument, proč to takhle vidí, je, že u nich je hodně podstatná terénní služba, a že i psychiatr z CDZ může za pacientem dojet v momentě, kdy pacient není schopen dojet do ordinace. Cílem tedy je, aby v případě zhoršení stavu nedocházelo k tomu, že pacient bude hospitalizovaný. Tím, že se poskytne služba u něj doma, vytváří se mezistupeň mezi psychiatrickou nemocnicí a standardním režimem, kdy pacient dochází k psychiatrovi do ordinace.

R: Já vám rozumím. To, co jste řekla, tak to jsem před cca 15 lety dělal všechno sám. Jezdil jsem za pacienty. Měl jsem k dispozici sanitku, kterou mi dala nemocnice. Nebyl s tím žádný problém, dokud nevznikla RZP; pak už to nešlo. V současné době by to nešlo i z časových důvodů, protože jsme opravdu hodně vytížení. Takže i v téhle oblasti, když tedy nezmíním jenom sociální otázku, tak i v oblasti terénní to samozřejmě má svůj smysl. Pokud pacient třeba přestane docházet a my nevíme, co s ním je, tak tady skutečně je možnost se obrátit na CDZ, jestli by nebyli tak hodní a udělali to. To už se nám taky stalo.



T: Já se přesunu k poslednímu bodu a tím je hodnocení institutu CDZ jako takového. Zajímá nás, jak hodnotíte jejich potřebnost. Vy jste už v předchozích odpovědích podtrhl sociální složku. Zajímá mě, jestli vnímáte potřebnost i u lékařské složky CDZ?

R: Já myslím, že je to vhodné, včetně těch terénních služeb. Ale když o tom tak přemýšlím, myslím si, že velmi bude záviset na personálním obsazení, protože ani psychiatři ani terénní sestry a ani další pozice zatím nejsou k dispozici. Nevím, kde je vezmou, protože to je otázka minimálně dvaceti let, než někoho takového vychovají. Čili potřeba tady je, ale kde se vezmou ti pracovníci, to zatím nevím. Rozhodně si nemyslím, že by se psychiatři nebo sestry do CDZ měli získávat tím, že se zruší psychiatrické nemocnice a léčebny.

T: Do jisté míry je toto součástí reformy psychiatrické péče. Pojdme si, prosím, říci pár vět k celkové koncepci, kdy reforma psychiatrické péče předpokládá snížení kapacity lůžkové péče minimálně o třetinu. A je zde předpoklad, že lékaři a sestry, kteří v lůžkové péči pracují, se přesunou do terénních služeb, resp. do CDZ a obdobných.

R: Proto jsem to nakouzl. Podle mě je to totální nesmysl, a myslím, že lze uvést příklad z 60. let v Itálii, kdy něco podobného provedli. Zrušili léčebny, komplet v celé Itálii, a za dva roky je zoufale otevírali zpátky a sháněli personál, aby mohli fungovat, protože ne všechny diagnózy a ne všechny psychické a psychiatrické stavy se dají léčit ambulantně; to vůbec nepřipadá v úvahu. Je to naprosto nesmyslná myšlenka. Za těch 47 let, co pracuji, tak přeci jenom jsem něco zažil a viděl, 14 let jsem pracoval na psychiatrii v Havlíčkově Brodě, těch zbylých 33 let působím ambulantně - soukromě. Takže už o tom přeci jenom něco vím a vím, co je možné léčit ambulantně, a vím, co se musí bezpodmínečně léčit ústavně.

T: Ani ta jedna třetina hospitalizovaných Vám nepřipadá schůdná?

R: Ne, je to příliš velké číslo, které by se mělo zrušit.

T: A jakou část pacientů, kteří jsou hospitalizováni, by podle Vás bylo možné propustit?

R: Oni se v podstatě snaží, pokud to opravdu vezmu z místních poměrů. Když jsem tam pracoval, bylo tam 1 600 lůžek. Teď jich je tam 860. A já na hospitalizaci pacienta, pokud je potřebná a akutní, čekám minimálně týden. Vůbec nepřipadá v úvahu, pokud je někdo skutečně nebezpečný sobě, nebezpečný okolí, má sebevražedné myšlenky atd., aby čekal týden, než může být hospitalizován.

T: A po dobu čekání je pacient v místě, kde standardně bydlí?

R: On může bydlet i s rodinou a klidně tu sebevraždu spáchá, ta rodina ho neuhlídá. Jsou stavy, které vysloveně vyžadují hospitalizaci. Nemluvě o deliriích tremens, kdy je člověk zmatený, nebezpečný okolí, nebezpečný sobě, ublíží si, může skočit pod auto ve zmatenosti, neví, kde je, má pocit, že ho sledují, může vystupovat vůči lidem, napadnout je apod. Ústavní léčba je prostě bezpodmínečně nutná, to nelze zlikvidovat, to je totální nesmysl.

T: Dovolím si to nějak shrnout: CDZ byste viděl jako doplněk, ale nikoli jako náhražku. A ten doplněk vnímáte ve smyslu, že se systém bude snažit propojit sociální a zdravotní péči. Zároveň jste přesvědčen, že to narazí na nedostatek personálu.

R: Přesně tak, cvičeného personálu, to znamená jak psychiatrů, tak odborně zdatných sester.

T: Je ještě něco, co byste rád k CDZ dodal?



R: Myslím, že ne. Říkám, pokud já jsem od nich něco potřeboval, tak jsem se ně obrátil. Konkrétně asi ve dvou případech, co se týče terénních služeb, aby se šli podívat za pacientem, když já jsem nemohl. My jsme to dělali se sestřičkou sami. Nepřišel nám pacient třeba 14 dní. Nevěděli jsme vůbec, co s ním je. Tak před takovými 4-5 lety jsme za ním šli domů. Já jsem vzal auto a jeli jsme třeba do vedlejší vesnice. Zašli jsme za ním, povídali jsme si doma a třeba jsme ho přesvědčili, ať přijde do ordinace, že to musíme nějak spravit, protože byl většinou horší nebo mohlo dojít i k hospitalizaci (protože byl doma zavřený, měl pocit, že ho sledují atd.). Takže to šlo, ale teď už na to síly nemáme v tom smyslu, že lidí přibýlo a je toho hodně. Čili ty terénní služby jsou určitě výborná věc; to oceňuji.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Spolupráci psychiatra a CDZ iniciovalo CDZ. Respondent převzal do své péče bývalé klienty CDZ (jednotky případů).
2. Respondent oceňuje zejména dostupnost sociální složky péče CDZ, přínos zdravotní složky hodnotí jako menší, vyzdvihnul terénní složku zdravotních služeb (což je v některých případech efektivní nástroj, ale v rámci vlastní ordinace na to nemá kapacitu).
3. Reformu psychiatrické péče vnímá respondent v zásadě pozitivně, ale je přesvědčen, že by v rámci reformy neměly být výrazným způsobem redukovány lůžkové kapacity (protože u hospitalizace je u některých pacientů jediným správným postupem). V souvislosti s tím upozorňuje, že kapacity odborníků pro CDZ nelze brát z lůžkových zařízení, a proto je přesvědčen, že reforma psychiatrické péče narazí na nedostatek personálu.



4.3 CDZ Brno

4.3.1 Případová studie CDZ Brno

1. Způsob přípravy případové studie včetně překážek, které se případně objevily

Základy pro případovou studii byly položeny počátkem května 2020. V té době došlo k zahajovacím rozhovorům v rámci spolupráce s ředitelkou Práh jižní Morava, z.ú. (dále také jen „Práh“ či „centrum Práh“), PaedDr. Blankou Veškrnovou.

Práh jižní Morava, z.ú. disponoval dlouhodobými zkušenostmi z oblasti terénní práce s osobami trpícími psychickým onemocněním a hrál klíčovou úlohu při založení center duševního zdraví v Brně a dalších lokalitách Jihomoravského kraje. Rozhovory probíhaly postupně, s případným doplňováním potřebných pozic, v období od května 2020 do ledna 2021.

2. Základní informace o založení CDZ a jeho dosavadní historii

Vznik CDZ

Výchozí pozice pro CDZ v Brně, založené spoluprací centra Práh s Psychiatrickou klinikou Fakultní nemocnice Brno (dále také jen „PK“), byla vytvořena již v roce 2017. V té době začaly terénní pracovnice centra Práh spolupracovat s PK při poskytování služeb hospitalizovaným pacientům.

Založení CDZ předcházela také intenzivní spolupráce obou zřizovatelských subjektů s Ministerstvem zdravotnictví ČR (dále také jen „MZ ČR“) a Krajským úřadem Jihomoravského kraje (dále také jen „KÚ“). V letech 2014 a 2015 se Práh i PK podílely na vzniku Strategie reformy Psychiatrické péče a zahájení její implementace.

Prostory CDZ

CDZ působí na adrese Štěpánská 2, 602 00 Brno. Prostory CDZ jsou umístěny v širším centru v adaptované budově s komerčními provozovny. Prostory CDZ zahrnují pracoviště klinických specialistů, pracoviště ošetřovatelek, denní místnost pro klienty, zázemí pro terénní tým. Dále jsou zde hovorňny, kanceláře, sociální zařízení pro pacienty/klienty a personál. Část týmu, určená k práci s klienty v akutní lůžkové péči, využívá prostory PK. Z pohledu klientů nebyly k vhodnosti uvedených prostor vzneseny výhrady nebo náměty. Z pohledu zaměstnanců CDZ by k optimálnímu využití Centra přispěl větší důraz na zajištění bezbariérovosti.

Základní parametry fungování

Provozní doba určená k běžným kontaktům s klienty je stanovena denně od 7:30 do 18:00. Centrum Práh využívalo v době před epidemií pro akce spojené s osvětou k reformě psychiatrické péče a rozvoji CDZ také prostor Café Práh. V terénu působí sociální pracovníci, ošetřovatelky a peer konzultanti terénního týmu.



3. Regionální působnost centra (reálná spádovost, konkrétní instituce a subjekty, s nimiž probíhá spolupráce)

Spádové území

Činnost CDZ je soustředěná na oblast statutárního města Brna, které svou velikostí více než dostatečně naplňuje předpokládanou absorpční kapacitu. Podmínkou přijetí je bydliště klienta vymezené městskými částmi Brno-Střed, Bohunice, Starý Lískovec, Nový Lískovec, Kohoutovice, Jundrov, Bosonohy, Bystrc, Žebětín a Kníničky. Regionální vymezení směřuje k existenci nejméně dvou CDZ v Brně.

Spolupráce v regionu

Komunikace zřizovatelských subjektů s relevantními samosprávnými orgány byla v případě CDZ v Brně od počátku příkladná. Prostřednictvím pravidelných workshopů a konferencí seznamovali zástupci zřizovatelů pracovníky samosprávných orgánů, odbornou i laickou veřejnost s cíli reformy, se záměry MZd ČR, s úvahami a kroky zřizovatelů. To se odrazilo v nekonfliktním rozvoji spolupráce s většinou dotčených subjektů.

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

Ve značné míře akceptovali úlohu CDZ i ambulantní psychiatři. Pouze výjimečně se ke spolupráci s CDZ vyjadřují skepticky.

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

Zrovna dnes mi volala nějaká paní (údajně z CDZ), že jedna moje pacientka se schizofrenií, bezdomovkyně, která mě v ambulanci navštěvuje každý týden, odmítá jejich pomoc při trénování kognitivních funkcí, abych na ni zapůsobila. Vysvětlila jsem jí, že její spolupráci nemohou očekávat, protože jí nebude důvěřovat, je zvyklá na mou pomoc přes 20 roků, nenechá si mluvit do života.“ (Ambulantní psychiatr, rozhovor ze dne 21. 5. 2020).

Spolupráce s PK je generickou funkcí CDZ vyplývající z okolností vzniku. Probíhá prakticky na každodenní bázi. Přírozeným vstupním bodem ke komunikaci s CDZ pro potenciální klienty je spolupráce členek multidisciplinárního týmu pracujících v rámci PK.

Zájemci se o službách CDZ měli dlouhodobě možnost dozvídat prostřednictvím informačních aktivit Centra Práh. Kooperujícím informačním zdrojem tak jsou pro potenciální klienty také poskytovatelé zdravotních služeb, samosprávné orgány i agentury sociálních služeb.



4. Struktura

Tým CDZ

Tým je složen z profesionálů přinášejících specifickou odbornost. Na rozdíl od tradičních pracovišť není stanovena jednoznačná hierarchická struktura. Na péči se podílí psychiatr, klinický psycholog, psychologové poradci, zdravotní/psychiatrické sestry, sociální pracovníci a peer konzultanti. Podle charakteru případu se členové týmu shodnou na určení tzv. case managera. Klient spolupracuje na základě individuálního plánu péče zaměřeného na silné stránky v souladu s analýzou jeho zdravotní a sociální situace.

„Odlišnost nejvíce charakterizuje soustředění na pacienta jako případ. Členové týmu neřeší individuálně oddělená hlediska péče, posuzují společně stav a vývoj pacienta a koordinují jednotlivá opatření.“ (Zástupkyně Řídicího výboru, rozhovor ze dne 18. 5. 2020).

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

5. Konkrétní výzvy a překážky, které CDZ muselo při svém fungování řešit

CDZ v Brně před zahájením i v průběhu pilotního provozu pravidelně komunikovalo s MZD ČR i s MPSV, vykonávajícím úlohu Řídicího orgánu Operačního programu Zaměstnanost. Přehled identifikovaných problémů shrnuje následující tabulka.

Č.	Problém (překážka)	Relevantní i pro provoz krytý ESF	
1	Odlišná výše ohodnocení zdravotnického personálu a pracovníků sociální složky CDZ	Odměny zdravotnických profesionálů, zaměstnaných na PK, byly při stejné míře angažovanosti v rámci úkolů multidisciplinárního týmu vyšší než odměny sociálních pracovníků. Zásadní rozdíly panovaly i v přiznaných zaměstnaneckých benefitech. To způsobovalo jistou míru napětí v týmu.	ANO
2	Odlišná provozní pravidla zřizovatelů CDZ, včetně pravidel pro využívání služebních vozidel	CDZ nemá právní subjektivitu, každá část týmu má jiného zaměstnavatele. Bylo tím omezeno např. sdílené užívání automobilů, které terénnímu týmu dala k dispozici PK. Provozní předpisy tím pádem nutily do každého výjezdu zařazovat zaměstnance PK, neexistovala možnost samostatného využití automobilů sociálními pracovníky Centra Práh. Tím byla poněkud popřena rovnost pozic členů jako princip organizace multidisciplinárního týmu.	ANO
3	Absence metodiky pro práci týmů CDZ, nutnost nastavit principy fungování zcela vlastními silami	Od počátku nebyla k dispozici pravidla ani metodiky práce týmů CDZ. Členové týmu v rámci pilotního projektu tak plnili dvě zadání: péči o pacienta a tvorbu metodik. Vnímali to jako zátěž omezující možnost s plným nasazením plnit základní zadání.	ANO
4	Administrativní komplikace kvůli zajištění sdílení informací o zdravotním stavu klientů/pacientů mezi zdravotnickou a sociální složkou péče v CDZ	Nutnost předání informací o zdravotním stavu, nezbytná k naplnění rolí v multidisciplinárním týmu, vedla k tvorbě nadbytečných dílčích úvazků některých členů týmu v obou subjektech. Vznikala tak nadbytečná byrokratická zátěž v celém procesu.	ANO



Č.	Problém (překážka)	Relevantní i pro provoz krytý ESF	
5	Vysoká administrativní náročnost činností CDZ	Velikost týmu v poměru k počtu klientů v projektu byla navržena v relaci k rozsahu potřebné péče. Dokumentace související s péčí a projektem zatěžovala členy týmu v míře, která by mohla omezovat prostor pro plnění základního zadání. Řešením by mohlo být zahrnutí alespoň části úvazku administrace a dokumentace do struktury týmu.	ANO

6. Hodnocení projektu ze strany respondentů (co je oceňováno, co kritizováno, doporučení)

Vnímání přínosů CDZ ze strany klientů a rodinných příslušníků klientů

Oslovení respondenti hodnotí svoje zkušenosti s CDZ velmi pozitivně. Z rozhovorů vzešlo zjištění, že za závažný problém v péči o osoby se závažným duševním onemocněním považují rodinní příslušníci klientů laxní přístup v ambulantní i lůžkové péči.

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

Vnímání přínosů CDZ ze strany členů týmu CDZ

Hodnocení přínosu u všech členů týmu vyvolalo pozitivní odezvu, veškerá argumentace byla vždy jen kladná. Nesmírně oceňovali dopad na sociální pozici klientů, změnu vztahu mezi klientem a členy pečujícího týmu. Z pohledu členů týmu přináší způsob práce v CDZ přelomový kvalitativní posun.

- „U akutního lůžka jsme si kladli nižší cíle než v týmu poskytujícím terénní péči. Naší snahou bylo řešit akutní problémy, stabilizovat stav a předat do vlastního prostředí. Neměli jsme možnost zabývat se dlouhodobou udržitelností stabilizovaného stavu, což je právě úloha CDZ.“* (Psychiatr, rozhovor ze dne 27. 5. 2020).
- „V oblasti zdravotní péče byly možnosti sociálního pracovníka v minulosti omezené a museli jsme se opírat o pokyny ambulantního psychiatra, měl malou možnost podpory. Teď při aktivní a soustavné spolupráci zdravotníků je to snazší v mnoha oblastech.“* (Sociální pracovnice, rozhovor ze dne 12. 1. 2021).

Podněty k podmínkám fungování CDZ

S výjimkou klientů všichni přímo dotčení aktéři našli podněty, kterými by přispěli k budoucímu rozvoji CDZ. Hrozbu z nejasnosti právního rámce by ráda vyloučila statutární zástupkyně Centra Práh. Mimo to by přivítala jistotu zařazení nákladů na sociální pracovníky do rozpočtu kraje.

„Za naprosto nezbytné považuji ukotvení CDZ jako specifické a jasně popsané služby v zákonech ovlivňujících poskytování zdravotních služeb a sociální péče. (...) Zařazení úvazků soc. pracovníků do kapacit sociální péče v krajích.“ (Statutární zástupkyně poskytovatele sociálních služeb, rozhovor ze dne 21. 5. 2020).

V podstatě shodnou výhradu k nejasnosti právního rámce vyjádřil i psychiatr CDZ. Dalším podnětem byla snaha o objektivizaci výše úhrad ve zdravotní části, tj. obavy z nejistoty právního rámce pro organizační model, který přináší při vzniku a provozu různorodé a nedostatečně specifikované faktory, vznesla i členka Řídícího výboru CDZ.



„Naprostou nezbytnou změnou proti nynějšímu stavu je vytvoření společného zákonného rámce pro zdravotní služby a sociální péči, zahrnujícího terénní péči. Zamezit úspěšnému pokračování činnosti CDZ by mohly nedořešené finanční kompenzace: case management a multidisciplinární přístup znamenají náročnější organizaci z pohledu spotřeby času, nejsou dostatečně finančně kryty ani ve zdravotní ani v sociální složce.“ (Psychiatr CDZ, rozhovor ze dne 26. 5. 2020).

7. Hodnocení CDZ ze strany dalších subjektů (kraj, město, další zdravotní a sociální služby)

Jak je uvedeno v úvodu, vzniku CDZ předcházela soustavná, věcná a vstřícná spolupráce zakladatelských subjektů se samosprávnými orgány. Dobře z pohledu města funguje spolupráce CDZ a úředníků, kteří vůči některým klientům Centra za město vykonávají opatrovnickou funkci. Od toho se odvíjí i postoje zástupců města. Oceňovali úlohu CDZ i vztah zakladatelů k dotčeným subjektům péče o lidi s duševním onemocněním. Zástupce Magistrátu města Brna zdůraznil benefit ze schopnosti podchytit a zařadit do péče osoby s duševním onemocněním.

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

„Odbor sociální péče Magistrátu města Brna je s CDZ v průběžném kontaktu, vzájemně si vyjasňujeme své možnosti, potřeby a postupy. CDZ v Brně stále ještě působí poměrně krátkou dobu, takže je nutné i nadále vzájemně komunikovat, řešit případné komplikace a vyjasňovat si možnosti spolupráce. (...) Spolupráce se postupně rozbíhá a předpokládáme, že se bude nadále prohlubovat. CDZ jsou také v kontaktu s největšími městskými částmi Brna.“ (Zástupce Magistrátu města Brna, VO sociálních služeb, rozhovor ze dne 26. 5. 2020).

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

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

Doporučení k oslovení ambulantní psychiatrické péče v Brně vydal předseda Sdružení ambulantních psychiatrů, MUDr. Erik Herman. Z vyjádření respondentky vyplynulo, že existence CDZ její praxi nikterak neovlivnila.

„CDZ si zřejmě hledá své místo, ale nezaplňuje žádné potřebné místo v mém okolí.“ (Ambulantní psychiatr, rozhovor ze dne 21. 5. 2020).

Respondentka vyslovila obavu, že při rozhodování o finálním modelu péče MZd ČR nepostupovalo transparentně. Uvedený názor vyplývá pravděpodobně ze skutečnosti, že byla neúspěšnou uchazečkou o přidělení projektu.

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



Celkový koncept CDZ v tomto případě není vnímán pozitivně.

8. Budoucnost CDZ

Z převážně pozitivních reakcí všech aktérů i dotčených stran lze vyvodit, že jsou rozhodnutí CDZ provozovat i nadále. Podporu a podmínky se snaží vytvořit zástupci města.

„Aktuálně platný a Zastupitelstvem města Brna schválený Komunitní plán sociálních služeb obsahuje opatření, která řeší rozvoj sociálních služeb, jež jsou součástí CDZ“. (Zástupce MMB, rozhovor ze dne 26. 5. 2020).

Krajský úřad je přesvědčen o potřebnosti terénní služby a zařadil CDZ do plánů na následující roky, přestože vnímá nedostatky v postupech financování ze strany MPSV.

Krajská samospráva připravila kroky, které pomohou udržet financování sociální složky CDZ. Úvazky pracovníků sociální rehabilitace jsou zařazeny do základní sítě sociálních služeb. Problematické je zajištění financování, pokud nedojde k adekvátnímu nárůstu finančních prostředků ze strany MPSV, alokovaných přímo pro CDZ. (...) Reforma péče o duševní zdraví je navrhovanou systémovou prioritou aktuálně připravovaného Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb JMK 2021-2023. Stručně a obecně je zmíněna také v aktuální Koncepti zdravotnictví JMK“. (Zástupce krajského úřadu JMK, rozhovor ze dne 7. 8. 2020).

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

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



4.3.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ Brno

4.3.2.1 Rozhovory se zástupci Řídící rady, resp. zástupci zřizovatelů

1. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (agentura sociálních služeb)

Identifikace CDZ	CDZ Brno I
Respondent	Zástupce zřizovatele, členka Řídící rady
Termín uskutečnění rozhovoru	18. 5. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Co bylo impulsem pro vznik CDZ?

Respondent (R): Za vznikem stojím já jako ředitelka Práh Jižní Morava (PJM) a prof. Tomáš Kašpárek, přednosta Psychiatrické kliniky FN Brno (PK). Vycítili jsme příležitost v ČR oficiálně prosadit model společných aktivit pracovníků zdravotní péče a sociální péče ve vlastním prostředí klienta.

T: Jak vznikla spolupráce mezi oběma subjekty?

R: Práh JM vyzval PK k prohloubení spolupráce. Na základě předchozích (již ukončených) dotací z Norských fondů PK umožňovala sociálním pracovnícům PJM nabízet komunitní služby hospitalizovaným pacientům.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace?

R: Základ jsme položili už v roce 2015. Největší komplikací byl pomalý postup MZd ČR se stálým odkládáním zahájení projektů.

T: Jak bylo CDZ přijímáno ze strany kraje / města / lékařů / psychiatrických zařízení / služeb / veřejnosti?

R: Kraj i město byly připraveny, v obou samosprávných jednotkách byla schválená koncepce péče o lidi s duševním onemocněním. Ambulantním psychiatrům ještě není v plné rozsahu jasné, co by mělo být přínosem CDZ. Psychiatrická nemocnice v Brně zpočátku projekt odmítala, po personálních změnách spolupracuje. Veřejnost byla díky soustavné informační aktivitě při přípravě s vznikem CDZ seznámena, vzala vznik na vědomí.

T: Jak hodnotíte nároky projektu (vstup do projektu, administrativa, indikátory, komunikace s ŘO)?

R: Administrativa projektu je náročná z důvodu změny podmínek, na MZd ČR nebyli projektoví manažeři dostatečně orientovaní ve více aspektech, neznali podmínky realizace OPZ, poskytovali nesourodé odpovědi na otázky od příjemců dotace, např. do indikátorů nejsou nezapočítáváni lidé nad 65 let, což se příjemci dotace dozvěděli od PM dodatečně poté, co zapojení starších klientů do projektu proběhlo a spotřebovalo náklady. Naplnění indikátorů bylo upřesňováno nesourodě. ŘO v případě dotazů příjemců dotace neznal možnosti řešení, potřeboval návrh variant s vysvětlením hledisek, aby mohl vydat rozhodnutí.



T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě řízení multidisciplinárních týmů různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe?

R: Odlišnost nejvíce charakterizuje soustředění na pacienta jako případ. Členové týmu neřeší individuálně oddělená hlediska péče, posuzují společně stav a vývoj pacienta a koordinují jednotlivá opatření.

T: Jaké překážky při nastavování spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu jste museli překonat (způsobené např. různou právní formou zřizovatelů či různými profesemi, které mají zřizovatelské subjekty k dispozici)?

R: Za zásadní považuji nastavení pravidel společné práce při respektu k rozdílným zákonům, ovlivňujícím poskytování zdravotních služeb a sociální péče. Obtížně překonatelným interpersonálním problémem byl rozdíl ve finančním hodnocení profesí při prakticky stejném významu a náročnosti účinkování jednotlivých členů týmu. Spolu s tím také výrazný rozdíl v benefitech (délka dovolené, stravenky) v případě úlohy, jejíž dopad na činnost CDZ byl shodný. Museli jsme také vyřešit problematiku sdílení informací o klientech, PJM zaměstnal na velmi malý úvazek za formální odměnu pracovníky PK.

T: Jak se daří řešit personální záležitosti a případné problémy s tím související?

R: Konfliktní situace jsem pocítovala jako poměrně závažné, muselo dojít k personálním změnám.

T: Jaké je rozdělení kompetencí mezi oba subjekty? Vznikají v tomto ohledu nějaké situace komplikované na řešení?

R: Vznikl obtížně řešitelný problém administrativního charakteru v oblasti užívání automobilů ve vlastnictví PK. Při nezbytné intervenci u klienta nemohli zasahovat samostatně členové týmu za PJM, protože z důvodu striktních pravidel o majetku PK nemohli používat jejich automobil.

T: S kým v rámci regionu probíhá spolupráce (lékaři, sociální služby) S kým probíhá spolupráce mimo region? Jak CDZ spolupracuje s krajem a s městem)?

R: Obě profesní komory praktických lékařů byly informovány, měly zájem obdržet informace o vývoji a fungování CDZ. Součinnost dalších sociálních služeb nebyla zapotřebí. Bezprostřední spolupráce mimo úroveň regionu není nezbytná, setrvává spíše na úrovni sdílení informací.

T: Jak se podle Vás vyvíjí informovanost o CDZ mezi (a) odbornou veřejností a (b) laickou veřejností? Jak se daří z pozice samotného CDZ informovanost zvyšovat?

R: Pořádali jsme pravidelné konference ve spolupráci s JMK s účastí MZd ČR s účastí až 150 osob, zastupujících jak profesionály ve zdravotnictví a sociálních službách, tak veřejnost. Proběhlo slavnostní otevření komunitního centra ještě před projektem CDZ, podíleli jsme se na zveřejnění odborných článků, pořádali jsme workshopy se soc. pracovníky, psychiatry, psychology, praktickými lékaři.

T: Co fungující CDZ přineslo? Pro zřizovatele, pro klienty, pro region? Co se pro klienty v regionu změnilo založením CDZ?

R: Fungování CDZ přineslo naplnění hlavního cíle, tj. působení multiprofesního týmu ve vlastním prostředí klienta.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?



R: Z našeho pohledu je potřebné upravit standard CDZ. Jejich další rozvoj omezuje kritický nedostatek psychiatrů a psychiatrických sester.

T: Jaké konkrétní překážky v současné době brání tomu, aby CDZ mohlo být realizováno i bez dotací z ESF?

R: Není popsán další způsob zajištění udržitelného financování. Struktura úhrad za zdravotní služby nepokrývá skutečné náklady, hrozí ukončení poskytování služby ze strany ZZ. Výše úhrad za zdravotní složku péče CDZ by měla být upravena.

T: Lze vymezit nějaká doporučení pro následnou podporu stávajících CDZ?

R: Za naprosto nezbytné považuji ukotvení CDZ jako specifické a jasně popsané služby v zákonech, ovlivňujících poskytování zdravotních služeb a sociální péče.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Z organizačního pohledu jsme schopni péči poskytovat přiměřené efektivitě. Aby k tomu mohlo dojít, potřebujeme dostatečně vysoké úhrady pro zdravotní část CDZ a zařazení úvazků soc. pracovníků do kapacit sociální péče v krajích.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Pro další provozování CDZ je nezbytné jeho ukotvení jako specifické a jasně popsané služby v zákonech
2. Nebudou-li přiznány dostatečně vysoké úhrady pro zdravotní část CDZ a jednoznačně potvrzeno zařazení úvazků soc. pracovníků do kapacit sociální péče v krajích je budoucí existence CDZ ohrožená

4.3.2.2 Rozhovory s pracovníky multidisciplinárního týmu

2. Rozhovor s psychiatrem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ Brno I
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	27. 5. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?

Respondent (R): V CDZ působím 3 roky, od r. 2017, profesní zkušenost se datuje od 2013.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Vznik CDZ považuji za naprosto nezbytný. V praxi jsem opakovaně setkával se situací, kdy se pacienti s duševním onemocněním opakovaně vraceli do ústavní péče z důvodu absence asertivní péče v terénu.



T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: Jak CDZ, tak tým, vznikaly v delším časovém horizontu. Jako zásadní komplikaci jsem v počátcích při založení týmu shledával nižší osobnostní kompatibilitu mezi členy dvou dosud samostatně působících týmů, tj. zejména interpersonální problémy.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?

R: Zásadní odlišností, ovlivňující řízení multidisciplinárního týmu je horizontální (rovnocenná) pozice jeho členů oproti týmu v hierarchicky řízené organizaci. Poměrně dlouhou dobu trvá nalezení rovnováhy pozic a určení momentu, kdy by měla být opuštěna úroveň diskuse a nastolena intervence vedoucího.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Velkým přínosem bylo jak sdílení dřívějších zkušeností, tak společné získávání nových znalostí a dovedností. Přibližně polovinu z nynější kompetence si členové týmu přinesli z bývalých pracovišť a navzájem se o ni podělili, zbytek museli společně definovat, ověřit a popsat.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Spolupráce není na denní bázi, přesto jde o soustavnou, řízenou a efektivní komunikaci. Existuje obvyklý rytmus pravidelných schůzek s uceleným shrnutím stavu všech případů. Vedle toho probíhají dílčí konzultace dvou nebo více členů, směřující k jednotlivým případům v době aktuální potřeby.

T: V čem konkrétně se působení psychiatra v CDZ odlišuje od činnosti psychiatrů v ambulantní / psychiatrů v lůžkové péči?

R: Rozdíl v působení je výrazný, odvíjí se od přístupu case managementu a práce interdisciplinárního týmu. Z pohledu jednotlivých případů to zjednodušeně hodnotím tak, že u akutního lůžka jsme si kladli nižší cíle než v týmu, poskytujícím terénní péči. Naší snahou bylo řešit akutní problémy, stabilizovat stav a předat do vlastního prostředí. Neměli jsme možnost zabývat se dlouhodobou udržitelností stabilizovaného stavu, což je právě úloha CDZ.

T: Jaká je spolupráce psychiatra v CDZ s ostatními psychiatry v ambulantní péči / s psychiatry v lůžkové péči)?

R: Spolupráce s pracovištěm akutní ústavní péče je samozřejmou součástí, vyvolanou z podstaty vzniku konkrétního CDZ. Spolupráce s ambulancemi se postupně vyvíjela, postupně byla ze strany ambulantních psychiatrů ve značné míře ochotně přijímána. Spolupráce s pracovištěm dlouhodobé péče o chronicky nemocné, trpící duševním onemocněním (Psychiatrická nemocnice Brno) se vyvíjela postupně, zpočátku zvolna. Příčinou byl odpor vedení PN. Po změně vedení se spolupráce rozvinula úspěšně.

T: Co fungující CDZ přineslo? Pro zřizovatele, pro klienty, pro region, pro poskytovatele návazných služeb? Co se pro klienty v regionu změnilo založením CDZ?

R: Viditelný je rozhodně citelný přínos pro klienty. Postupně došlo ke ztrátě nedůvěry a pochopení přínosu asertivní péče. Pro poskytovatele zase nejvíce přináší pochopení vazby sociální pozice na zdravotní stav a vývoj choroby. Oslabení sociální pozice znamená omezení dostupnosti péče, na druhou stranu onemocnění přináší omezení soběstačnosti a hrozbu sociálního vyloučení.



T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Vnitřní přínos byl naprosto zásadní, v podstatě z původní představy téměř nezůstal kámen na kameni. Z prožitých zkušeností považuji za důležité věnovat hlavní pozornost komunikaci mezi členy týmu, moderování diskuse, efektivnímu sdílení dokumentace. Vyvarovat se častých změn pravidel, pečlivě formulovat doporučení k postupu tak, aby byla trvanlivá a nepodlehla brzké revizi.

T: Lze vymezit nějaká doporučení pro následnou podporu stávajících CDZ?

R: Ze získaných zkušeností by pro budoucí působení CDZ bylo velkým přínosem formulovat osvědčené doporučené postupy, období tzv. guidelines.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Naprosto nezbytnou změnou proti nynějšímu stavu je vytvoření společného zákonného rámce pro zdravotní služby a sociální péči, zahrnujícího terénní péči. Zamezit úspěšnému pokračování činnosti CDZ by mohly nedořešené finanční kompenzace: case management a multidisciplinární přístup znamenají náročnější organizaci z pohledu spotřeby času, nejsou dostatečně finančně kryty ani ve zdravotní ani v sociální složce.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Velkým přínosem by bylo vytýčení osvědčených doporučených postupů, období tzv. guidelines
2. Nezbytné je vytvoření společného zákonného rámce pro zdravotní služby a sociální péči, zahrnujícího terénní péči

3. Rozhovor s peer konzultantkou

Identifikace CDZ	CDZ Brno I
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	29. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?

Respondent (R): V CDZ působím od listopadu 2018. Předtím jsem působila v agentuře, poskytující sociální rehabilitaci.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Existenci CDZ vnímám pozitivně.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: Zaujetí osobní pozice v komunikaci multidisciplinárního týmu. Nalezení správného schéma pro komunikaci se zcela neznámými lidmi. Z pohledu organizace činnosti CDZ jsem nepociťovala komplikace.



T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?

R: Momentálně máme ztíženou situaci opatřeními proti epidemii. Setkáváme se denně a průběh porad je velmi kolegiální a partnerský, dalo by se říci vstřícný a pohodový. Pečlivá je distribuce podpory, aby u klientů nedocházelo k nadbytečnému dublování.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Navzájem jsme se obohatili. Zdravotníci přináší do týmu striktnost, pravidla, jednoznačnost. Sociální práce je více empatická, méně odměřená, snaha o přizpůsobení. Navzájem to propojujeme.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Tým funguje docela dobře. Potřebný kontakt vždy dokážu získat, případová porada vždy vyjde, podporujeme se v nalezení řešení.

T: V čem konkrétně se působení peer konzultanta v CDZ odlišuje od běžné činnosti v ambulanci nebo u lůžka?

R: Chodila jsem 1x měsíčně do nemocnice, vedla jsem skupinu. Ten přístup nebyl soustavný, nevěnovala jsem se konkrétním případům od začátku do konce. Z počátku mě doprovázela lékařka, postupně jsem našla svou cestu a někdy docházela už sama.

T: Co fungující CDZ přineslo? Pro zřizovatele, pro klienty, pro region, pro poskytovatele návazných služeb? Co se pro klienty v regionu změnilo založením CDZ?

R: V případě krizí, ke kterým vyjíždíme mám dojem, že přinášíme bezpečí sousedům, rodině, okolí, pomůžeme situaci zmapovat, ujistit je, že klient funguje a dostává péči. U několika klientů se podařilo je doma podpořit tak, že nemusí na hospitalizaci. Omezujeme stigmatizaci hospitalizovaných pacientů.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Lepší spolupráci s psychiatry v regionu. Ne vždy se podaří navázat kontakt a spolupracovat s ambulantním psychiatrem ve prospěch klienta.

T: Lze vymezit nějaká doporučení pro následnou podporu stávajících CDZ?

R: Spolupráce s městem je dobrá, ale ne vždy se podaří pokrýt potřeby klientů. Širší podporu potřeb běžného života.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Časová dotace na schůzku je omezená. Pokud bychom se více věnovali společným denním aktivitám podpořili bychom zotavení. Omezení sociální rehabilitace jednou agenturou, čerpání jedné služby omezuje propojení různorodých. Při společném působení by zotavení mohlo být úspěšnější.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Zotavení pacienta by prospělo lepší propojení souběžně poskytovaných služeb
2. Spolupráce s ambulantními psychiatry by měla být systematictější a plošnější



4. Rozhovor se sociální pracovnící

Identifikace CDZ	CDZ Brno I
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	12. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?

Respondent (R): Zkušenost CDZ mám 2,5 roku, od zahájení práce prvního CDZ v Brně, předchozí zkušenost s cílovou skupinou nemám.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Každý den se u klientů přesvědčuji, že péče splňuje svůj účel a zlepšuje kvalitu jejich života, omezuje se rozsah jejich hospitalizací.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: Nebyla žádná primární zkušenost, spoustu věcí jsme museli řešit průběžně a úplně od základu, reakce na podmínky projektu vyžadovala okamžitou reakci, to přinášelo výraznou zátěž.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?

R: V oblasti byrokracie byly větší problémy než v oblasti profesní interakce a práce s klientem. Ale daly se překonat.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Metodu řízení práce týmu podle případu v oblasti sociální práce jsme měli od počátku osvědčenou a zažitou. Důležité je přiřazení case managera a pak už to bylo o jeho vlastnostech a stylu práce, to bývá poněkud odlišné. U sociálních pracovníků už tato zkušenost byla, sestry se musely více přizpůsobovat.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Podle povahy klienta, podle podmínek se určoval case manager a pak už to bylo o jeho vlastnostech a stylu práce, to bývá poněkud odlišné. V oblasti zdravotní péče byly možnosti sociálního pracovníka v minulosti omezené a museli jsme se opírat o pokyny ambulantního psychiatra, měl malou možnost podpory. Teď při aktivní a soustavné spoluúčasti zdravotníků je to snazší v mnoha oblastech.

T: V čem konkrétně se působení sociální služby v CDZ odlišuje od běžného fungování?

R: Momentálně můžeme dávat znatelně vyšší úroveň podpory klientovi. Máme možnost domlouvat s způsobu spolupráce, spolupráce a práce s klienty se posouvá na vyšší úroveň.



T: Jak se vznikem CDZ změnila kvalita a intenzita spolupráce s dalšími službami v regionu poskytujícími podporu osobám s duševním onemocněním?

R: Je cítit pokrok, vedení CDZ působí navenek a dává na vědomí způsob a výsledky působení pro ambulantní psychiatry a spolupracující subjekty, zvýšila se intenzita kontaktů. Spolupracující subjekty, třeba kurátoři a úřady práce zvýšily úroveň spolupráce.

T: Co fungující CDZ přineslo? Pro zřizovatele, pro klienty, pro region, pro poskytovatele návazných služeb? Co se pro klienty v regionu změnilo založením CDZ?

R: Někdy jsme až přeceňovaní, při mimořádné kazuistice a úřady si neví rady, přestože jde o klienty mimo naši cílovou skupinu. Díky medializaci a síťování a díky prezentacím odborného psychiatra MUDr. Fialy jsme považováni za záchraný bod, jsme žádáni i v případech, které potom musíme předávat jinam.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Potřebné by bylo mít na začátku připravená pravidla, interní organizační směrnice, ať nemusí být vytvářena týmem při práci.

Klíčová zjištění rozhovoru:

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Velmi by výkonosti týmu prospělo mít na začátku připravená pravidla, interní organizační směrnice.
2. Spolupracující subjekty (kurátoři a úřady práce) zvýšily úroveň spolupráce.

5. Rozhovor s psycholožkou

Identifikace CDZ	CDZ Brno I
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	13. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?

Respondent (R): Teď to bude pátý rok. Od počátku pracuji v multidisciplinárním týmu.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Jednoduše řečeno ano. V minulosti, při činnosti týmu bez zdravotní složky při účasti psychiatra, nebyla péče natolik komfortní.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: Největší obtíž, kterou jsem pociťovala, bylo vytvoření profesních vazeb mezi dvěma složkami, z neziskové organizace sociální péče a zdravotníků, působících u lůžek. Dalším komplikujícím



faktorem byla rozsáhlá a náročná administrativa směrem k NÚDZ, která přetrvává i po ukončení pilotního projektu.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?

R: Překážky vyplývaly z dvojího vedení. Z obou stran přicházely různorodé pokyny a stávalo se, že bylo obtížné dát je do souladu.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Rozdílné zkušenosti obou stran byly velmi přínosné a dokázali jsme je sdílet.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Jako psycholog pracuji dost individuálně. Pokud potřebujeme cokoli upřesnit, vyměnit informaci, dojde ke krizi, potom to řeším na ranní poradě.

T: V čem konkrétně se působení klinického psychologa v CDZ odlišuje od běžné ordinace?

R: Nemohu srovnávat.

T: Má vznik CDZ vliv na fungování dalších psychologů v lokalitě?

R: Zatím není obecné povědomí o fungování a úloze CDZ. Víceméně, pokud prezentuji nějaké výstupy kolegům z oboru, vyznívá to tak, že tuto oblast neznají, dosud se s ní nesetkali a nesetkávají.

T: Co fungující CDZ přineslo? Pro zřizovatele, pro klienty, pro region, pro poskytovatele návazných služeb? Co se pro klienty v regionu změnilo založením CDZ?

R: K tomuto obecně je obtížné se vyjádřit. Pokud prezentuji pro veřejnost, stává se, že např. praktičtí lékaři nebo psychiatři mají tendenci předávat nám klienty. U klientů je spokojenost jednoznačná. Pociťujeme, že si nás volí po úvaze a ochotně přijímají službu tak, jak jsme ji představili.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Větší pozornost bych věnovala hned v úvodu tvorbě soudržného týmu. Na počátku byl velký pohyb, lidé odcházeli, hledali jsme symbiózu. Nechali jsme se zahltit administrativou a mále jsme věnovali snaze propojit se.

T: Lze vymezit nějaká doporučení pro následnou podporu stávajících CDZ?

R: Pořád se mi vrací na vědomí obtíže v personální práci. Pravidla byla nejasná, mnohdy z toho byla vnášena do týmu nejistota. Já mám poměrně slušnou míru frustrační tolerance, ale některých členech týmu se nejistota a nedorozumění výrazně dotýkala.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: V tomto okamžiku nejvíce pociťuji nedostatek sdílení zkušeností mezi existujícími fungujícími CDZ, zejména oborově. Proběhla nějaká telekonference, ale přivítala bych intenzivnější profesní komunikaci.



1. Větší důraz věnovat přípravě týmu před zahájením, posílit osobnostní kompatibilitu
2. Posílit komunikaci a sdílení zkušeností mezi CDZ, zejména profesně orientovanými akcemi

4.3.2.3 Rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky

6. Rozhovor s rodinným příslušníkem

Identifikace CDZ	CDZ Brno I
Respondent	
Termín uskutečnění rozhovoru	13. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Proč využíváte služeb CDZ?

Respondent (R): Matka onemocněla závažnou poruchou, hledal jsem pomoc, jak pracovat s onemocněním, od psychologa a psychiatra jsem neobdržel dostatečnou pomoc. U CDZ jsem hledal pomoc a radu, jak postupovat v aktuální situaci.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?

R: Nemohu upřesnit, jako zásadní vnímám, že do kontaktu s CDZ jsme se dostali záhy po propuknutí nemoci.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Dopady byly výrazné, nebyli jsme jako rodina prakticky schopní dalšího fungování.

T: Jaké zdravotní služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: Psycholog a psychiatr v ambulancích nebyli přínosní, zásadně se nás dotkla až služba CDZ

T: Jaké sociální služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: Sociální služby jsme nevyužívali.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: Službu nám doporučili přímo v nemocnici v době hospitalizace.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Vesměs konzultace k dané situaci. Jsme odkázaní s matkou sami na sebe, jediný možný kontakt k řešení obtížných situací je CDZ, máme občasné společné konzultace, řešíme třeba socializaci matky do společnosti, hledání práce apod.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Hlavně pomoc v komplikované situaci, nevěděl bych jak postupovat. Ulehčuje to život mně i matce. Dostáváme pomoc třeba právě s hledáním práce.



T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Skutečně osobní přístup.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: U CDZ potřebu změny necítím. V případě Psychiatrické nemocnice vnímám neosobní přístup, není snaha léčit, bez centra duševního zdraví mi systém přijde velmi chabý.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. V podstatě jedinou přínosnou podporu obdrželi klient i rodina ze strany CDZ
2. Ambulantní i lůžková složka nabízela klientovi i rodinnému příslušníkovi pouze neosobní přístup

7. Rozhovor s klientem

Identifikace CDZ	CDZ Brno I
Respondent	
Termín uskutečnění rozhovoru	29. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Proč využíváte služeb CDZ?

Respondent (R): V nemocnici mi doporučili, že bych to mohl využívat.

T: V době hospitalizace?

R: Ano.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?

R: To bylo asi v osmnácti letech, kdy to plně propuklo.

T: Je to asi jak dávno od prvních projevů?

R: Tak čtyři roky.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Býval jsem někdy oddělený od reality. Nedokázal jsem pochopit normální procesy, oddalovalo mě to od normálních vztahů a normálního prožívání. Dopad na rodinu byl těžší, byl tam rozvod.

T: Jaké zdravotní služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: Vůbec žádné. Do osmnácti let jsem byl úplně normální, trénoval jsem atletiku. Tak dva, tři měsíce jsem byl v nemocnici.

T: Jaké sociální služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: Sociální služby jsem žádné neměl.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?



R: CDZ mi nabídli v nemocnici.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Dostávám od nich kdykoli podporu a vidím tam jistotu, že mě nezradí, nebo takhle. Teď už to tolik nepotřebuji, dřív to byl jednou týdně, teď už zřídka.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Určitě to ovlivnilo vztahy s okolím k lepšímu.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Důvěra a pochopení.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Nevidím nic. Jsem úplně spokojený a neviděl jsem nějaké nedostatky.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Klient dostává podporu, kdykoli ji potřebuje
2. Oceňuje důvěru a pochopení

8. Rozhovor s klientem

Identifikace CDZ	CDZ Brno I
Respondent	
Termín uskutečnění rozhovoru	22. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Proč jste začal využívat služeb CDZ?

Respondent (R): Připadal jsem si moc sám, nevěděl jsem si rady. Neměl jsem dost kontaktů s kamarády nebo rodinou.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?

R: Někdy po konci školy, když jsem šel do práce.

T: Jak je to dlouho?

R: Asi rok.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Neuměl jsem se normálně bavit s ostatními jako předtím, nevěděl jsem si rady, najednou jsem se rozzlobil.

T: Jaké zdravotní služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?



R: Tak normálně.

T: Navštěvoval jste ambulanci psychiatra nebo psychologa?

R: Ne.

T: Jaké sociální služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: S tím jsem nikdy nepřišel do styku.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: V nemocnici mi poradili.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Teď už jenom pravidelně probíráme, jestli nemám problémy.

T: Stalo se vám dříve, že jste s někým z CDZ řešili krize?

R: Ne. Nevím, jestli to byla krize. Někdy jsem cítil víc strach.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: No, je to lepší, nemám strach, že by mi nikdo nepomohl.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Můžu jim věřit, nemám strach, že něco nezvládnou.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: To je těžké, neumím to vymyslet.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Klient ztrácí obavy z normálního života
2. Oceňuje důvěru a pochopení

9. Rozhovor s rodinným příslušníkem

Identifikace CDZ	CDZ Brno I
Respondent	
Termín uskutečnění rozhovoru	15. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Proč využíváte služeb CDZ?



Respondent (R): Potřebovali jsme vyřešit situaci se synem, když onemocněl. Doporučili nám to, že je to vhodné.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?

R: Těžko teď mohu odhadnout, co bylo nemocí a co bylo jako nějaké problémy v normálním životě. Řekla bych, že jsme to úplně pochopili, až když nám to řekli v nemocnici.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Nevěděli jsme, jak budeme dále fungovat, všechno se najednou změnilo. Těžké to bylo i předtím, jako často mezi dětmi a rodinou, ale mysleli jsme, že se nějak rozumně vyvine.

T: Jaké zdravotní služby jste využívali před tím, než jste se dostali do CDZ?

R: Chodili jsme i k psychiatrovi.

T: Tam jste se dozvěděli o možnosti spolupráce s CDZ?

R: Ne, v nemocnici. U psychiatra šlo spíš jen o to, jak zabírají léky.

T: Jaké sociální služby jste využívali před tím, než jste se dostali do CDZ?

R: Sociální služby jsme nevyužívali.

T: Jakým způsobem jste získali možnost využít služby CDZ?

R: Na radu v nemocnici.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Nejdřív šlo o pravidelný kontakt, často. Hledali jsme odpovědi na to, co jsme neznali. Teď už jenom při návštěvách v CDZ. Třeba řešíme, jestli se nepodaří najít nějakou práci.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Nevěděli jsme, co je možné, na co se máme ptát, o co si můžeme říct. Tak nějak víc víme, co asi bude.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Asi nejspíš to, že neřeší jenom léky, ale celou naši situaci, nás všech.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: To bych neuměla vymyslet.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Rodina dostala perspektivu dalšího vývoje
2. Doporučení k zařazení do péče přišlo z prostředí psychiatrické kliniky

4.3.2.4 Rozhovory se zástupci samosprávy (kraj, město)

10. Rozhovor se zástupcem krajského úřadu



Identifikace CDZ	CDZ Brno I
Respondent	PhDr. Petr Horehleď, VO sociálních věcí
Termín uskutečnění rozhovoru	2. 6. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor, mailová korespondence pro upřesnění znění

Tazatel (T): V jaké situaci je stav psychiatrické péče v ČR?

Respondent (R): Psychiatrická péče v ČR je nedostatečně zajištěná, umístěná především do velkých zdravotnických zařízení, ústavů následné péče / psychiatrických nemocnic. V JMK je značně omezená dostupnost ambulantní psychiatrické péče v některých regionech, typicky na okrajích okresů. Dosud není dostatečně navázána multidisciplinární spolupráce na zdravotně sociálním pomezí, není plně funkční spolupráce zdravotní péče s péčí a podporou sociální. Řešení se zaměřují až na velmi vážné stavy, prevence a osvěta o duševním zdraví je ve srovnání se zahraničím nerozvinutá. Zoufalá je situace péče o duševní zdraví dětí, v JMK velmi výrazně podhodnocená.

T: Jaký vliv má na situaci Reforma PP? Zlepšuje situaci? Proč ano, proč ne?

R: Opatření mají zřejmější dopad ve městě Brně. Aktuálně zde působí 2 Centra duševního zdraví, je znát rozvoj mezioborové spolupráce a terénní práce zdravotnických pracovníků (psychiatrů, sester) v terénu. Postupně se rozvíjí mezioborová spolupráce v ostatních okresech JMK, ale s nedostatkem zdravotnického personálu (psychiatrů, sester) jen pozvolna. Je znát v některých případech větší zapojení a spolupráce s dalšími institucemi: záchranná služba, policie, hasiči. Je navázána spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí Brno s ohledem na potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Postrádáme větší zapojení MPSV z hlediska vyjasnění financování nově se rozvíjejících služeb CDZ a terénních týmů sociální rehabilitace, problematické je stále zajištění bydlení s různou mírou podpory: od sociálních bytů, přes rozvoj chráněného bydlení, až po vznik malokapacitních zařízení pobytových služeb pro osoby, které jsou závislé na vyšší míře péče a podpory.

T: Jakým způsobem Reforma ovlivnila kraje?

R: Sociální odbor je aktivizován, odbor zdravotní je aktivním, ale ne hlavním účastníkem. Krajská koordinátorka měla do konce r. 2019 kancelář v rámci krajského úřadu, to byl výrazný signál k dotčeným subjektům. Jednotlivé obce vnímají problematiku. Většina institucí spojuje Reformu zejména se vznikem CDZ, jako celek a jako proces Reforma není uceleně vnímána. V Jihomoravském kraji je Reforma péče o duševní zdraví důležitým tématem v oblasti sociálních věcí i zdravotnictví. O duševním zdraví jako takovém se více diskutuje, je zřízena Koordinační skupina JMK pro reformu péče o duševní zdraví. Jednotlivé obce s rozšířenou působností reflektují potřebu rozvoje služeb pro osoby se zkušeností s duševním onemocněním, což dříve nebylo. V kraji vznikl patientský spolek O nás s námi, který se zabývá situací lidí s duševním onemocněním, jeho zástupci jsou aktivní i na celorepublikové úrovni. Zástupci aktérů z Jihomoravského kraje jsou členy Rady vlády pro duševní zdraví (za poskytovatele soc. služeb a za pečující a osoby blízké). Přibývá destigmatizačních a osvětových aktivit (semináře, přednášky pro odbornou i širší veřejnost). Jedná se o aktivity neziskového sektoru.

T: Jak krajské dokumenty reflektují tuto Reformu?



Reforma péče o duševní zdraví je navrhovanou systémovou prioritou aktuálně připravovaného Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb JMK 2021-2023. Stručně a obecně je zmíněna také v aktuální Koncepti zdravotnictví JMK.

T: Jak vnímáte koncept CDZ?

R: Koncept CDZ je prospěšný pro poskytování komplexní mezioborové podpory pro lidi s duševním onemocněním. Problematické je současné nastavení projektu CDZ, kdy není zajištěna ze strany MPSV udržitelnost financování služeb, které přechází z pilotních projektů do běžného provozu. Na kraj, resp. odbor sociálních věcí, je kladena zodpovědnost na rozvoj služby, která nebyla dostatečně prezentována, konzultována a systematicky zakotvena ze strany MZd i MPSV.

T: Daří se podle Vašeho názoru tento koncept v ČR naplňovat? Je způsob, jakým CDZ vznikají, adekvátní?

R: Pro toto zhodnocení nemám dostatek informací. Bylo by vhodné výstupy práce CDZ prezentovat ze strany realizátora projektu zástupcům krajů, se všemi výsledky práce CDZ v republice. V JMK jsou prezentovány dílčí výstupy práce CDZ, ale jedná se prozatím o malý vzorek, z hlediska času i podpořených osob. Zatím je práce CDZ v Brně prezentovaná jako odpovídající potřebám obyvatel

T: Jak významná je pro krajskou samosprávu existence CDZ v Brně?

R: CDZ je krajskou samosprávou vnímáno jako potřebná složka péče, se všemi negativními konotacemi v možnostech zajištění a dostupnosti péče.

T: V jak úzkém kontaktu je kraj s tímto CDZ? Na čem konkrétně spolupráce probíhá?

R: Zástupci CDZ se účastní pravidelně setkání Koordinační skupiny JMK pro reformu péče o duševní zdraví, sdělují výsledky práce i obtíže s realizací CDZ spojené. Samospráva je zvána na veřejné akce související s prací CDZ, jsme v kontaktu především pro rozvoj sítě sociálních služeb.

T: Má kraj nějaký koncept, podle něhož předpokládá do budoucna financovat sociální část CDZ?

R: Krajská samospráva připravila kroky, které pomohou udržet financování sociální složky CDZ. Úvazky pracovníků sociální rehabilitace jsou zařazeny do základní sítě sociálních služeb. Problematické je zajištění financování, pokud nedojde k adekvátnímu nárůstu finančních prostředků ze strany MPSV, alokovaných přímo pro Centra duševního zdraví.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Psychiatrická péče v ČR je nedostatečně zajištěná
2. Problematické je současné nastavení projektu CDZ, ze strany MPSV není bez pochyb zajištěna udržitelnost financování služeb, které přechází z pilotních projektů do běžného provozu
3. Na odbor sociálních věcí KÚ je kladena zodpovědnost za rozvoj služby, která nebyla dostatečně prezentována, konzultována a systematicky zakotvena ze strany MZd i MPSV

11. Rozhovor se zástupcem místní samosprávy

Identifikace CDZ	CDZ Brno I
Respondent	Mgr. Radim Janík, vedoucí referátu sociálního plánování MMB
Termín uskutečnění rozhovoru	26. 5. 2020



Forma rozhovoru

Telefonní rozhovor, mailová korespondence pro upřesnění znění

Tazatel (T): Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ v Brně?

Respondent (R): S fungováním jsem obeznámen především v „sociální části“ CDZ, jelikož se v rámci své pracovní pozice zabývám plánováním a financováním sociálních služeb v městě Brně, které jsou nedílnou součástí CDZ (především sociální rehabilitace). Účastnil jsem se několika seminářů a workshopů zaměřených na vznikající CDZ a celkově reformu psychiatrické péče a rovněž v této souvislosti řešil rozvoj kapacit sociálních služeb v Brně. Odbor sociální péče Magistrátu města Brna (dále jen OSP MMB) je se zástupci CDZ v kontaktu, probíhají průběžná jednání, především pracovníků, kteří přímo s lidmi s duševním onemocněním pracují.

T: Jak vnímáte koncept CDZ?

R: Koncept CDZ vnímám jako velice potřebný a přínosný, jelikož není v silách města zcela podchytit tuto oblast a CDZ by pro něj měla být v tomto směru výraznou pomocí (především, co se týče asertivního kontaktování lidí, u kterých lze předpokládat nějaké duševní onemocnění). Stejně tak by tato centra měla být nápomocna i ostatním sociálním službám, které se případně s duševně nemocnými setkávají. Zásadní je, že se jedná o zdravotně-sociální koncept, tedy že je řešen multidisciplinárně.

T: Jak intenzivní je spolupráce mezi městem a CZD v ... (resp. mezi městem a zřizovateli CDZ)? Uveďte, prosím, konkrétní aktivity.

R: OSP MMB je s CDZ v průběžném kontaktu, vzájemně si vyjasňujeme své možnosti, potřeby a postupy. CDZ v Brně stále ještě působí poměrně krátkou dobu, takže je nutné i nadále vzájemně komunikovat, řešit případné komplikace a vyjasňovat si možnosti spolupráce. Město Brno ve spolupráci s JMK výrazně navyšuje kofinancování především terénních služeb (ale nejen těch) a také v rámci svých možností poskytuje obecní byty pro organizace, které s lidmi s duševním onemocněním pracují. Spolupráce se postupně rozbíhá a předpokládáme, že se bude nadále prohlubovat. CDZ jsou také v kontaktu s největšími městskými částmi Brna.

T: Jak město / veřejnost přijímá existenci CDZ (a vůbec existenci služeb psychiatrické péče) ve městě? Jaká je historie tohoto „přijímání“?

R: Město a OSP MMB vznik a provoz CDZ od začátku podporuje (viz výše), vnímá je jako centra, která by měla pomáhat v rámci oblasti pomoci lidem s duševním onemocněním a má zájem spolupráci do budoucna prohlubovat. Jaké povědomí o CDZ má veřejnost nejsem schopen odhadnout, domnívám se však, že povědomí o CDZ má především veřejnost odborná. Jakékoli zřetelné reakce od laické veřejnosti, ať už pozitivní nebo negativní, jsem nezaznamenal.

T: Jak přítomnost CDZ ovlivňuje situaci ve městě? Co CDZ městu přináší?

R: Terénní týmy CDZ jsou schopny rychlé krizové intervence terénní formou, což je velmi důležité. Stejně tak je důležité, že CDZ navazují kontakt s pacienty psychiatrických nemocnic, jenž mají být propuštěni a tím je podchycují ještě před samotným ukončením jejich hospitalizace. Neméně důležité jsou také aktivity Sdružení Práh JM, které mají za cíl osvětu co se týče oblasti duševního onemocnění, iniciace vzniku pacientských hnutí (např. „O nás s námi“), aktivity zaměřené na destigmatizaci této oblasti a rovněž samotná aktivizace lidí s duševním onemocněním (např. jejich zapojování do služeb jakožto tzv. „peerů“).



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

T: Jakým způsobem město může do budoucna přispět k zajištění fungování CDZ do budoucna?

R: Aktuálně platný a Zastupitelstvem města Brna schválený Komunitní plán sociálních služeb obsahuje opatření, která řeší rozvoj sociálních služeb, jež jsou součástí CDZ.

Klíčová zjištění rozhovoru:

4. Vznik CDZ město vítá a podporuje
5. Město očekává rozvoj spolupráce zejména v oblasti bytové politiky



4.3.2.5 Rozhovory s dalšími psychiatrickými zařízeními či sociálními službami v regionu

12. Rozhovor s dalšími zdravotními / sociálními službami v regionu

Identifikace CDZ	CDZ Brno I
Respondent	MUDr. Marta Holanová, ambulantní psychiatr
Termín uskutečnění rozhovoru	21. 5. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor, mailová korespondence pro upřesnění znění

Tazatel (T): Jak dobře jste obeznámena s fungováním CDZ v Brně?

Respondent (R): Rámcově. Hovoří se o tom nejméně dva roky, konkrétní zkušenost nemám. Zrovna dnes mi volala nějaká paní (údajně z CDZ), že jedna moje pacientka se schizofrenií, bezdomovkyně, která mě v ambulanci navštěvuje každý týden, odmítá jejich pomoc při trénování kognitivních funkcí, abych na ni zapůsobila. Vysvětlila jsem jim, že její spolupráci nemohou očekávat, protože jim nebude důvěřovat, je zvyklá na mou pomoc přes 20 roků, nenechá si mluvit do života.

T: Spolupracujete nějakým způsobem s CDZ? Jak konkrétně? Jak se spolupráce postupně vyvíjela?

R: Ne.

T: Jakým způsobem se proměnila Vaše práce v souvislosti s existencí CDZ? Co přibylo, co ubylo za agendu? (Pro psychiatry v lokalitě též: Změnila se míra poptávky po Vašich službách, resp. struktura klientů v souvislosti se vznikem CDZ?)

R: Nijak.

T: Jaký podíl Vašich klientů má nějakou návaznost na CDZ v Brně? Jak tato provázanost vypadá?

R: Žádná není.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: CDZ si zřejmě hledá své místo, ale nezaplňuje žádné potřebné místo v mém okolí. Ministerstvo stanovilo určité priority v podobě návrhu cílů v oblasti psychiatrické péče, přičemž jeden z nich byl přenést péči z uzavřených neosobních prostor do přírody a naplnit současně definici CDZ s ohledem na zájmy klientů. Mezitím ministerstvo podpořilo projekty, které šly přímo proti tomuto cíli, naopak nepodpořili projekty – mezi nimi i Váš – které naplnily veškeré priority i definice bezesbýtku a co víc – odmítlo vydat jakoukoliv zpětnou vazbu složitější, než ta, která je vyjádřena slovem „nedoporučuji“. Toto naznačuje silnou netransparentnost výběru projektu a skryté zájmy zapojených osob do procesu rozhodování lze tušit. Jistě by celý postup zajímal i Evropskou komisi, pokud by zástupci našeho projektu neměli péči o své vlastní duševní zdraví a radši na celou věc co nejrychleji, za značných nejen finančních ztrát, zapomněli. Celý evaluační výzkum přichází pozdě.

T: Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?



R: Účelné vidím posílit stávající ambulantní péči, zejména o těžce nemocné pacienty. Sociální služby v psychiatrii se velmi dobře rozvíjejí i bez CDZ. Jsem přesvědčena, že péče duševně nemocnému člověku musí být nabízena individuálně.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Existence CDZ nijak neovlivnila práci ambulantního psychiatra
2. Některé kroky MZd ČR podle názoru respondentky naznačují silnou netransparentnost výběru projektu a skryté zájmy zapojených osob do procesu rozhodování



4.4 CDZ pro Prahu 9

4.4.1 Případová studie CDZ pro Prahu 9

1. Způsob přípravy případové studie včetně překážek, které se případně objevily

Práce na případové studii začaly v květnu roku 2020. Nejprve byla oslovena kontaktní osoba FOKUS Praha z.ú., který je jeden ze zřizovatelů CDZ pro Prahu 9. Osloveným byl člen Řídící rady CDZ, který zároveň vytipoval členy multidisciplinárního týmu CDZ, s nimiž byly následně uskutečněny další rozhovory. Členové týmu CDZ pak jako respondenty vytipovali dva klienty CDZ a dva rodinné příslušníky. Paralelně byly naplánovány a následně se uskutečnily také rozhovory se zástupci územní samosprávy a s dalšími poskytovateli zdravotních a sociálních služeb s návazností na CDZ v Praze 9.

Komplikací při realizaci rozhovorů byla především epidemiologická situace v ČR a s ní související opatření, která neumožnila zrealizovat všechny rozhovory v období od března do června 2020. Vzhledem k tomu, že se v CDZ a v organizacích dalších stakeholderů změnil i po uvolnění opatření běžný režim, bylo komplikované realizovat rozhovory tak, aby všechny proběhly v krátkém časovém intervalu, k čemuž přispěl také prázdninový režim na pracovištích. Problémy nastaly především s plánováním rozhovorů klientů a rodinných příslušníků. Poslední rozhovor tak byl realizován v říjnu 2020. Závažné komplikace, které by zcela znemožnily realizaci rozhovorů však i přes mimořádnou situaci nenastaly.

Z každého rozhovoru, který byl se souhlasem respondenta zaznamenán, byl učiněn anonymizovaný přepis a byla definována klíčová zjištění.

2. Základní informace o založení CDZ a jeho dosavadní historii

Vznik CDZ

Centrum duševního zdraví pro Prahu 9 bylo založeno 4. 7. 2018 ve spolupráci FOKUS Praha, z.ú. a Psychiatrické nemocnice Bohnice. Celková výše dotace představovala 14 873 989 Kč v rozdělení 7 472 063 Kč pro FOKUS Praha, z.ú. a 7 401 916 Kč pro Psychiatrickou nemocnici Bohnice. Obě instituce měly již zkušenosti s poskytováním terénních služeb a služeb centra duševního zdraví, a to nejen prostřednictvím svých terénních týmů, ale především díky již fungujícímu CDZ pro Prahu 8, které vzniklo a nadále funguje bez podpory z prostředků Operačního programu Zaměstnanost. CDZ pro Prahu 9 to přineslo především zkušenosti s prací v multidisciplinárním týmu a zkušenosti s poskytováním komplexní péče o klienty.

- „V případě Prahy 9 vzniklo CDZ komunikací a dlouholetou spoluprací mezi Psychiatrickou nemocnicí Bohnice a FOKUS Praha, protože jsme společně založili a vedli centrum v Praze 8, které není součástí pilotního projektu.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020)
- „Naše situace byla hodně specifická, protože my jsme měli již v té době CDZ na Praze 8, které jsme dělali jako inovativní a náš nemocniční projekt. Viděli jsme v tom smysl.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 14. 8. 2020)

CDZ vzniklo vybudováním zcela nového multidisciplinárního týmu, tzn. nedocházelo zde ke sloučení již existujících terénních týmů (jako například v případě CDZ pro Prahu 6). Nově vzniklé CDZ pak přebralo část klientů z CDZ v Praze 8, v jehož péči do té doby dotčení klienti byli.



Problémy při vytváření týmu byly minimální, což bylo výsledkem především těchto skutečností:

- tým byl sestaven ve většině jako nový multidisciplinární tým a nešlo o sžívání se dvou již existujících terénních týmů se zažitou organizací práce, vedením, metodikami apod.,
- čtyři pracovníci (včetně lékaře - psychiatra) měli zkušenosti s prací v CDZ a tedy i s prací v multidisciplinárním týmu.

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

Pilotní projekt a s ním spojené dotace byly k 31. 12. 2019 ukončeny a provoz CDZ již není dotován z Operačního programu Zaměstnanost a je financován standardním způsobem financování zdravotních a sociálních služeb.

Prostory CDZ

CDZ pro Prahu 9 funguje od svého vzniku na adrese Lovosická 440/40, Praha 9. Prostory CDZ jsou umístěny v suterénu Polikliniky Prosek v blízkosti stanice metra Střížkov trasy C. Poliklinika Prosek jako největší zdravotnické zařízení v Praze 9 poskytuje ambulantní zdravotní péči ve všech základních a specializovaných lékařských oborech, zabezpečuje provoz lůžkového oddělení následné péče a provoz lékárny. Vedle toho jsou v budově polikliniky etablovány další služby a obchody (prodejna obuvi, prodejna ortopedických pomůcek, prodejna potravin, kosmetické služby apod.). Komplexní zdravotní péče v budově polikliniky představuje pro CDZ komplementární služby, které jsou klienty využívány.

„(...) pan doktor mi doporučil EEG a já jsem nemusela nic zařizovat. Tady vše zařídili a já jsem si tam jen došla o pár pater výš.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 27. 7. 2020)

Základní parametry fungování

CDZ funguje v pracovní dny od 08:00 do 19:00, kdy jsou na pracovišti členové týmu přítomni. Práce probíhá ale také terénně, a to v místě bydliště klientů nebo ve veřejných prostorech. Část činnosti v terénu představuje práci s klienty přímo v lůžkových zařízeních, především v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde také dochází k navazování klientů. Nejčastěji se v terénu pohybují sociální pracovníci, zdravotní sestry a peer konzultanti.

3. Regionální působnost centra (reálná spádovost, konkrétní instituce a subjekty, s nimiž probíhá spolupráce)

Spádové území

CDZ pro Prahu 9 bylo založeno v regionu, kde služby tohoto typu dříve neexistovaly (např. terénní služby, komunitní týmy). Spádová oblast CDZ pro Prahu 9 od jeho založení zahrnovala městské části



Praha 9 (48 360 obyvatel)⁶ a Praha 18 (16 735 obyvatel)⁷, které jsou součástí městského obvodu Prahy 9. Klienti jsou tak obyvatelé spádového regionu, tedy obyvatelé mající zde trvalé bydliště nebo obyvatelé zdržující se v tomto území. Klientům, kteří CDZ kontaktují z jiné než spádové oblasti, nemůže CDZ nabídnout služby v plném rozsahu, avšak snaží se vyhledat a doporučit jim relevantní služby v příslušném regionu.⁸

„Poskytujeme alespoň konzultace a doporučujeme služby v regionu, kam ten člověk (pozn. klient mimo spádovou oblast) patří. Nebo se i s klientem sejdeme a odkážeme ho potom dál.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 9. 7. 2020)

Spolupráce v regionu

CDZ v rámci svého regionu navázalo kontakt s dalšími institucemi a poskytovateli: IZS, ambulantní psychiatři, poskyvatelé sociálních služeb. V regionu Prahy 9 je spolupráce s ambulantními psychiatry hodnocena ze strany multidisciplinárního týmu pozitivně.

- *„Všem jsme vysvětlili, kdo jsme a jak fungujeme a že s nimi chceme spolupracovat. Všechny organizace jsme se snažili tímto způsobem zasítovat.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 9. 7. 2020)*
- *„Na Praze 9 je spolupráce výborná. Jak s ambulantními psychiatry a hlavně tedy s psychiatry na poliklinice (pozn. Poliklinika Prosek, ve které CDZ sídlí), tak s lůžkovými zařízeními. Dříve byly ze strany ambulantních psychiatrů obavy, že přijdou o pacienty, ale jak se zvýšila informovanost a jak jsme začali spolupracovat, tak už to tak není. Navzájem si vycházíme vstřícně a doplňujeme se.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 18. 6. 2020)*
- *„Já myslím, že máme v případě ambulantních psychiatrů velkou výhodu, protože většina z nich tady (pozn. v Psychiatrické nemocnici Bohnice) pracovala, tedy někdy prošli Bohnicemi, tady vyrostli. S ambulantními psychiatry se nám tedy spolupracuje velmi dobře. Všichni tomu rozumí a není tam žádné pnutí. Je možné, že v konkrétních případech to mohlo být o nějaké diskusi, ale nemám o tom informace.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 14. 8. 2020)*

Nejintenzivněji probíhá spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice, která je jedním ze zřizovatelů CDZ (zdravotní část) a kde CDZ navazuje podstatnou část klientů. Spolupráce s nemocnicí Bohnice je postavena mimo jiné také na silné podpoře vedení obou zřizovatelů, která je v případě inovativních služeb, jakými jsou služby CDZ, zásadní. CDZ spolupracuje i s jinými lůžkovými zařízeními, kde jsou hospitalizováni klienti nebo potenciální klienti CDZ.

Kvůli rozdílnosti kultury, odlišným způsobu poskytování služeb a odlišnostem v prostředí ve zdravotnických zařízeních a v CDZ naráží pracovníci multidisciplinárního týmu v některých případech na nepochopení a odmítání změn v souvislosti s poskytováním služeb CDZ.

- *„Paradoxně, jak jste říkala, že si nemyslíte, že by to tak mohlo být, tak impakt dovnitř nemocnice ještě není dostatečný a pořád se CDZ neberou jako naše služba.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 14. 8. 2020)*
- *„Ani někteří zaměstnanci psychiatrických nemocnic o reformě nic neví a nejsou informováni důsledně. To je fakt velký problém. Na druhou stranu MZd a jeho současné vedení je jedno z mála, které tu reformu po 30 letech dělá. (...) To, že MZd dělá reformu, je geniální, ale je potřeba ji dělat včetně informovanosti a PR, aby se to podařilo.“ (Zástupce poskytovatele návazných služeb, rozhovor ze dne 17. 8. 2020)*
- *„Narážíme na odpor v některých nemocnicích, kdy se sestry a lékaři někdy změn bojí a odmítají je a možná se cítí být novou službou ohroženi. Tak tam pochopení není. Ale za ty 4 roky se to moc změnilo k lepšímu, což vnímám velmi pozitivně. Dokonce i v bohnické nemocnici je to oddělení od oddělení, někde také podporu nemáme. Ale je tam silná podpora pana*

⁶ Počet obyvatel k 1. 1. 2020. Zdroj: Mistopisy.cz, Praha 9, Počet obyvatel, dostupné na internetových stránkách <https://www.mistopisy.cz/pruvodce/obec/4842/praha-9/pocet-obyvatel/>.

⁷ Počet obyvatel k 1. 1. 2020. Zdroj: Mistopisy.cz, Praha 18, Počet obyvatel, dostupné na internetových stránkách <https://www.mistopisy.cz/pruvodce/obec/5226/praha-18/pocet-obyvatel/>.

⁸ Po skončení pilotního projektu plánuje CDZ spádovou oblast mírně rozšiřovat podle poptávky po službách.



ředitele, který garantuje zdravotní část dvou CDZ v Praze 9 a v Praze 8.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 9. 7. 2020)

Vzhledem ke skutečnosti, že CDZ sídlí v budově polikliniky, spolupracuje s návaznými zdravotními službami Polikliniky Prosek, která je umístěna v místě s dobrou dopravní dostupností (což je výhoda, kterou shodně zmínili dotázaní klienti a rodinní příslušníci). Spolupráce s poliklinikou probíhá bez problémů, a to jak po stránce odborné spolupráce s dalšími poskytovateli zdravotních služeb, tak v oblasti využívání prostor v suterénu polikliniky (spolupráce s vedením polikliniky).

Ze sociálních návazných služeb CDZ úzce spolupracuje s organizací BONA o.p.s., a to ve dvou oblastech: bydlení a terénní týmy. V případě bydlení se jedná o spolupráci při zajištění bydlení pro klienty CDZ a v případě terénních týmů se spolupráce zakládá na terénní práci, kdy se týmy CDZ a BONA o.p.s. vzájemně doplňují.

„S dalšími poskytovateli (pozn. zdravotních a sociálních služeb) jsme zavedli spolupráci, kdy se informujeme o klientech a pomáháme si. To je velká výhoda pro všechny strany.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 9. 7. 2020)

CDZ by ocenilo spolupráci při informovanosti a podporu při navazování spolupráce s dalšími službami v regionu. V současné době zajišťuje toto síťování vlastními kapacitami a zdroji, ale systémová podpora ze strany centrálních orgánů by proces urychlila a zefektivnila.

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

Spolupráce s Magistrátem hl. m. Prahy a s Městskou částí Praha 9 je z pohledu CDZ vnímána jednoznačně pozitivně.

„S magistrátem Prahy se spolupracuje perfektně. S městskou částí je to různé, ale celkově bych hodnotil spolupráci pozitivně. Město a městská část se v sociální oblasti dlouhodobě angažují, proto pro ně taková služba nebyla zcela cizí, a to se pozitivně odrazilo ve spolupráci s nimi.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020)

4. Struktura

Tým CDZ

Vrcholným orgánem CDZ pro Prahu 9 je Řídící rada, ve které jsou ve stejném počtu zastoupeni zástupci obou zřizovatelů. Výkonný management tvoří manažer CDZ a vedoucí sociálního a zdravotního týmu. CDZ pro Prahu 9 řídí jediný manažer, což odbourává nevýhody dvojkolejnosti vedení, která je u CDZ se dvěma zřizovateli častá. Základem odborné práce je pak multidisciplinární tým, který nabízí komplexní služby v dané oblasti. Ten je tvořený těmito profesemi: psychiatr, psychiatrická sestra, sociální pracovník, peer konzultant, psycholog.

„Nikde jinde než v CDZ není tak komplexní tým, kde jsou všechny profese a můžou dohromady poskytnout tak komplexní péči. Třeba v některých sociálních službách je několik peerů a několik sociálních pracovníků, ale nejsou tam sestry a lékaři. A je to úplně jiné fungování a jiná náplň práce, než co děláme my.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 13. 7. 2020)



Struktura a velikost týmu (úvazky pro pracovní pozice, obsazení pracovních pozic) se v průběhu projektu obměňovaly, což bylo důsledkem nejen fluktuace pracovníků, ale také výsledkem optimalizace při nastavování poskytování služeb CDZ. Vždy se však podařilo splnit minimální personální obsazení týmu (dle standardů CDZ, resp. požadavků stanovených MZd).

„My jsme si tu naši strukturu, a to ještě před vznikem CDZ na Praze 9, nastavili tak, že existuje rada CDZ, která sestává ze zástupců nemocnice a FOKUSu. Byli tam dva zástupci FOKUS a dva zástupci nemocnice. To měl být strategický a nejvyšší orgán, ve kterém jsme byli paritně zastoupeni. (...) Pod radou byl pak výkonný management, kde byl manažer CDZ, lékař, psycholog a šéf sociálních pracovníků.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 14. 8. 2020)

Mezi profesemi v rámci multidisciplinárního týmu neexistuje výrazná hierarchie. Sociální pracovníci a nelékařští zdravotníci pak mají v rámci svých profesí vedoucího pracovníka, a to především z praktických důvodů pro řešení provozních záležitostí (např. schvalování dovolených) a mentoring. Práce v CDZ je založena na úzké spolupráci sociální a zdravotní složky týmu, což s sebou neslo v některých případech problémy jako nesoulad v odměňování, různý styl práce, rozdíly v provozních personálních záležitostech apod.

- *„V případě CDZ v Praze 9 se jedná o dva různé zřizovatele, což znamenalo sloučit rozdílné firemní kultury. Navíc tímto sloučením nevznikl zcela nový subjekt se svou právní subjektivitou, a tak jsme se nemohli distancovat od vnitřních standardů původních zřizovatelů, tedy FOKUSu a bohnické nemocnice. To přináší často problémy a narážíme na ně v běžném provozu. Netýkají se jen odměňování, ale i čerpání dovolené, stylu práce, včetně terénní práce.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020)*
- *„Na úrovni týmů se naráží hlavně na ohodnocení, kdy sociální pracovníci mají výrazně nižší mzdy, zatímco zdravotníci dosahují mnohdy až o třetinu vyššího ohodnocení. Ohodnocení je největším problémem mezi oběma týmy. Zdravotníci jsou vedle toho zvyklí pracovat jiným způsobem, většinou s více závaznými pravidly, a jsou součástí většinou velké organizace, která má svá pravidla a standardy.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020)*

Ke každému klientovi je přístupováno zcela individuálně a postupy tak nelze jednoduše zobecnit. Při péči o klienty je aplikován case management, kdy má každý klient svého klíčového pracovníka (case managera), který se o něj stará ve spolupráci s ostatními. Klíčový pracovník zná klienta nejlépe a je jeho hlavním kontaktem v CDZ. Podle situace a zdravotního stavu klienta je klíčovým pracovníkem zdravotník, nebo sociální pracovník. Case manager má ve své péči cca 15 klientů (při práci na úvazek 1,0) a zároveň funguje jako zástup pro další klienty, aby se předešlo výpadku péče v době nemoci, dovolených apod. Spolupráce case managera se zbytkem týmu probíhá na denní bázi, především pak v rámci každodenních porad a metodických porad pořádaných v intervalu 14 dnů.

Navazování klientů probíhá prostřednictvím jednoho nebo dvou určených pracovníků, kteří se následně nemusí stát case managerem tohoto nového klienta. Ten je určen až po analýze potřeb klienta a s ohledem na kapacity členů týmu.

„Klient se nemusí navazovat přes člověka, který bude jeho case manager. (...) Pak v rámci porady týmu najdeme case managera, a to podle toho, jak má kdo kapacitu a prostor, a podle informací o klientovi, protože pro někoho by se hodil někdo mladší, pro někoho žena, nebo naopak muž. A na základě toho pak vybereme, kdo bude klíčový pracovník.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 15. 7. 2020).



5. Konkrétní výzvy a překážky, které CDZ muselo při svém fungování řešit

Překážky a problémy při zakládání a fungování CDZ vnímá každý člen týmu jiným způsobem, a to podle míry svého zapojení a oblasti svého zapojení v CDZ. Nejvýznamnější z nich shrnuje následující tabulka. Problémy a překážky, které by významně omezily provoz CDZ v průběhu pilotního provozu nenastaly, což je do jisté míry dáno také tím, že oba zřizovatelé měli zkušenosti s poskytováním terénních služeb a služeb centra duševního zdraví, a to především díky již fungujícímu CDZ pro Prahu 8.

Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní i pro provoz krytý ESF
1	Fluktuační pracovníků týmu	Při zakládání CDZ a v počátcích jeho činnosti docházelo k fluktuaci pracovníků. V průběhu projektu se tak téměř celý tým obměnil. V současné době již funguje v ustálené struktuře. Fluktuační byla spojena především se skutečností, že práce v multidisciplinárním týmu CDZ není standardní a tento styl práce nevyhovuje každému. Ohodnocení zaměstnanců v CDZ je vedle toho podprůměrné v porovnání s ohodnocením v jiných zařízeních poskytujících zdravotní a sociální služby.	ANO
2	CDZ nemá právní subjektivitu, každá část týmu má jiného zaměstnavatele	CDZ nedisponuje svou vlastní právní subjektivitou, a proto naráží i v běžném provozu na střet dvou světů (dvou poskytovatelů), což se v průběhu spolupráce sice neustále zlepšovalo, ale vzhledem k nastavení fungování CDZ tyto problémy nikdy zcela nezmizí. Na tuto situaci se váží problémy vycházející z rozdílnosti zřizovatelů, a tedy i firemních kultur, z rozdílných vnitřních předpisů a standardů apod. V případě CDZ pro Prahu 9 však nejde o problémy a překážky, které by ovlivňovaly chod Centra nebo zasahovaly do přímé péče o klienty (jedná se spíše o provozní záležitosti CDZ, jako je např. ohodnocení, dovolené, pracovní doba, z nichž většinu se již podařilo vyřešit a dané oblasti nastavit).	ANO
3	Rozdílné odměňování v multidisciplinárním týmu	Rozdíl ve výši odměňování mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky je vysoký a mzdy sociálních pracovníků jsou často na úrovni 2/3 platů zdravotníků. Tato skutečnost se odráží na spolupráci uvnitř multidisciplinárního týmu, který je sám o sobě prezentován jako tým bez výrazného hierarchického uspořádání, kde jsou vedoucí pozice ustanoveny především z důvodu nutnosti řešení provozní agendy (např. schvalování dovolených). Rozdíly v odměňování pak snižují motivaci sociálních pracovníků a jsou jedním z důvodů personální fluktuační v CDZ.	ANO
4	Nízká informovanost návazných služeb o činnosti CDZ v regionu	Činnost CDZ v regionu je postavena z velké části na spolupráci s návaznými službami. Navazování spolupráce je pro CDZ velmi náročné (personálně, časově) a její úspěšné nastavení závisí především na informovanosti poskytovatelů návazných služeb o fungování CDZ. CDZ je v tomto případě decentralizovaným článkem a pracuje přímo s klienty, pro komunikaci a navázání spolupráce s dalšími službami v regionu je sice kompetentní (a cítí se být kompetentní), avšak zajišťovat informovanost spolupracujících organizací o probíhajících změnách a opatřeních reformy je již mimo kapacity CDZ. Tyto informace směrem k poskytovatelům návazných služeb by měly být zajištěny systémově na centrální úrovni.	ANO
5	Náročná administrace projektu	Členové týmu CDZ uvádějí mezi problémy pilotního provozu také jeho administrativní náročnost. Zároveň ji však (vzhledem k tomu, že se jedná o organizace, které mají s dotacemi zkušenosti) nevnímají jako překážku v pravém slova smyslu, ale jako cosi, co před zahájením realizace projektu předpokládali.	ANO



Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní i pro provoz krytý ESF
6	Problematické sdílení informací o zdravotním stavu klienta mezi zdravotní a sociální složkou týmu	Informace o zdravotním stavu klienta nejsou automaticky přístupné sociálním pracovníkům, peer konzultantům a dalším členům týmu, kteří patří do jeho sociální složky. Aby mohl multidisciplinární tým pracovat a využívat všechna pozitiva, která z jeho struktury plynou, musí klient poskytnout souhlas s tím, že jeho zdravotní informace budou přístupné také pracovníkům sociální složky. Toto přináší nejen dodatečnou administrativní zátěž, ale také riziko, že souhlas nebude klientem udělen, popř. bude odvolán.	ANO
7	Nedostatek návazných služeb	CDZ funguje především jako „koordinátor“ a nemělo by ve většině případů suplovat činnost jiných návazných služeb, protože by jejich realizací pro své klienty (i kdyby pro ně disponovalo kapacitami) vytvářelo pouze umělé prostředí namísto jejich začleňování do přirozené komunity. V Praze 9 naráží CDZ na nedostatek některých návazných služeb pro klienty, i když je zde situace v porovnání s jinými (především mimopražskými regiony) dobrá. Přesto se CDZ dostává do situací, kdy pro klienta např. není v regionu dostupná služba v oblasti bydlení, což může mít dopad na jeho deinstitucionalizaci.	ANO
8	Úzce vymezená cílová skupina	Úzce vymezená cílová skupina neumožňuje CDZ poskytovat služby pro další skupiny osob s duševními onemocněními, které také vyžadují komplexní přístup a jejichž situace je často řešena institucionalizací pacienta. Úzce specifikovaná cílová skupina také snižuje efektivitu a rozsah spolupráce CDZ s dalšími službami v regionu, jelikož průnik jejich klientů je z tohoto důvodu malý.	ANO

6. Hodnocení projektu ze strany respondentů (co je oceňováno, co kritizováno, doporučení)

Vnímání přínosů CDZ ze strany klientů a rodinných příslušníků klientů

Ze strany klientů a rodinných příslušníků je CDZ hodnoceno pozitivně. Shodně uvádějí, že CDZ poskytuje služby, které do doby jeho vzniku nebyly k dispozici. Služby navíc umožnily klientům návrat do běžného života a snížily hospitalizace. Oceňují především okamžité přijetí do péče, zapojení rodiny a přátelský přístup bez předsudků a stigmatizace.

Klienti a rodinní příslušníci by shodně na CDZ a jeho službách nic neměnili. Stávající struktura a rozsah péče jim vyhovuje. Nad rámec služeb CDZ se klienti mohou potýkat s dalšími oblastmi, ve kterých by ocenili podporu, která je však nad rámec poslání CDZ.

Klienti, s nimiž byly za účelem této studie vedeny rozhovory, se navázali na CDZ na základě doporučení ambulantního psychiatra nebo praktického lékaře, a to v obou případech sídlících mimo Prahu 9, což potvrzuje povědomí odborníků ve zdravotnictví o existenci a fungování CDZ.

- „Pokud to takto bude fungovat i dál, budu spokojená.“ (Rodinný příslušník klienta CDZ, rozhovor ze dne 16. 9. 2020)
- „My s nimi spolupracujeme krátce a myslím, že ještě všechno, co nabízejí, neznáme. Nabízeli nám také zajistit synovi práci, protože on má problém dělat pod stresem a pod tlakem, což už by nevládl. Pomáhají nám s vyběháváním sociálních věcí a postarají se o něj po té zdravotní stránce. Takže super.“ (Rodinný příslušník CDZ, rozhovor ze dne 16. 9. 2020)
- „Kromě toho, že pomohli synovi najít práci, naučili ho brát prášky a vše vyřídili, nám ještě pomohli pochopit tu nemoc. Teď víme, jak se syn cítí a jak mu je. A díky CDZ jsem se po dlouhé době vyspala. Jsem z nich nadšená.“ (Rodinný příslušník klienta CDZ, rozhovor ze dne 19. 8. 2020)



- „Jsou tu 24 hodin denně a jsou neuvěřitelní.“ (Rodinný příslušník klienta CDZ, rozhovor ze dne 19. 8. 2020)
- „Než jsem přišla do CDZ, žila jsem v hrozném strachu, protože ty hlasy mi i vyhrožovaly. Dokonce, když jsem se začala bavit tady s lidmi v CDZ, tak mi ty hlasy vyhrožovaly, ať nic neříkám. Teď už se nebojím a cítím podporu. Taky se mi moc líbí, jak pracují, že jsou mediátoři a se vším mi hned pomůžou.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 27. 7. 2020)
- „Cítím se tady dobře, všichni jsou milí a moc se snaží mi pomoci. Pořád se snaží, abychom se zapojili, aby nám dali něco do života. Je s nimi výborná komunikace.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 27. 7. 2020)
- „Vždycky na mě mají čas, když potřebuju cokoli. Všichni také umějí naslouchat, což je hodně důležité.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 29. 10. 2020)

Vnímání přínosů CDZ ze strany členů týmu CDZ

Členové multidisciplinárního týmu shodně oceňují rovné postavení v rámci týmu. Všichni se vnímají jako důležitý a právoplatný členek týmu, což působí při práci velmi motivačně. Zároveň oceňují úzkou spolupráci postavenou na mnoha úhlech pohledu (podle profesí), díky které si postupně budují přesah svých znalostí do dalších oblastí a zvyšují tak svou erudici. Spolupráce v rámci týmu byla od počátku na velmi dobré úrovni a v průběhu projektu se dále zlepšovala a rozvíjela.

- „Navzájem se tedy pořád učíme a umíme ty oblasti propojovat. Asi jsou pak ty role méně vyhraněné, ale zároveň pořád mají svá specifika a odbornost a je strašně dobře, že jsou tu všechny profese.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 13. 7. 2020)
- „Jsou to hlavně velké pokroky v case managementu a ve spolupráci multidisciplinárního týmu, kdy je postupem času vidět, že se týmy slučují a spolupráce se zdokonaluje.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020)

Všichni členové týmu oceňují důraz na vzdělávání, které vnímají pro svou práci jako nepostradatelné. Nejedná se jen o odborné vzdělávání, ale také o vzdělávací akce v oblasti fungování multidisciplinárního týmu a case managementu.

„Samozřejmě bylo příjemné, že jsme si mohli dovolit třeba víc vzdělávání, na to byl v projektu budget. (...) To nám umožnil projekt, to bylo hodně příjemné. Moje zkušenosti jsou takové, že aby člověk nevyhořel, musí se vzdělávat. Já jsem v psychiatrii přes 30 let a to vzdělávání je důležité, že člověk neupadne do nějakého stereotypu a vrací se neustále k tomu, že pracuje s lidmi. Takže pro mě celoživotní vzdělávání hraje důležitou roli.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 15. 7. 2020)

Členové týmu vnímají, že fungování jejich týmu je založeno především na dlouhodobé, dobře nastavené a bezproblémové spolupráci mezi FOKUS Praha a Psychiatrickou nemocnicí Bohnice za výrazné podpory vedení obou organizací.

- „Oba zřizovatelé velmi dobře spolupracují, což není samozřejmost. Vedle toho se spolupráce FOKUSu a Bohnic ještě víc prohloubila. Vznikají ve spolupráci další projekty, které se nabalují, a spolupráce se pořád zlepšuje. Velkou výhodou je i podpora ze strany vedení obou zřizovatelů.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 9. 7. 2020).
- „Nalezení vhodných partnerů nebereme jako samozřejmost. Naopak je jasné, že aby CDZ fungovalo, musí fungovat spolupráce partnerů.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020).

Doporučení ze strany týmu se týkají především sladění zdravotní a sociální oblasti v rámci provozních a personálních záležitostí, což zahrnuje také sladění platových podmínek zdravotníků a sociálních pracovníků. I když se členové týmu věnují ve většině péči o klienty, nikoliv financování CDZ a jeho řízení, shodně zdůrazňují nutnost zachovat vysokou úroveň vzdělávání a dostatek zdrojů pro jeho financování.

„Ohodnocení je největším problémem mezi oběma týmy. Zdravotníci jsou vedle toho zvyklí pracovat jiným způsobem, většinou s více závaznými pravidly, a jsou součástí většinou velké nemocnice, která má svá pravidla a standardy. Sociální oblast se



zřizovatelem FOKUS má jiná, mírnější pravidla, která, i když nesnižují kvalitu péče, jsou flexibilnější a rychleji reagují na potřeby fungování CDZ.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020).

Vnímání přínosů CDZ ze strany zástupců zřizovatelů

Zástupci zřizovatelů shodně vnímají CDZ jako důležitou součást reformy psychiatrické péče. CDZ pro Prahu 9 vzniklo na základě jejich dlouhodobé spolupráce a Praha 9 byla součástí jejich strategického plánu, a to vzhledem k umístění nemocnice v Bohnicích a pracovišť FOKUS Praha. Ze strany zřizovatelů je CDZ velmi prosazováno a obě organizace se angažují v celé reformě psychiatrické péče.

- *„V případě Prahy 9 vzniklo CDZ komunikací a dlouholetou spoluprací mezi Psychiatrickou nemocnicí Bohnice a FOKUS Praha, protože jsme společně založili a vedli centrum v Praze 8, které není součástí pilotního projektu.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020)*
- *„S FOKUSEM spolupracujeme dlouhodobě a byla to přirozená spolupráce. A když už jsme měli jednu smlouvu a nastavený modus spolupráce, šli jsme společně do CDZ pro Prahu 9.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 14. 8. 2020)*
- *„A samozřejmě CDZ přineslo pokrok v reformě jako celku, protože CDZ vnímáme jako páteř reformy – jako viditelnou část reformy, která může hodně pomoci v její komunikaci, protože má hmatatelné a rychle viditelné výsledky.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020)*

Jako velká výhoda je vnímáno silné zázemí obou organizací (technické, administrativní, personální). To v případě nemocnice zahrnuje také velký počet zdravotnických lékařských a nelékařských pracovníků, což mimo jiné umožňuje, aby se práci v multidisciplinárním týmu CDZ věnovali pouze ti zdravotníci, kterým takový styl práce, odlišný od práce ve zdravotnickém zařízení, opravdu vyhovuje, což snižuje riziko fluktuace pracovníků z důvodu nespokojenosti se stylem práce v multidisciplinárním týmu CDZ. V oblasti sociální je situace složitější, a to kvůli nedostatku sociálních pracovníků.

7. Hodnocení CDZ ze strany dalších subjektů (kraj, město, další zdravotní a sociální služby)

Spolupráce s dalšími subjekty v regionu probíhá bez větších problémů, i když jsou oblasti, v rámci kterých ještě není optimálně nastavena. Navazování spolupráce, kterou CDZ vnímá jako jeden ze svých klíčových úkolů, probíhalo v průběhu celého pilotního provozu a podařilo se nastavit ji se všemi významnými poskytovateli návazných služeb. Některé spolupráce se nadále rozvíjejí, aby to bylo pro obě strany efektivní (například spolupráce s integrovaným záchranným systémem).

Vnímání přínosů CDZ ze strany kraje Praha a Městské části

Jako naprosto bezproblémová a velmi dobře nastavená je oboustranně vnímána spolupráce CDZ s krajem (Magistrát hl. m. Prahy) a Městskou částí Praha 9. Magistrát hl. m. Prahy hodnotí existenci CDZ pozitivně, stejně jako další oblasti reformy. Vnímá nedostatečný rozsah služeb pro osoby s duševním onemocněním, který může snížit právě existence CDZ. Jednou z oblastí, kterou město aktuálně řeší, je dostupnost bydlení pro osoby s duševním onemocněním (již byly podniknuty konkrétní kroky zvyšující dostupnost bydlení pro osoby s duševním onemocněním).

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



- „CDZ vnímáme velmi pozitivně. Oni jsou pro nás v tuto chvíli při práci s klienty nepostradatelní. Mají i jiné vzdělání a zkušenosti, řadu věcí vidí jinak, mají jiný náhled a umí s těmi lidmi dobře pracovat. Navíc mají čas se s klienty potkávat a pracují terénně.“ (Zástupce Městské části Praha 9, rozhovor ze dne 17. 9. 2020)

Spolupráce probíhá na bázi pravidelných setkání.

- „V oblasti CDZ jsou to jednání s konkrétními centry. K informovanosti mezi krajem a poskytovateli dochází pravidelně.“ (Zástupce Magistrátu hl. m. Prahy, rozhovor ze dne 8. 7. 2020)
- „Řešíme obecně naši spolupráci a také se společně staráme o konkrétní klienty.“ (Zástupce Městské části Praha 9, rozhovor ze dne 17. 9. 2020)

Vnímání přínosů CDZ ze strany ambulantních psychiatrů

Ambulantní psychiatři na CDZ oceňují především sociální oblast, která by podle jejich vnímání mohla doplnit jimi poskytované zdravotní služby. Jejich spolupráce s psychiatrem v CDZ je však rozvinuta jen minimálně a role nejsou jasně nastavené. Odstup ambulantních psychiatrů souvisí také s obavou o klientelu. Kritizováno je pak úzké vymezení cílové skupiny CDZ, což způsobuje, že pouze malé množství lidí s duševním onemocněním jsou potenciálními klienty CDZ. Doporučení z jejich strany zahrnuje rozšíření cílové skupiny CDZ a jasné vymezení spolupráce a vztahu mezi ambulantním psychiatrem a psychiatrem v CDZ.

Z pohledu CDZ je spolupráce s ambulantními psychiatry velmi dobrá a dobře nastavená. Jedná se v tomto případě o ty ambulantní psychiatry, kteří již s CDZ spolupracují na případech konkrétních klientů a jsou plně informováni o práci a koncepci CDZ. Uvedené potvrzuje, že problémy a nejistoty mohou vznikat z důvodu nedostatečné informovanosti a komunikace s ambulantními psychiatry, která se týká především těch psychiatrů, kteří s CDZ zatím nenavázali konkrétní spolupráci.

- „Samozřejmě to vnímám pozitivně, ale upřímně říkám, že především pro sociální stránku věci. Je jen otázka času, kdy budu mít pacienta, který bude potřebovat služby v sociální oblasti, nebo některému z mých stávajících pacientů vzniknou v této oblasti potřeby. Ale zdravotní stránku si obhospodařím sám. Je pak otázkou, jestli není služba CDZ předražena.“ (Ambulantní psychiatr, rozhovor ze dne 21. 8. 2020)
- Respondent je pro zavádění CDZ, jejich potřebnost vidí jako vysokou, ale CDZ vnímá jako zařízení, která se nakonec vyprofilovala jinak, než byl jejich primární koncept a koncept. CDZ dokážou podle respondenta zabezpečit pouze zlomek lidí s duševním onemocněním. Náklady na CDZ jsou přitom vysoké, a to především při přepočtu nákladů na jednoho klienta ročně. (Ambulantní psychiatr, rozhovor ze dne 21. 8. 2020, respondent nesouhlasil se záznamem rozhovoru)
- Respondent nekomunikuje s lékařem (psychiatrem) CDZ, ani jiným pracovníkem zdravotních služeb. S CDZ spolupracuje kvůli sociálním službám pro své klienty. V současnosti se jedná o jednotky klientů. (Ambulantní psychiatr, rozhovor ze dne 21. 8. 2020, respondent nesouhlasil se záznamem rozhovoru)

Vnímání přínosů CDZ ze strany dalších poskytovatelů sociálních služeb

Další poskytovatelé sociálních služeb spolupracují s CDZ v Praze 9 na bázi společných setkání, v rámci kterých obecně nastavují spolupráci (koordináční schůzky) a řeší konkrétní případy klientů, kteří jsou v jejich péči. Pro péči o společné klienty ve většině existuje společná metodika postupu. S terénními službami se CDZ navzájem doplňuje.

- „Nastavujeme technika, ale máme i kazuistiku. Nastavili jsme také koordináční schůzky. Když máme společného klienta, máme na to metodiku, jak by to mělo fungovat.“ (Zástupce poskytovatele sociálních služeb v regionu, rozhovor ze dne 17. 8. 2020)



Poskytovatelé terénních služeb využívají nepřetržitého provozu CDZ, který může pokrýt (prostřednictvím telefonu) dobu víkendů a svátku. I zde ale spolupráce poskytovatelů sociálních služeb a CDZ naráží na úzkou specifikaci cílové skupiny CDZ. O rozšíření, resp. změnu cílové skupiny, se snaží zástupci komunitních služeb i zástupci CDZ.

„Navíc se můžeme na CDZ také obrátit pro podporu o víkendech, protože CDZ funguje i v sobotu a v neděli.“ (Zástupce poskytovatele sociálních služeb v regionu, rozhovor ze dne 17. 8. 2020)

Nastavení konkrétní spolupráce mezi CDZ a dalšími poskytovateli služeb je z obou stran vnímáno jako jedna z klíčových aktivit CDZ. Naopak chybí komunikace reformy (zahrnující CDZ) ze strany MZd a MPSV směrem k široké veřejnosti, včetně vytvoření jednotného informačního a PR kanálu na centrální úrovni.

- *„Nejen že veřejnost o tom nic neví, ale ani odborníci. Spolupracující odborníci vůbec netuší, o co v reformě jde, co se v reformě dneska dělá a co se v ní bude dělat za měsíc. Žádné takové informace nejsou, což je pro reformu velké riziko.“ (Zástupce poskytovatele sociálních služeb v regionu, rozhovor ze dne 17. 8. 2020)*
- *„Toto je opravdu velký nedostatek MZd, že nejede ucelenou srozumitelnou kampaň, nebo nějaký informační kanál. Mají webové stránky, které jsou složité a nepřehledné, že se v tom nevyznáme ani my, kteří tu reformu děláme, kteří jsme součástí odborných rad a pracovních skupin na MZd. Tohle my nebereme, že je informovanost veřejnosti. Je potřeba na tohle se zaměřit, na kampaň, na edukaci, na vysvětlování toho, co je reforma, co jsou CDZ, jakou úlohu mají a co se bude dít za 5, za 10 let.“ (Zástupce poskytovatele sociálních služeb v regionu, rozhovor ze dne 17. 8. 2020)*

8. Budoucnost CDZ

Provoz CDZ je od 1. 1. 2020 hrazen standardně prostřednictvím finančních mechanismů pro zdravotní a sociální oblast. Oba poskytovatelé (Psychiatrická nemocnice Bohnice a FOKUS Praha, z.ú.) některé dílčí náklady CDZ nyní hradí prostřednictvím jiného zdroje financování nad rámec standardního financování sociálních a zdravotních služeb, popř. poskytují CDZ podporu v rámci svých zázemí, např. v podobě vzdělávání, ekonomické a administrativní podpory.

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

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

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

- *„Finančně nevycházíme, ale máme na dohled vyrovnanou bilanci.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 14. 8. 2020)*
- *„Myslím, že úhrady jsou vykazovány férově a my máme ještě prostor, abychom zefektivnili vykazování.“ (Zástupce Psychiatrické nemocnice Bohnice, rozhovor ze dne 14. 8. 2020)*



4.4.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ pro Prahu 9

Přepisy neobsahují úvodní a závěrečné části rozhovoru (tj. představení, získání souhlasu se záznamem rozhovoru, poděkování); omezují se na věcnou podstatu tématu rozhovoru.

4.4.2.1 Rozhovory se zástupci Řídící rady, resp. zástupci zřizovatelů

1. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (zdravotnické zařízení)

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Zástupce zřizovatele
Termín uskutečnění rozhovoru	14. 8. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Proč CDZ na Praze 9 vzniklo a co bylo motivací k jeho založení?

Respondent (R): Naše situace byla hodně specifická, protože my jsme měli již v té době Centrum duševního zdraví na Praze 8, které jsme dělali jako inovativní a náš nemocniční projekt. Viděli jsme v tom smysl. Počítali jsme si data i z osmičkového CDZ (*pozn. CDZ pro Prahu 8*) a ukazovalo se na spokojenosti klientů, na spokojenosti zaměstnanců a na počtu zkonsumovaných hospitalizačních dnů, že to má nějaký smysl. CDZ pro Prahu 9 je pak součástí dlouhodobé strategie, kterou jsme si nastavili v rámci rozvoje služeb. Dnes se tomu říká transformace, ale dříve jsme to brali v rámci rozvoje služeb nemocnice. Nastavili jsme si, že pro přilehlé oblasti k nemocnici bychom měli tvořit širší mimonemocniční služby. A pro dovysvětlení – neměl jsem a nemám ambice dělat komunitní tým pro Prahu 4, pro Smíchov, nebo pro Horoměřice. Myslím, že regionální vazba k nemocnici je důležitá, a to hlavně kvůli managementu služeb. Detašované pracoviště je vždy problém. Takže jsme začali osmičkou. V dlouhodobé strategii byla i devítka a Praha východ, kde v současné době vytváříme centrum Brandýsko, což je třetí centrum duševního zdraví ve třetí vlně. V dlouhodobých úvahách jsou ještě Holešovice na Praze 7, kam bychom chtěli vstoupit s komunitní službou. Teď už je to ale spíše otázkou konkurence, kdo tam vstoupí.

T: V rámci CDZ pro Prahu 8, CDZ pro Prahu 9 a CDZ Brandýsko vždy mluvíme o spolupráci s organizací FOKUS Praha?

R: Ano. Je to pro nás přirozený partner. My jsme začali s Prahou 8. Takový zárodek osmičkového centra vznikl pouze pod střechou nemocnice, ale protože s FOKUSEM dlouhodobě spolupracujeme a začali jsme se setkávat na stejných klientech, kdy my jsme dodávali zdravotní službu a oni tu sociální, tak z toho vzešlo přirozené partnerství. Vedle toho to jsou dvě největší služby v regionu. Když jsem se stal ředitelem nemocnice, začal jsem aktivně vyvolávat setkání a podporovat komunikaci mezi všemi službami v této oblasti. Od roku 2008 jsme tedy dělali taková setkání FOKUS, ESET a další na území Prahy, abychom odstraňovali úzká hrdla spolupráce. S FOKUSEM spolupracujeme dlouhodobě a byla to přirozená spolupráce. A když už jsme měli jednu smlouvu a nastavený modus spolupráce, šli jsme společně do CDZ pro Prahu 9. Stejně tak CDZ Brandýsko děláme společně s FOKUSEM.

T: Když se vrátím k Praze 9, byly nějaké komplikace při zakládání CDZ?



R: Chce se mi říct, že žádné komplikace nebyly. Přesto jich byla spousta. Kdyby tady byla projektová managerka, tak jich vyjmenuje tisíc. Samozřejmě komplikací je personální obsazení, a to my jsme v regionu, kde to není tak komplikované. Každopádně dát dohromady tým, hlavně klinické psychology a atestované lékaře, není jednoduché. To, co jsme využili a co tomu velmi pomohlo, bylo, že lékař, který pracoval na Praze 8, hlavní psychiatr, byl pověřen a rozvíjel projekt Prahy 9. Na CDZ Prahy 8 pak alokovali jinou lékařku a tím pádem tam byl jasný přenos zkušenosti. Také část týmu, která byla původně na osmičce a měla zažitý styl práce, jsme transplantovali na Prahu 9, čímž jsme se vyhnuli řadě porodních bolestí, které jsme například na Praze 8 zažívali, tedy například, jak sladit filozofie, jak nastavit režim porad apod. Na Praze 9 se objevily jiné trendy, ale spíš se bavíme o jistých nuancích rozvoje, než o tom, že bychom to dělali zásadně jinak.

R: Já se ještě vrátím k tomu personálu. Jak jsem mluvil o té spokojenosti zaměstnanců, musím říct, že nám se při naší velikosti daří, ten tým skládat z lidí, kteří o to mají zájem, o kterých jejich nadřízení vědí, že lůžková péče není to, co chtějí dělat, a třeba i zvažují, že by přešli do služeb, které jsou komunitní, nebo do ambulance. Proto můžu mluvit o tom, že referujeme o spokojenosti zaměstnanců, že pracují jinak a tímto způsobem. Ale uvědomuji si, že máme pozitivní výběr. Není to tak, že by například 8., 20. a 36. šel pracovat do CDZ a všichni jsou spokojeni. Myslím, že kdyby to bylo takto, nebudou všichni spokojeni. Jsou samozřejmě i ti, kteří nechtějí práci v komunitě, protože jim nevyhovuje. My ale můžeme těm, kteří tento styl práce preferují, ji nabídnout a zároveň ti, kteří ji nechtějí, mohou pracovat tam, kde jim to vyhovuje a zůstat třeba u toho lůžka.

T: Když jsem mluvila s lidmi přímo z multidisciplinárních týmů, všichni se shodli nezávisle na tom, že jim právě tento styl práce vyhovuje, což určitě souvisí se skutečností, že po měsících fluktuací se tým usadil a tvoří ho právě ti, kteří přesně tento styl práce hledali.

R: Ano, ale jsou (a mějme k tomu respekt) i lidé, pro které je ta práce na lůžku tím, co chtějí dělat a co je naplňuje. Ale někdy se z toho dělá ideologie.

T: Jak bylo CDZ přijímáno ze strany kraje a města, lékařů a psychiatrických zařízení? Předpokládám, že zde v nemocnici panuje přijetí služby, ale jak to bylo s ostatními poskytovateli?

R: Já myslím, že my máme v případě ambulantních psychiatrů velkou výhodu, protože většina z nich tady pracovala, tedy někdy prošli Bohnicemi, tady vyrostli. S ambulantními psychiatry se nám tedy spolupracuje velmi dobře. Všichni tomu rozumí a není tam žádné pnutí. Je možné, že v konkrétních případech to mohlo být o nějaké diskusi, ale nemám o tom informace. Paradoxně, jak jste říkala, že si nemyslíte, že by to tak mohlo být, tak impakt dovnitř nemocnice ještě není dostatečný a pořád se CDZ neberou jako naše služba. Spíš se to bere jako že si někdo, asi ředitel, něco vymýšlí mimo nemocnici a přitom my jsme tady ten core business nemocnice. Někdy se nám stalo že, pacient je jasně klientem CDZ a byl v krizi přijatý na oddělení, a pak to bylo jako by CDZ komunikovalo s úplně cizí nemocnicí a lékaři ani CDZ aktivně nekontaktovali. Myslím, že toto se už lepší, ale v začátku CDZ 9, tedy dva roky dozadu, to byla ještě hodně neemancipovaná služba. Teď už to funguje tak, že na mnoha oddělení probíhají pravidelné schůze a probírají se pacienti a postupně se to etabluje. Když tedy mluvíme o nějakých porodních bolestech, paradoxně byl největší problém s nemocnicí. Tato nemocnice je jednoduše město se svou kulturou.

T: Jak bylo CDZ přijímáno ze strany kraje a města?



R: S Prahou 8 jsme komunikovali naše plány dlouhodobě a v zásadě tam žádný problém není. S Prahou 9 to bylo podobné. S nimi jsme vyjednávali o nějakých prostorech. Ale nakonec jsme se usídlili v poliklinice, která je sice městská, ale je akciovou společností, a proto je nejdůležitější kontakt s ředitelem, který byl velmi otevřený, aby tam vznikla stigmatizovaná služba, tedy služba, která s sebou nese stigma. Přejde mi, možná i protože v této poliklinice funguje asi 7 psychiatrických ambulancí, je tam pro CDZ dobrý prostor a komunikace je dobrá. A pro CDZ je komunikace s poliklinikou důležitá. Co se týče města, mimo excesů daných jednotlivci, není tam žádný problém, žádný odpor. Spíš se cítíme jako vítaná služba, nikoliv jako nevíтанá služba.

T: Jak hodnotíte nároky projektu, tedy vstup do projektu, administrativa, indikátory, komunikace s ŘO apod.?

R: My máme s projektovou manažerkou, která to měla na starosti, nastavená každý týden pravidelná reportující setkání. To znamená, že jsem měl přehled o komplikovanosti toho projektu. Obecně se to snažím vést tak, že to nejsou peníze zdarma, ale nesou nějaké náklady, ať lidské, nebo emoční. Asi jsme profitovali z toho, že jsme nemuseli řešit běžné provozní věci, protože tým začal brzy velmi dobře fungovat a protože se sladovali a tvořili už před tím, lékař byl poučen o agendě CDZ apod. Nechci říkat, že by vše bylo perfektní, ale spíš, že tam nebylo nic, na čem by se to kouslo. Samozřejmě jakákoliv byrokracie, pokud bude umenšena, je to dobře, ale něco vykazovat potřebujeme. Pokud byly nějaké problémy, všechny jsme je řešili na týdenní bázi.

T: Když se ještě vrátím k multidisciplinárnímu týmu, byly nějaké překážky při nastavování spolupráce mezi sociální a zdravotní částí týmu?

R: Jsou to dva různé světy. Je třeba překonat řadu ideových a paradigmatických bariér a bavíme-li se o Praze 9, je to tom, že jsme si při sbližování zdravotní a sociální části týmu odpracovali v CDZ Praha 8. Tady se už vědělo, že jsou společné supervize, že budou chodit na společné konference apod. Myslím, že v Brandýsku to bude ještě rychlejší. Z tohoto pohledu vidím pozitivní posun, protože už na té devítce to šlo snáz.

T: A spolupráce s FOKUSEm na řídicí, tedy Vaší, úrovni?

R: My jsme si tu naši strukturu, a to ještě před vznikem CDZ na Praze 9, nastavili tak, že existuje rada CDZ, která sestává ze zástupců nemocnice a FOKUSu. Byli tam dva zástupci FOKUS a dva zástupci nemocnice. To měl být strategický a nejvyšší orgán, ve kterém jsme byli paritně zastoupeni. Máme popsáné, že bychom měli udávat základní směr CDZ, že bychom se měli vidět 4x ročně, jak máme dělat konsensuální rozhodnutí atd. Pod radou byl pak výkonný management, kde byl manažer CDZ, lékař, psycholog a šéf sociálních pracovníků. Byly přibírány také naše staniční sestry. V průběhu času se ukázalo, že jsme sklouzli k tomu, že se rada vždy scházela s výkonným managementem, který dělal i ty praktické věci a viděl se jednou týdně. A pak jednou měsíčně, jednou za 6 týdnů, je to širší zasedání i s radou. V čele CDZ pak byl dedikovaný jeden manažer.

T: Tzn. že jste nešli standardně cestou „dvojkolejnosti“ řízení, jako je tomu například v CDZ P6?

R: My jsme se snažili, aby tam byla zodpovědnost na jednom člověku. Vždycky to je o spolupráci, ale je tam manažer, který má CDZ více na starosti.

T: Určitě je řízení týmu hodně demokratické, to mi potvrdili zatím všichni tázaní, ale někdy je možná efektivnější, pokud je jeden manažer.



R: Ano, určitě. Pod manažerem jsou pak šéfové sester a sociálních pracovníků, protože někdo musí například psát dovolenky apod. Na Praze 8 nám to chvíli drhlo, ale na Praze 9 o tom nevím. Ale nyní jsou to oba dobře fungující týmy.

T: Jak hodnotíte informovanost veřejnosti o CDZ a reformě obecně?

R: Na to nedokážu odpovědět. Mám pocit, že se o tom hodně ví. Ale nedokážu říct, jestli to má posun. Už dlouho vnímám, že CDZ je značka, o které se ví v tom smyslu, že když se řekne psychiatrie, každého napadne: „vy tam děláte ta CDZ“.

T: Lze vymezit nějaká doporučení pro podporu nových CDZ?

R: Je důležité si narovinu říct, že sladění týmu není jednoduchá záležitost, která se podceňuje. Vytvoření týmu nějakou dobu trvá a možná by to chtělo mít zaplacený měsíc, než se otevře centrum, aby byl tým sladěn, byl vytvořen program apod. Aby se členové týmu trochu sžili. My jsme měli výhodu té osmičky. Kde budování týmu začalo dlouhodobě před tím. Už v terénu před vznikem CDZ jsme naráželi na jednotlivé klienty, kdy se dělala případová studie klientů za účasti zdravotníků i sociálních pracovníků a tím pádem se trochu začalo dávat dohromady. Nemyslím, že je to šablonovité řešení, ale je nutné obecně vnímat, že je potřeba s týmem pracovat jako s týmem, a že není automatické, že když sis spolu sedneme do kanceláře, že si najednou budeme rozumět.

T: Lze vymezit nějaká doporučení pro následnou podporu stávajících CDZ?

R: Já můžu mluvit za zdravotní část. Finančně nevycházíme, ale máme na dohled vyrovnanou bilanci. Na rozdíl od toho dříve osmičkové CDZ, když jelo ve starých úhradách, bylo hodně v minusu. Tam to bylo úplně mimo. Z části to šlo na vrub nemocnice, z části to několik let dotačně dotahovalo ministerstvo. Výnosová strana byla na cca 25 % nákladů. Teď je to tak, že jsme cca 15–20 % pod nulou. To mluvím o prvním půl roce po pilotu. Pokud se podívám na náběhové 3 měsíce, kdy se učili v CDZ vykazovat, je to rozdíl oproti červnu, kdy už to uměli. Pokud vezmu červen a vynásobím ho 12, tak se už hodně blížíme nule. Ztráta tedy vznikla, že to vykazování nabíhalo a CDZ se učilo vykazovat, pak byl covid, který se nás trochu dotknul, i když se i v tomto období pracovalo hodně. Myslím, že úhrady jsou vykazovány férově a my máme ještě prostor, abychom zefektivnili vykazování. Pokud nám moc nenarostou platy, což neovlivníme, protože to je vyjednávání na centrální úrovni, pak běžná valorizace ceny bodu bude dostačující a neskončíme ve velké ztrátě. Volatilní položkou v rozpočtu je nájem. Na Praze 8 je to velmi výhodné, je to přes FOKUS, my jsme spolunájemníky a nájem je za nekomerční ceny. Poliklinika Prosecká na Praze je někde uprostřed a v případě Brandýska se obávám, co nám nájem udělá s hospodařením v pilotu. Pilotní peníze jsou teď pro Brandýsko mimo reál, protože když se plánovalo, byly platy o 30 % nižší.

T: Pomohla by například dotace na vzdělávání, nebo jinou nepřímou činnost?

R: Jak to tak, jak říkáte, má to logiku, každá koruna by byla dobrá. Kdyby byly například dotace na týmové věci, supervize apod. Jen se toho trochu bojím, abychom si nemuseli na 60 stranách obhajovat 60 tis. Kč.



Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Výhodou pro fungování CDZ je zázemí nemocnice, která může v případě potřeby poskytnout své kapacity a zdroje (například administrativní podpora, vzdělávání zaměstnanců apod.).
2. CDZ může čerpat výhody ze skutečnosti, že většina ambulantních psychiatrů pracovala v této nemocnici v rámci atestace nebo jako atestovaní. Vazby v tomto směru pak pozitivně ovlivňují vztahy CDZ a ambulantního sektoru.
3. Práce v multidisciplinárním týmu je odlišná a nemusí všem vyhovovat. Praha 9 má výhodu, že šanci pracovat zde dává těm, kteří o ni opravdu stojí. Je to svobodný výběr zaměstnance nemocnice. Takový přístup si může dovolit jen velká organizace s mnoha zaměstnanci.
4. CDZ v Praze 9 uplatňuje jednokolejnost řízení – jeden manažer CDZ, a to i přes to, že CDZ má dva zřizovatele, kteří si společně do čela centra zvolili jediného manažera.
5. Vyrovnaná bilance zdravotní části CDZ je na dohled, a to jakmile se CDZ adaptuje na nový způsob financování mimo pilotní projekt – v tomto případě by pomohlo částečné spolufinancování MZD po skončení projektu (dotace) v době nájezdu na standardní financování, neboť toto přechodné období přináší CDZ několik měsíců snížených příjmů do doby, než se vykazování zefektivní.

2. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (poskytovatel sociálních služeb)

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Zástupce zřizovatele
Termín uskutečnění rozhovoru	13. 5. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Proč CDZ vzniklo a co bylo motivací k jeho založení?

Respondent (R): CDZ vzniklo díky zájmu obou poskytovatelů o změny v péči o duševně nemocné. FOKUS Praha vnímá, stejně jako Ústřední vojenská nemocnice a Psychiatrická nemocnice Bohnice, potřebu deinstitucionalizace a posílení komunitní péče, a proto se angažuje do samotné reformy, která zahrnuje také zakládání a provozování CDZ. V případě Prahy 9 vzniklo CDZ komunikací a dlouholetou spoluprací mezi Psychiatrickou nemocnicí Bohnice a FOKUS Praha, protože jsme společně založili a vedli centrum v Praze 8, které není součástí pilotního projektu. V Praze 6 vzniklo centrum v rámci regionu, kde má FOKUS své centrum. Těžit mohlo právě ze zkušeností Prahy 8 a Prahy 9.

T: Jak vznikla spolupráce mezi oběma zakládajícími subjekty, které jsou v mnoha směrech odlišné?

R: Nalezení vhodných partnerů nebereme jako samozřejmost. Naopak je jasné, že aby CDZ fungovalo, musí fungovat spolupráce partnerů. V případě CDZ v Praze 9 šlo sice o postavení CDZ „na zelené louce“, protože zde nefungovala žádná sociální služba, ani zařízení s psychiatrickými lůžky, ale obě zakládající strany měly zkušenosti z Prahy 8, kde funguje centrum nad rámec pilotu a bylo naším prvním spojením (pozn. spojení FOKUS Praha a Psychiatrická nemocnice Bohnice) ve formě CDZ. Naším cílem bylo zajistit P9, jako spádovou oblast, tímto typem služeb. Musel se ale postavit zcela nový tým, který si vystavěl spolupráci na nových základech, což bylo jednodušší, než například v Praze 6, kde se slučovaly dva existující týmy. V něčem jednodušší byla situace v P6, kde byl již FOKUS etablovaný a v blízkosti UVN,



se kterou spojil síly a vybudovaly CDZ. Sloučit tým pak bylo (kulturu, očekávání, prostředí apod.) složitější, než jej vystavit, jako v případě P9.

T: Jaké byly komplikace při vzniku CDZ?

R: Komplikace byly především kvůli zpoždění zahájení pilotu, protože už byly domluvené týmy. S prostorami nebyly ani při odkladech spuštění CDZ problémy, i když to je spíš věcí souhry náhod a nelze to paušalizovat.

T: Vidíte také další oblasti, v rámci kterých vznikaly při zakládání CDZ problémy?

R: V případě CDZ pro Prahu 9 pokulhávala komunikace s MZd, což se týkalo ale jen první vlny CDZ I. Tam ještě nebyly jasné všechny procesy, nevědělo se, co bude jak fungovat, nebyly takové zkušenosti. V případě Prahy 6, tedy CDZ II, a pak i v případě CDZ III už vidíme výrazné pokroky a posuny k lepšímu. Nebereme to ale jako selhání týmu MZd, spíš jako přirozený vývoj situace, kdy se oboustranně zlepšuje komunikace mezi CDZ a MZd. Osvědčené metody se zdokonalují a ty, které se neosvědčily, už neopakujeme.

T: Jak bylo CDZ přijímáno ze strany dalších aktérů, jako jsou kraj a město, ale i zdravotnická zařízení a poskytovatelé sociálních služeb?

R: S magistrátem Prahy se spolupracuje perfektně. S městskou částí je to různé, ale celkově bych hodnotil spolupráci pozitivně. Město a městská část se v sociální oblasti dlouhodobě angažují, proto pro ně taková služba nebyla zcela cizí, a to se pozitivně odrazilo ve spolupráci s nimi.

T: A jak byste hodnotil spolupráci s lékaři (ambulantními psychiatry a praktiky) a nemocnicemi?

R: S nimi se spolupracuje dobře. Jsou součástí síťování, které vnímáme jako jeden z nejvýznamnějších počinů svého působení. Koordinujeme, aby na sebe služby navazovaly. U nemocnic je to odlišné. Nemocnice mají své silné pozice v regionu, ale ani zde nebyl problém.

T: A jak vnímáte zapojení veřejnosti, resp. jak je informovaná?

R: Veřejnost je informována v rámci komunikace reformy jako celku, hlavně v rámci procesu destigmatizace. Tam ale vidíme nedostatky. Ta opatření, která jdou v rámci destigmatizace směrem k veřejnosti realizována, nejsou v současné době dostatečná. Což znamená, že nejsou dostatečná také v případě CDZ a to negativně ovlivňuje vnímání CDZ a celé reformy.

T: Jak hodnotíte nároky projektu, především samotný vstup do projektu, jeho administraci, nastavení indikátorů apod.?

R: Administrace projektu je náročná. Vše ostatní, a to včetně indikátorů, je v pořádku a bez problémů. K tomu nemám výhrady.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu CDZ a v čem se podle Vás odlišuje od běžné praxe?

R: V případě CDZ v Praze 9 se jedná o dva různé zřizovatele, což znamenalo sloučit rozdílné firemní kultury. Navíc tímto sloučením nevznikl zcela nový subjekt se svou právní subjektivitou, a tak jsme se nemohli distancovat od vnitřních standardů původních zřizovatelů, tedy FOKUSu a bohnické nemocnice. To přináší často problémy a narážíme na ně v běžném provozu. Netýkají se jen odměňování, ale i čerpání dovolené, stylu práce, včetně terénní práce. V CDZ v Praze 9 se ale zároveň



jednalo o vystavení zcela nového týmu, i když od dvou zřizovatelů, a etablování služeb ve spádové oblasti, která nebyla takto vybavena. Bylo to opravdu na zelené louce a vystavování úplně nového týmu a interní spolupráce tak bylo jednodušší, než kdybychom ladily dva existující týmy dvou poskytovatelů. V Praze 6 se jednalo o slučování dvou existujících týmů, které navíc naráželo na bariéry dvou různých prostředí, dvou různých zřizovatelů a hlavně dvou oblastí – sociální a zdravotní, které jsou historicky v pracovních standardech odlišné. Tam to bylo složitější. Týmy byly v mnohém zaběhnuté a musely se vzájemně učit spolupracovat a dělat kompromisy.

T: A jaká je v řízení multidisciplinárního týmu role Řídící rady?

R: Ta sehrává významnou roli, protože je nezbytná pro koordinaci, a to především v naší situaci, kdy je každá složka provozována jiným poskytovatelem. V některých případech je dvojkolejnost CDZ neřešitelná na úrovni samotného týmu a to pak koordinuje právě Řídící rada. Je to možné porovnat již teď s CDZ v Podskalí (Praha 2), kde je jediným zřizovatelem FOKUS Praha a mnoho problému tady nevzniká, nebo alespoň nedoléhá až na Řídící radu. Taky je zde stejná firemní kultura atd.

T: Jak se daří řešit personální záležitosti a případné problémy s tím související?

R: CDZ má dobře postavenou strukturu a přes Řídící radu se daří vnášet do jeho fungování zájmy obou organizací. Na úrovni týmů se naráží hlavně na ohodnocení, kdy sociální pracovníci mají výrazně nižší mzdy, zatímco zdravotníci dosahují mnohdy až o třetinu vyššího ohodnocení. Ohodnocení je největším problémem mezi oběma týmy. Zdravotníci jsou vedle toho zvyklí pracovat jiným způsobem, většinou z více závaznými pravidly, a jsou součástí většinou velké nemocnice (*pozn. v tomto případě bohnické psychiatrické nemocnice*), která má svá pravidla a standardy. Sociální oblast se zřizovatelem FOKUS má jiná, mírnější pravidla, která i když nesnižují kvalitu péče, jsou flexibilnější a rychleji reagují na potřeby fungování CDZ.

T: Jak se dělí kompetence mezi oba subjekty? Vznikají v tomto ohledu nějaké na řešení komplikované situace?

R: Dvoukolejnost řízení je samozřejmě náročná, ale CDZ ji v těchto případech zvládá dobře. Kompetence jsou rozděleny jasně a každý ví, jaké je jeho místo v multidisciplinárním týmu, který je základem práce v CDZ. Naráží se na historické vnímání postavení lékařů a dalších zdravotníků, což obecně platí obecně, nejen v CDZ v Praze 9. Ale v případech Prahy 6 a Prahy 9 nevznikají žádné vyostřené situace a spolupráce probíhá dobře.

T: Jak hodnotíte spolupráci v rámci regionu?

R: Spolupráce v regionu probíhá dobře. My síťujeme a vytváříme tak síť všech aktérů, hlavně návazných služeb, kteří na procesu péče o duševně nemocné participují. CDZ řeší svůj spádový region. Pro pacienty není potřeba mít trvalý pobyt na P9, ale je nutné zdržovat se tam. V rámci regionu pak komunikujeme s dalšími poskytovateli.

T: S kým probíhá spolupráce mimo region?

R: My dodržujeme spádovou oblast, ale s poskytovateli z jiných regionů komunikujeme a můžeme klientům pomáhat například doporučením služeb. V současné době se také diskutuje pozice krizové služby, která by měla regionální přesah a fungovala by v úzké spolupráci s CDZ v rámci „rozšířené působnosti“ ve více regionech. Tím by se spolupráce mezi regiony významně posílila.

T: A spolupráce s ambulantními psychiatry v regionu?



R: Psychiatři se nejprve báli, aby jim CDZ neodvádělo pacienty a neměnilo jejich pracovní standard. Dneska je ale spolupráce velmi dobrá a přínosná pro obě strany. A hlavně je přínosná pro samotné pacienty.

T: Jak se podle Vás vyvíjí informovanost o CDZ mezi odbornou veřejností a laickou veřejností? Daří se z Vaší pozice CDZ informovanost zvyšovat?

R: Odborná veřejnost získává informace nejen z CDZ, ale také díky komunikaci celé reformy, a to hlavně ze strany MZd. CDZ síťuje, jak již bylo řečeno, a v rámci komunikačních opatření realizuje akce pro návazné služby a další aktéry (například workshopy, slavnostní otevření CDZ apod.).

T: A jak je tomu v případě laické veřejnosti?

R: Laická veřejnost není tak dobře oslokována. Cílené akce nejsou tímto směrem často vedeny, s výjimkou rodinných příslušníků pacientů, kteří většinou participují na léčbě a dalších službách pro duševně nemocné. Pro laickou veřejnost se ale daří realizovat jiné projekty. Například FOKUS Praha realizuje projekt „Blázníš? No a.“, který v rámci primární prevence vzdělává v oblasti duševního zdraví také děti na základních školách a středních školách a zvyšuje jejich povědomí o duševních onemocněních a také o existenci a fungování CDZ.

T: Co fungující CDZ přineslo?

R: CDZ přineslo několik významných pozitiv, a to především díky spojení obou složek, tedy sociální a zdravotní složky. Jsou to hlavně velké pokroky v case managementu a ve spolupráci multidisciplinárního týmu, kdy je postupem času vidět, že se týmy sblíží a spolupráce se zdokonaluje. Dále je díky CDZ možné oslovit a „zachytit“ více klientů, kteří dříve vyhledávali například jen jednu složku a ke druhé se z mnoha důvodů nedostali. Nyní mají k dispozici komplexní péči. A samozřejmě CDZ přineslo pokrok v reformě jako celku, protože CDZ vnímáme jako páteř reformy – jako viditelnou část reformy, která může hodně pomoci v její komunikaci, protože má hmatatelné a rychle viditelné výsledky.

T: Jak bude CDZ fungovat dále, resp. co je předpokladem jeho dalšího fungování?

R: CDZ pro Prahu 9 je a CDZ pro Prahu 6 bude po skončení pilotu po stránce zdravotnické financována ze zdravotního pojištění. Sociální oblast je v případě Prahy 9 a bude v Praze 6 standardně vykazována jako další služby poskytovatele. V případě těchto dvou CDZ se o jejich budoucnost nebojím. Financování doplníme granty a dotacemi, na což jsme zvyklí z fungování FOKUS jako neziskové organizace, která využívá vícezdrojové financování.

T: Máte nějaká doporučení pro podporu fungování CDZ?

R: Jednoznačně je to vymezení CDZ v zákoně o sociálních službách.

T: A nějaké změny, které by zefektivnily fungování CDZ?

R: Tím je určitě přístup k pozici sociálních pracovníků a narovnání jejich ohodnocení, což souvisí s financováním.



Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Na straně sociální služeb vyplývají nedostatky především z absence právních norem. Nezbytné je ukotvit CDZ v zákoně o sociálních službách. To by pomohlo samotnému nastavení center duševního zdraví a také nastavení služeb, které CDZ poskytují, ale také k zasazení center do kontextu poskytování péče o osoby s duševním onemocněním v ČR a k vymezení vztahu a spolupráce s dalšími poskytovateli.
2. Základním problémem spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu je nesoulad v ohodnocení a další rozdíly v pracovních podmínkách. Nutné je především sladit mzdy a platy sociální a zdravotní části týmu, aby mohl multidisciplinární tým pracovat bez problémů a jeho členové byli k práci v týmu motivovaní.
3. Finančně by se mělo v rámci reformy psychiatrické péče bilancovat nadresortně, tedy nad rámec resortu zdravotnictví. Pro bilanci je nutné v průběhu reformy počítat úsporu při snižování psychiatrických lůžko-dnů a lůžko-dnů v DZR a naproti tomu náklady při zvyšování terénní péče o klienty.

4.4.2.2 Rozhovory s pracovníky multidisciplinárního týmu

3. Rozhovor s psychiatrem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	18. 6. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ?

Respondent (R): V CDZ na Praze 9 jsem od jeho založení.

T: Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?

R: Jako psychiatr zde pracuji od roku 2007, tedy 13 let. Předtím jsem působil v CDZ na Praze 8, kterého jsem byl spoluzakladatel a které není součástí pilotu.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Bylo to hodně důležité.

T: A jak CDZ vznikalo?

R: Byla to vlastně legalizace něčeho, co už fungovalo. V Praze 8 fungovalo CDZ už dříve. To jsme založili bez dotací a funguje dodnes.

T: Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: Neprovázely to velké problémy. Věděli jsme, do čeho jdeme. Snad jen, že projekt musel být stoprocentně připravený již v době podání žádosti, včetně složení týmů, prostor apod. To bylo náročné.



T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, ve Vašem případě dokonce týmů dvou různých poskytovatelů a v čem se odlišuje od běžné praxe?

R: Je to hlavně menší hierarchizace týmu a velký prostor pro týmovou práci. Časté jsou také teambuildingy a supervize a denně probíhají porady, ty větší méně často. Zároveň se jedná o jiný styl práce, při kterém je velmi důležitá podpora vedení, kterou naše CDZ má.

T: Jak se spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu vyvíjela? Vycházela z nějakých konkrétních zkušeností?

R: Měli jsme zkušenosti z CDZ z Prahy 8, kde tým již takto fungoval a kde dodnes funguje CDZ, které jde mimo pilotní dotované projekty. Proto nebyla spolupráce zde na Praze 9 tak náročná. Už jsme věděli, do čeho jedeme, a měli jsme s tím zkušenosti. Je ale nutné na fungování multidisciplinárního týmu neustále pracovat.

T: A jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu?

R: Setkáváme se nad jednotlivými klienty, ale řešíme i fungování centra obecně. Každý den probíhá menší týmová porada a jednou za 14 dní je velká porada. Stejně tak probíhají také porady k jednotlivým pacientům přímo v bohnické nemocnici. Vedle toho neustále diskutujeme, jak podpořit fungování týmu, mluvíme o tom a zmírňujeme napětí mezi sociální a zdravotní složkou a jednotlivými profesemi. Pomáháme si, doplňujeme se a pracujeme jako tým. My, jako centrum duševního zdraví, vlastně především síťujeme a koordinujeme to, co už existuje. Naše funkce je koordinační a naše kapacita je tak omezená. My můžeme zajistit klienty na několik měsíců, kdy jim sháníme jídlo a bydlení, ale nejde to donekonečna. Někdy se dostáváme z té koordinační pozice jinam, kde by měly zasahovat jiné služby.

T: V čem konkrétně se působení psychiatra v CDZ odlišuje od činnosti psychiatrů v ambulanci a lůžkové péči?

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

T: A jaká je spolupráce psychiatra v CDZ s ostatními psychiatry v ambulanci a lůžkové péči?

R: My nebereme ambulantním psychiatrům práci, ale doplňujeme se. Dřív se toho někteří ambulantní psychiatři báli, ale dnes už je to jiné, spolupráce je dobrá. V lůžkové péči by se měly snižovat počty lůžek, ale to neznamená, že CDZ je teď místo psychiatrických lůžkových zařízení. Je tu nutná spolupráce s dalšími návaznými službami. CDZ je zde v pozici koordinátora.

T: A jaká je spolupráce konkrétně zde v rámci Prahy 9?

R: Na Praze 9 je spolupráce výborná. Jak s ambulantními psychiatry, tak hlavně tedy s psychiatry na poliklinice (pozn. Poliklinika Prosek, ve které CDZ sídlí) s lůžkovými zařízeními. Dřív byly ze strany ambulantních psychiatrů obavy, že přijdou o pacienty a o práci, ale jak se zvýšila informovanost a jak jsme začali spolupracovat, tak už to tak není. Navzájem si vycházíme vstříc a doplňujeme se, což má přínos pro klienty.



T: Co fungující CDZ přineslo pro zřizovatele, pro klienty, pro region, pro poskytovatele návazných služeb? Co se pro klienty v regionu změnilo založením CDZ v Praze 9?

R: Všem to přineslo něco. Ale je to spíš otázka pro někoho, kdo do toho šel a nevěděl, co to obnáší a co to může přinést. My jsme to věděli, protože jsme pracovali už na CDZ v Praze 8. Vnímáme to tedy pozitivně pro všechny zúčastněné. Vedle toho, jak roste informovanost, čím dál víc lidí o centrech duševního zdraví ví, a to také z jiných lokalit. Často proto přicházejí dotazy, proč nebereme pacienty z dalších oblastí a regionů. Jsme ale zastánci spádovosti a naše lokality jsou jasně dané. Je to Praha 9 a Praha 18. Po skončení pilotu jsme se rozhodli je trochu rozšířit, ale jsou jasně dané a chceme je zachovat.

T: Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Ano, je to financování. CDZ funguje také jako generátor nápadů pro klienty a tato práce není nijak CDZ zaplacená. Financování je zajištěno jen pro přímou péči s klientem, ale pokud se nejedná o přímou péči, není naše práce hrazena. Pokud to nebude vyřešeno, nebude

T: S tím se ale potýkají také stávající CDZ?

R: Ano, je to tak. Financování té části práce multidisciplinárního týmu, která není přímou péčí, není nijak hrazena. Je to nepřímá práce s klientem, ale také práce na budování týmu, nastavování spolupráce s návaznými službami, supervize apod. Ty nejsou nijak zaplacené, ale jsou časově velmi náročné.

T: Lze doporučit změny v některé další oblasti?

R: Chybí podpora ve formě zviditelnění CDZ. CDZ jsou sice páteří celého systému, ale musí si vybudovat své postavení sama a prošlapávat si cestu. Museli jsme si vybojovat svou pozici a vše vysvětlovat sami. To by měl ale udělat systém. Ten by měl vyřešit povinnosti a informovanost návazných a spolupracujících služeb.

T: Máte na mysli například návazné sociální služby?

R: Ano, ale také například policii, posudkovou službu a nemocnice. Ty neměly žádné informace a nemají zakotvená CDZ ve svých předpisech, což znamená, že CDZ chybí v jejich pracovních postupech. Spolupráce s nimi je proto individuální. Každé CDZ si ji nastavuje samo.

T: Vnímáte tedy potřebu řešit tuto oblast na centrální úrovni?

R: Ano, my sami to nevyřešíme. To se musí vyřešit systémově na řídicí úrovni.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ změnit, aby bylo centrum duševního zdraví maximálně efektivní?

R: Uvnitř to funguje dobře. Jen by bylo dobré, aby CDZ někdo „prošlapal“ cestičku. To ale také znamená, že směrem ven se musí klást důraz na rozvoj externího týmu.

T: Tady máte na mysli rozvoj širšího týmu nad rámec Vašeho interního multidisciplinárního týmu v CDZ?

R: Ano, se všemi složkami komunity, včetně zavedení pravidelných porad. Aby to fungovalo jako velký tým s úřady, nemocnicemi a celou komunitou. To dnes ale nikdo nezaplátí.



Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Nutné je zajistit financování nepřímé péče v rámci CDZ (například vzdělávání a práci na budování týmu). To není pro budoucí fungování CDZ dořešeno především v sociální oblasti. Jedná se ale o významné oblasti, které musí být realizovány vedle přímé péče o klienta, která má financování podle slov týmu zajištěno dostatečně, a to i v oblasti sociální.
2. Nutné je sladit mzdy a platy sociální a zdravotní složky multidisciplinárního týmu, aby mohl multidisciplinární tým fungovat bez problémů v oblasti personální. Nižší mzdy sociálních pracovníků mohou vést k jejich demotivaci.
3. Je důležité kompetence a informovanost návazných služeb a spolupracujících subjektů řešit kromě úrovně CDZ také systémově (například v případě složek integrovaného záchranného systému). CDZ nemá dostatečné kapacity a kompetence, aby v této oblasti spolupráci a informovanost efektivně vyřešilo samo.

4. Rozhovor s psychiatrickou sestrou CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	15. 7. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ?

Respondent (R): Dva roky tady v CDZ v Praze 9.

T: A zkušenosti máte i z jiných zařízení?

R: Ano, já jsem psychiatrická sestra už od roku 1987. Působila jsem u lůžka a také jako ambulantní psychiatrická sestra.

T: Bylo podle Vás založení CDZ v Praze 9 důležitým a potřebným krokem v oblasti psychiatrické péče, resp. v rámci reformy péče o duševní zdraví?

R: Ano, byl to podle mého názoru jeden z nejdůležitějších kroků v oblasti psychiatrické péče vůbec. Protože mám zkušenosti jako sestra u lůžka a také zkušenosti z ambulance, tak vím, že všechna tato zařízení mají limitované možnosti. CDZ má podle mě téměř neomezenou možnost pracovat s klientem. Protože pokud Vám například člověk odejde z hospitalizace, tak vy s ním jako zdravotnické zařízení končíte a už nic neuděláte. A co se týče ambulance, tak dopad na klienta je také jen omezený. Je například určité procento klientů, kteří nespolupracují, ale ambulance nemá žádnou výjezdovou službu, resp. může třeba pacienty obvolávat, pokud nepřijdou na kontrolu, ale tím její nástroje končí. CDZ má v tomto ohledu úplně jiné možnosti.

T: Potřebnost CDZ tedy spatřujete především v rozsahu jeho služeb a možností?

R: Ano, je to určitě jeho komplexní péče, ale hlavně to, že CDZ má terénní službu, což je pro klienty hodně důležité.

T: Jak Vaše CDZ vznikalo? Doprovázely založení a začátek fungování nějaké problémy?



R: Na začátku jsme naráželi na to, že to nebylo moc připravené. Jako by se vše dělo za chodu, a to bylo někdy únavné. Ani ne demotivující, ale spíš únavné. Přijímali jsme lidi, kteří potřebovali nějakou strukturu, a my jsme jim ji nemohli poskytnout, protože jsme sami nevěděli.

T: A jak se tento stav a počáteční nejistota postupem času vyvíjely?

R: Myslím, že se to zlepšovalo. A myslím, že ministerstvo nabylo zkušenosti za běhu právě s námi. Ze začátku jsem měla pocit, že některé věci nevěděli. Ale jsem ráda, že teď je to, jak to je. A nikoho z nás ty začátky určitě neodradily. Taky jsme věděli, že jdeme do nové věci a že jsme spoluvůrci. Mohli jsme mluvit a diskutovat, takže to mělo i své výhody.

T: Jaká jsou specifika fungování multidisciplinárního týmu?

R: Na prvním místě je to určitě komplexnost péče a na druhém místě jsou to pravidelné každodenní porady. Když pracujete jako case manager, tak nikdy díky týmu nejste se svým klientem sama. Je tam tedy určitý pocit bezpečí. A taky myslím, že multidisciplinarita do psychiatrické péče prostě patří. Když budeme dávat pacientům jen léky a nic jiného jim neposkytneme, tak u nich zkrachujeme. Ti lidé potřebují celostní přístup. V CDZ jim poskytujeme také společnost, sociální bezpečí a zázemí, pak samozřejmě zdravotní péči a psychologickou podporu. Poskytujeme tedy všechno, co klienti potřebují.

T: S cílem navrátit je do běžného života?

R: Ano, s cílem naučit je, že ta komunita je pro ně bezpečná.

T: A důležité je tedy sladění zdravotní a sociální složky péče.

R: Ano, protože jedno bez druhého se neobejde. Například, když přijde člověk do psychiatrické ambulance s tím, že nespí, tak paní doktorka mu ty léky napíše. Ale ten klient nespí, protože nemá peníze a má nízký důchod. Paní doktorka tedy napíše léky, ale důchod toho člověka už nevyřeší. FOKUS také poskytoval těmto klientům nějaké služby, ale zase mu chyběla ta zdravotní část. Protože, když klient například přestal brát léky, tak s ním také nic moc neudělali. Jsem tedy ráda, že obě složky pochopily, že jedna bez druhé nemůže být, aby to vedlo ke zdárnému konci. Vedle toho, když se složky sloučí v multidisciplinárním týmu, tak já jako jeho součást nemusím být studnice všech znalostí, ale zeptám se v týmu. Nemusím oslovovat další a další rozšířené organizace a doptávat se, což stojí hodně času a tak dále. Součástí týmu je například také pracovní terapeut, což je úžasná věc, protože já nemůžu trávit s klientem půl dne v jeho práci. Stejně tak máme peer konzultanta, na kterého klient často slyší víc, protože peer je člověk s vlastní zkušeností. Občas se mi stalo, že klient řekl „co vy o tom víte“. Tak já mohu říct, že znám ale člověka, který o tom ví. A navíc je práce v multidisciplinárním týmu obohacující. Na poradách mluvíte se všemi, i s psychologem, doptáváte se apod.

T: Do jaké míry se role členů týmu prolínají?

R: Já bych se řekla, že se trochu prolínají. Nemůžete například oddělit psychologický přístup ke klientovi od ostatních věcí, protože nějak s ním musíte při řešení jiných oblastí mluvit.

T: A jak je nastavena při fungování týmu hierarchie?

R: Hierarchie tady moc nevládne. Samozřejmě když dojde k velké krizové situaci, které nejsou na denním pořádku, tak nějaké právo veta má lékař, který například řekne, že teď, potom co se vyzkoušelo vše, už je to na hospitalizaci klienta. Ale to se tady za ty poslední dva roky stalo snad jednou.



T: Jak se do fungování konkrétně vašeho multidisciplinárního týmu promítá skutečnost, že jste zaměstnanci dvou organizací s vlastními interními předpisy a standardy a s odlišnými firemními kulturami?

R: Kultury jsou samozřejmě jiné, ale jak už v tom pracuji dlouho, tak už to nějak nevnímám. Navíc jsem měla to štěstí, že jsem byla v psychoterapeutickém výcviku. A už nejsem klasická sestra od lůžka a z ústavu. Takže když budu mluvit sama za sebe, tak s tím problémem nemám a od počátku jsem ho ani neměla. Spíš jsem se snažila vést ostatní k tomu, ať se snažíme najít společnou cestu, protože zdravotníci mají svou pravdu, sociální pracovníci mají svou pravdu, ale ani jedni ji nemají absolutní, pravda je ve skutečnosti někde uprostřed. A vždycky přemýšlím, aby měl výsledek pozitivní dopad na klienta.

T: A jak se spolupráce ve Vašem týmu vyvíjela? I když vím, že se Vás tým za ty dva roky významně obměnil.

R: Tady to nejsou žádní staří matadoři z FOKUSu a z nemocnice. Máme tady hodně nezkušených pracovníků, kteří mnohdy nemají mnohdy žádné zkušenosti a musí se zaučovat. Musíme se jim hodně věnovat. Na druhou stranu nám přinášejí noví vítr. Protože když chceme recovery přístup, tak nepotřebujeme ty, kteří už dopředu vědí. Ale potřebujeme lidi, kteří umí naslouchat a být primárně lidští a osobnostně zralí. Ale zároveň musím říct, že naše fluktuace byly převážně těhotenství a odcházely s pláčem, že se jim odtud nechtělo.

T: Když se ještě vrátíme ke spolupráci v multidisciplinárním týmu, jak probíhá standardní spolupráce na příkladu jednoho klienta?

R: Klient se nemusí navazovat přes člověka, který bude jeho case manager. Někdy navazuje jeden člověk, jindy tam jdeme ve dvou a představíme CDZ a naše služby. Pak v rámci porady týmu najdeme case managera, a to podle toho, jak má kdo kapacitu a prostor a podle informací o klientovi, protože pro někoho by se hodil někdo mladší, pro někoho žena, nebo naopak muž. A na základě toho pak vybereme, kdo bude klíčový pracovník.

T: A ten už si klienta přebírá?

R: Ano, na něm už je sepsání smluv a všechny další náležitosti. Pokud je tedy klient svolný, protože ze začátku je ta spolupráce většinou velmi křehká. Pak se snažíme s každým novým klientem vypracovat nějaký individuální plán. A jednou týdně case manager o novém klientovi jednou týdně mluví na poradě, aby se celému týmu vryl do paměti. Když pak case manager má nějaký problém, nebo něco neví, tak se ptá v týmu. A pokud se spolupráce nějak nedaří, tak celotýmově vymýšlíme strategie, jak s ním pracovat. Case manageri využívají pro svou práci individuální supervize. Ale i týmová supervize k tomu dobře slouží. A ke klíčovému pracovníkovi je vždy přidělen jeho zástup do dvojice. Pokud se klíčový pracovník zdravotník, tak jako zástup se dává sociální pracovník a naopak. To je pro případ zástupů v době dovolené, ale tako proto, aby tam byly obě oblasti. A ještě jedna věc, která je důležitá, a to že při vstupu musí klienta vidět lékař, což je u nás podmínka.

T: A jak se práce s klientem standardně vyvíjí? Předpokládám, že Vaším cílem (zjednodušeně řečeno) je, aby Vás klient již nepotřeboval a dokázal se o sebe postarat.



R: Ano, to už říkáme klientům od začátku, že nejsme umělá komunita pro psychicky nemocné lidi, ale že jim pomůžeme žít v jejich přirozené komunitě. Aby využívali, co jim nabízí komunita, jako je například knihovna, kroužky, ale i vztahy s rodinou, sousedské vztahy a tak podobně.

T: Jaká specifika přináší CDZ pro profesi psychiatrické sestry?

R: Pokud jsem jako klíčový pracovník pro klienta, tak často musím mít přesah do oblasti sociální, tedy věci, které mi normálně nepřísluší a nemám je v pracovním popisu. Tady se nestarám jako sestra o bazální potřeby pacienta, ale učím klienta, aby si je uměl sám zabezpečit a našel motivaci a aby se o sebe postaral. S tím souvisí i to, že součástí je také práce s celou rodinou klienta. My používáme například open dialog, kdy se v rodině otevřeně mluví o duševním onemocnění, které má jeden z jejich členů.

T: A jaké máte zkušenosti s touto metodou? Přece jen není u nás běžně užívána.

R: Funguje to. Ale jen přesvědčit rodinu pro otevřený dialog, to je práce i třeba na dva roky. Ale pak, když se to pustí, má to pozitivní dopad na všechny členy rodiny.

T: Co fungující CDZ přineslo pro klienty a pro region?

R: Pro klienty jsou to komplexní služby, jak jsme o nich mluvily. A pro region už jenom to, že jsme navázali spolupráci s městskou částí a s dalšími službami. My jsme je oslovili a snažili jsme se tu spolupráci nastavit jako face to face spolupráci, abychom se znali osobně, nejen přes mail a po telefonu. Pozvali jsme například zástupce městské části na recovery kurz, aby věděli, jak pracujeme a o co se snažíme směrem ke klientovi. A oni byli nadšeni. Myslím, že spolupráce je teď obohacující pro obě strany. Dříve nás to stálo hodně času, ale dneska už je to jiné a mnohem lepší.

T: Máte teď na mysli městskou část?

R: Ano, ano. Ale spolupracujeme také třeba s aktivizačním centrem pro seniory, nebo třeba i s bytovými družstvy, která pochopila, že když budou spolupracovat a když nás budou na lidi s duševním onemocněním upozorňovat, že je to pro ně výhoda. Je tu taky snaha pracovat se záchrankou, policií a podobně. Vlastně se při práci s klienty dostáváme do situací, kdy potřebujeme něco od jiných organizací, takže se sami z vlastní iniciativy snažíme tu spolupráci nastavit a dozvědět se co nejvíc, co oni dělají, a naopak je informovat o našich aktivitách.

T: To znamená, že si sami síťujete celý region?

R: Ano, a někdy i mimo Prahu 9?

T: A jaké vnímáte přínosy pro zřizovatele CDZ?

R: Je to velký přínos. Tak to vnímám za sebe a za lidi, se kterými se setkávám. Protože je to člověk od člověka a i dnes narazíte v nemocnici na lidi, u kterých CDZ a náš přístup podporu nemají. Ale obecně je CDZ spíš vnímáno jako přínos a to souvisí i s velkou podporou ze strany vedení nemocnice. A navíc se v nemocnici buduje firemní kultura, která ten přístup velmi podporuje. Ale jak říkám, je to člověk od člověka.

T: Máte nějaká doporučení pro vznik nových CDZ?

R: Ano, určitě by bylo dobré, kdyby lidé se zkušeností z CDZ měli třeba malé úvazky na MZd, aby pomohli s nastavením dalších CDZ. To by byla velká podpora přímo z praxe.



T: Máte nějaká doporučení, co by se mělo změnit v již fungujících CDZ?

R: Samozřejmě bylo příjemné, že jsme si mohli dovolit třeba víc vzdělávání, na to byl v projektu budget. Ze strany nemocnice se to moc nezměnilo, ale ze strany FOKUSu se to snížilo. Tady v té oblasti by se podpora hodila. Já mám například udělanou komplexní krizovou intervenci, dvě kolegyně mají open dialog. To nám umožnil projekt, to bylo hodně příjemné. Moje zkušenosti jsou takové, že aby člověk nevyhořel, musí se vzdělávat. Já jsem v psychiatrii přes 30 let a to vzdělávání je důležité, že člověk neupadne do nějakého stereotypu a vrací se neustále k tomu, že pracuje s lidmi. Takže pro mě to celoživotní vzdělávání hraje důležitou roli. Vedle toho ona práce v CDZ sama o sobě nedovolí moc padat do stereotypu. Musíte často improvizovat, a když jste v terénu, tak jste na to sama a musíte se okamžitě rozhodovat. Tam musíte vědět, co vymyslet. Takže ta práce je tím zajímavá, ale i náročná a pod stresem. A potom aby člověk nevyhořel, tak k tomu slouží bezpečí týmu a také vzdělávání a všechny ty supervize a podobně.

T: A nějaké další oblasti?

R: Financování. To by se mělo změnit. Zároveň by se měla přehodnotit pozice sociálního pracovníka v CDZ, protože to není totéž jako sociální pracovník na úřadě. A adekvátně k tomu by měli mít pracovníci CDZ přístup ke vzdělávání. Také by bylo dobré posílit PR. To nám trochu chybí a není na to čas.

T: A PR myslíte z Vaší strany?

R: Ano, to si rádi uděláme sami, jen teď na to není čas. Kdyby na to přistály nějaké peníze, stejně tak jako na vzdělávání, tak by to bylo perfektní.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Multidisciplinární tým je velkou výhodou nejen pro klienty, ale také pro týmovou spolupráci, neboť zvyšuje efektivitu práce jednotlivých členů. Ti mají podporu ve všech oblastech a mají možnost získat náhled na problematiku ze všech úhlů pohledu. Vedle toho si postupně budují přesah do dalších oblastí.
2. Je nutné se zaměřit na vzdělávání týmu a na supervize, protože nejen že doplňují znalosti, ale jsou i prevencí vyhoření. Vzdělávání sehrává v přímé péči významnou roli. Jeho financování, zejména v sociální oblasti, není dořešeno a oblast je poddimenzována.
3. Financování nepřímé péče by umožnilo zajistit PR a vzdělávání pro členy multidisciplinárního týmu. Jedná se o aktivity, které s ukončením projektu z důvodu jejich finanční náročnosti poklesly a částečně jsou financovány zřizovatelem z jiných zdrojů (tedy mimo příjmy CDZ), ale jsou nenahraditelné.
4. Hierarchizace v týmu je nízká, což zlehčuje týmu práci.
5. Pozice v týmu by měly být překlasičkovány – není totéž sociální pracovník na úřadu práce a sociální pracovník CDZ. To koresponduje také s nutností definovat pozice case managera v CDZ a peer konzultanta.



5. Rozhovor se sociálním pracovníkem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	9. 7. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? A jaká je Vaše zkušenost s lidmi s duševním onemocněním obecně?

Respondent (R): Jsou to 4 roky. 2 roky jsem pracovala v CDZ v Praze 8 a 2 roky pracuji tady. Z centra duševního zdraví Prahy 8 jsme sem přešli čtyři se zkušenostmi, ostatní v týmu byli nováčci a museli jsme je zaučovat. Některé věci, jako je například stmelování dvou původních týmů, tady ale odpadly, protože jsme tým budovali jako úplně nový.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Na Praze 9 nebyly skoro žádné služby, ani v regionech kolem, které jsou v naší spádové oblasti. Nebylo tady nic. Původně jsme byli v Karlíně, ale nakonec se vybrala tahle lokalita, kde služby chyběly.

T: Mimo spádovou oblast klienty neberete?

R: V Praze 8 jsme to dodržovali striktně, tady se snažíme pomoci. Poskytujeme alespoň konzultace a doporučujeme služby v regionu, kam ten člověk patří. Nebo se i s klientem sejdem a odkážeme ho potom dál.

T: Dá se říct, že fungujete především jako koordinátor služeb?

R: Ano, dalo by se to tak říct. My nevedeme žádné kroužky a neposkytujeme podobné služby, ty pak hledáme pro klienty v komunitě. V Praze to můžeme to tak dělat. Ale v regionech, kde nejsou takové služby a kde jsou větší vzdálenosti k poskytovateli, ta CDZ poskytují také služby, jako jsou skupiny, kroužky a další služby, protože je tam v komunitě prostě pro klienta nenajdou. Vybavenost službami je tam nižší.

T: Jak CDZ vznikalo?

R: Bylo postavené úplně od začátku. Týmy se nesladovaly, ale vytvořil se nový tým. Několik lidí nás přešlo z CDZ v Praze 8, ostatní byli noví zaměstnanci, kteří téměř nebyli zatížení zkušenostmi ze zdravotnictví, nebo sociální sféry. Byli to vlastně noví zaměstnanci nejen pro CDZ, ale také pro FOKUS a pro bohnickou nemocnici, takže vlastně nebyli tím systémem nijak zasažení.

T: Kolik Vás přišlo se zkušenostmi z CDZ v Praze 8?

R: Byli jsme 4. Měli jsme zkušenosti, bez kterých by to nešlo. Ty jsme načerpali z dvou let práce v CDZ v Praze 8. Ostatní – nováčci – byli často i absolventi bez jakýchkoliv zkušeností.

T: Byla to ve Vaší oblasti, tedy sociální oblasti, komplikace pro nově vznikající CDZ, že část týmu byli nováčci?

R: To, že jsme museli nabrat nové lidi, mělo své výhody při budování toho týmu, jak jsme říkala, ale zároveň byli téměř všichni po škole. Já jako nejzkušenější člen týmu jsem je musela zaučovat. Byli to



čtyři lidi v sociální oblasti, kterých jsem se věnovala. Ne, že by to byla úplně komplikace, ale nebylo to jednoduché. Zvládli jsme to dobře a tím, že jsme neměli třeba 30 klientů, ale na začátku jsme měli 10 klientů, které jsme přebírali z CDZ 8, tak to bylo pozvolné. Mohli jsme se na to připravit, zaškolit všechny členy týmu a nastavit spolupráci.

T: CDZ na Praze 8 mělo dříve klienty z tohoto regionu?

R: Ano, dříve suplovalo, že na Praze 9 opravdu žádné služby nebyly. Proto jsme začínali s klienty, které jsme převzali od CDZ pro Prahu 8.

T: A nějaké další komplikace?

R: Myslím, že žádné další komplikace nebyly. Odpadlo, že jsme se museli sžívat jako dva původní týmy a taky nebyly problémy mezi zdravotní a sociální oblastí. Jako že sociální pracovníci jsou jakoby anarchističtější, zatímco zdravotníci víc drží tu strukturu. Třeba v tom minulém týmu (*pozn. CDZ pro Prahu 8*) se v jednu chvíli ty role úplně prohodily, což tady nenastalo.

T: A jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela?

R: Vzhledem k tomu, že jsme ho stavěly jako nový tým, spolupráce byla od počátku výborná. A stejně tak se i dále vyvíjela. Máme denně porady, ale taky různé kurzy a další vzdělávání, kde se vše probírá. Nejen klienti, ale také spolupráce v týmu a jaký má na to kdo pohled, nastavení fungování celého CDZ apod.

T: Vnímáte rozdíl ve vzdělávání a v možnostech vzdělávání v průběhu projektu a po skončení projektu?

R: V rámci projektu jsme měli naplánované kurzy na klíč, to byla velká podpora týmu. Měli jsme kurzy recovery, case managementu a další. Samozřejmě supervize.

T: A teď, po skončení pilotu, vzdělávání pokračuje v té samé intenzitě a struktuře?

R: Ano, musíme mít, jako sociální pracovníci, minimálně 24 hodin za rok. A většinou se sociální pracovníci i chtějí vzdělávat. Takže tady není velký rozdíl. Nám, jako sociálním pracovníkům, na to FOKUS přispívá. Takže rozdíl je teď v tom, že to finančně zatěžuje zřizovatele, v našem případě FOKUS.

T: A jaká byla na při budování CDZ spolupráce mezi lékaři a sestrami, popřípadě lékaři a sociálními pracovníky?

R: Spolupráce byla a je výborná a problémy nebyly. Pan doktor měl už zkušenosti z CDZ v Praze 8 a pro něj to byl nový vítr do plachet. Myslím, že byl rád, že může jít do nového týmu, který je sice menší, ale který je stavěn od počátku a kde to může uchopit trochu jinak. Nikdo nikdy nechtěl dělat žádné rozdíly v rolích a naopak si všichni pomáhali.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, má to nějaká specifika?

R: Já jsem nikdy nezažila jiný multidisciplinární tým, tak nemůžu porovnat s jiným multidisciplinárním týmem.

T: A v porovnání s týmem, který nepracuje na principu multidisciplinarity?

R: Já jsem před tím pracovala v komunitním týmu, kde jsme v tom byli strašně sami. Tam byl tým třeba 5 case-managerů a vedoucí a byli tam jen sociální pracovníci, žádné sestry, ani psycholog. Měli jsme k dispozici jen supervize. A celkově jsme v tom byli hrozně sami. Tady když potřebujete řešit klienta, přinesete na poradou, s čím potřebujete pomoci. Tam máte k dispozici psychologa, doktora a sestry.



Každý na to něco řekne, nehladě na to, že všichni jsou terénní, tak s námi můžou zajet ke klientovi, když je potřeba udělat výjezd. To je velká výhoda multidisciplinárního týmu – různé náhledy různých profesí. Samozřejmě poslední slovo má ten case-manager. Ale je tu velká podpora týmu. Když je pak klient třeba v krizi, tak starost o něj přebírá celý tým. To vás hodně podporuje v práci a vy se i cítíte lépe.

T: To znamená, že ta multidisciplinarita přináší pozitiva nejen pro klienta, ale i pro tým?

R: Určitě. Pro tým to má velké výhody. A klient může čerpat víc služeb a ty jsou komplexní. Je to pro klienty, kteří potřebují více služeb. Když klient potřebuje například jen psychologa, tak to není případ pro CDZ, ale když jsou pak lidi, kteří mají ještě dluhy, opakovaně se dostávají do nemocnice, neberou například léky atd., tak tam nastupují sociální pracovníci, pak ho má v péči doktor, třeba i psycholog atd. Tak by to mělo vlastně být. Náš klienty není ten, kdo by čerpal jen jednu složku, ale ten, kdo potřebuje komplexní službu.

T: Dá se obecně popsat u konkrétního klienta?

R: Funguje ta multidisciplinarita, ale nedá se to zobecnit. Je to strašně individuální. Každý klient potřebuje něco jiného. Ale klienti potřebují vždy více služeb najednou. Většinu času to řeší case-manager, popřípadě jeho zástup. Pokud jsou problémy, nebo to situace vyžaduje, řeší celý tým. Každý má svou roli a svou náplň. V celku se pak o klienta můžeme komplexně postarat. Když mám například klienta, který potřebuje pomoc psychologa a zároveň se schází s pracovním konzultantem, tak já jako case-manager primárně spolupracuji s nimi, tedy s psychologem a pracovním konzultantem. Některé klienty naopak řeším s psychiatrem. Je to podle individuálních potřeb klienta, které se ale taky vyvíjejí.

T: Když se zaměříme na poskytování sociálních služeb, jaké jsou podle Vás největší odlišnosti v jejich poskytování v CDZ a mimo CDZ?

R: Sociální pracovník v CDZ je specifická pozice, která by určitě měla být lépe zaplacená. Ten člověk by měl mít také například krizovou intervenci a další kurzy. Měl by být dobře vyškolený. Není to klasická sociální práce, jako když bych vzala sociálního pracovníka na úřadě. Tady pracujeme jinak. My řešíme všechno pro jednoho klienta a komunikujeme s dalšími profesemi a organizacemi a úřady. Vedle toho na úřadě řeší jednu věc, třeba dávky, pro velký počet klientů. Ale to je můj názor, nemám v jiných službách zkušenosti.

T: Jak se se vznikem CDZ změnila spolupráce s dalšími službami v regionu pro osoby s duševním onemocněním?

R: Myslím, že se to zlepšilo. Když jsme v Praze 9 začínali, vytipovali jsme si poskytovatele služeb a úřady a s nimi jsme si dali schůzky, aby o nás věděli. Také například s OSPOD jsme se sešli. Se záchrankou a s policií to moc nevyšlo, ale obecně se to posunulo k lepšímu. Všem jsme vysvětlili, kdo jsme a jak fungujeme a že s nimi chceme spolupracovat. Všechny organizace jsme se snažili tímto způsobem zasíťovat.

T: A s policií a záchrannou službou je to v jaké fázi?

R: Tam je to nastavování spolupráce stále v procesu. Tam jsme to museli vzít shora. Chtěli jsme se s nimi sejít, ale nějak se to neuskutečnilo. Je to složité. Teď se ale připravuje vzdělávání, kdy my budeme realizovat vzdělávací kurzy pro pražskou záchrannou službu, tak tam dojde snad k dalšímu posunu ve spolupráci.



T: Co fungující CDZ přineslo pro klienty a pro region

R: Já si myslím, že to přineslo to, že klienti mají služby v docházkové vzdálenosti. Lidé mají komplexní službu. Zachytili jsme hodně lidí a pomohli jim a už je i propustili, protože naše služby momentálně nepotřebují.

T: A nějaké přínosy pro poskytovatele návazných služeb?

R: S dalšími poskytovateli jsme zavedli spolupráci, kdy se informujeme o klientech a pomáháme si. To je velká výhoda pro všechny strany.

T: A pro zřizovatele, tedy pro FOKUS na jedné straně a popřípadě pro bohnickou nemocnici na straně druhé?

R: Je to určitě dobrá vizitka zřizovatelů. Zároveň věřím, že náš tým je opravdu dobrý, takže i to je pro poskytovatele dobrá vizitka, protože máme dobré výsledky. Oba zřizovatele velmi dobře spolupracují, což není samozřejmost. Vedle toho se spolupráce s FOKUSu a Bohnic ještě víc prohloubila. Vznikají ve spolupráci další projekty, které se nabalují, a spolupráce se pořád zlepšuje. Velkou výhodou je i podpora ze strany vedení obou zřizovatelů.

T: Platí to obecně ze strany nemocnic, že je zde pochopení a podpora CDZ?

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

T: A co přinesl projekt pro samotné CDZ?

R: Já si myslím, že projekt byl jistotou a my jsme mohli v klidu nastavovat, aby služba byla dělaná efektivně. Nemuseli jsme řešit, jak to zaplatíme, a byl čas na nastavení fungování CDZ a na budování týmu. Teď řešíme finance, abychom se užívali. Je méně administrativy, ale já jsem v jiném projektu nikdy nebyla, tak myslím, že ta administrativa se váže ke všem projektům. Trochu nám jen vadilo, že některé původně schválené položky v projektu byly nakonec vyškrtnuty, takže nám je MZd neproplatilo. Ale i to jsme nakonec vyřešili.

T: Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory stávajících CDZ?

R: Jak jsou dvě organizace, tak by bylo dobré zaměřit se na ohodnocení a jeho sladění. To pořád visí ve vzduchu. Protože jsou to dvě organizace, ale my pracujeme jako tým a tohle je nedomyšlené. Je to prostě nerovnoměrné.

T: Myslíte, že by pomohlo, kdyby se tyto záležitosti řešily systémově, tedy na úrovni MZd a MPSV?

R: Myslím, že by stačilo, kdyby se více zapojilo MPSV a řešilo postavení sociálních pracovníků. Protože to jsou věci, ve kterých to naše organizace, jako FOKUS, nevyřeší. A my se snažíme nedělat rozdíly a toto nezkoumat, ale jak se jedná o různé organizace, tak se tomu nedá vyhnout.

T: A lze vymezit nějaká doporučení pro vznik nových CDZ?

R: Tak určitě také to ohodnocení multidisciplinárního týmu, aby nebyly tak velké rozdíly. A zapojení MPSV, které by tohle mělo řešit, protože samotné organizace a MZd to nevyřeší. Ale hlavně, aby CDZ



pokrývaly další regiony. Aby ty služby byly komplexní. Protože my musíme odmítat klienty jiných regionů, popřípadě jim doporučujeme služby v jejich regionu, ale ty někde úplně chybí, nebo nejsou komplexní.

T: A nechýbí pro klienty CDZ také návazné služby?

R: V Praze ani ne. Spíš aby byla ta dostupnost služeb ve všech částech. Hodně klientů nepotřebuje návazné služby. My jim pomůžeme s prací, vyřešit další věci a pak je vlastně propouštíme, protože tak by to mělo být, že v době, kdy nás ten klient nepotřebuje, tak by tu neměl být. Ale my tady vidíme spíš problém dostupnosti CDZ v Praze, než návazných služeb, které oni často nepotřebují. Návazné by mohly být třeba pro seniory. To jsme tady navázání s centry pro seniory, kam někteří naši klienti dochází. To má velkou výhodu, že my o nich víme a s centry se vzájemně informujeme.

T: V čem by se mohlo podle Vás změnit fungování a spolupráce v CDZ, aby fungovalo efektivně??

R: Nejlépe, kdyby pomohlo MPSV a MZd s komunikací reformy. My na to nemáme kapacity a finance, ale je to činnost, která je potřebná, aby vše fungovalo jak má. Konkrétně třeba komunikace s policií a IZS. Toto by mělo být zaštitěné shora. Taky myslím, že by bylo dobré, aby byl vyčleněn jeden člověk, který by se věnoval síťování v CDZ.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Nutné je zajistit sladění ohodnocení zdravotní a sociální složky v multidisciplinárním týmu, které vnímají negativně sociální pracovníci. Snižuje to jejich motivaci k práci v týmu.
2. Multidisciplinární tým a case management má velké výhody nejen pro klienty, ale i pro samotné pracovníky, pro které je taková spolupráce motivující a lépe se jim pracuje. Mají vhléd i do jiných oblastí a naopak mohou čerpat ve všech oblastech nad rámec své agendy podporu.
3. Síťování návazných služeb je nutné v některých případech řešit systémově a centrálně, aby tyto organizace získaly povědomí o reformě psychiatrické péče a byly připraveny na navázání konkrétní spolupráce s konkrétním CDZ (například složky integrovaného záchranného systému).
4. Výborná spolupráce mezi organizacemi je založena mimo jiné také na podpoře vedení psychiatrické nemocnice v Bohnicích a vedení FOKUS Praha. To se pozitivně promítá do práce celého týmu.
5. CDZ v regionech, které jsou dobře vybavené návaznými službami, mají spíše postavení „koordinátora“ a nemusí nabízet další služby pro klienty, kteří je mohou naopak využívat v komunitě a začlenit se tak do svého přirozeného prostředí. Tím se Praha 9 odlišuje od některých méně zasíťovaných regionů.

6. Rozhovor s peer konzultantem

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	13. 7. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? A jaká je Vaše zkušenost s prací v této oblasti obecně?



Respondent (R): Působím tady od začátku vzniku CDZ, tedy asi dva roky. Před tím jsem ještě chvíli pracovala na Praze 8, kde fungovalo taky CDZ, ale to bylo jen pár měsíců a v době, kdy se to už chystalo tady na Praze 9. Ale i tam už jsem měla klienty. Celkově to bude tedy přes dva roky. A ještě před tím jsem pracovala jako sociální pracovník v Boně, která se specializuje na chráněné bydlení pro klienty s duševním onemocněním.

T: Bona působí také v Praze 9?

R: Bona působí v Praze 8, ale spolupracuje s bohnickou nemocnicí a FOKUS. Spolupracujeme s nimi celkově, za Prahu 9 i 8. V rámci spolupráce využíváme jejich služeb.

T: Bylo potřebné podle Vašeho názoru, aby zde CDZ vzniklo?

R: Na Praze 9 nebyly takové služby. CDZ je dobré v tom, že podporujeme klienty v zapojení do komunity, aby mohli doma fungovat, vytvářet vztahy a fungovat v komunitě. To jiná sužba nedělá, ani na to nemá kapacitu. Jako například ambulantní lékaři nebo nemocnice. Tím je to CDZ jedinečné. Poskytujeme komplexní služby a hlavně pracujeme v terénu, to je něco, co nemůže dělat zaměstnanec v nemocnici. Pro začlenění do komunity je práce CDZ důležitá a na Praze 9 nic nebylo. Když je například klient poprvé hospitalizovaný, nedokáže se v tom orientovat a musí se pak také vyrovnat s návratem do normálu, potřebuje podporu. Nebo třeba u někoho, kdo je na tom dlouhodobě špatně a neví, co dělat, nebo narážel na to, že nemá v rodině podporu. Snažíme se zapojit klienty do komunity a do jiných sužeb, aby nás pak už nepotřebovali. Navíc pro klienta je jednodušší, když mu někdo poskytne komplexní informace a služby. Možná, kdyby byly v regionu k dispozici pro klienty různé služby a klient by si je mohl nakombinovat, a ty služby pak spolu spolupracovaly, aby se mohl vrátit do života komunity, pak by to mohlo fungovat bez CDZ, ale to tady určitě nebylo a není.

T: Odvíjí se to tedy od regionu a jeho vybavenosti?

R: Tady v Praze si nemůžeme stěžovat, je tu spousta služeb, ale zároveň i tady je spousta věcí, které chybí. Mě napadá jeden klient, který je už spoustu let v nemocnici a my s ním nějak spolupracujeme a snažíme se mu získat nějaké bydlení. A protože už je senior, tak ideálně v nějakém domově pro seniory. U něho se teď řeší, že někde ho nevezmou kvůli diagnóze, jinde se čeká několik let. Jsou prostě takové případy, kdy se nedá navázat jinam, na jiné služby, a nemůžeme tomu klientovi dát, co potřebuje.

T: S takovým klientem pracujete už v okamžiku, kdy je ještě hospitalizován. Jak obvykle u konkrétního klienta postupujete?

R: Ono je to tak, že když se klient navazuje, tak ho může navazovat někdo jiný, než ten, kdo je pak klíčovým pracovníkem. Například já jsem navazovala spolupráci s jednou mladou klientkou, která byla hospitalizovaná. V rámci té její hospitalizace jsme se potkávaly asi měsíc, měly jsme schůzky třeba v kavárně a nějak jsme se seznamovaly. Já jsem ji navazovala hlavně proto, že tam byla podobná témata, která ona řeší a která já jsem řešila v jejím věku. Přišlo mi, že já jí v tom můžu něco dát a že se může hodit ta moje vlastní zkušenost. To je právě dobré v tom navazování. Já jsem se jí snažila motivovat a sdílet s ní. A přitom už jsme začaly řešit i nějaké sociální věci. Do toho kolegyně, která měla být její case managerka, byla na dovolené, tak já jsem asi dva měsíce spolupracovala s klientkou i po hospitalizaci a řešily jsme i sociální věci. Pak si ji převzala kolegyně, ale já s ním spolupracuji dál. To je často tak, že já jako peer navazuji vztah s klientem a ten se pak naváže na case managera. Ten kdo



navazuje, nemusí být case manager, ten se pak určí podle toho, co nejvíc klient potřebuje, ale ten, který navazuje, často zůstává v zástupu.

T: A kolik má case manager ve Vašem CDZ na sebe navázaných klientů?

R: Maximálně 15 na plný úvazek a plus ještě nějaké další klienty v zástupu.

T: A jak se k řešení přidávají ostatní členové týmu?

R: Pokud něco nedokáže case manager vyřešit, hlavně protože je to mimo jeho profesi, komunikuje s ostatními členy týmu. Každý den jsou také k jednotlivým případům porady.

T: Na těch řešíte pouze klienty?

R: Ano, jsou porady o klientech, ale na konci řešíme také provozní věci, pokud je to potřeba. A jednou za 14 máme metodické porady.

T: A jak CDZ v Praze 9 vznikalo? Doprovázely nastartování poskytování služeb centra nějaké komplikace?

R: Nejsem si teď jistá. V něčem ze začátku mi to přišlo nejisté z toho hlediska, na co budou přesně finance. Jestli třeba budou finance na všechno, co budeme potřebovat. Protože tady se začalo s tím CDZ ještě před pilotem. Už jsme to začali připravovat a rozjíždět a dotace ještě nebyla. Co jsem slyšela od ostatních, tak něco jsme museli rozjet dřív, než byly známe přesné podmínky projektu. Byla to pro nás tak trochu nejistota. Byl to trochu chaos, což ani nebyla chyba vedení, protože jednoduše nebyly informace. Byli jsme vázáni projektem a nikdo moc nevěděl, jak to bude. Pak se to ale usadilo a funguje to dobře.

T: A jaká je Vaše role v CDZ, tedy v multidisciplinárním týmu?

R: Já to mám trochu komplikovanější, protože jsem sociální pracovník, ale taky jako peer. Ale ta moje role tady byla od začátku brána jako peer konzultant.

T: Máte jako peer konzultant zkušenosti s prací v jiných týmech? Jak se odlišuje práce v CDZ od jiných pracovních kolektivů?

R: Já moc zkušenosti z jiných týmů nemám. Když jsem ale pracovala například v Boně jako sociální pracovník, tak vím, jak tam fungují peeri, nebo vím od kolegyň, jak funguje peer v nemocnici.

T: A jak se tedy liší práce v centru duševního zdraví ve srovnání například s Vašimi zkušenostmi ze společnosti Bona?

R: Je to hodně rozdíl v té multidisciplinární spolupráci. Nikde jinde než v CDZ není tak komplexní tým, kde jsou všechny profese a můžou dohromady poskytnout tak komplexní péči. Třeba v některých sociálních službách je několik peerů a několik sociálních pracovníků, ale nejsou tam sestry a doktoři. A je to úplně jiné fungování a jiná náplň práce, než co děláme my. Nebo když třeba pracuje peer v nemocnici, tak pracuje taky v nějakém týmu, ale setkává se hlavně se zdravotními sestrami a doktory a není tu takové propojení. Myslím, že právě v tom se odlišuje ta práce v týmu CDZ, že zahrnuje celou oblast, všechny potřebné profese, nic nechybí. Všichni jsou právoplatní členové týmu. Myslím, že jinde bych se asi nesečkala s tím, že budu se všema ostatníma denně na poradě. Tak si myslím, že co se týče učení se navzájem, zajištění té komplexnosti a vzájemné podpory v týmu, tak multidisciplinární tým CDZ je asi to nejlepší, kde můžu být.



T: A jak se vzájemná spolupráce vyvíjí? Přece jen tým funguje více než dva roky.

R: Určitě se to vyvíjí. Pořád se zlepšuje. Ale to vlastně mluvíme o novém týmu, protože z toho původního už nás moc nezbylo a dost se to obměnilo. Asi 70 % původních lidí už tady není. Ale i ze současného fungování mám dobrý pocit a ta spolupráce je fajn. Vyvíjí se třeba to, že jak case managery dělají sociální pracovníci a sestry, tak často ty sestry řeší i věci ze sociální oblasti, kterých bývá víc a to prolínání zapadá do běžného fungování CDZ. Navzájem se tedy pořád učíme a umíme ty oblasti propojovat. Asi jsou pak ty role méně vyhraněné, ale zároveň pořád mají svá specifika a odbornost a je strašně dobře, že jsou tu všechny profese.

T: Co fungující CDZ přineslo pro klienty a pro region?

R: komplexní podporu a vůbec možnost se zapojit do komunity. Má to velký přínos i v poznávání dalších lidí z regionu, kdy tu třeba začínají vznikat přátelské vztahy mezi klienty a pro spoustu lidí je fajn mít někoho, kdo bydlí blízko a řeší podobné věci.

T: A nějaké přínosy pro poskytovatele dalších služeb?

R: Třeba doktoři tady na poliklinice oceňují, že můžou někam poslat klienta, pokud má komplexnější potřeby, než jen řešení léků. V tomhle jsme určitě pomohli dalším poskytovatelům.

T: A jaké vnímáte přínosy pro zřizovatele CDZ?

R: Pro FOKUS i pro nemocnici je to určitě přínosné, že rozšířily svou činnost, mají komplexnější služby a posunulo je to dál. Což tedy platí i pro jejich klienty a pacienty.

T: A co přinesl projekt pro samotné CDZ?

R: Těžko říct, jestli by to fungovalo i bez pilotu. Možná by to fungovalo i bez pilotu, ale to by asi spíš posoudilo vedení. Určitě si myslím, že to byla velká podpora. Minimálně v tom počátku nám to moc pomohlo.

T: Máte nějaká doporučení pro vznik nových CDZ?

R: Asi kdyby nebyly tak pevně dané některé podmínky. Třeba někde potřebují dva peery kvůli zastupitelnosti nebo pro některého klienta je lepší, aby ho navazoval muž, jindy žena, někdy je lepší mladší a někdy starší. Taky to závisí na zkušenostech a dalších věcech. Tam by mohla být větší volnost CDZ, aby to přizpůsobilo regionu a klientům. Taky co největší osvěta, to by pomohlo.

T: A nějaká doporučení pro stávajících CDZ? Popřípadě některá nad rámec těch, které jste uvedla pro nově vznikající centra?

R: Tak určitě platí to, co jsem říkala.

T: V čem by se mohlo podle Vás změnit fungování a spolupráce v CDZ, aby fungovalo efektivně?

R: Tady mě napadá, že začlenit podporu péče o lidi s poruchou osobnosti, protože to je pořád také nejasné, jestli spadají do CDZ a kolik jich můžeme do CDZ vzít. Efektivní jsou v jejich případě skupiny, takže propojení těch oblastí a podpora péče o tyto klienty. Aby ty služby CDZ byly ještě širší a aby bylo jasné, jak se stavět k lidem s poruchou osobnosti.



Klíčová zjištění rozhovoru:

1. CDZ by ocenilo větší flexibilitu při výstavbě týmu v průběhu projektu. Struktura týmu se odvíjí především od struktury a počtu klientů, což souvisí se specifiky regionu a s jeho vybaveností návaznými službami.
2. Dodržování spádovosti je nutné, aby měli klienti kontakt s vlastní komunitou a nevytvářela se jim umělá komunita v jiném regionu, ve které nemohou sami fungovat.
3. V rámci týmu je výborná spolupráce mezi všemi profesemi a ideální nastavení, kdy case manager může být sociální pracovník i zdravotník (psychiatrická sestra).

4.4.2.3 Rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky

7. Rozhovor s klientem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	27. 7. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Z jakého důvodu využíváte služeb CDZ?

Respondent (R): CDZ mi doporučil můj praktický lékař, protože jsem k němu přišla s problémem, o kterém on usoudil, že je to psychiatrický problém, a poslal mě právě sem.

T: Váš praktický lékař ordinuje zde na poliklinice?

R: To ne, on je na poliklinice ve Vysočanech, ale hned věděl, že bych si měla promluvit s lidmi z centra.

T: Využíváte spíše tedy služby zdravotní?

R: Ano, spíše ty zdravotní, ale CDZ mi pomohlo i v té oblasti sociální.

T: Jak a kdy se u Vás nemoc poprvé projevila?

R: Psychické problémy řeším od minulého roku, od října roku 2019. Něco se mi změnilo v hlavě a začala jsem slyšet hlasy.

T: Mělo onemocnění konkrétní dopady na Váš život a Vaši rodinu?

R: Ano, na můj život. Rodinu tady nemám, jen vzdálené příbuzné. Ale v Praze jsem sama, což mi dost komplikuje situaci.

T: To pro Vás musí být těžké.

R: Ano, je to strašně těžké. Je to prostě peklo.

T: A pomáhá Vám CDZ v tom, aby se zmírnily Vaše potíže a jejich důsledky na Váš život, popřípadě na Vaše okolí?

R: Pomáhají mi ve všech oblastech. Měla jsem problém s jedním člověkem a oni mi doporučili advokáta, který problém vyřešil. Ale hlavně mi pomohly na hlasy, které jsem slyšela. Pan doktor našel léky, které



je postupně utiřily. Můj problém teď je, že jsme přesně nezjistili, co onemocnění způsobuje. Hlasy přestaly, což je výborné, ale já mám ještě pořád nepříjemné pocity, něco jako hnací motor v těle. Cítím neustálé úzkosti a něco v těle, co vibruje. Je to velmi nepříjemné. Ale tady jsem byla mile překvapená, jak se mě ujali. Třeba když byl koronavirus, bylo to hrozné. Člověk nemohl nikam. Oni ale za mnou chodili a zorganizovali další lidi, aby mi dělali společnost a chodili si se mnou popovídat.

T: Jaké zdravotní služby jste využívala před tím, než jste se dostala do CDZ?

R: Žádné.

T: To znamená, že jste začala využívat až minulý rok služby CDZ po doporučení Vaším praktickým lékařem?

R: Ano. A tady mi se vším pomůžou. Například pan doktor mi doporučil EEG vyšetření a já jsem ani nemusela nic zařizovat. V CDZ vše zařídili za mě a já jsem si tam jen došla o pár pater výš. Jsou tady moc nápomocní.

T: A jaké sociální služby jste využívala před tím, než jste se dostala do CDZ?

R: Také žádné. Ale potřebuju si například vyřídit penzi a je to složité. Celý život jsem pracovala v Austrálii a vůbec jsem nevěděla, jak to mám teď udělat. A tady v CDZ mi hned pomohli všechno zařídit. Hned se do toho pustili. Taky tady pro nás organizují různé akce, třeba zítra máme setkání. Bude pétanque.

T: To znamená, že Vaše první zkušenosti se sociálními službami jsou také až v CDZ?

R: Ano a jsou perfektní. Jsem moc spokojená.

T: Jakým způsobem jste se dostala k využívání CDZ? – viz výše

T: Jak pomoc směrem k Vám v rámci CDZ probíhá?

R: Nejdříve jsem chodila k panu doktorovi každý týden, teď už jenom jednou za tři týdny. A například zítra máme aktivitu, která se koná každých 14 dní.

T: A tuto aktivitu pořádá CDZ?

R: Ano, přímo oni to organizují.

T: A seznámila jste se s dalšími klienty v rámci těchto akcí?

R: Ano, seznámila. Už se znám s několika lidmi.

T: A jak probíhají schůzky se sociálními pracovníky?

R: My se sejdeme zítra na té akci a v průběhu toho si s námi povídají. Jinak si mezi sebou předávají informace, takže já nemusím nikomu nic vysvětlovat. Pan doktor hned ví, co jsem řešila, a nemusím vše vysvětlovat dokola.

T: I když už jsme na to v průběhu rozhovoru několikrát narazily, chcete ještě zdůraznit něco, co je díky CDZ u Vás jinak a co Vám spolupráce s CDZ přinesla?

R: Kdyby nebylo CDZ a kdyby to bylo všechno na mně, já bych to nezvládla. Než jsme přišli na to, jak zastavit hlasy, bylo to peklo. Žila jsem s nimi 6 měsíců, než jsme přišli na to, které tabletky to zastaví.



Po 4 dnech, co jsem brala ty prášky, které беру teď, začaly hlasy utíchat. Bylo to úžasné. A asi 6. den už jsem je neslyšela.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Než jsem přišla do CDZ, žila jsem v hrozném strachu, protože ty hlasy mi i vyhrožovaly. Dokonce, když jsem se začala bavit tady s lidmi v CDZ, tak mi ty hlasy vyhrožovaly, ať nic neříkám. Teď už se nebojím a cítím podporu. Taky se mi moc líbí, jak pracují, že jsou mediátoři a že mi se vším hned pomůžou.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Nevím, jestli by to bylo v kompetenci CDZ, ale já se nacházím v takové situaci, že jsem ztratila sebedůvěru a těžko se motivuji. Potřebuju udělat určité věci a nemůžu se k tomu nijak dobrat. Potřebuju se přestěhovat a strašně se toho bojím. Potřebovala bych pomoci s rekonstrukcí bytu. Jsem sama a tohle neumím vyřešit. Dokonce bych řekla, že moje zdravotní problémy začaly kvůli té rekonstrukci. To byl spouštěč. Bylo to psychicky i fyzicky náročné.

T: To znamená, že byste ocenila pomoc i v té praktičtější rovině, například v oblasti té rekonstrukce a stěhování?

R: Ano, teď když se nacházím v takové psychické nerovnováze, jak můžu najít slušný lidi, kteří mi něco opraví, nesnaží se mě ošálit, obrát o peníze? A právě kvůli těmto praktikám jsem se dostala do stavu, ve kterém teď jsem.

T: A cítíte zlepšení teď, když máte kolem sebe tým CDZ?

R: Cítím se tady dobře, všichni jsou milí a moc se snaží mi pomoci. Pořád se snaží, abychom se zapojili, aby nám dali něco do života. Je s nimi výborná komunikace.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Praktický lékař může zachytit pacienty, kteří již mají psychiatrický problém, a doporučit je do péče CDZ. To koresponduje s nutností komunikovat o službách CDZ s praktickými lékaři na centrální úrovni, jelikož spádové oblasti praktických lékařů a CDZ nejsou totožné a jasně vymezené. CDZ tak nemá možnost zajistit informovanost všech praktických lékařů, kteří mají ve své péči potenciální klienty CDZ z hlediska spádovosti.
2. Důležitou součástí práce CDZ je nastavení sítě návazných služeb, které CDZ pro své klienty koordinuje. Úspěšnost CDZ se tedy odvíjí také od kvality, struktury a rozsahu návazných a dalších služeb v regionu.
3. I když je CDZ koordinátorem, občasná setkání pomohou zapojení klientů do komunity tím, že se setkávají společně a mohou sdílet své problémy.



8. Rozhovor s klientem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	29. 10. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

Tazatel (T): Proč využíváte služeb Centra duševního zdraví v Praze?

Respondent (R): Centrum využívám, protože zde mám emocionální podporu a kdykoliv si můžu říct o radu, pokud něco potřebuju.

T: Kdy se Vás projevilo duševní onemocnění?

R: Bylo to asi tak v roce 2005. V mém případě se jedná o perzekuční bludy, stíhomam a také halucinace.

T: Jaké konkrétní dopady má onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Například jsem nedostudoval vysokou školu. Také trpím osamělostí.

T: Jaké zdravotní služby jste využíval před tím, než jste začal navštěvovat CDZ?

R: Před tím, než jsem se dostal do CDZ, jsem navštěvoval psychologa a psychiatra. A také jsem docházel k praktickému lékaři.

T: A jaké sociální služby jste využíval před tím, než jste se dostala do CDZ?

R: Před CDZ v Praze 9 jsem využíval služeb v CDZ pro Prahu 8, také jsem navštěvoval stacionář v Bohnicích a centrum Ondřejov.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání služeb CDZ? Odkud jste se o centru duševního zdraví v Praze 9 dozvěděl?

R: O centru duševního zdraví a o jeho službách jsem četl v časopise Prahy 9, v Devítce. A také jsem o něm slyšel v televizi.

T: A jak nyní probíhají schůzky a Váš kontakt s CDZ v Praze 9?

R: Pravidelně chodím na schůzky, ale také na různé akce. Pořádají se tady třeba výlety, nebo například chodíme na výstavy. A pravidelně se pořádají akce, jako je pétanque, který je pro nás – klienty centra v Praze 9.

T: Co se změnilo ve Vašem životě od doby, kdy jste začal využívat služeb Centra duševního zdraví v Praze 9?

R: Dostává se mi tady celkové podpory, po všech stránkách, což se pozitivně promítlo do mého celého života.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Vždycky na mě mají čas, když potřebuju cokoli. Všichni také umějí naslouchat, což je pro mě hodně důležité.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?



R: Asi lepší informace, ke kterým bychom měli přístup. Myslím například program CDZ, pokud by byl na webových stránkách centra.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Klienti by ocenili lepší informovanost ze strany CDZ, například o aktivitách CDZ přes internetové stránky centra. Tak by měli klienti i potenciální klienti informace o aktuálním programu, službách centra a možnostech jejich využití.
2. Informovanost o CDZ a službách poskytovaných CDZ by měla být posilována z centrální úrovně (s využitím kanálů typu TV, ale i prostřednictvím praktických lékařů), aby se jejich existence dostala do povědomí laické a odborné veřejnosti.

9. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Rodinný příslušník klienta
Termín uskutečnění rozhovoru	19. 8. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Z jakého důvodu využíváte služeb CDZ?

R (respondent): Syn je nemocný a 9 let jsme s jeho nemocí sami bojovali. Před rokem jsme se dostali do CDZ v Praze 9 na Proseku a to je tedy neskutečný rozdíl. 9 let to bylo peklo, od té doby, co jsme v centru, nám strašně pomohli, dokonce i na úřady s námi chodili. Já jsem se původně snažila sama synovi zařídit invalidní důchod, který byl dvakrát zamítnutý. Když se do toho vložilo CDZ, najednou to všechno šlo.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé u Vašeho syna projevila?

R: V roce 2010. Synovi je 30 let a od 20 let jsme se od něj starali, platili jsme za něj dluhy. On totiž během ataky všechno rozdával a lidem pomáhal na svůj úkor. Například šel v zimě ven a vrátil se jen ve spodním prádle, protože potkal bezdomovce a dal mu všechno oblečení. Rozdával všechno a nebral léky. V CDZ udělali zázrak, protože bere léky, chodí na injekce, sehnali mu práci. Já jsem se původně snažila sehnat jinou pomoc, ale nikde nebylo místo.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Rozdával a rozdával, jak jsme říkala. Měl období, kdy nežil v realitě. Nejedl a nepil a snažil se jíst ze vzduchu, což pochopitelně nejde. Nechodil do práce, což díky té nemoci nešlo, jelikož má schizofrenní paranoii. Vždycky chodil do práce dva tři měsíce a pak se zhroutil a skončil v Bohnicích. Ale díky CDZ začal konečně fungovat.

T: To znamená, že byl vícekrát hospitalizovaný?

R: Ano, každý rok dvakrát třikrát.

T: Jaké zdravotní služby jste využíval před tím, než jste se dostali do CDZ?



R: Problém byl v tom, že když ho pustili z nemocnice, chodil ambulantně k psychiatrovi, ale ti se v tom ambulantním centru neustále měnili. Když jsme se s jedním seznámili, dali nám jiného. Až to končilo tak, že když ho naposledy pouštěli z Bohnic a volala jsem jeho psychiatrovi, aby dostal depotní injekci, tak mi řekli, že ho vyřadili jako pacienta.

T: A udali nějaký důvod?

R: Ano, protože je nespolehlivý. To nás strašně překvapilo, protože se asi trochu předpokládá u takových pacientů, že budou nespolehliví, a navíc by to mohli s námi řešit jinak.

T: Jak jste v takové situaci pokračovali?

R: V Bohnicích nám pomohli a vzala si ho paní doktorka, která byla jeho ošetřující v nemocnici a která ordinuje právě na poliklinice. Ta nám pak doporučila CDZ.

T: A k ambulantnímu psychiatrovi syn ještě dochází?

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

T: Jaké sociální služby jste využíval před tím, než jste se stal klientem Centra duševního zdraví v Praze 9?

R: Nevyužívali. Všechno s tím spojené, jsme zkoušela zařídit já sama, což bylo těch hrozných 9 let, jak jsem říkala.

T: Jakým způsobem jste se dostali k využívání CDZ? Viz výše

T: Co vše v rámci CDZ probíhá pro Vás jako rodinného příslušníka?

R: Dochází na námi jeho asistentka. Vždycky řekneme, jak vnímáme, že se syn chová, ona nám řekne, jak to vidí ona. Řekneme si, co a jak dál. Je nám k dispozici na telefonu. Se synem se scházela také pravidelně. Když ta slečna odjela na dovolenou, zařídila zástup, takže jsme se nebáli, že budeme na to sami.

T: Co je díky CDZ v rodině jinak?

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

T: To je úžasné.

R: Ano a jsme z toho nadšeni. Myslím, že ta práce se mu bude líbit a že mu to také pomůže jít dál a uplatnit se.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Jsou tu 24 hodin denně a jsou neuvěřitelní.



T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Z mého pohledu nic. Je to naprosto perfektní.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Rodinní příslušníci nevnímají žádná negativa CDZ. Výhodou je mimo jiné (v případě souhlasu klienta) komunikace ze strany CDZ s rodinou, což přispívá k léčbě a péči o klienta. Rodina je považována za významný článek v začleňování klienta do komunity, a proto je nutné dbát na informovanost rodinných příslušníků a jejich edukaci.
2. V případě tohoto klienta se jedná o jeden z příkladů, kdy došlo k deinstitucionalizaci, uplatnění klienta na trhu práce a jeho začlenění do běžného života. Bez služeb CDZ by byl dlouhodobě hospitalizován v psychiatrickém lůžkovém zařízení.

10. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Rodinný příslušník klienta
Termín uskutečnění rozhovoru	16. 9. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Z jakého důvodu využíváte služeb CDZ?

R (respondent): Syn je nemocný. Schizofrenie se u něj objevila ve 20 letech, kdy se mu rozjela po autonehodě. Srazilo ho auto. Měl hodně rozlámanou nohu a vypadalo to, že nebude vůbec chodit, ale naštěstí v Motole mu to dali do pořádku. Nicméně během té léčby jsme už zaregistrovali, že se zvláště chová, že mluví někdy nesmysly. Přesto pak začal znovu chodit, znovu začal chodit do práce, ale pořádek byl takový divný. My jsme si chvíli mysleli, že je na drogách, ale pak jsme zjistili, že to je duševní onemocnění.

T: A kdy bylo synovi onemocnění diagnostikováno?

R: Oni to nedagnostikovali hned. Chvíli to trvalo, protože se prostě nevědělo, co s ním je.

T: Jaké konkrétní dopady mělo onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Ono to začalo už od té nehody. On měl před tím slečnu, měl podnájem, práci. Nejdřív přišel o podnájem, pak bydlel chvíli u mě, pak chvíli o otce. My jsme si ale v tu dobu mysleli, že zlobí a je na drogách. Tak jsem se byla poradit na adiktologii v centru pro narkomany a tam mi řekli, že kdyby byl na drogách, nevydrží pracovat. Ale on furt chodil do práce a snažil se. Měl zájem pracovat. Postupně se ale zhoršoval. Pracovat musí být při takových stavech strašně náročné. V adiktologickém centru nám tedy řekli, že to vypadá spíš na nemoc. Tak se dostal k ambulantnímu psychiatrovi a taky byl hospitalizován. Problém byl ale v tom, že on nechtěl k ambulantním psychiatrům docházet, říkal, že není žádný blázen, což byla taková prvotní reakce. Nebylo síly ho někam dostat a jeho stavy se stále zhoršovaly s tím, že někdy byl úplně mimo.

T: Jaké zdravotní služby jste využíval před tím, než jste se dostali do CDZ?



R: V Ondřejově byli ambulantní psychiatři, byly tam i terapie. Dokonce já jsem mohla chodit na terapie pro rodinné příslušníky. Tam nám hodně pomohli.

T: A tam byl ochotný docházet?

R: To jsem právě chtěla říct, že když byl syn hospitalizovaný a odmítal pomoc, tak jsem věděla, že až ho pustí, že nebude brát léky a bude zase problém. Ale oni za synem vyslali svého terapeuta, který ho pomalu připravoval na to, až bude propuštěný z nemocnice. To se pak povedlo a on se začal konečně léčit.

T: A do CDZ jste se dostali jakou cestou?

R: V Ondřejově se pak změnili podmínky, tak jsme se dostali do CDZ.

T: A to Vám doporučili z Ondřejova, nebo z bohnické nemocnice?

R: Z Bohnic. Ale já už jsem o nich slyšela a chtěla jsem je oslovit. Oni mě předběhli o pár dnů. Zavolali mi, jestli s nimi nechceme spolupracovat.

T: A jak dlouho je nyní Váš syn klientem?

R: Půl roku. Oni za ním chodili už před propuštěním z Bohnic a začali s ním komunikovat.

T: A pomohlo CDZ v tom, aby Váš syn bral léky a léčil se?

R: Tam je problém, že my nevíme, jestli zapomínal, nebo vynechával záměrně, ale do Bohnic se vždycky vrátil, protože nebral léky. My jsme to pak z CDZ vyhodnotili tak, že jemu je v průběhu těch atak dobře. Když začne mít ataky, nemá léky, je spokojený, usmívá se a je tam lépe, než v reálném světě. Spousta schizofreniků tam má děsivé věci, ale on ne. Tak je možné, že vynechává z toho důvodů, nebo stále ještě nevěří a odmítá to onemocnění. Já jsem požádala o znesvéprávnění, nikoliv protože by byl za normálního stavu nesvéprávný, ale problémy jsou s hospitalizací. On když přestane brát léky, začne se toulat. Já jsem už čtyřikrát nechala vyhlásit celostátní pátrání, protože on je pak tak mimo, že ani netrefí domu. Udělala jsem to jen z toho důvodu, aby se nestalo, že když ho v takovém stavu najde policie, odveze ho do Bohnic a on odmítne hospitalizaci, tak ho pustí. Jeho stav se ale zase zhorší a nakonec jsme se dostali do situace, že jsme ho nemohli najít třeba půl roku. Ale to nikoho nezajímá. On měl za posledních 13 let řádově 20 hospitalizací. Ale mnohdy se stalo, že v nemocnici řeknou, že je schopný o sobě rozhodnout a nevezmou ho tam.

R: A v jaké fázi je to nyní?

R: Nepodařilo se to. Ale moc nám pomohlo CDZ na Proseku. Kromě zdravotní péče, nám domluvili sociálního pracovníka a snaží se nám pomoci i v té sociální oblasti.

T: Jaké sociální služby jste využívali před tím, než jste se dostali do CDZ?

R: Ne, nic jsme nevyužívali. Já jsem mu vyběhala důchod. Ale by to strašná mašinérie.

T: Jak dlouho to trvalo?

R: Tři roky. Musela jsem to zvládnout.

T: Jakým způsobem jste se dostali k využívání CDZ? Viz výše

T: Jak vypadá spolupráce s CDZ z vašeho pohledu?



R: Syn podepsal v CDZ souhlas, abych byla informovaná. Teď je to tedy tak, že stejně jako komunikují s ním, komunikují i se mnou. Podle toho, co je potřeba, tak zavoláme. Syn tam pravidelně dochází, má tam i doktora a chodí tam na injekce.

T: A má Váš syn ještě ambulantního psychiatra?

R: Ne, nemá. Má jen psychiatra od CDZ. Ambulantní psychiatr by se mu nemohl tak věnovat a neměl by spoustu informací, které by si ani nezjišťoval. Ani by určitě nečetl všechny papíry z bohnické nemocnice.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Ta komplexní péče. Pokud to takto bude fungovat i dál, budu spokojená.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: My s nimi spolupracujeme krátce a myslím, že ještě všechno, co nabízejí, neznáme. Nabízeli nám také zajistit synovi práci, protože on má problém dělat pod stresem a pod tlakem, což už by nezvládl. Pomáhají nám s vyběháváním sociálních věcí a postarají se o něj po té zdravotní stránce. Takže super. Jediné, co nás potká, bude změna CDZ, protože syn plánuje přestěhovat na Prahu 8 a pak už nebudeme patřit pod Prosek. Je škoda, že se i v takových situacích řeší spádovost. Syn je na tom ještě dobře, nebojí se komunikovat s cizími lidmi, ale bude to zase změna a nebude to jednoduché. Obecně bych změnila hlavně ty hospitalizace. Často jsem slyšela, že syn je na ulici dobrovolně. Ale on by tam nebyl, kdyby neměl tu nemoc. Jde mi teda o to, že když on ve špatném stavu odmítne hospitalizaci, je bez pomoci. A oni ho přijmou, až když je na tom tak, že ho musí přivazovat. Kdybych mohla aspoň v takových situacích rozhodnout o hospitalizaci.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Absolutně žádná negativa ve vnímání CDZ.
2. Pokud dojde ke změně bydliště v průběhu péče o klienta mimo původní spádovou oblast, klient musí opustit CDZ, což může v regionech, kde není možné navázat v jiném CDZ, zhoršit jeho zdravotní stav a situaci. Nastat to může i v souvislosti s přidělováním magistrátních bytů, které nemusí být přiděleny ve stejné městské části. Ideální by bylo ponechat klienta v péči CDZ, a to také z toho důvodu, že péče CDZ je dočasná.
3. Ambulantní psychiatr nemá kapacitu stabilizovat pacienta, aby ho vytrhl z cyklů hospitalizací. CDZ to díky komplexní péči a kapacitám dokáže.

4.4.2.4 Rozhovory se zástupci samosprávy (kraj, město)

11. Rozhovor se zástupcem krajského úřadu

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Zástupce Magistrátu hlavního města Prahy
Termín uskutečnění rozhovoru	7. 8. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor



Tazatel (T): V jaké situaci je stav psychiatrické péče v ČR?

Respondent (R): Situace je určitě poddimenzovaná a určitě nezachycuje část lidí, kteří sítím terénních programů, ambulantních psychiatrů a sociálních služeb propadávají, nebo jsou z hlediska typologie jinou cílovou skupinou, nebo nejsou vůbec diagnostikováni a zaléčováni. Ať se jedná o lidi, závislé na drogách, nebo o lidi bez domova. Ta síť tedy není dostatečná, není z mého pohledu ani úplně funkční, a to hlavně směrem k těmto skupinám, které se ve většině kumulují právě v hlavním městě Praze nebo ve velkých městech obecně. Těchto lidí, kteří by nějaký typ péče nebo služby potřebovali a nedostává se jim jich, je zde více, než kdekoli jinde v republice. Vnímám tedy současnou situaci jako nedostatečnou.

T: Jaký vliv má na situaci reforma psychiatrické péče? Zlepšuje situaci?

R: Určitě vylepšuje situaci a nastoluje spoustu otázek. Také zvyšuje kapacity služeb, spojuje sociální a zdravotní pomezí, které vždy jdou (dáno legislativou a financováním) trochu samostatně. Ta reforma se snaží některé zásadní příkopy, které jdou mezi těmito resorty, překlenout, ale hlavně navyšuje kapacity zdravotních a sociálních služeb.

T: Je něco v reformě, co vnímáte jako negativní, nebo zpátečnické?

R: Zpátečnické ne. Otázka je samozřejmě, jak ta reforma bude úspěšná a jak se opatření podaří realizovat a v jaké míře, jestli je vedena dobře, což se mi zdá, že ano. A jestli je vedena spíš pragmaticky, nebo naopak idealisticky, což souvisí s tím, čeho je opravdu reálné dosáhnout a čeho nikoliv. Aby se nestavěly vzdušné zámky, že zde vybudujeme model některých oblastí v Itálii, nebudeme mít žádná lůžková zařízení a všechno půjde vyřešit přes ambulance a terénní služby. Ale když se ambulance a terénní služby posílí a vzniknou centra, spouště věcem se dá předejít. Dneska jsou bezdomovectví a lidé v ústavní péči nebo v DZR ve velké míře důsledkem toho, že systém selhal a nefunguje. Kdyby existoval v té době dostatečný počet center duševního zdraví, krizových lůžek a ambulantních služeb, terénních programů, tak by určitě část těchto lidí dnes mohla být odhalena jako skrytí bezdomovci, kteří neměli, kam jít, byli ve špatné situaci a společnost neměla dostatek péče a sociální intervence, aby je udržela v nějakém bydlení.

T: Zmínil jste Itálii, kde je situace jiná a dává se často za příklad. Nicméně její model asi nelze okopírovat na naše podmínky.

R: Ono se ani tak nejedná o Itálii, ale jen o konkrétní oblast. To je jako byste řekli, že v jižních Čechách žádná léčebna nebude. Tak to by asi šlo, protože v jiných lokalitách zase bude. Ale vůbec nejsem pro nadbytečnou lůžkovou kapacitu. To určitě ne. Jenom jsem zastáncem, v sociálních službách i ve zdravotnictví, pragmatického pohledu na věc. Vycházíme z nějakých historických kořenů, máme tady systém nějak nastavený, který určitě potřeba poupravit a věnovat velkou intenzitu na zvyšování kapacit v ambulantní a terénní sféře, které jsou nedostatečné. A samozřejmě pak lůžková zařízení jsou nedostatkem této nedostatečnosti. V mnoha případech, nikoliv ve všech samozřejmě.

T: Jakým způsobem reforma ovlivnila Prahu jako kraj?

R: Praha podnikla spoustu kroků. Od začátku úzce spolupracujeme s poskytovateli sociálních služeb, s psychiatrickou nemocnicí Bohnice, se spoustou institucí včetně Ministerstva zdravotnictví. Častěji jsou to spíš kolegové než já, ale obecně je náš odbor k tomu aktivní a v tuto chvíli si myslím, že Praha



je aktivní i v oblasti přidělování bytů pro tuto cílovou skupinu. A k reformě se obecně staví velmi otevřeně. Samozřejmě i ta má své limity a možnosti, ale to platí u každé reformy, že má své limity a bude na ně narážet. Ať už to jsou finance, počty bytů, pracovní příležitosti, všude je nějaký limit a nic není neomezené. To je vždycky problém jakékoliv velké reformy.

T: A zrovna bydlení a byty, které jste zmínil, jsou důležité, aby mohlo docházet k deinstitucionalizaci z lůžkových oddělení těch lidí, kteří jsou tam jen proto, že nemají kam jít. Budete spolupracovat s CDZ v této oblasti?

R: Ano, také se liberalizovaly podmínky pro přidělování obecních bytů, takže jsou zvýhodněná kritéria, jako je například duševní onemocnění, poruchy chování atd. Dřív bez příjmů nebylo představitelné, že mohl člověk získat obecní byt, a dnes se hledají i takové mechanismy, že když na začátku chybí příjem, neměl by to být důvod pro to, aby ten byt člověk nedostal. Hledají se i další mechanismy podpory, což je u práce se znevýhodněnými lidmi, kteří jsou na okraji společnosti, vždycky podstatné, jako světlo na konci tunelu. Vedle bydlení bych ještě dodal pracovní uplatnění, bez kterého to také úplně nebude fungovat. Ale je pravda, že vždy byl kruciólní a největší problém bydlení. To, že je Praha v této oblasti vstřícná, je jedna věc, ale kolik má těch bytů k dispozici, to je věc druhá. Nicméně systém se pro klienty otevřel, ale asi se neuspokojí v míře, jak to očekávají poskytovatelé sociálních služeb. Takový bytový fond tady k dispozici není, aby dokázal zacílit na celou strukturu. To je o těch limitech, které jsou vždy přítomné při reformách. Vedení Prahy a také minulá vedení Prahy se k tomuto staví vstřícně. Teď to samozřejmě eskaluje díky politickému složení. Ale nestačí elán a zápal, ale musí být vytvořené i ty materiální a objektivní stránky věci, které, i když jsme se v tomto hodně posunuli, nejsou v dostatečné míře nachystané.

T: Existují krajské dokumenty, které reflektují tuto reformu?

R: Myslím, že nikoliv. Kromě střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb reformu psychiatrické péče speciálně žádný z dokumentů nereflektuje. Není to speciální téma. Promítá se ale v koncepci bezdomovectví, to ano, v koncepci adiktologických služeb, kterou máme schválenou. V rámci střednědobého plánu jsme pak s kolegy řešili nastavení sítě a její rozvoj vzhledem k tomu, kolik úvazků sociálních pracovníků se přesune do CDZ, do rehabilitací, do krizových lůžek atd. Ale nemáme zpracovaný speciální plán, koncepci duševního zdraví a jeho reformy. V Praze nic takového nemáme zpracované a mám za to, že se to ani nechystá. Co se kdysi chystalo, byl pokus poskytovatelů sociálních služeb dobře popsat systém služeb na území hlavního města Prahy. Ale nevím, jak přesně to dopadlo. Vím ale, že Praha nikdy ten dokument neprojednávala. Ten dokument hodně akcentoval reformu psychiatrické péče, ale nikdy nebyl schválen jako celopražský dokument.

T: Jak vnímáte koncept CDZ a toho, jak CDZ fungují a vznikají?

R: Je to koncept, o kterém se s poskytovateli od počátku bavíme. Je to jejich koncept, který dává logiku, a já jsem s ní nikdy nepolemizoval. Beru to jako daný fakt, který vychází z toho, že poskytovatelé sociálních služeb, možná i některá zdravotnická zařízení, mají Prahu rozparcelovanou a každý obhospodařuje nějaký kousek. A myslím si, že na to nasedl ten koncept CDZ, což je dobře. Mně se zdá, že ta oblast je tak poddimenzovaná, že toto navýšení kapacit formou CDZ je naprosto v pořádku a jde to ruku v ruce s reformou. Ono to postupně nabíhá k tomu, co my už tady celé rok děláme, že posilujeme tyto kapacity. A to se mi na tom líbí. Víme o sporných místech, hlavně systém sociálních služeb, který je rozškátlkový. Ale teď mi připadá, že při navýšení kapacit, v multidisciplinárních týmech se proti těm problémům dá lépe bojovat.



*Daří se podle Vašeho názoru tento koncept v ČR naplňovat? Je způsob, jakým CDZ vznikají, adekvátní?
Viz výše*

T: V jak úzkém kontaktu je kraj s CDZ? Na čem je konkrétně spolupráce založena?

R: Já většinou fyzicky nejsem u všech jednání přítomen, ale vím, že se pravidelně schází tady na magistrátu. Jsou to často několikahodinová jednání, která se zde vedou. Proto je toto otázka, o které moji kolegové vědí víc než já. Já toto máme metodiky, kteří na taková jednání chodí a oni pak přenášejí informace sem, abychom uměli na požadavky reformy reagovat.

T: A jednáte s konkrétními CDZ, nebo se jednání orientují na centra a reformu PP obecněji?

R: V oblasti CDZ jsou to jednání s konkrétními centry. K informovanosti mezi krajem a poskytovateli dochází pravidelně.

T: Můžeme v případě potřeby oslovit pro dotazy někoho z Vašich kolegů?

R: Ano, určitě, dám Vám kontakt.

T: Jakou má kraj roli v zajištění udržitelnosti tohoto CDZ? Jaká bude jeho role do budoucna?

R: Ano, s CDZ počítáme. To, že kraje to bude stát peníze a nebude to jednoduché, to je jasné. Financování sociálních služeb je složitý dotační systém, který není úplně šťastný. A vždycky má odůvodňování jednotlivých částek své problémy. To se děje každý rok. Kraje zasáhnou, až skončí pilotní projekty a ty budou požadovat od státu, aby to zhodnotil a promítl do financování. Ale my s tím počítáme. Praha je v tomto mimořádně odpovědná. Počítáme i s vlastním příspěvkem. Najdeme prostředky, které budou k financování sociálních služeb CDZ potřebné.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Magistrát hl. m. Prahy zvýhodnil kritéria pro přidělování bytů pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním. Jedná se o významnou podporu osob s duševním onemocněním. Možnost bydlení je základním předpokladem deinstitucionalizace pro ty, kteří nemohou být propuštěni z lůžkové péče z důvodu absence bydlení a rodinného zázemí.
2. Magistrát zároveň hledá mechanismy, které by umožnily, aby měli lidé s duševním onemocněním nárok na obecní byty i bez počátečních příjmů.
3. Magistrát hl. m. Prahy si uvědomuje limity reformy a vede dialog s poskytovateli sociálních služeb s cílem nalezení kompromisu.
4. Magistrát hl. m. Prahy se na realizaci reformy aktivně podílí.

12. Rozhovor se zástupcem městského úřadu

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Zástupce MČ Praha 6
Termín uskutečnění rozhovoru	17. 9. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

T: Jak jste obeznámeni s fungováním CDZ v Praze 9?



R: Obeznamení jsme v maximální možné míře. My se několikrát ročně scházíme, ať už je to u nás, nebo u nich. Kromě toho oni jsou v prostorách naší polikliniky. Jsme tedy v intenzivní spolupráci a komunikaci, a to telefonicky, osobně, přes email.

T: Jak vnímáte koncept CDZ obecně?

R: CDZ vnímáme velmi pozitivně. Oni jsou pro nás v tuto chvíli při práci s klienty nepostradatelní. Mají i jiné vzdělání a zkušenosti, řadu věcí vidí jinak, mají jiný náhled a umí s těmi lidmi dobře pracovat. Navíc mají čas se s klienty potkávat a pracují terénně. Ale zároveň tam tedy vnímám úzce vymezenou cílovou skupinu. V poslední době nám přibývá hodně starších lidí po určitých životních událostech, kteří mají bludy a jiné poruchy. Ale CDZ nám je nevezme, protože nemohou být jejich klienty.

T: Jak probíhá spolupráce CDZ a MČ?

R: Řešíme obecně naši spolupráci a také se společně staráme o konkrétní klienty. CDZ v některých případech kontaktujeme my, například že máme nového klienta a myslíme si, že diagnóza odpovídá jejich cílové skupině, tak CDZ kontaktujeme, jestli by nebyla možná nějaká spolupráce. Pokud byl klient hospitalizovaný, oni si ho i najdou v systému. Pak se dohromady i s klientem sejdem s klíčovým pracovníkem CDZ a nastavíme společně spolupráci, tedy co bude v kompetenci CDZ a co bude v kompetenci naší. Nebo se na nás naopak obrací oni z CDZ s tím, že navazují člověka v nemocnici, který se vrací na Prahu 9 a že by potřeboval podporu při vyřízení důchodu, příspěvku na bydlení a dalších záležitostí. My si pak klienta zavedeme a spolupráce funguje stejně, oni přijdou s ním, tady se udělá společné jednání a tak dále.

T: Jak městská část Praha 9 a veřejnost přijímá existenci CDZ v regionu? Jak se tento vztah postupně vyvíjel?

R: My jsme s konceptem CDZ nepřišli do styku až do doby, než vzniklo na Praze 9, resp. na Praze 8. Měli jsme totiž pár klientů, kteří byli v roce 2017, 2018 klienty CDZ pro Prahu 8, kde měli vyčleněných několik pracovníků pro Prahu 9. I tam byli moc fajn lidi a ta spolupráce byla super. Praha 8 je velká spádová oblast s velkou nemocnicí a v Praze 9 nám taková služba chyběla. Městská část to tedy vnímá velmi dobře, že zde CDZ vzniklo.

T: A jak vnímá psychiatrickou péči a konkrétně služby CDZ veřejnost?

R: Veřejnost to vnímá dobře. Na nás se v současné době obracejí lidé, kteří potřebují pomoci a my je vždy odkazujeme na CDZ. CDZ je velkým přínosem pro celou městskou část.

T: Řešíte nějakým způsobem možnosti podpory bydlení pro klienty CDZ?

R: My sociální byty nemáme. Podle statistik máme necelých 60 tis. obyvatel, z toho je 13 tis. osob v seniorském věku. A ti žijí v obecních bytech, ze kterých je samozřejmě nikdo nebude stěhovat. Pokud nemá klient CDZ historicky podanou žádost o přidělení bytu, tak ho rychle nikde nemůžeme ubytovat.

T: Co fungování CDZ přináší MČ?

R: My si teď neumíme představit, že bychom bez nich fungovali. Hlavně v současné narůstají počty klientů, kteří například dlouhodobě nepracují. Oni si je pak přebírají od ambulantních psychiatrů a pracují s nimi. Jsou schopni takového klienta navrátit do života a najít mu práci. A v hraničních případech mají i lepší kontakty na nemocnici. Také, klienty, které jsme tu dříve měli a řešili jsme jejich



stav nejprve hospitalizací, tak od doby fungování CDZ fungují perfektně. My máme kompetence na určité úřady, na soud apod., ale na lékaře například vazby nemáme.

T: To znamená, že se vzájemně doplňujete.

R: Ano, přesně tak.

T: Jakým způsobem městská část může přispět k zajištění fungování CDZ do budoucna?

R: Asi nejsem kompetentní se vyjádřit, protože my o rozpočtu MČ nerozhodujeme, ale nicméně když vyhlášíme granty na projekty v rámci komise sociálně – zdravotní, vždy to CDZ informujeme, aby podali žádost. Jejich požadavkům se historicky vždy vyhová a vždy je to odůvodnitelné. Nejsou to velké částky, ale mohou financovat některé aktivity.

T: A sídlo CDZ, které je v poliklinice Prosek?

R: Ano, to jsou naše prostory. CDZ platí nájem, ale poliklinika jim předělala prostory, mají to tam krásné.

T: Ano, vím, že i vztahy s vedením polikliniky jsou dobré a jistota v této oblasti je velkou podporou pro fungování CDZ.

T: Máte nějaké doporučení v této oblasti?

R: Určitě je to rozšíření cílové skupiny, jak jsme o tom mluvili. A potom doporučení, které se týká příspěvku na péči a lékařské posudkové služby. Oni neumí posuzovat lidi s duševním onemocněním. Někteří klienti mají například takové stavy, že nikam nevyjdou a je nutné jim zařídit služby, na které jim nestačí důchod. A takový člověk nedostane příspěvek na péči, protože je schopný si zavázat boty a najít se. Nikdo se nezabývá jeho duševním onemocněním. A my se něčeho domůžeme, až když podáme stížnost na odbor na MPSV, kde jim odvolání leží na stole.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Z pohledu městské části by bylo vhodné rozšířit cílovou skupinu klientů CDZ. To by umožnilo pomoci větší skupině osob a mimo jiné také rozšířilo spolupráci centra duševního zdraví s městskou částí.
2. Posuzování zdravotního stavu ze strany lékařské posudkové služby neodpovídá specifikům duševních onemocnění.
3. Spolupráce mezi MČ a CDZ je intenzivní. Vzájemně se doplňují a mají jasně vymezené role. Obě strany těží při své práci z rozlišnosti v přístupech a kompetencích.

4.4.2.5 Rozhovory s dalšími psychiatrickými zařízeními či sociálními službami v regionu

13. Rozhovor s ambulantním psychiatrem působícím v regionu

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Ambulantní psychiatr
Termín uskutečnění rozhovoru	21. 8. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor



Tazatel (T): Znáte Centrum duševního zdraví v Praze 9? Jak dobře jste obeznámen s jeho fungováním a službami, která nabízí?

Respondent (R): Jsem s ním obeznámen velmi dobře. Reformu psychiatrické péče bedlivě sleduji. Ještě jsem ale neměl příležitost spolupracovat s centrem u svého konkrétního pacienta. Nicméně ale vím, jak fungují.

T: To znamená, že konkrétní spolupráce a komunikace s CDZ v Praze 9 ještě neproběhla?

R: Ještě ne. Ale počítám s tím, že je jen otázka času, kdy budu mít pacienta, kterému centrum doporučím.

T: bylo by to pak jen do CDZ pro Prahu 9, nebo počítáte i s dalšími CDZ pro klienty mimo Prahu 9.

R: Já mám asi 40 % klientů z Prahy 9, ostatní jsou různé z jiných částí Prahy, ale i z vesnic za Prahou. Pro ty, kteří jsou z Prahy 9, samozřejmě počítám, že bych je doporučil sem, těm ostatním jsem schopný říct, jestli u nich regionu funguje CDZ, nebo doporučit jinou službu. Jednalo by se hlavně o pacienty, kteří mají problémy s vyřizováním některých záležitostí, jako třeba invalidní důchod. V tom jim nejsem schopný pomoci a jim to značně ztěžuje život.

T: V současné době tedy nemáte pacienta, který byl navázaný na CDZ?

R: Ano, v současné době je to tak. Ale mám pacienty, kteří by potřebovali pomoc v sociálních záležitostech. Ti ale nemohou být z důvodu diagnózy klienty centra.

T: Změnila se nějakým způsobem Vaše práce v souvislosti s existencí CDZ?

R: Zatím tedy ne. Kromě toho, že vím, kam můžu poslat pacienty, když to bude potřeba. Ta centra jsou hodně specializovaná, já mám málo pacientů, u kterých by se sešla diagnóza a spádová oblast. A u pacientů, kteří by vyhovovali diagnózou, zase neexistuje potřeba jít do CDZ. Mají zázemí a rodinu, která jim pomůže věci řešit. To znamená, že v současné době nemám žádného pacienta, kterému by mohlo CDZ pomoci. Ale to neříkám, že takoví pacienti nejsou. Jen já je teď nemám.

T: Změnila se poptávka po Vašich službách nebo struktura klientů po otevření CDZ, což by mohlo být v souvislosti se vznikem CDZ?

R: Vůbec ne, nezaregistroval jsem žádné změny.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: Samozřejmě to vnímám pozitivně, ale upřímně říkám, že především pro tu sociální stránku věci. Je jen otázka času, kdy budu mít pacienta, který bude potřebovat služby také v sociální oblasti, nebo některému z mých stávajících pacientů vzniknou také v této oblasti potřeby. Ale zdravotní stránku, tedy zdravotní péči, si obhospodařím sám. Je pak tedy otázkou, jestli není služba CDZ předražena.

T: Umíte si představit spolupráci s lékařem psychiatrem v centru duševního zdraví u konkrétního klienta?

R: Moc ne. Pro mě by to byla asi ztráta času, vše vysvětlovat. A taky myslím, že by mohl být nepořádek v medikaci a financování atd. Já bych ocenil pouze sociální podporu pro své pacienty. Ale opět dodávám, že vnímám potřebu komplexnosti a zapojení sociálních služeb. Ty jsou důležitou opomíjenou



složkou. To bych rád zdůraznil. Jen si neumím představit tu spolupráci na konkrétním pacientovi s dalším psychiatrem.

T: A to ani například u těch klientů, kteří potřebují častou, například dennodenní, péči lékaře psychiatra?

R: Ani to ne.

T: Myslíte si, že by Vaší spolupráci s CDZ prospěla lepší informovanost a komunikace s ambulantními psychiatry?

R: To možná ano. Abychom se nemuseli bát, že nám budou CDZ, i když jen třeba na chvíli, přetahovat pacienty. Anebo že například budou praktici posílat přednostně lidi do CDZ, než k nám. Minimálně by lepší komunikace ze strany centra duševního zdraví prospěla celé situaci a možná i naší budoucí spolupráci.

T: Vnímáte to jako úkol CDZ a byl byste raději informován přímo ze strany CDZ, nebo byste uvítal větší angažovanost města, kraje nebo MZd a MPSV?

R: Nad tím jsem nepřemýšlel. Asi to nastavení spolupráce, tedy mezi CDZ a námi by mělo nějak udělat ministerstvo, aspoň to nějak garantovat a ukázat, že o to mají zájem. Abychom se domluvili a v novém systému psychiatrické péče našli svou roli.

T: Lze podle Vás v této oblasti doporučit nějaké další zlepšení pro rozvoj psychiatrické péče v České republice?

R: Ano, určitě a v mnoha směrech.

T: Jaké například?

R: Budu raději mluvit za svou oblast, protože ostatní oblasti by mohly být postaveny jen na mých dojmech. Každopádně je to tedy spolupráce ambulantních psychiatrů a CDZ, tedy psychiatrů v centrech duševního zdraví. Pak je to asi rozšíření skupiny diagnóz pacientů CDZ. Mám klienty, kteří by ocenili pomoc v oblasti sociální, ale nespádají do CDZ. To je asi to nejdůležitější, aby ta služba byla opravdu prospěšná.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Skupina osob s duševním onemocněním, kteří mohou být klienty CDZ, je úzce vymezenou skupinou, což znesnadňuje spolupráci s ambulantními psychiatry a zároveň neumožňuje některým klientům, aby využívali podporu CDZ.
2. CDZ není ze strany ambulantních psychiatrů vnímáno jako poskytovatel komplexní služby, ale spíše jako poskytovatel sociálních služeb, který může doplnit poskytování zdravotní péče ambulantního specialisty.
3. Nastavení spolupráce mezi ambulantními psychiatry a psychiatry CDZ je nedostatečné a neprůhledné. Komunikace není nastavena, což neumožňuje propojení dvou významných částí reformy psychiatrické péče. CDZ může navazovat spolupráci s psychiatry ve svém regionu, ale spádové oblasti ambulantních psychiatrů neodpovídají spádové oblasti CDZ. Navíc spádová oblast ambulantních psychiatrů není jednoznačně vymezena a není obecně definovatelná. Právě z toho důvodu by mělo být nastavení spolupráce a informovanost ambulantních psychiatrů řešeno také z centrální úrovně (MZ, kraj).



14. Rozhovor s poskytovatelem sociálních služeb působícím v regionu

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 9
Respondent	Zástupci poskytovatele sociálních služeb v regionu
Termín uskutečnění rozhovoru	17. 8. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

T (tazatel): Jak dobře jste obeznámeni s fungováním CDZ v Praze 9?

Respondent 1 (R 1): My se pravidelně jednou za měsíc už asi rok půl scházíme s CDZ v Praze 8 a 9. Říkáme si i novinky, co se dělo apod., takže víme, jak CDZ funguje. Známe pravidla a jak v CDZ pracují.

T: Nastavujete spolupráci obecně a strategicky, nebo řešíte jen konkrétní klienty?

R 1: Tak i tak. Nastavujeme technická, ale máme i kazuistiky. Nastavili jsme také koordinační schůzky. Když máme společného klienta, máme na to metodiku, jak by to mělo fungovat. Nejprve to měli na starost vedoucí pracovníci, pak si to začali už řídit klíčoví pracovníci.

T: Jak vznikla spolupráce s Prahou 9? Bylo to na základě zaběhnuté spolupráce s Prahou 8?

R 1: Ano, přesně tak. Propojili jsme se hlavně kvůli tomu.

T: Jakým způsobem se proměnila Vaše práce v souvislosti s existencí CDZ? Co přibylo, co ubylo za agendu?

R 1: Za terénní týmy a tréninkové byty se zvýšila míra podpory. Navíc se můžeme na CDZ také obrátit pro podporu o víkendech, protože CDZ funguje i v sobotu a v neděli. Je ale rozdíl mezi terénním týmem a chráněným bydlením (CHB). CHB je jiná filozofie, než má CDZ. Tam se trochu naráží v oblasti přijímání/nepřijímání klientů. Obě služby jsou 24/7, ale filozofie se liší.

Respondent 2 (R 2): Já to doplním, protože tam jsou dva problémy v rámci CHB. My máme v CHB velký počet klientů, v současné době 79. I charakterem bydlení oproti jiným službám máme těžší klientelu, ze které skoro 70 % jde přímo z psychiatrické nemocnice. CDZ by toto nezvládalo zajistit, pokud měli plnit tu funkci, kterou plnit mají. Tzn. první primární podporu v krizi nebo ve zhoršeném stavu, aby člověk nemusel být hospitalizovaný, v tuto chvíli nemají CDZ šanci pro tak velké množství lidí zajistit. A například i v souvislosti s covidem, kdy došlo ke zhoršení zdravotního stavu našich klientů CHB se to plně ukazuje. Za druhé jsou to komplikace, které jsou spojené s tím, že nejsou jasně specifikované cílové skupiny CDZ, anebo jsou naopak moc úzké. V této oblasti teď vyjednáváme v rámci Asociace komunitních služeb a v rámci pracovních skupin CDZ na MZd revizi standardů CDZ, takže s tímto problémem se bude pracovat. Je nutné určit, kde rozšířit cílovou skupinu a kde naopak ne. To jsou ty oblasti, které mohly někdy v CDZ drhnout, jak kvůli kapacitě, kvůli typu klientů nebo změnám v týmu CDZ.

T: Fluktuace je častý problém v provozu CDZ.

R 1: Ale na druhou stranu CDZ nám vždy narovinu říká, kde ty problémy jsou. My teď budeme rozšiřovat spolupráci s osmičkou a budeme vytvářet podpůrnou službu, kdy půjdeme s CDZ společně do terénu.

R 2: Jako kdybychom tým posílili.



R 1: Ano, budeme chodit na společné porady, budeme mít společné klienty. Oni se nám zapojí do tréninkových bytů, my budeme plnit tzv. bydlící zakázky.

T: Je vidět, že Praha 8 je kromě CDZ i v tomto takovém pilotem před pilotem. Vždy přijde s nějakou novinkou.

R 1: Ano, Praha 8 je hodně specifická, protože je tady bohnická nemocnice, a tím klientela CDZ hodně narůstá. To ostatní CDZ nemají, že by měly v regionu tak veliké nemocnice.

T: A řešíte spádovost klientů?

R 1: Ano, i my řešíme spádovost a spolupracujeme s CDZ v regionech, tedy CDZ 9 a CDZ 8. Nebereme klienty, kteří nepatří do spádovosti.

T: Jaký podíl Vašich klientů má nějakou návaznost na CDZ v Praze 9? Jak tato provázanost vypadá?

R 1: Já myslím že 20–40 % klientů spolupracuje s námi i s CDZ. Například naši klienti chodí do CDZ pro podporu při hledání práce, což může být i jednorázově, nebo si tam chodí odpočinout do tzv. obýváku. Nebo pak klienti, kteří mají v CDZ klíčového pracovníka. Myslím, že kdyby se sečetli ti, kteří tam chodí intenzivně, a ti, kteří tam chodí nárazově, tak to bude takových 40 %. To je za terénní služby i za CHB. Za terén je to teď nějakých 10 klientů, což je skoro 100 %. U sociální rehabilitace je tak 50 % klientů, kteří jsou naši a zároveň CDZ.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R 1: Za mě to určitě smysl dává. Je jedno, jestli je to CDZ, nebo komunitní tým, ale něco multidisciplinárního v Praze smysl dává a je to nutné. Je fajn, že se tím podporuje přirozený život klientů, že CDZ jsou a plánují se v místě bydliště, aby klienti nedojížděli přes celou Prahu.

T: Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?

R 2: Totální neinformovanost. MZd nemá žádný informační kanál, žádné PR reformy, což je obrovský problém. Nejen že veřejnost o tom nic neví, ale ani odborníci. Spolupracující odborníci vůbec netuší, o co v reformě jde, co se v reformě dneska dělá a co se v ní bude dělat za měsíc. Žádné takové informace nejdu, což je pro reformu velké riziko. A je velká škoda, že ty lidi do reformy nezapojujeme, včetně rodinných příslušníků, včetně klientů, včetně nezachycených klientů, kteří jsou doma. Toto je opravdu velký nedostatek MZd, že nejede ucelenou srozumitelnou kampaň, nebo nějaký informační kanál. Mají webové stránky, které jsou složité a nepřehledné, že se v tom nevyznáme ani my, kteří tu reformu děláme, kteří jsme součástí odborných rad a pracovních skupin na MZd. Tohle my nebereme, že je informovanost veřejnosti. Je potřeba na tohle se zaměřit, na kampaně, na edukaci, na vysvětlování toho, co je reforma, co jsou CDZ, jakou úlohu mají a co se bude dít za 5, za 10 let.

R 1: Já to možná ještě doplním. Moc se mi líbí, jak například jede politika Prahy 14. Tam jsem byla teď na setkání a přišla informace, že veřejnost se reformy bojí, protože se rozdávají byty, kteří jsou pacienti z léčebny. Veřejnost to odmítá a posílá stížnosti na MČ atd. Na té skupině jsme se tedy bavili, co s tím a shodli jsme se, že by stačilo, kdyby čas od času MZd vydalo nějaký článek, rozhovor, zprávu, která veřejnost uklidní a hodí informace na snesitelnou úroveň, pochopitelnou pro veřejnost. Aby bylo jasné, co se děje a že nejede o to, aby se pustili pacienti do ulic apod.



R 2: Ani někteří zaměstnanci psychiatrických nemocnic o reformě nic neví a nejsou informováni důsledně. To je fakt velký problém. Na druhou stranu MZd a jeho současné vedení je jedno z mála, které tu reformu po 30 letech dělá. Super. To, že MZd dělá reformu je geniální, ale je potřeba ji dělat včetně informovanosti a PR, aby se to podařilo.

T: A jak v tomto procesu a nastavení vnímáte Ministerstvo práce a sociálních věcí? Je jeho role dostatečná?

R 2: To je druhá kapitola. Já jen chci ještě říct, že to, že CDZ a my toto děláme, že děláme pracovní skupiny na krajích, v obcích apod., nestačí. Děláme to individuálně, není to koncepční a celorepublikové. A u CDZ, které ale stále hledají své místo, hledají své zaměstnance, tam na to ani není čas. Má to dělat realizátor reformy, protože on má politickou moc a těší se autority. Může působit na obce, na kraje, na jiná ministerstva. Aby ty informace byly srozumitelné, aktuální a pravidelně podávané. A tou dnes nejsou. A k tomu MPSV: je neštěstí, že reformu nedělá uceleně vláda. My jsme se v rámci asociace komunitních služeb snažili interpelovat vládu, aby to dělala jako vládní projekt, což nechtějí celá léta. Naštěstí se podařilo udělat Radu vlády v péči o duševní zdraví a Národní akční plán péče o duševní zdraví schválený vládou. To je skvělé. Tam jsou jasné cíle a povinnosti. Ale bohužel MZd je v tom samo. MPSV nespolupracuje, zatím jsme neviděli jasné úkony v rámci reformy, postavení se k reformě, včetně vyčlenění skutečných peněz na budování komunitních služeb.

T: Máme ještě nějaké doporučení?

R 2: Ano, a to není výtky, a je to řízení CDZ. Nebylo myšleno na vzdělávání manažerů CDZ, na vyhledávání manažerů a na práci s manažery CDZ. Ti ani nejsou nikde narozpočtováni, tzn. že na ně ani nejsou peníze. Počítalo se pouze s výkonnými profesemi. To je velký nedostatek, který by se měl co nejdříve napravit, aby to bylo do budoucna udržitelné. Multidisciplinární tým má spoustu práce s klienty a přímou péčí o ně a opravdu by moc pomohlo, kdyby tam byl také manažer, který by to CDZ vedl.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Důležitá je informovanost ze strany MZd a MPSV směrem k odborné i široké veřejnosti, která by byla koncepční, celorepubliková a podpořila reformu, včetně nastavení informačního a PR kanálu, je nedostatečná.
2. Cílová skupina CDZ je příliš úzce vymezená, což komplikuje spolupráci s dalšími poskytovateli služeb a zahrnuje jen omezený počet osob s duševním onemocněním.
3. Reforma je momentálně řešena primárně ze strany MZd. Aby proběhla úspěšně, měla by být posunuta na vládní úroveň a řešena nadresortně.
4. Podpora CDZ nezahrnuje řízení centra duševního zdraví – manažerské pozice, obzvláště v situaci, kdy jsou zřizovatelem CDZ dva poskytovatelé. S tím souvisí také možnost zahrnutí financování manažerů CDZ již do rozpočtu pilotů, což by v mnohém ulehčilo fungování CDZ. Multidisciplinární tým by pak měl možnost výhradně se věnovat přímé péči a dalším odborným aktivitám.



4.5 CDZ pro Prahu 10

4.5.1 Případová studie CDZ pro Prahu 10

1. Způsob přípravy případové studie včetně překážek, které se případně objevily

Práce na případové studii byly zahájeny v prosinci 2020, kdy došlo k oslovení poskytovatelů zdravotních služeb v Praze a dále k oslovení skupiny ESET jako původce projektu CDZ. Zástupci společnosti ESET původně odmítli spolupráci na evaluaci, a to z kapacitních důvodů umocněných pandemií COVID-19. Po diskuzi se zadavatelem evaluace bylo následně přistoupeno ke sběru informací prostřednictvím písemné odpovědi ze strany ESET. Po opakované výzvě zástupci ESET souhlasili s vypracováním odpovědí, a to na maximálně 5 otázek. Pro účely evaluace byly vybrány následující otázky:

- Jak CDZ vznikalo a jaké byly největší obtíže při jeho vzniku?
- Jaké přínosy CDZ přineslo klientům oproti období před jeho vznikem?
- Popište spolupráci s ostatními poskytovateli zdravotních služeb v okolí (psychiatrické ambulance, nemocnice, praktičtí lékaři).
- Jak je nastavena spolupráce v rámci multidisciplinárních týmů (vymezení kompetencí, spolupráce zejména mezi zdravotní a sociální složkou)?
- Jaké jsou předpoklady pro další pokračování/rozvoj služeb CDZ v lokalitě?

Následně získané odpovědi na jednotlivé otázky byly dle informací ze strany ESET zpracovány v širším realizačním týmu, tj. zástupci zdravotní i sociální části a vedení organizace. Odpovědi byly zpracovány ve stanoveném termínu a byly zodpovězeny všechny zaslané otázky. I přes odmítnutou spolupráci na zajištění kontaktů na klienty služeb ze strany ESET byly získány kontakty na zástupce klientů CDZ a jejich blízkých osob, a to prostřednictvím kontaktní sítě tazatele, který v lokalitě dlouhodobě bydlí. Zároveň byly realizovány rozhovory se spolupracujícími psychiatrickými léčebnami. Při rozhovorech se zástupci praktických lékařů byla identifikována nedostatečná znalost reformy, respektive CDZ a pro rozhovor taky bylo nezbytné vybrat vhodnější respondenty. Celkový počet rozhovorů pro toto CDZ je tedy ve výsledku o něco menší než v případě ostatních případových studií.

2. Základní informace o založení CDZ a jeho dosavadní historii

Vznik CDZ

CDZ na Praze 10 spustilo svůj provoz v červenci 2018 a bylo provozováno organizacemi ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s.r.o. a ESET – Help, z.s. Tyto dvě organizace jsou spojeny minimálně v podobě spoluvlastníka, respektive předsedy představenstva MUDr. Ondřeje Pěče, Ph.D., který je zároveň ředitelem CDZ.

Projekt nebyl první aktivitou zřizovatelů v této oblasti, ale navázal na dlouhodobé předchozí aktivity na poli duševního zdraví, které ESET realizoval. Již v roce 1995 se jednalo o aplikaci nizozemského programu MATRA zaměřeného na vytváření regionálních sítí služeb pro lidi s vážným duševním onemocněním ve spolupráci s lokálními úřady. O několik let později následoval vznik Asertivního týmu (ve složení sociální pracovník, terénní psychiatrická sestra a psychiatr), který byl určen pro lidi z cílové skupiny, kteří z různých důvodů nebyli zahrnuti do péče ze zdravotních a sociálních služeb. V roce 2016



došlo sloučením Asertivního týmu a týmu specializujícího se na práci s lidmi s duální diagnózou ke vzniku Komunitního terénního týmu ESET, který svým regionálním spádem položil základ pro pozdější vznik CDZ ESET.

“Na rozdíl od Fokusu byl ESET alespoň ze začátku mnohem více zaměřený na poskytování zdravotních služeb, alespoň tak jsme ho vnímali na rozdíl například od služeb Fokusu, který také obsluhuje Prahu 10 a vždy jsme ho vnímali spíše jako specialistu na sociální služby” (zástupce místní samosprávy, rozhovor ze dne 16.1. 2021).

Prostory CDZ

CDZ působí na Praze 10 v ulici Brigádníků 556/353, respektive Úvalské 3411/47. Jedná se o okraj původního sídliště dvojdomků v docházkové vzdálenosti od stanice metra Skalka a Strašnická s dobrou dopravní dostupností tramvají a autobusem. CDZ se nachází dle adresy ve stejném areálu jako Psychoterapeutická a psychosomatická klinika.

Základní parametry fungování

CDZ funguje v pracovní dny, a to v čase od 9.00 hodin do 17.00 hodin (došlo k prodloužení ambulantních služeb od 9:00 až do 19 hodin). Provozní doba nebyla v době zpracování případové studie omezena v důsledku epidemie koronaviru a rozsah služeb zůstal dle webové prezentace ESET rovněž nezměněn. Jsou poskytovány jak terénní, tak ambulantní služby a dále služby denní péče. Základní možnosti využití služeb / zahájení péče je telefonický/emailový kontakt. či přímý rozhovor s terénním pracovníkem, či psychiatrem. Přímé propojení na kliniku je výrazným zdrojem kontaktů. Pacienti přicházejí sami, na doporučení rodiny, či jiných poskytovatelů zdravotních služeb, či jiných (zejména sociálních služeb) a dále dochází k doporučení ze strany městské části. Primární kontakt zprostředkovává sociální pracovník, či sestra.

Služby jsou realizovány v prostorách CDZ i prostředí blízkém klientovi. Služby jsou poskytovány v následujícím rozsahu:

- Služby terénního týmu
- Služby denní péče
- Krizové služby
- Psychiatrické služby
- Služby klinického psychologa
- Služby psychoterapeutické
- Podpora svépomocných aktivit

3. Regionální působnost centra (reálná spádovost, konkrétní instituce a subjekty, s nimiž probíhá spolupráce)

Spádové území

Spádové území CDZ je širší okruh Prahy 10, respektive Prahy 11, konkrétně se pak jedná o území následujících jednotek:

- Strašnice
- Záběhlice
- Malešice



- Háje
- Hostivař
- Uhřetěves
- Petrovice
- Horní a Dolní Měcholupy
- Hájek u Uhřetěvsi
- Dubeč
- Běchovice
- Štěrboholy
- Újezd nad lesy
- Klánovice
- Koloděje
- Benice
- Nedvězí
- Královice

Spádová oblast je vymezena konkrétními ulicemi, ve kterých je služby poskytována. Tento seznam je uveden na strakách CDZ. Západní část Prahy 10 (Vršovice, Vinohrady atd.) je pak obsluhována CDZ Centrum Podskalí.

Spolupráce v regionu

CDZ vzniklo na půdorysu již existujících organizací, které poskytovaly jak zdravotní, tak sociální služby.

Ze spádových psychiatrických nemocnic spolupracuje CDZ s Klinikou Ke Karlovu a Psychiatrickou nemocnicí Bohnice (jeden ze členů týmů CDZ je zároveň zaměstnán jako lékař v PN Bohnice, spolupráce tak byla ovlivněna tím, že tento lékař byl v kontaktu s budoucím týmem CDZ ještě před jeho vznikem).

Formát spolupráce je dle zástupců ESET v obou případech velmi podobný. Zástupce týmu CDZ dochází na pravidelná setkání do zdravotnického zařízení, kde se potká s tamními pracovníky a mohou mu být představeni potenciální klienti z řad pacientů dané nemocnice / poskytovatele zdravotních služeb. Velkou výhodou spolupráce je možnost navazovat na předešlé služby poskytované klientům, kteří jsou v péči daného zdravotnického zařízení. Dochází tak ke zvýšení kontinuity péče. Z důvodu aktuální situace pravidelné schůzky v nemocnicích neprobíhají (nebo jen sporadicky) a kontakt je veden zejména telefonicky.

Spolupráce s Klinikou Ke Karlovu, je nicméně v současnosti dle zástupců Kliniky naprosto minimální. Od doby vypuknutí epidemie nedochází zástupci ESET na kliniku, není dodržován standard multidisciplinární péče a nedochází k pravidelným kontaktům nad rámec řešení konkrétních klientů, a to i přesto, že pracovníci Kliniky oslovují CDZ ESET v případě, že mají k dispozici klienta spadající do jejich spádového území. S ostatními CDZ dochází k výrazně vyšší spolupráci.

V rámci komunikačních aktivit byly osloveny spádové psychiatrické ambulance a ordinace praktických lékařů. Oslovení bylo provedeno pomocí distribuce informačních letáčků. S distribucí aktivně vypomáhala místní městská část. Při rozhovorech s praktickými lékaři ve dvou případech nebylo povědomí o CDZ dostatečné, respektive praktický lékař s CDZ nespolečně pracoval a případné pacienty s možným duševním onemocněním zasílal přímo k ambulantnímu psychiatrovi.

Ostatní oslovení poskytovatelé zdravotních služeb o působnosti CDZ vědí. Jeden z oslovených praktických lékařů doporučil svému kmenovému pacientovi kontaktovat CDZ s ohledem na rodinnou



situaci tuto možnost volil z důvodu potřeby omezení hospitalizace. U CDZ předpokládal, že možnost vyhnutí se hospitalizaci bude vyšší, při zachování stejné či lepší kvality života.

CDZ přirozeně spolupracuje s navázanými organizacemi v rámci „skupiny“ ESET, a to konkrétně s Klinikou ESET, která poskytuje služby psychiatrické ambulance, stacionáře, individuální/skupinové psychoterapie a ergoterapie. Dále spolupracuje s ESET-HELP, které poskytuje služby v oblasti podpory zaměstnávání, chráněného bydlení a poskytuje služby centra denních aktivit.

Dle webových stránek CDZ dále spolupracuje s následujícími organizacemi:

- Městské části Praha 10, Praha 11
- Pedagogicko-psychologická poradna
- ÚP, PČR, OSSZ
- Opatrovnické služby
- Charita Chodov
- Andělská křídla

„ Pracovníci psychiatrických nemocnic tak dostávají zpětnou vazbu a mohou poznat život svých pacientů i „mimo zdi ústavu“, což se nám už mnohokrát ukázalo jako cenná zkušenost“ (Lékař CDZ, citace zasláného textu ze dne 6. 2. 2021).

4. Struktura

Tým CDZ

Tým CDZ je dle webových stránek složen ze šesti psychiatrů, dvou klinických psychologů, šesti sester pro péči v psychiatrii, dvou všeobecných sester, osmi sociálních pracovníků a jednoho peer konzultanta.

Case managery mohou být v týmu jako sociální pracovníci, tak i terénní psychiatrické sestry. Obě profese mají svého vedoucího, který má na starosti vedení svých podřízených po odborné a provozní stránce. Všichni pracovníci se scházejí na pravidelné týmové poradě, kde se oba vedoucí zpravidla střídají ve vedení porady. Oba vedoucí pracovníci pak mají přehled o kapacitě svých jednotlivých pracovníků a vedou s nimi individuální vzdělávací plány.

Tým CDZ zaznamenává hodnoty škály GAF (Global Assessment of Functioning), který je zaměřen na posuzování celkového fungování a kognitivního postižení lidí se závažným duševním onemocněním. Další nástroje používané v CDZ pro standardizované hodnocení klienta je HoNOS (Hodnocení zdravotního stavu) – adaptace nástroje na hodnocení symptomů a sociálních funkcí u závažně duševně nemocných a AQoL - hodnocení kvality života související se zdravím.

„Působnost CDZ a multidisciplinární přístup byl naprosto klíčový pro naše klienty. Jejich pomoc je pro naše klienty obrovská a změna je opravdu enormní. Složení týmu dokáže zajistit prakticky všechny životní situace klienta. I z tohoto důvodu městská část podporuje CDZ nad poměry podpory ostatních organizací pohybujících se na pomezí zdravotně-sociální péče.“ (Zástupce místní samosprávy, rozhovor ze dne 16. 1. 2021).

5. Konkrétní výzvy a překážky, které CDZ muselo při svém fungování řešit

CDZ mělo velkou výhodu v nastavení služeb v rámci organizací, které mají společné vedení, respektive se jedná o vysoce propojené subjekty. Z tohoto důvodu došlo k výrazné eliminaci výskytu třecích ploch



mezi zdravotní a sociální složkou. Dostupnost zejména zdravotní složky (z ostatních rozhovorů vyplynula omezená dostupnost zdravotnických profesionálů - psychiatr, klinický psycholog) výrazně ovlivnila schopnost poskytovat služby. Zároveň vysokou přidanou hodnotou bylo „mentální“ nastavení u zástupců zdravotní složky, které umožnilo hladce přijmout koncept multidisciplinární péče.

I přes výhodu dostupnosti kontaktů na obsazení klíčových pozic bylo z počátku pro CDZ obtížné dostat personálnímu zajištění v souladu se standardem CDZ.

Největší obtíže při vzniku CDZ zaznamenali zástupci ESET v oblasti vykazování péče. Při organizaci vykazování služeb bylo nezbytné využívat dva informační systémy. První systém Highlander je evidenční systém, respektive on-line databáze určená pro evidenci výkonů v sociálních službách. Systém byl specificky upraven pro organizace, jejichž cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním. Druhý systém Medicus je nejčastěji používaným ambulantním systémem v České republice a je používán širokým spektrem ambulantních specialistů. S ohledem na specifickou jednotlivých systémů bylo nejprve nezbytné zajistit interoperabilitu obou systémů. Následně bylo nezbytné sladit oba systémy tak, aby odpovídaly potřebám ESET (např. aby bylo možné vést anonymního zájemce a pak tento účet propojit po podepsání Souhlasu s poskytováním osobních a citlivých údajů a bylo tak možné mít přehled o tom, zda daný zájemce/klient obdržel 40 hodin podpory).

Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní i pro provoz krytý ESF
1	Personální zajištění pracovních pozic v úvodu.	I přes výhodu dostupnosti kontaktů na obsazení klíčových pozic bylo z počátku pro CDZ obtížné dostat personálnímu zajištění v souladu se standardem CDZ.	ANO
2	Oblast vykazování péče	Při organizaci vykazování služeb bylo nezbytné využívat dva informační systémy. Highlander pro sociální složku a Medicus pro zdravotní část. Technicky bylo nutné vyřešit propojení obou systémů a zajistit jejich dostupnost pro pracovníky obou složek.	ANO

6. Hodnocení projektu ze strany respondentů (co je oceňováno, co kritizováno, doporučení)

Vnímání přínosů CDZ ze strany klientů a rodinných příslušníků klientů

Všichni oslovení klienti a jejich rodinní příslušníci svoje zkušenosti s CDZ hodnotí pozitivně. Změna způsobená vznikem CDZ je evidentní a stávající způsob péče je považován za velmi vhodný. Největším přínosem je zvýšení dostupnosti péče a její koncentrace na jedno místo. Časová dostupnost v době, kdy klient službu nejvíce potřebuje, je klíčová změna oproti dlouhým objednacím lhůtám ve standardní ambulantní praxi. Místní dostupnost je rovněž vnímána jako velké pozitivum. Schopnost i zdravotní části týmu dorazit do bydliště klienta je změna, která zlepšuje dostupnost péče a snižuje nároky na klienty a tím i ztraktivňuje pomoc pro klienty, pro které je dojíždění za zdravotníkem značně zatěžující.

Rodinní příslušníci oceňují „normální“ chování (jednání je věcné, vstřícné a jsou jasně vysvětleny všechny oblasti jazykem, který je srozumitelný) členů CDZ a možnost stav příbuzného / blízké osoby ad-hoc konzultovat a v případě eskalace problému urychleně poskytnout potřebné služby.



Klienti oceňují i možnost prodloužit období mezi hospitalizacemi, které popisovali jako velmi nepříjemný zážitek. Jeden ze zásadních benefitů zmiňovaný jak klienty tak jejich rodinnými příslušníky je možnost získat potřebnou návaznou podporu po opuštění psychiatrické léčebny/lůžkové péče.

- „Pro mě je největší úleva v tom, že když se synem něco děje, vím kam zavolat, a pomoc je celkem rychlá. Před tím mi většinou nezbývalo než čekat, až se to zhorší tak, že už jsem věděla, že jediná možnost je nechat ho odvést. Když to teď vidím, tak spousta pobytů v nemocnici by asi ani nemusela být“ (Rodinný příslušník klienta, rozhovor ze dne 5. 1. 2021).
- „Dostal jsem konkrétní rady na to, jak řešit svůj stav z hlediska normálního přežití. Nevěděl jsem jak řešit bydlení nic a nebyl jsem ani ve stavu, abych to řešit chtěl. To že se o mě někdo postará po všech stranách si myslím, že to je to důležité.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 11. 1. 2021).
- „Kontakt přišel přes městskou část, kde sice byli milí a snažili se pomoci, ale byli schopní mi pomoci jen omezeně a hlavně vůbec neřešili to, že prostě někdy není možné chovat se tak, jak potřebují, abych nedělal problémy. Sestřička z CDZ mi hodně pomohla. Bylo vidět, jak už ví co a jak běží a vlastně všechno co mi řekla jak bude probíhat, tak bylo.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 11. 1. 2021).
- „Já nejvíc oceňuju pomoc s bydlením, nedovedu si představit, že bych to celé zvládnul sám obzvlášť v době, kdy mi nebylo dobře. Do té doby než mi pomohli bych si bydlení asi nezařídil, nebo bych už ho zase neměl“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 14. 1. 2021)

Vnímání přínosů CDZ ze strany členů týmu CDZ

V rámci CDZ se podařilo rozšířit služby o denní místnost a krizová lůžka. Obě varianty dle zástupců CDZ klienti hojně využívají (byť současná pandemie má pochopitelný vliv na aktivity v denní místnosti). Rovněž ambulantní služby jsou nyní poskytovány až do 19 hodin, což je vnímáno jako velká výhoda i mezi klienty. Klient má tak samozřejmě více možností, jak se s pracovníky potkat.

- „Dalším plusem je pochopitelně nárůst počtu pracovníků. Vycházíme z „caseloadu“ 15:1. S vyšším počtem „case managerů“ jsme tedy schopni poskytovat kvalitní péči většímu počtu osob v regionu. Bonusem navíc je přítomnost peer pracovníka a psychologů. Obě profese jsou našimi klienty hojně využívány“ (Zaměstnanec CDZ, citace zasláního textu ze dne 6. 2. 2021).

Klíčovým přínosem CDZ je ,že poskytuje systematictější péči o klienty, daří se kontinuálněji pokrývat jejich potřeby, a to jak po zdravotní, tak i po sociální stránce.

Další podněty k fungování CDZ

Během rozhovorů se zástupci veřejné správy a místních poskytovatelů zdravotních služeb vyplynula potřeba větší osvěty mezi laickou veřejností v oblasti destigmatizace lidí s duševním onemocněním. Je nezbytné, aby jak na úrovni obyvatel daného regionu, tak zejména na úrovni politické reprezentace bylo zvyšováno povědomí o potřebnosti komunitní péče, která významným způsobem zvyšuje kvalitu života osob s duševním onemocněním, ale častěji ještě významněji zvyšuje kvalitu života jejich blízkých osob. Aktuální kroky reformy psychiatrické péče je třeba více propagovat a případně doložit evidencí, že omezení lůžkové péče, nadužívání farmakoterapie a větší zapojení osob s duševním onemocněním do běžného života nejen že zvyšuje kvalitu života cílových skupin obdobných projektů, ale zároveň zvyšuje efektivitu poskytované péče o tyto klienty.

7. Hodnocení CDZ ze strany dalších subjektů (kraj, město, další zdravotní a sociální služby)



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

Město i městská část podporuje komunitní služby a v rámci komunitního plánování jsou CDZ a konkrétně i CDZ ve Strašnicích nenahraditelný prvek v systému, který poskytuje potřebné a kvalitní služby a zároveň výrazně pomáhá municipalitě řešit svou agendu, například v rámci chráněného bydlení, respektive zabydlování klientů. Rychlost a komplexita péče jsou výrazně oceňovány a zpětná vazba od občanů/klientů je výrazná. Navázaná spolupráce překračuje například i do agendy sociálně právní ochrany dětí.

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

„Vlastně si ani nedovedeme představit, že by ta služba najednou nebyla dostupná. Dříve jsme ESET vnímali více jako zdravotní službu, teď je ten rozsah služeb ucelený a služba funguje z pohledu úřadu naprosto skvěle. Najednou dokážeme naprosto bez problému jednat s občany, se kterými to předtím nebylo ani myslitelné.“ (Zástupce FOKUS, rozhovor ze dne 20. 1. 2021).

8. Budoucnost CDZ

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

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

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



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



4.5.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ pro Prahu 10

Přepisy neobsahují úvodní a závěrečné části rozhovoru (tj. představení, získání souhlasu se záznamem rozhovoru, poděkování); omezují se na věcnou podstatu tématu rozhovoru.

4.5.2.1 Rozhovory se zástupci Řídící rady, resp. zástupci zřizovatelů

1. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (zdravotnické zařízení)

Identifikace CDZ	CDZ ESET
Respondent	Zástupce zřizovatele ve spolupráci s pracovníky multidisciplinárního týmu
Termín uskutečnění rozhovoru	20. 1. 2021
Forma rozhovoru	Emailové zodpovězení otázek

Tazatel (T): Jak CDZ vznikalo a jaké byly největší obtíže při jeho vzniku?

Respondent (R): CDZ ESET vzniklo v rámci první vlny Center duševního zdraví (červenec 2018). Nejedná se o vznik na „zelené louce“, navazujeme na naše předchozí aktivity na poli duševního zdraví. V roce 1995 se jednalo o aplikaci nizozemského programu MATRA zaměřeného na vytváření regionálních sítí služeb pro lidi s vážným duševním onemocněním ve spolupráci s lokálními úřady. O několik let později následoval vznik Asertivního týmu (ve složení sociální pracovník, terénní psychiatrická sestra a psychiatr), který byl určen pro lidi z cílové skupiny, kteří z různých důvodů vypadávali ze zdravotních a sociálních služeb. V roce 2016 došlo sloučením Asertivního týmu a týmu specializujícího se na práci s lidmi s duální diagnózou ke vzniku Komunitního terénního týmu ESET, který svým regionálním spádem položil základ pro pozdější vznik CDZ ESET.

Největší obtíže při vzniku jsme zaznamenali při organizaci vykazování služeb, protože jsme používali (a stále používáme) dvě databáze (Highlander a Medicus) a bylo potřeba je sladit tak, aby odpovídaly našim potřebám (např. aby bylo možné vést anonymního zájemce a pak tento účet propojit po podepsání Souhlasu s poskytováním osobních a citlivých údajů a bylo tak možné mít přehled o tom, zda daný zájemce/klient obdržel 40 hodin podpory). Další potíže jsme v začátcích měli se zajištěním personálního standardu CDZ.

T: Jaké přínosy CDZ přineslo klientům oproti období před jeho vznikem?

R: Podařilo se nám rozšířit naše služby o denní místnost a krizová lůžka. Obě varianty klienti hojně využívají (byť současná pandemie má pochopitelný vliv na aktivity v denní místnosti). Rovněž ambulantní služby jsou nyní poskytovány až do 19 hodin. Klient má tak více možností, jak se s pracovníky potkat. Dalším plusem je pochopitelně nárůst počtu pracovníků. Vycházíme z „caseloadu“ 15:1. S vyšším počtem „case managerů“ jsme tedy schopni poskytovat kvalitní péči většímu počtu osob v regionu. Bonusem navíc je přítomnost peer pracovníka a psychologů. Obě profese jsou našimi klienty hojně využívány.



Jako přínos platí, že díky CDZ poskytujeme systematictější péči o klienty, daří se kontinuálněji pokrývat jejich potřeby, a to jak po zdravotní, tak i po sociální stránce.

T: Popište spolupráci s ostatními poskytovateli zdravotních služeb v okolí (psychiatrické ambulance, nemocnice, praktičtí lékaři).

R: Ze spádových psychiatrických nemocnic spolupracujeme s Klinikou Ke Karlovu a PN Bohnice. Formát je přibližně podobný, zástupce týmu dochází na pravidelná setkání do zdravotnického zařízení, kde se potká s tamními pracovníky a mohou mu být představeni potenciální klienti z řad pacientů dané nemocnice. Velkou výhodou spatřujeme v tom, že na schůzkách se často můžeme vrátet i ke klientům, které jsme do služby navázali v minulosti. Pracovníci psychiatrických nemocnic tak dostávají zpětnou vazbu a mohou poznat život svých pacientů i „mimo zdi ústavu“, což se nám už mnohokrát ukázalo jako cenná zkušenost. Z důvodu aktuální situace pravidelné schůzky v nemocnicích neprobíhají (nebo jen sporadicky) a kontakt je veden zejména telefonicky.

Důležité je podle nás také zmínit, že součástí týmu je i jeden z lékařů PN Bohnice, který tak zajišťuje propojení s touto institucí a v aktivním kontaktu s týmem byl už před vznikem CDZ.

Aktivně jsme v rámci tzv. „komunikačních opatření“ oslovili spádové psychiatrické ambulance. Do ordinací praktických lékařů jsme ve spolupráci se sociálním odborem MČ P10 distribuovali informační letáčky.

T: Jak je nastavena spolupráce v rámci multidisciplinárních týmů (vymezení kompetencí, spolupráce zejména mezi zdravotní a sociální složkou)?

R: Case managery mohou být v týmu jako sociální pracovníci, tak i terénní psychiatrické sestry. Obě profese mají svého vedoucího, který má na starosti vedení svých podřízených po odborné a provozní stránce. Všichni pracovníci se scházejí na pravidelné týmové poradě, kde se oba vedoucí zpravidla střídají ve vedení porady. Oba vedoucí pracovníci pak mají přehled o kapacitě svých jednotlivých pracovníků a vedou s nimi individuální vzdělávací plány.

Každý profese (jak sestra, tak i soc. pracovník) mají svoji dokumentaci (zdravotnická dokumentace a sociální spis), společná je pak „case managerská“ dokumentace, kdy každý pracovník má přehled o individuálním plánu klienta, zaznamenává hodnoty škály GAF, HoNOS a AQoL.

T: Jaké jsou předpoklady pro další pokračování/rozvoj služeb CDZ v lokalitě?

R: Variantou dalšího rozvoje je prodloužení ambulantní doby poskytování služby (momentálně 9 – 19 každý všední den). Další pole působnosti je v těsnější spolupráci s praktickými lékaři, ostatními službami v regionu, policií, hasiči, opatrovníky, apod. První kroky na této cestě už byly vykonány.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Jde pouze o stručné zodpovězení základních otázek k fungování CDZ. Forma byla realizována na žádost CDZ v této podobě s maximálně 5 otázkami.
2. CDZ navazuje na předchozí formu fungování velmi se blížící současné podobě CDZ
3. Intenzivní spolupráce zejména s PN Bohnice, deklarovaná i spolupráce s Klinikou VFN Ke Karlovu



4.5.2.2 Rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky

2. Rozhovor s klientem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ ESET
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	11. 1. 2021
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

T: Proč využíváte služeb CDZ? (*nechat respondenta vyprávět co nejvíce samostatně*)

R: Kamarád, který do CDZ chodí mi o CDZ vyprávěl. Diskutoval jsem to v rámci nemocnice, tam to bylo takové neutrální, ale kamarád to opravdu chválil, tak jsem se k nim dostal.

T: V čem bylo stanovisko nemocnice neutrální?

R: Vlastně jsem nedostal odpověď, jestli je to pro mě vhodná volba nebo ne.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?

R: Já vlastně ani nevím, ale k doktorovi docházím pravidelně asi tři roky, ale myslím si, že problémy mám mnohem dýl, co si tak pamatuji, tak už na střední sem míval ty stavy (bludy).

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Vlastně jsem nikdy neměl stálou práci, spíš brigády. Nikdy jsem v práci nevydržel déle než rok, většinou kvůli konfliktům s kolegy. Myslím si, že práci jsem vykonával dobře, ale ty konflikty nakonec vždycky vygradovaly a když se jich spojilo víc, tak bylo pohodlnější mě vyhodit. V osobním životě jsem celkem spokojený.

S rodinou se moc nestýkám. Když jsem bydlel s bratrem, tak za mě řešil některé věci po úřadech.

T: Jaké zdravotní služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: Chodil jsem k psychologovi a psychiatrovi. Mám onemocnění štítné žlázy, takže pak v souvislosti s tímto onemocněním.

T: Jaké sociální služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: Navštěvoval jsem stacionář, jinak pravděpodobně nic.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: Kamarád, který do CDZ chodí mi o CDZ vyprávěl. Diskutoval jsem to v rámci nemocnice, tam to bylo takové neutrální, ale kamarád to opravdu chválil, tak jsem se k nim dostal. Myslím si, že ten „nábor“ proběhl dobře, takže ty služby občas využívám stále. Navíc jsem v kontaktu s kamarádem, který mi CDZ doporučil, takže i to je dobré.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Dříve jsem tam chodil docela pravidelně za doktorem asi tak jednou za 14 dní. Postupně jsem začal chodit méně. Teď už spíš řeším, když potřebuju něco řešit, mám nového psychiatra mimo CDZ, takže spíš řeším věci s ním. Přijde mi, že zatím jako skoro jediný dokáže opravdu pomoci a jsem s ním fakt



spokojený. Problém je s časem, není vždycky možné se k němu dostat. Někdy se mi zrovna termín moc nehodí, takže je někdy těžké se domluvit.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Jak už jsem říkal, teď je to dost jiné s tím novým psychiatrem. Před tím, hodně pomohli s úřady, jak si zařídit různé výhody. Když bylo potřeba, tak se s nimi dalo celkem rychle domluvit a dokázali pomoci.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Rychlost s jakou dokáží reagovat a pak hlavně to, že se mnou jednali normálně. Snažili se pomoci a když vše neběželo podle plánu, tak se dokázali přizpůsobit a vždycky se našla cesta, jak se domluvit.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Já moc nevím, je to hodně o lidech, ale to se moc ovlivnit nedá.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Sdílení dobré praxe / doporučení mezi pacienty je funkční nástroj na akvizici nových klientů, pro něž je služba vhodná.
2. „lidský“ přístup je jednou ze zásadních výhod oceňovaných klienty.
3. Časová dostupnost služby je jedním ze základních předpokladů pro využití služby.

3. Rozhovor s klientem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ ESET
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	14. 1. 2021
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

T: Proč využíváte služeb CDZ? (*nechat respondenta vyprávět co nejvíce samostatně*)

R: Je to pro mě v současnosti nejlepší varianta toho jak fungovat. Původní péče v nemocnici pro mě byla hodně nepříjemná a i v rodinně, která mě vlastně k CDZ dovedla, je to hodně oceňované.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?

R: Bylo to v posledním ročníku na gymplu. Začal jsem se cítit špatně a rodiče mě poslali k dětské doktorce. Poslala mě k psychologovi, který doporučil návštěvu psychiatra, která nějak nedopadla, pořád se to nějak prodlužovalo. Pak se to stupňovalo, až jsem skončil v Bohnicích s diagnózou schizofrenie. Byl jsem několikrát hospitalizovaný. Úplně se mi nelíbila léčba, kterou jsem dostával, takže to došlo vždy až do extrému, kdy mě doma museli nechat hospitalizovat.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?



R: Dalo by se říct, že jsem ztratil pár let života, nešel jsem na VŠ a protože mám osmileté gymnázium, je těžké si najít práci, když vlastně nic konkrétního neumím a pro administrativní práce je často vyžadovaná vysoká škola, pokud to má mít smysl se někam posunout. Rodiče se o mě po tu dobu starali, máma musela nakonec přejít na částečný úvazek, pracuje z domova.

T: Jaké zdravotní služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: Využíval jsem služby v Bohnicích, kde jsem byl několikrát hospitalizován (všude možně) a pak jsem tam i docházel do stacionáře.

T: Jaké sociální služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: Žádné, vím že doma řešili nějaký příplatky za to, že se o mě starají.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: Chodil jsem k psychiatrovi, který mi to doporučil. V CDZ pracuje. Vlastně jsem možná nějakou dobu ani moc nevnímал změnu. To bude asi tím, že s nimi pracoval.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Chodil jsem tam nejprve velmi často (denně), hlavně kvůli nastavení léků. Pomáhají mi teď s bydlením, kdy bych se chtěl odstěhovat od rodičů. To je věc, která je teď pro mě hodně důležitá. Myslím si, že bych už měl mít vlastní bydlení, abych si začal žít vlastní život. Teď se tam zase tak moc nepohybuju, myslím, že už to není třeba. Nejvíce se teď bavíme o tom bydlení a potkávám se se sestrou.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Hrozně moc se změnil vztah s rodiči. Hlavně s mámou jsem si dřív připadal jako nějaký vězeň, který musí dělat všechno podle ní a když to neudělám, tak pak jsem slyšel, jak zase skončím v nemocnici. Tady stojí trochu mezi mnou a mámou a dokážou jí to nějak vysvětlit. Nejdřív vlastně vůbec nechtěla, abych se s nima scházel. Připadalo jí, že nejsou dost přísní a bála se, že to zase začne. Teď mi přijde, že už mi začíná věřit a snad se i smířila s tím bydlením.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Dokáží mě udržet doma. Stalo se mi už jen jednou, že jsem skončil v hospitalizaci po tom, co chodím do CDZ. Líbí se mi ten přístup, stávalo se mi, že se na mě koukali skrz prsty a bylo jim vlastně jedno co chci. Tady se se mnou baví o tom, co bych chtěl a dokáží mi s tím pomoci i mimo ordinaci/nemocnici. Teď současně je to ta pomoc s vlastním bydlením, což je pro mě fakt hrozně důležitý. No a na začátku to bylo hlavně to, že když jsem začal mít problémy, že to nenechali dojít až do toho okamžiku, kdy jsem skončil v nemocnici.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Těžko říct. Dnes už je to trochu jiný. Přijde mi, že by mohli lidi ještě víc vést k samostatnosti, ale to je asi člověk od člověka.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Pomoc v oblasti osamostatnění je významná změna oproti předcházejícímu stavu.
2. Deklarovaná důvěra v klienty je velice pozitivně vnímána.



4. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta CDZ

Identifikace CDZ	CDZ ESET
Respondent	Rodinný příslušník klienta
Termín uskutečnění rozhovoru	11. 1. 2021
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

T: Proč využívá tvůj bratr služby CDZ? *(nechat respondenta vyprávět co nejvíce samostatně)*

R: Myslím, že teď už je moc nevyužívá, ale původně to bylo hlavně kvůli tomu, že když ho vždycky pustili z nemocnice, tak pak vlastně byl takový bezprizorní a přitom potřeboval, aby ho vlastně někdo pořád měl v péči zejména po té zdravotní stránce.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?

R: Já jsem si původně myslel, že má jenom takové divočejší období a přičítal jsem to i nějakému experimentování s drogama a alkoholu. To že se jedná o něco vážnějšího už víme víc než 5 let.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Kdybychom se o něj nepostarali, tak je z bráchy bezdomovec, nebo bude trvale někde hospitalizován. První roky vlastně bydlel u mě, doma už to nešlo. Bylo nutné ho živit, nebylo moc představitelné, že by si dlouhodobě udržel práci a hlavně nebyl vůbec schopen hospodařit s penězi. Bylo to hodně náročné pro mě, hodně mi pomohla přítelkyně, kterou jsem do toho taky namočil.

T: Jaké zdravotní služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: Dlouhodobě se léčil se štítnou žlázou, ale nevím, jestli to má souvislost s tou jeho nemocí. Byl v péči ambulantního psychiatra. Pamatuji si, že jsem se o tom, jak se mění bavil s naší doktorkou, která nás ukolíbala, že se neděje nic divného. Mohli jsme to tehdy podchytit mnohem dřív.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: Dostali jsme kontakt od známého. Bratrovi se tam ale nechtělo, musel jsem ho donutit. Důležité bylo, že to je kousek od místa kde jsme bydleli. Jinak si myslím, že by ho dojíždění brzy donutilo se na to vykašlat. Byl jsem překvapený, že se mu líbili ti co s ním z CDZ přišli do prvního kontaktu. S tím jsme měli velké problémy dřív. Prakticky každý lékař se podle něj hned odkopal a ukázalo se, že mu nechce pomoci, takže bylo poměrně těžké donutit ho, aby u nějakého dlouhodobě zůstal. Tady mi přijde že se mu zalíbili.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Můžu mluvit jen o začátku, kdy tam podle mě chodil skoro denně a pak byli v nějakém kontaktu minimálně jednou týdně. Teď dochází jinam a zdá se taky spokojený. Jestli do CDZ pořád dochází nevím, teď s Covidem to možná bude komplikovanější.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?



R: Když chodil do CDZ ten posun byl jasný. Najednou už jsem s ním nemusel řešit cokoli, co vyžadovalo nějaké delší úsilí a větší komunikaci s úřady. V tomhle si myslím, že ten posun byl významný. Bohužel si myslím, že se jim moc nepovedlo ho donutit k tomu, aby dodržoval léčbu. S tím byl problém vždycky. Nevím, jestli ten psychiatr, ke kterému chodí je nějak spojený s CDZ, ale přijde mi, že teď to funguje tak jak má. Bratr se odstěhoval, má vztah. Teď je jenom nepříjemný, že mu vznikl velký problém s prací. Dělal v pizzerii a ta je otevřená tak napůl a očekávám, že tam budou vyhazovat.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Tehdy mi přišlo, že se o bratra postarali ze všech stran, že se mu věnovali nejen po stránce zdravotní, ale že s ním řešili i práci. My jsme tehdy chtěli požádat o příspěvek na péči, ale bylo nám řečeno, že na to nemáme nárok.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: To nedokážu posoudit.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Rozsah služeb CDZ, které dokáží pokrýt většinu potřeb klienta, jsou největší přidanou hodnotou.



5. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta CDZ

Identifikace CDZ	CDZ ESET
Respondent	Rodinný příslušník klienta
Termín uskutečnění rozhovoru	18. 1. 2021
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

T: Proč využíváte služeb CDZ? *(nechat respondenta vyprávět co nejvíce samostatně)*

R: Pro nás je to vlastně zatím nejlepší péče, která mu byla poskytnuta. Nepotřebujeme změnu.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?

R: Na střední škole. Postupně to vygradovalo až do hospitalizace, která se opakovala. Ač jsme ze zdravotnické rodiny, tehdy to pro nás bylo úplně nepředstavitelné.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Úplně to změnilo náš život. Měl jít na vysokou školu, dobře se učil a nebyl líný, takže by to tak asi pokračovalo. Na vysokou zatím nenastoupil, já vlastně ani nevím, jestli by ten stres ze zkoušek a tak byl pro něj dobrý, takže možná zůstane jen se střední školou. Takže ta nemoc vlastně omezila možnosti všeho školy, práce. Předtím to byl bezproblémový kluk a najednou tohle. Nás to ovlivnilo do té míry, že jsme museli mnohem víc začít pečovat o jeho zdraví. Péče byla hlavně na mně. Byly období, kdy jsem nemohla moc pracovat. Naštěstí nás manžel dokáže uživit i tak.

T: Jaké zdravotní služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: Jezdili jsme do Bohnic. Tam rovněž pobýval když byl dlouhodobě hospitalizován. Sehnala jsem i vlastního psychiatra, který nám pomáhal, spíš to však byl jenom druhý názor, který se většinou od ošetřujícího doktora nelišil.

T: Jaké sociální služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

R: Žádné jsme nevyužívali, nebylo to potřeba. Dokázali jsme kromě zdravotní části zajistit prakticky všechno.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: Právě přes toho našeho psychiatra, který nám pomáhal. Ten nám CDZ doporučil. Četla jsem o nich i dřív, ale myslela jsem, že je to spíš o bydlení, samostatnosti a tak.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Kompletně převzali péči o syna, a to včetně léků. To bylo na začátku. Teď mu pomáhají i osamostatňováním se. Myslím si, že od nás by to tak nevzal jako od nich.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Já to hodnotím spíše pozitivně. Lékařská péče je velmi dobrá. Dokáží ho dobře namotivovat, aby dodržoval léčbu, hlavně co se týká léků, což bylo ze začátku hodně náročné, ale je to základ toho, aby se nedostával do stavu, který už není možné zvládnout doma. V tom si myslím, že je největší výhoda.



Předtím to bylo hlavně na nás. To že jsme se mohli zbavit části té zátěže nám dost pomohlo, máme zase čas řešit i jiné věci. Hlavně existuje služba kam vím, že se dá zavolat prakticky kdykoliv a oni dokážou pomoci.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Ta zdravotní péče je mnohem intenzivnější. Navíc se se synem baví jinak. On potřebuje, aby měl možnost o sobě rozhodovat. To mi přijde, že před tím moc nebylo a bylo to takové direktivní. Tady se s ním určitě víc baví o tom, co by chtěl a hlavně mu pak s tím dokážou pomoci, to v nemocnici moc nejde. Podle mě je nejdůležitější osoba psychiatra a na tu tady máme štěstí.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Dovedu si představit, že víc peněz by asi znamenalo víc služeb.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. CDZ přinesla významnou úlevu/vyšší kvalitu života nejen klientovi, ale zároveň jeho rodině.
2. Jedním z vysoce ceněných přínosů CDZ je vyšší míra zohlednění požadavků a potřeb klienta v nastavení péče a méně direktivní přístup v komunikaci s klientem.

4.5.2.3 Rozhovory se zástupci samosprávy (kraj, město)

6. Rozhovor se zástupcem krajského úřadu

Identifikace CDZ	CDZ ESET
Respondent	Zástupce Magistrátu hlavního města Prahy
Termín uskutečnění rozhovoru	16. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

T: V jaké situaci je stav psychiatrické péče v ČR?

R: Domnívám se, že je značně podfinancovaná a zaměřuje se spíše na prevenci případného škodlivého chování lidí s duševním onemocněním, než na řešení jejich zapojení do společnosti a kvalitu života jich a jejich okolí.

T: Jaký vliv má na situaci Reforma PP? Zlepšuje situaci? Proč ano, proč ne?

R: Je to běh na dlouhou trať. Myslím, že nastavené reformy jsou věcně správně, ale narazí na silný odpor u některých lidí. Je to stejná demagogie jako u inkluzivního vzdělávání a bojím se toho, že jak budou peníze z ESIF ubývat, ze státního rozpočtu to nikdo hradit nebude. To že má reforma, pokud se bavíme o CDZ, pozitivní dopad na lidi s duševním onemocněním je podle mě nezpochybnitelné. Když se bude péče psychiatra vnímat stejně jako operace slepáku, tak bude teprve vyhráno.

T: Jakým způsobem Reforma ovlivnila kraje?

R: Těžko definovat dopady na kraj.

T: Jak krajské dokumenty reflektují tuto Reformu?



R: Komunitní péče je podporována jak na úrovni kraje tak městských částí dlouhodobě. Podporujeme sociální část poměrně významně si myslím. Reforma je zanesena do dokumentů přiměřeně. V Praze byl princip CDZ v řadě oblastí již vlastně realizován, posílení zdravotní složky však možná přinese větší stabilitu.

T: Jak vnímáte koncept CDZ?

R: Velmi pozitivně a dlouhodobě ho podporuji. Myslím, že to může mít i celkově pozitivní saldo, pokud se sečtou všechny přínosy a dopady na blízké okolí a schopnost zapojit se do normálního života.

T: Daří se podle Vašeho názoru tento koncept v ČR naplňovat? Je způsob, jakým CDZ vznikají, adekvátní?

R: Nemohu posoudit celkově. Domnívám se, že v Praze CDZ vznikala hlavně na platformách již existujících sociálních služeb, takže nebylo třeba dlouhých startovacích procesů.

T: Jak významná je pro krajskou samosprávu existence CDZ v Praze?

R: Je to nedílná součást péče o občany s duševním onemocněním. Myslím, že si už řada kolegů bez nich ani svou práci nedovede představit.

T: V jak úzkém kontaktu je kraj s tímto CDZ? Na čem konkrétně spolupráce probíhá?

R: Tohle já nedokážu přesně říct, ale myslím, sociální složka je řešena v úzké spolupráci

T: Má kraj nějaký koncept, podle něhož předpokládá do budoucna financovat sociální část CDZ?

R: Určitě předpokládáme další podporu, a to ve spolupráci s městskými částmi

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Vysoká podpora konceptu CDZ ze strany kraje umožňuje získávat podporu CDZ i v dalších letech.
2. Reforma psychiatrické péče má rizika spojené s odporem významných aktérů a existuje podstatné riziko toho, že argument zvyšování kvality života nebude laickou veřejností vnímán jako podstatný.

7. Rozhovor se zástupcem městské části

Identifikace CDZ	CDZ ESET
Respondent	Zástupci MČ Praha 10: Zaměstnanec odboru sociálního a vedoucí pracovník odboru sociálního
Termín uskutečnění rozhovoru	20. 1. 2021
Forma rozhovoru	Videorozhovor

T: Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ na Praze 10?

R: S CDZ úzce spolupracujeme, a to od začátku jejich vzniku. Naši městskou část obsluhuje jak ESET, tak Podskalí. Mají to rozdělené až do úrovně ulic.

T: Jak vnímáte koncept CDZ?



R: Vnímáme ho jako velice potřebnou službu našim obyvatelům, která výrazně zvyšuje kvalitu jejich života.

T: Jak intenzivní je spolupráce mezi městem a CZD (resp. mezi městem a zřizovateli CDZ)? Uvedte, prosím, konkrétní aktivity.

Spolupracujeme velice úzce. V rámci našich sociálních služeb využíváme úzké spolupráce s CDZ. Pokud máme nějakého klienta a víme, že je vhodným adeptem na spolupráci s CDZ, přímo je kontaktujeme a propojujeme. Výrazně nám ulehčují práci zejména s klienty, se kterými si díky jejich aktuálnímu stavu nedokážeme poradit. Když při práci narazíme na někoho, s kým si nedokážeme poradit, obrátíme se CDZ a ti dokážou s klientem pracovat i po zdravotní stránce, a to přitom u něj doma. To je obrovská pomoc a výrazně tak dokážeme předcházet stavům, kdy je třeba klienta „zajistit“ odvozem do nemocnice. Pomáhají nám i se zabydlováním m klientů, kde je jejich pomoc prakticky nenahraditelná.

Uvědomujeme si nenahraditelnost CDZ, a proto je nadstandardně finančně podporujeme v rámci grantové politiky městské části, kdy se jedná o nižší řády stovek tisíc ročně, což je s ohledem na alokaci grantové podpory zcela nestandardní výše podpory. Zároveň pomáháme i s aktivním informováním o možnostech dalších zdrojů externího financování. Zapojujeme je i do veletrhu sociálních služeb, kde mají vždy svůj stánek. Spolupráce probíhá i v rámci OSPOD.

Mezi místními poskytovateli zdravotních služeb - praktiky jsme provedli osvětovou kampaň, která je informovala o vzniku CDZ a jeho službách.

T: Jak město / veřejnost přijímá existenci CDZ (a vůbec existenci služeb psychiatrické péče) ve městě? Jaká je historie tohoto „přijímání“?

R: Se zástupci CDZ spolupracujeme dlouhodobě, jedná se o etablované společnosti, které obdobné aktivity realizovali ještě před vznikem CDZ. Je důležité, že se posílila zdravotní složka, která je nesmírně důležitá, aby byla vykonávána co nejbliž klientovi. Důležité je, že zdravotníci k nám přistupují jako k partnerům. To není vždy zvykem, v některých případech k našim pracovníkům nevystupují z pozice rovného, což může negativně ovlivňovat spolupráci.

T: Jak přítomnost CDZ ovlivňuje situaci ve městě? Co CDZ městu přináší?

R: Je to naprosto klíčová služba pro naše občany s duševním onemocněním. Péče, která je poskytována velmi rychle, profesionálně a s dostatečně širokým týmem, který se dokáže o klienta postarat po všech stránkách. Pro nás je to vlastně takový malý zázrak, jak se dokáže postarat o naše klienty. Zejména ta zdravotní složka péče je naprosto unikátní a potřebná.

T: Jakým způsobem město může do budoucna přispět k zajištění fungování CDZ do budoucna?

R: Nadále budeme CDZ v případě dostupnosti zdrojů podporovat v rámci grantové politiky. Zároveň chceme přispívat k destigmatizačním aktivitám v rámci osob s duševním onemocněním. To považujeme za nezbytné pro další rozvoj vhodné péče o lidi s duševním onemocněním.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. CDZ je nenahraditelnou službou občanům s duševním onemocněním. Význam je tak velký, že CDZ městská část nadstandardně podporuje v rámci své grantové politiky.
2. Změna paradigmatu v partnerský vztah mezi zdravotníky a zástupci městské části má vysoce pozitivní dopad na efektivitu spolupráce.



4.5.2.4 Rozhovory s dalšími psychiatrickými zařízeními či sociálními službami v regionu

8. Rozhovor se zástupcem zdravotnického zařízení

Identifikace CDZ	CDZ ESET
Respondent	Zdravotník PN Bohnice
Termín uskutečnění rozhovoru	13. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

T: Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ ESET?

R: Koncept znám. Bohnice jsou zapojeny do CDZ P8.

T: Spolupracujete nějakým způsobem s CDZ? Jak konkrétně? Jak se spolupráce postupně vyvíjela?

R: Spolupracujeme úzce, jsme součástí CDZ P8 a spolupracujeme i s ostatními CDZ. S ESET spolupracujeme také. Spolupráce ze strany PN je velmi otevřená, záleží spíš na CDZ. Standardně spolupracujeme na jednotlivých klientech v rámci jejich pobytu/hospitalizace a následně jsou předáváni do péče CDZ, dle spádovosti, i když ani tam někdy spádovost není vždy dodržována. Teď s covid je to trochu komplikovanější. Důležité pro nás je, aby byla zajištěna kontinuita péče i mimo zdravotnické zařízení, k čemuž často dochází.

T: Jakým způsobem se proměnila Vaše práce v souvislosti s existencí CDZ? Co přibylo, co ubylo za agendu? (Pro psychiatry v lokalitě též: Změnila se míra poptávky po Vašich službách, resp. struktura klientů v souvislosti se vznikem CDZ?)

R: Posun konceptu CDZ, který v mnoha ohledech běžel už před projektem je značný. Péče o klienty se přesouvá z instituce do prostředí klientovi bližšího. Mnohem více se mu přizpůsobuje péče z hlediska obsahu i času, kdy mu je péče poskytována. Je evidentní menší počet rehospitalizací i zkrácení pobytu.

T: Jaký podíl Vašich klientů má nějakou návaznost na některé CDZ? Jak tato provázanost vypadá?

R: Řekl bych že výrazně přes 50%. Záleží na oddělení.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: Je to určitě správný směr. Psychiatrická péče byla výrazně poddimenzovaná a v řadě případech i pacienta poškozovala, pokud to srovnám se stavem zapojení multidisciplinární péče. Co je škoda, že změnu musely nastartovat evropské dotace a nenašly se peníze ze státního rozpočtu. Přitom ty peníze investované do lidí se nutně musí vrátit a je to vidět, jak se stav pacientů a jejich schopnost zvládat postarat se o sebe zlepšuje.

T: Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?

R: Naprosto klíčové je zajistit dlouhodobě udržitelné financování. Bojím se, že až se začne vykazovat v rozsahu, který bude třeba k tomu, aby CDZ udržely stávající laťku, tak se postupně začnou ozývat



hlasy, že je třeba činnost utlumit, aby zůstaly peníze na „standardní“ péči. To samé se může stát i s tou sociální složkou, která ještě často závisí i na (z)vůli kraje. Je nutné vytvářet evidenci toho, jak ta změna přispívá pacientům. Kdo ale v rodině nemá zkušenost s duševním onemocněním, nedokáže podle mě moc pochopit, jak hrozně je důležité se tomu pacientovi skutečně věnovat. Obávám se, aby Covid nezpůsobil, že se ty výsledky rychle zapomenou. Ta konstelace z úvodu reformy už nemusí nikdy nastat.

Potom si myslím, že je vhodné vyrovnávat podmínky lidí ze sociální a zdravotní části. Pokud někdo dělá co se týče náročnosti obdobnou práci, měl by být i stejně odměněn. Jinak to může vést k tomu, že pořád bude mezi těmi lidmi nějaká propast, kterou bude pořád nutné překonávat a někdo pak může mít mylnou představu o tom, že je hodnotnější, protože vystudoval lepší vysokou školu a dostává víc peněz za míň práce.

V rámci CDZ by pak nemuselo být od věci, hodnotit jejich aktivitu/kvalitu a tlačit je třeba peněží (nějakými bonusy) k tomu, aby tu kvalitu neustále zvyšovaly.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Spolupráce PN Bohnice s řadou CDZ, zejména na P8, kde je aktivně zapojena. S CDZ ESET rovněž, podle spádu klientů.
2. Zmíněná obava z toho, že se kroky Reformy začnou omezovat na základě hlasů upozorňujících na to, aby se peníze vrátily do „standardní“ péče.
3. Za důležité je považováno vyrovnat podmínky pracovníků ze sociální i zdravotní péče.

9. Rozhovor se zástupcem zdravotnického zařízení

Identifikace CDZ	CDZ ESET
Respondent	Hlavní sestra nemocnice poskytující psychiatrické služby + psychiatrická sestra
Termín uskutečnění rozhovoru	19. 2. 2021
Forma rozhovoru	Videorozhovor

T: Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ na Praze 10?

R: S konceptem CDZ jsme obeznámeny velmi dobře, a to jak na teoretické, tak praktické úrovni.

T: Spolupracujete nějakým způsobem s CDZ? Jak konkrétně? Jak se spolupráce postupně vyvíjela?

R: Zařízení spolupracuje s CDZ Podskalí od roku 2017, od roku 2018 skoro na všech odděleních. V menší míře rovněž spolupracují s CDZ Praha 10. Spolupráce s CDZ je velmi úzká a probíhá na denní bázi. CDZ Podskalí zabezpečuje cca 80-90% všech klientů, kteří jsou „sdílení“ s CDZ. Zástupci CDZ docházejí přímo k nám do zařízení a kontaktují jednotlivé klienty (cílem je nakontaktovat jich co nejvíce). Následně s nimi pracují po té, co již služby zařízení nejsou využívány. V případě opakované hospitalizace své klienty navštěvují přímo na oddělení.

V současné době spolupráce s CDZ Praha 10 na rozdíl od jiných CDZ prakticky neprobíhá, po vypuknutí epidemie již k nám do zařízení zástupci ESET nedocházejí a kontakt byl omezen na minimum.



T: Jakým způsobem se proměnila Vaše práce v souvislosti s existencí CDZ? Co přibylo, co ubylo za agendu? (Pro psychiatry v lokalitě též: Změnila se míra poptávky po Vašich službách, resp. struktura klientů v souvislosti se vznikem CDZ?)

R: Dochází k úzké spolupráci se zástupci CDZ a to v rámci nastavených pravidel multidisciplinarity. Struktura klientů ani poptávka se nezměnila. Došlo však k významnému snížení rehospitalizací o téměř polovinu. To je obrovská změna, která je nesmírně přínosná pro celý systém, nejen pro pacienty. Zároveň dochází i k významnému snížení doby hospitalizace.

Důležité je, že jsou CDZ zacílení SME pacienti

T: Jaký podíl Vašich klientů má nějakou návaznost na CDZ v ...? Jak tato provázanost vypadá?

R: U pacientů s SME u akutních oddělení je to více než 50% lidí. Snažíme se navazovat úplně všechny pacienty. U 40 % lidí skutečně pak navázaná spolupráce s CDZ pokračuje i po ukončení hospitalizace. Jakoukoliv spolupráci s CDZ odmítá cca 35% mužů a 30 % žen. Tyto osoby se s někým mimo zaměstnance nemocnice nechtějí bavit. Velkou roli odmítnutí/přijetí spolupráce často hrajou i rodiny pacientů. Velmi často je to právě rodina, která pacientovi vymluví spolupráci s CDZ. Důvodem je mnohdy obava, že rodina ztratí vliv na další postup léčby.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: Za tu dobu, po kterou s CDZ spolupracují je péče o pacienty opravdu příkladná a jsou jasně znát výsledky. Bohužel jsou značné rozdíly mezi jednotlivými CDZ. V rámci Prahy 10 je CDZ velice pasivní a spolupráce by mohla být mnohem širší (v současnosti prakticky neprobíhá), jako například v případě CDZ Podskalí, které v některých případech dokonce přebírá i klienty, kteří místně spadají pod ESET.

T: Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?

R: V rámci spolupráce s CDZ by bylo vhodné zlepšit efektivitu řízení jednotlivých casů. Často jsou diskuze o dalším postupu neefektivní. Všechny CDZ by měla dodržovat standard/metodiku multidisciplinarity. Je vhodné nadále pracovat na odstranění předsudků mezi CDZ a historicky ukotvenými poskytovateli zdravotní péče v oblasti duševního zdraví.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Zapojení CDZ do spolupráce s poskytovateli zdravotních služeb není stejné, dochází k významným rozdílům.
2. Činnost CDZ má pozitivní dopad na snížení rehospitalizací a délky hospitalizace.
3. Důležitým nástrojem pro akvizici klientů ze strany CDZ je aktivní přítomnost v rámci lůžkové péče.
4. Část klientů nevyužívá služeb CDZ z důvodu odporu jejich rodinných příslušníků, který je způsoben obavami ze ztráty kontroly nad vývojem péče o jejich příbuzné/blízké.



10. Rozhovor se zástupcem zdravotnického zařízení

Identifikace CDZ	CDZ ESET
Respondent	Praktický lékař působící na území Prahy 10
Termín uskutečnění rozhovoru	14. 1. 2021
Forma rozhovoru	Videorozhovor

T: Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ na Praze 10?

R: Mám obecnou informaci, částečně zprostředkovanou jedním ze svých kmenových pacientů. Když jste se ozval s rozhovorem, tak jsem si prošel webové stránky Fokusu.

T: Spolupracujete nějakým způsobem s CDZ? Jak konkrétně? Jak se spolupráce postupně vyvíjela?

R: Nespolupracuji s konkrétním CDZ, pochopil jsem, že moji pacienti jsou rozděleni podle místa bydliště. Já mám pacienty z celé Prahy, takže bych musel spolupracovat teoreticky se všemi, které v Praze jsou. V případě potřeby jsem schopen je nasměrovat, že si mají najít možnost CDZ, s konkrétním zařízením ale nespolupracuji.

T: Jakým způsobem se proměnila Vaše práce v souvislosti s existencí CDZ? Co přibýlo, co ubylo za agendu? (Pro psychiatry v lokalitě též: Změnila se míra poptávky po Vašich službách, resp. struktura klientů v souvislosti se vznikem CDZ?)

R: Praxe se moc nezměnila, dokáži dát obecnou informaci o existenci CDZ.

T: Jaký podíl Vašich klientů má nějakou návaznost na CDZ v ...? Jak tato provázanost vypadá?

R: Víím o jednom pacientovi, který jejich služby pravidelně využívá. Zároveň je mým pacientem i jeho žena.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: Z informací, které mám, mi to přijde jako vhodné řešení. Pro mě je důležitá zejména ta zdravotní část. Ze zkušenosti víím, že sehnat v době kdy to akutně potřebujete ambulantu je prakticky nemožné. Tady si myslím, že jestli jsou schopni intervenovat velmi rychle, tak to pro řadu duševně nemocných znamená velkou výhodu.

T: Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?

R: Myslím si, že i v souvislosti s Covidem by bylo vhodné zavést nástroj pro sebediagnostiku onemocnění a nějakou online poradnu. Nemuseli by to vyplňovat samotné osoby s duševním onemocněním, ale například jejich rodinní příslušníci. Vidím to i v ordinaci, že i o Alzheimerovi se lidé často ostýchají bavit, a to je u závažných psychických onemocnění ještě mnohem horší.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Praktický lékař má základní informace o CDZ a jeho působnosti a doporučuje jeho využití svým pacientům.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



2. Stigma duševního onemocnění je stále velice významnou bariérou zahájení léčby. Vhodným nástrojem pro odstranění této bariéry je online sebediagnostika.



5 Rozhovory se zástupci zdravotních pojišťoven

Přepisy neobsahují úvodní a závěrečné části rozhovoru (tj. představení, získání souhlasu se záznamem rozhovoru, poděkování); omezují se na věcnou podstatu tématu rozhovoru.

1. Rozhovor se zástupcem VZP ČR

Termín uskutečnění rozhovoru	6. 8. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Jak dobře byly pojišťovny obeznámeny s přípravou vzniku a s dosavadním fungováním CDZ?

Respondent (R): Stoprocentně, protože jsem je připravoval.

T: Jak konkrétně byla pojišťovna zapojena do přípravy a pilotního provozu CDZ?

R: Architekturu jsme dělali my na VZP, vznikla smlouva, která kryla provozní pilotní fázi, pak přešla do ostrých úhrad, od začátku jsme se tomu věnovali a kontrolovali.

T: S jakými očekáváními zdravotní pojišťovna do přípravy CDZ vstupovala? Podařilo se očekávání naplnit?

R: Částečně. Očekávali jsme masivnější přísun klientů a naplnění personálních kapacit, to se nám zatím nedaří. Počet klientů je přímo úměrný počtu personálu. Pokud dojde k uvolnění personálu z lůžkové péče, sekundárně se zvýší počet klientů.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: Hodnotím pozitivně.

T: Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?

R: Daleko větší důraz na plánování sociálního zabezpečení. Ubytování, začlenění do rodiny, podpora zařazení klientů do pracovního procesu, jsou-li toho schopni. Jednoznačná garance služeb a finančních prostředků na sociální péči do budoucna. Není systematický přístup k tomu kolik peněz a do jakých míst.

T: V čem konkrétně se dle zdravotní pojišťovny liší zdravotní péče poskytovaná CDZ od působení ostatních zdravotních služeb v oboru psychiatrie (např. ambulantního psychiatra, klinického psychologa)?

R: V komplexnosti. Z prvních dat z ÚZIS je jasné, že zatímco klient bez dalších služeb tápe, ať už v zajištění zdravotní tak i sociální péče, tak v CDZ má zajištěnu komplexitu péče.

T: Jak hodnotíte multidisciplinaritu CDZ? Je propojení zdravotních a sociálních služeb pro zdravotní pojišťovnu komplikací; pokud ano, v čem konkrétně komplikace spočívá a jak jste si s ní poradili?

R: Jednoznačně pozitivně. Vedle CDZ existují další projekty k podpoře multidisciplinaritativy zdravotních služeb. Pokud se soustředíme na CDZ, jednoznačně oceňujeme komplexitu. Jsou malinko technické problémy při návštěvě pracovníků CDZ u pacientů v lůžkovém zařízení ve fázi převzetí do péče, jak ocenit rozsah péče u hospitalizovaného pacienta.



T: Je něco, co se musí v rámci institutu CDZ změnit, aby bylo zařízení typu CDZ maximálně efektivní?

R: Zaměřit se více na transformační plány následné lůžkové péče. Poněkud nám brzdí uvolnění personálu do terénní péče.

T: Jak probíhala příprava nastavení systému zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování pro CDZ?

R: My jsme počítali s bonifikační úhradou, s vykazováním speciálních kódů VZP. Nesou v sobě určitou režii na systém, hodnota bodu je také bonifikační, nastavená k určité úrovni nákladů plus motivační faktor.

T: Máte poznatky z praxe CDZ, která už nejsou financována z ESF, o tom, zda je financování zdravotních služeb nastaveno adekvátně? Jsou už k dispozici podněty o tom, že je třeba provést úpravu systému? Pokud ano, jaké změny se jeví jako potřebné?

R: Zpětná vazba je poměrně dobrá, nedošlo k žádnému otřesu. Proto jsme zaváděli novou odbornost 350, abychom minimalizovali zátěž. Kdybychom vážali vykazování na existující odbornosti, tak bychom museli žádat další položky dokumentace. Multidisciplinární odbornost 350 minimalizuje administrativní zátěž, např. eliminuje žádanky u klasických vztahů psychiatrické sestry a lékaře.

T: Jaký je finanční dopad reformy PP na zdravotní pojišťovnu? Zpracovávali jste nějaké studie či predikce?

R: Finanční dopad z pilotních projektů pro nás nebyl zatím žádný. Těch 5 ukončených projektů, které přešly k běžnému financování, nás nezaskočilo, nedošlo k naplnění personálních kapacit. Hospodaříme s 212 mld. Kč, CDZ se pohybují v řádu deseti miliónů, CDZ byly vyčleněny v dohodovacím řízení jako mandatorní výdaje, podobně jako léky a speciální kapacity.

T: Počítá zdravotní pojišťovna do budoucna s fungováním plánovaného počtu 100 CDZ v ČR? Co je předpokladem dalšího rozšiřování sítě CDZ?

R: VZP plně podporuje reformu psychiatrické péče a vnímá cíl 100 CDZ. K vytvoření 100 CDZ je nutné provést masivní změny v následné lůžkové péči. V krátkém časovém horizontu je cíl 100 CDZ nereálný. VZP určitě nechce jít cestou změkčování personálního vybavení CDZ pro dosažení cíle 100 CDZ.

T: Zaregistrovala zdravotní pojišťovna v souvislosti se spuštěním CDZ dopad do jiných zdravotních služeb (např. menší objem výkonů v psychiatrických nemocnicích)?

R: Samozřejmě, jde o celý systém opatření, transformační plány, legalizace akutní lůžkové péče, vidíme pozitivní trend úbytku ošetrovacích dnů následné lůžkové péče.

T: Jaký je dopad reformy PP na kvalitu poskytované psychiatrické péče? Zpracovávali jste už analýzy, příp. plánujete takové analýzy v budoucnosti?

R: Kvalita péče? Je otázka, o čem je řeč. Zavedli jsme GAF a HONOS metody, čas na vyhodnocení je zatím příliš krátký.

Klíčová zjištění rozhovoru:

3. VZP ČR zaznamenává trend úbytku ošetrovacích dnů následné lůžkové péče v psychiatrických nemocnicích



4. VZP ČR doporučuje větší důraz na plánování sociálního zabezpečení v celé šíři, tj. Ubytování, začlenění do rodiny, podpora zařazení klientů do pracovního procesu

2. Rozhovor se zástupcem RBP ZP a zároveň nominovaným zástupcem Svazu zdravotních pojišťoven ČR

Termín uskutečnění rozhovoru 7. 9. 2020

Forma rozhovoru Videorozhovor

Tazatel (T): Jak dobře byly pojišťovny obeznámeny s přípravou vzniku a s dosavadním fungováním CDZ?

Respondent (R): Do projektu jsem nastoupila teprve loni, po dr. Havrlantovi, úplně jsem se začátkem nebyla seznámena. Podle zjištění z ostatních ZP před každým vznikem CDZ probíhá důkladná příprava a existuje projekt. Víme, jak CDZ bude vypadat, známe personální obsazení, máme dobré informace. V pilotním programu je předčasné hodnotit fungování CDZ. Učí se vykazování péče, v případě nezbytných upřesnění spolupracujeme na seminářích.

T: Národní ústav duševního zdraví chtěl vypisovat zakázku na specifický informační systém pro CDZ. Vykazují CDZ prostřednictvím zvláštního informačního systému?

R: Vykazují prostřednictvím Portálu ZP, standardně jako ostatní péče, pouze s nulovou hodnotou.

T: Jak konkrétně byla pojišťovna zapojena do přípravy a pilotního provozu CDZ?

R: Jelikož jak VZP, tak ZZP jsou členy výkonného výboru a jeho skupin, byli jsme zapojeni do přípravy. Také jsme se účastnili hodnotících komisí při žádostech o pilotní projekty CDZ.

T: S jakými očekáváními zdravotní pojišťovna do přípravy CDZ vstupovala? Podařilo se očekávání naplnit?

R: ZZP předpokládaly, že současně se vznikem CDZ dojde ke snížení počtu lůžek následné péče v psychiatrických nemocnicích (PN), zkrátí se doby hospitalizace, rozvine se akutní péče alepší organizace péče o duševně nemocné. K naplnění zatím nedošlo. K úbytku lůžek dochází postupně, ne podle transformačních plánů, všechno je zpomaleno. Nedochozí k rozvoji lůžkové akutní psychiatrické péče. Redukce lůžek následné péče měla jít ruku v ruce se zřízením CDZ. Brzdou je také dvojitý financování, jinak sociální a jinak zdravotní část. Zdravotní část z pohledu financování funguje, sociální drhne na ochotě a přístupu některých krajů.

T: ZP jsou schopny zaznamenat úbytek lůžek následné péče z vykazovaných údajů k úhradám?

R: Ne, o redukci musí léčebny žádat. V rozporu s transformačními plány o to požádala zatím jenom jedna nemocnice. Úbytek vykazování zatím nevidíme, čerstvě požádala PN Opava, možná to uvidíme v příštím roce.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: Určitě pozitivně. Myslíme si, že výhodou je multidisciplinární přístup, zahrnující zdravotní i sociální oblast. To je důležité pro každého klienta, přicházejícího z PN. Mají problém se sociálním začleněním. Přestože byla zajištěna zdravotní péče, docházelo kvůli problémům se začleněním k rehospitalizacím. Do budoucna ve vazbě na CDZ očekáváme omezení nebo oddálení rehospitalizací.



T: Vedle vašeho pozitivního přijetí, setkala jste si i s jinými názory?

R: Určitě. Existují obavy z obtížného personálního naplnění CDZ, které je prezentováno jako poměrně široké, 100 CDZ není možné personálně naplnit. Hodně se ozývají doporučení po spíše menších multidisciplinárních týmech.

T: Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?

R: Největším problémem je personál. Věnovat se systému vzdělávání a zatraktivnit obor psychiatrie pro lékaře i sestry, aby do něj měli ochotu vstupovat.

T: Počítají ZPP s odporem dosavadních příjemců plateb za lůžka následné péče o lidi s duševním onemocněním jako s rizikem?

R: Předpokládáme, že ne. CDZ vznikají ve spolupráci s PN. Je to sice o přesunu peněz, ale nemělo by to nastat.

T: V čem konkrétně se dle zdravotní pojišťovny liší zdravotní péče poskytovaná CDZ od působení ostatních zdravotních služeb v oboru psychiatrie (např. ambulantního psychiatra, klinického psychologa)?

R: Spolupráce psychiatra, psychologa a psychiatrické sestry, což v terénu často nefunguje. Je to přínos k péči o pacienta.

T: Jak hodnotíte multidisciplinaritu CDZ? Je propojení zdravotních a sociálních služeb pro zdravotní pojišťovnu komplikací; pokud ano, v čem konkrétně komplikace spočívá a jak jste si s ní poradili?

R: Hodnotíme ji pozitivně. Vadí nám neostrá hranice mezi zdravotní a sociální péčí, kdy často není jasné, kdo bude jakou péči hradit. Pokud by financování probíhalo z jednoho balíku peněz, nedocházelo by k tomu. Je tam dvojí registrace, rozdílné zákonné regulace, nastávají problémy.

T: Jste schopni si dohledat, jestli už klient nastoupil do práce, jestli přináší peníze navíc?

R: Jestli se změnilo zařazení klienta do normálního života, nejsme schopni zjistit.

T: Je něco, co se musí v rámci institutu CDZ změnit, aby bylo zařízení typu CDZ maximálně efektivní?

R: Zakotvit CDZ do zákonů a vyhlášek, upravit mechanismy financování k zajištění udržitelnosti, aby CDZ nebyla zásadně závislá na krajích v oblasti financování sociální části. Konkrétní negativní dopady jsme zaznamenali ve Zlínském kraji. Nezužovat personální vybavení, např. ve smyslu úpravy Vyhlášky 99/2012 s radikálním omezením personálního vybavení CDZ. Pokud snížíme psychiatry a psychology na 0,4 úvazků, nebudou se schopni personálně udržet pro malý objem vykazované péče.

T: Jak byste komunikovala s veřejností, co CDZ znamená?

R: Veřejnost se dozvídá o duševně nemocných pouze, když se něco stane. Nejlépe by bylo komunikaci vést prostřednictvím pacientů, ukázat, že jsou schopni zapojit se do normálního života. Působit více prostřednictvím patientských organizací, propagovat život reálných osob ve společnosti mimo PN.

T: Budou ZP schopny změřit, kolik projekt CDZ zachránil ve finančním projevu?

R: Určitě. Můžeme posoudit zkrácení doby hospitalizace, dokážeme posoudit omezení rehospitalizací, budeme moci zjistit úbytek plateb.



T: Jak probíhala příprava nastavení systému zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování pro CDZ?

R: Nastavení od počátku fungovalo, ale o přenastavení jednáme. Pracuje skupina pro úpravu seznamu výkonů v odbornostech 350 a 910. V pilotním projektu byly vykazovány kódy VZP, ZZP je přijaly, existovaly signální výkony pro markery péče v CDZ. Doprava a některé souběhy výkonů jsou nastaveny špatně.

T: Máte poznatky z praxe CDZ, která už nejsou financována z ESF, o tom, zda je financování zdravotních služeb nastaveno adekvátně? Jsou už k dispozici podněty o tom, že je třeba provést úpravu systému? Pokud ano, jaké změny se jeví jako potřebné?

R: Máme signály od CDZ, která přešla do ostrého provozu v lednu 2020. Financování bylo pokříváno dopady epidemie COVID, muselo docházet k úpravám v nastavení týmů, ale zatím nemáme signály, že by se nebyla schopna uživit.

T: V souladu s vaším doporučením k zajištění aktivního vstupu uchazečů do systému přípravy psychiatrů je potřebné upřesnění. Počet lidí poskytující péči v oblasti psychiatrické péče by se měl zvětšit, objem finančních prostředků za úhrady v psychiatrii by se měl zvětšit?

R: Počet profesionálů v oboru psychiatrické péče by se měl zvětšit. Kooperující poskytovatelé avizují, že v terénu existují klienti, kteří péči CDZ potřebují, nelze je propustit, nemá se jich kdo ujmout.

T: Jaký je finanční dopad reformy PP na zdravotní pojišťovnu? Zpracovávali jste nějaké studie či predikce?

R: Predikce jsme nedělali. Nějakou studii dopadů představilo MPSV.

T: Počítá zdravotní pojišťovna do budoucna s fungováním plánovaného počtu 100 CDZ v ČR? Co je předpokladem dalšího rozšiřování sítě CDZ?

R: Sto CDZ v budoucnu je z našeho pohledu poněkud přehnaná představa, bude vyžadovat silné personální obsazení.

T: Zaregistrovala zdravotní pojišťovna v souvislosti se spuštěním CDZ dopad do jiných zdravotních služeb (např. menší objem výkonů v psychiatrických nemocnicích)?

R: Zatím je brzo, úbytek péče jsme nemohli zaznamenat.

T: Jaký je dopad reformy PP na kvalitu poskytované psychiatrické péče? Zpracovávali jste už analýzy, příp. plánujete takové analýzy v budoucnosti?

R: ÚZIS by měl vyhodnocovat charakteristiky, ZZP se přiklání k názoru, že aspekty kvality zatím je obtížné posuzovat.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Podle RBP ZP nedochází k rozvoji akutní lůžkové psychiatrické péče v souladu se záměry reformy
2. Financování sociální složky z rozpočtů krajů je příčinou nerovného přístupu v mezi regiony



3. Rozhovor se zástupcem ZPMV ČR

Termín uskutečnění rozhovoru 18. 1. 2021

Forma rozhovoru Videorozhovor

Tazatel (T): Jak dobře byly pojišťovny obeznámeny s přípravou vzniku a s dosavadním fungováním CDZ?

Respondent (R): Z obecného pohledu naše zapojení bylo uspokojivé, z pohledu finančního jsme vzrůst nákladů byli schopni odhadnout pouze předběžně.

T: Jak konkrétně byla pojišťovna zapojena do přípravy a pilotního provozu CDZ?

R: V rámci jednání Svazu zdravotních poměrně komplexně.

T: S jakými očekáváními zdravotní pojišťovna do přípravy CDZ vstupovala? Podařilo se očekávání naplnit?

R: Odpověď se formuluje poněkud obtížně. Zatím se naše očekávání nenaplnuje, ještě proces není ve fázi, kdy bychom mohli hodnotit.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: Skoro ve všech oblastech poskytování zdravotní péče je potřebné soustředění na nové prvky péče. Takže ano, rozvoj je potřebný.

T: Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?

R: Intuitivně mohu říci, že změny jsou nezbytné. Samy pojišťovny by neměly být jediným hybatelem změn.

T: V čem konkrétně se dle zdravotní pojišťovny liší zdravotní péče poskytovaná CDZ od působení ostatních zdravotních služeb v oboru psychiatrie (např. ambulantního psychiatra, klinického psychologa)?

R: Posuzujeme ekonomicko-medicínské dopady. Cítil jsem, že při změně organizace péče musíme očekávat nárůst nákladů a vznik rizika, že ekonomické dopady převáží nad medicínským přínosem. Bohulibé záměry často končí růstem nákladů bez zlepšení.

T: Jak hodnotíte multidisciplinaritu CDZ? Je propojení zdravotních a sociálních služeb pro zdravotní pojišťovnu komplikací; pokud ano, v čem konkrétně komplikace spočívá a jak jste si s ní poradili?

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

T: Je něco, co se musí v rámci institutu CDZ změnit, aby bylo zařízení typu CDZ maximálně efektivní?

R: Z pohledu získaných zkušeností zatím nevnímám úplně přesně oblast, ve které by změny byly přínosem.

T: Jak probíhala příprava nastavení systému zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování pro CDZ?

R: V převážné míře příprava proběhla dobře.



T: Máte poznatky z praxe CDZ, která už nejsou financována z ESF, o tom, zda je financování zdravotních služeb nastaveno adekvátně? Jsou už k dispozici podněty o tom, že je třeba provést úpravu systému? Pokud ano, jaké změny se jeví jako potřebné?

R: Z finančního pohledu nevznikl problém. CDZ jsme zařadili do základního fondu, jsme s jejich existencí smířeni a budeme je financovat.

T: Jaký je finanční dopad reformy PP na zdravotní pojišťovnu? Zpracovávali jste nějaké studie či predikce?

R: Zpracovávali jsme studie, z pohledu medicínského i finančního. Už jenom proto, že musíme centra zahrnout do zdravotně pojistného plánu. Očekáváme růst nákladů, jak k tomu dochází vždy při zavedení nové zdravotní služby.

T: Počítá zdravotní pojišťovna do budoucna s fungováním plánovaného počtu 100 CDZ v ČR? Co je předpokladem dalšího rozšiřování sítě CDZ?

R: Opět musím konstatovat, že je těžké odpovědět. Nevíme, kam se pohne počet indikovaných pacientů po zahájení činnosti všech dosud schválených CDZ.

T: Zaregistrovala zdravotní pojišťovna v souvislosti se spuštěním CDZ dopad do jiných zdravotních služeb (např. menší objem výkonů v psychiatrických nemocnicích)?

R: Jiné očekávané dopady jsme nezaznamenali.

T: Jaký je dopad reformy PP na kvalitu poskytované psychiatrické péče? Zpracovávali jste už analýzy, příp. plánujete takové analýzy v budoucnosti?

R: Z pohledu dopadů na kvalitu péče jsme studii nerealizovali.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Hranice mezi sociální a zdravotní péčí jsou nejasné. U ZP trvá obava, že z fondů zdravotního pojištění jsou kryty i náklady sociální části péče
2. CDZ zařadili ZP do základního fondu a do zdravotně pojistných plánů



4. Rozhovor se zástupcem ČPZP

Termín uskutečnění rozhovoru	2. 2. 2021
Forma rozhovoru	Po předchozí telefonické domluvě v mailové korespondenci

Tazatel (T): Jak dobře byly pojišťovny obeznámeny s přípravou vzniku a s dosavadním fungováním CDZ?

Respondent (R): ČPZP je členskou ZP v SZP ČR. Se vznikem a fungováním CDZ jsme byly spolehlivě a správně informovány, a to prostřednictvím svého zástupce v pracovní skupině k Reformě psychiatrické péče za SZP, dále prostřednictvím webových stránek a koordinací s konkrétními poskytovateli zdravotních služeb.

T: Jak konkrétně byly pojišťovny zapojeny do přípravy a pilotního provozu CDZ?

R: Při žádostech poskytovatelů o dotaci, ČPZP obdržela žádosti o stanoviska a vyjadřovala se k nim, dále probíhaly koordinační schůzky v rámci SZP ČR a VZP, v některých krajích i krajské koordinační schůzky. Aktivní účast v řídicích radách některých CDZ.

T: S jakými očekáváními zdravotní pojišťovny do přípravy CDZ vstupovaly?

R: ZP ve shodě s deklarovanou Strategii psychiatrické reformy počítaly se zvýšením podílu pojištěnců s duševním onemocněním, kteří budou moci být léčeni ve vlastním sociálním prostředí, dále s efektivnějším poskytováním zdravotní péče a pozitivním dopadem na vlastní financování.

ZP očekávají celkovou restrukturalizaci psychiatrické péče dle současných trendů vývoje medicíny.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: Vznik a vývoj CDZ je krok správným směrem v reformě psychiatrické péče. Je to kvalitativní posun v poskytování psychiatrické péče.

T: Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?

R: Pro důslednou realizaci psychiatrické reformy je potřeba intenzivní mezirezortní spolupráce. Pokud má být většímu podílu pacientů poskytována kvalitní péče v jejich vlastním sociálním prostředí, je potřeba, aby občan (zde pacient) měl v tomto prostředí přijatelné podmínky k životu (nikoliv pouze odbornou péči psychiatrického teamu). Tzn., že důležitá je spolupráce s MPSV, s krajskou samosprávou a dalšími složkami mimo rezort zdravotnictví.

Dalším doporučením by bylo zvýšit atraktivitu oboru – obecně lékaře, potažmo psychiatra, protože nedostatek odborného personálu brzdí reálnou možnost dotažení reformy jako celku. Již při vzniku CDZ jsme byli svědkem toho, že personál se přesouval mezi jednotlivými ambulancemi a reálná dostupnost psychiatrické péče ve svém důsledku zvýšena nebyla.

Na vznik je vázána i vlastní sociální péče (zajištění bydlení), zde je vhodné více provázat spolupráci.



T: V čem konkrétně se dle zdravotní pojišťovny liší zdravotní péče poskytovaná CDZ od působení ostatních zdravotních služeb v oboru psychiatrie (např. ambulantního psychiatra, klinického psychologa)?

R: Hlavní změnu očekává ČPZP v komplexnosti ambulantní péče ve všech jejích složkách (multidisciplinární team). Přínosem pro pojištěnce pak je možnost žít život ve vlastním sociálním prostředí. Nadstavbou by mohlo být i začlenění části občanů do pracovního procesu či obecně prospěšných činností pro společnost.

T: Jak hodnotíte multidisciplinaritu CDZ? Je propojení zdravotních a sociálních služeb pro zdravotní pojišťovnu komplikací; pokud ano, v čem konkrétně komplikace spočívá a jak jste si s ní poradili?

R: Multidisciplinární přístup je v tezíh opakovaně deklarován, propojení zdravotních a sociálních služeb nevnímáme jako komplikace, ale jako výzvu – v současné době ovšem prozatím nevidíme reálné výsledky „propojených služeb“. Máme za to, že na cestě k reálnému propojení musí být nejdříve politická shoda, následně praktická realizace v platné legislativě a teprve následně bude jakýkoliv projekt moci správně fungovat.

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

Opakovaně dochází k situacím, kdy konkrétní pojištěnec, který byl hospitalizován, ztratil sociální vazby na původní prostředí a má je ke stávajícím lůžkovým zdravotnickým pracovištím. Zde je nutné vyřešit zejména jejich bydlení.

T: Je něco, co se musí v rámci institutu CDZ změnit, aby bylo zařízení typu CDZ maximálně efektivní?

R: Na hodnocení činnosti CDZ je příliš brzy, možná samotní aktéři (vedoucí pracovníci těchto zařízení) jsou již nyní schopni říct, co by se dalo vylepšit. Z pohledu ZP nemáme dostatek validních dat a časovou řadu pro doporučení, nevíme přesně jak moc je reálné propojení zdravotního a sociálního systému.

Možná by bylo s výhodou na toto téma realizovat nějaké širší setkání dotčených stran (konference?).

Také si nejsme vědomi žádných změn právních předpisů, které by byly pro zlepšení činnosti multidisciplinárního fungování a financování předložené a schválené.

T: Jak probíhala příprava nastavení systému zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování pro CDZ?

R: Po ukončení financování dotace první vlny CDZ byla zpracována data o vykazování signálních výkonů. Následující zdravotní péče je již hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Příprava probíhala na půdě pracovní skupiny k seznamu zdravotních výkonů, na půdě komise pro psychiatrickou reformu za účasti dotčených stran. Jak konkrétně probíhala příprava na kofinancování z jiných rezortů nemáme informace.

T: Máte poznatky z praxe CDZ, která už nejsou financována z ESF, o tom, zda je financování zdravotních služeb nastaveno adekvátně? Jsou už k dispozici podněty o tom, že je třeba provést úpravu systému? Pokud ano, jaké změny se jeví jako potřebné?



R: Dle dílčích sdělení jednotlivých PZS, je financování nastaveno tak, že je obtížně udržitelné financování. Problém ovšem vidíme v tom, co je popsáno výše – nemáme informace o tom, jak je projekt kofinancován ze strany MPSV, krajů atd. Záměrem tvůrců psychiatrické reformy na půdě MZd CR nebylo „hodit“ celé financování na systém veřejného zdravotního pojištění. Problém vidíme v tom, že vícezdrojové financování neexistuje.

T: Jaký je finanční dopad reformy PP na zdravotní pojišťovnu? Zpracovávali jste nějaké studie či predikce?

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

T: Počítá zdravotní pojišťovna do budoucna s fungováním plánovaného počtu 100 CDZ v ČR? Co je předpokladem dalšího rozšiřování sítě CDZ?

R: O rozšíření na 100 CDZ je opakovaně hovořeno, na druhé straně další rozvoj naráží na nedostatek personálu. Následně vznikají tzv. malá CDZ, rozšířené ambulance a podobně. Je otázkou, zda se jedná o dočasnou transformaci, či cílový stav, který je dán praktickými možnostmi.

T: Zaregistrovala zdravotní pojišťovna v souvislosti se spuštěním CDZ dopad do jiných zdravotních služeb (např. menší objem výkonů v psychiatrických nemocnicích)?

R: V dané chvíli ČPZP zaznamenala spíše nárůst péče. Pokles v psychiatrických nemocnicích předpokládá ČPZP následně, kdy se CDZ v daném regionu stabilizuje. Z pohledu spektra Dg. jednotlivých hospitalizovaných případů, dochází ke změně podílu jednotlivých Dg. Snižuje se podíl, tzv. sociálních hospitalizací.

T: Jaký je dopad reformy PP na kvalitu poskytované psychiatrické péče? Zpracovávali jste už analýzy, příp. plánujete takové analýzy v budoucnosti?

R: V dané chvíli jsou podepsána memoranda plátců a MZd ČR o spolupráci, dochází průběžně k navýšení úhrad v úhradových vyhláškách a dochází ke změnám v kritériích úhrad. Provádět analýzu kvalitativních ukazatelů má smysl jedině ve chvíli, kdy budou společně odsouhlasená měřitelná kritéria, která bude možné z dat ZP sledovat, a to optimálně nad systémem. Prozatím nevíme o tom, že by k podobné dohodě mezi zástupci odborných společností, poskytovatelů zdravotních služeb, MZd ČR, případně dalších účastníků z řad krajských samospráv a pojišťoven došlo.

Interně sledujeme náklady na zdravotní služby v psychiatrii, a to jak v ambulantní, tak v lůžkové sféře. Sledujeme je v regionech až na úroveň okresu a konkrétního poskytovatele. Změny v nákladech (zde nárůsty) neznamenají vyšší kvalitu služby – z izolovaných výkazů pro zdravotní pojišťovnu nelze kvalitativní kritéria podle nejlepšího vědomí a svědomí dovozovat.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. ČPZP konstatuje potřebu intenzivní mezirezortní spolupráce. K většímu podílu pacientů s kvalitní péčí v jejich vlastním sociálním prostředí musí občan (zde pacient) mít v tomto prostředí nejen pouze odbornou péči psychiatrického teamu, ale i přijatelné podmínky k životu. Důležitá je spolupráce s MPSV, s krajskou samosprávou a dalšími složkami mimo rezort zdravotnictví.



2. Z pohledu ZP není dostatek validních dat a časovou řadu pro doporučení, nelze odhadnout reálné propojení zdravotního a sociálního systému. Na toto by bylo účelné téma realizovat nějaké širší setkání dotčených stran.

5. Rozhovor se zástupcem VOZP ČR

Termín uskutečnění rozhovoru 9. 9. 2020

Forma rozhovoru Osobní rozhovor

Tazatel (T): Jak dobře byly pojišťovny obeznámeny s přípravou vzniku a s dosavadním fungováním CDZ?

Respondent (R): Na problematiku CDZ jsem musela vyčlenit specifický tým a sama se tomu poměrně hodně věnuji.

T: Jak konkrétně byla pojišťovna zapojena do přípravy a pilotního provozu CDZ?

R: Nastavili jsme společně úhradový mechanismus a teď provádíme controlling, jak to vlastně vypadá s čerpáním.

T: S jakými očekáváními zdravotní pojišťovna do přípravy CDZ vstupovala? Podařilo se očekávání naplnit?

R: Vůbec si nemyslím, že by se to pojišťovně naší velikosti vyplatilo. Náročnost na naší straně je poměrně velká (je to úhrada jako každá jiná a nese s sebou základní administrativní náročnost), ale s ohledem na počet klientů kolem desítky se to absolutně nevyplácí.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: Nedokáži to teď moc posoudit. Pro klienty je to určitě dobrá zpráva, psychiatrická péče v téhle oblasti nebyla dlouho zacílena. Důležitá je i ta efektivita spojená například s eliminací lůžek a tu já tady zatím nevidím. Na druhou stranu je ze zdravotního pojištění často hrazena péče, která má spíše charakter sociální služby, a to by se tímto dalo přesně vymezit.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Pro VOZP se jedná o administrativně velice náročný proces s ohledem na nízký počet pojištěnců, kteří službu využívají
2. VOZP předpokládá zvýšení efektivity poskytované péče, tu ale zatím nelze identifikovat

6. Rozhovor se zástupcem Zaměstnanecké pojišťovny Škoda

Termín uskutečnění rozhovoru 18. 2. 2021

Forma rozhovoru Telefonický rozhovor

Tazatel (T): Jak dobře byly pojišťovny obeznámeny s přípravou vzniku a s dosavadním fungováním CDZ?



Respondent (R): Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (dále jen ZPŠ) se účastnila prostřednictvím svých zástupců nebo zástupců SZP ČR seminářů souvisejících s touto tematikou, takže s přípravou vzniku a s dosavadním fungováním byla dobře seznámena.

T: Jak konkrétně byly pojišťovny zapojeny do přípravy a pilotního provozu CDZ?

R: ZPŠ připomínkovala dokumenty připravované pro pilotní provoz CDZ. Podle stanovených podmínek a na základě žádostí od jednotlivých poskytovatelů ZPŠ průběžně uzavírala s jednotlivými pracovišti CDZ smluvní ujednání a zároveň nasmlouvala výkony určené pro CDZ, podle kterých dále vyhodnocuje a hradí tyto služby.

T: S jakými očekáváními zdravotní pojišťovny do přípravy CDZ vstupovaly?

R: ZPŠ očekává v souvislosti se vznikem CDZ výrazné zlepšení nejen zdravotních služeb o pojištěnce s psychickými problémy a zároveň posun v racionálním využití finančních prostředků vydaných za tyto služby.

T: Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?

R: Pracoviště CDZ určitě pomáhají psychiatrickým pacientům se lépe zařadit do běžného života a jsou jistě důležitým prvkem probíhající reformy psychiatrické péče v ČR.

T: Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?

R: Projekt CDZ se rozvíjí podle našeho názoru dobře, proto zatím nemáme konkrétní doporučení.

T: V čem konkrétně se dle zdravotní pojišťovny liší zdravotní péče poskytovaná CDZ od působení ostatních zdravotních služeb v oboru psychiatrie (např. ambulantního psychiatra, klinického psychologa)?

R: Služby CDZ při řádném ukotvení v systému péče o psychicky nemocné pojištěnce umožňují lépe navázat komunikaci s pacientem a lépe reagovat na jeho potřeby, a to nejen v oblasti zdravotní, ale i sociální.

T: Jak hodnotíte multidisciplinaritu CDZ? Je propojení zdravotních a sociálních služeb pro zdravotní pojišťovnu komplikací; pokud ano, v čem konkrétně komplikace spočívá a jak jste si s ní poradili?

R: Při řádném oddělení sociálních a zdravotních služeb při vykazování zdravotních výkonů nevidíme v tomto směru žádné zásadní komplikace. Jen při vykazování zdravotních výkonů občas dochází ze stran některých poskytovatelů CZD k chybám oproti schválené metodice.

T: Je něco, co se musí v rámci institutu CDZ změnit, aby bylo zařízení typu CDZ maximálně efektivní?

R: Hlavním problémem pro maximální využití institutu CDZ je z našeho pohledu personálního zajištění, tedy dostatek vzdělaných a kvalitních pracovníků.

T: Jak probíhala příprava nastavení systému zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování pro CDZ?

R: Z pohledu ZPŠ probíhala příprava nastavení systému zdravotních výkonů pro CDZ bez problémů. Nastavení zdravotních výkonů u jednotlivých poskytovatelů CDZ probíhalo standardním procesem



nasmlouvání výkonů na základě žádosti těchto PZS po splnění podmínek pro uzavření smlouvy dle Metodiky CDZ.

T: Máte poznatky z praxe CDZ, která už nejsou financována z ESF, o tom, zda je financování zdravotních služeb nastaveno adekvátně? Jsou už k dispozici podněty o tom, že je třeba provést úpravu systému? Pokud ano, jaké změny se jeví jako potřebné?

R: Z celkového počtu smluvních poskytovatelů (24 CDZ) přešla do úhrady zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění 16 zařízení. Nemáme od zástupců CDZ podmínky, že by nastavení financování bylo nastaveno nesprávně.

T: Jaký je finanční dopad reformy PP na zdravotní pojišťovnu? Zpracovávali jste nějaké studie či predikce?

R: Finanční dopad reformy psychiatrické péče ZPŠ zatím neanalyzovala především z důvodu regionálního působení. Zároveň poskytování zdravotních služeb bylo v tomto roce významně ovlivněno situací způsobenou onemocněním COVID-19.

T: Počítá zdravotní pojišťovna do budoucna s fungováním plánovaného počtu 100 CDZ v ČR? Co je předpokladem dalšího rozšiřování sítě CDZ?

R: ZPŠ počítá ve zdravotně pojistných plánech na další roky s náklady pro fungování CDZ, zároveň však předpokládá, že bude splněn i jeden z dalších cílů, a to pokles potřeby hospitalizací na psychiatrických LZ a nákladů s nimi spojenými. ZPŠ plánuje další rozšiřování sítě poskytovatelů CDZ.

T: Zaregistrovala zdravotní pojišťovna v souvislosti se spuštěním CDZ dopad do jiných zdravotních služeb (např. menší objem výkonů v psychiatrických nemocnicích)?

R: Na základě dostupných dat doposud k přesunu nákladů z lůžkové péče do CDZ zatím nedošlo.

T: Jaký je dopad reformy PP na kvalitu poskytované psychiatrické péče? Zpracovávali jste už analýzy, příp. plánujete takové analýzy v budoucnosti?

R: Vzhledem k regionálnímu působení ZPŠ sleduje vývoj kvality psychiatrické péče hlavně v Mladé Boleslavi, kde smlouva s CDZ v regionu byla uzavřena v září 2019. Toto CDZ pořádá pravidelné semináře, kde hodnotí úroveň psychiatrických služeb v regionu a je zde prezentován kvalitativní posun v těchto službách v souvislosti se vznikem CDZ.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Nevnímají v tuto chvíli žádné zásadní komplikace ve fungování CDZ, za důležité považují zajistit řádné oddělení sociálních a zdravotních služeb
2. ZPŠ počítá se zajištěním nákladů na fungování dalších CDZ, zároveň ale předpokládá, že bude splněn i další cíl reformy, tj. pokles potřeby hospitalizací a nákladů s nimi spojenými.



6 Definice indikátorů uváděných v textu zprávy

Jedná se o indikátory platné pro OPZ. Definice indikátorů vycházejí z Národního číselníku indikátorů pro programové období 2014–2020.

Tabulka 1: Definice indikátorů

Kód	Název	Jednotka	Výstup / Výsledek	Definice
56102	Počet nových podpořených informačních a destigmatizačních programů podpory duševního zdraví	Program	Výstup	"Program" je aktivita či opatření, případně jejich soubor, s předem definovaným cílem. Program je zařazený termín v rezortu Ministerstva zdravotnictví. "Nová" služba poskytována před projektem nebyla a díky projektu je. "Podpořené" znamená, že dostaly finanční podporu z ESF. Informační a destigmatizační programy musejí vycházet ze strategie reformy psychiatrické péče a směřovat k naplňování jejích cílů, případně musí navazovat na Konceptci hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví. V rámci destigmatizačních programů jsou cílové skupiny aktivně zapojeny a pracuje se s nimi opakovaně nebo dlouhodobě (alespoň 6 měsíců), zatímco v případě informačních programů jsou osoby v cílové skupině pouze adresátem informace, případně jde jejich o neaktivní nebo jednorázovou účast.
57101	Počet podpořených služeb uvedených ve Strategii reformy	Služba	Výstup	"Služba" je poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální či zdravotní situaci. "Podpořené" znamená, že dostaly finanční podporu z ESF.
60000	Celkový počet účastníků	Osoba	Výstup	Celkový počet osob/účastníků (zaměstnanců, pracovníků implementační struktury, osob cílových skupin apod.), které v rámci projektu získaly jakoukoliv formu podpory, bez ohledu na počet poskytnutých podpor. Každá podpořená osoba se v rámci projektu započítává pouze jednou bez ohledu na to, kolik podpor obdržela. Podpora je jakákoliv aktivita financovaná z rozpočtu projektu, ze které mají cílové skupiny prospěch, podpora může mít formu např. vzdělávacího nebo rekvalifikačního kurzu, stáže, odborné konzultace, poradenství, výcviku, školení, odborné praxe apod.
62600	Účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti	Osoba	Výsledek	Účastníci, kteří získali potvrzení o kvalifikaci v rámci účasti na ESF projektu. Potvrzení o kvalifikaci je uděleno na základě formálního prověření znalostí, které ukázalo, že účastník získal kvalifikaci dle předem nastavených standardů. V rámci výzev může být specifikováno, jaké druhy kvalifikací a potvrzení kvalifikací jsou přípustné pro naplňování indikátoru v dané výzvě. Účastník je v indikátoru započítán



Kód	Název	Jednotka	Výstup / Výsledek	Definice
				pouze jednou bez ohledu na počet získaných kvalifikací. „Po ukončení své účasti“ znamená do doby čtyř týdnů od data ukončení účasti na projektu.
67001	Kapacita podpořených služeb	Místo	Výstup	"Kapacita" je maximální počet osob, které může podpořená služba v danou chvíli obsloužit. Toto číslo bývá omezeno velikostí personálu či fyzickým místem. "Služba" je poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální či zdravotní situaci. "Podpořené" znamená, že dostaly finanční podporu z ESF.
67010	Využívání podpořených služeb	Osoby	Výsledek	Počet osob, které využijí podpořenou službu či program během trvání projektu. "Služba" je poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální či zdravotní situaci. Využíváním je myšleno být doložitelně klientem (tj. každá osoba je uvedena pouze jednou) dle standardů využívaných pro danou službu. "Podpořené" znamená, že dostaly finanční podporu z ESF.
80500	Počet napsaných a zveřejněných analytických a strategických dokumentů (vč. evaluačních)	Dokument	Výstup	Počet napsaných a zveřejněných analýz, evaluací (interních i externích), koncepcí, strategií, studií, závěrečných zpráv z výzkumů a obdobných dokumentů, které byly vytvořeny za finanční podpory ESI fondů. "Napsaný" znamená vytvoření obsahu materiálu (tj. nejedná se o počet kopií, které byly vytisknuty). "Zveřejněný" znamená, že jsou zveřejněné/či z důvodu citlivých informací částečně zveřejněné na centrálních stránkách relevantních fondů, na stránkách příjemce, popř. na jiných úložištích k tomu určených (např. http://www.databaze-strategie.cz/ a nebo www.strukturalni-fondy.cz/Knihovnaevaluaci) anebo jsou dohledatelné pomocí obvyklých internetových vyhledávačů. K tomu, aby byl dokument započítán do indikátoru jako jedna jednotka, je třeba, aby byl jak napsaný, tak zveřejněný. V případě více samostatných výstupů je možno započítat každý výstup samostatně. Započítávají se dokumenty vytvořené interně i externě.