

# ZÁVĚREČNÁ EVALUAČNÍ ZPRÁVA PROJEKTU PODPORA VZNIKU CENTER DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ III

SocioFactor s.r.o.

## OBSAH

---

1	Manažerské shrnutí.....	5
2	Cíl a účel evaluace .....	9
2.1	Kontext projektu.....	9
2.2	Evaluační otázky .....	12
3	Metodologie řešení .....	17
4	Popis zdroje dat .....	18
5	Závěry evaluace - Hlavní zjištění.....	21
5.1	Hodnocení věcného pokroku a finanční výkonnosti projektu.....	21
5.1.1	Klíčové aktivity projektu .....	21
5.1.2	Cílová skupina projektu .....	29
5.1.3	Harmonogram projektu.....	39
5.1.4	Rozpočet projektu .....	39
5.1.5	Indikátory projektu.....	42
5.2	Hodnocení celkového řízení projektu.....	47
5.2.1	Vedení projektu a koordinace činností.....	47
5.3	Hodnocení vazby intervencí projektu k relevantním strategiím, koncepcím a dalším dokumentům.....	49
5.4	Hodnocení koordinace mechanismů a procesů mezi projektem a jinými programy/politikami	53
5.5	Multidisciplinární týmy a vnitřní procesy v CDZ.....	54
6	PŘÍPADOVÉ STUDIE .....	62
6.1	První případová studie.....	62
6.1.1	Kontext Centra duševního zdraví: region, vznik a předchozí zkušenosti .....	62
6.1.2	Poskytování služeb CDZ .....	63
6.1.3	Multidisciplinární tým CDZ .....	64
6.1.4	Hodnocení CDZ klienty/pacienty a jejich rodinným příslušníky .....	66
6.1.5	CDZ a jeho místo v systému služeb .....	68
6.1.6	Destigmatizace .....	70
6.2	Druhá případová studie.....	72
6.2.1	Kontext Centra duševního zdraví: region, vznik a předchozí zkušenosti .....	72
6.2.2	Poskytování služeb CDZ .....	72
6.2.3	Multidisciplinární tým CDZ .....	74

6.2.4	Hodnocení CDZ klienty/pacienty a jejich rodinným příslušníky .....	76
6.2.5	CDZ a jeho místo v systému služeb .....	78
6.2.6	Destigmatizace .....	80
6.3	Třetí případová studie .....	81
6.3.1	Kontext Centra duševního zdraví: region, vznik a předchozí zkušenosti .....	81
6.3.2	Poskytování služeb CDZ .....	81
6.3.3	Multidisciplinární tým CDZ .....	83
6.3.4	Hodnocení CDZ klienty/pacienty a jejich rodinným příslušníky .....	84
6.3.5	CDZ a jeho místo v systému služeb .....	87
6.3.6	Destigmatizace .....	88
6.4	Čtvrtá případová studie .....	89
6.4.1	Kontext Centra duševního zdraví: region, vznik a předchozí zkušenosti .....	89
6.4.2	Poskytování služeb CDZ .....	89
6.4.3	Multidisciplinární tým CDZ .....	90
6.4.4	Hodnocení CDZ klienty/pacienty a jejich rodinným příslušníky .....	91
6.4.5	CDZ a jeho místo v systému služeb .....	93
6.4.6	Destigmatizace .....	94
6.5	Pátá případová studie .....	95
6.5.1	Kontext Centra duševního zdraví: region, vznik a předchozí zkušenosti .....	95
6.5.2	Poskytování služeb CDZ .....	95
6.5.3	Multidisciplinární tým CDZ .....	96
6.5.4	Hodnocení CDZ klienty/pacienty a jejich rodinnými příslušníky .....	97
6.5.5	CDZ a jeho místo v systému služeb .....	99
6.5.6	Destigmatizace .....	100
7	Doporučení .....	101
8	Příloha 1 – Critical Incident Report a Osnovy rozhovorů .....	103
8.1	Critical Incident Report .....	103
8.2	Osnovy polostrukturovaných rozhovorů – průběžná evaluace .....	107
8.3	Osnovy polostrukturovaných rozhovorů – závěrečná evaluace .....	116
8.4	Informovaný souhlas .....	133

### Seznam použitých zkratk:

CDZ	Centrum duševního zdraví
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s.
ČR	Česká republika
ESF	Evropský sociální fond
KA	Klíčová aktivita
MF	Ministerstvo financí České republiky
MO	Ministerstvo obrany České republiky
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
MZ	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NRHZS	Národního registr hrazených zdravotních služeb
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
OEF	Odbor evropských fondů a investičního rozvoje
OKS	Odbor koncepcí a strategií
OPZ	Operační program Zaměstnanost
SMI	Severe (Serious) Mental Illness (překl. vážné duševní onemocnění)
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 MANAŽERSKÉ SHRNUÍ

---

Závěrečná evaluační zpráva projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III navazuje na Vstupní evaluační zprávu a Průběžnou evaluační zprávu. Jejím cílem je shrnout základní zjištění z procesní evaluace a představit výsledky dopadové evaluace. Závěrečná evaluační zpráva zároveň přináší odpovědi na všechny evaluační otázky. Stejně jako předchozí zpráva přináší také soubor doporučení.

Výstupy obsažené v závěrečné evaluační zprávě vycházejí ze sekundární analýzy dat, hlavním zdrojem dat však byli pracovníci jednotlivých center, klienti/pacienti a osoby blízké. Jelikož byla závěrečná evaluační zpráva sepsána v době, kdy ještě u šesti center duševního zdraví probíhala pilotní realizace, není možné předat přesnou odpověď o plnění indikátorů, kterých by měla jednotlivá centra dosáhnout. Tyto informace je tudíž potřeba vnímat jako orientační.

Projekt Podpora vzniku center duševního zdraví III je součástí reformy péče o duševní zdrav. Jeho cílem byla realizace devíti, respektive po změně osmi Center duševního zdraví (CDZ). Cílem center je zajistit komplexní podporu o cílovou skupinu osoby s duševním onemocněním, přispět k deinstitucionalizaci, rozvíjet multioborovou spolupráci a přispívat svou činností k sociálnímu začleňování osob s duševním onemocněním.

## **V průběhu projektu tedy došlo k těmto změnám:**

- změna harmonogramu a změna termínu ukončení realizace projektu – posun doby realizace do 31. 8. 2022 – podstatná změna;
- změna Finančního plánu a doplnění monitorovacích období – podstatná změna;
- změna plnění finančního milníku – podstatná změna;
- změna dosažení cílů a indikátorů projektu – nepodstatná změna.

## **Průběh projektu ovlivnily tyto dva faktory:**

- časový posun zahájení realizace způsobený zpožděními při realizaci CDZ II a nutností vyhlásit výzvu o dotaci z Programu podpory vzniku Center duševního zdraví III/2;
- pandemie COVID-19 a s ní související vládní omezení.

Probíhající pandemie ovlivnila možnost informování veřejnosti a navazování spolupráce s relevantními aktéry. Byla omezena možnost osobního setkávání a realizace aktivit pro veřejnost. Pandemie také dílčím způsobem ovlivnila možnost terénní spolupráce s klienty/pacienty – kromě omezení osobního setkávání byly důvodem obavy na straně klientů/pacientů, ale také jejich větší zájem o ambulantní podporu, která pro ně byla vítaným zpestřením. Na druhou stranu mohla být v dílčích případech pandemie také příčinou zlepšení vzájemných vztahů – psychiatři naopak uvítali, že CDZ poskytují terénní službu v době, kdy pro ně bylo obtížnější setkávat se s klienty/pacienty.

## **Dosahování krátkodobých i dlouhodobých cílů také ovlivňuje:**

- omezená možnost dílčích relevantních změn na základě poznatků z přechozích fází – informace z již proběhlých projektů, díky nimž vznikla CDZ I a CDZ II nebyly dostatečně a včas zanalyzovány a v průběhu CDZ III se z nich tudíž dalo vycházet jen omezeně, respektive přenos informací probíhal neformálně mezi jednotlivými CDZ, nikoliv však na systémové rovině;

- omezená dosažitelnost potřebných profesí – koncepce CDZ vychází z předpokladu vytvoření multidisciplinárního týmu tvořeného konkrétními odbornostmi a výší úvazku. Některé odbornosti, především psychiatři, psychiatrické sestry, ale také psychologové však v České republice chybí a ani pro stávající centra není jednoduché personální požadavky naplnit. Je tudíž možné předpokládat, že pro případná další centra toto bude ještě obtížnější, což ohrožuje záměr vzniku 100 CDZ v republice;
- limity v propojení spolupráce Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociální věcí, jednotlivých krajů a obcí – všechny tyto subjekty spolu musí úzce spolupracovat a na všech úrovních musí panovat shoda ohledně konceptu CDZ a jejich počtu v regionech, jinak bude obtížné, aby další centra měla zajištěnu dostatečnou finanční podporu sociální části CDZ;
- nastavení počítání výkonu zdravotnické části CDZ – i přesto, že bodové ohodnocení výkonů je vyšší než u ambulantních služeb, zástupci CDZ se obávají, zda bude možné zajistit dostatečné financování a rozvoj CDZ z dlouhodobého hlediska;
- legislativní ukotvení CDZ – od září 2022 jsou CDZ v zákoně o sociálních a zdravotních službách, účinnost nastane až od 1. 1. 2025. To může přinést komplikace s ohledem na nejasné financování v mezidobí, kdy zákon nenabyl účinnosti.

Co se realizačního týmu týče, podařilo se v průběhu projektu zajistit jeho dostatečné personální pokrytí. Ovšem neobešlo se to bez dílčích komplikací – v jednu dobu se kumulovaly činnosti na pozici projektové metodičky. Hodnocení relevantní podpory ze strany metodického týmu se liší na základě individuálních zkušeností a širšího kontextu jednotlivých CDZ. Byly však zmiňovány dílčí nedostatky související s nedostatečnou odborností či aktivitou při podpoře jednotlivých CDZ. Některá CDZ očekávala, že realizační tým bude více aktivní při zajišťování udržitelnosti CDZ, bude komunikovat se zástupci krajů a obcí. Realizační tým projektu však nemá možnost ovlivňovat rozhodnutí jednotlivých krajů.

Všechny klíčové aktivity projektu běží dle nově nastaveného harmonogramu. Jednotlivá CDZ vytvořila multidisciplinární týmy a podařilo se obsadit všechny požadované pozice. S ohledem na nedostatek některých profesí je však rizikem jakákoliv změna, ukončení pracovního poměru. Pro zástupce CDZ je jedním z možných řešení vyhledávání vhodných pracovníků mimo Českou republiku, což jak uvádí je dlouhodobý proces (nutnost nostrifikace), který dle zkušeností z praxe končí často neúspěchem.

Vytvoření multidisciplinárního týmu se nikdy neobešlo bez dílčích komplikací. Výhodou bylo, pokud již měl zřizovatel zkušenost s propojováním profesí, i tak však bylo potřeba nastavit základní pravidla pro optimální fungování týmu. V prvé řadě bylo potřeba vybírat vhodné zájemce, kteří nejen splňují potřebnou odbornost, ale jsou nakloněni principu CDZ. Důležitá tudíž byla ochota spolupracovat v týmu a akceptovat případový přístup při podpoře klienta/pacienta. Zásadní také je, aby bylo na tým nahlíženo jako na jeden celek složený z různých profesí, nedělit tedy tým na sociální a zdravotní. Tomu napomáhá, pokud tým sdílí jeden prostor. Taktéž je lepší, pokud je psychiatr v CDZ přítomen pravidelně a může být skutečně členem týmu – nemá tedy jen velmi krátký úvazek, během něhož je společné setkávání limitováno.

Důležitou otázkou je také to, jakým způsobem vykazovat podporu klienta/pacienta. V tomto směru byl zmiňován větší tlak na zdravotní pracovníky, kteří potřebují vykazovat výkony, což může vést ke kvantitě práce na úkor kvality. Jak však z rozhovorů především vyplývá, jedná se o nový koncept, ve kterém se jednotlivé pozice musí usadit, naučit se, jak správně vykazovat. V tomto směru zástupci CDZ kvitovali dobrou spolupráce s pojišťovnami a MZ ČR i MPSV, všechny instituce pravidelně sbíraly data o fungování CDZ a i přesto, že se jedná o dlouhý proces, reagovali na zjištěné komplikace.

### **Klienti/pacienti do služby přicházejí jedním z následujících způsobů:**

- klienti/pacienti se o službě dozví v průběhu hospitalizace – multidisciplinární týmy pravidelně navštěvují psychiatrická oddělení nemocnic či psychiatrické nemocnice;
- klienti/pacienti se o službě dozví od praktického lékaře, ambulantních psychologů, psychiatrů či psychoterapeutů, pracovníků sociálních služeb a sociálních odborů, opatrovníků;
- služba bývá osobám blízkým či klientům/pacientům (především mladšího věku) doporučena známými, příbuznými (často se jedná o osoby, které sami mají s CDZ zkušenosti), popřípadě se o ní dozví z letáků a na CDZ se obrátí sami;
- pracovníci psychiatrických nemocnic či oddělení sami informují zástupce CDZ o potenciálním klientovi/pacientovi;
- asertivní kontaktování: dochází k němu na základě podnětu třetí osoby, většinou osoby blízké, sousedů, sociálních pracovníků, starostů, opatrovníků, ale také od zástupců policie. Zástupci multidisciplinárního týmu se opakovaně vydávají do jejich přirozeného prostředí a motivují potenciální klienty/pacienty k využití služeb CDZ. Jak uvádí blízcí příbuzní, jedná se často o dlouhodobý, postupný proces, který však pomáhá celé rodině – podporu dostávají také osoby blízké.

### **Hodnocení podpory CDZ klienty/pacienty:**

- Vysoká kvalita poskytované péče – klienti/pacienti hodnotí velmi pozitivně přístup jednotlivých pracovníků, cítí se přijímáni;
- vše na jednom místě – komplexnost poskytované péče;
- dostupnost psychiatrické a psychologické péče – ta bývá v některých regionech velmi obtížně zajistitelná, CDZ však disponuje vlastním psychiatrem a psychologem;
- terénní péče – je možností sociálních kontaktů, vítají také klienti/pacienti se zhoršenou hybností, je vhodná při asertivním kontaktování, při zhoršením zdravotním stavu; avšak někteří klienti/pacienti jsou raději, pokud mohou využívat služeb ambulantních – možnost pohybu, nechtějí, aby pracovníci docházeli k nim domů;
- porozumění onemocnění – klienti/pacienti díky pracovníkům CDZ získali náhled nad svým onemocněním, porozuměli mu;
- lepší vztah s osobami blízkými – blízcí příbuzní taktéž dostali informace o projevech onemocnění; díky větší aktivitě, zájmu o sebe se začali klienti/pacienti více zapojovat do chodu domácnosti;
- možnost sdílení v kolektivu lidí s obdobnou zkušeností;
- podpora v krizi.

### **Hodnocení podpory CDZ osobami blízkými:**

- Jistota, zmenšení obav – osoby blízké ví, že klient/pacient má vždy dostupnou odbornou podporu;
- porozumění duševnímu onemocnění;
- minimalizace strachu o osobu s duševním onemocněním;
- zlepšení vztahů;
- možnost sdílení ve skupině lidí s obdobnou zkušeností.

Jednotlivá Centra duševního zdraví mají již vytvořenou poměrně širokou síť spolupracujících organizací. Řada z nich navazuje již na existující vztahy, které byly propojovány. Zástupci CDZ pravidelně dojíždějí do psychiatrických nemocnic a na psychiatrická oddělení, s většinou nemocnic ve spádové oblasti se jim daří spolupracovat. To je důležité, protože s klienty/pacienty by měla být navázaná spolupráce ještě před tím, než dojde k ukončení hospitalizace.

Vztahy s psychiatrickými pracovníky se také zlepšují, i když vždy budou v regionu psychiatrii, kteří spolupráci spíše odmítají, nejsou nakloněni reformě. Spolupráce se nezdá se nezdá podaří prohloubit při sdílení společného případu, získání dobré praxe. To samé platí u zástupců integrovaného záchranného systému. Zde bývá spolupráce navazována pomaleji, překážkou je především hierarchické prostředí, kdy se pracovníci CZD obtížněji dostávají k všem pracovníkům.

Centra duševního zdraví postupně navazují spolupráci také s praktickými lékaři. Postupně je také rozvíjena spolupráce se zástupci jednotlivých měst. Tyto vztahy jsou důležité pro možnost asertivního kontaktování a koordinace podpory jednotlivých klientů/pacientů.

Většina CDZ bude schopna pokračovat i po ukončení pilotního provozu. V jednom případě nadále pokračuje vyjednávání, jsou však vytvářeny také náhradní strategie pro fungování, než dojde k zařazení do sítě sociálních služeb. Důležité bylo mít domluvenou podporu již před zahájením projektu.

#### **Překážky udržitelnosti:**

- Odlišné financování zdravotní a sociální části CDZ – Zdravotnická část je vykazována dle výkonu, zatímco sociální část není tolik výkonem (počtem intervencí) ovlivňována. Multidisciplinární spolupráce s klientem navíc v praxi znamená, že klienti/pacienti nevyužívají všech služeb rovnoměrně, zátěž jednotlivých profesí tak může být v čase proměnlivá, což je především komplikované pro zdravotní část CDZ (především po skončení projektové podpory).
- Nutnost zařazení sociální části CDZ do krajské sítě služeb – Většina CDZ zapojení do sítě předjednála již před započítáním projektu. Zapojení do krajské sítě je však náročné s ohledem na omezený rozpočet, kterým jednotlivé Kraje disponují.
- Finanční podpora ze strany jednotlivých obcí.



## 2 CÍL A ÚČEL EVALUACE

---

Závěrečná evaluační zpráva je poslední ze tří zpráv vytvořených v rámci evaluace projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0009646, který je realizován v rámci Reformy psychiatrické péče spolufinancované z fondů EU. Realizátorem projektu je Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Závěrečné evaluační zprávě předcházela vstupní evaluační zpráva a průběžná zpráva. Úkolem závěrečné evaluace je popsat základní aspekty procesní evaluace a přednést výstupy evaluace dopadové. Struktura zprávy a její obsah vychází z evaluačních otázek a podotázek. Odpovědi jednotlivých aktérů jsou komparovány a zachycená data jsou předložena v logickém celku zachycujícím projekt v jeho celistvosti.

**Cílem procesní evaluace** je vyhodnotit způsob realizace projektu – soulad plánovaných aktivit s reálným průběhem, dodržení časového harmonogramu, adekvátní personální zajištění, průběh spolupráce s relevantními aktéry a způsob a vhodnost uskutečňování případných změn projektu s přihlédnutím k jeho cílům.

**Cílem dopadové evaluace** je vyhodnocení dopadu projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III, a to především na cílovou skupinu klientů/pacientů. Nedílnou součástí dopadové evaluace jsou také doporučení k další implementaci konceptů projektu a Reformy psychiatrické péče jako celku.

S ohledem na podmínky stanovené zadavatelem bude v evaluační zprávě odpovězeno na tyto tři evaluační otázky hodnotící dopad projektu:

1. Jak hodnotí zavedení CDZ příjemci péče a jejich blízcí?
2. Jak fungují vnitřní procesy nastavené v CDZ?
3. Jaké je místo CDZ v systému služeb a jaká je udržitelnost CDZ?

Limitem evaluace je skutečnost, že sběr dat (a také její sepsání) probíhalo v době, kdy většina Center duševního zdraví ještě neukončila pilotní provoz a nepřešla do ostrého režimu. Některé otázky týkající se plnění indikátorů a udržitelnosti v ostrém režimu tak nelze zcela uspokojivě zodpovědět.

### 2.1 KONTEXT PROJEKTU

Projekt Podpora vzniku Center duševního zdraví III je součástí Reformy psychiatrické péče. Jeho realizátorem je Ministerstvo zdravotnictví, které řídí a realizuje jednotlivé strategické aktivity. Úspěšná implementace a udržitelnost není možná bez úzké spolupráce s dalšími aktéry, především Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV), zdravotními pojišťovnami, krajskými úřady, místní správou a odbornou veřejností. Jak rovněž vyplývá z rozhovorů. Cílů reformy nepůjde dosáhnout bez destigmatizace, informování laické veřejnosti a odstranění bariér a strachu z přijímání lidí s duševním onemocněním bez stereotypních zatížení a stigmatizace.

Základními principy reformy jsou:

- recovery neboli zotavení;
- multidisciplinární přístup;
- komunitní tým.

Cílem reformy je také vytvořit síť služeb pro osoby s duševním onemocněním tak, aby byla dostatečně zajištěna zdravotnická i sociální podpora, která je pro klienty/pacienty v místě a čase dostupná. Nejde tedy jen o to vybudovat samotná Centra duševního zdraví, ale také další služby a formy podpory, které umožní úspěšné zařazení a fungování v místní komunitě.

Cílem evaluovaného projektu bylo zprovoznit devět Center duševního zdraví (CDZ), původní záměr byl následně snížen na osm CDZ, která by díky osmnáctiměsíční finanční podpoře mohla přejít do tzv. ostrého provozu. Cílem projektu bylo zahájení provozu a nastavení základních mechanismů CDZ tak, aby bylo zajištěno jejich optimální fungování a udržitelnost. Komplexní (dlouhodobá péče, tedy péče nad 40 hodin) zdravotně sociální péče měla být poskytnuta minimálně 405 osobám (tedy 45 osobám v rámci 1 CDZ). Výběr uchazečů měl být proveden tak, aby došlo k doplnění rovnoměrnosti základů sítě CDZ v ČR a aby vzniklo v každém kraji ČR dle potřeby 1 až 3 CDZ.

Projekt Podpory vzniku Center duševního zdraví III navazuje již na CDZ I a CDZ II. Možnost reflexe jednotlivých projektů však byla s ohledem na časový harmonogram jen minimální, což je považováno za jednu ze slabin projektu. Aktéři se shodovali na tom, že jednotlivá CDZ se opakovaně potýkala se stejnými komplikacemi, které nebyly uspokojivě vyřešeny. V podstatě se pokaždé začínalo na „zelené louce“. Jednalo se například o komplikace související s personálním zajištěním, vyjednáváním se zdravotními pojišťovnami či vykazováním indikátorů a uznatelných nákladů jednotlivých CDZ. Výhodu měla ta CDZ, jejichž zřizovatel byl také zřizovatelem CDZ v předchozích projektech. Tito zřizovatelé totiž věděli, jak postupovat, jaké překážky očekávat, zároveň mohli využívat již existujících personálních kapacit a navázaných vztahů.

Cílem projektu a jednotlivých CDZ je, v souladu s reformou péče o osoby s duševním onemocněním, podpora začlenění osob s dlouhodobým duševním onemocněním do běžného života, komunity. Dále také zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním.

#### **Funkcí CDZ je:**

- prevence hospitalizací či jejich zkracování;
- včasný záchyt rozvoje vážného duševního onemocnění;
- nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity.

#### **Díky službám CDZ dojde ke:**

- zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami;
- zajištění dostupnosti psychiatrické péče se zaměřením na její nízkoprahovost a redukci skryté nemoci (včasná diagnostika);
- vyšší spokojenost uživatelů;
- zvýšení pravděpodobnosti úspěšného začleňování duševně nemocných do společnosti.

#### **Projekt navazuje na tyto dokumenty:**

- Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví pro Evropu a Zelená kniha Komise evropských společenství;
- Národní psychiatrický program 2007 na podporu reformy psychiatrické péče v ČR;
- Strategie reformy psychiatrické péče schválená jako součást Národního programu reforem 2013.

#### **Cílů projektu bude dosaženo prostřednictvím dílčích kroků:**

- Výběr nejvhodnějších uchazečů a nastavení spolupráce (osm CDZ);
  - V rámci projektu byl nakonec podpořen vznik osmi CDZ, která splnila podmínky dané Metodikou Programu podpory Center duševního zdraví III a III/2.
- Poskytování metodické a komunikační podpory;
  - Metodická podpora je zajišťována třemi metodičkami, které mají na starost tři, respektive dvě CDZ. Metodičky zároveň spoluvytváří metodický dokument Postupy CDZ, který vychází z dosavadních poznatků z pilotních provozů. Do projektu byl v druhé polovině roku 2021 zapojen také mentor.
- Informování zainteresovaných stran o existenci a roli CDZ;
  - Informování o existenci a roli CDZ je úkolem specialistky na komunikaci a pracovníků jednotlivých CDZ.
- Sběr dat potřebných pro nastavení udržitelného financování péče (v oblasti zdravotních i sociálních služeb).

## 2.2 EVALUAČNÍ OTÁZKY

Tabulka 1 – Evaluační otázky

Hlavní evaluační otázky	Vedlejší evaluační otázky	Zdroje dat	Metoda sběru dat	Interval sledování
Běží projekt dle nastaveného plánu?	Je aktuální stav projektu v souladu s plánem projektu?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektová dokumentace</li> <li>• Realizační tým</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekundární analýza dat</li> <li>• Critical incident report</li> </ul>	Ve dvou fázích – před vstupní a průběžnou zprávou
	Běží program (a jeho klíčové aktivity) podle naplánovaného harmonogramu?			
	Je zabezpečeno adekvátní personální zajištění tak, aby mohl projekt běžet dle plánu?			
Jaký je průběh projektu v širším kontextu?	Běží projekt v souladu s relevantními strategiemi, koncepcemi a dalšími dokumenty?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektová dokumentace</li> <li>• Realizační tým</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekundární analýza dat</li> <li>• Critical incident report</li> </ul>	Ve dvou fázích – před vstupní a průběžnou zprávou
	Jak probíhá koordinace mechanismů a procesů mezi projektem a jinými programy/politikami?			
Jak probíhá spolupráce s relevantními aktéry?	Jak probíhá/probíhal proces výběru CDZ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektová dokumentace</li> <li>• Realizační tým</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekundární analýza dat</li> <li>• Critical incident report</li> </ul>	Ve dvou fázích – před vstupní a průběžnou zprávou
	Jak probíhá/probíhalo sestavování multidisciplinárního týmu, jeho vzdělávání a rozvoj?			

Hlavní evaluační otázky	Vedlejší evaluační otázky	Zdroje dat	Metoda sběru dat	Interval sledování
	Jak probíhá/probíhalo zajišťování klientů? Jak probíhá/probíhalo zřízení Řídící rady? Jak probíhá/probíhala komunikace směrem k zaměstnancům veřejné správy a poskytovatelům zdravotních služeb?			
Do jaké míry byl naplněn stanovený cíl projektu?	Zda a jak byly naplněny stanovené cíle a konkrétní klíčové aktivity projektu?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektová dokumentace</li> <li>• Realizační tým</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekundární analýza dat</li> <li>• Critical incident report</li> </ul>	Jednorázově před závěrečnou zprávou
Bylo v rámci projektu dosaženo nejlepšího možného výsledku?	V případě, že mohlo být dosaženo lepšího výsledku, jaký je rozdíl mezi reálným dosaženým výsledkem a možným výsledkem?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektová dokumentace</li> <li>• Realizační tým</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekundární analýza dat</li> <li>• Critical incident report</li> </ul>	Jednorázově před závěrečnou zprávou
Bylo výstupu dosaženo za předpokládanou cenu a čas a na plánovaných místech?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektová dokumentace</li> <li>• Realizační tým</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekundární analýza dat</li> <li>• Critical incident report</li> </ul>	Jednorázově před závěrečnou zprávou
Je projekt nadále udržitelný?	Co je potřeba k tomu, aby projekt mohl nadále fungovat?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektová dokumentace</li> <li>• Realizační tým</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekundární analýza dat</li> <li>• Critical incident report</li> </ul>	Jednorázově před závěrečnou zprávou
Jak hodnotí zavedení CDZ příjemci péče a jejich blízcí?	Jak klienti hodnotí poskytování péče, co se pro ně změnilo zavedením CDZ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klienti služeb CDZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polostrukturované rozhovory</li> <li>• Fokusní skupina</li> </ul>	Jednorázově, nejdříve 6 měsíců od zahájení projektu
	Jak hodnotí poskytování péče rodinní příslušníci pacientů/klientů? Jaké je jejich vnímání péče?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rodinní příslušníci klientů CDZ</li> </ul>		

Hlavní evaluační otázky	Vedlejší evaluační otázky	Zdroje dat	Metoda sběru dat	Interval sledování
Jak fungují vnitřní procesy v CDZ?	Jak se daří propojování zdravotních a sociálních služeb v CDZ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pracovníci CDZ</li> <li>• management CDZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polostrukturované rozhovory</li> </ul>	Jednorázově, nejdříve 6 měsíců od zahájení projektu
	Jak probíhá řízení multidisciplinárního týmu, jaké organizační a řídicí mechanismy se jeví jako efektivní?			
	Jak probíhalo sdílení dokumentace mezi zdravotní a sociální částí v rámci multidisciplinárního týmu?			
	Jaká je role psychiatra uvnitř týmu CDZ a jaká vůči psychiatrům v rámci regionu?			
Jak probíhá vzdělávání a supervize pracovníků CDZ?	Jaké jsou krátkodobé a dlouhodobé plány vzdělávání?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pracovníci CDZ</li> <li>• management CDZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polostrukturované rozhovory</li> </ul>	Jednorázově, nejdříve 6 měsíců od zahájení projektu
	Jak probíhá výběr vzdělávacích aktivit?			
	Jaké vzdělávací aktivity nejsou dostupné?			
	Jak probíhaly supervize v CDZ?			
Jak probíhá proces řízení kvality poskytované péče v jednotlivých CDZ?	Jak jsou propojeny postupy řízení kvality ve zdravotnické části multidisciplinárního týmu?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pracovníci CDZ</li> <li>• management CDZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polostrukturované rozhovory</li> </ul>	Jednorázově, nejdříve 6 měsíců od zahájení projektu

Hlavní evaluační otázky	Vedlejší evaluační otázky	Zdroje dat	Metoda sběru dat	Interval sledování
	Jak jsou propojeny postupy řízení kvality v sociální části multidisciplinárního týmu? Jak je zpracováno řízení kvality do interních postupů CDZ?			
Jak se liší průchod službou pacienta/klienta, který v průběhu prošel krizovým obdobím nemoci, a klienta, který krizovým obdobím neprošel?	Kdy došlo k vypracování krizového plánu? Byl krizový plán plněn? Došlo po prodělané krizi ke změně krizového plánu?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pracovníci CDZ</li> <li>• klienti/pacienti</li> <li>• rodinní příslušníci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polostrukturované rozhovory</li> </ul>	Jednorázově, nejdříve 6 měsíců od zahájení projektu
Jaké je místo CDZ v systému služeb a jaká je udržitelnost CDZ?	Jak CDZ funguje v rámci regionu, jaká je návaznost, informovanost o vzniklých službách (včetně IZS)? Jak probíhá spolupráce s ambulantními psychiatry v regionu? Jak je dělena/doplňována péče poskytovaná klientovi ze strany psychiatra CDZ a ambulantního psychiatra, v jehož péči je pacient veden? Jak funguje spolupráce mezi CDZ, praktickými lékaři, nemocnicemi, sociálními službami? Jak vnímají proces zavádění CDZ zástupci zdravotních pojišťoven a jaké podnikají	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb v regionu</li> <li>• psychiatři</li> <li>• pracovníci CDZ</li> <li>• management CDZ</li> <li>• zástupci zdravotních pojišťoven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polostrukturované rozhovory</li> </ul>	Jednorázově, nejdříve 6 měsíců od zahájení projektu

Hlavní evaluační otázky	Vedlejší evaluační otázky	Zdroje dat	Metoda sběru dat	Interval sledování
	kroky k udržitelnosti týmů CDZ?			
	Jak vnímají proces vzniku CDZ krajské samosprávy? Jak zajišťují udržitelnost vzniklých služeb?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zástupci krajských samospráv a ORP</li> </ul>		
Jak probíhá komunikace s dalšími aktéry za účelem destigmatizace?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• pracovníci CDZ</li> <li>• management CDZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polostrukturované rozhovory</li> </ul>	Jednorázově, nejdříve 6 měsíců od zahájení projektu



### 3 METODOLOGIE ŘEŠENÍ

---

Sběr dat probíhal třemi způsoby: sekundární analýza dat, polostrukturované rozhovory a metoda Critical Incident Report.

**Sekundární analýza dat** neboli desk research, je výzkumnou metodou, při níž dochází k analýze již existujících dat a výstupů ve formě analýz, výzkumných a evaluačních zpráv apod. Existujícími daty se v případě této evaluace myslí rovněž relevantní odborné studie, koncepční, strategické a metodické dokumenty. Výstupy a interní dokumenty projektu byly v rámci evaluace poskytovány přímo zadavatelem. Pro pochopení kontextu (prostředí), ve kterém projekt probíhal, bylo využito také dokumentů dalších relevantních institucí či například legislativních materiálů. Dokumenty byly podrobně pročteny a analyzovány. Výstupy z desk research sloužily nejen jako důležitý zdroj pro tvorbu jednotlivých evaluačních zpráv. Jednalo se také o nezbytný zdroj informací pro tvorbu otázek v polostrukturovaných rozhovorech.

**Polostrukturované rozhovory** jsou jednou ze základních metod pro získávání informací od komunikačních partnerů. Rozhovory se opíraly o jasnou osnovu obsahující otázky, na něž je potřeba znát odpovědi. Otázky svou logikou reagovaly na otázky evaluační. Osnova polostrukturovaného rozhovoru však nebyla podkladem, kterého se tazatelé striktně drželi. Tazatelé otázky vhodně doplňovali a reagovali na již řečené. Záměrem bylo získat od komunikačního partnera co nejvíce relevantních odpovědí. Rozhovory byly nahrávány na diktafon na základě písemného či ústního souhlasu komunikačního partnera. Pokud komunikační partner s nahráváním nesouhlasil, byly jednotlivé odpovědi strukturovaně zaznamenávány během rozhovoru. Při přepisování vždy docházelo k anonymizaci, jednotlivé rozhovory jsou dále vedeny již jen pod kódem. Následně byly rozhovory přepsány a analyzovány v programu Atlas.ti.

**Critical Incident Report** je metoda sběru dat, jejímž cílem je zachytit hlavní milníky, které se v projektu objevily a které bylo potřeba řešit. Tyto milníky jsou důležitými kritickými body. Ovlivnily průběh projektu a bylo na ně potřeba reagovat. Cílem bylo zjistit, jaké postupy řešení se osvědčily, kde jsou případná rizika či tzv. slepé skvrny.

Triangulace:

- metod: při sběru dat je využito více metod – sekundární analýza dat, polostrukturovaný rozhovor, Critical Incident Report;
- zdrojů: data jsou získávána od více aktérů a zástupců cílové skupiny;
- výstupů: analýza dat probíhá v rámci evaluačního týmu.

## 4 POPIS ZDROJE DAT

Tabulka 2 – Zdroje dat – desk research

Výzva OPZ 03_15_039
Žádost o podporu projektu, včetně příloh
Podmínky použití podpory z OPZ
Výzva k předkládání Žádostí o dotaci v rámci Programu podpory Center duševního zdraví III
Výzva k předkládání Žádostí o dotaci v rámci Programu podpory Center duševního zdraví III/2
Metodika programu podpory center duševního zdraví III a III/2
Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI) (dle Věštníku 8/2021)
Metodika administrace dotačních programů realizovaných v rámci projektů Operačního programu Zaměstnanost
Metodika administrace, financování a kontroly dotací v dotaci v rámci projektů realizovaných Ministerstvem zdravotnictví
Pověřovací dekrety pro jednotlivé pozice v projektu
Postupy při přípravě a realizaci projektů Ministerstva zdravotnictví financovaných z dotačních programů EU a finančních mechanismů
Udržitelné financování CDZ – pracovní materiál
Žádost o změnu projektu č. 1–5
Zpráva o realizaci projektu č.1–4
Žádosti o poskytnutí dotace na jednotlivá CDZ (za všechna podpořená CDZ)
Rozhodnutí o poskytnutí dotace na jednotlivá CDZ (za všechna podpořená CDZ)
Zpráva o zahájení pilotního provozu CDZ (za všechna podpořená CDZ)
Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ (Zpráva č. 1 za všechna podpořená CDZ)
<b>Další dokumenty a výstupy týkající se implementace CDZ:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluace projektů Reformy psychiatrické péče – Evaluace projektu „Podpora vzniku Center duševního zdraví I“</li> <li>• Dopadová evaluace projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví I</li> <li>• Pilotní audity center duševního zdraví zaměřené na hodnocení kvality poskytovaných služeb (Příloha 3: Kritéria kvality CDZ (verze květen 2021)</li> <li>• Statut a Jednací řád Odborné rady pro odbornou garanci strategie reformy psychiatrické péče a Statut a Jednací řád Výkonného výboru pro řízení implementace strategie reformy psychiatrické péče</li> <li>• Návod k vykazování v CDZ</li> <li>• Manuál k evaluaci CDZ II</li> <li>• Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním</li> <li>• Základní principy jednání s lidmi s duševním onemocněním (nejen) v případě krize</li> <li>• Příručka jazyka zotavení</li> <li>• Malý průvodce Centry duševního zdraví</li> <li>• Sociální část CDZ – podkladové materiály pro MPSV</li> </ul>

#### Legislativní dokumenty a řídicí akty:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Doporučený postup MPSV č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví
- Doporučený postup MPSV č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením

#### Veřejné strategie:

- Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030
- Strategie reformy psychiatrické péče
- Malý průvodce reformou psychiatrické péče
- Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020
- Strategický rámec politiky zaměstnanosti do roku 2030
- Koncepce sociálního bydlení 2015–2025
- Koncepce bydlení České republiky 2021+
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením
- WHO Mental Health Action Plan for Europe 2013-2020
- European Commission Green Paper: Improving the Mental Health of the Population. Towards A Strategy on Mental Health for the European Union
- Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025
- Union of Equality Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021-2030
- Národní strategie ochrany a podpory zdraví „Zdraví 2020“
- Strategický rámec Česká republika 2030
- Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2016–2025
- Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025
- Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v ČR na léta 2014–2020
- Strategie sociálního začleňování 2021–2030
- Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2016–2020

#### Odborné texty, publikace:

- Foitová Z., Pěč O., Wenigová B. Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním
- Pěč O., Probstová V. eds. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče: Triton, Praha 2009.

#### Další zdroje:

- Potencionální dopad reformy psychiatrické péče do oblasti sociálních služeb
- Metodika hodnocení a srovnávání multidisciplinárních psychiatrických týmů IS pro psychiatrickou péči poskytovanou multidisciplinárními týmy
- Zpráva z mapování kvality péče ve smyslu naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v českých psychiatrických nemocnicích
- Legislativní zázemí a právní předpisy pro implementaci informačního systému v oblasti multidisciplinární psychiatrické zdravotní péče včetně řešení otázek souvisejících s kybernetickou bezpečností a ochranou osobních dat
- Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)
- Analýza vlivu reformy psychiatrické péče na oblast sociálních služeb v ČR

Tabulka 3 – Zdroje dat – respondenti

Respondent	Specifikace
<b>Realizační tým (projektová a finanční manažerka, metodičky projektu, věcná gestorka, odbornice na komunikaci, odborný mentor)</b>	Individuální polostrukturované rozhovory Opakované rozhovory, celkem 12 rozhovorů
<b>Interní evaluátor</b>	Individuální polostrukturované rozhovory Opakované rozhovory, celkem 2 rozhovory
<b>Vedoucí oddělení péče o duševní zdraví za věcnou gesci</b>	Individuální polostrukturované rozhovory Opakované rozhovory, celkem 2 rozhovory
<b>Pracovníci CDZ (pracovníci, management)</b>	Individuální polostrukturované rozhovory + Criticla Incident Report Opakované rozhovory, celkem 32 rozhovorů a 8x Critical Incident Report
<b>Cílová skupina klientů/pacientů</b>	Individuální polostrukturované rozhovory a fokusní skupina Celkem 24 rozhovorů
<b>Rodinní příslušníci klientů/pacientů</b>	Individuální polostrukturované rozhovory a fokusní skupina Celkem 16 rozhovorů
<b>Ambulantní psychiatři a psychiatři v lůžkových zařízeních v regionu</b>	Individuální polostrukturované rozhovory Celkem 8 rozhovorů
<b>Poskytovatelé dalších sociálních a zdravotních služeb pro cílovou skupinu</b>	Individuální polostrukturované rozhovory Celkem 12 rozhovorů
<b>Manažeři zdravotních pojišťoven</b>	Individuální polostrukturované rozhovory Celkem 7 rozhovorů
<b>Relevantní zástupci krajských samospráv a ORP</b>	Individuální polostrukturované rozhovory Celkem 8 rozhovorů

## 5 ZÁVĚRY EVALUACE - HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

### 5.1 HODNOCENÍ VĚCNÉHO POKROKU A FINANČNÍ VÝKONNOSTI PROJEKTU

Cílem této podkapitoly je vyhodnocení plnění jednotlivých klíčových aktivit, podpora cílových skupin projektu, dodržování harmonogramu a finančního plnění projektu a plánovaných výstupů. Zdrojem dat jsou především projektová žádost, zprávy o realizaci, individuální rozhovory a Critical Incident Report. Jelikož v době sběru dat a jejich analýzy nebyl v pěti centrech duševního zdraví ukončen pilotní provoz, jsou některé závěry spíše orientačního rázu a budou se ještě měnit.

#### **EO1: Běží projekt dle nastaveného plánu?**

- **Je aktuální stav projektu v souladu s plánem projektu?**

V průběhu projektu došlo k pěti změnám:

- změna harmonogramu a změna termínu ukončení realizace projektu – posun doby realizace do 31. 8. 2022 – podstatná změna;
- změna Finančního plánu a doplnění monitorovacích období – podstatná změna;
- změna plnění finančního milníku – podstatná změna;
- změna dosažení cílů a indikátorů projektu – nepodstatná změna;
- změna rozpočtu projektu – přesun prostředků v rámci osobních nákladů pro pokrytí všech odborných pozic a současně pro vznik nové pozice odborného mentora.

Změny byly včas administrativně zajištěny a neohrozí tak předpokládané cíle projektu ve vztahu k cílové skupině. Po přijetí nezbytných změn se tedy dá říci, že projekt běží dle plánu.

#### 5.1.1 Klíčové aktivity projektu

#### **EO1: Běží projekt dle nastaveného plánu?**

- **Je aktuální stav projektu v souladu s plánem projektu?**

#### **EO4: Do jaké míry byl naplněn stanovený cíl projektu?**

- **Zda a jak byly naplněny stanovené cíle a konkrétní klíčové aktivity projektu?**

#### **EO6: Bylo výstupu dosaženo za předpokládanou cenu a čas a na plánovaných místech?**

#### 5.1.1.1 KA1: Výběrový proces a schválení vhodných provozovatelů CDZ

Klíčová aktivita probíhala od ledna 2019 do července 2020. Oproti harmonogramu v projektové žádosti tak došlo ke změně. Původně měla klíčová aktivita končit v červnu 2019. Důvodem změny byla návaznost na projekty CDZ I a CDZ II. U CDZ II došlo k opožděnému výběru všech 16 CDZ, výzva v CDZ III nemohla proběhnout dříve, než proběhla další výzva v CDZ II/2. K výběru posledních čtyř CDZ II/2 došlo v listopadu 2019, výzva pro CDZ III tak mohla být vyhlášena až po lednu 2020. Tímto došlo k celkovému posunu harmonogramu projektu.

Cílem klíčové aktivity bylo vybrat v dalších regionech devět poskytovatelů vhodných k poskytování služby v souladu se standardem CDZ. Poskytovatelé měli být vybráni tak, aby byl rovnoměrně doplněn existující základ sítě CDZ v ČR a vzniklo v každém kraji ČR dle potřeby jedno až tři CDZ.

Průběh realizace KA1:

- 8. 10. 2019 - seminář pro potenciální uchazeče, v jehož průběhu byly zájemcům předány podrobné informace o možnostech a podmínkách získání dotace. Informativní dopis o připravované výzvě byl zaslán také ředitelům psychiatrických nemocnic v regionech, kde chyběla CDZ.
- 14. 2. 2020 - vyhlášena výzva k podávání žádostí o dotaci z Programu podpory vzniku Center duševního zdraví III. Zájem ze strany potenciálních poskytovatelů byl však nižší, než se předpokládalo. Důvodem nižšího zájmu byla předpokládaná administrativní zátěž spojená s realizací projektu, a také obtíže spojené s udržitelností CDZ. Dalším důvodem byl nedostatečný počet odborníků, především psychiatrů, a z toho plynoucí obavy o naplnění personálního obsazení multidisciplinárního týmu. Zájem mohl být rovněž ovlivněn začínající pandemickou situací.
- 10. 9. 2020 vyhlášena navazující výzva k podání žádostí o dotaci z Programu podpory vzniku Center duševního zdraví III/2. V rámci této výzvy bylo nutné podat žádost do 12. 10. 2020 a zahájit pilotní provoz nejpozději k 1. 1. 2020, tak aby mohla být KA2 ukončena nejpozději k 30. 6. 2022. Vyhlášení druhé výzvy znamenalo také pro odbornou gestorku a projektovou manažerku nárůst administrativy, odborná gestorka musela Výkonnému výboru vysvětlovat, proč nedošlo k naplnění předpokládaného zájmu a projektová manažerka musela žádat o změnu v projektu.

Oproti původnímu plánu byl podpořen pilotní provoz osmi, nikoliv devíti center duševního zdraví. Jednalo se o podstatnou změnu, která se projevila v potřebě změnit rozpočet a indikátory. Tyto změny byly včas nahlášeny a schváleny.

#### **EO3: Jak probíhá spolupráce s relevantními aktéry?**

- **Jak probíhá/probíhal proces výběru CDZ?**

Pravidla a podmínky pro poskytnutí dotace na zavedení CDZ upravuje Metodika Programu podpory Center duševního zdraví III a Metodika Programu podpory Center duševního zdraví III/2. Podmínkou pro získání dotace byla již dostatečná připravenost zájemců, tak aby bylo možno CDZ co nejdříve otevřít pro klienty/pacienty. To znamenalo mít předjednané prostory pro provoz CDZ a zajištěno personální obsazení. V době probíhající pandemie nebylo lehké tyto podmínky splnit, co se personální kapacity

týče, bylo potřeba počítat s menším počtem odborníků – na území republiky obecně chybí například psychiatři či psychiatrické sestry, jejich kapacity byly nezdědkou využity již dříve vzniklými CDZ. U CDZ Olomouc také došlo ke ztrátě předjednaných prostor pro poskytování služeb, a bylo následně potřeba rychle zajišťovat prostory nové – nové prostory však zcela neodpovídají potřebám sladování multidisciplinárního týmu, jelikož je CDZ rozděleno do dvou budov. Ty jsou sice naproti sobě, i přesto je pravidelné sdílení v týmu omezeno. Kvůli pandemii došlo také k opoždění nutných rekonstrukcí a oprav prostor.

**Aktivita KA1 byla ke dni 31. 12. 2020 ukončena výběrem vhodných provozovatelů. Oproti původnímu plánu bylo tedy otevřeno 8, nikoliv 9 CDZ. Zároveň se nepodařilo oslovit vhodného zájemce pro provoz CDZ v Libereckém kraji, kde aktuálně žádné CDZ nepůsobí.**

Tabulka 4 – Seznam podpořených CDZ (v rámci Podpory vzniku Center duševního zdraví III)

Název CDZ	Příjemce dotace
Beskydské	S/ Charita Frýdek-Místek Z/ Nemocnice ve Frýdku-Místku
Ostrava	S/ Asociace Trigon, o.p.s. Z/ Městská nemocnice Ostrava
Olomouc	S/ Společnost Mana, o.p.s. Z/ PL Šternberk
Ústí nad Labem	S/ Fokus Labe, z.ú. Z/ Fokus Labe, z.ú.
Chrudim	S/ Péče o duševní zdraví, z.s. Z/ Péče o duševní zdraví, z.s.
Brandýsko	S/ Fokus Praha, z.ú. Z/ PN Bohnice
Fénix	S/ Sociálně – psychiatrické centrum – Fénix, o.p.s. Z/ Sociálně - psychiatrické centrum - Fénix, o.p.s
Klatovy	S/ Ledovec, z.s. Z/ Psychiatrie – ambulance, s.r.o.

Pozn.: „S“ – část poskytující sociální služby; „Z“ – část poskytující zdravotní služby.

Tabulka 5 – Počet Center duševního zdraví v jednotlivých krajích České republiky

Kraj	Počet CDZ (z toho CDZ vzniklých v rámci Podpory vzniku Center duševního zdraví III)
Praha	4 (0)
Středočeský	2 (1)
Jihočeský	2 (0)
Jihomoravský	3 (1)
Karlovarský	2 (0)
Královéhradecký	2 (0)
Liberecký	0 (0)
Moravskoslezský	3 (2)
Olomoucký	2 (1)
Pardubický	2 (1)
Plzeňský	2 (1)

Kraj	Počet CDZ (z toho CDZ vzniklých v rámci Podpory vzniku Center duševního zdraví III)
Ústecký	1 (1)
Vysočina	2 (0)
Zlínský	2 (0)

#### 5.1.1.2 KA2: Zprovoznění a pilotní ověřování provozu CDZ

Také druhá klíčová aktivita byla logicky posunuta – původně měla probíhat od července 2019 do prosince 2021. Nakonec probíhá od srpna 2020 do srpna 2022 (respektive června 2022, kdy poslední z podpořených center ukončí pilotní provoz). Předmětem KA2 bylo a je u CDZ vybraných v KA1 zahájit provoz s respektem ke Standardu péče a poskytovat služby po dobu 18 měsíců. Na základě změny ze dne 1. 1. 2020 se jednalo o zahájení provozu s respektem ke Standardu péče a s přihlédnutím ke změkčení personálních kritérií pilotního provozu při zahájení pilotního provozu CDZ (v 1.- 6. měsíci realizace pilotního provozu: minimální personální obsazení u psychologa a psychiatra 0,5 z toho minimálně 0,25 se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie u psychologa a 0,25 s atestací v oboru klinická psychologie)<sup>1</sup> a poskytování služby definované "Výzvou k předkládání žádostí o dotaci v rámci Programu podpory Center duševního zdraví III" a její přílohy "Metodika Programu podpory Center duševního zdraví III" po dobu 18 měsíců.

Pro zahájení pilotního provozu bylo také nezbytné, aby CDZ disponovalo platnými rozhodnutími o registraci sociálních služeb a oprávněními k poskytování zdravotních služeb. Oba tyto dokumenty byly předkládány před vydáním Rozhodnutí o poskytnutí dotace. Dalšími povinnými přílohami žádosti o dotaci byly tyto dokumenty:

- Záznam o projednání záměru CDZ s příslušným odborem Krajského úřadu příslušného kraje;
- Popis zajištění pilotního provozu CDZ;
- Jmenný seznam pracovníků multidisciplinárního týmu pilotního CDZ;
- Rozpočet pilotního provozu CDZ celkem a rozpočet zajištění zdravotní a sociální části provozu CDZ;
- Smlouva o spolupráci – je-li relevantní, tedy v případě, kdy je provoz CDZ zajištěn dvěma subjekty;
- Statut svěřenského fondu – je-li relevantní.

Oproti původnímu plánu bylo zahájení pilotního provozu čtyř CDZ posunuto, což ovlivnilo harmonogram plnění indikátorů a čerpání výdajů z projektu. Z tohoto důvodu zažádala projektová manažerka o změnu finančního milníku a změna byla schválena. Důvody zpoždění zahájení pilotního provozu byly následující:

---

<sup>1</sup> Viz. Příloha č. 4 ŽoZ 1- Zdůvodnění k ponížení personálních kritérií pilotního provozu CDZ oproti "Standardu péče CDZ" v rámci projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví II, k č.j. MZD 38261/2019 EFI.



- nízká orientace CDZ v jednotlivých krocích nezbytných pro zahájení provozu (dle zástupců CDZ některým chyběla výraznější a odborná podpora ze strany MZ, respektive realizačního týmu projektu, především metodiček);
- nedostatečná reflexe již proběhlých programů CDZ I a CDZ II – opakující se potíže při vyřizování smluv u zdravotních pojišťoven, problematika spojená s odlišnými nároky na kolaudaci prostor pro provozování sociálních a zdravotních služeb.

Zahájení pilotního provozu, stejně jako sestavování multidisciplinárního týmu a nastavování provozu center bylo dle zástupců v mnohém jednodušší, pokud již měli zkušenost s realizací CDZ I či II, popřípadě pokud se mohli na provozovatele CDZ I či CDZ II obrátit. Z některých rozhovorů se zástupci CDZ vyplývá, že především v počátcích zahájení projektu nebyla orientace metodiček v problematice dostatečná, a pomoc a podpora z jejich strany tedy neměla požadovanou kvalitu. V průběhu projektu se tato situace zlepšovala. Metodičky se zorientovaly v problematice a byly tak schopné poskytnout dostatečnou oporu. Možnost opory byla limitována také probíhající pandemií, kdy nebylo možné realizovat osobní setkání, seznámit se přímo s konkrétními CDZ a jejich pracovníky. Metodičky zároveň samy uváděly, že jim mnohdy chyběly potřebné informace, popřípadě dlouho čekaly na odpovědi, které položily dalším aktérům.

Tabulka 6 – CDZ III – plánované a skutečné zahájení pilotního provozu

Název CDZ	Příjemce dotace	Plánované datum zahájení a ukončení pilotního provozu	Skutečné datum zahájení a ukončení pilotního provozu
Beskydské	S/ Charita Frýdek-Místek Z/ Nemocnice ve Frýdku-Místku	1.7.2020 – 31.12.2021	1.7.2020 – 31.12.2021
Ostrava	S/ Asociace Trigon, o.p.s. Z/ Městská nemocnice Ostrava	1.8.2020 – 31.1.2022	1.8.2020 – 31.1.2022
Olomouc	S/ Společnost Mana, o.p.s. Z/ PL Šternberk	1.7.2020 – 31.12.2021	1.9.2020 – 28.2.2022
Ústí nad Labem	S/ Fokus Labe, z.ú. Z/ Fokus Labe, z.ú.	1.9.2020 - 28.2.2022	1.10.2020 – 31.3.2022
Chrudim	S/ Péče o duševní zdraví, z.s. Z/ Péče o duševní zdraví, z.s.	1.10.2020 – 31.3.2022	1.11.2020 – 30.4.2022
Brandýsko	S/ Fokus Praha, z.ú. Z/ PN Bohnice	1.9.2020 – 28.2.2022	1.11.2020 – 30.4.2022
Fénix	S/ Sociálně – psychiatrické centrum – Fénix, o.p.s. Z/ Sociálně - psychiatrické centrum - Fénix, o.p.s	1.11.2020 – 30.4.2022	1.11.2020 – 30.4.2022
Klatovy	S/ Ledovec, z.s. Z/ Psychiatrie – ambulance, s.r.o.	1.1.2021 – 30.6.2022	1.1.2021 – 30.6.2022

V rámci klíčové aktivity byl na začátku vypracován dokument Přehled indikátorů, vycházející z různých kapitol Metodiky CDZ III, projektové žádosti a Obecné části pravidel pro žadatele a příjemce v rámci OPZ. Přehled indikátorů byl přiložen jako jedna z příloh k Metodice CDZ III. Metodika byla postupně

doplňována a upravována tak, aby byla jasnější a poskytovala konkrétnější informace. Jelikož se jedná o pilotní projekt, je logické, že v průběhu dochází k dílčím změnám. Jednotlivé změny v požadavcích či jejich interpretaci však nebyly dle zástupců CDZ včas předávány, orientace v požadavcích byla náročná.

Tabulka 7 – CDZ III – plnění indikátorů – personální obsazení

Požadavky na úvazky CDZ	Beskydské (data do 12/2021)			Ostrava (data do 6/2021)			Olomouc (data do 12/2021)			Ústí n/L (data do 12/2021)					
	1-6. měsíc	7-16. měsíc	17-18. měsíc	1-6. měsíc	7-16. měsíc	17-18. měsíc	1-6. měsíc	7-16. měsíc	17-18. měsíc	1-6. měsíc	7-16. měsíc	17-18. měsíc			
sociální pracovníci, z toho:	4	4	5	4,8	5,8	5,8	4	4		4	4		4,5	4,5	
zdravotní pracovníci, z toho:	5	6	7	5,75	9,31	9,76	5,7	6,6		5	6		5,2	5,6	
psychiatri	0,5	1	1	0,5	1	1,45	0,55	1		0,5	1		0,6	0,6	
psycholog	0,5	1	1	0,75	1,1	1	0,55	1		0,5	1		0,5	1	
psychiatrická/všeobecná sestra	4	4	5	4,5	7,3	7,3	4,6	4,6		4	4		4	4	
specialista CDZ	0,2	0,2	0,2	1	1	1	0,9	0,9		1	1		1	1	
<b>CELKEM</b>	<b>9,2</b>	<b>10,2</b>	<b>12,2</b>	<b>11,55</b>	<b>16,11</b>	<b>16,56</b>	<b>10,6</b>	<b>11,5</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>10,7</b>	<b>11,1</b>	<b>0</b>
Požadavky na úvazky CDZ	Chrudim (data do 12/2021)			Brandýsko (data do 12/2021)			Fénix (data do 12/2021)			Klatovy (data do 12/2021)					
	1-6. měsíc	7-16. měsíc	17-18. měsíc	1-6. měsíc	7-16. měsíc	17-18. měsíc	1-6. měsíc	7-16. měsíc	17-18. měsíc	1-6. měsíc	7-16. měsíc	17-18. měsíc	1-6. měsíc	7-16. měsíc	17-18. měsíc
sociální pracovníci, z toho:	4	4	5	4,2	4,5		4	4,3		4	3,8		4,5	5	
zdravotní pracovníci, z toho:	5	6	7	5	5,6		5	6		5,3	5,6		4,8	6,7	
psychiatri	0,5	1	1	0,5	0,8		0,5	1		0,5	1		0,5	1,1	
psycholog	0,5	1	1	0,6	0,8		0,5	1		0,5	1		0,5	1	
psychiatrická/všeobecná sestra	4	4	5	3,9	4		4	4		4	3,6		3,8	4,6	
specialista CDZ	0,2	0,2	0,2	1	1		0,8	0,8		0,8	0,8		0,5	0,5	
<b>CELKEM</b>	<b>9,2</b>	<b>10,2</b>	<b>12,2</b>	<b>10,2</b>	<b>11,1</b>	<b>0</b>	<b>9,8</b>	<b>11,1</b>	<b>0</b>	<b>10,1</b>	<b>10,2</b>	<b>0</b>	<b>9,8</b>	<b>12,2</b>	<b>0</b>

Tabulka je spíše orientační, protože sběr dat není ukončen, finální čísla se tudíž mohou změnit. I přes komplikace se zajišťováním psychiatra je patrné, že se pozice daří obsadit – většinou se však jedná o více (2-3) úvazky na jedno CDZ. Dílčí obtíže mohou být také při zajišťování vhodných sociálních pracovníků a všeobecných či psychiatrických sester. Pokud se však nestane nic zásadního, splní podpořená CDZ předjednanou personální kapacitu.

Nedostatek konkrétních odborných pracovníků je ostatně palčivým problémem realizace všech etap CDZ. Původní záměr CDZ příliš neodpovídá situaci v českém prostředí, kde dlouhodobě chybí psychiatři, psychiatrické sestry. Jejich navýšení je přitom dlouhodobým procesem, který souvisí také s nastavením vzdělávání a motivací ke studiu těchto oborů. Na základě dílčích zjištění došlo k obměně požadovaného personálního obsazení CDZ. Dle Věštníku MZ ČR z 30. června 2021 a v něm uvedeném Standardu služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI) dochází k rozdělení CDZ na Bazální CDZ (CDZ-B), které nenaplní požadavky na komplexní rozsah služeb CDZ, a CDZ, které naplní komplexní

rozsah služeb CDZ. Ta se označují jako Komplexní CDZ (CDZ-A). Bazální CDZ by se do 5 let od zahájení provozu měla přeměnit na Komplexní CDZ. Pokud se tak nastane, budou i nadále moci poskytovat služby v základním režimu jako CDZ-B.

#### **5.1.1.3 KA3: Realizace podpůrných opatření (informování a komunikace)**

U této aktivity rovněž došlo ke změně v harmonogramu. Původně měla být realizována od 7/2019 do 12/2021, nakonec je realizována od 6/2019 do 8/2022. Cílem aktivity je prezentovat činnost jednotlivých CDZ na území, kde působí tak, aby se o něm dozvěděli nejenom potenciální klienti, ale i ti, kdo s nimi pracují. Každé CDZ v rámci realizace projektu v dotačním programu má vyčleněno 200 000 Kč na realizaci komunikačních opatření směrem k zaměstnancům veřejné správy a poskytovatelům zdravotních služeb.

#### **EO14: Jak probíhá komunikace s dalšími aktéry za účelem destigmatizace?**

Specialistka na komunikaci v rámci aktivity vypracovala přehledovou mapu CDZ na území České republiky, která je dostupná na webových stránkách Reformy psychiatrické péče. Specialistka také podporuje jednotlivá CDZ při tvorbě komunikačních strategií.

V rámci aktivity byly osloveni pracovníci obecních úřadů, pracovníci úřadů práce, psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení nemocnic, ambulantní psychiatři a praktičtí lékaři. Komunikační opatření probíhají především formou cíleného informování odborné i laické veřejnosti, potenciálních klientů/pacientů a jejich blízkých příbuzných. Informování je zajištěno prostřednictvím webových stránek či Facebookového profilu. Dále jsou vytvářeny informační letáčky a brožury. O poslání a zahájení pilotního provozu CDZ byly napsány články do místních tištěných médií či televize. Rovněž byly realizovány Dny otevřených dveří.

Prostředkem informování o CDZ a tematice duševního zdraví a onemocnění jsou:

- webové stránky;
- Facebook;
- propagační materiály ve veřejných prostorách (např. na úřadech, v čekárnách lékařských zařízení apod.);
- Den duševního zdraví;
- občasník, informující o činnostech CDZ;
- neformální aktivity zajišťované zřizovatelem CDZ;
- vzdělávací aktivity pro školy a veřejnost.

Postupně je navazována spolupráce se všemi důležitými službami a aktéry. V některých případech je spolupráce náročnější (například někteří ambulantní psychiatři, praktičtí lékaři, psychiatrické nemocnice či psychiatrická oddělení apod.), a to především z důvodu nesouznění s prvky a principy reformy.

#### 5.1.1.4 KA4: Monitorování, evaluace a ukončení projektu

Tato klíčová aktivita probíhá od 1/2019 do 8/2022 (původně do 12/2021). Cílem aktivity je monitorovat a vyhodnocovat průběh realizace a efektivitu dopadu projektu.

Výstupem externí evaluace je tato zpráva, včetně předchozí Vstupní a Průběžné evaluační zprávy.

Cílem interní evaluace je vyhodnotit, jaké dopady má zřízení CDZ na život klientů/pacientů s ohledem např. na symptomy, zaměstnanost apod. Sledované oblasti v rámci CDZ III jsou totožné s těmi sledovanými u CDZ I a II, díky čemuž bude možné zachytit případné rozdíly. Liší se však způsob získávání dat. CDZ I posílala data na Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) a ten je poskytl internímu evaluátorovi, který je dále vyhodnocoval. U CDZ II se již počítá s tím, že by se jednalo o data z Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS). U CDZ III se, především z časových důvodů, bude pracovat se stejnými daty jako u CDZ I. Aktuálně nejsou data k dispozici.

### 5.1.2 Cílová skupina projektu

#### Charakteristika klientů/pacientů

Cílovou skupinou projektu jsou „osoby nejvíce ohrožené vyčleněním mimo běžný život společnosti, které se do něj, v důsledku diskriminace z důvodu jejich zdravotního stavu dle zákona č.198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon) nebo nepříznivého zdravotního stavu, nemohou zapojit.“

Cílovou skupinou CDZ dle Standardu péče poskytované v CDZ zveřejněném ve Věstníku č.5/2016 MZ ČR, respektive č. 8/2021, tvoří:

- osoby se SMI; charakteristika SMI:
  - a) diagnostické okruhy F2, F3 (eventuálně F42 a F60.0, F60.1, F60.3, F60.5, F60.6, F61, F62);
  - b) trvání onemocnění (déle než 2 roky);
  - c) funkční narušení (skóre GAF $\leq$ 60, kde GAF je klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění; upraveno dle Ruggeri et al. 2000, Martín-Pérez et al. 2019). Takto vymezená cílová skupina v sobě zahrnuje rovněž i osoby v ochranném léčení uloženém soudem a vykonávané formou specializované ambulantní péče v oboru psychiatrie. CDZ pro tuto cílovou skupinu poskytuje služby dlouhodobého charakteru, vázané na platnost charakteristiky SMI a) – c) u dané osoby.
- osoby s potřebou včasné intervence, tzn. osoby s rizikem rozvoje SMI.

Jde o osoby převážně dosud psychiatricky neléčené, u nichž se projevují poruchy, které naznačují zvýšené riziko budoucího rozvoje SMI.

Cílem CDZ je včasná diagnostika onemocnění a rychlé započítí léčby jako prevence rozvoje závažného (chronického) duševního onemocnění. Klienta k péči v CDZ indikují lékaři poskytovatelů lůžkové péče v oboru psychiatrie, lékaři poskytovatelů ambulantní péče v oboru psychiatrie a praktičtí lékaři. Vzhledem k nízkoprahovosti a vysoké skryté nemocnosti u této cílové skupiny může být přijata do péče i osoba bez doporučení.

Cílová skupina CDZ v pilotním provozu odpovídá cílové skupině plánované. Pro CDZ může být s ohledem na dostupnost navazujících služeb obtížnější zachytit specifické podskupiny, například osoby

bez domova. V těchto případech chybí především chráněné a dostupné bydlení – bez toho je však obtížné odpovídajícím způsobem pomoci klientovi/pacientovi.

Z rozhovorů se zástupci CDZ, a především z rozhovorů s dalšími relevantními aktéry vyplývá, že cílová skupina CDZ je nezřídka považována za příliš úzkou. Zástupci krajů či ORP k tomu dodávali, že v ostrém provozu očekávají také možnost rozšířit cílovou skupinu tak, aby odpovídala potřebám regionu.

*„(...) ale u CDZ je problém věk 65 a problém jsou ty pouze závažné diagnózy.“*

Jednotlivá CDZ se však mírně liší v tom, jak přistupují k zájemcům o službu či k osobám, kterým je CDZ doporučeno jinou odbornou institucí, ale které nepatří do stanovené cílové skupiny. Postup do značné míry souvisí s konkrétní charakteristikou CDZ – zřizovatelé CDZ nezřídka mají dlouhodobou zkušenost s podporou osob s duševním onemocněním a poskytují také další služby, na něž mohou případné zájemce/osoby, které potřebují podporu, odkázat. Popřípadě je možné poskytnout základní informační servis a potřebnou podporu v minimálním rozsahu. To však může znamenat, že daná osoba nebude vykázána jako indikátor – zástupci CDZ vyhodnotí, že konkrétní osoba potřebuje pomoc a podporu, přičemž s ohledem na služby v regionu ji není možné odkázat na jinou relevantní organizaci.

Nejčastěji diskutovaným faktorem je věk. Z rozhovorů vyplývá, že podporu potřebují také lidé starší 65 let, zároveň narůstá počet osob mladších 18 let, u nichž se objeví duševní onemocnění. Včasná podpora těchto osob je přitom velmi důležitá, protože odkládání pomoci může vést k prodloužení doby možného uzdravení (*recovery*). Zástupci CDZ uváděli, že v ojedinělých případech proto, na základě individuálního posouzení, poskytují služby také osobám mladším či starším – tyto klienty/pacienty není možné v rámci projektu započítat do indikátorů, v ostrém provozu však budou tyto výkony zdravotními pojišťovnami propláceny.

Druhým aspektem je působnost CDZ. Jednotlivá CDZ mají definovanou oblast, kterou obsluhují. Cílem Reformy (mimo jiné) je, aby byla CDZ dostupná vždy pro oblast o 60 000 až 140 000 obyvatel<sup>2</sup>. Tato podmínka je však diskutována, protože ne vždy je počet osob z cílové skupiny rovnoměrný a striktně naplněný – počet klientů na jednu oblast by mohl být obtížně naplnitelný, což však neznamená, že CDZ není potřebné. Působnost si CDZ většinou hlídají, což je mimo jiné dáno tím, že dojezd do vzdálenějších oblastí by byl časově a finančně problematický.

Co se diagnózy týče, ta je také definována Standardy CDZ. I zde se však mohou CDZ lišit. To může být dáno například specializací členů multidisciplinárního týmu. Například pokud je v týmu lékař/ka, který/á se specializuje na hraniční poruchu, může být v daném CDZ více klientů/pacientů s touto diagnózou (ve srovnání s dalšími CDZ). Obdobné je to u diagnózy F42, u které je dle zástupců CDZ rovněž důležité vyhodnotit, zda je potenciální klient/pacient sám motivován ke spolupráci.

Dalšími kritérii pro využívání služby CDZ mohou být např.: opakovaná hospitalizace, nemožnost čerpat běžně dostupné služby, potřeba terénní služby, potřeba sociální i zdravotní podpory, ohrožení sebe a okolí, selhávání v rolích a fungování v běžném životě, pracovním, sociálním, školním. Dále

---

<sup>2</sup> Viz – Věstník č.8/2021 MZ ČR.

nedostatečné zázemí, izolovanost, nedostatečná míra nadhledu, náhledu, neschopnost vyhodnotit situaci. Jednotlivá kritéria se odvíjejí od charakteru konkrétního CDZ.

Klienti/pacienti se také liší svým sociálně-ekonomickým zázemím. Jiná spolupráce je s mladým klientem/pacientem, který ještě bydlí u rodiče a studuje. Jiná s klienty/pacienty, kteří spolu žijí (oba v páru mají duševní onemocnění), jsou schopni pracovat, vzdělávají se a mají funkční rodinné zázemí. Jiná pak s klienty/pacienty, kteří jsou bez domova, žijí na ulici, na ubytovnách či ve velmi dysfunkční rodině s řadou patologií. S těmito klienty se na uzdravení pracuje velmi nelehce, a to ne proto, že by neměli zájem. Žijí však ve velké každodenní nejistotě, což se spolu s neutěšeným zázemím podepisuje na jejich psychickém zdraví.

#### 5.1.2.1 Navazování spolupráce s klienty/pacienty

##### **EO3: Jak probíhá spolupráce s relevantními aktéry?**

- **Jak probíhá/probíhalo zajišťování klientů/pacientů?**

Informovanost o existenci CDZ se dle výstupů z rozhovorů rozšiřuje. Stále více odborné, ale i laické veřejnosti, včetně potenciálních klientů/pacientů a jejich osob blízkých, se na CDZ obrací. Nejčastěji se však klienti/pacienti o CDZ dozvídají buďto přímo v místě hospitalizace, popřípadě od ambulantního psychiatra, výjimečně také od praktického lékaře. To je dáno tím, že zástupci CDZ aktivně docházejí do psychiatrických nemocnic či psychiatrických oddělení nemocnic, kde s potenciálními klienty/pacienty navazují kontakt ještě před ukončením hospitalizace. Z rozhovorů s klienty/pacienty vyplývá, že tato skutečnost je pro ně velmi komfortní. Nemocnici/nemocniční oddělení pak už opouštějí s vědomím, že na situaci „venku“ nebudou sami, že se budou mít na koho se obrátit.

O existenci CDZ potenciální klienty/pacienty informují také sociální pracovníci služby, kterou využívali. Někteří také vědí o CDZ od známých, kteří byli sami klienty/pacienty CDZ. Nikoliv ojediněle se vyskytovali případy, kdy klientovi/pacientovi o CDZ řekla pracovnice, která z dříve využívané služby odcházela právě do CDZ. Taktéž opatrovníci se na CDZ čím dál častěji obracejí. O potenciálních klientech/pacientech CDZ nezřídka informují také starostové/starostky obcí. To poukazuje na to, že se centrům daří informovat o své existenci a o tom, jaké služby poskytují.

Z realizovaných rozhovorů vyplývá, že CDZ navštěvují také páry či rodiče s dětmi, kdy se všechny osoby potýkají s duševním onemocněním. S CDZ v těchto případech nejprve začne spolupracovat jeden z partnerů či rodič/dítě a následně spolupráci doporučí také druhému partnerovi, rodiči/dítěti.

První kontakt proběhl tedy buďto již v nemocnici, anebo přímo v CDZ či u klienta/pacienta doma. V případě, kdy první kontakt proběhl doma, bylo přínosem, pokud se již pracovníci CDZ s klientem znali, popřípadě pokud bylo CDZ klientovi/pacientovi doporučeno osobou, ke které měl důvěru a která službu také sama využívala.

Pokud zájemce odpovídá parametrům cílové skupiny, stává se klientem/pacientem CDZ. Na začátku spolupráce je s klienty/pacienty vyplňován mapovací nástroj (GAF, AQoL, HoNOS). Vytvoření individuálního plánu a cíle zakázky klienta/pacienta trvá většinou po dobu několika schůzek, kdy se vyjasňuje situace klienta/pacienta a jeho zakázka. Informace o zájemci jsou předány celému týmu

a celý tým také následně rozhoduje o případném přijetí zájemce do služby. Celý proces může trvat i několik měsíců, a to v případě kdy se jedná o asertivní kontaktování.

### Motivace klientů/pacientů pro využívání služeb CDZ

Při první komunikaci s pracovníky CDZ mnohé klienty/pacienty příjemně překvapila vstřícnost, empatie a přijetí, se kterým se setkali. Ke spolupráci je motivovalo to, že CDZ poskytuje také sociální služby a může jim tudíž pomoci v dalších sférách života. V některých případech se pro klienty/pacienty jednalo o rychlejší způsob navázání spolupráce s psychiatrem, kterých je v regionu nedostatek. Motivací pro využívání služeb byla také potřeba navazování sociálního kontaktu, která bývá pro osoby s duševním onemocněním obtížná. Mnozí vypověděli, že již před vypuknutím nemoci byli samotářští, popřípadě se potýkali se závislostmi a o přátele tak postupně přicházeli. V době, kdy se u nich projevilo duševní onemocnění pak většinou přišli i o ty přátele, kteří jim zůstali. Navazování nových přátelství přitom po vypuknutí onemocnění bylo velmi obtížné. Potýkali se s otevřenou stigmatizací, popřípadě se obávali odmítnutí, nevěřili si, měli strach z nových lidí. Spolupráce s CDZ tak pro ně byla cestou, jak obnovit sociální kontakty a zapojit se do života, vyjít ven z bytu.

*„Být více mezi lidmi a strávit čas i trochu jinak, nejen u sportu.“*

Důvodem, proč se klienti/pacienti rozhodli využívat služeb CDZ byla také změna životní situace, například rozvod. Obtížné období spojené s nutností zařizování řady administrativních úkonů pro ně bylo velmi náročné, a to i v případech, kdy se s duševním onemocněním potýkali dlouhodobě a de facto věděli, jak s konkrétní diagnózou žít. Obtížná životní situace však pro ně byla těžko zvládnutelná bez relevantní odborné, ale také citlivé podpory zvenčí.

*„Já jsem zůstala sama, takže jsem byla na všechny problémy sama. Sama vyřizovat, sama zvládat nové situace, které jsem nikdy nedělala. A tady mi v tom velice pomáhají. Takže mám tady takovou tu podporu v situaci, když mi není dobře. Když potřebuju něco vyřešit, zařídit, někde zajít, takže z toho důvodu.“*

### Asertivní kontaktování

Nedílnou součástí práce multidisciplinárního týmu je takzvané asertivní kontaktování. To se děje v případech, kdy samotná osoba s psychickým onemocněním o spolupráci nemá zájem, avšak osoby blízké, sousedé, zástupci institucí a organizací, stejně jako pracovníci CDZ se domnívají, že by podpora byla na místě.

Dle zástupců CDZ nelze na postup při asertivním kontaktování vytvořit jednotný manuál. Konkrétní postup se odvíjí případ od případu. Záleží na širším kontextu osoby s duševním onemocněním. Zástupci CDZ se tak domnívají, že základem je odbornost, kreativita, ale také odvaha pracovníků. V neposlední řadě je důležitá trpělivost, protože osoba s duševním onemocněním může podporu či pomoc velmi rázně odmítnat. Je potřeba také zjistit co nejvíce informací o dané osobě a najít nějaké společné téma či aktivitu, na níž je možné se v průběhu kontaktování zaměřit a vytvořit tak prostor důvěry, který je pro spolupráci důležitý.

Jak již bylo zmíněno, tím, kdo se jako první na CDZ obrací, bývají nezřídka osoby blízké potenciálních klientů/pacientů. Osoby blízké, především rodiče, však mohou být také tím, kdo navázání spolupráce komplikuje. Dle sdělení zástupců CDZ mohou být někdy rodiče nedůvěřiví k zástupcům institucí jako



CDZ. Mohou se také domnívat, že péči a podporu osoby s duševním onemocněním zvládají dobře a nepotřebují tudíž podporu zvenčí.

### 5.1.2.2 *Spolupráce s osobami blízkými*

Centra duševního zdraví poskytují podporu také osobám blízkým, ať už individuální anebo formou skupinových setkání. Jsou to často právě pracovníci CDZ, kteří pomohou osobám blízkým porozumět situaci, chování osoby s duševním onemocněním. Jejich intervence může napomoci urovnání rodinných vztahů, které mohou být z důvodů vzájemného nepochopení narušené, komplikované. Osobám blízkým neřídka chybí základní znalosti o duševním onemocnění. Domnívají se, že vše je jen projevem lenosti, osoba s duševním onemocněním si vše vymýšlí apod.

Spolupráce s osobami blízkými, především pokud s nimi klient/pacient bydlí, je také nezbytnou součástí zotavení a řešení případné krize. Osoba blízká dokáže pracovníkům CDZ podat informace o tom, jak se liší běžná a krizová situace. Jak vypadá běžný den klienta/pacienta (co je ještě jeho individuální „normou“) a co už je znakem přicházející krize. Díky terénní službě se pracovníci CDZ většinou s osobami blízkými dříve či později setkají, což by se při pouhé ambulanci formě podpory nemuselo stát.

Ne vždy však mají osoby blízké či klienti/pacienti zájem o to, aby spolupráce probíhala s širším rodinným prostředím. V některých případech si klienti/pacienti spolupráci CDZ a osob blízkých nepřejí, protože osoby blízké viní z hospitalizace. Jindy jsou to zase osoby blízké, kdo si nepřeje větší spolupráci s CDZ. Nechtějí se do spolupráce zapojovat, protože onemocnění vnímají jako privátní záležitost potomka, popřípadě se jeden či oba rodiče nesmířili s duševním onemocněním dítěte.

### 5.1.2.3 *CDZ a jeho místo v regionu*

#### **EO3: Jak probíhá spolupráce s relevantními aktéry?**

- **Jak probíhá/probíhala komunikace směrem k zaměstnancům veřejné správy a poskytovatelům zdravotních služeb?**

#### **EO13: Jaké je místo CDZ v systému služeb a jaká je udržitelnost CDZ?**

- **Jak CDZ funguje v rámci regionu, jaká je návaznost, informovanost o vzniklých službách (včetně IZS)?**

Vznik CDZ byl s relevantními aktéry diskutován již před zahájením pilotního provozu a ve většině případů tak byla potvrzena potřeba CDZ v regionu. CDZ jsou také součástí komunitního plánování. Díky tomu mohou informovat další služby o svých aktivitách a podílet se na rozvoji služeb. Dle zástupců CDZ je informování o službě kontinuální činností. Je potřeba počítat s tím, že dochází k personálním obměnám v jednotlivých institucích. Proto je nezbytné pravidelně předávat informace o činnosti v CDZ (obecné i aktuální). CDZ měla také již před zahájením pilotního provozu navázanou spolupráci alespoň s některými psychiatrickými odděleními či nemocnicemi a dalšími odborníky v regionu. Dobré vztahy jsou zásadní pro navazování spolupráce s potenciálními klienty/pacienty. Zcela klíčové je pro možnost asertivního kontaktování – například starostové či policie mohou poskytnout informace

o potenciálních klientech/pacientech, kteří nejsou schopni či ochotni vyhledat si odbornou podporu sami.

*„To nás čeká ještě dlouhá cesta, než nás vezmou na vědomí. Zatím bych řekla, že si nás dost lidí plete s krizovou ambulancí nebo něčím takovým. Ale to bude tím, že jsme noví a že to povědomí ještě není úplně v povědomí veřejnosti.“*

Z realizovaných rozhovorů vyplývá, že CDZ má svou nezastupitelnou roli v regionu, a to i v případech kdy jsou vyjmenována možná zlepšení (například rozšíření cílové skupiny, větší spolupráce s dalšími aktéry, pravidelná zpětná vazba apod.). Všichni oslovení aktéři však dodávají, že se jedná o pilotní provoz a je tak logické, že ne vše bude ideální. Utváření ideální podoby je záležitostí vzájemné, dlouhodobé diskuze.

*„Určitě ano, ale některé věci bychom s nimi chtěli ještě dokomunikovat. Protože tak, jak byli z toho projektu financováni a měli tam určitá kritéria, které nemohli překročit, tak teď se to bude financovat klasicky. My bychom rádi s nimi se domluvili, aby si rozšířili cílovou skupinu. Ale nevím, zda to bude úplně možné.“*

Spolupráce a návaznost na další relevantní organizace je také dlouhodobým a de facto nikdy nekončícím procesem. Zároveň je potřeba stále vyjednávat o tom, co je cílem CDZ, jaká je jejich cílová skupina.

Základním přínosem je právě skutečnost, že se jedná o více odborníků na jednom místě, a zároveň je nabízena terénní forma poskytované podpory. Ta je vnímána jako velmi potřebná, a to včetně asertivního kontaktování.

*„Má roli zásadní, protože dosud nikdo nepraktikoval ty návštěvy v terénu. Kdysi bývaly geriatrické sestry, ale to už skoro nikde nefunguje. Takže my jsme strašně rádi, že se někdo zabývá tím terénem a lidmi s duševním onemocněním, kteří se v něm pohybují.“*

Spolupráce s integrovaným záchranným systémem (IZS) byla navazována postupně. Postupně byly zástupcům IZS předávány informace o kompetencích CDZ. V ideálních případech byly nastavovány společné postupy při zajišťování klientů/pacientů. Míra a kvalita spolupráce se liší nejen regionálně, ale také „člověk od člověka“. Někteří zástupci IZS spolupracují s CDZ více, jiní méně, nemají ještě takovou důvěru, neví, co od CDZ očekávat. Informování pracovníků CDZ je zároveň pozvolným, postupným procesem, a to také z důvodu hierarchického prostředí. Informace nejsou ze strany CDZ předávány všem zaměstnancům IZS a záleží tak na vedení, jakým způsobem informace rozděluje. Zástupci CDZ se domnívají, že spolupráce se dobře bude ve chvíli, kdy všechny složky společně řeší jeden konkrétní případ. Například policie si neví rady s jedincem, který dle nich může mít duševní onemocnění a narušuje veřejný pořádek. Zaměstnanci CDZ pak se zástupci policie řeší společné výjezdy k agresivním klientům.

Pro optimální spolupráci a eliminování pocitu konkurence je zásadní jasně si říci, kdy je ještě osoba s duševním onemocněním klientem/pacientem CDZ, a kdy již není intenzivní podpora tohoto druhu potřebná a klient/pacient může být navázán na další služby v regionu.

**EO13: Jaké je místo CDZ v systému služeb a jaká je udržitelnost CDZ?**

- **Jak probíhá spolupráce s ambulantními psychiatry v regionu?**
- **Jak je dělena/doplňována péče poskytovaná klientovi ze strany psychiatra CDZ a ambulantního psychiatra, v jehož péči je pacient vedený?**

Kvalita a míra spolupráce s ambulantními psychiatry závisí především na tom, jak jednotliví psychiatři nahlíží na reformu psychiatrické péče a nakolik důvěřují CDZ jako odborné a přínosné organizaci. Někteří psychiatři si nejsou příliš jistí tím, zda sociální pracovníci jsou schopni poskytnout dopovídající oporu. Jiní nepovažují za přínos terénní formu podpory. Domnívají se, že tím dochází ke snižování kompetencí klienta/pacienta a jeho motivace k aktivnímu řešení situace. Někteří psychiatři odmítají s CDZ úplně spolupracovat, neposkytují informace o potenciálních klientech/pacientech, neodkazují na CDZ, nechťejí s CDZ komunikovat v případě výskytu krize.

Obecně však spíše platí, že se spolupráce zlepšuje a CDZ si nachází své místo v regionu. Postupnou prací se daří překonávat některé obavy. Případná spolupráce funguje především na informační bázi. Ambulantní psychiatři informují CDZ o vhodných klientech/pacientech, obrazejí se na pracovníky CDZ v případě, kdy klient/pacient nechce spolupracovat a jako vhodné se tak jeví asertivní kontaktování.

*„S jednou paní doktorkou, co vím, co jsem měla osobní schůzku, tak ta to velmi uvítala, že věděla, že když bude mít klienta s tou konkrétní diagnózou, že třeba bude ráda, že nám ho bude moct předat, že to pro toho klienta bude více na míru.“*

*„Zlepšující se a myslím si, že je to hodně tím, že nám teď právě nastoupil pan doktor, on je fakt známý a uznávaný a lidi na něho slyší. To nám strašně moc pomohlo.“*

Rovněž v některých případech sami doporučují svým klientům, aby vyhledali CDZ a začali s ním spolupracovat. Ambulantní psychiatři v těchto případech vítají, že jsou v CDZ sociální pracovníci, kteří mohou klientům/pacientům pomoci také v dalších oblastech. Například při vyřizování administrativních záležitostí, komunikaci s úřady, vyhledáváním bydlení apod.

*„Já jsem byla před tím pět let ve velké psychiatrické léčebně a tam jsem si uvědomovala, že chybí nějaký mezičlánek mezi tím lůžkovým zařízením a ambulancí. Že se nám pak vraceli pacienti, u kterých jsme se buď od nich, nebo od jejich rodiny dozvěděli, že odešli z léčebny. A buď to, když měli nějaký překážky nebo se báli nebo neměli nějak šanci nebo dobrou zkušenost, prostě nějak nedocházeli do ambulance, tak byli takoví liší. Třeba jim v tom bránila vzdálenost, sociální úzkost, strach z lékaře nebo cokoli jiného. Tím pádem nebyli dále léčeni. Tím se dekompenzovali a skončili zase na tom lůžkovém zařízení. Byl to takový koloběh.“*

Dle ambulantních psychiatrů je především potřeba si jasně stanovit, kdy se jedná o klienta/pacienta CDZ a kdy už nikoliv. V případě, kdy klient/pacient využívá služeb jak CDZ, tak ambulantního psychiatra, je potřeba se dohodnout na tom, kdo podává depotní injekce, aby se jich nenakupovalo více. Ambulantní psychiatři mohou rovněž spolupracovat na utváření krizového plánu klienta/pacienta.

*„Co se týká těch lékařů, když je tam jen ambulantní lékař a my, tak si to ti lékaři nějak vykomunikují. Když už je tam více lidí, i opatrovník veřejný, pečovatelská služba a je tam víc institucí zapojených kolem klienta, tak máme dobrou zkušenost s případovými sezeními, kde se potkáme osobně a probere se, co je potřeba.“*

*„Když máme klienta, který má svého psychiatra, tak naše lékařka do toho nezasahuje.  
Pokud není akutní krizovka, tak do toho nezasahuje.“*

**EO13: Jaké je místo CDZ v systému služeb a jaká je udržitelnost CDZ?**

- **Jak funguje spolupráce mezi CDZ, praktickými lékaři, nemocnicemi, sociálními službami?**

Zřizovatelé CDZ působí v regionu již dlouhodobě, a tak mají většinou dobrou pověst. Mnoho kontaktů bylo navázáno již před zahájením projektu. Zástupci sociálních i zdravotních služeb (pokud se nejedná přímo o nemocnice) docházeli do psychiatrických nemocnic či na psychiatrická oddělení nezářídka již v předcházejícím projektu. Klientům/pacientům nabízeli své služby po skončení hospitalizace. Pracovníci nemocnic je tak již dlouhodobě znají, mají s nimi dobrou zkušenost. V průběhu pilotního provozu docházelo k postupnému prohlubování těchto vztahů. Bylo domlouváno, jakým způsobem budou předávány informace o potenciálních klientech/pacientech, kteří ukončují hospitalizaci. Například jedna zdravotní sestra CDZ působí jako styčná osoba pro konkrétní nemocnici. Pracovníci nemocnic se na CDZ obracejí také v případech, kdy se domnívají, že (dlouhodobá) hospitalizace není nutná a že s pomocí CDZ může být klient/pacient léčen v domácím prostředí. I přesto však byly v některých případech vztahy náročnější, bylo potřeba si vyjasnit kompetence.

*„Ze začátku měla léčebna problém se sdílením informací, protože oni přece nesmí, a furt jsme se bavili o tom, že přece právě v tomhle projektu mohou. To jsou zase ty limity, který máme každé dány zase tím svým poskytovatelem. Takže složitější papíry GDPR, třístránkový, který by v životě klient nebyl schopen přečíst, natož pak podepsat, bychom museli neustále vracet jejich právníkovi tak, aby se to dalo do nějaké lidské podoby. To jsem si říkala, že ten projekt už mohl mít dávno připraveno, když už je to třetí verze, a ti lidé z toho zdravotního oboru už tím mohli být nějak jako proškoleni. Přesto měli obavu, že oni něco poruší.“*

CDZ jsou také součástí komunitního plánování, takže mají možnost navazovat spolupráci s dalšími sociálními službami. To nebylo vždy jednoduché. V některých regionech byla především zpočátku patrná rivalita, kterou se však postupně podařilo překonat. Zástupci sociálních služeb vítají, že se mohou obrátit na odbornou organizaci v případech, kdy si sami nevědí rady. U klientů/pacientů, kteří potřebují každodenní podporu, dochází k rozdělování termínů návštěv, čímž se snižují nároky na jednu organizaci. V případě, kdy s klientem spolupracují konkrétní služby i CDZ, bývá domlouvána spolupráce tak, aby nedocházelo k dublování.

Zkušenost klientů/pacientů s dalšími institucemi je různorodá. Mnozí vypověděli, že nemají zkušenost s žádnou službou, pouze s psychiatrickou léčebnou/psychiatrickým oddělením a s ambulantním psychiatrem. Mnoho klientů/pacientů přitom bylo opakovaně hospitalizováno, popřípadě pobývalo v psychiatrické nemocnici několik let. Zároveň je z rozhovorů zřejmé, že pro některé klienty/pacienty není lehké oddělit, pod jakou organizaci služby, které využívají či využívali, patří. To je ještě obtížnější pro ty klienty/pacienty, kteří se zřizovatelem CDZ spolupracovali již před zahájením pilotního provozu CDZ III v rámci jiné služby, kterou realizátor zřizuje.

V mnoha případech klienti/pacienti sdělili, že jsou se službami CDZ spokojeni více než s předchozími službami. Vyskytovaly se však také dílčí výtky. Klienti/pacienti například zmiňovali, že v předchozí službě měli více relaxací, což by i nadále uvítali. Také byly zmiňovány sportovní aktivity, které CDZ

nenabízí, o pro klienty/pacienty již nejsou dostupné (využívání další služby krom CDZ by pro ně bylo místně či časově náročné, přivítali by tak rozšíření aktivit v daném CDZ).

Z dalších institucí byla využívána denní centra či stacionáře, služby sociální rehabilitace, chráněné dílny, finanční poradenství, právní poradny.

#### **EO13: Jaké je místo CDZ v systému služeb a jaká je udržitelnost CDZ?**

- **Jak vnímají proces zavádění CDZ zástupci zdravotních pojišťoven a jaké podnikají kroky k udržitelnosti týmů CDZ?**

Zástupci zdravotních pojišťoven považují koncept CDZ za velmi důležitý a přínosný. Důvodem podpory jejich vzniku byl mimo jiné předpoklad, že se tímto způsobem zajistí pacientům dostatečná ambulantní péče a zároveň i sociální podpora. Předpokládalo se, že se díky tomu sníží počet hospitalizací. Tento cíl se dle zástupců pojišťoven daří naplňovat. Dostupná data dle nich ukazují, že dochází ke zkrácení času pobytu u vybrané množiny pacientů nebo uživatelů následné lůžkové péče, což je jednoznačně přínosné. Z pohledu plátce zdravotních služeb, tedy zdravotních pojišťoven, je při vyhodnocení nákladů patrný v posledních letech výrazný nárůst nákladů na péči v CDZ, narůstá i počet CDZ, ve kterých je tato péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Je patrný meziroční pokles nákladů vynaložených za zdravotní služby v odborných léčebných ústavech v odbornosti psychiatrie, ale část těchto služeb je nově hrazena v segmentu akutní lůžkové péče v rámci nově zavedeného CZ-DRG. Efekt vzniku CDZ může být tímto při hodnocení výrazně zkreslen. Zároveň je nutno zohlednit i dopad pandemie COVID, který validní vyhodnocení nákladů obecně velmi komplikuje. Dle zástupců pojišťoven je také cílem CDZ překlenout bariéry, které mohou osoby s duševním onemocněním limitovat v běžném životě.

Důkazem, že se pro pojišťovny jedná o vítaný koncept, je také to, že se aktivně podílí na nastavení fungování CDZ.

Pro CDZ byla největším problémem při vykazování dle nich nedodatečná specifikace obsahu výkonů, nejasná pravidla pro vykazování, nebyly také jasně stanoveny povolené frekvence v odpovídající míře, což umožňuje výraznou variabilitu ve vykazování jednotlivých CZD. Ačkoliv pravidla byla stanovena registračními listy, která mají CDZ k dispozici, nebylo dle jejich zástupců jednoduché jim jednoznačně porozumět. Je také potřeba oddělit sociální a zdravotní služby při vykazování (to zmiňují také zástupci CDZ, dle kterých je někdy obtížné jasně stanovit, kam výkon spadá). Dle zjištění pojišťoven se někdy stává, že náklady na služby v některých CDZ na jednoho průměrného pojištěnce převyšují náklady za průměrného hospitalizovaného pojištěnce. To nebylo cílem a tento stav ohrožuje udržitelnost systému. Opět to však poukazuje na potřebu důsledně oddělovat zdravotní a sociální výkony.

Pojišťovny mohou CDZ pomáhat při nastavení relevantního vykazování, a to například prostřednictvím kontroly dokumentace s cílem ověřit oprávněnost vykázaných výkonů. Podporou je také skutečnost, že hodnota bodu u CDZ je vyšší než u ambulantních praxí (mimo CDZ). Je také vyšší v případě středního personálu.

Dle zástupců pojišťoven může být překážkou dlouhodobé udržitelnosti nedostatek personálních kapacit v jednotlivých regionech, a to především v případech, kdy dojde k navýšení počtu CDZ. Zajištění dostatečného množství odborných kapacit by dle zástupců CDZ mělo jít ruku v ruce s nastavováním vzdělávacích plánů. Zástupci CDZ se také domnívají, že udržitelnost bude možná za předpokladu, že

budou jasně stanovena pravidla pro financování sociální části CDZ a bude garance dlouhodobé finanční podpory.

V průběhu pilotního provozu CDZ se objevily také komplikace spojené s normativy. Předpokládala se komplexní, 24hodin dostupná služba. Normativy byly následně změkčeny, přesto mají některá CDZ problém s naplněním personální kapacity. Ta je přitom, dle zástupců pojišťoven, základem pro komplexnost služby.

**EO13: Jaké je místo CDZ v systému služeb a jaká je udržitelnost CDZ?**

- **Jak vnímají proces vzniku CDZ krajské samosprávy? Jak zajišťují udržitelnost vzniklých služeb?**

Pro zástupce krajské samosprávy a ORP jsou CDZ přínosnou službou. Zástupci CDZ byli přizváni k jednáním o jejich vzniku. Jejich vznik sami podporovali, popřípadě domlouvají s jednotlivými CDZ možnosti dalšího fungování.

I přes vnímané benefity CDZ v regionu upozorňují zástupci samospráv na to, že implementace CDZ do prostoru neprobíhá systémově, respektive není dostatečně propojená s dalšími aspekty. V první řadě je obtížné rozšiřovat již existující síť sociálních služeb, každý kraj má vyčleněny finance na sociální služby a vznik nové služby nemůže probíhat na úkor již existujících služeb.

Rovněž je diskutována cílová skupina a pokrytí v regionu. Nejde jen o zajištění vhodných personálních kapacit, ale také o to, aby CDZ reagovala na charakteristiku cílové skupiny v kraji a širěji potřeby osob s duševním onemocněním. Chybí služby pro starší a mladší osoby s duševním onemocněním, osoby s duální diagnózou.

*„Není to dostatečně pokryto, strašně bych loboval za to, aby to nebylo omezené tou věkovou hranicí, protože to je do 65 let, a to je strašně málo. Protože obzvlášť tato diagnóza, úzkosti nebo deprese, buď člověk má, nebo nemá. Ale jak přijde potom ten pozdní věk, ti senioři od těch 70 let, tak to padá na drtivou většinu z nich. A to jsou lidi, kteří se s tím nikdy neléčili, nikam s tím nechodili, bojí se s tím někam chodit, pořád je to pro ně ta nálepka, já jsem blázen. Takže kdyby bylo možné zajistit péči o tyhle lidi, tak by to pro ně byla obrovská pomoc.“*

V neposlední řadě by dle nich měla probíhat další opatření, která umožní dosáhnout cílů psychiatrické reformy. Jedná se například o dostatečné množství dostupného bydlení různého charakteru, dle potřeb klientů/pacientů. Rozšiřování bydlení a deinstitucionalizace musí probíhat společně s procesem destigmatizace, a to na všech úrovních. Obyvatelé obcí jsou stále podezřívaví a často neochotní k tomu, aby v jejich lokalitě vznikly byty pro osoby s duševním onemocněním.

### 5.1.3 Harmonogram projektu

#### EO1: Běží projekt dle nastaveného plánu?

- Běží program (a jeho klíčové aktivity) podle naplánovaného harmonogramu?

V rámci projektu došlo ke změnám harmonogramu daných především opožděným ukončením výběru vhodných CDZ II a nižším zájem ze strany potenciálních příjemců podpory v rámci programu podpory vzniku CDZ III.

V následujících tabulkách je znázorněn plánovaný a aktuální harmonogram projektu. Barevné pruhy označují období, během něhož má klíčová aktivita probíhat.

Tabulka 8 - Harmonogram projektu dle projektové žádosti

Klíčové aktivity	Termín realizace			
	I.19	VI.19	VII.19	XII.21
KA1	[Barva: modrá]			
KA2			[Barva: zelená]	
KA3			[Barva: oranžová]	
KA4	[Barva: hnědá]			

Tabulka 9 - Aktuálně platný harmonogram projektu:

Klíčové aktivity	Termín realizace				
	I.19	VI.19	VII.20	VIII.20	VIII.22
KA1	[Barva: modrá]				
KA2				[Barva: zelená]	
KA3		[Barva: oranžová]			
KA4	[Barva: hnědá]				

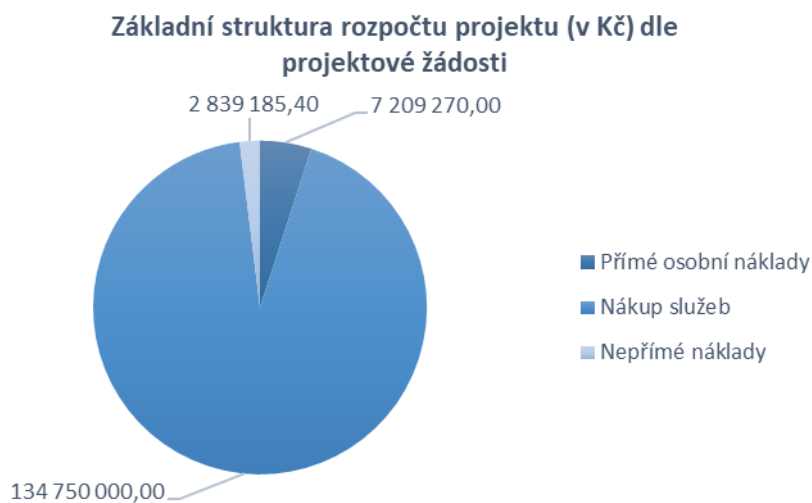
Jednotlivé klíčové aktivity nyní běží v souladu s harmonogramem.

### 5.1.4 Rozpočet projektu

#### EO6: Bylo výstupu dosaženo za předpokládanou cenu a čas a na plánovaných místech?

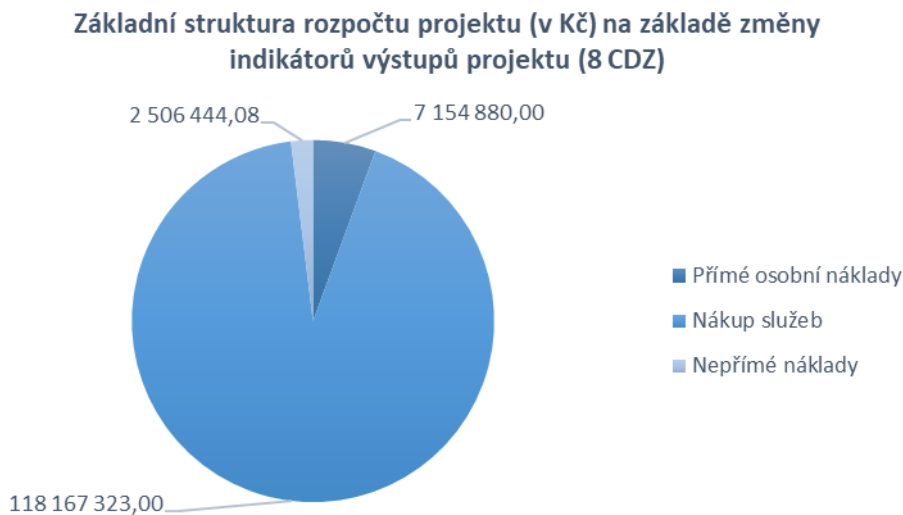
Celkový rozpočet projektu byl podle projektové žádosti 144 798 455,40 Kč, z toho 77,56 % mělo být uhrazeno z prostředků Evropského sociálního fondu.

Graf 1 – Základní struktura rozpočtu projektu (v Kč) dle projektové žádosti (Zdroj: Žádost o podporu)



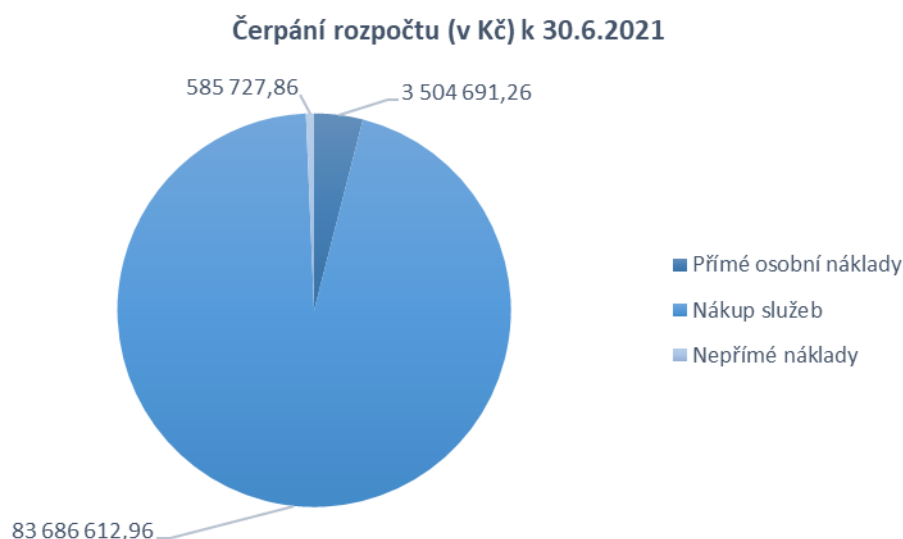
Rozpočet projektu byl s ohledem na snížení indikátorů výstupů projektu (místo plánovaných devíti CDZ jich bylo podpořeno osm) snížen na 127 828 648,08,-.

Graf 2 - Základní struktura rozpočtu projektu (v Kč) na základě změny indikátorů výstupů projektu (8 CDZ) (Zdroj: Zpráva o realizaci)





Graf 3 - Čerpání rozpočtu (v Kč) k 30. 6. 2021 (Zdroj: Zpráva o realizaci)



K 30. 6. 2021 bylo vyčerpáno celkem 68,6 % z plánovaného rozpočtu. Aktuálně je rizikem nízké procento nepřímých nákladů. Hrozí překročení limitu na zajištění fungování realizačního týmu projektu. Tento problém je aktuálně řešen kompenzací z jiných projektů

Jednotlivá CDZ jsou financována formou účelové dotace poskytnuté v souladu s Rozpočtovými pravidly, kterou se v Metodice rozumí způsob vyplacení vyrovnávací platby v souladu s Rozhodnutím Komise (EU) č. 2012/21/EU ze dne 20. prosince 2011 o použití článků 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu, Úřední věstník L 7, 11. 1. 2012, s. 3–10. Dále je dotace poskytnuta v souladu s Rozhodnutím o poskytnutí dotace. Konkrétně se v tomto případě jedná o poskytování „dotace v dotaci“.

Pro devět CDZ se počítalo s celkovou hodnotou 134,1 mil. Kč rovnoměrně rozdělenou v objemu max. 14,9 mil. Kč na 1 CDZ. I po snížení plánované počtu CDZ zůstává částka určena na jedno CDZ stejná.

Tabulka 10 – CDZ – Částka dotace na CDZ

Název CDZ	Příjemce dotace	Částky dotace na služby (v Kč)	Částka dotace na CDZ (v Kč)
Beskydské	S/ Charita Frýdek-Místek Z/Nemocnice ve Frýdku-Místku	5 463 000,- / 9 437 000,-	14 900 000,-
Ostrava	S/ Asociace Trigon, o.p.s. Z/ Městská nemocnice Ostrava	5 617 759,- / 9 282 132,-	14 899 891,-
Olomouc	S/ Společnost Mana, o.p.s. Z/ PL Šternberk	4 616 195,- / 10 283 587,-	14 899 782,-
Ústí nad Labem	S/ Fokus Labe, z.ú. Z/ Fokus Labe, z.ú.	5 327 434,- / 9 508 884,-	14 836 317,-
Chrudim	S/ Péče o duševní zdraví, z.s. Z/ Péče o duševní zdraví, z.s.	5 851 980,- / 9 047 628,-	14 899 608,-

Název CDZ	Příjemce dotace	Částky dotace na služby (v Kč)	Částka dotace na CDZ (v Kč)
Brandýsko	S/ Fokus Praha, z.ú. Z/ PN Bohnice	6 079 278,- / 8 820 164,-	14 899 442,-
Fénix	S/ Sociálně – psychiatrické centrum – Fénix, o.p.s. Z/ Sociálně - psychiatrické centrum - Fénix, o.p.s	5.391.310, - / 8.064.530, -	13.455.840, -
Klatovy	S/ Ledovec, z.s. Z/ Psychiatrie – ambulance, s.r.o.	5 831 893,- / 9 020 460,-	14 852 353,-

Financování jednotlivých CDZ probíhá formou účelové dotace, MZ je tedy hlavním příjemcem podpory a dále poskytuje dotaci provozovatelům CDZ (jedná se o poskytování dotace v dotaci, které se řídí Metodikou administrace, financování a kontroly dotací v dotaci). Tato skutečnost klade na MZ značné nároky. Především nutnost intenzivní metodické podpory jednotlivých CDZ. Součástí této podpory je také kontrola správnosti vykazování indikátorů a dokládání uznatelných nákladů.

Uznatelné náklady jsou pokryty ve 100% výši v případě, pokud dojde k naplnění stanovených indikátorů. Proto je velmi důležité, aby jednotlivá CDZ vykazovala indikátory správně, v souladu s Metodikou, a aby tudíž nedocházelo ke snižování finančních prostředků.

Uznatelné a neuznatelné náklady jsou také stanoveny Metodikou. Pro CDZ bylo často obtížné se jednoznačně zorientovat v jednotlivých ustanoveních Metodiky. Docházelo tak k velké chybovosti při vykazování. Pro CDZ proto byly pořádány semináře, na nichž byly vyjasňovány konkrétní situace.

### 5.1.5 Indikátory projektu

#### EO5: Bylo v rámci projektu dosaženo nejlepšího možného výsledku?

- V případě, že mohlo být dosaženo lepšího výsledku, jaký je rozdíl mezi reálným dosaženým výsledkem a možným výsledkem?

Informace o dosažení indikátorů je potřeba brát se značnou mírou rezervy – evaluátor nemá v této fázi k dispozici všechny nezbytné poklady. V době psaní zprávy ještě šest center neukončilo pilotní provoz.

- **Počet nových podpořených informačních a destigmatizačních programů podpory duševního zdraví (Kód 56102)**
  - Osoby v cílové skupině jsou adresátem informace, jde o jejich aktivní nebo opakovanou účast, kdy je nutné opakovaně oslovit minimálně 20 osob z cílové skupiny.
  - Výstupem bude 1 komunikační program za CDZ.
  - Cílová hodnota: 8 (1 za 1 CDZ)
  - V rámci projektu započal pilotní provoz osmi CDZ, tento indikátor byl tedy naplněn.
- **Počet podpořených služeb uvedených ve Strategii reformy psychiatrické péče (Kód 57101)**
  - Počet služeb, které dostaly finanční podporu z ESF. Výpočet dle počtu CDZ.
  - Cílová hodnota: 56 (7 služeb za 1 CDZ)

- **Počet neinstitucionálních podpořených služeb uvedených ve Strategii reformy psychiatrické péče (v přirozeném prostředí) (Kód 57102)**
  - Služby poskytované v přirozeném prostředí klienta, bez ohledu na formu poskytovatele.
  - Cílová hodnota: 56 (7 za 1 CDZ)
  - Všechna CDZ poskytovala celé definované spektrum služeb (služby terénního týmu, služby denní péče, služby krizové, služby psychiatrické, služby klinického psychologa, služby psychoterapeutické, podporu svépomocných činností).
  
- **Kapacita podpořených neinstitucionálních služeb uvedených ve Strategii reformy psychiatrické péče (Kód 57103)**
  - Maximální počet osob, které může podpořená služba v danou chvíli obsloužit. Omezeno velikostí personálu – 11 x 8).
  - Cílová hodnota: 88 (11 za 1 CDZ)
  - Tohoto indikátoru již bylo dosaženo.
  
- **Přístup k podpořeným neinstitucionálním službám uvedeným ve Strategii reformy psychiatrické péče (Kód 57110)**
  - Stanoveno na základě spádovosti CDZ (100 000 obyvatel na jedno CDZ).
  - Cílová hodnota: 800 000 (100 000 za 1 CDZ)
  - V rámci projektu byl zahájen pilotní provoz 8 CDZ.
  
- **Využívání neinstitucionálních podpořených služeb uvedených ve Strategii reformy psychiatrické péče (Kód 57120)**
  - Počet osob, které využily služeb CDZ během realizace pilotního provozu CDZ. Jde o pacienty/klienty, kteří využili jakoukoli službu bez ohledu na míru rozsahu poskytované služby a zároveň nejsou započítáni do indikátoru 6 00 00. Každá osoba se započítává pouze jednou (135 za 1 CDZ).
  - Cílová hodnota: 1080
  - Cílové hodnoty již bylo dosaženo, jednotlivé CDZ se v jeho dosahování liší (viz Kód 67010).
  
- **Celkový počet účastníků (Kód 60000)**
  - Účastníci, kteří získali jakoukoliv formu podpory nad 40 hodin (pracovníci CDZ, osoby z cílové skupiny – klienti, pacienti). Podpora je jakákoliv aktivita financovaná z rozpočtu projektu, ze které má cílová skupina prospěch (vzdělávání, čerpání služeb). Výpočet na jedno CDZ: 45 osob.
  - Cílová hodnota: 360
  - Celkové hodnoty bylo dosaženo. K 31. 12. 2021 pět CDZ nemělo tento indikátor splněný. Jedná se o CDZ, u nichž ještě probíhá pilotní provoz.

Tabulka 11 – Plnění indikátoru Celkový počet účastníků (Kód 60000)

Indikátor 6 00 00 - nad 40 hodin (45 x 8)					
	do 31.12.2020	do 30.6.2021	do 31.12.2021	k naplnění indikátoru chybí	CELKEM
CDZ Beskydské	2	29	29	0	60
CZD Ostrava	1	16	47	0	64
CDZ Olomouc	1	16	22	6	39
CDZ Ústí n/Labem	3	28	50	0	81
CDZ Brandýsko	1	20	17	7	38
CDZ Chrudim	0	22	21	2	43
CDZ Fénix	0	3	25	27	28
CDZ Klatovy		8	20	27	28
<b>SOUHRN</b>	<b>8</b>	<b>142</b>	<b>231</b>		<b>381</b>

- Účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti (Kód 62600)**
  - Účastníci, kteří získali potvrzení o kvalifikaci v rámci účasti na ESF projektu. Potvrzení je uděleno na základě formálního prověření znalostí dle předem nastavených standardů kurzu/školení. Počítáno po ukončení své účasti (do doby čtyř týdnů od data ukončení své účasti na projektu). Počítá se pouze účastník, který absolvoval minimálně 40 hod. vzdělávání a má certifikát o absolvování s prověřením znalostí. Pro každé CDZ 7 osob z odborného týmu (nepočítá se školení sekretářky, účetní).
  - Cílová hodnota: 56
  - Celkové hodnoty je již téměř dosaženo. U CDZ, které ještě jsou v pilotním provozu, stále chybí splnit indikátor.

Tabulka 12 – Plnění indikátoru Účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti (Kód 62600)

Indikátor 6 26 00 - vzdělávání nad 40 hodin (7 x 8)					
	do 31.12.2020	do 30.6.2021	do 31.12.2021	K naplnění indikátoru chybí	CELKEM
Beskydské CDZ	0	9	3	0	12
CZD Ostrava	0	4	4	0	8
CDZ Olomouc	0	8	3	0	11
CDZ Ústí n/Labem	0	3	0	4	3
CDZ Brandýsko	0	4	1	2	5
CDZ Chrudim	0	4	1	2	5
CDZ Fénix	0	2	4	7	6
CDZ Klatovy		0	3	4	3
<b>SOUHRN</b>	<b>0</b>	<b>34</b>	<b>19</b>		<b>53</b>

- **Kapacita podpořených služeb (Kód 67001)**
  - Jde o maximální počet osob, které může podpořená služba v danou chvíli obsloužit. To je omezeno velikostí personálu či fyzickým místem. 11 osob odborného týmu pro 8 CDZ.
  - Cílová hodnota: 88
  - Cílové hodnoty bylo dosaženo.
  
- **Využívání podpořených služeb (Kód 67010)**
  - Počet osob, které využily služeb CDZ během realizace pilotního provozu CDZ. Jde o pacienty/klienty, kteří využili jakoukoli službu bez ohledu na míru rozsahu poskytované služby a zároveň nejsou započítáni do indikátoru 6 00 00. Každá osoba se započítává pouze jednou.
  - Cílová hodnota: 1080 (135 na 1 CDZ)
  - Cílové hodnoty již bylo dosaženo, kromě CDZ Fénix.

Tabulka 13 - Plnění indikátoru Využívání podpořených služeb (Kód 67010)

	Indikátor 6 70 10 - pod 40 hodin (135 x 8)				CELKEM
	do 31.12.2020	do 30.6.2021	do 31.12.2021	k naplnění indikátoru chybí	
Beskydské CDZ	68	152	177	0	177
CZD Ostrava	32	84	210	0	326
CDZ Olomouc	41	62	118	0	221
CDZ Ústí n/Labem	57	63	91	0	211
CDZ Brandýsko	28	80	160	0	268
CDZ Chrudim	18	65	82	0	165
CDZ Fénix	17	52	51	15	120
CDZ Klatovy		126	195	0	321
<b>SOUHRN</b>	<b>261</b>	<b>684</b>	<b>1084</b>		<b>1809</b>

- Počet napsaných a zveřejněných analytických a strategických dokumentů (vč. evaluačních) (Kód 80500)
  - Závěrečná evaluační zpráva a Postupy CDZ
  - Cílová hodnota: 2

Více jak 50 % služeb by mělo být poskytnuto terénní formou. Naplňování tohoto indikátoru bylo ovlivněno probíhající pandemií. Důležité je však v této věci vnímat preference klientů. Někteří klienti preferují, pokud mohou do CDZ dojít sami, a to z několika důvodů. Nemusí chtít, aby jejich okolí vědělo, že za nimi dochází služba (nechtějí, aby okolí vědělo, že mají psychické onemocnění), popřípadě si jejich blízcí příbuzní nepřejí, aby k nim do domácnosti či její blízkosti služba docházela. Pro klienty/pacienty však také fakt, že musí dojít do CDZ, může být motivující. Jsou rádi, že mají motivaci vyjít ven z domu.

Tabulka 14 – Procentuální podíl služeb poskytovaných terénní formou

	% Podíl služeb poskytovaných terénní formou		
	do 31.12.2020	do 30.6.2021	do 31.12.2021
<b>Beskydské CDZ</b>	51	37	53
<b>CZD Ostrava</b>	64,63	52,3	53,3
<b>CDZ Olomouc</b>	výjimka	60,7	58,82
<b>CDZ Ústí n/Labem</b>	47	44	66,6
<b>CDZ Brandýsko</b>	64,1	45,2	47,87
<b>CDZ Chrudim</b>	61,66	63,89	62,64
<b>CDZ Fénix</b>	14,08	44,72	45,18
<b>CDZ Klatovy</b>	bez ZoR	66,45	60,34

Pozn.: V průběhu pandemie se s ohledem na probíhající omezení podíl terénních služeb neevidoval.

## 5.2 HODNOCENÍ CELKOVÉHO ŘÍZENÍ PROJEKTU

### 5.2.1 Vedení projektu a koordinace činností

Projekt je součástí reformy psychiatrie. Dozorovým, a tedy nejvyšším orgánem je Výkonný výbor, který je složený ze zástupců MZ ČR, MPSV, MŠMT, MO ČR, MF ČR, zástupce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Národního ústavu duševního zdraví, VZP, Svazu zdravotních pojišťoven a zástupců krajů. Na řízení reformy se podílí také Odborná rada složená se zástupců odborné veřejnosti.

Dalšími jednotkami řízení projektu jsou:

- Pracovní skupiny Výkonného výboru – pracovní výbor složený ze zástupců MZ, realizačních týmů projektů a klíčových partnerů reformy;
- gestor projektu – člen projektového týmu konkrétního projektu odpovědný obvykle za klíčovou aktivitu nebo celý projekt;
- projektové týmy – pracovníci mající formální vztah (pracovní poměr, DPP, DPČ) ke konkrétnímu projektu;
- tematické pracovní skupiny – platforma pro zapojení širší odborné veřejnosti k jednotlivým odborným oblastem a tématům reformy.

Projekt je věcně řízen odborem pro rozvoj duševního zdraví ORDZMZ ČR a administrován odborem evropských fondů (EFI) MZ ČR.

Dle projektové žádosti měla být samotná realizace projektu zajištěna těmito pozicemi:

- odborný gestor/garant;
- metodik 1,2,3;
- odborní konzultanti/poradci/experti;
- specialista na komunikaci;
- evaluátor;
- projektový manažer;
- finanční manažer;
- administrativní pracovník.

#### **EO1: Běží projekt dle nastaveného plánu?**

**Je zabezpečeno adekvátní personální zajištění tak, aby mohl projekt běžet dle plánu?**

**Realizační tým projektu** je rozdělen na odbornou a administrativní část. Základním úkolem projektové manažerky bylo v prvních měsících realizace projektu sestavit funkční tým– protože předchozí projekty zabraly veškeré odborníky na trhu. Postupně se do týmu podařilo najít odborné a schopné metodičky. Nutno však zmínit, že i ony samy se postupně učily projektu porozumět, jejich pozice tak zpočátku vůči CDZ nebyla lehká. Postupně se však i dle zpětné vazby ze strany CDZ spolupráce zlepšovala, i když stále byly zmiňovány dílčí nedostatky v odbornosti, rychlosti komunikace. Úkolem metodiček byla především podpora CDZ při implementaci do prostředí a při vykazování indikátorů. Spolupráce by měla mít podobu přímých setkání, metodičky by měly možnost se podrobně seznámit s kontextem fungování jednotlivých CDZ. To však bylo velmi omezené z důvodu probíhající pandemie. Pravidelná

setkávání s jednotlivými CDZ tak měla probíhat od září 2021. I v tomto období však byla přímá komunikace omezená. Obecně pak zástupci CDZ zmiňovaly, že administrativní zátěž byla velká a některé připomínky ze strany realizačního týmu projektu poukazovaly na nedostatečnou orientaci metodických v problematice zdravotních, sociálních služeb a služeb pro osoby s duševním onemocněním. Na základě doporučení z průběžné evaluační zprávy byl do projektu v jeho poslední třetině zapojen také odborný mentor, který dlouhodobě v problematice CDZ a reformy psychiatrické péče působí. Mohl tak poskytnout relevantní a odbornou zpětnou vazbu a podporu.

*„Jedna věc je ta, že se otevřel projekt a z mého pohledu nebyl úplně dopilovaný. Na to, že jsme třetí vlna, tak pořád narážíme na věci, které nejsou úplně dobře nastavené. Přiznám se, že mě zaráží i kvalita toho manažerství z ministerstva zdravotnictví. Já jsem byla zvyklá na projekty z MPSV a tam bych řekla, že ta profesionalita byla na úplně jiné úrovni. Hodně se tady tápe, hodně zkoušíme. Pak zjistíme u jedné kontroly, že to je špatně a u druhé, že je to dobře. Nepřijde mi to úplně systematické.“*

Součástí odborného týmu byla také odborná specialista na komunikaci, která by se každému CDZ měla věnovat cca 50 hodin. Jejím úkolem bylo pomoci s nastavením komunikačních strategií a destigmatizačních opatření.

**Administrativní část** realizačního týmu se skládá z projektové a finanční manažerky. Obsadit pozici finanční manažerky nebylo jednoduché. Po určitou dobu byly kumulovány dvě manažerské funkce u manažerky projektu. Tato situace ovšem byla časově, kompetenčně a funkčně neudržitelná. Pozice finanční manažerky byla nakonec pokryta využitím kapacit kmenových zaměstnanců ministerstva.

Z dokumentu Příkaz ministra č. 32/2020, Postupy při přípravě a realizaci projektů Ministerstva zdravotnictví financovaných z dotačních programů EU a finančních mechanismů vyplývá následující:

- Projektová manažerka pravidelně informuje Poradu vedení o stavu realizace projektu. Porada vedení schvaluje zásadní změny projektů v podobě navýšení dotace;
- Nejvyšším řídicím orgánem jednotlivých projektů v době jejich realizace je Řídící výbor. Ten dohlíží na realizaci projektu, zodpovídá za ni, zodpovídá také za strategická rozhodnutí a kontrolu naplňování cílů projektu, úkoluje projektového manažera – v tomto případě Výkonný výbor Reformy;
- Projektový manažer poskytuje prostřednictvím pravidelných Měsíčních reportů informace o základních aspektech průběhu a stavu projektu Vedoucímu pracovníkovi VPÚ a Vedoucímu pracovníkovi Projektové kanceláře. Projektový manažer je rovněž povinen zajistit monitorování stavu realizace projektu v souladu s pravidly dotačního programu, ze kterého je projekt financován;
- Projektový manažer vypracovává Čtvrtletní zprávu o realizaci projektu, která obsahuje také data o finančním čerpání v rámci projektu a rizika projektu.



### 5.3 HODNOCENÍ VAZBY INTERVENČÍ PROJEKTU K RELEVANTNÍM STRATEGIÍM, KONCEPCÍM A DALŠÍM DOKUMENTŮM

#### EO2: Jaký je průběh projektu v širším kontextu?

- **Běží projekt v souladu s relevantními strategiemi, koncepcemi a dalšími dokumenty?**

Projekt Centra duševního zdraví III je jedním z prvků implementační části reformy psychiatrické péče. Strategie si stanovuje sedm specifických cílů:

- **Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.**
  - Jak vyplývá z rozhovorů realizovaných klienty/pacienty, osobami blízkými a relevantními odborníky, CDZ zvyšují kvalitu péče a podpory osob s duševním onemocněním (a jejich blízkého okolí). Situace není ještě úplně ideální a stále je co zlepšovat. Například dostupnost krizové péče, dostupnost ambulantních psychiatrů a psychiatrů obecně (tak, aby měly dostatek času na klienta/pacienta). I přesto je zřízení CDZ hodnoceno kladně. Důležitým aspektem je, že klient/pacient, ani jeho osoba blízká nezůstávají sami při ukončení hospitalizace, při zvládání každodenních záležitostí, ani v průběhu procesu přijetí duševního onemocnění.
- **Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.**
  - Destigmatizační opatření mají za úkol snižovat stigmatizaci osob s duševním onemocněním. To se zatím daří částečně, avšak především osoby mladšího věku zmiňovaly, že v jejich okolí již není takový problém o duševním onemocněním hovořit.

*„Spolužáci normálně vědí, že mám schizofrenii a berou to.“*

- **Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.**
  - Tohoto cíle se u klientů/pacientů využívajících služeb CDZ podařilo dosáhnout.
- **Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.**
  - Klientem/pacientem se nezdá stávali také osoby blízké klientů/pacientů, u nichž se podařilo (včas) zjistit, že mají také duševní onemocnění. Klienti/pacienti a osoby blízké pak vypověděli, že se díky intenzivní spolupráci s CDZ snížila intenzita hospitalizací, popřípadě jejich délka.
- **Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).**
  - Na tento bod mají CDZ poměrně omezený vliv a jedná se o jedno z problémových míst reformy. V regionech chybí vhodné bydlení a zaměstnávání, stejně jako možnosti neformálního setkávání a zapojování se do komunity.
  - Zároveň se oslovení odborníci shodují, že čím je hospitalizace delší, tím je návrat do společnosti obtížnější.

*„Spoustu lidí, kteří tam byli roky a po 15, 20 letech tam byli ti lidi mimo běžnej ten svět, už nevěděli, jak to v tom světě vypadá venku. Někteří i zbytečně, že s nějakou větší podporou by se znova chytli, ale ono nebylo, kde tu podporu hledat.“*

- **Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.**
  - Většina zřizovatelů CDZ III již před zahájením pilotního provozu měla navázaný poměrně dobré kontakty se službami v okolí. V průběhu pilotního provozu došlo k jejich prohlubování. I nadále však platí, že ne všichni odborníci jsou principům reformy pozitivně nakloněni.
- **Humanizovat psychiatrickou péči.**
  - Tento cíl se CDZ daří směrem ke klientům/pacientům plnit. Klienti/pacienti se cítí přijímání, domnívají se, že jim je nasloucháno a že jsou vnímáni jako partneři spolupráce.

Důležité strategie, se kterými projekt CDZ musí koordinovat svou činnost, jsou Koncepce sociálního bydlení 2015–2025 i Koncepce bydlení České republiky 2021+. Obě Koncepce zmiňují nedostatek bytů pro zvláště zranitelné skupiny, kam osoby s duševním onemocněním patří.

Stále přetrvává nedostatek pracovních míst vhodných pro osoby s duševním onemocněním, pokud potřebují větší podporu – chráněná zaměstnání, sociální podniky apod. Problematiku řeší také Strategický rámec politiky zaměstnanosti do roku 2030. Z něj je patrné, že ačkoliv počet pracovních míst pro cílovou skupinu mírně roste, stále je v České republice jejich počet poddimenzován, je nedostatečný. Z rozhovorů se zástupci CDZ vyplývá, že problematická není jen samotná kapacitní nedostatečnost takového zaměstnávání, ale také jeho nízké finanční ohodnocení, které ne vždy dostatečně pokrývá potřeby pro zajištění kvalitního života.

Dne 27. 1. 2020 Vláda ČR schválila Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, který rozpracovává agendu Reformy psychiatrické péče do podoby podrobného implementačního dokumentu. Jednotlivé implementační kroky vyžadují součinnost více ministerstev, případně alternativní zdroje financování. Národní akční plán navrhuje možné zdroje financování. Pro propojení více ministerstev byla ustavena Rada vlády ČR pro duševní zdraví. CDZ jsou v rámci Národního akčního plánu zařazena do specifického cíle 4.1. Jednotlivými strategickými cíli jsou:

- Strategický cíl 1: Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.
- Strategický cíl 2: Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost k duševnímu zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo riziková.
- Strategický cíl 3: Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována.
- Strategický cíl 4: Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.
  - Specifický cíl 4.1: Na základě evaluace realizovaných pilotních projektů rozvinout do roku 2030 multidisciplinární týmy jako stěžejní služby zajišťující potřebnou péči v komunitě.
  - Specifický cíl 4.4: Zavést systém zapojování pacientů/klientů a rodinných příslušníků, který umožňuje a podporuje rozvoj přirozených zdrojů pacientů/klientů k jejich

zotavení, včetně podpory peer konzultantů a svépomocných skupin do péče o duševní zdraví.

- Strategický cíl 5: Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.

Problematikou osob s duševním onemocněním se zabývá také Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020. V ní je uvedeno, že lidé v situaci bezdomovectví se často potýkají s dlouhodobě neřešenými psychickými potížemi a duševním onemocněním. Zde má důležitou roli asertivní kontaktování, protože lidé bez domova mívají často nižší důvěru v instituce, popřípadě je obtížně vyhledávají. Není pro ně možné, aby docházeli do prostor CDZ. Zároveň se však z důvodu nedostatku vhodného bydlení jedná o začarovaný kruh. Obcím chybí dostupné a sociální byty. Úspěšné řešení duševního onemocnění v situaci nejistého bydlení, je velmi obtížné, či nemožné.

Logika projektu dále navazuje či odpovídá na tyto strategie:

*Tabulka 15 - Hodnocení vazby intervencí projektu k relevantním strategiím, koncepcím a dalším dokumentům*

<b>HODNOCENÍ VAZBY INTERVENČÍ PROJEKTU K RELEVANTNÍM STRATEGIÍM, KONCEPCÍM A DALŠÍM DOKUMENTŮM</b>
<b>Úmluva o právech osob se zdravotním postižením</b> Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, přijmou opatření vedoucí k udržení samostatnosti a uplatnění osob se zdravotním postižením a jejich plnému zapojení do společnosti. Služby a programy směřující k podpoře osob se zdravotním postižením mají být založeny na multidisciplinárním posouzení individuálních potřeb.
<b>WHO Mental Health Action Plan for Europe 2013-2020</b> Dle tohoto akčního plánu jsou práva lidí s duševním onemocněním plně oceňována, respektována a podporována. Mají mít rovné příležitosti k dosažení kvalitního života, a to bez stigmatizace a diskriminace. Cílem plánu je vytvořit kvalitní a bezpečné služby pro naplnění duševních, fyzických a sociálních potřeb lidí s duševním onemocněním a osob blízkých.
<b>European Commission Green Paper: Improving the Mental Health of the Population. Towards A Strategy on Mental Health for the European Union</b> Cílem je mimo jiné inkluze osob s duševním onemocněním, a to prostřednictvím deinstitucionalizace služeb v oblasti duševního zdraví, podpory komunitních center a péče, která je v souladu s potřebami pacientů a rodiny.
<b>Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025</b> Cílem je mimo jiné: Vytvářet podmínky pro to, aby osoby se zdravotním postižením mohly žít co nejvíce samostatně ve svém přirozeném sociálním prostředí a podporovat rozvoj sítě terénních a ambulantních služeb umožňující osobám se zdravotním postižením žít běžným životem v místní komunitě. Cílem 5.3 je „Podpora deinstitucionalizace pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením.“ Cílem je také pokračovat v reformě psychiatrické péče a upravit tuto oblast tak, aby bylo možné podpořit rozvoj sítě terénních a ambulantních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve všech

## HODNOCENÍ VAZBY INTERVENČÍ PROJEKTU K RELEVANTNÍM STRATEGIÍM, KONCEPCÍM A DALŠÍM DOKUMENTŮM

regionech České republiky. Dále je cílem zvyšování multioborové spolupráce a zvyšování odborných dovedností v rámci problematiky podpory osob s duševním onemocněním.

### **Union of Equality Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021-2030**

Cílem je mimo jiné podpora samostatného života a podpora komunitních služeb.

### **Národní strategie ochrany a podpory zdraví „Zdraví 2020“**

Dle dokumentu je potřeba se zaměřit na transformaci psychiatrické péče, včetně financování. Pokračovat by měla snaha o přesun akutní péče z léčenben do psychiatrických oddělení, domácí péče a krizových center.

### **Strategický rámec Česká republika 2030**

Cílem je mimo jiné:

- Dlouhodobě se snižuje podíl osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením.
- Je zajištěn rovný přístup k osobám ohroženým diskriminací na základě pohlaví, věku, péče o závislé osoby, zdravotního postižení, etnicity, národnosti, sexuální orientace, vyznání nebo světového názoru. Zvláštní důraz je kladen na předcházení vícečetné diskriminaci.

### **Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2016—2025**

Specifický cíl C.1: Zákonně vymezit konkrétní druhy/parametry sociálních služeb, jejichž součástí je zdravotní péče, ve vztahu k potřebám uživatelů mimo jiné uvádí:

- Další opatření se týká psychiatrické péče, resp. reformy psychiatrické péče. V tomto ohledu bude nutné dále diskutovat s resortem zdravotnictví nad nově definovanými tzv. centry duševního zdraví. Z hlediska systémové úpravy v resortu MPSV se jako optimální jeví spíše vrátit původní záměr domovů se zvláštním režimem. Ty byly na začátku navrženy pro klienty s psychiatrickým onemocněním, a nikoliv pro osoby v seniorském věku, které trpí neurodegenerativním onemocněním.

### **Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025**

Dokument obecně uvádí potřebu zaměřit se na prevenci duševních onemocnění.

### **Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v ČR na léta 2014—2020**

Obecně cílí koncepce na rovnost v přístupu ke zdravotní péči, ale také akceptace genderových specifíků u konkrétních onemocnění. Ženy jsou také častěji těmi, které poskytují péči osobám blízkým, a i na ně cílí podpora CDZ.

### **Strategie sociálního začleňování 2021–2030**

Dle Strategie jsou lidé s duševním onemocněním více ohroženi sociálním vyloučením. Rizikem, jež je potřeba překonat, je dle Strategie mimo jiné nedostatečná spolupráce resortů MZ a MPSV v oblastech integrované, následné a dlouhodobé péče a péče o duševní zdraví.

### **Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2016—2020**

Dle Strategie je sociální vyloučení jedním z faktorů ohrožujících či zhoršujících duševní zdraví jednotlivce. Specifickým cílem 8.3.2 je „Zajistit dostupnost zdravotní péče v oblasti duševního zdraví pro obyvatele sociálně vyloučených lokalit a podpořit její využívání.“

## 5.4 HODNOCENÍ KOORDINACE MECHANISMŮ A PROCESŮ MEZI PROJEKTEM A JINÝMI PROGRAMY/POLITIKAMI

### EO2: Jaký je průběh projektu v širším kontextu?

- **Jak probíhá koordinace mechanismů a procesů mezi projektem a jinými programy/politikami?**

Coby součást Strategie reformy psychiatrické péče a aktivit a cílů nastavených v implementačním dokumentu Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 spolupracuje projekt především s dalšími projekty Reformy.

Jedná se o tyto projekty:

- Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné – důraz je kladen na deinstitucionalizaci a rozvoj multidisciplinárních týmů pro další oblasti jako je pedopsychiatrie, gerontopsychiatrie, adiktologie, ambulance s rozšířenou péčí.
- Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným: vznik multidisciplinárních týmů (CDZ, psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení nemocnic apod.), virtuálních týmů (ambulance, komunitní tým, lůžková zařízení apod.) a komunitní sítě
- Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné

Úzká je také návaznost na politiky MPSV. Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025 mimo jiné uvádí, že je potřeba:

- řešit otázku financování zdravotní péče v sociálních službách, ať už jde o terénní nebo pobytové sociální služby
- prostřednictvím dostupných sociálních a zdravotních služeb naplňovat potřeby uživatelů/pacientů (strategický cíl C):
  - zákonně vymezit konkrétní druhy/parametry sociálních služeb, jejichž součástí je zdravotní péče ve vztahu k potřebám uživatelů;
  - vymezit kompetence aktérů v oblasti sociálních služeb, jejichž součástí jsou zdravotní služby;
  - zajistit personální zdroje pro sociální služby, jejichž součástí je zdravotní péče;
  - zajištění personálních zdrojů sociálních pracovníků působících ve zdravotnictví a podpora multidisciplinárního přístupu v rámci case managementu.

## 5.5 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝMY A VNITŘNÍ PROCESY V CDZ

### **EO3: Jak probíhá spolupráce s relevantními aktéry?**

- **Jak probíhá/probíhalo sestavování multidisciplinárního týmu, jeho vzdělávání a rozvoj?**

Sestavování multidisciplinárního týmu mělo různou dynamiku a postup, což záviselo především na tom, jakou zkušenost s multidisciplinárními týmy jednotlivá CDZ měla a také na dostupnosti konkrétních profesí v regionu. Situace se tak mezi jednotlivými CDZ lišila a mohla mít různou podobu:

- členové zdravotní i sociální části se znali z již dřívějšího zaměstnání u zřizovatele (přešli do CDZ);
- členové sociální části se již znali, zdravotníci byli nově hledáni;
- celý tým vznikl nově.

Zástupci CDZ využívali také toho, že v rámci předchozích fází projektu již v ČR Centra duševního zdraví vznikla. Tato centra se potýkala s obdobnými překážkami a výzvami (což je mimo jiné považováno za slabinu projektu – mezi jednotlivými fázemi chybělo vyhodnocení zkušeností a jejich implementace do dalších fází). Zástupci organizací a institucí, kteří chtěli realizovat CDZ ve svém regionu, tak jezdili na stáže ještě před zahájením pilotní realizace, v době, kdy psali projekt. Využití stáží je hodnoceno kladně, avšak limitem je, že až v praxi zřizovatelům docházelo, na co vše by bylo třeba se zeptat. V rámci pilotního provozu však bylo možné využívat online setkávání, která probíhala zvláště pro sociální a zdravotní část CDZ. V případě, kdy v regionu působí více CDZ, byla využívána možnost společného setkávání (např. jednou za čtvrt roku). Cílem setkání bylo předání příkladů dobré praxe, probrání obtížných aspektů spojených s provozem CDZ. Intenzita spolupráce není jednotná a liší se dle jednotlivých CDZ, a to především s ohledem na místní dostupnost dalších CDZ.

Některá CDZ měla již dříve zkušenost s tzv. komunitními týmy. Zkušenost z týmu byla cenným zdrojem příkladů dobré praxe. Problematické však může být prolínání komunitních týmů a multidisciplinárních týmů v rámci jednoho CDZ. Pro optimální fungování CDZ je potřeba si jasně stanovit, jaké jsou kompetence, cíle, cílová skupina apod. jednotlivých služeb organizace a jak účinně nastavit vzájemnou spolupráci.

### **EO9: Jak fungují vnitřní procesy v CDZ?**

- **Jak se daří propojování zdravotních a sociálních služeb v CDZ?**

Propojování obou částí se neobešlo a nadále ani neobejde bez různých výzev. Ty jsou mimo jiné dány tím, že jednotlivé složky spadají pod rozdílný zákon, jsou jinak financovány, jejich náplň práce, kompetence, ale také finanční ohodnocení se liší.

V některých rozhovorech zaznívalo, že sociální pracovníci bývají méně vytíženi, jejich práce je méně náročná a méně stresová. Z rozhovoru vyplývá, že tato skutečnost je dána především tím, jakou mají CDZ zkušenost s multidisciplinarnitou a jak probíhá každodenní podpora klientů/pacientů. A také to,

jaké zakázky klienti/pacienti mají. Aktuální vytíženost jednotlivých složek může být v čase proměnlivá, protože také aktuální složení klientů bývá dynamické.

Jako problematické se jeví také odlišné financování – na zdravotnické pracovníky je kladen mnohem vyšší tlak na výkon, který zajistí finanční udržitelnost. Výkonnost sama o sobě nemá takový vliv na financování sociální části CDZ.

Dle pracovníků CDZ se také liší to, jak jednotlivé služby vnímají podporu klientů/pacientů jako takovou. Pro sociální část je důležitá kvalitní práce s klientem, čas, který mu můžou věnovat, hledání a naplňování jeho individuálních potřeb. Pro zdravotní část je také důležitá kvalita, ale už nemusí být tolik zvyklí naslouchat potřebám klienta/pacienta, který (s ohledem na jejich předchozí zkušenosti) nikdy dříve nebyl na partnerské rovině. Tyto dvě roviny pohledu se musely v průběhu pilotní realizace sladit, což se u CDZ z velké části povedlo.

Jako pozitivní zaměstnanci obecně vítají, že se jim rozšířily obzory, jsou schopni nahlížet na jednotlivé případy komplexněji.

#### **EO9: Jak fungují vnitřní procesy v CDZ?**

- **Jak probíhá řízení multidisciplinárního týmu, jaké organizační a řídicí mechanismy se jeví jako efektivní?**

Základním předpokladem je, aby se o multidisciplinárním týmu neuvažovalo jako o dvou oddělených částech, ale jako o jednom týmu složeném z různých odborností, který spolupracuje, sdílí, předává si informace, funguje jako tým rovnocenných odborníků. Je tedy nezbytné vybrat zaměstnance, kteří jsou nakloněni týmové spolupráci a myšlence CDZ.

Důležité je tak vzájemné naslouchání, ale také ochota učit se novým věcem, přijímat nové pohledy, diskutovat. K tomu napomáhá sdílení jedněch prostor. Ze zkušeností vyplývá, že se tým hůře sžívá a spolupracuje v případech, kdy každá část sídlí v jiných prostorách.

Je také potřeba jasně definovat, kdo je vedoucím týmu. Dle zástupců CDZ by oba týmy měly mít ideálně jedno nezávislé vedení, které zároveň rozumí oběma oblastem. Vedoucí musí být velmi dobrými manažery, ale ta

*„My, zdravotní sestry, máme svoje vedení, sociální pracovníci mají svoje vedení, což taky může způsobovat určité nárazy. Bylo by asi dobrý, kdyby bylo jedno vedení. Otázka je, kdo by to měl dělat. Nemyslím si, že by to dělalo velký problémy, ale zase to naráží na ty organizační věci a hodně na ty technické věci, no. Možná, že kdyby byl jeden, ale to by musel být člověk, který rozumí všemu. Člověk, který se orientuje ve dvou vodách a to nevím, jestli je možné vůbec.“*

Základem jsou pravidelné porady. Každé CDZ má nastavený systém porad, který se ukázal jako nejvíce funkční a také relevantní, schůdný s ohledem na charakter CDZ. Na poradách jsou předávány základní informace. Speciální porady bývají vyhrazeny pro klienty/pacienty v (nastupující) krizi. Osvědčená metoda vedení porad tak není jen jedna. Osvědčilo se například, aby se střídal ten, kdo poradou vede, aby se tak každý naučil naslouchat, vést, reagovat, řešit asertivně situace, kdy někdo hodně dlouho hovoří nebo hovoří mimo téma apod. Jelikož hledání vhodné způsobu porad bylo dynamické, ne všichni pracovníci se v tom cítili komfortně.

Z počátku bylo potřeba také sladit způsob přemýšlení o klientech/pacientech a o tom, jak je podporovat. Zde se opět situace lišila dle toho, jakou předchozí zkušenost měli CDZ s multidisciplinárními týmy, zda bylo CDZ zřizováno jedním nebo dvěma zřizovateli. V neposlední řadě bylo důležité, jakou předchozí pracovní zkušenost měli jednotliví pracovníci, ať už zdravotní nebo sociální části. Výhodou přitom mohla být již předchozí zkušenost v multidisciplinárním týmu, ale také fakt, že se jednalo o první zaměstnání a pro některé se tak jednalo o první zkušenost, která profesní pohled silně formuje.

#### **EO9: Jak fungují vnitřní procesy v CDZ?**

- **Jak probíhalo sdílení dokumentace mezi zdravotní a sociální částí v rámci multidisciplinárního týmu?**

Sdílení dokumentace bylo především v počátcích oříškem, jednotlivá CDZ na tom stále pracují, přičemž situace se opět liší také dle toho, jakou zkušenost s multidisciplinarnitou jednotlivá CDZ mají. Důležité je vždy zajistit souhlas klienta.

V prvé řadě bylo potřeba si v rámci týmu říci, jaké informace jsou předávány, jakým způsobem. Sociální a zdravotní záznamy bývají sice vedeny v jednotném systému, ale odděleně, je potřeba tudíž najít způsob, jak informace propojovat a to tak, aby se k nim dostali všichni relevantní členové týmu, včetně například psychiatrů. Pro jednotlivé odbornosti mohlo být především zpočátku obtížné nastavit si, jaké informace a jakým způsobem předávat, aby zároveň nedocházelo k porušování zákona.

*„V rozdílnosti dokumentací, že sestry potřebují vyplňovat něco do té dokumentace, my to potřebujeme nějak jinak, tak to doladujeme průběžně.“*

Bylo také potřeba sladit, jak záznamy vést, tak, aby nedocházelo k přehlčení. Především sociální pracovníci byli zvyklí vést více podrobné záznamy, zdravotní pracovníci zase uváděli jasnější faktické informace. V rámci nastavování procesů tudíž bylo potřeba se domluvit na tom, jaké informace jsou nezbytné, popřípadě se domluvit na předávání nezbytných informací.

#### **EO9: Jak fungují vnitřní procesy v CDZ?**

- **Jaká je role psychiatra uvnitř týmu CDZ a jaká vůči psychiatrům v rámci regionu?**

Psychiatr by měl být členem týmu, což ovšem bývá limitováno jeho úvazkem. S ohledem na časovou vytíženost může být nereálné, aby se účastnil (všech) pravidelných porad. Vždy by však měl být přítomen na poradách ohledně klientů v (blížící se či probíhající) krizi. Psychiatr poskytuje dalším pracovníkům důležitou zpětnou vazbu, zároveň sám získává informace, které jsou potřeba pro správnou péči o klienta. V tomto případě může být pro psychiatra důležité, aby se mu dostávalo dostatečně všech potřebných informací.

Role psychiatra v CDZ vůči dalším psychiatrům v regionu není nijak blíže specifikována a odvíjí se především od toho, jak jsou konkrétní psychiatři nakloněni reformě a CDZ jako takovým. Stále platí,



že pro některé psychiatry se jedná o těžko uchopitelný koncept, nejsou s ním zcela ztotožnění. S CDZ proto nespolupracují. V případě, kdy ambulantní psychiatři s CDZ spolupracují, bývají jasněji stanovená pravidla pro to, za jakých podmínek je osoba s duševním onemocněním klientem/pacientem CDZ a za jakých již nikoliv. Klient/pacient by dle sdělení některých zástupců CDZ měl být klientem/pacientem jen po nezbytně dlouhou dobu (například v průběhu krize), následně by však měl být již schopen samostatného fungování za podpory ambulantního psychiatra, případně dalších dostupných sociálních a zdravotních služeb. CDZ by však pro něj nadále mělo zůstat otevřené pro případ, kdy se jeho situace zhorší.

Role psychiatra uvnitř CDZ:

- odvíjí se od úvazku;
- psychiatr je součástí týmu;
- plánování podpory klienta;
- předávání informací;
- vzdělávací aktivity.

V rámci regionu

- odvíjí se od konkrétní osoby – ne všichni psychiatři přijali principy reformy;
- nejistota;
- sdílení;
- informace o potenciálních klientech;
- řada klientů/pacientů má i nadále svého psychiatra, někteří přešli k psychiatrovi CDZ, u něhož jsou spokojenější;
- nastavení pravidel – kdy je jedinec klientem CDZ?

**EO10: Jak probíhá vzdělávání a supervize pracovníků CDZ?**

- Jaké jsou krátkodobé a dlouhodobé plány vzdělávání?
- Jak probíhá výběr vzdělávacích aktivit?

V rámci projektu bylo nabídnuté a proběhlé vzdělání považováno za nadstandardní. Je však otázkou, zda bude obdobně kvalitní vzdělávání, v potřebném rozsahu a odpovídajících tématech cenově dostupné také v ostrém provozu.

Vzdělávací plány jsou nastaveny tak, aby každý pracovník měl požadované znalosti a dovednosti (např. krizová intervence, systém CARE, motivační rozhovory). Dále odráží individuální zájem či profilaci konkrétního pracovníka. CDZ využívají také možnosti interního vzdělávání zajištěného jednotlivými odborníky organizace, kteří mohou takto předat podstatné informace týkající se problematiky, na kterou se jejich profese zaměřuje, specializuje. Využívány jsou také stáže v dalších CDZ.

*„Zajímalo by mě setkání s dalšíma CDZ. To by mě zajímalo. Výměna zkušeností, ne s někým z Prahy ale třeba z druhého konce republiky. My jsme všichni v projektu, tak jsme placeni projektem, ale až pojedeme do ostrého provozu, tak pak už to nebude taková sranda, v uvozovkách. Pak se musíme uživit a musíme splňovat kritéria pojišťovny. Hodily by se nám praktické rady od někoho se zkušenostmi, kdo ví, jak na to.“*

Problematické bylo vzdělávání psychiatrických sester. Vzdělávání nebylo dlouho dostupné, zároveň je pro samotné psychiatrické sestry náročné, aby byly opakovaně celý víkend pryč, na vzdělávání. Otázkou také je, zda bude vzdělávání zdravotnických pracovníků v odpovídajícím rozsahu možné také v ostrém provozu, kdy bude potřeba, aby bylo dosahováno odpovídajícího počtu výkonů.

*„Co je fakt prioritní a co by mělo ministerstvo fakt řešit je psychiatrická specializace sester. To, jak je to nastavené, je krok do průšvihů. Protože ty sestry, který k nám přistoupí, obvykle jsou zkušený, jsou už to ženy ve středním věku, nejsou to mladý holky těsně po státnicích, tzn. mají rodiny apod. Mají praxi jako zdravotní sestry, ale ne vždycky jsou kovaný v té psychiatrické oblasti. Ony se to při pochodu tak nějak učí. Rozumím, že ministerstvo a myšlenka je to dobrá, že chce, aby si doplnili specializaci psychiatrické sestry. Jenže ty podmínky, který tam v té specializaci jsou, jsou takový, že nám reálně většina zdravotních sester uvažuje o tom, že odejde. Protože pro ženu, která má rodinu je nereálný být každý měsíc týden pryč v jiným městě od rána do večera. Nehledě na to, že když bude takhle každé měsíc týden pryč většina sester, tak my, jako CDZ, jak budeme fungovat?“*

A jaké kurzy chybí anebo nejsou místně a finančně dostupné? Včasná intervence, asertivní kontaktování. Dále chybí kurzy pro jednotlivé specializace.

#### **EO10: Jak probíhá vzdělávání a supervize pracovníků CDZ?**

- **Jak probíhali supervize v CDZ?**

Supervize probíhají pravidelně, a to jednou měsíčně. Pro sociální pracovníky se již jednalo o známou aktivitou. Zdravotní pracovníci se museli více sžít s tím, o co se jedná. Pro sociální pracovníky však mohlo být novinkou, že supervize neprobíhaly v malých týmech, ale v rámci celého multidisciplinárního týmu.

*„Trvalo to, než lidi zjistili, že to může být užitečné. Že nejdříve se to bralo jako pro formu, když se to po nás chce, tak si tady odsedíme. Byl strach něco říct, něco víc osobnějšího. Ale teď se to zlepšuje, získávají důvěru.“*

*„Vidí v tom, ne všechny, kdy tam třeba může něco skřípat nebo zpočátku se zdá, kde by mohly být nepokoje, tak tam to otevřít, tam to vyřešit, nastavit další otevřenou spolupráci bez potíží nebo nějakých žabomyších válek.“*

#### **EO11: Jak probíhá proces řízení kvality poskytované péče v jednotlivých CDZ?**

- **Jak jsou propojeny postupy řízení kvality ve zdravotnické části multidisciplinárního týmu?**
- **Jak jsou propojeny postupy řízení kvality v sociální části multidisciplinárního týmu?**
- **Jak je zpracováno řízení kvality do interních postupů CDZ?**

Postupy řízení kvality si jednotlivá CDZ postupně upravují. Samy však většinou dodávají, že se jedná o postupný proces, který ještě není stoprocentně ukončen. Výchozím dokumentem, který propojuje sociální a zdravotní služby poskytované v nově vznikajících typech zařízení, je **Standard služeb**

**poskytovaných v Centrech duševního zdraví.** Výhodou je, pokud zřizovatel již realizuje CDZ v předchozích projektech, kde má možnost díky projektu Ministerstva práce a sociálních věcí získat potřebné informace k řízení kvality a vyzkoušet si pak „inspekci nanečisto“.

Jedním z výstupů projektů CDZ I, CDZ II a CDZ III bylo také získání akreditace pro nově vzniklá Centra duševního zdraví. Vzhledem k časovému hledisku (v době ukončení pilotních provozů v rámci Programu podpory CDZ III, nebudou k dispozici výstupy ani předchozích pilotně posuzovaných CDZ z pohledu Kritérií kvality), nebude nakonec akreditace ani pro 8 CDZ v rámci Programu podpory CDZ III výstupem projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III.

#### **EO7: Je projekt nadále udržitelný?**

- **Co je potřeba k tomu, aby projekt mohl nadále fungovat?**

Péče o osoby s duševním onemocněním je považována za důležitou. U většiny center v rámci Projektu CDZ III platí, že jsou považována za důležitou součást sítě služeb (zdravotních i sociálních) v regionu. Proto je žádoucí jejich udržitelnost a případný rozvoj.

Udržitelnost CDZ je však možná jedině za předpokladu, že budou dostatečně finančně zajištěna. Zdravotní i sociální část CDZ je přitom financována odlišně – v jednom případě je financování závislé především na provedených výkonech (zdravotní část), v druhém pak na zařazení do základní sítě sociálních služeb (sociální část). Pro obojí bylo potřebné včasné jednání s odpovědnými institucemi (pojišťovny, krajské úřady, městské úřady). V „ostrém“ provozu bude důležité mít dostatek klientů a odpovídající personální pokrytí. Dle zástupců krajských samospráv a ORP, stejně jako zástupců pojišťoven, je potřeba především zajistit systémové financování sociální části tak, aby byla garantována dlouhodobá jistota finanční stability.

Financování sociální části CDZ je také závislé na dostupných financích pro sociální služby v jednotlivých krajích a možnostech jednotlivých obcí. V tomto případě zaznívaly také hlasy, že by bylo vhodné, aby se na spolufinancování CDZ podílela nejen velká města, ve kterých má CDZ sídlo, ale také menší obce, které jsou součástí spádové oblasti regionu.

*„My jsme větší město, tak samozřejmě dáváme největší částku tady v regionu, ale myslíme si, že by se měly podílet i ty menší obce nějakou menší částkou.“*

Zástupci CDZ se nezdá domnívají, že vybudovat CDZ bez počáteční projektové podpory bude velmi náročné.

*„Já mám k tomu, že to je evaluace toho projektu, tak já si myslím, že jsme měli velký štěstí, že jsme mohli začít CDZ díky tomu projektu. Myslím, že je 30 CDZ, má jich být 100, a že těch dalších 70, který budou vznikat bez možnosti pilotního projektu, to budou mít těžký. Mít rok a půl na to se učit, sžívat se, nemuset myslet na to, jestli se užijeme, neužijeme, nemuset se zabývat vykazováním, moct se zabývat kvalitou, je vlastně luxusní čas, a to je pro mě důležitý, aby v nějakým vyhodnocení projektu zaznělo. Moct udělat novou věc v systému a mít díky tomu zázemí pilotního projektu... Jo, můžou nás štvát nějaký indikátory, projektový věci... Jsem ráda, že nemusím být v kůži těch, co budou začínat po pilotních projektech v těch dalších 70.“*

Kromě finanční stránky je však také potřeba uvažovat celkově o prostoru vzniku CDZ a připravenosti a propojenosti s dalšími oblastmi.

*„Tady by to znamenalo vznik CDZ v dalších dvou ORP, ale myslím, že pokud se nepodaří udělat nejdříve pořádnou informační kampaň s nějakými konkrétními deklamacemi, kde je primárně důležitá potřeba klientů a nastavení nového systému péče, tak bez toho by to byla taková divočina. Je potřeba se zamyslet nad tím, jestli ten cíl je opravdu reformovat psychiatrii jako takovou. Myslím, že je potřeba se na chvíli zastavit, protože by pomohlo určitě, kdyby se hlouběji zkoumaly nebo vnímaly ty jednotlivé regiony.“*

### Co je potřeba k tomu, aby projekt (udržitelnost CDZ a vznik dalších CDZ) mohl nadále fungovat?

- Vyjednávání s místní správou a samosprávou;
- zapojení do sítě služeb (zdravotních i sociálních);
- možné strategie financování v případě, kdy nedojde k začlenění CDZ do krajské sítě;
- ukotvení CDZ v legislativě – od září 2022 jsou CDZ v zákoně o sociálních a zdravotních službách, účinnost nastane až od 1. 1. 2025. To může přinést komplikace s ohledem na nejasné financování v mezidobí, kdy zákon nenabyl účinnosti.

### Překážky udržitelosti:

- Odlišné financování zdravotní a sociální části CDZ – zdravotnická část je vykazována dle výkonu, zatímco sociální část není tolik výkonem (počtem intervencí) ovlivňována. Multidisciplinární spolupráce s klientem navíc v praxi znamená, že klienti/pacienti nevyužívají všech služeb rovnoměrně, zátěž jednotlivých profesí tak může být v čase proměnlivá, což je především komplikované pro zdravotní část CDZ (především po skončení projektové podpory).

*„Já tam vidím problém, že pokud za klientem jdou třeba dva lidi, tak si to může vykázat jenom jeden, tzn. ten druhý tam jde zadarmo. Já jsem tady na ten problém narazila. Já jsem si teďka aktuálně nechala od našeho ajťáka vyjet výkony, který vykazujeme na CDZ. Chci si udělat takovou nějakou časovou osu jednotlivých pracovníků, abych zjistila, kde je problém. Protože z ostatních CDZ, co jsme se bavili, v podstatě tím nositelem toho výkonu jsou tam hlavně sestry, ty sestry by tomu CDZ měly vydělávat nejvíc. Tak jsem si právě nechala stáhnout, co jednotlivé sestry vykazovaly a chci se na to podívat. Ještě jsem se k tomu ale nedostala, jestli tam někde není nějaký problém. Ale co tak vím, tak nejsme jediný CDZ, který je nevýdělečný.“*

- V některých týmech CDZ panuje obava, zda bude zdravotní část vykazovat dostatek výkonů, a to i přesto, že výkony zdravotní části jsou více hodnoceny než v ambulantních zařízeních.

*„To pořád řešíme, hlavně z té zdravotní stránky. Je obava, že jakmile přejdeme do ostrého provozu, že vlastně se to nezaplátí. Já tomu moc nerozumím, ale že ta práce s těmi klienty by měla být jiná než v ambulanci obyčejné. Že ty výkony, které ty sestry a lékaři dělají, že se nedají asi všechny vykázat a nejsou dobře ohodnoceny. Takže to je*

*taková velká neznámá. Na druhou stranu jsme měli nějaké školení a bavili jsme se s panem metodikem. Říkal, že CDZ, které pracuje správně, se nemá šanci uživit (smích). Já myslím, že ten systém, jak je teď, je nastavený špatně. A je to otázka, jestli se chceme uživit, nebo chceme pracovat, jak bychom měli.“*

- Vysoké personální nároky a nároky na vzdělávání.
- Pro nově vznikající CDZ může být náročné překlenout finančně první měsíce fungování. Finance z kraje i od pojišťoven jsou vypláceny postupně, v prvních měsících je proto potřeba mít vlastní finance k zajištění chodu CDZ, což může být pro budoucí zřizovatele velmi obtížné.
- Nutnost zařazení sociální části CDZ do krajské sítě služeb – většina CDZ zapojení do sítě předjedнала již před započítím projektu. Zapojení do krajské sítě je však náročné s ohledem na omezený rozpočet jednotlivých Krajů a skutečnost, že CDZ nejsou součástí zákona o sociálních službách.
  - Finanční podpora ze strany jednotlivých obcí.

*„Pak je tam ještě jedna věc a zase se to týká vzdělávání. Teď jsme měli online setkání se zástupci pojišťovny a byly tam témata, kdo může dělat tu psychoterapii, kdo může vykazovat psychoterapii. Je to pořád o tom samém, že ty nároky na získání psychoterapeutické atestace se zase o něco zvýšily a ve chvíli, kdy je tam podmínka, zase se to udělalo na dva roky dalšího vzdělávání, dobrý, tak to nějak člověk doklepe, vyšetření jako nějak zvládnete, ale šest měsíců být na nějakým akreditovaným pracovišti, kterých je po republice? Tyhle ty věci jsou velká komplikace, ale jinak si myslím, že to všechno funguje dobře.“*

## 6 PŘÍPADOVÉ STUDIE

Cílem případových studií je přinést odpovědi především na následující otázky, a to přímo v kontextu konkrétních CDZ.

### **EO8: Jak hodnotí zavedení CDZ příjemci péče a jejich blízcí?**

- Jak klienti hodnotí poskytování péče, co se pro ně změnilo zavedením CDZ?
- Jak hodnotí poskytování péče rodinní příslušníci pacientů/klientů? Jaké je jejich vnímání péče?

### **EO 12 - Jak se liší průchod službou pacienta/klienta, který v průběhu prošel krizovým obdobím nemoci, a klienta, který krizovým obdobím neprošel?**

- Kdy došlo k vypracování krizového plánu?
- Byl krizový plán plněn?
- Došlo po prodělané krizi ke změně krizového plánu?

### 6.1 PRVNÍ PŘÍPADOVÁ STUDIE

#### 6.1.1 Kontext Centra duševního zdraví: region, vznik a předchozí zkušenosti

Centrum duševního zdraví se nachází v kraji, kde jsou již další dvě CDZ (jedno vzniklé v rámci projektu CDZ II, druhé v rámci projektu CDZ III). Jeho spádová oblast tudíž není velká, co se plochy týče, je však typická skladbou obyvatelstva – hustší osídlení, vyšší počet lidí v obtížné životní situaci jako je nezaměstnanost, nekvalitní či žádné bydlení apod. Konkrétně se spádová oblast skládá z 10 městských částí, dvou přilehlých měst a jedné obce. Její charakter je tak městský i vesnický. Spádová oblast by měla být rozšířena, a to ideálně tak, aby se pokrylo území celého města a přilehlých oblastí. Budování dalších CDZ se jeví jako méně ideální cesta – spíše by se mělo využít kapacity již existujících služeb a dobře navázat spolupráci a provázanost.

Pilotní provoz byl zahájen 1. 8. 2020 a ukončen 31. 1. 2022. V době sběru dat a psaní evaluační zprávy tak CDZ postupně přecházelo, anebo už bylo v tzv. ostrém provozu. Provoz CDZ je zajišťován dvěma subjekty, které již mají dlouhodobou zkušenost s poskytováním podpory cílové skupině klientů/pacientů. Jedním z nich je městská nemocnice, druhým obecně prospěšná společnost. Městská nemocnice měla již před podáním žádosti velké zkušenosti s péčí o psychiatrické pacienty, v době podání žádosti zde fungovala také psychiatrická pohotovostní služba, která však svou činnost v srpnu 2021 ukončila (je nyní poskytována fakultní nemocnicí ve stejném městě).

Obecně prospěšná společnost patří mezi tři velké organizace, které na území města dlouhodobě poskytují podporu lidem s duševním onemocněním. Společnost vznikla v roce 2006 jako asociace subjektů za účelem efektivní spolupráce v oblasti výchovy, vzdělávání, sociální sféry a zdravotnictví se zaměřením na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním či jiným zdravotním postižením. S poskytováním multioborové podpory měla již organizace zkušenosti před zahájením pilotního provozu CDZ. Rovněž úzká spolupráce se zdravotnickými zařízeními nebyla pro společnost novinkou. Již před zahájením pilotního provozu se její zaměstnanci účastnili multidisciplinárních schůzek, na nichž se plánoval další postup při péči o klienta/pacienta. Dlouhodobě poskytuje také služby terénního týmu

sociální rehabilitace. Kromě platné registrace služby Sociální rehabilitace měla a má společnost registrovány také dvě další služby, které se zaměřují na podporu a sociální začlenění osob s duševním onemocněním. Díky svému dlouhodobému působení v regionu měla společnost navázanou celou řadu kontaktů nezbytných pro dobré fungování CDZ. To však neznamená, že se tvorba a sladování fungování CDZ a spolupráce s dalšími subjekty obešla zcela bez výzev či komplikací, jak je blíže popsáno dále v textu.

## 6.1.2 Poskytování služeb CDZ

### 6.1.2.1 Prostory CDZ

Centrum duševního zdraví se nachází nedaleko centra města, cca 15 minut pomalé chůze od frekventované tramvajové zastávky. CDZ se nachází v běžné zástavbě, avšak nedaleko od nemocnice. Budova není bezbariérová, přičemž prostory se nachází v druhém patře. Služby klientům/pacientům, kteří mají pohybové postižení či omezení, jsou tudíž poskytovány především v jeho přirozeném prostředí. To samozřejmě zužuje nabídku služeb, které může v rámci CDZ využívat (například se nemůže účastnit výletů, společných setkání apod.).

Samotnými klienty/pacienty a jejich osobami blízkými je budova i CDZ samotné po estetické stránce hodnoceno kladně. V dílčích případech klienti/pacienti zmiňovali, že by mohly být místnosti veseleji vymalované a celkově být útulnější, zároveň se však klienti/pacienti shodují v tom, že se v prostorách cítí bezpečně a příjemně. Dílčí možnosti zlepšení by tak byly vítány, ale nejsou nutné.

Klienti/pacienti se rovněž domnívají, že je pro ně CDZ většinou dobře dostupné. To se liší u klientů/pacientů, kteří přijíždějí ze vzdálenějších míst spádové oblasti, které jsou méně obsluhované městskou hromadnou dopravou.

### 6.1.2.2 Časová dostupnost CDZ

Služby CDZ jsou poskytovány v pondělí až pátek od 7 do 15:30. Mimo tyto hodiny se mohou klienti/pacienti obracet na krizové centrum, psychiatrickou pohotovost nebo Linku důvěry. Klienti/pacienti dostávají kontakty na tyto organizace. V případě akutní potřeby někteří klienti/pacienti sdělovali, že se mohou na pracovnice CDZ obracet i mimo pracovní dobu, a to telefonicky. Popřípadě je pracovníci/pracovnice sami kontaktují a ověřují, zda je vše v pořádku.

Časová dostupnost klientům/pacientům vyhovuje, i když by uvítali, kdyby krizové centrum/linka byla spravována rovnou CDZ a měli tak větší jistotu, že zastihnou někoho, koho již znají, komu důvěřují. Schůzky s pracovníky/pracovnicemi CDZ je také možnost plánovat dle individuálních potřeb. To velmi vítají ti, kteří pracují a v zaměstnání si nechtějí brát volno. Někteří klienti/pacienti totiž nechtějí, aby se v práci vědělo, že docházejí k psychiatrovi či se potýkají s psychiatrickým onemocněním.

### 6.1.2.3 Práce s krizí

V rámci evaluace nás také zajímalo, **jakým způsobem pracují pracovníci CDZ s krizí**. Klienti/pacienti a jejich osoby blízké sdělovali, že se díky spolupráci podařilo mírně snížit počet hospitalizací. V případě, kdy se zhorší zdravotní stav klientů, dojde k navýšení intenzity spolupráce, pracovníci si na klienty/pacienty najdou čas i mimo objednání. Řeší s nimi také aktuální obtížné situace, které mohou vést ke zhoršení stavu. V případě zhoršení stavu bývá také častější telefonický kontakt, kdy pracovníci

volají a ptají se, jak se klient/pacient cítí, jak situaci zvládá. Telefonický i osobní kontakt probíhá také v případech, kdy dojde k hospitalizaci.

### 6.1.3 Multidisciplinární tým CDZ

Zřizovatel sociální části CDZ měl zkušenosti se spoluprací s různými odborníky a hledáním společných postupů. CDZ nicméně nemělo před pilotním projektem zkušenosti s multidisciplinárním týmem jako takovým.

Zejména zpočátku bylo obtížné najít vhodné pracovníky, především psychiatra a zdravotní sestry. Nejde přitom jen o to najít vhodného odborníka. Zájemce o práci v CDZ musí být zároveň nakloněn práci v multidisciplinárním týmu. Musí být schopen práce v týmu a do vznikajícího týmu musí dobře osobnostně zapadnout. Práce v CDZ má svá odborná specifika, a obvykle trvá delší dobu, než dojde ke sladění týmu.

*„Tam je důležité mít dobré povahové rysy u těch lidí, pokud přijde člověk, který je sólo, hraje sám na sebe, jde vidět, že narazí.“*

Pracovníci CDZ vítají, že první měsíc ještě nemuseli přijímat klienty/pacienty a mohli se tak společně seznámit, nastavit si alespoň základní zásady spolupráce.

*„První měsíc jsme se seznamovali a vůbec vytvářeli tu spolupráci, vytvářeli různé dokumenty, nastavovali systém, a to nejobtížnější je z naší strany určité kompetence.“*

Trvalo tedy delší dobu, než došlo k vytvoření týmu (tedy nejen k zaměstnávání různých odborníků), přičemž hlavní charakteristikou je týmové myšlení – „nedělení se“ na sociální a zdravotní část. To bylo především zpočátku obtížné – zdravotníci byli zvyklí pracovat jinak než sociální pracovníci. Zdravotnický personál byl více direktivní a striktní, zatímco sociální pracovníci byli zvyklí s klientem/pacientem více komunikovat a zjišťovat, co si přeje. Kromě toho byli zdravotní pracovníci také málokdy zvyklí pracovat v terénu, tzn. mimo ambulanci.

Zpočátku bylo také potřeba nastavit kompetence, zjistit, co kdo umí – co mohou a umějí sociální pracovníci a co mohou a umějí pracovníci zdravotní. Bylo potřeba sladit také způsob vyjadřování, každá profese používá specifické pojmy, které nemusí být pro druhou profesi zcela srozumitelné, nemluvě o žargonu.

Určité neshody mohou také plynout z předpokladu, že sociální pracovníci mají méně práce než pracovníci zdravotní. Zdravotníci jsou navíc placeni dle výkonu, což u sociálních pracovníků neplatí – nejsou tedy na ně kladeny takové nároky na kvantitu. Sociální pracovníci měli zpočátku obavy, zda vůbec budou mít dostatek zakázek, zda budou při podpoře klienta prospěšní. Domnívali se, že zdravotní pracovník má zakázku vždycky, protože člověk s duševním onemocněním psychiatrickou sestru, psychiatra či psychologa potřebuje. Vedle toho vyjednávání zakázky od sociálního pracovníka může být obtížné, a to především u těch klientů, kteří pracují a jsou si schopni většinou každodenních záležitostí zajistit sami. V průběhu se však ukázalo, že je to spíše o postupném seznamování se s problematikou, protože klienti téměř vždy mívají nějaké specifické potřeby, se kterými jim může sociální pracovník pomoci.

Práce v multidisciplinárním týmu je zapojenými osobami vnímána pozitivně. I přes počáteční nejasnosti to považují za velký profesní přínos – naučili se novým dovednostem a získali nový náhled na problematiku péče o osoby s duševním onemocněním. Pro zdravotní pracovníky je výhodou, že dokáží



klienty/pacienty rychle odkázat na sociálního pracovníka při řešení problematiky, která není v jejich kompetencích. Stejně tak tomu je u sociálních pracovníků, pro které je přínosem také to, že se více dozvěděli o psychickém onemocnění a jeho specifikách. Postupně se díky této spolupráci začali učit, jak s těmito klienty/pacienty pracovat. Ze zkušeností některých aktérů vyplývá, že sociální pracovníci obecně bývají poměrně nejistí při práci s člověkem s duševním onemocněním, obávají se toho, jak se bude osoba projevat, s řadou projevů si neví rady.

A co je základním předpokladem úspěšného řízení multidisciplinárního týmu? Důležité jsou především pravidelné porady a sdílený prostor. Sociální a zdravotní část tedy musí být brána jako různé odbornosti jednoho týmu, který společně postupuje při řešení případu klienta/pacienta. Porady jsou smysluplně děleny tak, aby se na jedněch řešili jen klienti obecně, na jiných klienti s (blížíící se) krizí a na dalších zase čistě technické a administrativní záležitosti.

*„Tady to nefunguje tak, že by byl jeden ředitel a dva náměstci, sociální a zdravotní, kteří by si řídili svoje sekce a spolu se nebavili, tady je to o tom, že se všichni baví se všemi a musí se jeden s každým bavit.“*

Co se sdílení dokumentů týče, byl nakonec zvolen jen informační systém (Hippo), a to i přesto že z počátku nechtěli zřizovatelé mít jen jeden systém. Pro pracovníky to znamenalo naučit se v novém systému pracovat, ale také nastavit si, jakým způsobem zápisy sdílet navzájem s jednotlivými členy týmu. Důležité bude i nadále stanovit si, jak vést záznamy, aby byla jejich struktura jednotná a pro všechny dobře přehledná.

V době pilotního provozu CDZ se v něm vystřídali různí psychiatři. Najít psychiatra je obecně velmi náročné. Práce v CDZ pro ně není finančně zajímavá. Nakonec se CDZ podařilo najít psychiatra, u něhož je předpoklad dlouhodobé spolupráce. Je otevřený diskuzi, zapojuje se do multidisciplinárního týmu. V rámci spolupráce s psychiatrem je potřeba zapracovat především na předávání informací tak, aby měl psychiatr dostatek relevantních informací, s kterými může dále pracovat. Zásadní je, aby spolupracoval s klíčovými pracovníky.

#### **6.1.3.1 Vzdelávání a supervize**

Vzdelávání je jedním ze základních faktorů dobře fungujícího multidisciplinárního týmu CDZ. Je potřeba, aby všichni pracovníci měli odpovídající znalosti a dovednosti související s podporou osob s duševním onemocněním.

Byly tudíž stanoveny oblasti, ve kterých byly jednotliví pracovníci i celý tým proškoleni. Důležitým tématem byla například krizová intervence, znalost modelu recovery. Absolvována byla také školení v rámci nástroje GAF, AQoL, školení v rámci nástroje HONOS.

Výběr vzdělávacích aktivit by měl taky odrážet aktuální potřeby týmu vzhledem k charakteristice klientů/pacientů. CDZ má například hodně klientů/pacientů s duální diagnózou, a je tak potřeba vzdělávat se v této oblasti. Z rozhovorů vyplývá, že do budoucna by se hodil také kurz zaměřený na individuální plánování.

*„Takže to vycházelo z poptávky těch pacientů a těch pracovníků, kteří se v tom potřebují školit.“*

Vzdělávací plány by také v budoucnu měly odrážet zájmy konkrétních pracovníků, to, jak se chtějí profilovat. Co chybí, jsou kurzy pro manažerské pozice CDZ a (praktické) kurzy zaměřené na problematiku přechodu pacienta z nemocničního do domácího prostředí.

Kromě vzdělávání probíhaly také pravidelné supervize, a to jednou za dva měsíce. Supervize jsou považovány za dobrý nástroj, jak uvolnit emoce, vypovídat se z prožitých obtížných situací.

### 6.1.3.2 Řízení kvality

Proces řízení kvality nebyl v CDZ ještě dostatečně nastaven. V rámci pilotního provozu na to nebylo příliš prostoru. V následujícím období je ale v plánu vypracovat standardy a metodiku CDZ, která bude sloužit stávajícím, ale především nově přichozím pracovníkům a usnadní jim orientaci v procesech CDZ.

### 6.1.4 Hodnocení CDZ klienty/pacienty a jejich rodinným příslušníky

Klienti/pacienti, s kterými byli realizovány rozhovory, **většinou nemají příliš zkušeností s využíváním jiných než zdravotnických služeb** (většinou tedy služeb ambulantního psychiatra). Pokud využívali jiné než zdravotní služby, byly tyto služby poskytovány buď organizací, která zřizuje sociální část CDZ, popřípadě jednou z dalších dvou organizací zaměřujících se na lidi s duševním onemocněním, které na území města působí. Nejčastěji se jedná o chráněné dílny, ale také o využívání doprovodů. Určitou nevýhodou jiných služeb je skutečnost, že aktivity jsou zčásti zpoplatněny, zatímco všechny služby CDZ jsou poskytovány bezplatně.

**O Centru duševního zdraví se klienti/pacienti dozvěděli** nejčastěji od svého psychiatra či v průběhu hospitalizace. Klienti/pacienti i jejich osoby blízké zmiňovali, že díky CDZ se vyhnuli (dlouhodobé) hospitalizaci. Nedovedou si představit, že by zvládli pobyt mimo nemocnici bez intenzivnější odborné podpory. V jednom případě bylo CDZ klientce/pacientce doporučeno jako vhodná alternativa k umístění do psychiatrické nemocnice.

Za velkou výhodu CDZ, která byla rovněž jednou z motivací k využití služeb, je považováno právě **propojení zdravotních a sociálních služeb a široká nabídka podpory „pod jednou střechou“**. Pozitivně je vnímáno také předávání informací uvnitř multidisciplinárního týmu, díky kterému je péče a podpora kontinuální a sjednocená, není přitom nutné, aby klient/pacient odpovídal stále na tytéž otázky.

**Motivací pro využívání CDZ** je ale také absence jiných forem sociální podpory pro ty klienty/pacienty, kteří se cítí osamělí, nemají kolem sebe jinou formu sociálních kontaktů. Klienti/pacienti zmiňovali, že se pro ně jedná o určitou náhradu rodiny, protože již nemají rodiče. Případně se pro ně jedná o prostor, kam se mohou chodit vypovídat, když jim je úzko, cítí se sami, nemají se komu svěřit se svými starostmi. Přístup pracovníků v tomto případě považují za velmi vstřícný a empatický, cení si toho, že poskytování služeb není jen o „práci“, ale také o naslouchání a porozumění. Zde je však potřeba mít na paměti, že takto vnímané vztahy mohou být problematické, jelikož služby CDZ by neměly suplovat běžné vztahy. Navíc by neměly být poskytovány dlouhodobě – ukončování poskytování služeb může být v těchto případech velmi komplikované.

**V rámci CDZ využívají klienti/pacienti celou škálu služeb**, i když někteří využívají více sociální a jiní více zdravotní služby – dle konkrétních individuálních potřeb a již navázané spolupráce s dalšími organizacemi a specialisty. Pro klienty/pacienty však obecně není lehké oddělit, pod koho spadají služby, které využívají.

Někteří klienti/pacienti přešli či začali využívat služeb psychiatra CDZ. Využívají také skupinovou a individuální terapii, relaxaci. Zásadní jsou pro klienty také terénní služby. Zdravotníci jim připravují léky, a to třeba na dva, tři dny dopředu, návštěva v domácnosti je tudíž intenzivní a vždy je spojená s popovídáním si. Nejde tedy jen o nachystání léků, součástí návštěvy je obecnější zájem o pohodu klienta/pacienta. Chystání léků je důležité především pro ty klienty/pacienty, kteří za sebou mají opakovaný pokus o sebevraždu užitím většího množství léků, popřípadě mají sklony k závislostem a nadužívání léků. Tito klienti/pacienti by dle svých slov nebo slov svých blízkých nemohli bez takovéto podpory žít samostatně, mimo nemocniční zařízení.

*„Volám paní K., ona mi volává, chodí mi chystat léky domů, ptá se mě, jak se cítím, volá mi obden. Někdy to je lepší někdy zase horší, že bych se zbláznila, no tak to funguje a mám ji moc ráda.“*

Hojně jsou využívány také tvořivé aktivity a společné výlety. Tyto aktivity probíhají buďto přímo v CDZ, v tom případě se jedná o skupinové aktivity, anebo také u klientů/pacientů doma – s pracovníky například hrají karty.

*„Sociální a zdravotní pracovnice, já je mám nejradši, s paní K. jsme začaly korálky, náramky dělat, s paní R. hrajeme karty. Těma korálkama jsem se teď začala bavit, adventní věnečky jsme tu dělali, ještě ozdobné koule, mě to tu fakt baví a opravdu, když je mi kolikrát nejhůř, tak jim fakt můžu zavolat a domluvit se s něma.“*

Kromě multidisciplinární spolupráce je specifikem CDZ právě **terénní forma zdravotních i sociálních služeb**. Docházení do klientova přirozeného prostředí probíhá dle individuální domluvy – může to být několikrát do týdne (jako v případech, kdy jsou klientovi/pacientovi chystány léky), anebo jednou za měsíc. Práce v přirozeném prostředí neznamena pouze návštěvy přímo u klientů doma – je možné sejít se také venku, jít společně nakupovat. Někteří klienti/pacienti si ani po delší době spolupráce nepřejí, aby pracovníci CDZ vstupovali do jejich bytu, vždy se tedy scházejí venku.

*„Vypovídat, pomáhají mi chystat si léky, docházejí za mnou nebo se domluví se mnou a jdeme třeba někde na nákup nebo tak.“*

**Přístup pracovníků a pracovníc CDZ** je klienty i osobami blízkými velmi kladně hodnocen. Jsou popisováni jako přívětiví, umí naslouchat a podpořit i v situaci, kdy se klient/pacient necítí nejlépe. Osoby blízké se domnívají, že pracovníci CDZ poskytují služby i nad rámec povinností, je možné se na ně obrátit i mimo domluvené schůzky. Obrátit se na ně můžou také samotné osoby blízké. Ty díky CDZ dostali vhled do situace, dozvěděli se více o psychickém onemocnění a co se s ním pojí. Mohou se na CDZ také obrátit ve chvíli, kdy si neví rady, popřípadě se chtějí ujistit, jak na tom klient/pacient je, projednat jeho potřeby. Pro osoby blízké je dobrý vztah s pracovníky CDZ velmi důležitý. Jednak pokud s klientem/pacientem sami nebydlí, jednak pokud potřebují odcestovat, věnovat se vlastním aktivitám apod. Z rozhovorů tak například vyplývá, že je možné se s pracovníky domluvit na vyšší intenzitě spolupráce ve chvíli, kdy osoba blízká potřebuje odcestovat:

*„Ano, ano, že když odjedu, že se o to postarají, že jsme byli vždy domluvení, řekla jsem, kdy odjždím a kdy se asi vrátím. A oni, když už tady nejsem a oni to vedou v patrnosti a ten dohled je trochu navýšený.“*

Samotní klienti/pacienti nezřídka vítají, pokud se pracovníkům CDZ podaří navázat komunikaci s osobami blízkými a vysvětlit jim specifika duševního onemocnění. Z rozhovorů vyplývá, že ne všichni

rodiče například přijali, co vše psychické onemocnění dítěte s sebou přináší. Domnívají se, že se jedná o dočasný stav, který lze vůlí či léčbou změnit, zlepšit.

Kromě služeb, které jsou poskytovány pracovníky a pracovníci, je pro klienty/pacienty také přínosné **setkávání s dalšími klienty/pacienty, osobami s obdobnými životními zkušenosti**. Díky skupinovým aktivitám navázali klienti/pacienti nová přátelství, která se přenáší mimo prostory CDZ – někteří klienti/pacienti se vzájemně navštěvují, chodí spolu na výlety. Klienti/pacienti si v tomto směru pochvalovali možnost výletů a rádi by jejich počet navýšili. I když ne pro všechny klienty/pacienty jsou výlety možnou aktivitou, a to především pokud mají zhoršenou hybnost či se potýkají s úzkostmi. Možnost sdílení bude v ostrém provozu zajišťována také peer pracovníkem. Rodinní příslušníci, s kterými byly realizovány rozhovory, neměli zájem účastnit se případných setkání s dalšími osobami blízkými.

*„Je mi lépe, když přijde někdo na návštěvu, když je někdo nemocný jako já a můžeme si popovídat, i tak o něčem jiném.“*

**Informování osob blízkých** samozřejmě podléhá souhlasu ze strany klienta/pacienta. Pokud si klient/pacient přeje, aby jeho osoby blízké byly seznamovány s jeho stavem, podepíše informovaný souhlas. Spolupráce s rodinou je však přínosná jen v případech, kdy je rodina spolupracující. Jinak tomu je v případech, kdy má klient/pacient psychické problémy právě kvůli rodině, například kvůli problematickému dětství, dominantnímu rodiči či partnerovi. Je však možné, pokud se klient/pacient takto rozhodne, mu pomoci urovnat vztahy v rodině. Někdy je možné, aby další spolupracující osobou byl například soused, pokud si to klient/pacient přeje a soused mu poskytuje neformální podporu, mají spolu dobrý vztah.

Kromě snížení počtu hospitalizací vyjmenovávali klienti/pacienti taky další přínosy, které jim užívání CDZ přineslo. Dalším **přínosem** je již zmíněný pravidelný sociální kontakt. Díky CDZ jsou klienti/pacienti více v kontaktu s lidmi, nejsou pouze sami doma, našli si nové známé. Dle osob blízkých mají klienti/pacienti větší chuť do života, jsou pravidelně aktivizováni. Díky návštěvám v domácnosti jsou motivováni k tomu starat se sami o sebe, o svůj byt. Osobám blízkým pak nezřídka ubylo starostí, protože vědí, že je o klienta/pacienta postaráno, nejsou již na péči o něj sami.

A chybí v CDZ klientům/pacientům a jejich osobám blízkým nějaká aktivita? Řada z nich by přivítala nějaké pohybové aktivity. Osoby blízké sdělovali, že kvůli lékům, pokusům o sebevraždu apod. mívají klienti/pacienti horší zdravotní stav, obecně mívají nadváhu. Bylo by vhodné, kdyby za nimi mohl docházet rehabilitační pracovník (pokud sami nemohou docházet do CDZ), anebo aby byly v CDZ nějaké pohybové aktivity zajištěny. S tím se pojí také přání, aby CDZ pořádalo více výletů.

#### 6.1.5 CDZ a jeho místo v systému služeb

Na začátek je důležité zmínit, že oba zřizovatelé působí v regionu již dlouhodobě a mají mnohaletou zkušenost s podporou osob s duševním onemocněním. A také dobré vztahy s mnoha subjekty, se kterými je pro CDZ důležité spolupracovat. Zároveň kraj sám podporoval zřízení CDZ v regionu. CDZ jako takové tedy je součástí krajské sítě sociálních služeb a má podle všech respondentů v regionu poměrně silnou pozici a dobrou pověst.

Navzdory tomu, že někteří zástupci CDZ nevnímají, že by je někdo považoval za konkurenci, z jiných rozhovorů vyplývá, že především zpočátku bylo mezi službami, které na území regionu již dlouhodobě poskytují služby osobám s duševním onemocněním, určité napětí. Zřizovatel sociální části CDZ byl

některými subjekty nahlížen jako konkurence, která se snaží zabrat si klienty pro sebe. Až postupně bylo společnou komunikací nastaveno spíše spolupracující prostředí, ve kterém si jednotlivé organizace rozdělily kompetence. Bylo potřeba si vyjasnit, kdy je osoba s duševním onemocněním klientem/pacientem CDZ, a kdy je už přenechána návazným službám (už není v akutní krizi, nepotřebuje intenzivní podporu CDZ).

*„Ta úloha je jednoznačná, CDZ řeší krizi, řeší těžké pacienty a ve chvíli, kdy ho stabilizuje, ho předává jedné z těch tří organizací. V podstatě do chráněného bydlení, sociální rehabilitace nebo do podpory toho terénního týmu menšího. Takhle ten systém nastavený určitě bude a momentálně se takhle plánuje na další čtyřleté období.“*

CDZ navázalo v pilotním provozu spolupráci s **Integrovaným záchranným systémem**. Jednotlivé složky ví, že se na CDZ mohou obrátit v případě, kdy se setkají s osobou, která se dle nich potýká s duševním onemocněním. CDZ kontaktují například při výjezdu k osobě, u níž vyhodnotí, že není nutná hospitalizace, ale zároveň je potřeba mu poskytnout nějakou míru odborné podpory. Pracovníci se sami obracejí na městskou policii v případech, kdy se setkají s agresivním pacientem, velmi často člověkem bez přístřeší, a obávají se o svou bezpečnost. Informace o potenciálním klientovi/pacientovi poskytují CDZ kromě policie a pracovníků záchranné služby také pracovníci probační a mediační služby.

Při navazování **spolupráce s ambulantními psychiatry** hrála důležitou roli skutečnost, že jedním ze zřizovatelů je také městská nemocnice, která již má nějaké kontakty navázány. Kvalitu spolupráce a důvěru pak prohloubily postupně získávané příklady dobré praxe – ambulantní psychiatři měli možnost seznámit se s prací CDZ, měli s CDZ společné klienty/pacienty. Pracovníci CDZ se nyní mohou i obrátit na psychiatra v případě, kdy si potřebují ověřit informace o klientovi/pacientovi. Stále však platí, že spolupráce je především o osobním kontaktu a přístupu konkrétního ambulantního psychiatra. Stále jsou v regionu psychiatři, kteří nemají k CDZ důvěru, nechtějí s ním spolupracovat ani nemají zájem o představení služeb. Někteří psychiatři se na reformu psychiatrické péče dívají kladně, popřípadě díky pozitivním zkušenostem ji začali kladně postupně vnímat. Jiní jsou k ní nadále skeptičtí. Nedůvěra panuje především k přínosu terénní služby. Dle některých vede k ještě většímu omezení osob s duševním onemocněním. Podle zástupců CDZ nehraje u psychiatrů až takovou roli obava z konkurence, protože jich je v České republice obecně nedostatek. Spíše mají více pacientů, než stíhají včas obsloužit. Na CDZ začínají postupně klienty/pacienty odkazovat také psychiatři.

CDZ postupně navázalo, krom městské **nemocnice**, spolupráci se spádovou psychiatrickou nemocnicí. S psychiatrickou nemocnicí probíhají pravidelná setkávání, a to jednou za čtrnáct dní. Spolupráce byla také navázána s psychiatrickými odděleními dalších spádových nemocnic. V každé z těchto nemocnic je kontaktní osoba pro CDZ. Každá z pěti zdravotních sester CDZ pak má na starosti spolupráci s jedním zdravotnickým zařízením. Cílem je, aby se organizace společně domlouvali v případě, kdy dochází k propuštění pacienta, který spadá do cílové skupiny CDZ, do domácího prostředí. Díky dobré spolupráci se dle zástupců CDZ daří neprodlužovat hospitalizace pacientů, nejsou překládáni na následné lůžko a nepřecházejí tudíž do dlouhodobé péče nemocnice. Ještě před zahájením pilotního provozu CDZ byla navázána **spolupráce s krizovým centrem**, která spočívá především ve využívání krizových lůžek u klientů/pacientů, kteří potřebují krátkodobou hospitalizaci vhodnou v krizovém centru. Krizové centrum zároveň doporučuje klientům z cílové skupiny CDZ navázání spolupráce, informuje CDZ o vhodných klientech/pacientech, kteří jsou z krizového centra propuštěni. Také v krizovém centru, stejně jako v nemocnicích, probíhají pravidelné návštěvy multidisciplinárního týmu, tak aby případná spolupráce mohla být zahájena ještě před propuštěním.

**Spolupráce se sociálními službami** v regionu byla zpočátku ovlivněna již zmíněným strachem z konkurence. V průběhu pilotního provozu byly však vztahy většinou urovnány a mezi většinou organizací je dobrá spolupráce. Stále však jsou na území regionu organizace, které s CDZ příliš spolupracovat nechťejí, péči a podporu svých klientů si chtějí zajistit sami. CDZ spolupracuje také s domovem se zvláštním režimem, jehož cílovou skupinou jsou osoby s chronickým psychotickým duševním onemocněním od 18 let. Dlouhodobým cílem je, aby domov se zvláštním režimem nebyl pro tyto klienty bydlením do konce života, ale pouze přestupným, tréninkovým bydlením. Cílem je rovněž zvýšit průchodnost celého systému pobytových služeb v regionu.

Pro sociální služby může být spolupráce s CDZ velkým přínosem, protože dojde k rozdělení úkonů hlavně u těch klientů/pacientů, kteří vyžadují intenzivnější podporu. Zároveň jsou pracovníci CDZ odborníky na podporu lidí s duševním onemocněním, je tedy možné využívat také jejich profesních zkušeností a rad.

Spolupráce je také navázána s magistrátem a krajským úřadem. O CDZ jsou informovány také sociální a zdravotní odbory, dochází k propojování spolupráce a k předávání klientů/pacientů. S tím souvisí také prohlubování spolupráce s veřejnými opatrovníky.

V neposlední řadě probíhá spolupráce mezi dalšími CDZ v kraji. Jsou realizována pravidelná osobní i online setkávání, na nichž jsou projednávány bariéry, výzvy, konkrétní aktuality.

Ptali jsme se také na to, jaké služby v regionu chybí. Zmiňováno bylo především dostupné bydlení, a to různého charakteru. Klienti/pacienti potřebují různou míru podpory, někteří mohou bydlet zcela sami, jiní potřebují každodenní intenzivnější péči. Dle toho je potřeba mít vytvořenou vhodnou nabídku. Síť služeb v regionu je poměrně hustá a odpovídající, co se nabídky týče, ne vždy je však dostatečná kapacita. Absentují také služby pro osoby s poruchou osobnosti a osoby s duální diagnózou.

*„Absentují ubytovací prostory, jak máme vytahovat klienty z nemocnice, když nemají kam jít. Když pro tyto pacienty není žádný ubytovací prostor, tak to je taková beznaděj pro nás. A ne všichni pacienti jsou schopni jít do komerčního nájmu, někteří to chráněné bydlení prostě potřebují. Ještě lidé s alkoholismem nebo s duálními diagnózami nebo pokud jde o jakékoli závislosti, tak těch služeb tady není moc.“*

#### 6.1.5.1 Udržitelnost CDZ

CDZ má zajištěnou udržitelnost, je již zařazeno do krajské sítě sociálních služeb, také zdravotní část je finančně udržitelná. Zástupci města, v němž CDZ sídlí, považují jeho služby za zcela nezbytné a podporují jejich spolufinancování. Pro udržitelnost je dle zástupců CDZ důležité mít jasně nastavené procesy uvnitř CDZ. A to včetně délky porad, času věnovaného administrativě a přímé péči, tak aby pracovníci měly dostatek času na práci s klienty/pacienty, a tedy mohli vykazovat dostatek výkonů. Zajištění základního chodu CDZ by tak nemělo být problémem ani v ostrém provozu, ovšem limitovaný bude případný rozvoj služeb a týmu, včetně vzdělávání (pokud bude zpoplatněno).

#### 6.1.6 Destigmatizace

CDZ o svých aktivitách pravidelně informuje odbornou i laickou veřejnost. Jsou také vytvořeny přehledné webové stránky. Důkazem toho, že o CDZ je stále větší povědomí je také skutečnost, že se na něj obracejí nejen odborní pracovníci, ale také například sousedé, osoby blízké či starostové. CDZ

většinou informují o tom, že se v jejich okolí či rodině vyskytuje osoba, která má duševní onemocnění a oni si neví rady, popřípadě se domnívají, že by daná osoba mohla mít duševní onemocnění a žádají o možnost asertivního kontaktování.

## 6.2 DRUHÁ PŘÍPADOVÁ STUDIE

### 6.2.1 Kontext Centra duševního zdraví: region, vznik a předchozí zkušenosti

Centrum duševního zdraví se nachází v kraji, kde již jedno CDZ působí (v krajském městě). Spádová oblast je tvořena třemi obcemi s rozšířenou působností. Jedná se o poměrně členité území s řadou menších měst a městysů.

Pilotní provoz byl zahájen 1. 1. 2021, ukončen bude 30. 6. 2022. Jedná se tedy o CDZ, které se do projektu zapojilo jako poslední, v druhé výzvě Projektu Centra duševní zdraví III. Centrum duševního zdraví je zřizováno dvěma subjekty, které společně spolupracují i v rámci dříve vzniklého CDZ v kraji. Pozice obou organizací v regionu je poměrně silná, mají navázanou spolupráci s dalšími institucemi. Zdravotnické zařízení je společností s ručením omezeným, která má již dlouholeté zkušenosti s podporou lidí s duševním onemocněním. Zaměřuje se především na poskytování ambulantní péče a péči klinického psychologa. Zaměstnanci organizace docházeli také do domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem. Se zřizovatelem sociální části CDZ spolupracuje již dlouho a spolupráce je považována za velmi kvalitní a přínosnou. Už před pilotním provozem společně sdíleli některé klienty/pacienty. Oba subjekty tak mají zkušenost s multioborovou spoluprací, byť ne tak intenzivní, jako v CDZ.

Sociální CDZ je zřizována zapsaným spolkem, který se již od roku 2001 zaměřuje na poskytování komunitních služeb lidem s duševním onemocněním nebo mentálním handicapem v kraji. Ještě před pilotní realizací CDZ měl spolek registrovány tyto služby: odborné sociální poradenství, sociální rehabilitace (ambulantně i terénní; dva multidisciplinární týmy), chráněné bydlení, ambulantní sociální rehabilitace, telefonická krizová pomoc. Spolek realizuje také celou řadu dalších (neformálních) aktivit (nejen) pro osoby s duševním onemocněním a jejich blízké: klub, preventivní programy na školách, pilotní projekt Housing First apod. Dále také spolek zajišťuje celou řadu kulturních akcí, které mají destigmatizační charakter. Spolek spolupracuje také z řadou sociálních firem v regionu.

### 6.2.2 Poskytování služeb CDZ

#### 6.2.2.1 Prostory CDZ

Centrum duševního zdraví se nachází nedaleko centra města. Sídlí v budově bývalé polikliniky, která je hned vedle nemocnice. V budově jsou i nadále poskytovány služby lékařů. CDZ se nachází ve 3. a 4. patře, budova však disponuje prostorným výtahem, objekt je vybaven nájezdem. Prostory 4. patra byly v prvních měsících realizace částečně rekonstruovány. Klienti/pacienti i osoby blízké hodnotí prostory CDZ kladně. Někteří si pamatují, jak vypadaly prostory dříve. Proměna k lepšímu je podle nich razantní, dobře zvolená výmalba prostory zútulnila, pozitivní atmosféru navozuje také skutečnost, že hned po příchodu jim pracovníci nabízejí kávu nebo čaj. Cítí se tak být přijímáni.

Spádová oblast CDZ je poměrně rozlehlá a pro některé klienty/pacienty tedy není lehké do CDZ dojet. Některým nicméně vyhovuje docházet do CDZ pěšky, protože se aspoň projdou a zároveň ušetří. Pro ostatní je tu terénní forma podpory. Možnost docházky pracovníka CDZ domů ke klientovi/pacientovi je velkou výhodou. Hromadná doprava je totiž pro některé klienty/pacienty velmi nákladným nebo komplikovaným způsobem přepravy. Terénní práci vítají také osoby blízké těm klientů/pacientů, kteří nechtějí dojíždět sami, ale zároveň odmítají doprovod.



*„Nechce sem dojíždět sám, ale nechce, aby ho doprovodila, jsem ráda, že alespoň chodí odborníci k nim domů.“*

### 6.2.2.2 Časová dostupnost CDZ

Provozní doba CDZ je od pondělí do pátku v čase od 8:00 do 16:30. Pracovní doba členů multidisciplinárního týmu je pružná, a to v rámci pracovní doby či dle individuální domluvy s klientem/pacientem. V akutních případech může klient přijít také mimo termín domluvené schůzky, avšak není potom zaručené, že bude moci jednat se svým klíčovým pracovníkem.

Klientům/pacientům otevírací doba vesměs vyhovuje. Schůzky jsou domlouvány individuálně, podle potřeb a možností jednotlivých klientů/pacientů. Sdělovali, že si na ně pracovníci udělají čas i v době, kdy nejsou objednaní, reagují na aktuální stav. Někteří klienti/pacienti nicméně nechťejí této možnosti využívat, protože chtějí respektovat volný čas pracovníků CDZ. Vítána by ze strany klientů/pacientů byla také nějaká forma nonstop krizové pomoci.

*„Akorát, co bych, možná kdyby tam byla 24hodinová služba no, to bych přivítal, kdyby se mi udělalo večer zle, tak bych tam přišel na tu injekci nebo bych si tam šel popovídat, to bych uvítal.“*

### 6.2.2.3 Práce s krizí

V prvé řadě je dle zástupců CDZ potřeba si definovat, co to vlastně je krize, protože ta může mít různé podoby. Klienti CDZ se ve většině případů potýkají s krizí. To nutně nepředpokládá hospitalizaci. Klienti/pacienti mohou být doma, ale situaci již sami, případně se svou rodinou, nezvládají a potřebují podporu odborníků. Práce s krizí by však měla být nahlížena především jako prevence krize. Čili je lepší o krizovém plánu uvažovat jako o plánu pohody či plánu, jak se udržet v „nekrizi“. Pozitivní přitom je nejen stav, kdy díky plánu k hospitalizaci vůbec nedojde, ale také pokud se hospitalizace zkrátí.

*„Klienti, kteří nejsou v krizi a vnímají to tak oni i ostatní, tak se k nám často nemají proč dostat, klient, kterej je dobře zaléčen, víceméně spokojenej a nemá žádný problém, nemá moc důvod k nám vstupovat, protože od nás nic nepotřebuje.“*

Krizový plán je vytvářen spolu s klientem, ale ne každý klient/pacient má krizový plán vypracován. Je nezbytné, aby sám klient/pacient měl potřebu krizový plán vytvářet, aby to nebyla jen aktivita centra. Někdy přicházejí klienti s akutní zakázkou, například nalezení si bydlení, kterou je potřeba vyřešit a až poté vytvářet krizový plán. Do procesu tvory krizového plánu bývají zapojeni také rodinní příslušníci, popřípadě jiné blízké osoby. Zapojený do jeho tvorby může být také ambulantní psychiatr či jiný odborník, pokud je to žádoucí. Důležité je, že díky krizovému plánu vědí všichni zainteresovaní, co se děje a co se bude dít. Klient/pacient a jeho okolí jsou schopni včas rozpoznat blížící se krizi. Klient/pacient díky krizovému plánu a podpoře pracovníka může sám zmapovat své možnosti. Učí se sám lépe chápat své onemocnění.

*„Určitě, vždycky se ptáme, jak to vnímá rodina, jak to vnímá okolí, přátelé, někdy i jak to vnímají ostatní instituce. Někteří spolupracují s OSPODem nebo je nad ním nějaký dohled nebo chodí k jiným odborníkům. Takže i tam můžeme zahrnout pohled toho dalšího člověka.“*

Ze zkušeností pracovníků vyplývá, že se díky intenzivní spolupráci s klientem daří krize zmírňovat. Klienti/pacienti již nejsou tak často hospitalizováni, doba hospitalizace je kratší. Klienti/pacienti to sice pořád můžou vnímat jako selhání, avšak s ohledem na předchozí zkušenosti je i toto potřeba brát jako velký posun vpřed.

Dobré by bylo, kdyby existovalo **krizové centrum/krizové lůžko** – kde by se člověk mohl jít „uklidit“ a zaléčit. V současné době však musí jít rovnou na psychiatrii. Jinými slovy chybí nějaká forma krátkodobé pomoci.

*„Mě by pomohlo, kdybych mohla odejít z toho prostředí, co mi to spouštělo, ale nebylo kam. Pak mě dali na psychiatrii a věděla jsem, že tam zase budu 2 měsíce.“*

Klienti/pacienti a jejich osoby blízké hodnotí podporu při zvládnání krize kladně. V případě, že se necítí dobře, mohou se dle svých zkušeností na pracovníky CDZ ihned obrátit. Ti jim poskytnou podporu po telefonu. Opětovně volají a zjišťují, jak se jim daří, a to i o víkendech či mimo pracovní dobu. V případě, že je to možné a potřebné, navštíví také klienta/pacienta co nejdříve u něj doma. Pozitivně hodnotí také to, že nemusí do nemocnice, mohou se obrátit na CDZ, což je pro ně více komfortní. Osoby blízké jsou rády, že jim pracovníci poskytli rady, jak se ke klientovi/pacientovi v době krize chovat, jak s ním jednat.

*„Tenkrát mi bylo zle psychicky, tak jsem mluvil s paní psychologkou. Já bydlím kousek, pár desítek metrů od CDZ. Tak ona říká, můžu přijít k vám. Tak přišla i k nám.“*

*„Ještě mi ukázali, jak se mám s ní v tomto akutním stavu bavit. Sama s ní promlouvala.“*

### 6.2.3 Multidisciplinární tým CDZ

CDZ má již zkušenosti se sestavováním a vedením multidisciplinárního týmu – zřizovatel sociální části je zřizovatelem jiného CDZ vzniklého v předchozím projektu. Ovšem tým nevznikl z již existujícího (jako tomu bývá např. u CDZ, které mají zkušenost s komunitním týmem) – byl utvořen nově. Z počátku se tedy jednotliví členové navzájem seznamovali.

**Multidisciplinární tým se utvářel** postupně a stále se rozrůstá. Náročnější bylo dát dohromady především zdravotní část, stále ještě chybí peer pracovník. Obtížně se také hledají psychiatrické sestry, kterých je v regionu málo. Obdobně je obtížné najít psychiatra, v tomto směru bylo pro CDZ výhodou, že zřizovatel sociální i zdravotní části působí v regionu již dlouho a mají tak navázáno spoustu profesních vztahů.

Ze začátku bylo nejdůležitější vyjasnit kompetence jednotlivých členů týmu. Koncept práce CDZ nebyl především pro zdravotní sestry zpočátku moc uchopitelný. Pro pracovníky je důležité vědět, co už není v jejich kompetencích a že je zároveň v týmu někdo, kdo má konkrétní oblast na starost, na koho je možné se obrátit.

*„Nejdřív tam byly nějaký ani ne třetí plochy, spíš nejistoty, který vyplývaly zejména z toho, že to CDZ je něco úplně nového a nikdo jsme netušili, že jsme nevěděli přesně, co je čí kompetence. Odkud pokud je jaká role a kdo jí má naplňovat, jakým způsobem. Jak se tam navzájem můžeme propojovat, tak, aby to bylo co nejvíce efektivní a nedělali jsme všichni všechno.“*

Základním předpokladem dobrého multidisciplinárního týmu je přistupovat k němu jako k jednomu celku složenému z vícero odborností – nerozdělovat tedy na zdravotní a sociální část. Pro optimální fungování týmu je také velmi důležitá otevřená komunikace. Důležité jsou tudíž pravidelné porady – týmové, metodické. Každý den začíná poradou. V době protiepidemických opatření probíhaly porady také online. Vytváření týmu napomáhá také to, že pracovníci sdílejí společný prostor, setkávají se tak denně. Každý člen týmu by měl mít pocit, že je vyslyšen, že může poskytovat svůj odborný vhled. Ostatní vědí, jaká je jeho specializace a jeho pohled přijímají.

Dle pracovníků CDZ také klienti/pacienti vnímají, že si lidé v týmu rozumí, což se promítá do celkové atmosféry v CDZ. Jednotlivé odbornosti v týmu se doplňují nejen při práci s klientem/pacientem, ale také dovnitř týmu. Psychiatr poskytoval dalším členům týmu „psychiatrické minimum“. Pomáhal jim porozumět problematice psychiatrického onemocnění a jeho projevů. Psycholog poskytuje oporu členům týmu ve chvíli, kdy vidí, že jsou zavaleni prací, „jsou vyčerpaní, smutní, naštvaní, frustrovaní“.

Za sestavení individuálního plánu je zodpovědný klíčový pracovník, avšak do tvorby a hodnocení se zapojují všichni členové týmu. CDZ využívá programy e-Quip a WinMed. O každém klientovi/pacientovi se vede elektronická i písemná dokumentace. Záznamy jsou v souladu s GDPR sdíleny (nutný je především písemný souhlas klienta/pacienta). Ze začátku bylo potřeba si ujasnit, jakým způsobem výkony kódovat, jak vést zápisy a zadávat časovou dotaci výkonu. Kódování zdravotních výkonů se tím stále učí, také s ohledem na změny, které probíhají.

#### **6.2.3.1 Vzdělávání a supervize**

Vzdělávání je základem dobře fungujícího multidisciplinárního týmu. Vzdělávání je vybíráno tak, aby korespondovalo s profesními potřebami jednotlivce i týmu. Základem je, aby měli pracovníci znalosti o CARE, case managementu a krizové intervenci. Díky projektu bylo možné zajistit velmi kvalitní vzdělávání týmu. Do budoucna je otázka, zda bude mít CDZ dostatek financí na zajištění kvalitního vzdělávání. V ostrém režimu bude situace se vzděláváním také obtížnější s ohledem na rozdílné požadavky sociálních a zdravotních pracovníků a jejich možnosti. Sociální pracovníci mají každý rok za povinnost absolvovat 24 hodin vzdělávání. Pro zdravotnický personál může být náročnější absolvovat vzdělávací aktivity z časových důvodů, protože v průběhu vzdělávání nevykazují výkony s klienty/pacienty.

Vzdělávací aktivity jsou zajišťovány externími subjekty. Dílčí znalosti jsou také poskytovány jednotlivými odborníky v týmu. Taktéž ti pracovníci, kteří se účastnili specifického vzdělávání, následně předávají základní poznatky dalším členům týmu. Tím dochází ke zvyšování znalostí uvnitř celého týmu.

Co chybí, jsou specifické vzdělávací aktivity například pro psychology v CDZ. Hodilo by se také vzdělávání vztahující se k práci s traumatem. Pracovníci rovněž zmínili, že by bylo vhodné, aby vzdělávání psychiatrických sester mohlo probíhat v kraji. Toto vzdělávání je zároveň považováno za časově velmi náročné.

Supervize probíhají pravidelně jednou za šest týdnů. V době pandemie probíhaly především online.

### 6.2.3.2 Řízení kvality

Proces řízení kvality je postupně nastavován, jsou hledány způsoby, jak propojovat zdravotní a sociální část CDZ. Zástupci zřizovatele se účastní projektu, který je zaměřený na měření kvality a na vznik kritérií kvality CDZ – jedná se o projekt MPSV. Díky tomu si mohou v budoucnosti sami udělat interní audit. Snaží se vyhodnocovat, zda pracují efektivně s klienty a zda plní cíle spolupráce. Probíhá pravidelné hodnocení služby ze strany klientů/pacientů.

### 6.2.4 Hodnocení CDZ klienty/pacienty a jejich rodinným příslušníky

Klienti/pacienti většinou **před tím, než začali využívat služby CDZ**, využívali pouze služeb psychiatra. Někteří z nich byli delší dobu hospitalizováni (v jednom případě po dobu 12 let) a CDZ jim tak pomáhalo zvládnout život mimo nemocniční zařízení.

**O Centru duševního zdraví se nejčastěji dozvěděli** v době hospitalizace. Pracovníci CDZ navštěvovali nemocnici, ve které pobývali a nabídli jim tam své služby. Informaci jim také předal psychiatr. Často v případě, kdy sám psychiatr usoudil, že využívání služeb bude přínosem, protože nevěděl, jak kromě medikace klientovi/pacientovi účinně pomoci. O CDZ se však klienti/pacienti a osoby blízké dozvěděli také ze sociálních sítí, popřípadě z přednášky v kavárně, ve které zřizovatel CDZ pravidelně pořádá akce. Výjimkou nejsou ani případy, kdy se klienti/pacienti o CDZ dozvěděli od svého příbuzného či partnera, který sám služeb CDZ využíval. V CDZ jsme se setkali s více případy, kdy služby využívalo více členů domácnosti, kteří se potýkali s duševním onemocněním. **Motivací pro využívání služeb** byla například získaná opora při opouštění psychiatrické nemocnice. Pro jiné klienty/pacienty bylo motivací přesvědčení, že jim v CDZ pomohou vyřídit nutné administrativní úkony na úřadech. Výhodou také je, že v CDZ je spousta služeb koncentrována na jednom místě, klienti/pacienti tak nemusí s každým problémem docházet do jiné organizace.

**Škála služeb, které klienti/pacienti využívají** je široká. Kromě psychiatra či psychologa a terénní služby využívají také neformální setkávání a podpůrné skupiny. Služby jsou využívány dle potřeby, setkání s pracovníky CDZ může probíhat několikrát do týdne, ale také jednou za měsíc – s ohledem na aktuální situaci klienta/pacienta. U psychiatrů v CDZ si cení toho, že na ně mají více času. Domnívají se, že se o ně zajímají komplexně, nepředepisují pouze léky.

Klienti/pacienti si pochvalují také to, že prostřednictvím CDZ si lze zajistit i další odborné lékaře. Sociální pracovníci jim pomohli se zajištěním potravin (potravinová banka), pomohli jim vyhledat bydlení či zaměstnání, brigádu.

**Terénní forma podpory** je velmi vítána. Práce v přirozeném prostředí přitom neznamená jen domov, klienti/pacienti a pracovníci CDZ se setkávají také například v kavárně, popřípadě se jdou projít. Setkání tedy nemají pouze formální charakter, ale jsou také možností, jak navázat sociální kontakty, vyjít z domu. Také osoby blízké vítají, že za klienty/pacienty pracovníci pravidelně docházejí a pomáhají jim rovněž se zvládáním každodenních činností. Pro klienty/pacienty je také velkým benefitem možnost využít doprovodu, například na úřad.

*„Já jsem měla sociální fobii a jít sama na úřad pro mě bylo nepředstavitelné, nevydržela bych tam, ta podpora z CDZ byla hodně důležitá.“*

**Přístup pracovníků CDZ** je považován především za velmi empatický, s důrazem na individuální přístup. Pracovníci umí naslouchat, „mlčet“, ale také podávat adekvátní zpětnou vazbu. Po mnohaleté zkušenosti s hospitalizacemi se řada klientů setkala s pochopením až v CDZ.

*„Do té doby jsem neviděla světlo na konci tunelu a byla jsem frustrovaná a zoufalá.“*

*„Já jsem to už vzdávala tehdy, doktoři mi říkali, že už si se mnou nevědí rady.“*

*„Když jsem přišla sem tak mě nakopli, protože jsem je zajímala.“*

Klienti/pacienti rovněž zmiňovali, že by pracovníci měli být schopni oddělit práci od svého soukromého života. To podle nich znamená umět si dát pauzu a oni (klienti/pacienti) respektují právo pracovníků na odpočinek a vlastní život. Také přístup psychologů a psychiatrů je hodnocen jako velmi lidský. Díky pracovníkům CDZ a jejich přístupu mají klienti/pacienti pocit, že nejsou sami. Je pro ně důležité vědět, že mají někoho, kdo při nich stojí, kdo se o ně zajímá a dokáže jim pomoci.

Rovněž způsob, jakým pracovníci předávají klientům/pacientům podstatné informace, je hodnocen velmi kladně – vysvětlují, zjišťují, zda klient/pacient sdělenému porozuměl.

Přínosem pro klienty/pacienty, stejně jako pro osoby blízké, je **možnost setkávat se s lidmi, kteří mají obdobnou zkušenost** jako oni sami. Domnívají se, že tito lidé jsou jim blíže, dokáží více pochopit, čím si procházejí.

Jak už je v případové studii uvedeno, v některých domácnostech využívá služeb CDZ více členů. Tito klienti/pacienti v některých případech zmiňovali, že mají v plánu zúčastnit se také párových terapií. **Spolupráce s osobami blízkými či dalšími členy domácnosti** je velmi často vítána pro své přínosy v podobě urovnání či vylepšení rodinných vztahů. Klienti/pacienti se domnívají, že díky intervenci pracovníků CDZ jejich osoby blízké získávají lepší vhled do problematiky duševního onemocnění. Jsou nicméně i případy, kdy vztahy mezi klienty/pacienty a jejich osobami blízkými nejsou příliš dobré. Rodiče mají například někdy problém přijmout duševní onemocnění svého dítěte. Domnívají se, že si dítě svým chováním vynucuje pozornost nebo že se málo snaží zlepšit svůj stav. V takovýchto případech, je pro klienty/pacienty o to více důležitá podpora pracovníků CDZ.

Také osoby blízké se domnívají, že se díky CDZ dozvěděli více o tom, jak ke klientovi/pacientovi přistupovat.

*„Sám jsem si chvilka myslel, že si to všechno namlouvá, že si to připouští. Ale pak jsem si uvědomil, že ne, že to tak není. Hodně mě to taky povzbudilo, jak se o něj starat nebo jak se zachovat, když měl nějaký záchvat nebo když něco potřeboval.“*

Velkým **přínosem** užívání CDZ pro klienty/pacienty je, že se mají na koho obrátit. Zároveň se jedná o službu, která je poměrně dobře časově a místně dostupná a je zdarma. Klienti/pacienti stejně jako jejich osoby blízké získali díky CDZ větší pocit jistoty. Už se tolik nebojí projevů onemocnění. Kontakt s CDZ jim dal naději, že je i navzdory jejich onemocnění lze kvalitně žít. Zároveň zjistili, že na celou situaci nejsou sami. Je zde někdo, kdo jim pomůže, s kým mohou sdílet své obavy a zkušenosti. S tím souvisí také návštěvy v domácnosti klientů/pacientů a podpora v začínající krizi. Nečeká se až na to, až si „člověk ublíží“, až je hospitalizován.

Pro klienty/pacienty je také důležité, že díky spolupráci s CDZ se necítí tolik osamělí. Díky pravidelnému kontaktu získali více sebevědomí a nebojí se komunikovat s dalšími lidmi. Vzhledem k možnosti doprovodu na úřady, jsou také jistější při komunikaci s úředníky. Spoustu situací následně zvládají sami, bez podpory.

*„Už se necítím být tak sám, odloženej. Když jsem byl sám, s nikým jsem si neuměl popovídat. Teď si popovídám normálně.“*

Podle osob blízkých jsou klienti/pacienti více aktivní, zapojují se do chodu domácnosti, jsou více motivováni k tomu, najít si nějakou náplň volného času. Také klienti/pacienti potvrzují, že se díky spolupráci s CDZ začali postupně osamostatňovat. Začali si hledat zaměstnání, vlastní bydlení, navázali partnerský vztah. Pro klienty/pacienty je také pozitivní to, že se mohou zapojovat do neformálních aktivit, jako je například psaní článků do periodika, které zřizovatel sociální části CDZ vydává.

Dle osob blízkých se také snížila míra hospitalizací. Respektive skončilo kolečko krátkodobých pobytů doma a hospitalizací. Pro osoby blízké spolupráce s CDZ obecně znamená snížení stresu. Vědí, že je o jejich osobu blízkou postaráno. Osoby blízké zároveň více pochopily, co se s sebou duševní onemocnění přináší. Uvědomili si například, že případné agresivní chování, není mířeno na ně. To napomohlo vzájemnou pochopení.

Klienti/pacienti zmiňovali, že obecně je potřeba větší osvěty v problematice duševního onemocnění. Dle jejich zkušeností se sice situace zlepšuje, a především mladší lidé mají již mnohem větší povědomí o této tématice. Ve společnosti ale obecně stále panuje řada zjednodušujících představ. Často se tak setkávají s nepochopením svého onemocnění a poskytováním rad jako: *nemůžeš mít deprese, protože jsi strašně veselý člověk nebo běž si zaběhat*.

A jaké služby klientům/pacientům a jejich osobám blízkým chybí? Dle klientů/pacientů je negativem skutečnost, že služby nelze využívat po neomezeně dlouhou dobu. Někteří klienti/pacienti by byli rádi, kdyby byla terénní forma služby intenzivnější. Klienti/pacienti stejně jako osoby blízké by také uvítali, pokud by se CDZ nacházelo v každé obci s rozšířenou působností. Bylo by tak možné centrum intenzivně navštěvovat a nedojíždět přitom příliš daleko. Někteří klienti/pacienti by uvítali, kdyby bylo v CDZ více pracovníků mužského pohlaví.

Také by uvítali, kdyby CDZ nabízelo více volnočasových aktivit a probíhalo více setkávání v prostorách centra. Pro klienty/pacienty obecně je obtížné navazovat nové sociální kontakty a neformální aktivity by tak uvítali také z tohoto důvodu.

*„Jsme lidi, které něco spojuje a máme vždycky společné téma, o kterém můžeme mluvit.“*

Z dalších služeb by klienti/pacienti uvítali právní poradnu. Také by dle nich bylo přínosem, pokud by CDZ nebo spolupracující organizace nabízela krizové lůžko. Dle klientů/pacientů je někdy potřeba si jednoduše na chvíli odpočinout, být v bezpečném prostředí, avšak zároveň nebýt dlouhodobě hospitalizovaný.

V neposlední řadě klienti/pacienti a osoby blízké zmiňovali, že by se o CDZ mělo více vědět. Je dle nich potřeba, aby lidé věděli, na koho se obrátit, aby se snížila stigmatizace a lidé se nebáli na odborníky obrátit zavčas.

### 6.2.5 CDZ a jeho místo v systému služeb

Oba zřizovatelé působí v regionu již dlouhodobě a mají tudíž navázány dobré vztahy s celou řadou institucí a odborníků. V prvním roce své existence CDZ intenzivně síťovalo a tyto kontakty prohlubovalo. Navazovalo také kontakty nové. Důkazem, že má CDZ v regionu čím dále lepší pověst je také skutečnost, že se na něj častěji obracejí zástupci různých institucí či odborníci (ale také starostové, osoby blízké) v situacích, kdy si sami nevědí rady. Síťování je zároveň nikdy nekončícím procesem, je stále potřeba komunikovat a vyjasňovat si kompetence.

*„Neznamená to, že když jsme se s někým viděli jednou a představili jsme službu, že to tím končí. Chce to dávat o sobě vědět víc. Setkávat se, využít příležitost, kdy budeme mít společného klienta. Vyjasňovat si, co CDZ dělá.“*

Složky **integrovaného záchranného systému (IZS)** byly o CDZ a jeho možnostech postupně informovány a byly nastavovány principy vzájemné spolupráce. Důležité bylo domluvit se na postupu v situacích, kdy pracovníci CDZ vyjíždějí k lidem v akutní fázi psychického onemocnění. Navazování spolupráce se složkami IZS, především policií, je však díky hierarchickému nastavení dost specifické. Může tak trvat déle, než se potřebné informace dostanou ke všem pracovníkům. Každopádně je však dle pracovníků CDZ patrné, že se povědomí o jejich práci rozšiřuje. Zástupci jednotlivých oddělení se totiž na CDZ nezdědka obracejí v případech, kdy potřebují metodickou podporu nebo se radu, jak v konkrétních situacích postupovat. Dobře se pak navazuje spolupráce přímo v praxi při asertivním kontaktování.

**S psychiatri** je dle pracovníků CDZ většinou již navázána dobrá spolupráce. Pro ambulantní psychiatri je pak přínosem, že pracovníci CDZ mají na klienty/pacienty více času a věnují se asertivnímu kontaktování. Mohou proto (postupně) navázat spolupráci s klienty/pacienty, kteří pomoc (ambulantního psychiatra) odmítají. Pracovníci CDZ mohou také na rozdíl od ambulantních psychiatrů poskytnout klientům/pacientům doprovod, pomoci jim při jednání na úřadech apod. Pro optimální spolupráci mezi CDZ a ambulantními psychiatry je potřeba především nastavit dobrou komunikaci a podpořit vzájemnou informovanost. Například při zajišťování depotní injekce, která nemůže být jednomu klientovi/pacientovi poskytována dvěma subjekty a jejíž nákup je nákladný.

V následujících měsících však bude potřeba snažit se navázat vztahy s **praktickými lékaři**. Ti ještě příliš nespolupracují. Pracovníci však postupují podle vytvořeného plánu a k jednotlivým profesím či konkrétním odborníkům se tak dostávají až později. V následujících měsících je však pro CDZ důležité navázat dobrou spolupráci s praktickými lékaři především v menších obcích, protože ti jsou zásadní pro oslovení cílové skupiny klientů/pacientů.

CDZ spolupracují také s **psychiatrickými odděleními nemocnic a psychiatrickými nemocnicemi**. Kvalita spolupráce se mírně liší zařízení od zařízení. Do všech zařízení však zaměstnanci CDZ pravidelně docházejí a případně kontaktují a navazují spolupráci se zástupci cílové skupiny CDZ. Díky spolupráci s psychiatrickou nemocnicí se CDZ podařilo také získat psychiatra, kterých je (nejen) v regionu nedostatek. Do spolupráce s nemocnicemi se dle pracovníků promítají také přehnaná očekávání, protože zaměstnanci nemocnice se leckdy domnívají, že díky CDZ nebude již klient/pacient vůbec hospitalizovaný. V některých případech je však hospitalizace nezbytná, byť se počet a délka hospitalizací klienta/pacienta díky spolupráci s CDZ snižují. Je proto potřeba stále komunikovat, sdílet a propojovat. Například psychiatr z nemocnice bude jeden den v týdnu pracovat v CDZ a psychologka CDZ bude jeden den v týdnu pracovat v nemocnici. Díky tomu bude možné lépe pochopit fungování CDZ a kompetence a možnosti jednotlivých odborníků vně i mimo centrum. Pracovníci se také domnívají, že navazování vztahů je vždy dlouhodobý proces. Navíc je CDZ novým konceptem, a tak je potřeba počítat s tím, že spolupráce nebude ihned ideální.

Spolupráce **se sociálními službami** je také dobrá. Je zde však potřeba počítat s tím, že každé ORP má jiné možnosti. V některém je služeb více, v jiném méně. Existence vhodných služeb je však klíčová. CDZ by mělo fungovat především jako case manager, mělo by mít koordinační roli a spolu s klientem/pacientem plánovat postup zotavení a vhodné podpory. V případě, že v místě bydliště klienta/pacienta je méně konkrétních služeb, mapuje tým přirozené zdroje podpory klienta/pacienta – sousedství, neformální skupiny apod.

Specifikem regionu je jeho členitost, část je tvořena horami, do mnoha míst (vesniček) je špatné autobusové spojení. Terénní tým dojíždí za některými klienty/pacienty někdy déle než hodinu. Pro klienta/pacienta, který žije v malé obci, může být také obtížnější využívat specifické služby, protože se může bát stigmatizace, nálepkování. Proto je nutné spolupráci v těchto případech nastavit, tak aby to bylo pro klienta/pacienta přínosné a příjemné. Pro pracovníky CDZ může být také obtížnější navazovat spolupráci se zástupci menších vesnic, zástupci nejsou tolik zvyklí spolupracovat s odborníky zvnějšku. Důležité je proto snažit se oslovit všechny starosty v regionu, stát se součástí komunitního plánování. Jsou také oslovováni zástupci sociálních odborů.

**A jaké služby v regionu chybí?** Především vhodné bydlení (chráněné, dostupné) a možnost zaměstnání pro lidi s duševním onemocněním. Dále chybí anebo jsou kapacitně nedostatečné chráněné dílny, adiktologické služby, psychoterapie a svépomocné aktivity.

#### 6.2.5.1 Udržitelnost CDZ

Udržitelnost CDZ je stále ještě vyjednáвана, ačkoliv obce, ve kterých poskytuje podporu, se shodují na tom, že je v regionu nutnou institucí. Dlouhodobá udržitelnost však bude záviset na více faktorech, a především možnosti zajistit dostatek financí pro provoz a rozvoj.

*„Ve všech komunitních plánech je napsáno, že je to potřebná služba.“*

#### 6.2.6 Destigmatizace

CDZ má vypracovány přehledné webové stránky o svých aktivitách a aktivitách zřizovatele sociální části obecně. Informace zveřejňuje také na Facebooku. Zřizovatel vydává také časopis, do nějž přispívají samotní klienti/pacienti – uživatelé služeb.

Dle zástupců CDZ stejně jako klientů/pacientů a osob blízkých je však pořád potřeba o centrech a tématu duševního zdraví informovat veřejnost. Všichni se shodují na tom, že téma duševního zdraví a onemocnění je tématem důležitým a je potřeba, aby se o tématu mluvilo bez předsudků.

CDZ se zapojuje do celorepublikového dne o duševním zdraví. Plánuje o tématu hovořit také na školách. Během pilotního provozu byly realizovány také akce pro veřejnost. Všichni oslovení aktéři se shodují na tom, že je stále potřeba rozšiřovat povědomí o problematice, byť se situace v průběhu let mění k lepšímu. Při komunikaci s okolím jsou také patrné generační rozdíly – mladší generace o tématu ví už daleko více a má méně předsudků.

*„Dříve jsem na internetu našla spíše informace o tom, jak se zabít než si pomoci.“*



## 6.3 TŘETÍ PŘÍPADOVÁ STUDIE

### 6.3.1 Kontext Centra duševního zdraví: region, vznik a předchozí zkušenosti

CDZ se nachází v kraji, kde byla již dvě centra duševního zdraví zřízena v předchozích projektech. V sousedním kraji také již dvě působí. Mnozí klienti přicházející do CDZ byli před svým příchodem hospitalizováni v psychiatrické nemocnici sousedního kraje a využívali služeb tamního CDZ. Jednotlivá města, v nichž CDZ sídlí, jsou přitom od sebe vzdálená od cca 20 až 70 km. Pracovníci CDZ uváděli, že z jejich spádové nemocnice k nim přichází méně klientů/pacientů než z psychiatrické nemocnice sousedního kraje. Ta je totiž k CDZ blíže. Jelikož se zároveň jedná o CDZ, u něhož je otázka udržitelnosti nejvíce komplikovaná, je možné jej považovat za důležitý příklad toho, jaké obtíže mohou nastat při plánovaném zajištění 100 center v České republice obsluhující oblasti se 100 000 obyvateli. Své služby poskytuje CDZ v rámci tří obcí s rozšířenou působností. Celkem je v regionu 82 obcí, převážně s nízkým počtem obyvatel, do 10 tisíc.

Pilotní provoz byl zahájen 1. 11. 2020, ukončen bude 30. 4. 2022. Provoz CDZ je zajišťován jedním subjektem, a to sociálně-psychiatrickým centrem. To je obecně prospěšnou společností. Jedná se o registrovanou zdravotní a sociální instituci, která má dlouhodobě za cíl rozvíjet a posilovat schopnosti a dovednosti dospělých lidí s duševním onemocněním a podporovat je v samostatnosti. Instituce vznikla v roce 2012 a již od samého začátku poskytuje zdravotní i sociální péči. Dále koordinuje péči léčebně preventivní, krizovou intervencí, rehabilitací i sociální integrací. Jedná se tedy o instituci s dlouhodobými zkušenostmi s cílovou skupinou, která se zároveň orientuje v nárocích, jaké klade práce v multidisciplinárním týmu.

### 6.3.2 Poskytování služeb CDZ

#### 6.3.2.1 Prostory CDZ

Prostory centra duševního zdraví se nachází nedaleko středu obce. Celá budova je od roku 2013 v nájmu zřizovatele CDZ. Podstatná část budovy nyní slouží potřebám CDZ. Prostory jsou dobře dostupné z vlakového i autobusového nádraží

Místní dostupnost se liší podle toho, kde klient/pacient bydlí. Pro některé je sice CDZ blízko, i tak však kvůli svým pohybovým problémům preferují možnost terénní služby. Jiní klienti/pacienti jsou naopak rádi, že se mohou projít a dojdou si do CDZ pěšky i ze vzdálenějších míst. Mají tak pravidelný pohyb, který pozitivně působí na jejich celkový zdravotní stav.

*„Ono to není moc daleko od středu města, ale já mám spíš problémy s chůzí, já mám těžkou neuropatii plus onemocnění veškerých kloubů. Tak samozřejmě, kdybych ležela, už ležím a nejsem schopná chodit, takže ty procházky jsou pro mě užitečné. I když se mi strašně moc nechce, to je to, že já musím.“*

Klientům/pacientům se prostory líbí. Pozitivně hodnotí, že prostory nevypadají jako nemocnice. Chválí si vybudování kuchyňky, kde si mohou uvařit kávu nebo čaj.

### 6.3.2.2 Časová dostupnost CDZ

Služby CDZ jsou poskytovány od pondělí do pátku v čase od 7:30 do 15:30. Klientům/pacientům a jejich osobám blízkým pracovní doba většinou vyhovuje, a to i těm, kteří chodí do práce a služby tak mohou využívat jen v odpoledních hodinách. Zároveň klienti/pacienti s pracovníky konzultují po telefonu ve dnech, kdy kvůli práci nestíhají do CDZ docházet. Pracovníci se jim také ozývají sami, aby zjistili, zda je vše v pořádku. Klienti/pacienti by uvítali nonstop linku, na kterou by se mohli v případě nenadálé krize obrátit.

### 6.3.2.3 Práce s krizí

Krizové plány jsou tvořeny většinou ihned na začátku spolupráce s klientem/pacientem, tedy po navázání kontaktu a zmapování potřeb spolupráce. Pro odpovědné vypracování krizového plánu je potřeba ujasnit si, jak vypadá normální stav a jak u konkrétního klienta/pacienta vypadá krize. Obsah krizového plánu tudíž vychází také ze zkušeností klienta/pacienta, pokud si již v minulosti krizí prošel.

Krizové plány vytváří s klientem/pacientem, případně také s jeho rodinou, sociální nebo zdravotní pracovník. V relevantních případech jsou plány vytvářeny společně s psychiatrem. Krizové plány mohou mít různou formu. Například mohou mít podobu myšlenkové mapy. Jakmile se stav klienta/pacienta dostatečně zlepší (dle individuálního posouzení), tak je možné ho navázat na další služby organizace, především sociální rehabilitaci. Cílem tedy není, aby klienti/pacienti užívali služeb CDZ dlouhodobě.

*„To je taky jedna ze základních věcí, co v tom krizovém plánu musí být, protože my musíme poznat, co je krize a co je relativně normální stav.“*

S klienty/pacienty v krizi probíhá intenzivnější spolupráce. V rámci týmu se více plánuje postup s psychiatrem, probíhají pravidelné porady, na nichž se řeší klienti v krizi. V průběhu blížící se či probíhající krize se pracovníci setkávají s klientem/pacientem minimálně jednou týdně, kontaktují ho telefonicky, dohlíží na užíváním léků a obecně životosprávou. Pokud je to nutné, dochází pracovníci za klientem/pacientem také denně. V případě potřeby komunikují pracovníci také s blízkým okolím klienta/pacienta, například s jeho rodiči.

Ne všichni klienti/pacienti se v případě blížící se krize („ataka“) obracejí na pracovníky CDZ. Někteří dle svých slov již vědí, že jediné, co pomůže, je vzít si prášek navíc a odpočívat. Tento postup mají zkontrolovaný také s psychiatrem.

*„Jako zavolat ne, ale já si vezmu prášek navíc a jenom ležím. Když dostanu ataku nebo větší úzkost, tak já to řeším medikamenty a nepřeháním to. Pan psychiatr mi doporučil, co si mám vzít, mám jít do klidu a čekat až to odezní. Měl pan doktor pravdu, jako funguje to.“*

Taktéž klienti/pacienti, kteří využívají služeb v páru (společně s partnerem/partnerkou) vypověděli, že většinou již díky tomu, že se s onemocněním potýkají dlouhodobě, vědí, co mají v případě krize dělat, jak reagovat, jak si navzájem pomoci. Jednotlivé situace však s pracovníky rozebírali.

*„No my jsme to ani nemuseli dostat, protože my jsme jim řekli, jak navzájem spolu vycházíme a když se něco děje, co děláme. Tak oni nám nemuseli říkat vůbec nic, protože my jsme nemocní v podstatě s touto chorobou je člověk nemocný celý život. A my už víme, co se děje, už víme, jak máme reagovat, aby třeba ta mánie nepřišla.“*

*Nebo když se člověk zhoupne dolů, tak u nás to funguje úplně skvěle. A psychologičky byly rády, že to tak dokážeme odhadnout a navzájem si pomoci.“*

Jiní klienti/pacienti intenzivnější podporu pracovníků v době krize vítají. Jsou rádi, že mohou zavolat, pokud mají například úzkosti, a popovídat si. Domnívají se, že jim pracovníci dokáží naslouchat a povzbudit je.

### 6.3.3 Multidisciplinární tým CDZ

Tým CDZ se nyní řídí „Operačním manuálem týmu CDZ 2020“, který vychází ze standardu poskytované péče v CDZ. Dále se také řídí pravidly poskytování sociálních služeb v kraji. Počátky však byly dle pracovníků CDZ trochu chaotické, bylo potřeba vše za běhu nastavit, **zjistit, jaké má kdo kompetence**, jak by měly tým a podpora klientů/pracovníků optimálně fungovat. Pracovníci se domnívají, že zpočátku také chyběly jasné metodické materiály, které by jim umožnili práci v CDZ lépe pochopit. Vše se shánělo za běhu, bylo nutné vše vyhledávat, vytvářet, přizpůsobovat konkrétním potřebám CDZ.

**Spolupráce v multidisciplinárním týmu byla novinkou** především pro zdravotní pracovníky, sociální již dříve spolupracovali například s lékaři. Do multidisciplinárního týmu CDZ byli totiž již od počátku zapojeni pracovníci ze sociální rehabilitace, kterou zřizovatel CDZ provozuje. Zdravotnická část týmu však byla utvářena ze zcela nových zaměstnanců. Například práce na lůžkovém oddělení je velmi odlišná od práce v terénu. Zdravotní pracovníci si tak museli zvyknout na nový způsob práce. Pro všechny pracovníky se však jedná o obohacující zkušenost, která je zároveň naučila novým dovednostem. V praxi totiž není možné, aby pracovníci řešili jen jednu část – zdravotní nebo sociální.

**Také psychiatři** (v CDZ působí dva psychiatři) jsou součástí týmu. Dvakrát do týdne s nimi probíhají „vizity“ (diskuze nad jednotlivými klienty). Pracovníci se však na ně mohou obrátit kdykoliv potřebují s něčím poradit, na něco se doptat. Psychiatři však neposkytují terénní formu podpory, protože na to nemají, s ohledem na výši svých úvazků, dostatek času. Dle pracovníků je velkou předností psychiatrů, kteří s CDZ spolupracují již dlouho, že se na klienta/pacienta zaměřují také v kontextu jeho sociálních potřeb.

Součástí týmu jsou také **peer konzultanti**. Jejich role v týmu je velmi důležitá. Určitou nevýhodou je nicméně to, že tito pracovníci nemají ani zdravotní, ani sociální vzdělání. Na druhou stranu mohou podávat odborně nezatížený pohled, přicházet s nečekanými a přínosnými postřehy a návrhy.

Pro slazení týmu je výhodou skutečnost, že **všichni pracovníci sídlí v jedné budově**. Nikdo není oddělen od ostatních. Je tedy snadné se pravidelně setkávat a sdílet. Tak tomu ale nebylo od počátku. Pracovníci vyzkoušeli různé varianty toho, jak nejlépe fungovat, včetně oddělení zdravotní a sociální části (každá využívala jiné prostory). Stalo se tak v době pandemických opatření, do té doby tým fungoval v jedněch prostorách. K tomuto typu fungování se také hned, jak to bylo možné, vrátil. **Sdílení jedněch prostor** se osvědčilo jako nejlépe funkční. Probíhají denní porady, pracovníci se navzájem znají, plánují společně. Díky tomu, že při prvkontaktech spolupracovali sociální a zdravotní pracovník vždy v tandemu, měli možnost poznat své kompetence a způsob práce s klientem/pacientem.

V nynější fázi se pracovníci domnívají, že si navzájem rozumí. Tvoří schopný a spolupracující tým. Dokáží spolu vzájemně komunikovat, nebojí se mluvit o svých potřebách, názorech, každý je vnímán jako právoplatný člen odborného týmu.

*„Ten tým, bych řekla, že funguje dobře. I osobnostně, si myslím, že jsme si sedli, že se to vyselektovalo během těch řízení. Takže ten tým je, můžu říct, velice dobrý. Dokážeme komunikovat, dokážeme spolupracovat, rychle a flexibilně jednat.“*

Pro vedení záznamů je využíván systém HIPPO. Sdílení informací probíhá bez problémů a v souladu s GDPR. Dokumentace je vedená v digitální i papírové podobě.

### 6.3.3.1 *Vzdělávání a supervize*

V rámci CDZ probíhá také neformální vzdělávání. Psychiatr poskytl pracovníkům psychiatrické minimum. Sociální pracovník zase poskytl dalším členům týmu základní informace o dávkách v hmotné nouzi a příspěvku na péči.

Pracovníci také uvítali stáže v dalších, již zaběhnutých CDZ. Ty absolvovali někteří ještě před zahájením pilotního provozu, jiní až v průběhu pilotní realizace.

*„Takové ty vzájemné návštěvy v uvozovkách jsou hodně inspirativní. A i člověk přinese nějaké prvky, které se dají využít. Navzájem se obohatíme o tu praxi. To myslím, že bylo hodně přínosné.“*

Vzdělávací plány pro tento rok ještě většinou nejsou vypracovány. Neví se totiž, jak to bude vypadat po ukončení pilotního provozu. Plány by měly vycházet jak z potřeb organizace, tak z osobnostních a profesních preferencí jednotlivců.

V průběhu pilotního projektu proběhly případové studie práce s klientem/pacientem a dále také skupinové či individuální supervize, zaměřené především na práci v týmu.

### 6.3.3.2 *Řízení kvality*

CDZ má vypracovány standardy a metodické postupy (operační manuál). Především zpočátku se postupy uvnitř týmu lišily. Postupně se však sladily. Co se standardů týče, pracovníci se domnívají, že některé z nich jsou příliš přísně nastavené a v praxi bude obtížné je splňovat (počet úvazků, počet klientů a počet hodin práce v terénu). Pracovníci se obávají, že tlak na dodržování podmínek může mít negativní dopad na kvalitu práce s klienty. Zároveň nynější nastavení standardů nerespektuje skutečnost, že v průběhu roku mohou nastat různé situace, které znemožňují striktní dodržování nastavených podmínek a může tak být ohrožena udržitelnost CDZ.

## 6.3.4 *Hodnocení CDZ klienty/pacienty a jejich rodinným příslušníky*

**Klienti/pacienti před tím, než navázali spolupráci s CDZ,** často žádné služby nevyžívali, popřípadě využívali jen služby zdravotnické. Části klientů/pacientů však byla podporována ze strany organizace, která je zřizovatelem sociální části dalších dvou CDZ v regionu.

Někteří klienti/pacienti se **o CDZ se dozvěděli** v průběhu své hospitalizace od psychiatra. Jiní od svého praktického lékaře nebo od zaměstnanců organizace, jejíž služby využívali. Byly také případy, kdy byl klientům/pacientům při shánění psychiatra doporučen právě psychiatr působící v CDZ. Některým klientům/pacientům také CDZ doporučili jejich přátelé, kteří měli sami s prací CDZ dobrou zkušenost.

*„Já jsem byl hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici a paní staniční sestra nám rekla, že někdo přijde. Já jsem vůbec nevěděl, o co se jedná, nikdy jsem o tom neslyšel. Přijeli za námi, tak jsem se přihlásil.“*

**Motivací** pro využití služeb mohla být třeba změna životní situace. Například v případě, kdy klientovi/pacientovi zemřel rodič, se kterým sdílel bydlení a který se o něj staral, zůstalo zajištění všech záležitostí na něm. Klient/pacient ale nevěděl, jak si zajistit základní administrativní záležitosti, kam zajít na úřad apod. S tím vším mu pomohli pracovníci CDZ.

Dle klientů/pacientů je na práci CDZ také velkou výhodou, že řeší problematiku komplexně. Dle nich si stále mnoho institucí neuvědomuje, že psychické onemocnění ovlivňuje mnohé aspekty každodenního života a může se pojít také s celou řadou dalších zdravotních problémů. Klienti/pacienti jsou proto rádi, když mají někoho, kdo jim pomůže, kdo je motivuje, aktivizuje a podporuje v péči o sebe sama.

**Škála služeb, které klienti/pacienti využívají**, je pestrá. Odráží individuální potřeby klientů/pacientů. Ty se v čase a v průběhu spolupráce mohou měnit. Pro některé je tak třeba v počátcích zásadní motivace, návštěvy u nich v místě bydliště. Až postupně se tito klienti/pacienti dostávají k řešení dalších záležitostí, k osamostatňování. Pracovníci CDZ tak poskytují nejen potřebnou zdravotnickou podporu, ale pomáhají s vyřizováním dokumentů či získáním příspěvku na péči. Klienti/pacienti také vítají terapie a cvičení paměti. Medikace totiž dle nich zhoršuje paměť. Jsou proto rádi, mohou-li nějakým způsobem paměť zlepšovat.

**Klienti/pacienti vítají také neformální volnočasové aktivity.** Jsou rádi, pokud mohou jet třeba na výlet. Dle jejich zkušenosti tyto aktivity mohou vést k eliminaci pocitu úzkosti. Možnost překonat obtížné dny posiluje také pracovní činnost, která vytváří nutnost vstát a jít něco dělat. Práce je nicméně také může vyčerpávat a vést k panickým atakám.

*„Ono to zlepšuje náladu, člověk má nějaký úzkosti, a to ZOO pomůže. Ty zvířata jsou dobrá léčba.“*

*„Nějaká fyzická činnost, z toho mám panické ataky. Řeknu to zjednodušeně. Já mám něco dělat, soustředit se na to, jenomže já se na to nesoustředím. Přemýšlím o dalších sto věcech a mně ten mozek řekne dost a já dostanu třeba ataku. Začnu se potit, tluče mi srdce, dýchám špatně. Je to nepříjemný, jak kdyby se mi ten mozek zahltil.“*

**Klienti/pacienti přitom vyzdvihovali empatii pracovníků a schopnost naslouchat.** Dodávali, že se cítí přijímání. Pracovníci s nimi jednájí jako s partnery. Nezřídka zmiňovali, že vztah mezi nimi a pracovníkem je přátelský, mohou si „jen“ popovídat. S pracovníky si rozumí, například i proto, že jim jsou věkově blízko. Zároveň je však pracovníci dokáží „usměrnit“, poskytnou jim relevantní zpětnou vazbu. V případě, že si klient/pacient s pracovníkem nerozumí, je možné pracovníka změnit.

Klienti/pacienti také vítají možnost **terénní služby**. Pro některé klienty/pacienty je především v počátcích spolupráce náročné jít do nového prostoru. Jsou raději, pokud někdo přijde za nimi a oni tak mohou zůstat v místě, kde se cítí bezpečně. Pracovníci klienty/pacienty navštěvují dle jejich potřeb a na základě individuální domluvy. Podle situace také může dojíždět více buď sociální, nebo zdravotní pracovník. Není také nutné, aby ve všech případech jezdily oba pracovníci. Klienti/pacienti sice popisují přístup pracovníků jako velmi empatický, zároveň by však uvítali, kdyby pracovníci přijali čaj, kávu nebo jinou maličkost, kterou jim klienti/pacienti nabízejí. Napomohlo by to vytvoření příjemné atmosféry.

Ne všichni klienti/pacienti však preferují terénní formu podpory. Pro některé je naopak přínosem, mohou-li sami do CDZ dojít, projít se. Pohybová aktivita je pro ně určitou aktivizací. Terénní služba však

může vypadat také tak, že spolu jdou klient/pacient a pracovník na procházku či na pochůzky po úřadech, obchodech.

CDZ je pro klienty/pacienty nejen místem odborné podpory, ale také **prostorem pro navazování sociálních kontaktů**. Jsou například rádi za možnost spolupráce s peer pracovníky. Někteří klienti/pacienti sdělovali, že se lépe cítí mezi „svými“, tedy mezi lidmi s obdobným onemocněním. Jsou tedy rádi za společné akce a výlety. Příliš nemají zájem o navazování jiných kontaktů. Důvodem je očekávané nepochopení, stigmatizace. Zároveň však klienti/pacienti sdělovali, že se nebaví s dalšími klienty/pacienty jen o nemocech. Naopak hledají běžná témata k hovoru, jako jsou zájmy či každodenní starosti a radosti.

*„Určitě, je to člověk, který má zkušenost s nemocí. Já jsem nechápal ten význam toho peer. Já je beru jako terapeuty. Mají zkušenost s onemocněním stejně jak my. Takže nás chápou.“*

**Komunikace s osobami blízkými** probíhá především v těch případech, kdy s nimi klienti/pacienti žijí (rodiče, partneři) a za předpokladu, že osoby blízké duševní onemocnění přijímají. Nejsou tedy naopak těmi, kdo psychický stav klienta/pacienta ovlivňují negativně. V některých případech by byli klienti/pacienti rádi, kdyby se pracovníkům CDZ podařilo s jejich osobou blízkou navázat kontakt a napomohli tak urovnat rodinné vztahy. Jindy si ale klienti naopak nepřejí, aby pracovníci CDZ s osobami blízkými komunikovali.

*„Ono už to nebude asi nikdy dobrý. Ale on věděl, že jsem teda nemocná. Chci, aby to prostě nějak přijal. Protože on si myslí, že to hraju, že jsem herečka.“*

Velkým **přínosem** je možnost popovídat si s někým, kdo psychickému onemocnění rozumí a nenahlíží na nemoc stereotypně či negativně. Dokáže vyslechnout a podpořit. Někdy je však pro klienty/pacienty obtížné přijmout to, že se je pracovníci CDZ snaží „mírnit“, popřípadě jim nevyjdou úplně vstříc v jejich požadavku. Na druhou stranu se domnívají, že právě proto, že věci nejdou tak lehce, jak by si přáli, je pracovníci vedou k větší aktivitě. Motivují je k řešení situace.

Díky pravidelným terapiím se také klientům/pacientům zlepšila paměť. Domnívají se, že se jejich stav více stabilizoval, mají méně výkyvů. Také mají menší strach z lidí, více si věří.

*„Tu paměť trénujeme, tam je určitý posun. Zvládám to líp, než jsem to začal dělat. Postupem času to zvládám líp a líp.“*

*„Asi už nemám takový strach z lidí, protože mezi lidmi chodím. Anebo i spolu, když se procházíme po městě mezi lidmi, že jo. Dřív mně to vadilo asi hodně. Já jsem se bál chodit i na skupiny. Ale to už nějak všechno opadlo. Asi díky tomu, že jsem překonal sám sebe, nevím. Díky CDZ, teda tak.“*

A jaké služby klientům/pacientům chybí? Přivítali by více sportovních a pohybových aktivit, a to i méně náročných, jako je například pétanque. Klienti/pacienti často zmiňovali, že díky medikaci mají problémy s nadváhou. Byly by rádi, kdyby mohli udělat něco pro své zdraví. Přínosné by pro ně bylo také spojit výlety s procvičováním paměti. Prostě aktivity různě propojovat. Také by uvítali možnost hrát společenské hry.

### 6.3.5 CDZ a jeho místo v systému služeb

CDZ navazovala na zkušenost s poskytováním sociální rehabilitace a psychiatrické ambulance. Zástupci CDZ věděli, že propojování služeb a vzájemná spolupráce v regionu nejsou jednoduché. Například navázat spolupráci s ambulantními psychiatry bylo velmi obtížné. Ačkoliv se spolupráce s některými organizacemi vylepšila, nadále přetrvávají určité limity.

Dle zástupců CDZ existují dva základní faktory obtížnější spolupráce s důležitými aktéry. Za prvé se jedná o to, že v regionu se jednotlivé služby snaží udržet. Jakákoliv snaha o to, aby vznikla služba nová, je vnímána jako finanční a existenční ohrožení. V druhé řadě pak, díky svému dlouholetému působení, bylo CDZ vnímáno nikoliv jako nová služba, ale spíše jako služba navazující na již existující formy podpory poskytované zřizovatelem. V podstatě po celou dobu pilotní realizace probíhalo vysvětlování toho, v čem je CDZ nové a v čem je jeho zásadní přínos.

V rámci zahájení provozu CDZ byli osloveni také **zástupci Integrovaného záchranného systému**, včetně zástupců policie. Zástupcům bylo vysvětlováno, jak CDZ funguje, jaké kompetence jednotlivé instituce mají. Zatím však nevznikla potřeba zástupce IZS kontaktovat.

Také zástupci **nemocnic, psychiatričtí pracovníci a praktičtí lékaři** byli postupně osloveni osobně, telefonicky či e-mailem. Ne všichni měli o spolupráci zájem. Spolupráci s některými se dodnes nepovedlo navázat, neboť nejsou nakloněni záměrům reformy psychiatrické péče. Problematické je, že psychiatři, kteří odmítají spolupracovat, nechťejí s CDZ komunikovat ani v případě klientovi/pacientovi krize.

Také je potřeba zlepšovat spolupráci s psychiatrickými nemocnicemi a psychiatrickými odděleními nemocnic. Pracovníci nemocnic neposkytují včas informace o klientech/pacientech, které propouštějí z hospitalizace. To komplikuje včasné navázání spolupráce a „zachycení“ klienta/pacienta.

**Se sociálními službami** v okolí je navázána většinou dobrá spolupráce. Základním problémem je jejich (kapacitní) nedostatek. V regionu není dostatek návazných služeb. To znamená služeb, na které by bylo možno klienta/pacienta odkázat. V regionu chybí služby pro seniory s psychiatrickým onemocněním i denní stacionáře pro lidi s duševním onemocněním. V regionu je také nedostatek chráněného bydlení a chráněná pracovní místa.

Zástupci CDZ navštěvovali a navštěvují také jednotlivé obce a předávají jim informace o možnostech spolupráce. Spolupráce však není ještě dostatečně zaběhnutá. S informacemi o možných klientech/pacientech se totiž zástupci obcí obracejí na CDZ stále spíše vzácně. Závěrem je však třeba podotknout, že se situace CDZ v regionu stabilizuje. Čím dál více se na něj obracejí například osoby blízké.

#### 6.3.5.1 Udržitelnost CDZ

Problém udržitelnosti je především na rovině financí. Zástupci obcí sice deklarují potřebnost služeb, které CDZ nabízí, zároveň však dodávají, že nemají dostatek finančních prostředků na vznik nových služeb či navyšování kapacity a rozvoj služeb existujících.

Zástupci CDZ v zájmu udržitelnosti začali pracovat s různými alternativami, protože pro následující rok, kdy vstupují do ostrého provozu, se nepodařilo kapacity sociální rehabilitace pro CDZ navýšit. Na zbývajících devět měsíců tudíž není zabezpečena sociální část CDZ. Jednou z možností je rošířit ambulantní péči, která by nadále spolupracovala s návaznými službami sociální rehabilitace (ta je v síti služeb). Druhou možností je pokusit se naplnit kritéria bazálního CDZ. Další variantou je využít zbývající kapacity pracovníků pro práci s klienty nad 65 let a klienty CDZ zabezpečit v rámci ambulantní

psychiatrické péče v návaznosti na sociální rehabilitaci. Pro zástupce CDZ je důležité, aby služby v nějaké podobě i nadále fungovaly, a tak mělo přibližně 120 klientů/pacientů, kteří nyní do CDZ docházejí, i nadále dostupnou odbornou podporu.

### 6.3.6 Destigmatizace

V rámci destigmatizace a informování o tematice duševního onemocnění a centrech duševního zdraví probíhala celá řada aktivit. CDZ má vypracovány přehledné webové stránky. Byl pořádán Den duševního zdraví. Pracovníci CDZ se zapojili do sociálních služeb. Pravidelně jsou také realizovány dny otevřených dveří pro odbornou i laickou veřejnost.

Destigmatizací může být i neformální setkávání prostřednictvím výletů s klienty/pacienty. Ty mají většinou na starost peer pracovníci, kteří jsou schopni dojednat zvláštní podmínky, například při prohlídkách hradů a zámků. Tímto způsobem lze neformálně propojit klienty/pacienty a veřejnost. Peer konzultantni také pořádají přednášky pro laickou veřejnost. Zřizovatel CDZ má dále program (workshopy a vzdělávání) pro pečující, v jehož rámci nabízí individuální podporu.



## 6.4 ČTVRTÁ PŘÍPADOVÁ STUDIE

### 6.4.1 Kontext Centra duševního zdraví: region, vznik a předchozí zkušenosti

CDZ působí v kraji, kde již jedno CDZ z předchozího projektu působí. Obhospodařuje celkem dvě ORP. Možnost využít veřejné dopravy spojující jednotlivé obce s místem sídla CDZ je obtížné, doprava není příliš frekventovaná. Stěžejní je tudíž terénní práce. Pro dostatečné naplnění potřeb klientů bydlících ve vzdálenějším ORP je využívána spolupráce s již existujícími sociálními službami.

Pilotní provoz probíhá od 1. 11. 2020 do 30. 4. 2022. Zřizovatelem centra duševního zdraví je organizace, která již přes 25 let poskytuje podporu lidem s těžkým duševním onemocněním. A po celou dobu své existence zřizuje komunitní terénní tým, jehož úkolem je podporovat cílovou skupinu v setrvání v přirozeném prostředí, komunitě. Zkušenost s multidisciplinarity, terénní prací a podporou cílové skupiny má tedy organizace dlouhodobou. Na této zkušenosti také stavěla při vytváření CDZ. Krom toho má organizace zkušenost s realizací a vedením volnočasových aktivit pro cílovou skupinu a se zajišťováním tréninkového bydlení.

Komunitní týmy organizace působily v sedmi okresech dvou krajů. Krom toho, že součástí týmů byli také peer konzultanti, vychází práce týmů z FACT modelu. Organizace byla tedy dobře připravena na poskytování služeb v rámci centra duševního zdraví. To potvrzuje také skutečnost, že zřizovatel provozuje ještě další dvě CDZ, jedno přímo v kraji, druhé v kraji vedlejším. To usnadňovalo navazování vztahů s důležitými aktéry, stejně jako vyjednávání při udržitelnosti.

### 6.4.2 Poskytování služeb CDZ

#### 6.4.2.1 Prostory CDZ

Prostory CDZ se nachází v prvním patře budovy, ve které již sídlí další sociální služby. Budova je nedaleko centra a je dobře dostupná z autobusového i vlakového nádraží. Okolí i samotné prostory jsou útulně zařízeny.

Prostory se líbí také samotným klientům/pacientům. Ti však zároveň dodávali, že se jim v něčem líbily více prostory, které dříve užívala organizace (před tím, než začala poskytovat služby CDZ). Zároveň však dodávali, že se jedná spíše o zvyk. Prostory CDZ jsou utvořeny tak, aby umožňovaly nejen odbornou podporu, ale také nabízely prostory ke společnému neformálnímu setkávání. Je možné si zde uvařit kávu nebo čaj, konají se zde skupinové aktivity.

Jak již bylo zmíněno, dostupnost CDZ nemusí být pro ty, kteří bydlí v jiných obcích, jednoduchá. Spoje na sebe špatně navazují. Doprava může zabrat „skoro celý den“. Pracovníci tak pro klienty/pacienty také jezdí a následně je dovážejí k lékařům, na úřady apod.

#### 6.4.2.2 Časová dostupnost CDZ

Služby CDZ jsou poskytovány od pondělí do pátku od 9:00 do 17:00. Pracovní doba je však flexibilní a v praxi se pracovníci přizpůsobují potřebám klientů a klientek. Schůzky s klienty/pacienty jsou domlouvány individuálně, mohou probíhat jednou týdně, ale také jen jednou za několik týdnů.

Osoby blízké stejně jako klienti/pacienti pak zmiňovali, že se na pracovníky mohou telefonicky obrátit také mimo pracovní dobu. A to především v případech zhoršení zdravotního stavu, když neví, jak postupovat, potřebují se poradit.

Někteří klienti/pacienti, především ti, co bydlí sami, by uvítali, kdyby CDZ fungovalo v nějaké podobě taky o víkendech. Dodávali, že by se necítili tolik sami.

#### 6.4.2.3 Práce s krizí

Krizové plány jsou tvořeny až po nějaké době spolupráce, kdy pracovníci klienty/pacienty více poznají. Důležité je vědět, jak vypadá jejich „norma“ a pokusit se na základě zkušeností klientů/pacientů, osob blízkých, popřípadě dalších odborníků zmapovat, jak vypadá blížící se krize.

Díky spolupráci s psychiatrickým oddělením je zajištěna krizová hospitalizace. Ta slouží ke krátkodobé hospitalizaci v situaci, kdy se klient/pacient potřebuje vzdálit od původce stresové situace, na chvíli si odpočinout.

Klienti/pacienti jsou seznámeni s vytvořeným krizovým plánem. Znájí postupy v případě blížící se krize. Když se krize blíží, popřípadě dojde ke zhoršení stavu, pacienti/klienti vítají, že je reakce pracovníků rychlá a velmi empatická. Nežřídka sami poznají, že se blíží zhoršení stavu. Zvýší intenzitu kontaktu (nejen osobně, ale také telefonicky). V případech, kdy je to relevantní, kontaktují osoby blízké či další zapojené osoby a řeší postup.

*“Když mám stresovou situaci, tak mi to sestřičky pěkně vysvětlí a uklidní mě.”*

#### 6.4.3 Multidisciplinární tým CDZ

Tým vznikal postupně, přičemž zajistit sociální část týmu bylo díky historii organizace jednodušší než zajistit zdravotní část. Při oslovování zdravotních pracovníků byly využívány již existující kontakty. Velkým problémem bylo sehnat klinického psychologa. Nakonec je v CDZ zaměstnán, ale v případě, kdyby odešel, by bylo velmi těžké jej nahradit.

Základním aspektem pro dobře fungující tým, je otevřená spolupráce a možnost sdílení. Tým má být vnímán jako jednotka složená z odborností, které se navzájem doplňují. K tomu napomáhá dobře nastavený systém porad, každodenní scházení a plánování postupů. Celý tým plánuje také postup podpory u konkrétního klienta. Tím je zajištěna jednotnost.

Důležité je také ihned o všem komunikovat. Pokud se objeví nějaká nejasnost, třecí plocha, je potřeba téma otevřít na nejbližší poradě či supervizi. Pracovníci CDZ využívali toho, že zřizovatel provozuje také další CDZ. V případě potřeby svolali společné setkání. Na nich se probraly konkrétní aspekty, byly sdíleny příklady dobré praxe.

Z počátku bylo rovněž důležité vyjasnit si kompetence. Za tímto účelem byla realizována tzv. „okénka profesí“. Během nich jednotliví pracovníci seznámili ostatní členy týmu se svou profesí, s tím, co mohou týmu a klientům/pacientům nabídnout. Nejobtížnější bylo přitom nastavit kompetence

psychiatra a psychologů. U psychiatra se jednalo především o nejistotu, kolik výkonů bude muset zvládnout, aby bylo CDZ ekonomicky udržitelné. Také bylo potřeba si vyjasnit jeho roli v týmu, jakým způsobem se zapojuje do podpory klienta/pacienta. Pro psychologa bylo zpočátku obtížné vyjasnit si, jaké služby má nabízet. V rámci CDZ se psycholog věnuje své specializaci šířeji, což nebylo zpočátku jednoduché. Byl totiž zvyklý na blíže specifikovanou náplň práce. Rovněž bylo potřeba si vyjasnit roli klíčového pracovníka (case managera). Na začátku bylo například otázkou sporu, zda by měl klíčový pracovník, i přesto že je pracovníkem sociálním, komunikovat například s nemocnicemi.

Celý tým má jeden sdílený informační systém, se kterým se však musel naučit pracovat. Bylo potřeba si jasně stanovit, kdo jaké úkony vykazuje a také jakým způsobem vykazovat. Zde opět byla výhodou možnost obrátit se na již existující CDZ. I přesto však vznikaly a stále vznikají drobné nejasnosti.

#### 6.4.3.1 *Vzdělávání a supervize*

Díky pandemii a opatřením, která ji doprovázela, se pracovníci neúčastnili externích školení. Byla tudíž využívána možnost sdílení s již vzniklými CDZ. Rovněž probíhají interní vzdělávání, jež jsou zajištěna jednotlivými odborníky uvnitř týmu. Psychiatr připravil školení o tom, jak pracovat s lidmi s poruchou osobnosti, adiktolog si připravil školení o závislostech. V ostrém provozu může být komplikací vzdělávání psychiatrických sester.

Supervize probíhají pravidelně jednou měsíčně, a to případové i týmové. Pracovníci mohou požádat také o individuální supervizi.

#### 6.4.3.2 *Řízení kvality*

Díky tomu, že zřizovatel provozuje již CDZ z předchozích projektů, může nové CDZ využívat informací z projektu MPSV zaměřeného na řízení kvality. Díky tomu může ověřovat správnost postupů a postupně vylepšovat kvalitu poskytovaných služeb.

### 6.4.4 *Hodnocení CDZ klienty/pacienty a jejich rodinným příslušníky*

Klienti/pacienti většinou s žádnou další službou dříve nespolečně pracovali. První služby, které začaly využívat, byly služby zřizovatele ještě před vznikem CDZ či samotné CDZ. Zde je potřeba zmínit, že mnozí klienti/pacienti využívají služby zřizovatele již několik let, postupně přešli do CDZ. O CDZ či předchozích službách se nejčastěji dozvěděli v průběhu hospitalizace, u svého psychiatra či jiného lékaře, od příbuzných nebo na internetu.

**Motivací** pro využití služeb CDZ byla komplexní nabídka sociálních a zdravotních služeb. Klienti/pacienti vítají, že je v CDZ široká možnost využití podpory, zároveň si cení přístupu pracovníků. Motivací byla také skutečnost, že v CDZ je dostupný psycholog či psychiatr, kterých je v regionu nedostatek. Klienti/pacienti se na CDZ obrátili také proto, že potřebovali s někým sdílet své pocity, starosti, cítili se beznadějně.

*„V městě a okolí není moc doktorů, tak jsem se dozvěděl, že psychiatra psychologa dokáže zajistit CDZ. Tak jsem toho využil.“*

*„Viděla jsem, že problematice rozumí a že mi pomohou. Nevěděla jsem, co dělat. Neviděla jsem žádné řešení. Teď už je to lepší.“*

Klienti /pacienti **popisují setkání s pracovníky** jako příjemné, pracovníci se dle nich vždy snaží, aby probíhalo v dobré atmosféře. To je důležité pro ty klienty/pacienty, kteří mívají úzkostní či depresivní vztahy. Také způsob komunikace probíhá dle potřeb klientů/pacientů. Pokud to bylo potřeba, probíhala komunikace nejprve především formou SMS, poté telefonicky. Nakonec začaly probíhat osobní schůzky. Setkání nejsou jen o řešení konkrétních zakázek a problémů, ale jsou také neformálním setkáním. Pracovníci si s klienty/pacienty povídají o jejich životě, o tom, co zažili. Klienti/pacienti se tak cítí přijímání, vyslyšení. Klienti/pacienti považují vztah mezi jimi a pracovníky jako partnerský, pracovník je pro ně autoritativním starším sourozencem. Vítají, že akceptují projevy jejich onemocnění. Například v případě, kdy usnou, protože den před tím nemohli spát.

**Klienti/pacienti využívají celou škálu služeb** nabízenou CDZ a dalšími službami organizace. Využívají služeb psychiatra a psychologa, nemají-li vlastního odborníka. Dodávají, že v případech, kdy mají vlastního psychiatra, komunikuje psychiatr CDZ s jejich ambulantním psychiatrem. Často využívají možnosti doprovodu na úřady, do nemocnic. Pracovníci CDZ pomohli klientům/pacientům zajistit také bydlení, vyřídit důchod či příspěvek na péči.

**Terénní služby** jsou klienty/pacienty velmi vítány. Pro ty, kteří to mají do CDZ daleko se jedná o perfektní způsob spolupráce. Výhodou jsou terénní služby také pro ty, kteří mají či měli obavy vycházet z místa bydliště. Díky pravidelným návštěvám a procházkám, postupným návštěvám kaváren a míst, kde to mají klienti/pacienti rádi, získali více sebejistoty a jejich psychický stav se zlepšil v tom směru, že dokáží chodit ven a nebojí se. Někteří klienti však terénní služby odmítají. Nepřejí si, aby za nimi pracovníci docházeli, raději dojdou do CDZ sami.

Terénní služby, a především asertivní kontaktování vítají také osoby blízké. A to především v případech, kdy osoba s duševním onemocněním odmítala vycházet z domu, popřípadě jakoukoliv jinou formu spolupráce. Osoby blízké sdělovaly, že pracovníci jsou v asertivním kontaktování velmi dobří a postupně se jim podařilo s klientem/pacientem navázat vztah a jeho stav se očividně zlepšil.

Klienti/pacienti využívají také volnočasové aktivity a společná setkávání. Ale jen ti, kteří obecně mají rádi společnost. Jednou za měsíc probíhá svépomocný klub, společně jezdí na výlet, v případě horšího počasí se setkávají v prostorách CDZ. Chodí také na bowling či jiné sportovní aktivity. Avšak zájem dle nich není dostatečný. Některé aktivity se kvůli nízké účasti ruší, což je přihlášeným klientům/pacientům líto. Výlety a volnočasové aktivity, společná setkávání jsou pro klienty/pacienty důležitým prostorem pro navazování sociálních kontaktů, necítí se díky tomu sami. Klienti/pacienti zároveň dodávají, že vítají možnost setkávání se s lidmi s obdobnou zkušeností, protože si s nimi lépe rozumí.

*„Lépe se komunikuje s člověkem, který má podobnou nemoc.“*

**Zapojení osob blízkých** se liší a nezřídka odráží aktuální vztahy v domácnosti i to, jak všichni aktéři přistupují k duševnímu onemocnění v rodině. Některé osoby blízké sdělovaly, že samy nemají příliš zájem s CDZ komunikovat. Je pro ně zásadní, že je o klienta/pacienta postaráno. Jiní využívají možnost společného setkávání a sdílení s dalšími osobami blízkými. Informace o klientovi/pacientovi ale od pracovníků CDZ nemají, protože si to klienti/pacienti nepřejí. Často si to nepřejí dospělé děti, které se domnívají, že rodiče mohou za jejich hospitalizaci. Řada osob blízkých však s CDZ aktivně spolupracuje. V případech, kdy je to nutné, je CDZ kontaktuje, řeší s nimi případné zhoršení stavu. Samotní klienti/pacienti často spolupráci s osobami blízkými vítají, anebo jí vnímají neutrálně.

Velkým **přínosem** pro klienty/pacienty je, že díky CDZ cítí, že na vše nejsou sami. Klienti/pacienti a osoby blízké se většinou shodují na tom, že díky spolupráci s CDZ získali náhled nad onemocněním. V některých případech díky tomu také došlo ke zlepšení rodinných vztahů.

*„Naučili mě dívat se na tu nemoc, nahlížet a porozumět pocitům. Takže už vycítím, kdy je to špatné a kdy mám volat.“*

*„Měla jsem pocit, že jim na mě záleží.“*

Rovněž získali pravidelný režim, řád. Jsou rádi, že mají nějaké aktivity, které je nutí vyjít z domu, mají nějakou náplň času.

*„Dalo mi to režim, rutinu do života.“*

#### 6.4.5 CDZ a jeho místo v systému služeb

Zřizovatel CDZ působí v regionu již dlouhou dobu, a tak má poměrně dobrou pozici, je službou žádanou a dobře hodnocenou.

Spolupráce s **Integrovaným záchranným systémem** byla navazována postupně. Městská i státní policie sice spolupráci neodmítala, ale ani nebyla nijak aktivní při vzájemné komunikaci, podpoře. Situace se změnila ve chvíli, kdy se u dvou klientů/pacientů zhoršil zdravotní stav a zástupci policie si s nimi nevěděli rady. V tu chvíli se na CDZ obrátili a díky pozitivní zkušenosti je nyní spolupráce na dobré úrovni.

Spolupráce s **nemocnicemi** intenzivně probíhala již před vznikem CDZ. Do vzdálenější nemocnice dojíždějí pracovníci přibližně jednou až dvakrát měsíčně. Během této návštěvy jsou kontaktováni klienti/pacienti noví a je udržován kontakt se stávajícími, kteří byli kvůli krizi hospitalizováni. S psychiatrickým oddělením další nemocnice intenzivně spolupracuje již dříve vzniklé CDZ. Jeho zaměstnanci následně předávají informace o klientech/pacientech evaluovanému CDZ.

Rovněž **spolupráce s ambulantními psychiatry** probíhá dlouhodobě a obě strany ji hodnotí kladně. Pro ambulantní psychiatry je přínosem, že se mají na koho obrátit v případě nespolupracujících osob s duševním onemocněním. Zároveň vítají, že se mají osoby s duševním onemocněním na koho obrátit při zajišťování potřeb spadajících do sféry sociální práce.

Ne všichni psychiatři vnímají reformu psychiatrické péče a CDZ obecně pozitivně. Bylo potřeba si vyjednat, jak bude vypadat vzájemná spolupráce a sdílení klientů. S některými se kvalita spolupráce zlepšila paradoxně kvůli pandemii, kdy se na CDZ začali sami obracet. CDZ chodilo za klienty/pacienty do terénu, což bylo v době pandemie přínosné. Také pro klienty/pacienty bylo a je důležité pochopit roli psychiatra CDZ. Řada klientů má vlastního ambulantního psychiatra, avšak všichni klienti musí projít vstupním vyšetřením u psychiatra CDZ, což bylo pro klienty matoucí.

Vztahy mezi ambulantními psychiatry a psychiatry CDZ příliš dobře neovlivnila zpráva o tom, že výkony psychiatrů CDZ jsou výše bodově hodnoceny.

Tak jako v jiných CDZ i zde je spolupráce s praktickými lékaři v začátcích. K navazování spolupráce dochází postupně. Na CDZ se však stále častěji obracejí dětské praktici, kteří mívají devatenáctileté klienty/pacienty, tedy takové, kteří již spadají do cílové skupiny CDZ.

Pro **sociální služby** je výhodou, že s klienty/pacienty někdo spolupracuje. Služby se ne vždy dozví, že má osoba duševní onemocnění. Avšak mohou předat informaci o CDZ ve chvíli, kdy se klient/pacient či jeho rodina zmíní o duševním onemocnění. Intenzivní spolupráce probíhá především ve chvíli, kdy obě služby sdílí klienty/pacienty. V tom případě se domlouvají na spolupráci tak, aby nedocházelo k překrývání služeb. Pracovníci CDZ zároveň poskytují pracovníkům sociálních služeb důležité

informace o aspektech duševního onemocnění tak, aby pracovníci sociálních služeb věděli, na co si dát pozor, jak komunikovat apod. Překážkou optimální spolupráce je nastavení mlčenlivosti. Bez souhlasu klienta/pacienta není možné o něm předat informaci další organizaci, a to ani v případě, kdy by bylo vhodné využít asertivního kontaktování. Pomohla by také možnost řešit kazuistiku.

*„Velkou výhodou je, že je to koordinovaná pomoc jak zdravotní, tak sociální. Ale je škoda, že mají úzkou cílovou skupinu. Někdy máme někoho, kdo by potřeboval zdravotní nebo sociální službu, kterou CDZ nabízí, ale nevejde se tam diagnózou.“*

Zřizovatel CDZ má také dlouhodobě dobré vztahy s obcemi. Město, kde CDZ sídlí je dle pracovníků velmi akční, organizuje case managementové skupiny a propojuje jednotlivé služby v regionu. Panovaly pouze obavy, zda bude reforma psychiatrické péče dostatečně provázána s dalšími koncepcemi. V regionu například citelně chybí vhodné bydlení pro cílovou skupinu, a to bydlení diferenciované, které by odpovídalo různým potřebám klientů/pacientů. Dobré vztahy má CDZ také s pracovníky úřadu práce. Spolupráce například funguje v případě kontroly při procesu přiznávání příspěvku na péči, kdy je vše plánováno tak, aby mohl být klíčový pracovník u šetření v domácnosti přítomen.

#### 6.4.5.1 Udržitelnost CDZ

CDZ je dle jeho zástupců udržitelné i po skončení pilotního provozu. Výhodou je opět skutečnost, že zřizovatel již jedno CDZ zřizuje. A také jeho dlouhodobé působení v regionu – jedná se o kvalitního poskytovatele služeb. Bude potřeba především hlídat a promýšlet udržitelnost zdravotní části CDZ. Je nezbytné nastavit odpovídající vykazování výkonů a vyhnout se možným chybám. V tomto směru hodnotí zástupci CDZ pozitivně spolupráci s MPSV a MZ ČR. Obě ministerstva aktivně sbírala podněty od zřizovatelů. V rámci komunikace s dalšími institucemi, především pojišťovnami, ministerstva vyjednávala optimální nastavení. Vyřešilo se tak například vykazování výkonů v situacích, kdy zdravotníci docházejí za pacienty ještě před ukončením jejich hospitalizace. Tyto výkony totiž dříve nebylo možné vykazovat.

#### 6.4.6 Destigmatizace

Dle oslovených aktérů je velkou výhodou CDZ a reformy psychiatrické péče to, že se daří problematiku duševního onemocnění více zviditelnit. Pracovníci CDZ pravidelně spolupracují s dalšími subjekty, účastní se různých aktivit, na nichž představují služby a principy fungování center.

Facebookové stránky jsou zřízeny za celou organizaci, návštěvník tam tedy najde informace o všech provozovaných CDZ, ale také o dalších službách, které organizace nabízí.

Pracovníci CDZ mají rovněž navázanu spolupráci se dvěma středními školami v regionu. Do nich pravidelně dochází a poskytují studentům informace o tématu duševního zdraví.

## 6.5 PÁTÁ PŘÍPADOVÁ STUDIE

### 6.5.1 Kontext Centra duševního zdraví: region, vznik a předchozí zkušenosti

CDZ je zatím jediným centrem v kraji. Služby poskytuje ve 23 obcích. Většina obyvatel žije ve městech.

Pilotní provoz probíhá od 1. 10. 2020 do 31. 3. 2022. Zřizovatelem CDZ je jedna organizace, která poskytuje služby osobám s duševním onemocněním již déle než 27 let. Od samotného vzniku CDZ bylo cílem zajistit absentující služby pro cílovou skupinu. Nyní organizace poskytuje komplexní systém péče o dlouhodobě duševně nemocné v kraji. Ve všech okresech kraje má organizace registrované týmy duševního zdraví registrované pod sociální rehabilitací dle zákona o sociálních službách.

### 6.5.2 Poskytování služeb CDZ

#### 6.5.2.1 Prostory CDZ

Služby CDZ jsou poskytovány ve čtyřpodlažním řadovém domě v centru města. Budova je dobře dostupná. Svým charakterem nepřipomíná budovu určenou pro služby, je vřazena do běžné bytové zástavby. Výhodou pro zřizovatele je, že je v jeho vlastnictví, což snižuje náklady CDZ. Kromě CDZ jsou v budově provozovány také služby sociální rehabilitace, jsou zde sociálně terapeutické dílny, služby odborného poradenství a sociálně aktivizační služby. V prostorách je klientům/pacientům rovněž vydávána potravinová pomoc. Prostory však nejsou bezbariérové, klientům, kteří mají obtíže z hybností jsou tak služby poskytovány terénní formou, v jejich přirozeném prostředí.

Klienti/pacienti hodnotí prostory pozitivně. Jsou útulné, cítí se v nich bezpečně. Na chodbách visí obrazy s příběhy lidí s duševním onemocněním, které zachycují jejich obtíže, ale také jak se s onemocněním naučili žít. Je zde také kavárna, kde se mohou klienti/pacienti scházet.

#### 6.5.2.2 Časová dostupnost CDZ

Služby jsou poskytovány od pondělí do pátku od 8:00 do 16:00. Schůzky jsou plánovány dle individuálních potřeb klientů a klientům/pacientům takto jejich nastavení vyhovuje. Výjimkou je krizový telefon, který funguje až do 20:00. Klienti/pacienti dostávají informace, kam se obrátit v případě, kdy potřebují podporu mimo pracovní dobu CDZ.

#### 6.5.2.3 Práce s krizí

V prvé řadě se pracovníci domnívají, že by se mělo jednat o „protikrizový“ plán. Cílem je preventivně konat tak, aby ke krizi nedošlo. Krizový plán je automatickou součástí fungování CDZ. Je vypracováván především s klientem/pacientem. Nejprve je vždy mapováno, jak vypadá u klienta/pacienta normální stav a co už jsou projevy krize. Do vypracování plánu by měly být zapojeny také osoby blízké, zatím se tak ale neděje tak často, jak by bylo vhodné. Osobou blízkou přitom v tomto kontextu nemusí být jen rodinný příslušník, ale také například dobrý kamarád, kterého si klient/pacient sám určí jako osobu, která by měla být uvedena v krizovém plánu.

Krizový plán vychází z CARE semaforu. Také sami klienti vědí, že jej mají vypracovaný, někdy se jim plete dohromady s individuálním plánem. Ve chvíli, kdy se klient dostane na FACT board, dochází k aktualizaci plánu.

*„V krizovém plánu je, jak se začínám chovat v krizové době, co mám dělat, je to semafor – zelený je nejlepší a nemusím nikam volat a oranžová a červená už je horší.“*

Pokud je klient/pacient v obtížnějším období, může se na pracovníky centra obrátit i mimo domluvené schůzky. Pracovníci mu volají zpět, ověřují si, jak situaci zvládá. Rovněž míra terénní spolupráce je intenzivnější.

V případě, kdy dojde k hospitalizaci, navštěvují pracovníci klienta/pacienta v nemocnici. Pokud to není možné (například v době probíhající pandemie), komunikují s ním telefonicky či přes Skype.

### 6.5.3 Multidisciplinární tým CDZ

Sestavování multidisciplinárního týmu mohlo vycházet ze zkušeností práce týmů duševního zdraví. Ty pracují také formou case managementu. Členy týmu jsou sociální pracovníci, sestry, psychologové, peer konzultanti. Výhodou bylo, že někteří členové zdravotnického týmu měli již zkušenosti s prací se sociálními pracovníky, protože pracovali de facto na pomezí dvou služeb. Zástupci CDZ se zároveň domnívají, že najít takové pracovníky, kteří budou nejen dostatečně odborní, ale také si vzájemně sednou, je trochu štěstí. Zkušenost ukázala, že se vyplatí vycházet při tvorbě týmu z Metodiky zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním.

*„Měli jsme osobnostní štěstí na výběr zaměstnanců, takže žádný problém nebyl a velmi dobře se doplňují. A vzájemně kvitují, že se jedna strana od druhé může něco učít nebo naopak nemusí, protože tady mají toho kolegu.“*

Jednotlivé profese se při práci vzájemně doplňují a jak vyplývá z rozhovorů, zapojení více pracovníků s sebou přináší větší jistotu. Zaměstnanec si osvojí nové dovednosti, ale zároveň ví, že pokud si s něčím neví rady, může se obrátit na dalšího člena týmu.

*„Učila jsem se tou přímou prací, když jsme jezdili ve dvou, s tím sociálním pracovníkem, do terénu.“*

Základem dobré spolupráce v týmu je znalost jednotlivých kompetencí, schopnost si vzájemně naslouchat. V tomto případě je za nevýhodu považována skutečnost, že psychiatři, kteří v CDZ působí, nemohou v CDZ vykonávat práci na plný úvazek. Do CDZ sice pravidelně dochází, ale nejsou vnímáni jako součást celku, stále je k nim přistupováno spíše jako k autoritám, odborníkům zvenčí. To je však dáno také tím, že počet psychiatrů je v ČR obecně nízký. Zástupci CDZ se domnívají, že je nezbytné hledat zaměstnance také v zahraničí, což je však poměrně dlouhý proces (například z důvodu nostrifikace). Každopádně CDZ má již zahraniční psychiatry vyhlédnuté a doufá, že se je podaří zaměstnat.

*„Psychiatři tady nejsou každý den, a to v tom týmu trochu chybí, a z toho pak vzniká to, že ten psychiatr je pořád brán více statusově, a to i tím týmem.“*

Základem dobré týmové práce je také optimální systém předávání informací a nastavení porad. CDZ používá Hippo, na které si však zaměstnanci museli poměrně dlouho zvykat. Stále nejsou řešeny všechny faktory, pracovníkům chybí určité prvky, s nimiž potřebují pracovat – v tomto směru jednájí s dodavatelem programu.



*„I pro nás jako pro management to byl velký krok mimo komfortní zónu. Je to velké téma (užívání Hippa) k diskuzi, vyznat se v tom, některé věci nefungují tak, jak jsme byli zvyklí, takže pořád komunikujeme s dodavatelem té služby.“*

Každý den začíná ranní poradou, na níž se proberou organizační záležitosti, klienti/pacienti na FACT boardu a poté logistické a organizační záležitosti (kdo kam půjde, kolik pracovníků půjde za klientem/pacientem). Každou středu dopoledne je prostor pro předání organizačních záležitostí a provozních informací. Dále jsou probírány příběhy klientů a strategie možné podpory. Ke kazuistikám slouží také porada každou druhou středu, která trvá do 16:00 a na níž je věnován mnohem větší prostor debatě o klientovi/pacientovi. Do budoucna by na těchto poradách měl být také klient/pacient přítomen. Každé druhé pondělí probíhá porada se spolupracujícím týmem chráněného bydlení, protože někteří klienti chráněného bydlení mají klíčového pracovníka v CDZ. Zástupce CDZ každé úterý a čtvrtek vyjíždí do psychiatrických nemocnic. Informace z těchto výjezdů předává dalším členům týmu ve středu. Na ranních poradách jsou přítomni také pracovníci dalších služeb zřizovatele, aby byl zajištěn dostatečný tok informací napříč organizací a službami.

*„Už to není o tom, že jediná možnost je hospitalizace. Takže když vidím, že už tři měsíce jezdíme k paní s depresí a k paní psychiatrice, psychologovi a je to taková domácí hospitalizace a ta paní to z naší podporou zvládá doma, tak to je úlevné, to je co má smysl.“*

#### **6.5.3.1 Vzdělávání a supervize**

Všichni pracovníci musí mít vzdělávací kurz krizové intervence, metody Care. Do budoucna je plánováno vzdělávání v oblasti práce s lidmi s duální diagnózou, lidmi s poruchami osobnostmi a kurz práce s rodinou. Organizace využívá možnosti interního vzdělávání, jelikož má akreditované kurzy, například multidisciplinární spolupráce nebo role peer konzultanta v týmu.

Supervize probíhají jednou měsíčně. Mohou být případové, často se však probírají vztahové věci. Celkem je v organizaci 16 zaměstnanců, v různých službách a z toho logicky vyplývají neshody, které je potřeba ihned řešit.

#### **6.5.3.2 Řízení kvality**

V rámci nastavování kvality vznikl manuál, který byl již dříve využíván v rámci týmu sociální rehabilitace. Manuál byl upraven dle Standardů CDZ. S postupným navyšováním znalostí a zkušeností dochází k jeho optimalizování.

#### **6.5.4 Hodnocení CDZ klienty/pacienty a jejich rodinnými příslušníky**

Většina klientů/pacientů využívala již dříve nějaké formy podpory od zřizovatele CDZ – práce v kavárně, chráněné bydlení. Využívali také služeb denního stacionáře. Řada z nich využila možnost vzdělávacích kurzů. Krom toho využívají služeb psychiatra, popřípadě psychologa.

O CDZ se dozvěděli přímo v nemocnici, od blízkých osob či jiných služeb. Někteří se také o CDZ dozvěděli v jiné službě organizace, kterou klient/pacient využíval. Motivací pro využívání služeb byl zhoršující se zdravotní stav, potřeba aktivizace, snaha změnit životní situaci. Klienti/pacienti vítají, že CDZ poskytuje komplexní služby na jednom místě.

*„Rozešel jsem se s přítelkyní, začal jsem mít finanční problémy a od té doby s nimi spolupracuji.“*

Pracovníci jsou dle klientů/pacientů velmi odborní, empatičtí a milí. Také dle osob blízkých je přístup pracovníků profesionální, dokáží člověka podpořit v obtížné situaci. Osoby blízké by vylepšili předávání informací v multidisciplinárním týmu. Domnívají se, že někdy obtížnější komunikace plynula z toho, že klient/pacient podával každému trochu jiné informace, sám mívá horší paměť.

Klienti/pacienti využívají celou škálu služeb. Část využívá služeb psychiatra či psychologa, část však má, především psychiatra, svého a přecházet nechtějí. Jsou také rádi za podporu při docházení na úřady, jednání s institucemi. Klientům/pacientům, kteří měli problémy se závislostmi na lécích také pravidelně dávkuje léky, což má dle klientů/pacientů za následek zlepšení jejich zdravotního stavu.

Terénní služby, které mají podobu návštěvy doma, ale také procházky či doprovodu, jsou vítány a využívány. Část klientů však preferuje, pokud může do CDZ dojít sama. Jedná se pro ně o způsob, jak si zachovat dobrou fyzickou a dbát o své tělesné zdraví. Řada klientů/pacientů CDZ obecně zmiňuje, že by rádi dělali něco se svou váhu. Z důvodu onemocnění a medikaci mají nadváhu.

Proto jsou klienti/pacienti rádi za volnočasové aktivity. Ty však byly v průběhu pandemie značně omezeny či pozastaveny. V rámci volnočasových aktivit se konaly výlety, kulturní dny, grilovalo se. Klienti/pacienti tyto aktivity většinou vítají, jsou pro ně příjemným a bezpečným prostorem pro sdílení. Vítají rovněž, že dochází k propojování osob s duševním onemocněním a lidí bez duševního onemocnění. Byli by rádi, kdyby duševní onemocnění nebylo stigmatem. Neformální setkávání probíhají také v kavárně budovy. Na nich si klienti/pacienti povídají, probíhá tam také například arteterapie.

*„Člověk se bojí mezi lidmi, když má špatné zkušenosti.“*

*„Já jsem se styděl, za to že jsem duševně nemocný.“*

Přínosem užívání CDZ bylo pro klienty/pacienty to, že získali náhled na své onemocnění. Mají možnost komunikovat s někým, kdo jim rozumí. Pracovníci jim také pomohli sehnat bydlení či práci (nezřídká v dalších službách organizace). Díky pravidelným schůzkám získali klienti/pacienti řád, musí ráno vstávat, což pro ně dříve bývalo obtížné. V neposlední řadě si díky CDZ našli nové přátele. Také pro osoby blízké se jedná o ulehčení. Dozvěděli se, co s sebou duševní onemocnění přináší, měli se na koho obrátit. Pro osoby blízké jsou také důležité kurzy zaměřené na psychohygienu.

*„Vyhrabal jsem se z nejhorších psychických a osobnostních problémů, dostal jsem rady, jak s tím žít a našel jsem spousty přátel.“*

*„Díky stejným lidem si nepřipadám sám, nejsem v tom sám.“*

A co by klienti/pacienti uvítali? Více sportovních, pohybových aktivit. A také více aktivit zaměřených na společná setkávání, překonávání bariér mezi lidmi s a bez duševního onemocnění. Také by přivítali více různých terapií. Za nevýhodu považují časové ohraničení možnosti využívat služby.

*„Úkolem CDZ je dostat klienta do fáze, kdy je samostatný. A já ty lidi tady mám opravdu rád, takže mi budou chybět, až budu samostatný a ty lidi už nebudu potřebovat. Ty terapie a ty schůzky s klíčovou pracovníci mi budou chybět.“*

### 6.5.5 CDZ a jeho místo v systému služeb

Díky dlouhodobému působení v regionu má již zřizovatel navázány dobré vztahy s celou řadou organizací. V průběhu projektu byly tyto vztahy prohlubovány a byly navazovány vztahy nové.

Spolupráce s Integrovaným záchranným systémem se vytváří postupně. Za nevýhodu pracovníci považují, že v případě, kdy na IZS zavolají, tak se dostanou na centrální operační pult. Nemusejí se tedy vůbec dovolat tomu pracovníkovi, se kým je již navázána spolupráce. Obecně se pak domnívají, že mají ještě velké limity ve spolupráci s policií. V případě, kdy se však na ně policie obrátila se žádostí o pomoc při komunikaci s agresivním klientem/pacientem, zachovali se policisté velmi profesionálně. Zástupci policie také chodí dělat přednášky klientům/pacientům. Například na téma, jak se nenechat zneužít podomními prodejci apod.

S většinou nemocnic je již navázána dobrá spolupráce. Spolupráce se také rozšiřuje mimo region. To se děje především proto, že v těchto nemocnicích jsou také klienti/pacienti CDZ. Je to zapříčiněno aktuálním nedostatkem akutních lůžek v kraji. Jedna psychiatrická nemocnice pak příliš nespolupracuje, má dle svých slov sama dostatečně pokryté služby podporující klienty.

*„Oni mají svůj terénní tým zotavení a je tam informace, že neví, proč by měli své klienty předávat jiné organizaci.“*

Také spolupráce s psychiatry je většinou hodnocena kladně. Míra spolupráce, a především ochota přeposílat klienty/pacienty se může lišit.

*„Není vyloženě psychiatr, který by s námi nechtěl mluvit nebo pracovat.“*

Dle zástupců CDZ se díky projektu a povinnosti kontaktovat další aktéry výrazně zlepšila spolupráce s praktickými lékaři. Zdravotní sestry doprovázejí klienty k praktikům a s částí praktiků řeší zanedbaný zdravotní stav klientů/pacientů. Ten není způsobeno nekompletností praktiků. Osoby s duševním onemocněním mohou mít horší zdravotní stav, protože sami k lékařům nedochází, bojí se, popřípadě se na to v průběhu léčby duševního onemocnění tolik nemyslí.

*„Praktičtí lékaři jsou velmi spolupracující. Myslím, že ten vznik toho CDZ tak to trošičku prolomilo ledy, a dostali jsme se k novým praktikům.“*

Spolupráce se sociálními službami je velmi dobrá díky zapojení do komunitního plánování. V rámci komunitního plánování existuje skupina „Duše“, která se přímo zaměřuje na osoby s duševním onemocněním. Centrum také spolupracuje s dobrovolnickým centrem a s organizacemi zaměřujícími se na nabídky práce.

Dobré vztahy jsou také se spravovanými obcemi. Na CDZ se stále častěji obracejí například starostové, veřejní opatrovníci a zástupci dalších organizací v obcích. Předávají informace o osobách, u nichž by dle jejich zjištění bylo vhodné asertivní kontaktování. Zástupci CDZ se domnívají, že také povědomí o duševním onemocněním a jeho projevech je vyšší.

*„Myslím, že cesty k nám už jsou v tom, kdo se nám ozývá, vcelku široký.“*

*„Když jsem klienta doprovázela na úřady a ona měla úzkostný stav, tak mě ohromovalo to, že ty pracovníce jsou strašně vstřícný. Když klientka dostala úzkostnou poruchu na úřadě, tak nás vzala do své kanceláře, paní posadila, zamkla dveře, a s mojí pomocí jsme paní dostali do klidu.“*

#### 6.5.5.1 5.1 Udržitelnost CDZ

Udržitelnost sociální části je zajištěna tím, že CDZ bylo zařazeno do sítě. Ačkoliv oficiálně je síť v kraji již uzavřena, neplatí toto pro služby navazující na reformu psychiatrické péče, pro které je místo v síti ponecháno. Dle výstupů z pojišťoven to aktuálně vypadá, že také zdravotní část CDZ bude udržitelná. Ačkoliv zde vždy bude záležet na personální obsazenosti a vykazovaných výkonech.

Rizikem udržitelnosti mohou být vysoké kvalifikační požadavky. Odpovídajících profesí je totiž obecně nedostatek.

*„Otázkou jsou kvalifikační požadavky na obsazení CDZ, je potřeba to více systémově promyslet s ohledem na dostupnost specializací, profesí.“*

#### 6.5.6 Destigmatizace

CDZ mají vytvořené webové stránky, které jsou pod stránkami organizace (samostatné stránky nefungují). Stránky nabízejí přehled všech služeb, které organizace poskytuje včetně kontaktních. V rámci organizace také vychází občasník, do kterého přispívají sami klienti/pacienti a informují o tématu duševního onemocnění. Další aktivity se nemohly uskutečnit z důvodu probíhající pandemie.

## 7 DOPORUČENÍ

---

### ***METODICKÁ PODPORA***

Metodičky a metodici by měli mít od samého počátku projektu jasný manuál, dle kterého se budou řídit a díky kterému mohou poskytnout adekvátní podporu jednotlivým Centřům duševního zdraví. Metodické materiály by se v průběhu projektu měly měnit jen minimálně, jakákoliv změna by měla být dostatečně v předstihu předávána metodičkám/metodikům, které/kteří s ní následně seznamují odpovědné zástupce CDZ.

### ***REFLEXE Z CDZ I A CDZ II***

V rámci jednotlivých vln CDZ nebyl dostatečný prostor na reflexi a zapracování dílčích zjištění. Jednotlivá CDZ se tak opakovaně potýkala se stejnými komplikacemi a překážkami. Tyto, včetně příkladů řešení by bylo vhodné zapracovat do podpůrného materiálu, a to i pro potřeby dalších případných CDZ.

### ***CÍLENÁ PRÁCE S VEŘEJNOSTÍ***

Jedním z cílů je, aby osoby s duševním onemocněním mohli setrvat v přirozeném prostředí komunity, či se do něj po hospitalizaci navracet. K tomu je nezbytné systematicky pracovat s veřejným prostorem, odstraňovat bariéry ve formě stigmatizace a stereotypů, strachu z osob s duševním onemocněním.

### ***UŽŠÍ SPOLUPRÁCE S POJIŠŤOVNAMI A SJEDNOCENÍ POSTUPŮ PŘI UZAVÍRÁNÍ SMLUV S POJIŠŤOVNAMI***

Uzavírání smluv s pojišťovnami je náročným procesem, kterým si procházela všechna CDZ (I, II i III). Postupy by bylo vhodné zapracovat, a to spolu s jednotlivými pojišťovnami tak, aby pro všechna následující CDZ byly postupy jasné a nedocházelo ke komplikacím, které mohou být pro finanční udržitelnost CDZ ohrožující.

### ***VZNIK DALŠÍCH CDZ JAKO SYSTÉMOVÁ ZÁLEŽITOST***

Plánování vzniku dalších CDZ by mělo probíhat společně s dalšími strategickými změnami a v součinnosti dalších aktérů. Finanční podpora sociálních služeb v jednotlivých krajích je omezená a je potřeba uvažovat o síti služeb jako o celku, který cílí na různé cílové skupiny. Jakékoliv plánované rozšiřování je proto potřeba plánovat společně s MPSV a kraji – po stránce finanční, a také jednotlivými obcemi – zapojení do komunitního plánování a zajištění vhodných prostor, a poskytovateli sociálních a zdravotních služeb – možnosti a limity spolupráce. Vzájemná spolupráce všech aktérů je nezbytná také proto, aby se mohly vhodně navyšovat možnosti zajištění odpovídajícího ubytování osob s duševním onemocněním, a to bydlení diferenciovaného. Taktéž by mělo docházet k navyšování pracovního uplatnění osob s duševním onemocněním.

### ***PRÁCE SE VZDĚLÁVACÍM SYSTÉMEM***

Potřebné je nejen vzdělávání (například v rámci průřezových témat), které vede k destigmatizaci. Ale také systematická podpora pro studium nedostatkových pozic jako jsou psychiatrii, psychiatrické sestry a psychologové.

### ***ZAMĚŘENÍ SE NA ROZVOJ NEFORMÁLNÍ SÍŤE A ZAČLENĚNÍ DO KOMUNITY JIŽ BĚHEM SPOLUPRÁCE S CDZ/RESPEKT PRACOVNÍCH HRANIC***

Motivací pro využívání CDZ je ale také absence jiných forem sociální podpory pro ty klienty/pacienty, kteří se cítí osamělí, nemají kolem sebe jinou formu sociálních kontaktů. Klienti/pacienti zmiňovali, že se pro ně jedná o určitou náhražku rodiny, protože již nemají rodiče. Případně se pro ně jedná o prostor, kam se mohou chodit vypovídat, když jim je úzko, cítí se sami, nemají se komu svěřit se svými strastmi. Přístup pracovníků v tomto případě považují za velmi vstřícný a empatický. Cení si toho, že poskytování služeb není jen o „práci“, ale také o naslouchání a porozumění. Zde je však potřeba mít na paměti, že takto vnímané vztahy mohou být problematické, jelikož služby CDZ by neměly suplovat běžné vztahy. Navíc by neměly být poskytovány dlouhodobě – ukončování poskytování služeb může být v těchto případech velmi komplikované.

### ***ROZVOJ SLUŽEB NA ZÁKLADĚ POTŘEB KLIENTŮ/PACIENTŮ***

Nabídka služeb by měla co nejvíce odpovídat potřebám klientů/pacientů. Na základě pravidelného sběru zpětné vazby by tak mělo docházet k rozvoji nabízených služeb (například relaxací). Podněty by měly sloužit nejen k rozvoji služeb nabízených v rámci CDZ, ale také v regionu. Pracovníci CDZ by měly klienty/pacienty motivovat k využívání dalších služeb a aktivit mimo CDZ, tak aby bylo podporováno jejich zapojení do místní komunity.

## 8 PŘÍLOHA 1 – CRITICAL INCIDENT REPORT A OSNOVY ROZHovorŮ

---

### 8.1 CRITICAL INCIDENT REPORT

Sběr dat prostřednictvím Critical Incident Report (CIR) bude zaslán zástupcům všem CDZ. Záznamový arch bude zaslán jednotlivým zástupcům vždy před realizací polostrukturovaného rozhovoru, a to prostřednictvím e-mailu. Jednotlivé odpovědi budou následně zpracovány prostřednictvím programu Atlas.ti.

Vážená paní/Vážený pane!

V rámci evaluace projektu *Podpora vzniku center duševního zdraví III* bychom Vás rádi poprosili o vyplnění následujícího archu. Cílem je získat data o důležitých situacích, které podle Vás zásadním způsobem ovlivnily realizaci projektu a podpořily či ohrozily dosažení cílů. Zajímá nás také, jak byly konkrétní situace řešeny, jak s nimi bylo pracováno.

Chtěli bychom Vás poprosit, abyste se zamysleli nad průběhem projektu a připomněli si zásadní momenty, které dle Vás ovlivnily jeho realizaci. Nahlížejte na průběh z vlastního úhlu pohledu, pracujte s vlastním vnímáním konkrétní situace/situací.

1. Název CDZ: \_\_\_\_\_
2. Příjemce dotace: \_\_\_\_\_
3. V následující tabulce uveďte prosím maximálně pět situací (momentů, případů), které dle Vás zásadním způsobem ovlivnily realizaci projektu z pohledu Vaší pozice v projektu. Stačí stručný popis, který může být také v bodech.

A	Popište konkrétní situaci:  Popište, jak bylo na situaci reagováno:  Popište, jak daná situace projekt ovlivnila:  Co byste příště udělal/a jinak?
B	Popište konkrétní situaci:  Popište, jak bylo na situaci reagováno:  Popište, jak daná situace projekt ovlivnila:



	Co byste příště udělal/a jinak?
C	<p>Popište konkrétní situaci:</p> <p>Popište, jak bylo na situaci reagováno:</p> <p>Popište, jak daná situace projekt ovlivnila:</p> <p>Co byste příště udělal/a jinak?</p>
D	<p>Popište konkrétní situaci:</p> <p>Popište, jak bylo na situaci reagováno:</p> <p>Popište, jak daná situace projekt ovlivnila:</p> <p>Co byste příště udělal/a jinak?</p>
E	<p>Popište konkrétní situaci:</p> <p>Popište, jak bylo na situaci reagováno:</p> <p>Popište, jak daná situace projekt ovlivnila:</p>



	Co byste příště udělal/a jinak?
--	---------------------------------

## 8.2 OSNOVY POLOSTRUKTUROVANÝCH ROZHovorŮ – PRŮBĚŽNÁ EVALUACE

- Otázky v osnově jsou pro tazatele vodítkem. Říkají, na jaké otázky má být získaná odpověď. Principem polostrukturovaných rozhovorů je mít základní osu, tazatel/ka však klade otázky tak, aby logicky navazovaly na sdělené informace, vhodně je doplňuje a doptává se.
- Oslovení proběhne prostřednictvím e-mailu.
- Rozhovory proběhnou s ohledem na aktuální situaci a proti-pandemická opatření telefonicky, online (např. prostřednictvím Skype, Google Meet, Webex, apod.) či osobně. Evaluátor se přizpůsobí především potřebám a možnostem oslovených.
- Rozhovory budou nahrávány na základě souhlasu (v případě osobního setkání bude podepsán informovaný souhlas, v případě online či telefonického rozhovoru budou součástí nahrávky přečtení obsahu Informovaného souhlasu a záznam souhlasu s nahráváním).
- Rozhovory budou přepsány a následně zpracovány za využití programu Atlas.ti.
- Předpokládaná délka jednoho rozhovoru je nejvíce 1 hodina.

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru se zástupci CDZ

### **A) Hodnocení věcného pokroku a hodnocení celkového řízení projektu:**

#### **Spolupráce mezi zdravotní a sociální částí CDZ:**

- Varianta 1: Jak probíhá spolupráce mezi příjemci dotace – zdravotní a sociální částí CDZ?
- Varianta 2: Jakým způsobem je koordinována zdravotní a sociální část CDZ?
- Jakým způsobem je multidisciplinární tým řízen (systém porad, plánování aktivit)?
- Jak je nastaveno sdílení relevantní dokumentace? Jaké překážky bylo nutné či stále je nutné překonat, aby sdílení bylo optimální a zároveň v souladu s legislativou?

#### **EO: Jak fungují vnitřní procesy v CDZ?**

Jak se daří propojování zdravotních a sociálních služeb v CDZ?

Jak probíhá řízení multidisciplinárního týmu, jaké organizační a řídicí mechanismy se jeví jako efektivní?

Jak probíhalo sdílení dokumentace mezi zdravotní a sociální částí v rámci multidisciplinárního týmu?

**EO: Jaké je místo CDZ v systému služeb a jaká je udržitelnost CDZ?**

#### **Navázání spolupráce s relevantními aktéry:**

- S jakými dalšími organizacemi a službami CDZ spolupracuje? Jak je hodnocena tato spolupráce?
- Které služby v oblasti chybí, anebo nemají dostatečnou kapacitu?
- Jak hodnotíte podporu ze strany metodiček projektu? Jakou formu a intenzitu byste uvítali?

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru s projektovou manažerkou

### A) Hodnocení celkového řízení projektu:

#### Personální zajištění:

- Odpovídá personální zajištění aktivitám projektu?

#### Řízení projektu:

- Jak probíhá komunikace na jednotlivých úrovních projektu i mezi nimi? Jaké jsou překážky optimální komunikace?
- Jak je reagováno na případná rizika, která se při realizaci projektu vyskytla?
- Jakým způsobem probíhá spolupráce s Výkonným výborem a Řídícím orgánem? Jaké záležitosti byly nutné s VV či ŘO řešit?

EO: Běží projekt dle nastaveného plánu?

Je zabezpečeno adekvátní personální zajištění, tak aby mohl projekt běžet dle plánu?

EO: Běží projekt dle nastaveného plánu?

Je aktuální stav projektu v souladu s plánem projektu?

Běží program (a jeho klíčové aktivity) podle naplánovaného harmonogramu?

### B) Hodnocení věcného pokroku:

#### Harmonogram projektu:

- Běží jednotlivé klíčové aktivity dle harmonogramu projektu? Došlo k nějakým dalším změnám v projektu?
- Daří se dosahovat stanovených indikátorů projektu? Jaké faktory podporují dosahování indikátorů? Jaké faktory limitují dosahování indikátorů?

**EO: Jaký je průběh projektu v širším kontextu?**

Běží projekt v souladu s relevantními strategiemi, koncepcemi a dalšími dokumenty?

Jak probíhá koordinace mechanismů a procesů mezi projektem a jinými programy/politikami?

**C) Hodnocení vazby intervencí projektu k relevantním strategiím, koncepcím a dalším dokumentům a Hodnocení koordinace mechanismů a procesů mezi projektem a jinými programy/politikami:**

- Jakým způsobem je projekt provázán s dalšími aktivitami reformy péče o duševní zdraví? Jak se projektu daří naplňovat principy reformy péče o duševní zdraví?
- Jakým způsobem je projekt provázán s dalšími projekty Ministerstva zdravotnictví?
- Jakým způsobem je zajišťována a kontrolována provázanost s dalšími relevantními programy a politikami?
- Které koncepce/strategie potřebné k optimálním dopadům či udržitelnosti projektu chybí či jsou nedostatečné?

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru s finanční manažerkou

### A) Hodnocení celkového řízení projektu:

- Jak probíhá komunikace na jednotlivých úrovních projektu i mezi nimi? Jaké jsou překážky optimální komunikace?
- Jak hodnotíte předávání potřebných informací, které k odpovědnému výkonu své pozice potřebujete?

#### EO: Běží projekt dle nastaveného plánu?

Je zabezpečeno adekvátní personální zajištění tak, aby mohl projekt běžet dle plánu?

#### EO: Běží projekt dle nastaveného plánu?

Je aktuální stav projektu v souladu s finančním plánem projektu?

### B) Hodnocení finanční výkonnosti projektu

- Jak se jednotlivým CDZ daří čerpat finance k zajištění pilotního provozu?
- Jaké jsou nejčastější chyby ve vykazování? Jaké rozdíly při vykazování jsou zaznamenány u jednotlivých CDZ?

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru s věcnou gestorkou a metodičkami projektu

### A) Hodnocení celkového řízení projektu:

- Jak probíhá komunikace na jednotlivých úrovních projektu i mezi nimi? Jaké jsou překážky optimální komunikace?
- Jak probíhá spolupráce a komunikace s dalšími důležitými aktéry – výkonným výborem, projektovou manažerkou, odborníci na komunikaci apod.?

#### EO: Běží projekt dle nastaveného plánu?

Je zabezpečeno adekvátní personální zajištění tak, aby mohl projekt běžet dle plánu?

#### EO: Jak probíhá spolupráce s relevantními aktéry?

Jak probíhá/probíhalo sestavování multidisciplinárního týmu, jeho vzdělávání a rozvoj?

Jak probíhá/probíhalo zajišťování klientů?

Jak probíhá/probíhalo zřízení Řídící rady?

Jak probíhá/probíhala komunikace směrem k zaměstnancům veřejné správy a poskytovatelům zdravotních služeb?

### B) Hodnocení věcného pokroku

- Jak probíhá spolupráce s jednotlivými CDZ? Jaké existují překážky optimální spolupráce?
- Jak se daří v CDZ, se kterými spolupracujete, dosahovat stanovených indikátorů? Jaké faktory podporují dosahování indikátorů? Jaké faktory limitují dosahování indikátorů?
- Jak se jednotlivým CDZ dařilo sestavit multidisciplinární tým? S jakými potížemi se jednotlivá CDZ při sestavování multidisciplinárních týmů potýkala? Dařilo se, případně jakým způsobem, potíže překonávat?
- Mají jednotlivá CDZ dostatečný počet klientů? Jakým způsobem jsou oslovováni klienti jednotlivých CDZ?
- V jaké fázi je u jednotlivých CDZ zřízení Řídící rady?
- Jakým způsobem je u jednotlivých CDZ zajišťována komunikace s relevantními aktéry?



## Osnova polostrukturovaného rozhovoru se specialistkou na komunikaci

### A) Hodnocení celkového řízení projektu:

- Jak probíhá spolupráce a komunikace s důležitými aktéry, projektovou manažerkou či metodičkami?

EO: Běží projekt dle nastaveného plánu?

Je zabezpečeno adekvátní personální zajištění tak, aby mohl projekt běžet dle plánu?

EO: Jak probíhá spolupráce s relevantními aktéry?

Jak probíhá/probíhala komunikace směrem k zaměstnancům veřejné správy a poskytovatelům zdravotních služeb?

### B) Hodnocení věcného pokroku

- Jak aktuálně vypadá realizace komunikačních opatření v místě působení jednotlivých CDZ?
- Jakým způsobem probíhá informování o CDZ?
- Kdo je identifikován jako důležitý aktér pro komunikaci?
- Jaké jsou faktory podporující optimální komunikaci? Jaké jsou překážky v komunikaci?

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru s interním evaluátorem

### A) Hodnocení věcného pokroku

- Daří se dosahovat stanovených indikátorů projektu? Jaké faktory podporují dosahování indikátorů? Jaké faktory limitují dosahování indikátorů?
- Jak probíhá sběr a vyhodnocování dat za jednotlivá CDZ?
- V jaké fázi je vypracovávání interní evaluace?

**EO: Běží projekt dle nastaveného plánu?**

Je aktuální stav projektu v souladu s plánem projektu?

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru s vedoucím oddělení péče o duševní zdraví za věcnou gesci

### A) Hodnocení celkového řízení projektu:

- Jak probíhá komunikace na jednotlivých úrovních projektu i mezi nimi? Jaké jsou překážky optimální komunikace?
- Jak probíhá spolupráce a komunikace s důležitými aktéry?

**EO: Běží projekt dle nastaveného plánu?**

Je zabezpečeno adekvátní personální zajištění tak, aby mohl projekt běžet dle plánu?

**EO: Jaký je průběh projektu v širším kontextu?**

Běží projekt v souladu s relevantními strategiemi, koncepcemi a dalšími dokumenty?

Jak probíhá koordinace mechanismů a procesů mezi projektem a jinými programy/politikami?

### B) Hodnocení vazby intervencí projektu k relevantním strategiím, koncepcím a dalším dokumentům a Hodnocení koordinace mechanismů a procesů mezi projektem a jinými programy/politikami

- Jakým způsobem je projekt provázán s dalšími aktivitami reformy péče o duševní zdraví? Jak se projektu daří naplňovat principy reformy péče o duševní zdraví?
- Jakým způsobem je projekt provázán s dalšími projekty Ministerstva zdravotnictví?
- Jakým způsobem je zajišťována a kontrolována provázanost s dalšími relevantními programy a politikami?
- Které koncepce/strategie potřebné k optimálním dopadům či udržitelnosti projektu chybí či jsou nedostatečné?

### 8.3 OSNOVY POLOSTRUKTUROVANÝCH ROZHOVORŮ – ZÁVĚREČNÁ EVALUACE

- Otázky v osnově jsou pro tazatele vodítkem, říkají, na jaké otázky má být získaná odpověď. Principem polostrukturovaných rozhovorů je mít základní osu, tazatel/ka však klade otázky tak, aby logicky navazovaly na sdělené informace, vhodně je doplňuje a doptává se.
- Oslovení proběhne prostřednictvím e-mailu či telefonicky. Se zástupci CDZ bude projednán vhodný výběr zástupců cílové skupiny a jejich rodinných příslušníků pro individuální, případně skupinové rozhovory. Konkrétní data rozhovorů budou projednávána rovněž se zástupci CDZ, tazatel se bude co nejvíce přizpůsobovat potřebám klientů a klientek a jejich rodinným příslušníkům.
- Rozhovory proběhnou s ohledem na aktuální situaci a proti-pandemická opatření telefonicky, online (např. prostřednictvím Skype, Google Meet, Webex, apod.) či osobně. Evaluátor se přizpůsobí především potřebám a možnostem oslovených.
- Rozhovory budou nahrávány na základě souhlasu (v případě osobního setkání bude podepsán informovaný souhlas, v případě online či telefonického rozhovoru budou součástí nahrávky přečtení obsahu Informovaného souhlasu a záznam souhlasu s nahráváním).
- Rozhovory budou přepsány a následně zpracovány za využití programu Atlas.ti.
- Předpokládaná délka jednoho rozhovoru je nejvíce 1 hodina. U cílové skupiny cca 30 minut či dle potřeby klienta/klientky. Délka fokusní skupiny bude 2 hodiny včetně pauzy.

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru se zástupci cílové skupiny

### Jak hodnotí zavedení CDZ příjemci péče a jejich blízcí?

- Jaké služby/formy podpory klienti a klientky využívali před vznikem CDZ?
- Jak se klienti/klientky o službě dozvěděli?
- Co je motivovalo k tomu stát se klienty/klientkami CDZ?
- Jak hodnotí dostupnost CDZ?
- Jak hodnotí prostory CDZ? Cítí se v CDZ příjemně a bezpečně? Co by vylepšili?
- Jaké služby/formy podpory klienti/klientky v CDZ (nejvíce) využívají?
- Jak klienti a klientky hodnotí přístup zaměstnanců CDZ (vstřícnost, empatii, srozumitelnost apod.)?
- Jak jim vyhovuje časová dostupnost jednotlivých služeb? Kterých služeb by rádi využívali více?
- Jaké další formy podpory klienti a klientky využívají? Jakou formu podpory by přivítali?
- Došlo v životě klientů/klientek díky využívání služeb CDZ k nějakým pozitivním změnám (v rodinných vztazích, sousedských vztazích, vztazích s přáteli, v oblasti zaměstnanosti, bydlení apod.)?

#### EO: JAK HODNOTÍ ZAVEDENÍ CDZ PŘÍJEMCI PÉČE A JEJICH BLÍZCÍ?

Jak klienti hodnotí poskytování péče, co se pro ně změnilo zavedením CDZ?

EO: JAK SE LIŠÍ PRŮCHOD SLUŽBOU PACIENTA/KLIANTA, KTERÝ V PRŮBĚHU PROŠEL KRIZOVÝM OBDOBÍM NEMOCI A KLIANTA, KTERÝ KRIZOVÝM OBDOBÍM NEPROŠEL?

**pozn. Skutečnost, zda klient či klientka prošel v době spolupráce s CDZ krizovým obdobím bude zjišťována a projednávána nejprve s relevantním zástupcem CDZ.**

- Jak klienti a klientky hodnotí podporu v době krize a krátce po krizi?
- Jakou podporu by v době probíhající krize ještě přivítali?

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru s rodinnými příslušníky/osobami blízkými

### Jak hodnotí zavedení CDZ příjemci péče a jejich blízcí?

#### EO: JAK HODNOTÍ ZAVEDENÍ CDZ PŘÍJEMCI PÉČE A JEJICH BLÍZCÍ?

Jak hodnotí poskytování péče rodinní příslušníci pacientů/klientů? Jaké je jejich vnímání péče?

- Jak by dle rodinných příslušníků měla vypadat optimální péče/podpora zástupců cílové skupiny?
- S jakou formou podpory zástupců cílové skupiny mají rodinní příslušníci zkušenosti? Jak tuto zkušenost hodnotí?
- Které služby v regionu (stále) chybí, anebo nemají dostatečnou kapacitu?
- Jak se dozvěděli o CDZ?
- Jak hodnotí místní a časovou dostupnost CDZ? Co by vylepšili?
- Jak hodnotí estetickou stránku CDZ? Co by vylepšili?
- Jak hodnotí kvalitu péče a podpory v CDZ? Co by vylepšili?
- K jakým kvalitativním změnám dle nich došlo v životě zástupců CS využívajících služeb CDZ?
- K jakým případným kvalitativním změnám došlo v životě jich samotných?

### Týká se jen příbuzných/osob blízkých klienta/klientky, kteří v době využívání služeb CDZ prošli krizí.

#### EO: JAK SE LIŠÍ PRŮCHOD SLUŽBOU PACIENTA/KLIANTA, KTERÝ V PRŮBĚHU PROŠEL KRIZOVÝM OBDOBÍM NEMOCI A KLIANTA, KTERÝ KRIZOVÝM OBDOBÍM NEPROŠEL?

- Jak hodnotíte připravenost pracovníků CDZ na možnou krizi?
- Jak hodnotíte kvalitu podpory v průběhu a krátce po ukončení krize? Co byste vylepšila?

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky CDZ

### **Jak fungují vnitřní procesy nastavené v CDZ?**

- Jak se během projektu dařilo sladit spolupráci mezi zdravotní a sociální stránkou CDZ? Co bylo největší komplikací? Které překážky/komplikace se nepodařilo doposud vyřešit?
- Jaké jsou základní předpoklady dobře fungujícího multidisciplinárního týmu? Jak by mělo vypadat odpovídající vedení multidisciplinárního týmu? Co se při řízení multidisciplinárního týmu ukázalo jako efektivní?
- Jak v rámci multidisciplinárního týmu probíhá spolupráce s psychiatrem? Jaké nedostatky a příležitosti jste zaznamenali?
- Jakou roli má dle Vašich zkušeností psychiatr CDZ vůči dalším psychiatrům v regionu?

### **Řízení kvality**

- Jakým způsobem byly nastaveny a následně propojeny postupy řízení kvality ve zdravotní části multidisciplinárního týmu? V čem je obtížné postupy sladit? Jaké postupy se osvědčily?

#### **EO: JAK PROBÍHÁ PROCES ŘÍZENÍ KVALITY POSKYTOVANÉ PÉČE V JEDNOTLIVÝCH CDZ?**

Jak jsou propojeny postupy řízení kvality ve zdravotnické části multidisciplinárního týmu?

Jak jsou propojeny postupy řízení kvality v sociální části multidisciplinárního týmu?

Jak je zpracováno řízení kvality do interních postupů CDZ?

#### **EO: JAK FUNGUJÍ VNITŘNÍ PROCESY NASTAVENÉ V CDZ?**

Jak se daří propojování zdravotních a sociálních služeb v CDZ?

Jak probíhá řízení multidisciplinárního týmu, jaké organizační a řídicí mechanismy se jeví jako efektivní?

Jaká je role psychiatra uvnitř týmu CDZ a jaká vůči psychiatrům v rámci regionu?

- Jak je zpracováno řízení kvality do interních postupů CDZ

## EO: JAK PROBÍHÁ VZDĚLÁVÁNÍ A SUPERVIZE PRACOVNÍKŮ CDZ?

Jaké jsou krátkodobé a  
dlouhodobé plány vzdělávání?  
Jak probíhá výběr vzdělávacích  
aktivit?

Jaké vzdělávací aktivity nejsou  
dostupné?

Jak probíhaly supervize v CDZ?

## Vzdělávání a supervize pracovníků CDZ

- Jak probíhalo nastavování vzdělávacích plánů a supervizí?
- V jaké oblasti/tématech vzdělávání chybí (není dostatečně kvalitní)?
- Jaké jsou dlouhodobé vzdělávací plány a na základě jakých faktorů jsou stanovovány?

## Průchod službou

- Kolik osob v průběhu pilotního provozu prodělalo krizi?
- Jak probíhá a v čem se liší průchod službou pacienta/klienta, který v průběhu prošel krizí, a pacienta/klienta, který krizí neprošel?
- Kdy jsou vypracovávány krizové plány? Jakým způsobem jsou vypracovávány? Jsou do krizového plánu zapojeny také další osoby/instituce?
- Byl vypracovaný krizový plán plněn? Co se osvědčilo a co se naopak neosvědčilo?
- Došlo po prodělání krize ke změně krizového plánu? Jakým způsobem? Byly do aktualizace krizového plánu zapojeny další osoby/instituce?

## EO: JAK SE LIŠÍ PRŮCHOD SLUŽBOU PACIENTA/KLIENTA, KTERÝ V PRŮBĚHU PROŠEL KRIZOVÝM OBDOBÍM NEMOCI A KLIENTA, KTERÝ KRIZOVÝM OBDOBÍM NEPROŠEL?

Jak se liší průchod službou

pacienta/klienta, který v průběhu prošel  
krizovým obdobím nemoci a,  
pacienta/klienta, který krizovým obdobím  
neprošel?

Byl vypracovaný krizový plán plněn  
Došlo po prodělané krizi ke změně  
krizového plánu?



## EO: JAKÉ JE MÍSTO CDZ V SYSTÉMU SLUŽEB A JAKÁ JE UDRŽITELNOST CDZ?

Jak CDZ funguje v rámci regionu, jaká je návaznost, informovanost o vzniklých službách (včetně IZS)?

Jak probíhá spolupráce s ambulantními psychiatry v regionu?

Jak je dělena/doplňována péče poskytovaná klientovi ze strany psychiatra CDZ a ambulantního psychiatra, v jehož péči je pacient vedený?

Jak funguje spolupráce mezi CDZ, praktickými lékaři, nemocnicemi, sociálními službami?

## Jaké je místo CDZ v systému služeb a jaká je udržitelnost CDZ?

- Jaké postavení má CDZ v rámci dalších relevantních služeb a sítě aktérů?
  - Podařilo se navázat spolupráci s relevantními aktéry a institucemi? S kým se obtížně navazovala spolupráce? S kým ještě není spolupráce optimálně nastavena? Jaké kroky jsou plánované k nastavení spolupráce?
  - Podařilo se navázat spolupráci s ISZ? Co bylo případně překážkou pro navázání odpovídající spolupráce?
  - Jak probíhá spolupráce s ambulantními psychiatry?
  - Jakým způsobem je rozděleno/vyřešeno poskytování péče ze strany psychiatra CDZ a ambulantního psychiatra?
  - Jak funguje spolupráce mezi CDZ, praktickými lékaři, nemocnicemi, sociálními službami?
  - Jaká je udržitelnost CDZ? Co může být relevantní překážkou udržitelnosti CDZ?
- 
- Jak probíhá/probíhala komunikace směrem k zaměstnancům veřejné správy a poskytovatelům zdravotních služeb?

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru s ambulantními psychiatry a psychiatry v lůžkových zařízeních v regionu

### EO: JAKÉ JE MÍSTO CDZ V SYSTÉMU SLUŽEB A JAKÁ JE UDRŽITELNOST CDZ?

Jak je dělena/doplňována péče poskytovaná klientovi ze strany psychiatra CDZ a ambulantního psychiatra, v jehož péči je pacient vedený?

Jak probíhá spolupráce s ambulantními psychiatry v regionu?

### Jaké je místo CDZ v systému služeb?

- Jakou roli má CDZ v systému podpory cílové skupiny (dále jen CS) v regionu? Jak je hodnocen přínos CDZ v regionu?
- Jakým způsobem byla zahájena spolupráce mezi psychiatrem a CDZ?
- Jak spolupráce probíhá? Jaké jsou silné stránky spolupráce? Co by bylo třeba vylepšit?
- Jakým způsobem probíhá koordinace podpory klientů/klientek ze strany CDZ (včetně psychiatrů CDZ) a psychiatrů mimo CDZ?

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru s poskytovateli dalších sociálních a zdravotních služeb pro cílovou skupinu

### EO: JAKÉ JE MÍSTO CDZ V SYSTÉMU SLUŽEB A JAKÁ JE UDRŽITELNOST CDZ?

Jak CDZ funguje v rámci regionu, jaká je návaznost, informovanost o vzniklých službách (včetně IZS)?

Jak funguje spolupráce mezi CDZ, praktickými lékaři, nemocnicemi, sociálními službami?

### Jaké je místo CDZ v systému služeb?

- Jakou roli má CDZ v systému podpory CS v regionu? Jak je hodnocen přínos CDZ v regionu?
- Jakým způsobem byla zahájena spolupráce mezi dalšími službami a CDZ?
- Jak probíhá spolupráce? Jaké jsou překážky optimální spolupráce?
- Jak probíhá koordinace podpory klienta/pacienta?

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru s manažery zdravotních pojišťoven

**EO: JAKÉ JE MÍSTO CDZ V SYSTÉMU SLUŽEB A JAKÁ JE UDRŽITELNOST CDZ?**

Jak vnímají proces zavádění CDZ zástupci zdravotních pojišťoven a jaké podnikají kroky k udržitelnosti týmů CDZ?

### **Jaké je místo CDZ v systému služeb?**

- Jakou roli má CDZ v systému podpory CS v regionu? Jak je hodnocen přínos CDZ v regionu?
- Jaké jsou dle manažerů hlavní překážky úspěšného fungování CDZ?
- Jakou podporu mohou pojišťovny poskytnout pro udržitelnost jednotlivých CDZ?
- Jaké jsou hlavní překážky udržitelnosti CDZ?

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru se zástupci místní správy a samosprávy

### EO: JAKÉ JE MÍSTO CDZ V SYSTÉMU SLUŽEB A JAKÁ JE UDRŽITELNOST CDZ??

Jak vnímají proces vzniku CDZ krajské samosprávy? Jak zajišťují udržitelnost vzniklých služeb?

#### **Jaké je místo CDZ v systému služeb?**

- Jakou roli má CDZ v systému podpory CS v regionu? Jak je hodnocen přínos CDZ v regionu?
  - Jakým způsobem byl komunikován záměr vzniku CDZ v regionu? Byl takovýto způsob dostatečný?
  - Jakým způsobem byli zástupci informováni o průběhu realizace CDZ?
  - Jaké informace zástupcům chybí/chyběli?
  - Jaké jsou hlavní překážky úspěšného fungování CDZ?
- 
- Jakou podporu mohou zástupci poskytnout pro udržitelnost jednotlivých CDZ?
  - Jaké jsou hlavní překážky udržitelnosti CDZ v jejich regionu?

## Osnova polostrukturovaného rozhovoru s realizačním týmem projektu

### EO: DO JAKÉ MÍRY BYL NAPLNĚN STANOVENÝ CÍL PROJEKTU?

Zda a jak byly naplněny  
stanovené cíle a konkrétní  
klíčové aktivity projektu?

### Dosažení cíle projektu

- Bylo dosaženo cíle projektu? Jakých dílčích cílů se případně nepodařilo vůbec či jen omezeně dosáhnout?
- Jaké faktory pozitivně a negativně ovlivňovaly průběh projektu a dosažení cílů projektu?

- Podařilo se naplnit stanovené indikátory projektu?
- Jaké faktory pozitivně a negativně ovlivňovaly dosahování indikátorů?

### EO: BYLO V RÁMCI PROJEKTU DOSAŽENO NEJLEPŠÍHO MOŽNÉHO VÝSLEDKU?

V případě, že mohlo být  
dosaženo lepšího výsledku,  
jaký je rozdíl mezi reálným  
dosaženým výsledkem a  
možným výsledkem?

- K jakým změnám v harmonogramu došlo a proč (otázka relevantní, pokud došlo k dalším změnám od sepsání průběžné evaluační zprávy)?
- Jak změny v harmonogramu ovlivnily finanční čerpání a dosahování jednotlivých cílů a indikátorů?
- Odpovídala potřeba podpory na straně CDZ personálním a úvazkovým kapacitám?

**EO: BYLO VÝSTUPU  
DOSAŽENO ZA  
PŘEDPOKLÁDANOU CENU A  
ČAS A NA PLÁNOVANÝCH  
MÍSTECH?**

**EO: JE PROJEKT NADÁLE  
UDRŽITELNÝ?**

Co je potřeba k tomu, aby  
projekt mohl nadále fungovat?

#### **Udržitelnost**

- Jaký je předpoklad udržitelnosti jednotlivých CDZ?
- Jakou podporu budou CDZ potřebovat k tomu, aby byla dlouhodobě udržitelná?

#### **Destigmatizace**

- Jaká komunikační řešení byla zvolena? Jaká byla jejich relevantnost?
- Jak se liší komunikace za účelem destigmatizace v rámci jednotlivých CDZ?

**EO: JAK PROBÍHÁ  
KOMUNIKACE S DALŠÍMI  
AKTÉRY ZA ÚČELEM  
DESTIGMATIZACE?**

## Struktura fokusních skupin se zástupci CS

- Předpokládaný počet účastníků fokusní skupiny 9 až 12 + 2 moderátoři ze SocioFactoru
- Termín konání fokusní skupiny: dle domluvy s jednotlivými CDZ, avšak vždy před ukončením pilotního projektu
- Místo konání fokusní skupiny: dle domluvy s jednotlivými CDZ
- Čas konání fokusní skupiny: dle domluvy s jednotlivými CDZ a možností jednotlivých zástupců CS

### Scénář:

#### **I. Úvodní blok (10 minut)**

- a. Představení moderátorů a jejich role;
- b. Představení účelu diskusní skupiny;
- c. Představení průběhu diskusní skupiny;
- d. Představení podmínek;
- e. Zajištění souhlasu k nahrávání, zaručení anonymizace členů a jejich výpovědí.

#### **II. Blok I – Úvod: Ideální služba (40 minut)**

- a. Představení účastníků fokusní skupiny a „ledoborka“: „*Představte se prosím skupině a řekněte zároveň jednu vlastnost, jakou by měl mít ideální pracovník/pracovnice CDZ.*“ (10 minut)
- b. Ideální služba:
  - i. Postup: Moderátoři vyzvou účastníky z CS, ať se zamyslí, jak by dle nich měla vypadat ideální služba, kterou by rádi využívali. Moderátoři vhodně kladou motivující/doplňující otázky. Jednotlivé návrhy zapisují na flipchart.
  - ii. Motivující/doplňující otázky:
    - Kde by taková služba měla sídlit?
    - Jak by měly vypadat její prostory?
    - Jaká by měla být časová dostupnost?
    - Jaké formy podpory by měla poskytovat?
    - Jací by měli být pracovníci a pracovnice takovéto služby?
  - iii. Následně moderátoři čtou jednotlivé charakteristiky a doptávají se, zda jsou tyto charakteristické také pro CDZ, jehož služby klienti a klientky využívají.



III. Pauza (10 minut)

IV. **Blok II – Přínosy využívání služeb CDZ (50 minut)**

- a. Cílem druhého bloku je zjistit, jaké přínosy má pro zástupce CS využívání podpory konkrétního CDZ.
- b. Postup:
  - i. Individuální práce (10 minut): Každému účastníkovi jsou dány tři červené kartičky a tři zelené kartičky. Na zelené kartičky účastníci napíší, které tři aspekty, jsou na využívání služeb CDZ nejlepší („Co mi přineslo využívání CDZ? Co mám na CDZ rád/a?“). Na červené kartičky napíší, co by vylepšili („Co bych ještě na CDZ vylepšil/a? Co mi zde chybí?“). Jednotlivé kartičky účastníci umísťují na příslušné flipcharty.
  - ii. Diskuse nad přínosy (20 minut).
    - Moderátoři pročitají jednotlivé zelené kartičky. U každé se zastaví a doptávají se vhodně dle toho, co je na kartičce napsáno. Otázka necílí na toho, kdo ji napsal, ale na celou skupinu. Moderátoři vhodně vedou diskusi, tak aby se co nejvíce dozvěděli o přínosech, ale také různých potřebách a zkušenostech CS.
  - iii. Diskuse nad zlepšeními (20 minut).
    - Moderátoři pročitají jednotlivé červené kartičky. U každé se zastaví a doptávají se vhodně dle toho, co je na kartičce napsáno. Otázka necílí na toho, kdo ji napsal, ale na celou skupinu. Moderátoři vhodně vedou diskusi tak, aby se co nejvíce dozvěděli o možnostech zlepšení, ale také individuálních potřebách zástupců CS.

V. **Ukončení fokusní skupiny (10 minut)**

- a. Moderátoři stručně shrnou základní zjištění.
- b. Poprosí účastníky o závěrečné kolečko. „Maximálně jednou, dvěma větami řekněte, co byste CDZ a jeho zaměstnancům přáli do budoucna.“
- c. Otázka: Co by popřáli sobě v souvislosti s CDZ do budoucna?
- d. Rozloučení.

## Struktura fokusních skupin s rodinnými příslušníky/osobami blízkými

- Předpokládaný počet účastníků fokusní skupiny 9 až 12 + 2 moderátoři ze SocioFactoru
- Termín konání fokusní skupiny: dle domluvy s jednotlivými CDZ, avšak vždy před ukončením pilotního projektu
- Místo konání fokusní skupiny: dle domluvy s jednotnými CDZ
- Čas konání fokusní skupiny: dle domluvy s jednotnými a možností jednotlivých zástupců CS
- V případě, kdy to bude možné, bude preferována realizace FG s cílovou skupinou a FG s rodinnými příslušníky ve stejných den a čas, tak aby nedocházelo k přílišnému zatěžování zástupců CS, rodinných příslušníků a pracovníků/pracovnic CDZ.

### Scénář:

#### **I. Úvodní blok (10 minut)**

- a. Představení moderátorů a jejich role;
- b. Představení účelu diskusní skupiny;
- c. Představení průběhu diskusní skupiny;
- d. Představení podmínek;
- e. Zajištění souhlasu k nahrávání, zaručení anonymizace členů a jejich výpovědí.

#### **II. Blok I – Úvod: Ideální služba (40 minut)**

- a. Představení účastníků fokusní skupiny a „ledoborka“: „*Představte se prosím skupině a řekněte zároveň jednu vlastnost, jakou by měl mít ideální pracovník/pracovnice CDZ.*“ (10 minut)
- b. Ideální služba:
  - i. Postup: Moderátoři vyzvou účastníky, ať se zamyslí, jak by dle nich měla vypadat ideální služba, kterou by dle nich zástupci CS potřebovali a která by jim byla „dělaná na míru.“ Moderátoři vhodně kladou motivující/doplňující otázky. Jednotlivé návrhy zapisují na flipchart.
  - ii. Motivující/doplňující otázky:
    - Kde by taková služba měla sídlit?
    - Jak by měly vypadat její prostory?
    - Jaká by měla být časová dostupnost?
    - Jaké formy podpory by měla poskytovat?
    - Jací by měli být pracovníci a pracovnice takovéto služby?
    - Jakou formu podpory byste využili vy jako osoby blízké?

- Jakou formu komunikace preferujete?
  - Jaké zapojení do služby byste uvítali?
- iii. Následně moderátoři čtou jednotlivé charakteristiky a doptávají se, zda jsou tyto charakteristické také pro konkrétní CDZ.

III. Pauza (10 minut)

#### IV. Blok II – Přínosy využívání služeb CDZ (50 minut)

- a. Cílem druhého bloku je zjistit, jaké přínosy má dle rodinných příslušníků/osob blízkých pro zástupce CS využívání podpory konkrétního CDZ.
- b. Postup:
- i. Individuální práce (10 minut): Každému účastníkovi jsou dány tři červené kartičky a tři zelené kartičky. Na zelené kartičky účastníci napíší, které tři aspekty, jsou na využívání služeb CDZ nejlepší („Co přineslo využívání služeb CS? Co přineslo mě jako osobě blízké?“). Na červené kartičky napíší, co by vylepšili („Co bych ještě na CDZ vylepšil/a? Co mi zde chybí?“). Jednotlivé kartičky účastníci umísťují na příslušné flipcharty.
  - ii. Diskuse nad přínosy (20 minut).
    - Moderátoři pročítají jednotlivé zelené kartičky. U každé se zastaví a doptávají se vhodně dle toho, co je na kartičce napsáno. Otázka necílí na toho, kdo ji napsal, ale na celou skupinu. Moderátoři vhodně vedou diskusi tak, aby se co nejvíce dozvěděli o přínosech, ale také různých potřebách a zkušenostech CS a osob blízkých.
  - iii. Diskuse nad zlepšeními (20 minut).
    - Moderátoři pročítají jednotlivé červené kartičky. U každé se zastaví a doptávají se vhodně dle toho, co je na kartičce napsáno. Otázka necílí na toho, kdo ji napsal, ale na celou skupinu. Moderátoři vhodně vedou diskusi tak, aby se co nejvíce dozvěděli o možnostech zlepšení, ale také individuálních potřebách zástupců CS a osob blízkých.

#### V. Ukončení fokusní skupiny (10 minut)

- a. Moderátoři stručně shrnou základní zjištění.
- b. Poprosí účastníky o závěrečné kolečko. „Maximálně jednou, dvěma větami řekněte, co byste CDZ a jeho zaměstnancům přáli do budoucna.“
- c. Otázka: Co by popřáli sobě v souvislosti s CDZ do budoucna?

#### d. Rozloučení

## 8.4 INFORMOVANÝ SOUHLAS

### Informovaný souhlas

**pro evaluaci projektu: Podpora vzniku center duševního zdraví III**

#### **Poučení k ochraně osobních údajů:**

- Realizátorem výzkumu je společnost SocioFactor s.r.o. se sídlem Daliborova 631/22, Ostrava – Mariánské Hory, 709 00
- Zaměstnanci výzkumu mají povinnost mlčenlivosti ohledně osobních údajů, které získají v rámci rozhovoru, budou chránit Vaše soukromí a dbát etických pravidel tak, aby Vám nezpůsobili žádnou škodu či újmu
- K poskytnutému rozhovoru budou mít přístup pouze osoby provádějící daný výzkum. Záznamy a přepisy rozhovorů nebudou poskytnuty žádné neoprávněné osobě
- Údaje budou použity jen pro účely daného výzkumu, výsledky výzkumu mohou být publikovány

#### **Prohlášení respondenta:**

*(Zakroužkuje variantu, se kterou souhlasíte)*

- |  |                 |
|--|-----------------|
| • Souhlasím s účastí na výše uvedené evaluaci.   | <b>ANO / NE</b> |
| • Souhlasím s tím, že ve výstupech z rozhovoru bude uvedena má role v rámci zkoumaného tématu.   | <b>ANO / NE</b> |
| • Souhlasím s pořízením audio záznamu rozhovoru.   | <b>ANO / NE</b> |
| • Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. | <b>ANO / NE</b> |
| • Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.  | <b>ANO / NE</b> |

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží má osoba a druhý řešitel výzkumu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele výzkumu:

V \_\_\_\_\_ dne:

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu:

V \_\_\_\_\_ dne: