



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Evaluace projektů Reformy psychiatrické péče – ČÁST B

Evaluace projektu „Podpora vzniku Center
duševního zdraví II“

**TECHNICKÁ PŘÍLOHA ZÁVĚREČNÉ EVALUAČNÍ
ZPRÁVY**

Datum: 31. 3. 2021



Evaluation Advisory
Central Europe

Zpracovatel:

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

Zadavatel:

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



Obsah

Seznam použitých zkratk	4
1 Výsledky vyhodnocení nastavení Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ a jejích příloh	6
1.1 Textový soubor zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ	7
1.2 Seznam klientů s formou a rozsahem podpory	8
1.3 Pracovní smlouvy, náplně práce a kopie ověřených osvědčení o nejvyšším dosaženém vzdělání odborných pracovníků	8
1.4 Doklady ke vzdělávání pracovníků odborného personálu	8
1.5 Doklady k realizaci komunikačních opatření – prezenční listiny, fotografická dokumentace apod.	9
1.6 Tabulka k vykazování indikátorů	9
1.7 Přehled čerpané dovolené	11
1.8 Monitorovací list podpořené osoby	11
1.9 Výkaz způsobilých výdajů CDZ	12
2 Přehled administrace zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ	13
3 Scénáře rozhovorů s realizačním týmem projektu	20
3.1 Scénáře rozhovorů s realizačním týmem projektu uskutečněných pro Vstupní evaluační zprávu	20
3.2 Scénář rozhovoru s realizačním týmem projektu uskutečněným pro Průběžnou zprávu	22
4 Scénáře rozhovorů pro případové studie	24
5 Scénáře rozhovorů doplňujících případové studie	28
6 Metodika výběru CDZ pro případové studie	29
7 Případové studie jednotlivých CDZ	40
7.1 CDZ pro Prahu 6	40
7.1.1 Případová studie CDZ pro Prahu 6	40
7.1.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ pro Prahu 6	51
7.2 CDZ Opava	93
7.2.1 Případová studie CDZ Opava	93
7.2.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ Opava	102
7.3 CDZ v Chebu	130
7.3.1 Případová studie CDZ v Chebu	130
7.3.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ v Chebu	143
7.4 CDZ PN Brno	209
7.4.1 Případová studie CDZ PN Brno	209



7.4.2	Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ PN Brno	215
7.5	CDZ v Mladé Boleslavi	234
7.5.1	Případová studie CDZ v Mladé Boleslavi	234
7.5.2	Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ v Mladé Boleslavi	242
8	Definice indikátorů uváděných v textu zprávy	262



Seznam použitých zkratk

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



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



1 Výsledky vyhodnocení nastavení Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ a jejích příloh

Na žádost MZ se Zpracovatel zabíral nastavením Zprávy o realizaci pilotního provozu a jejích příloh ve verzi platné od 19. 6. 2020. Oproti předcházející verzi byly k uvedenému datu provedeny tyto modifikace:

1. Zpráva o realizaci pilotního provozu CDZ: Drobné úpravy dokumentu a odstraněna tabulka v kapitole I. Popis realizace, část d. Vzdělávání a rozvoj týmu (provedeno s cílem zpřehlednění a odstranění duplicit s údaji uváděnými v Tabulce vykazovaných indikátorů).
2. Výkaz způsobilých výdajů CDZ: Do tabulek SD-1, SD-2 a SD-3 byly přidány kolonky pro součet výdajů a dále byl vytvořený nový list – Souhrn výdajů SD1-SD3 (provedeno s cílem zpřehlednění informací uvedených ve Výkazu).
3. Tabulka vykazovaných indikátorů: Nová povinná příloha (pozn.: došlo k přidání již využívané a CDZ dokládané přílohy mezi povinné přílohy).
4. Přehled čerpané dovolené: Nová povinná příloha (pozn.: došlo k přidání již využívané a CDZ dokládané přílohy mezi povinné přílohy).

Tabulka 1: Přehled příloh zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ

Označení přílohy	Povinnost přiložit přílohu	Stanovený formát přílohy	Poznámka
Seznam klientů s formou a rozsahem podpory	ANO	ANO	Tento typ informací je vykazován v rámci Tabulky k vykazování indikátorů (viz samostatná položka níže v tomto seznamu)
Pracovní smlouvy, náplně práce a kopie ověřených osvědčení o nejvyšším dosaženém vzdělání odborných pracovníků	ANO (pokud již nebyly doloženy v dříve podaných zprávách)	NE	
Doklady ke vzdělávání pracovníků odborného personálu	ANO	NE	
Doklady k realizaci komunikačních opatření – prezenční listiny, fotografická dokumentace apod.	ANO	NE	
Tabulka vykazování indikátorů	ANO	ANO	Formulář stanovený MZ
Přehled čerpané dovolené	ANO	ANO	Formulář stanovený MZ
Monitorovací list podpořené osoby	ANO	ANO	Formulář vychází z formuláře stanoveného ŘO OPZ



Označení přílohy	Povinnost přiložit přílohu	Stanovený formát přílohy	Poznámka
Výkaz způsobilých výdajů CDZ	ANO (v termínech, kdy jsou provozovatelé rozhodnutím o poskytnutí dotace vázáni předložit vyúčtování)	ANO	Formulář stanovený MZ

1.1 Textový soubor zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ

Popis realizace

Část a.: Provozovatelé CDZ jsou žádáni poskytnout definici obsluhovaného regionu, ačkoli se jedná o parametr, který je pro CDZ neměnný po celou dobu pilotního provozu. Informace v této části zprávy MZ již k dispozici má, jejich uvádění se tedy jeví redundantní.

Část d.: Provozovatelé mají v této části zprávy uvádět popis systému vzdělávání a dosažené kvalifikace. Vzdělávání členů týmu CDZ je ovšem paralelně sledováno prostřednictvím Tabulky k vykazování indikátorů, konkrétně v podobě listu „Tabulka vykazování Indikátoru 6.26.00 Indikátor vzdělávání“, ve které jsou souhrnně zaznamenávány veškeré vzdělávací akce, jichž se pracovníci CDZ účastnili. Dosažené kvalifikace jsou tedy duplicitně vyžadovány v textu zprávy i v její příloze. Zpracovatel se domnívá, že pro monitorování by postačoval přehled školení/kurzů v podobě přílohy zprávy.

Změny projektu

Tato část zprávy je koncipována tak, že provozovatelé CDZ uvádějí přehled změn projektu a jejich odůvodnění. (Přičemž je požadováno rozlišovat změny podstatné a nepodstatné.) Současně ale platí, že provozovatelé jsou rozhodnutími o poskytnutí dotace vázáni povinností oznamovat všechny změny projektu průběžně prostřednictvím formuláře Oznámení o změně. Pokud tedy provozovatel postupuje dle podmínek poskytnutí dotace, MZ se v textu zprávy o změnách nedozví nic nového (změny již byly ohlášeny dříve). Je možné, že tato část zprávy má potenciál podchytit některé změny, které v pilotním provozu nastaly, ale provozovatel je neohlásil formou Oznámení o změně. Negativním dopadem této pasáže je ovšem duplicita v informacích. V praxi se objevují případy, kdy je provozovatel na základě kontroly zprávy o realizaci pilotního provozu vyzýván k dodatečnému zpracování Oznámení o změnách projektu. MZ tedy v daný okamžik informací o změně již disponuje (na základě zprávy), ovšem žádá o její poskytnutí v jiné formě.

Indikátory

Tato část zprávy předpokládá vyplnění dosažených hodnot indikátorů, přičemž detailní přehledy o rozhodných skutečnostech (pro stanovení dosažené hodnoty indikátorů) jsou s výjimkou „Podílu služeb poskytovaných pacientům/klientům služeb CDZ terénní formou“ a „Počet zpráv z jednání Řídící rady“ jsou obsaženy v Tabulkách k vykazování indikátorů. Zpracovatel se domnívá, že pro monitorování



by postačoval přehled v podobě přílohy zprávy (za podmínky, že by byl doplněn o součet, resp. pole pro vyznačení dosažené hodnoty indikátoru).

1.2 Seznam klientů s formou a rozsahem podpory

Tento typ informací je vykazován v rámci Tabulky k vykazování indikátorů (viz samostatná položka níže).

1.3 Pracovní smlouvy, naplně práce a kopie ověřených osvědčení o nejvyšším dosaženém vzdělání odborných pracovníků

Častým nedostatkem zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ byla absence dokladů k naplněným úvazkům členů multidisciplinárního týmu (chyběly dokumenty dokládající pracovní vztah, jako jsou pracovní smlouvy, dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr včetně dodatků k oběma typům dokumentů, jimiž byly měněny velikosti úvazku, anebo byl vztah s pracovníkem ukončován).

Protože pracovní smlouvy a dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr (ani dodatky k těmto dokumentům) a ani doklady o nejvyšším dosaženém vzdělání členů multidisciplinárního týmu a jejich profesní životopisy není nutné předkládat na ŘO OPZ za účelem další kontroly, Zpracovatel doporučuje MZ zvážit, zda by nepostačovalo, aby provozovatelé CDZ posílali tuto informaci jen v podobě přehledu v rámci zprávy. V čestném prohlášení na konci zprávy provozovatel potvrzuje, že údaje obsažené ve zprávě (včetně údajů o personálním zajištění) je schopen doložit potřebnou dokumentací.

Existuje samozřejmě riziko, že údaje v přehledu budou vykázaný chybně. Nicméně lze předpokládat, že chyby budou dominantně administrativního charakteru (ve smyslu chyba v datu zahájení pracovního poměru apod.) a že tedy nepředstavují riziko pro způsobilost výdajů ani pro dosažení účelu dotace. Tj. případné odhalení nedostatku až během kontroly na místě by neohrozilo realizaci projektu.

1.4 Doklady ke vzdělávání pracovníků odborného personálu

Častým nedostatkem zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ bylo nedoložení dokumentace k vzdělávání pracovníků. Další chybou byla absence informace o tom, zda proběhlo formální prověření znalostí, které ukázalo, že účastník získal kvalifikaci dle předem nastavených standardů, a informace o délce trvání vzdělávání (počtu hodin).

Protože dokumenty (certifikáty apod.) o absolvovaném vzdělávání pracovníků CDZ není nutné předkládat na ŘO OPZ za účelem další kontroly, Zpracovatel doporučuje MZ zvážit, zda by nepostačovalo, aby provozovatelé CDZ posílali přehled absolvovaného vzdělávání jen v podobě přílohy (což už je takto v praxi nastaveno, viz Tabulka k vykazování indikátorů). V čestném prohlášení na konci zprávy provozovatel potvrzuje, že údaje obsažené ve zprávě (včetně údajů o absolvovaném vzdělávání) je schopen doložit potřebnou dokumentací.



Existuje samozřejmě riziko, že údaje v přehledu budou vykázány chybně. Nicméně lze předpokládat, že chyby budou dominantně administrativního charakteru (ve smyslu nedostatečného vyznačení informace o prověření znalostí či délce školení), ovšem tyto údaje je v praxi možné doložit či získat dodatečně a potenciální nedostatek nepředstavuje riziko pro způsobilost výdajů ani pro dosažení účelu dotace. Tj. případné odhalení nedostatku až během kontroly na místě by neohrozilo realizaci projektu.

1.5 Doklady k realizaci komunikačních opatření – prezenční listiny, fotografická dokumentace apod.

Opakujícím se nedostatkem zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ bylo nedoložení dokumentace k dodržení pravidel publicity, včetně nepředložení tiskoviny/letáku apod.

Protože dokumenty (letáky, prezenční listiny účastníků kulatých stolů apod.) není nutné předkládat na ŘO OPZ za účelem další kontroly, Zpracovatel doporučuje MZ zvážit, zda by nepostačovalo, aby provozovatelé CDZ posílali přehled komunikačních opatření jen v podobě přílohy (což už je takto v praxi nastaveno, viz Tabulka k vykazování indikátorů). V čestném prohlášení na konci zprávy provozovatel potvrzuje, že údaje obsažené ve zprávě (včetně údajů o uskutečněných komunikačních opatřeních) je schopen doložit potřebnou dokumentací.

Existuje samozřejmě riziko, že údaje v přehledu budou vykázány chybně. Nicméně lze předpokládat, že chyby budou dominantně administrativního charakteru, ovšem tyto údaje je v praxi možné doložit či získat dodatečně (případná absence prezenční listiny by mohla být nahrazena záznamem, který by podpisem opatřili pracovníci CDZ, kteří se akce zúčastnili) a potenciální nedostatek nepředstavuje riziko pro způsobilost výdajů ani pro dosažení účelu dotace. Tj. případné odhalení nedostatku až během kontroly na místě by neohrozilo realizaci projektu.

1.6 Tabulka k vykazování indikátorů

Tabulka vykazování indikátoru 6.00.00

Tabulka slouží pro evidenci všech účastníků, tj. pacientů/klientů anebo pracovníků CDZ, u nichž podpora v rámci projektu dosáhla alespoň 40 hodin (z toho max. 20 hodin mělo podobu elektronického vzdělávání¹). Kromě identifikace osoby, pohlaví, data vstupu do projektu, data výstupu do projektu, a počtu hodin podpory využitých v jednotlivých monitorovacích obdobích a celkem obsahuje také sloupce pro parametry Typologie podpory a Specifikace. Tyto sloupce jsou v přehledu zahrnuty kvůli systému evidence podpořených osob v informačním systému IS ESF, jež je ze strany ŘO OPZ stanoven jako povinný. Číselníky pro obě hodnoty (Typologie podpory a Specifikace) byly stanoveny pro všechny projekty podpořené z OPZ. Aplikace číselníku na projekty CDZ II je ovšem taková, že v obou parametrech (tedy Typologii podpory a Specifikaci) je pro vzdělávané pracovníky CDZ relevantní právě jedna položka a pro pacienty/klienty také právě jedna položka. Záznam těchto hodnot v tabulce se z tohoto důvodu jeví redundantní. Pro vzdělávané se vždy využije jen kombinace „Vzdělávání“ a detail

¹ Pozn.: Nemůže jít ovšem o pacienta/klienta využívající služby anonymně.



pak „Oborové vzdělávání - zdravotní a sociální péče“. Pro klienty půjde vždy jen o kombinaci „Podpora zdraví, včetně duševního“ a detailu „Využití sociálně zdravotních služeb“.

Zpracovatel dále doplňuje, že pokud by v tabulkách pro indikátory 6.70.10 (resp. pro monitorování využívání služeb klienty) a 6.26.00 (pro evidenci vzdělání pracovníků CDZ) došlo k doplnění informace o tom, zda daná osoba patří mezi účastníky (díky splnění limitu rozsahu podpory a dalších podmínek), pak by nemusela existovat samostatná tabulka pro „celkový počet účastníků“.

Tabulka vykazování indikátoru 6.70.10

Tabulka slouží k dokládání dosažené hodnoty indikátoru „využívání podpořených služeb“, tj. cílem je zaznamenat všechny pacienty/klienty, kteří využili služeb CDZ, ale nejsou relevantní pro indikátor „Celkový počet účastníků“. Zaznamenává se identifikace osoby, pohlaví, datum vstupu do projektu, datum výstupu do projektu, typologie podpory, specifikace, počet hodin podpory využitých v jednotlivých monitorovacích obdobích a celkem a dále je zahrnuta informace o tom, zda jde osobu, k níž je k dispozici monitorovací list podpořené osoby či nikoli.

Parametry pohlaví, typologie a specifikace nemají pro tento indikátor význam, je ovšem zřejmé, že MZ touto strukturou napomáhá tomu, aby osoby poté, co využijí podporu v rozsahu alespoň 40 hodin, mohly být překopírovány do tabulky pro indikátor „Celkový počet účastníků“.

Zpracovatel navrhuje zvážit úpravu tabulky tak, aby měla podobu databáze, ze které by (při doplnění dalších hodnot, resp. sloupců) bylo možné generovat kontingenční tabulky (např. pouze osoby, které nově dosáhly či přesáhly 40 hodin podpory).

K doplnění připadají sloupce týkající se informace o tom, zda osoba byla vykázána jako uživatel služeb za 1., 2. nebo 3. monitorovací období, a dále – pokud by se tabulka začala používat jako jeden ze vstupů pro indikátor „Celkový počet účastníků“, také informace o tom, zda osoba byla vykázána jako účastník za 1., 2. nebo 3. monitorovací období.

K parametrům Typologie podpory a Specifikace platí informace obsažená výše k tabulce pro indikátor „Celkový počet účastníků“.

Tabulka vykazování indikátoru 5.61.02

Tabulka slouží pro evidenci účasti konkrétních osob na komunikačních opatřeních CDZ. S ohledem na podmínky poskytnutí podpory stanovené MZ jsou jednotlivé osoby, které byly „zasaženy“ komunikačními opatřeními, evidovány tak, aby bylo zřejmé, zda patří do skupiny Poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb, Poskytovatelů zdravotních služeb a pracovníků veřejné správy působících v oblasti zdravotní politiky anebo do skupiny Oslovených pracovníků CDZ. Tabulka je koncipována tak, aby bylo zřejmé, do jakého konkrétního komunikačního opatření byla daná osoba zapojena a v jakém termínu. Současně evidence poskytuje přehled v detailu jednotlivých monitorovacích období.

Tabulka vykazování Indikátoru 6.26.00

Cílem tabulky je doložit, kolik osob z pracovníků CDZ splnilo podmínky, aby mohly být započítány mezi osoby, jimž se zvýšila kvalifikace. Současná struktura je poměrně jednoduchá, ke každé osobě je uváděna absolvovaná vzdělávací akce (včetně počtu hodin vzdělávání) a je k dispozici detail monitorovacího období.



Zpracovatel navrhuje zvážit úpravu tabulky tak, aby měla podobu databáze, aby (při doplnění dalších hodnot, resp. sloupců) vznikl potenciál generovat kontingenční tabulku (v níž by si uživatel zobrazil souhrnné hodnoty za jím vybraný parametr, např. pouze vyškolené osoby, u nichž v daném monitorovacím období nově došlo ke splnění podmínek pro jejich zařazení mezi osoby rozhodné pro stanovení dosažené hodnoty indikátoru. K doplnění připadají sloupce týkající se informace o tom, zda je k dispozici dokument dokládající formální ověření nabytých znalostí a také délku školení, případně informace o počtu hodin vzdělávání elektronického vzdělávání², dále pak informaci, zda byla osoba vykázána jako podpořená osoba se zvýšenou kvalifikací za 1., 2. nebo 3. období. Takto doplněná databáze by současně byla jedním z 2 vstupů pro indikátor „Celkový počet účastníků“.

1.7 Přehled čerpané dovolené

Tato příloha sleduje parametry: Jméno pracovníka, Úvazek zapojení v projektu, Nárok na dovolenou v rámci projektu za daný rok (hod), Čerpáno z dovolené v rámci projektu (hod). Její zavedení si vyžádala složitost agendy čerpání dovolených (v případě CDZ navíc o to komplikovanější, že nezanedbatelná část pracovníků multidisciplinárního týmu působí v CDZ pouze na část úvazku a vedle toho vykonávají práci pro stejného zaměstnavatele – např. v situacích, kdy je psychiatr zaměstnanec psychiatrické nemocnice). Příloha se omezuje na minimum prvků nezbytných pro ověřování způsobilosti čerpané dovolené.

1.8 Monitorovací list podpořené osoby

MZ převzalo téměř v úplnosti formulář Monitorovacího listu, který ŘO OPZ poskytl k dispozici všem příjemcům podpory z OPZ (nevyužity jsou jen jednotky parametrů popisující situaci osoby po ukončení účasti v projektu). Tento formulář ovšem není nutné používat v úplnosti.

V textu Monitorovacího listu v podobě využívané v projektu CDZ II je zahrnuta pasáž pro záznam vazby cílové skupiny na programovou oblast. Protože ale není třeba podle pravidel územní způsobilosti vazbu cílové skupiny na programovou oblast v případě projektu CDZ II dokladovat, je možné tuto pasáž z formuláře odstranit.

V pasáži týkající se situace podpořené osoby po ukončení její účasti v projektu je jako jedna z variant uvedeno: *“osoby, podpořené z projektu v rámci investiční priority 1.5 OPZ, které obdržely závaznou nabídku zaměstnání, dalšího vzdělávání, učňovské nebo odborné přípravy“*. Protože projekt CDZ II nebyl podpořen v rámci uvedené investiční priority, položka nemusí být vůbec zjišťována.

Dále platí, že pravidla OPZ umožňují, aby si realizátoři projektů podpořených Z OPZ formulář upravili a nezjišťovali v něm něco, co evidují v podobě nějakého jiného dokumentu/databáze. Položky jako pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, situace podpořené osoby v pracovní oblasti a stejně tak informace o tom, zda klient studuje, jsou zaznamenávány za účelem evaluace projektu (viz soubor „Evaluace_sběr_nástroj“). Je tedy zřejmé, že nemalá část údajů z Monitorovacího listu se sbírá paralelně ještě v podobě jiného záznamu. K rozhodnutí o tom, zda by nebylo na místě tyto duplicitní

² Toto by bylo ke zvážení v případě, že by MZ přistoupilo k odstranění povinnosti předávat doklady o absolvovaném vzdělávání spolu se zprávou o realizaci pilotního provozu (více viz zjištění a doporučení v kap. 5.1.1 této zprávy).



části z Monitorovacího listu odstranit, je ovšem třeba zvážit, zda by tato úprava pro budoucí záznam údajů o klientech do IS ESF skutečně představovala snížení administrativní náročnosti (zapisovatel by v takovém případě musel údaje vkládat s využitím více zdrojů, samotný Monitorovací list by nebyl dostatečný).

1.9 Výkaz způsobilých výdajů CDZ

Struktury soupisek dokladů vycházejí primárně z pravidel způsobilosti výdajů. Jedná se o poměrně rozsáhlé přehledy, nicméně koresponduje to s požadavky ŘO OPZ.

Zpracovatel v souvislosti s dokladováním výdajů identifikoval 2 oblasti pro potenciální zlepšení/zjednodušení:

1. Posílení komunikace vůči provozovatelům CDZ, aby se snížil počet případů, kdy z popisu předmětu výdaje nebude možné dostatečně posoudit jeho způsobilost. Cílem této komunikace (může mít např. podobu písemné pomůcky pro zpracování výkazu) by mělo být snížení výskytů a) obecného popisu předmětu výdaje (např. občerstvení, kancelářské potřeby), b) výskytů případů, kdy je z názvu sice zřejmé, co bylo nakoupeno, nicméně otázkou je, zda byl výdaj pro CDZ nezbytný. (Provozovatelé CDZ by např. mohli do soupisky specifikovat důvody pořízení předmětu výdaje.)
2. Odstranění povinnosti dokládat MZ:
 - kopie účetních dokladů, na kterých částka uplatňovaná v rámci způsobilých výdajů převyšuje 10.000 Kč,
 - objednávky/smlouvy s dodavatelem, předávací protokoly či jiné doklad o převzetí zařízení/vybavení,
 - výpisy z oddělené účetní evidence a
 - výpisy z bankovního účtu organizace dokládající provedení platby nad 10.000 Kč.

Pravidla OPZ platná pro projekty, v rámci kterých příjemci přerozdělují finance projektu prostřednictvím dotačního řízení na další subjekty, nevyžadují plošnou kontrolu těchto dokumentů. Příjemce podpory z OPZ (tj. MZ) si má v případě nejasností či podezření (které vyplývá z kontroly soupisky dokladů) dokumentaci od dotovaného subjektu vyžádat ad hoc, ale není vyžadováno takto rozsáhlé plošné kontrolování (s ohledem na to, že plošná kontrola je velmi administrativně náročná).



2 Přehled administrace zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ

Do analýzy byly zařazeny zprávy o realizaci pilotního provozu ode všech 16 CDZ (jedná se o zprávy administrované v roce 2020), a to jak zprávy za sociální část, tak zprávy za zdravotní část CDZ. Analýza vyúčtování, resp. nedostatků vyúčtování, byla provedena za 12 CDZ podpořených v první výzvě.

Tabulka 2: Přehled uplatněných výzev k nápravě zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ

	Uplatnění 1. výzvy k nápravě	Uplatnění 2. výzvy k nápravě	Uplatnění 3. výzvy k nápravě
Sociální část CDZ	16 CDZ (100 %)	7 CDZ (44 %)	2 CDZ (13 %)
Zdravotní část CDZ	16 CDZ (100 %)	9 CDZ (56 %)	2 CDZ (13 %)
Celkem počet CDZ	16 CDZ (100 %)	9 CDZ (56 %)	2 CDZ (13 %)

Žádná z podaných zpráv nevyhověla požadavkům hned v 1. verzi, všichni provozovatelé byli vyzváni k nápravě. Polovina provozovatelů (16 z celkových 32) ovšem ani po 1. výzvě nepředložila zprávy ve formátu, aby MZ mohlo ukončit jejich administraci. Výzva k nápravě č. 3 pak musela být využita u celkem 4 provozovatelů.



Tabulka 3: Kategorie nedostatků, které byly důvodem pro uplatnění výzvy k nápravě zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ

Problém (nedostatek)	1. výzvy k nápravě			2. výzvy k nápravě			3. výzvy k nápravě		
	Celkem ³	Za soc. část CDZ ⁴	Za zdr. část CDZ ⁵	Celkem ⁶	Za soc. část CDZ ⁷	Za zdr. část CDZ ⁸	Celkem ⁹	Za soc. část ¹⁰ CDZ	Za zdr. část CDZ ¹¹
Nedostatečný popis zajištění služeb CDZ poskytovaných klientům	8 (25 %)	4 (25 %)	4 (25 %)	8 (50 %)	3 (43 %)	5 (56 %)	1 (25 %)	1 (50 %)	0 (0 %)
Nedostatečný popis dalších povinností CDZ (např. síťování v regionu, činnosti Řídicí rady)	6 (19 %)	3 (19 %)	3 (19 %)	2 (13 %)	0 (0 %)	2 (22 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Chyba v přehledu indikátorů (nesoulad mezi obsahem přehledu a podklady, příp. nesoulad v hodnotě indikátoru vykázané provozovateli stejného CDZ)	24 (75 %)	12 (75 %)	12 (75 %)	14 (88 %)	6 (86 %)	8 (89 %)	3 (75 %)	2 (100 %)	1 (50 %)
Chyba v přehledu personálního zajištění CDZ (chybná délka trvání či typu pracovního poměru); tj. nesoulad přehledu a podkladů	22 (69 %)	10 (63 %)	12 (75 %)	6 (38 %)	2 (29 %)	4 (44 %)	3 (75 %)	1 (50 %)	2 (100 %)
Chyba ve vykázaní složení týmu CDZ (podezření na nesplnění požadavků na strukturu a minimální úvahy)	5 (16 %)	2 (13 %)	3 (19 %)	4 (25 %)	1 (14 %)	3 (33 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Neoznámení nového pracovníka nebo změn u dřívějších pracovníků s využitím Oznámení o změně	15 (47 %)	7 (44 %)	8 (50 %)	8 (50 %)	4 (57 %)	4 (44 %)	2 (50 %)	1 (50 %)	1 (50 %)

³ Číslo vyjadřuje, v kolika zprávách z celkových 32 analyzovaných zpráv, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 32 zpráv.

⁴ Číslo vyjadřuje, v kolika zprávách z celkových 16 analyzovaných zpráv, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 16 zpráv.

⁵ Číslo vyjadřuje, v kolika zprávách z celkových 16 analyzovaných zpráv, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 16 zpráv.

⁶ Číslo vyjadřuje, v kolika zprávách z celkových 16, u nichž byla uplatněna 2. výzva k nápravě, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 16 zpráv.

⁷ Číslo vyjadřuje, v kolika zprávách z celkových 7, u nichž byla uplatněna 2. výzva k nápravě, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 7 zpráv.

⁸ Číslo vyjadřuje, v kolika zprávách z celkových 9, u nichž byla uplatněna 2. výzva k nápravě, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 9 zpráv.

⁹ Číslo vyjadřuje, v kolika zprávách z celkových 4, u nichž byla uplatněna 3. výzva k nápravě, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 4 zpráv.

¹⁰ Číslo vyjadřuje, v kolika zprávách z celkových 2, u nichž byla uplatněna 3. výzva k nápravě, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 2 zpráv.

¹¹ Číslo vyjadřuje, v kolika zprávách z celkových 2, u nichž byla uplatněna 3. výzva k nápravě, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 2 zpráv.



Problém (nedostatek)	1. výzvy k nápravě			2. výzvy k nápravě			3. výzvy k nápravě		
	Celkem ³	Za soc. část CDZ ⁴	Za zdr. část CDZ ⁵	Celkem ⁶	Za soc. část CDZ ⁷	Za zdr. část CDZ ⁸	Celkem ⁹	Za soc. část ¹⁰ CDZ	Za zdr. část CDZ ¹¹
Chybějící CV, úředně ověřený doklad o nejvyšším dosaženém vzdělání pracovníka či pracovní smlouva	19 (59 %)	8 (50 %)	11 (69 %)	10 (63 %)	4 (57 %)	6 (67 %)	2 (50 %)	1 (50 %)	1 (50 %)
Chyba v publicitě (či absence doložení dodržení pravidel publicity včetně nepředložení podkladů apod.)	12 (38 %)	7 (44 %)	5 (31 %)	8 (50 %)	3 (43 %)	5 (56 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	1 (50 %)
Jiné (např. chybějící podpis zprávy, chyba v hlavičce zprávy, nenahlášena změna kontaktní osoby)	13 (41 %)	7 (44 %)	6 (38 %)	5 (31 %)	3 (43 %)	2 (22 %)	2 (50 %)	1 (50 %)	1 (50 %)
Průměrný počet kategorií nedostatků vyskytujících se v 1 zprávě	4	4	4	4	4	4	3	3	3

Nejčastěji jsou důvodem pro vrácení zprávy k opravě nedostatky týkající indikátorů. Tento problém se vyskytl u 75 % zpráv (rozuměno 1. verzí zpráv). Struktura zprávy je taková, že zpráva ve své textové části obsahuje tabulky pro jednotlivé sledované indikátory, v nichž provozovatel CDZ uvádí souhrnná čísla (dosažené hodnoty). Kromě toho jsou v příloze zprávy tabulky, v nichž provozovatelé CDZ uvádějí data relevantní pro stanovení dosažené cílové hodnoty indikátorů. MZ často kontrolou detailních tabulek identifikovalo, že zpráva (textová část) obsahovala chybu. Kromě toho do této kategorie nedostatků patří také případy, kdy dosažené hodnoty indikátorů nebyly shodné za provozovatele jednoho CDZ (ačkoli by shodné být měly). Nemalou část nedostatků představují také situace, kdy provozovatel CDZ neposkytl podpůrný dokument, které dokládá informaci v detailních tabulkách, z nichž se vypočítávají dosažené hodnoty indikátorů, nebo dokument nebyl dostatečný (např. doklad o absolvování vzdělávací akce členem týmu CDZ neobsahoval informaci o počtu hodin školení, nebo nebyl předložen monitorovací list podpořené osoby).

Druhou nejčastější chybou – vyskytuje se u 69 % (u 1. verzí zpráv) – byly chyby týkající se přehledu personálního zajištění CDZ. Textová část zprávy obsahuje tabulku, v níž provozovatelé CDZ uvádějí detaily o personálním zajištění (Jméno a příjmení, Označení pracovní pozice, Druh pracovního poměru, Zahájení a ukončení pracovního poměru a Výše úvazku). Současně jsou na MZ předkládány všechny pracovní smlouvy a dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr. MZ poměrně často identifikuje, že přehledová tabulka nezobrazuje správně skutečnosti (např. jsou chyby v délce trvání pracovního poměru, velikosti úvazku apod.)



S dokumentací k personálnímu zajištění CDZ jsou spojeny i následující 2 nejčastější nedostatky. MZ v rámci kontroly zpráv ověřuje, zda má k dispozici profesní životopis každého z členů multidisciplinárního týmu, ověřenou kopii o nejvyšším dosaženém vzdělání a doklad o pracovně právním vztahu mezi danou osobou a provozovatelem CDZ, v němž má být specifikováno působení v CDZ včetně velikosti úvazku. Celkem 59 % zpráv (v 1. verzi) v tomto aspektu a provozovatelé byli vyzýváni k doplnění dokumentace. Také je ověřováno, že změna ve složení týmu byla oznámena prostřednictvím Oznámení o změně. Pokud to nebylo uskutečněno, pak je provozovatel povinen oznámení o změně provést dodatečně. (Neoznámení nového pracovníka nebo změn u dřívějších pracovníků s využitím Oznámení o změně se jakožto kategorie chyb vyskytlo u 47 % 1. verzí zpráv.)

Tabulka 4: Přehled uplatněných výzev k nápravě vyúčtování výdajů CDZ

	Uplatnění 1. výzvy k nápravě	Uplatnění 2. výzvy k nápravě	Uplatnění 3. výzvy k nápravě
Sociální část CDZ	12 CDZ (100 %)	2 CDZ (17 %)	1 CDZ (8 %)
Zdravotní část CDZ	12 CDZ (100 %)	2 CDZ (17 %)	2 CDZ (17 %)
Celkem počet CDZ	12 CDZ (100 %)	2 CDZ (17 %)	2 CDZ (17 %)

U žádného z CDZ nebyla 1. verze vyúčtování bez nedostatků. Na základě 1. výzvy k nápravě se ale u většiny podařilo, aby výdaje mohly být schváleny. Navazující 2. výzva k nápravě byla využita jen u 4 provozovatelů (17 %), 3. výzva k nápravě byla uplatněna ve 3 případech (13 %).



Tabulka 5: Kategorie nedostatků, které byly důvodem pro uplatnění výzvy k nápravě vyúčtování výdajů CDZ

Problém (nedostatek)	1. výzvy k nápravě			2. výzvy k nápravě			3. výzvy k nápravě		
	Celkem ¹²	Za soc. část CDZ ¹³	Za zdr. část CDZ ¹⁴	Celkem ¹⁵	Za soc. část CDZ ¹⁶	Za zdr. část CDZ ¹⁷	Celkem ¹⁸	Za soc. část ¹⁹ CDZ	Za zdr. část CDZ ²⁰
Chyba ve vykazování osobních nákladů (např. chyba ve fondu pracovní doby, výši dovolené, absence zdůvodnění odměn)	22 (92 %)	11 (92 %)	11 (92 %)	2 (50 %)	1 (50 %)	1 (50 %)	1 (33 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
Potřeba doplnit informace o nezbytnosti výdaje pro projekt (příklady výdajů, u nichž bylo doplňováno odůvodnění: myčka, zásobník na ručníky, vruty, madla, oblouková pila, háky, háčky; vstupní prohlídka, laminátor, městské kolo)	18 (75 %)	10 (83 %)	8 (67 %)	2 (50 %)	1 (50 %)	1 (25 %)	2 (67 %)	1 (100 %)	1 (100 %)
Potřeba doplnit specifikaci předmětu výdaje (v soupisce uvedeno příliš obecné označení jako např. kancelářské potřeby, provozní prostředky, drogerie, občerstvení, telefonní poplatky)	15 (63 %)	7 (58 %)	8 (67 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Chybějící výpis z bankovního účtu (doklad o provedení úhrady) či výpis z oddělené účetní evidence	7 (29 %)	4 (33 %)	3 (25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Chybějící protokol o předání zařízení zaměstnanci k užívání	9 (38 %)	5 (42 %)	4 (33 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

¹² Číslo vyjadřuje, v kolika z celkových 24 analyzovaných vyúčtování se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 24 vyúčtování.

¹³ Číslo vyjadřuje, v kolika z celkových 12 analyzovaných vyúčtování se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 12 vyúčtování.

¹⁴ Číslo vyjadřuje, v kolika z celkových 12 analyzovaných vyúčtování se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 12 vyúčtování.

¹⁵ Číslo vyjadřuje, v kolika vyúčtování z celkových 4, u nichž byla uplatněna 2. výzva k nápravě, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 4 vyúčtování.

¹⁶ Číslo vyjadřuje, v kolika vyúčtování z celkových 2, u nichž byla uplatněna 2. výzva k nápravě, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 2 vyúčtování.

¹⁷ Číslo vyjadřuje, v kolika vyúčtování z celkových 2, u nichž byla uplatněna 2. výzva k nápravě, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 2 vyúčtování.

¹⁸ Číslo vyjadřuje, v kolika vyúčtování z celkových 3, u nichž byla uplatněna 3. výzva k nápravě, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 3 vyúčtování.

¹⁹ Číslo vyjadřuje, kde byl nedostatek v případě vyúčtování, u kterého byla uplatněna 3. výzva k nápravě.

²⁰ Číslo vyjadřuje, v kolika vyúčtování z celkových 2, u nichž byla uplatněna 3. výzva k nápravě, se nedostatek objevil. Procento v závorce vyjadřuje podíl z celku 2 vyúčtování.



Problém (nedostatek)	1. výzvy k nápravě			2. výzvy k nápravě			3. výzvy k nápravě		
	Celkem ¹²	Za soc. část CDZ ¹³	Za zdr. část CDZ ¹⁴	Celkem ¹⁵	Za soc. část CDZ ¹⁶	Za zdr. část CDZ ¹⁷	Celkem ¹⁸	Za soc. část ¹⁹ CDZ	Za zdr. část CDZ ²⁰
Potřeba vysvětlit stanovení částky (zpravidla se týká výdajů, kde CDZ financuje jen část faktury a předmětem dotazování je metodika výpočtu části relevantní pro CDZ; příklady: telekomunikační služby, nájemné)	3 (13 %)	3 (25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Administrativní pochybení v soupisce výdajů, resp. soupiskách (např. absence data úhrady, chyba v číslování položek, uvedena chybná položka rozpočtu)	12 (50 %)	5 (42 %)	7 (58 %)	2 (50 %)	0 (0 %)	2 (100 %)	1 (33 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
Chyba ve vykázání cestovních náhrad (potřeba vyjasnit, zda měl zaměstnanec poskytnuté stravné)	11 (46 %)	7 (58 %)	4 (33 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Chybějící kopie účetního dokladu pro výdaje v částce nad 10 tis. Kč nebo chybějící smlouva/objednávka	8 (33 %)	5 (42 %)	3 (25 %)	1 (25 %)	1 (50 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Jiné (např. vyžádání si nosiče publicity, který byl financován; nejasnosti ve věci zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele)	11 (46 %)	6 (50 %)	5 (42 %)	2 (50 %)	1 (50 %)	1 (50 %)	2 (67 %)	1 (100 %)	1 (100 %)
Průměrný počet kategorií nedostatků vyskytujících se v 1 zprávě	5	5	5	2	2	2	2	2	2

Při kontrole způsobilosti výdajů se téměř u všech provozovatelů CDZ vyskytla chyba týkající se osobních nákladů (92 % případů 1. verze vyúčtování). Nedostatky se často týkají stanovení fondu pracovní doby, což je agenda tím komplikovanější, čím vyšší výskyt částečných úvazků je u daného provozovatele CDZ. Částečné úvazky pro CDZ stojí také za vysokou mírou náročnosti počítání dovolení, resp. nároku na dovolenou. V této kategorii jsou pak také zařazeny nedostatky, kdy si MZ vyžádalo dodatečně zdůvodnění mimořádných odměn pro pracovníky CDZ.

Na druhé a třetí příčce ve statistikách nejčastějších nedostatků jsou případy, kdy a) buď (63 %) z označení v soupisce dokladů není jasné, co přesně provozovatel CDZ financoval (popis předmětu výdaje je příliš obecný: např. kancelářské potřeby) anebo b) je z popisu zřejmé, na co byly prostředky využity,



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



ovšem MZ potřebuje blíže specifikovat, proč byl výdaj pro fungování CDZ nezbytný (75 %). Příklady z této druhé kategorie jsou velmi různorodé, jednalo se o nákup drobného zařízení do prostor CDZ (např. myčka), ale i o různé vzdělávací akce, jichž se účastnili pracovníci multidisciplinárního týmu.

3 Scénáře rozhovorů s realizačním týmem projektu

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

Scénář rozhovoru s pracovníky odpovědnými za administraci projektu

1. Hodnocení vazby intervencí projektu k relevantním strategiím

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

2. Hodnocení celkového řízení projektu

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

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

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

4. Hodnocení věcného pokroku a finanční výkonnosti projektu

- 4.1. Můžete popsat důvody, proč MZ změnilo původní koncepci spočívající ve výběru provozovatelů CDZ prostřednictvím veřejné zakázky? Bylo pro CDZ II zvažována nějaká zásadní změna v nastavení dotačního mechanismu pro provozovatele CDZ? Pokud ano, proč ve skutečnosti k úpravě parametrů v zásadě nedošlo?
- 4.2. Jak a jak dlouho probíhala příprava dotačního mechanismu pro provozovatele CDZ?

- 4.3. Jaké kroky muselo MZ učinit, aby se dotační výzva pro provozovatele CDZ setkala s dostatečným zájmem na straně oprávněných žadatelů o dotaci? Jaké byly bariéry zájmu a skutečnému podání žádostí o dotaci?
- 4.4. Jak probíhaly vznik CDZ a pilotní provoz ve skupině CDZ I? S jakými problémy jste se potýkali jakožto realizační tým, co se naopak realizačnímu týmu osvědčilo?
- 4.5. Jaké vidíte finanční parametry provozu CDZ? Byla dotace na provoz dostatečná? Ukázala praxe, že stanovené podmínky (maximální dotace 14,9 mil. Kč bez rozdělení na zdravotní a sociální služby) byly adekvátní?
- 4.6. Jak hodnotíte věcný pokrok projektu, a to v provádění aktivit i co se týče naplňování stanovených indikátorů projektu?
- 4.7. Jak celkově hodnotíte finanční pokrok projektu? A to jak v čase (pomalý nástup čerpání), tak celkově?

Scénář rozhovoru s odborným gestorem projektu

1. Hodnocení vazby intervencí projektu k relevantním strategiím

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

2. Hodnocení celkového řízení projektu

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

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

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

4. Hodnocení věcného pokroku a finanční výkonnosti projektu

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

3.2 Scénář rozhovoru s realizačním týmem projektu uskutečněným pro Průběžnou zprávu

A) Hodnocení celkového řízení projektu

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

B) Hodnocení věcného pokroku a finanční výkonnosti projektu

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

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

C) Hodnocení vazby intervencí projektu k relevantním strategiím

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

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

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

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

4 Scénáře rozhovorů pro případové studie

Rozhovor se zástupcem Řídící rady CDZ

1. Motivace k založení CDZ

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

2. Specifika související se založením CDZ v dané lokalitě

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

3. Způsob fungování CDZ v rámci projektu

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

4. Dopady CDZ, projektu a budoucí zajištění CDZ

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

Rozhovor se zástupcem multidisciplinárního týmu

1. Historie zapojení respondenta v CDZ

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

2. Specifika související se založením CDZ v dané lokalitě

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

3. Fungování multidisciplinárního týmu

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

4. Fungování CDZ dle oborových specifik

4.1. Psychiatrie

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

4.2. Sociální pracovník

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

4.3. Klinický psycholog

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

4.4. Psychiatrické sestry

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

4.5. Peer konzultant

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

5. Dopady projektu a CDZ

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

Rozhovor s klientem či jeho rodinným příslušníkem

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

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

1. Diagnóza, situace klienta

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

2. Situace a způsob života před CDZ

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

3. Situace po vzniku CDZ

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

4. Hodnocení CDZ

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

Rozhovor se zástupcem krajského úřadu

1. Problematika psychiatrické péče v ČR

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

2. Dopad reformy psychiatrické péče na kraj

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

3. Existence CDZ všeobecně

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

4. Existence CDZ v regionu

- 4.1. Jak významná je pro krajskou samosprávu existence CDZ v?
- 4.2. V jak úzkém kontaktu je kraj s tímto CDZ? Na čem konkrétně spolupráce probíhá?
- 4.3. Má kraj nějaký koncept, podle něhož předpokládá do budoucna financovat sociální část CDZ?

Rozhovor s dalšími zdravotními / sociálními službami v regionu

1. Napojení na CDZ

- 1.1. Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ v?
- 1.2. Spolupracujete nějakým způsobem s CDZ? Jak konkrétně? Jak se spolupráce postupně vyvíjela?

2. Dopad CDZ na aktivity respondenta

- 2.1. Jakým způsobem se proměnila Vaše práce v souvislosti s existencí CDZ? Co přibylo, co ubylo za agendu? (Pro psychiatry v lokalitě též: Změnila se míra poptávky po Vašich službách, resp. struktura klientů v souvislosti se vznikem CDZ?)
- 2.2. Jaký podíl Vašich klientů má nějakou návaznost na CDZ v ...? Jak tato provázanost vypadá?

3. Hodnocení institutu CDZ

- 3.1. Jak konkrétně hodnotíte potřebnost CDZ? Je jejich zavádění správným směrem v reformě psychiatrické péče v Česku?
- 3.2. Lze podle Vás v této problematice doporučit nějaké zlepšení pro další rozvoj psychiatrické péče v ČR?

Rozhovor se zástupcem místní samosprávy

1. CDZ a město

- 1.1. Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ ve ...?
- 1.2. Jak vnímáte koncept CDZ?
- 1.3. Jak intenzivní je spolupráce mezi městem a CZD v ... (resp. mezi městem a zřizovateli CDZ)? Uveďte, prosím, konkrétní aktivity.

2. Dopady

- 2.1. Jak město / veřejnost přijímá existenci CDZ (a vůbec existenci služeb psychiatrické péče) ve městě? Jaká je historie tohoto „přijímání“?
- 2.2. Jak přítomnost CDZ ovlivňuje situaci ve městě? Co CDZ městu přináší?

3. Budoucnost CDZ

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

5 Scénáře rozhovorů doplňujících případové studie

Rozhovor se zdravotními pojišťovnami

1. Napojení na CDZ

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

2. Hodnocení institutu CDZ

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

3. Financování CDZ

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

4. Ostatní dopady CDZ

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

6 Metodika výběru CDZ pro případové studie

Výběr proběhl podle níže popsaných kritérií.

A) Podpora vzniku Center duševního zdraví I (CDZ I)

V rámci projektu Podpory vzniku Center duševního zdraví I bylo podpořeno celkem 5 center (CDZ I), která zahájila svou činnost v roce 2018.

Tabulka 6: Přehled CDZ I

Název CDZ	Spuštěno	Provozovatel	Oblast	Umístění	Kraj
CDZ v Havlíčkově Brodě	1. 8. 2018	FOKUS Vysočina, z. ú.	sociální	Havlíčkův Brod	Vysočina
		Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, s.p.o.	zdravotní		
CDZ ESET	1. 7. 2018	ESET - HELP, z. s.	sociální	Praha	Hlavní město Praha
		ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s. r. o.	zdravotní		
CDZ v Přerově	10. 7. 2018	Duševní zdraví, o. p. s.	sociální	Přerov	Olomoucký
		TELEMENS, s. r. o.	zdravotní		
CDZ pro Prahu 9	4. 7. 2018	FOKUS Praha, z. ú.	sociální	Praha	Hlavní město Praha
		Psychiatrická nemocnice Bohnice	zdravotní		
CDZ Brno	1. 9. 2018	Práh jižní Morava, z. ú.	sociální	Brno	Jihomoravský
		Fakultní nemocnice Brno	zdravotní		

Případové studie budou zpracovány pro všechna tato CDZ.

B) Podpora vzniku Center duševního zdraví II (CDZ II)

V rámci projektu Podpory vzniku Center duševního zdraví II bylo podpořeno celkem 16 center (CDZ II), která zahájila svou činnost v roce 2019 (12 CDZ - první fáze) a v roce 2020 (4 CDZ - druhá fáze).

Tabulka 7: Přehled CDZ II – 1. fáze

Název CDZ	Spuštěno	Provozovatel	Oblast	Umístění	Kraj
CDZ Hradec Králové	1. 7. 2019	Péče o duševní zdraví, z. s.	sociální	Hradec Králové	Královehradecký
		Péče o duševní zdraví, z. s.	zdravotní		
CDZ v Chebu	1. 5. 2019	FOKUS Mladá Boleslav z.s.	sociální	Cheb	Karlovarský
		FOKUS Mladá Boleslav z.s.	zdravotní		
CDZ Karlovy Vary	1. 5. 2019	FOKUS Mladá Boleslav z.s.	sociální	Karlovy Vary	Karlovarský
		FOKUS Mladá Boleslav z.s.	zdravotní		
CDZ Kroměříž	1. 5. 2019	CSP Zlín, o.p.s	sociální	Kroměříž	Zlínský
		Psychiatrická nemocnice v Kroměříži	zdravotní		
CDZ v Mladé Boleslavi	1. 7. 2019	FOKUS Mladá Boleslav z.s.	sociální	Mladá Boleslav	Středočeský
		Psychiatrická nemocnice Kosmonosy	zdravotní		

Název CDZ	Spuštěno	Provozovatel	Oblast	Umístění	Kraj
CDZ Opava	1. 4. 2019	FOKUS - Opava, z.s.	sociální	Opava	Moravskoslezský
		Psychiatrická nemocnice v Opavě	zdravotní		
CDZ Pardubice	1. 7. 2019	Péče o duševní zdraví, z. s.	sociální	Pardubice	Pardubický
		Péče o duševní zdraví, z. s.	zdravotní		
CDZ Plzeň	1. 4. 2019	Ledovec, z.s.	sociální	Plzeň	Plzeňský
		Psychiatrie-ambulance s.r.o.	zdravotní		
CDZ pro Prahu 6	1. 5. 2019	Fokus Praha, z.ú.	sociální	Praha	Hlavní město Praha
		Ústřední vojenská nemocnice	zdravotní		
CDZ RIAPS Trutnov	1. 7. 2019	Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov	zdravotní	Trutnov	Královehradecký
		Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov	sociální		
CDZ Strakonice	1. 7. 2019	FOKUS - Písek, z.ú.	zdravotní	Strakonice	Jihočeský
		FOKUS - Písek, z.ú.	sociální		
CDZ Uherské Hradiště	3. 5. 2019	Charita Uherské Hradiště	sociální	Uherské hradiště	Zlínský
		Charita Uherské Hradiště	zdravotní		

Tabulka 8: Přehled CDZ II – 2. fáze

Název CDZ	Spuštěno	Provozovatel	Oblast	Umístění	Kraj
CDZ Tábor	1. 1. 2020	FOKUS Tábor, z. s.	sociální	Tábor	Jihočeský
		FOKUS Tábor, z. s.	zdravotní		
CDZ PN Brno	1. 1. 2020	Práh jižní Morava, z. ú.	sociální	Brno	Jihomoravský
		Psychiatrická nemocnice Brno	zdravotní		
CDZ Podskalí	1. 3. 2020	Fokus Praha, z. ú.	sociální	Praha	Hlavní město Praha
		Fokus Praha, z. ú.	zdravotní		
CDZ Jihlava	1. 4. 2020	VOR Jihlava, z. ú.	sociální	Jihlava	Vysočina
		Psychiatrická nemocnice Jihlava	zdravotní		

Kritéria výběru CDZ II byla stanovena v těchto oblastech a s těmito záměry:

Oblast Geografická struktura CDZ II

- **Záměr 1: Geograficky rovnoměrně rozložená struktura skupiny CDZ II v rámci ČR**

Kritérium: alespoň 2 centra na území Čech, alespoň 2 centra na území Moravy a Slezska.

- **Záměr 2: Složení skupiny CDZ II umožní komparativní analýzu CDZ II v regionech s rozdílnou ekonomickou úrovní**

Kritérium: centrum v kraji s nejnižším HDP/obyvatele ze sledované skupiny a zároveň centrum v kraji s nejvyšším HDP/obyvatele.

- **Záměr 3: Složení skupiny CDZ II umožní komparativní analýzu CDZ II a CDZ I ve stejném regionu (NUTS 3)**

Kritérium: alespoň 1 centrum v kraji, kde působí také CDZ I.

Oblast Zřizovatel a provozovatel CDZ

- **Záměr 4: Skupina CDZ II zahrnuje centra s různým institucionálním nastavením, tedy s různým typem zřizovatele/provozovatele**

Kritérium: alespoň 1 centrum, kde je jediným zřizovatel/provozovatel v sociální i ve zdravotní oblasti, alespoň 1 centrum, kde je jedním ze zřizovatelů/provozovatelů psychiatrická léčebna, alespoň 1 centrum, kde je jedním ze zřizovatelů/provozovatelů všeobecná nemocnice s psychiatrickými lůžky.

- **Záměr 5: Složení skupiny CDZ II umožní komparativní analýzu CDZ II a CDZ I na základě podobnosti zřizovatele/provozovatele**

Kritérium: alespoň 1 centrum, které zřídil/provozuje některý ze subjektů sdružený pod platformou FOKUS ČR (obdobně jako u CDZ I).

- **Záměr 6: Složení skupiny CDZ II umožní komparativní analýzu center z první a druhé fáze CDZ II**

Kritérium: alespoň 1 centrum, které zahájilo provoz ve druhé fázi CDZ II k 1. 1. 2020.

Z výběru CDZ II byla před aplikací kritérií vyřazena CDZ Podskalí (zahájení činnosti 1. 3. 2020) a CDZ Jihlava (zahájení činnosti 1. 4. 2020). Pozdější datum zahájení provozu centra by nemuselo garantovat jeho plný provoz v době evaluace.

Výsledkem výběru CDZ I a CDZ II jsou následující CDZ, která budou předmětem evaluace.

Vybraná CDZ I a CDZ II pro realizaci případových studií na základě výše uvedených kritérií



Tabulka 9: Vybraná CDZ I a CDZ II pro realizaci případových studií na základě výše uvedených kritérií

CDZ	CDZ I / CDZ II	Provozovatel - sociální oblast	Provozovatel- zdravotní oblast	Název kraje (NUTS 3)	Počet obyvatel v regionu 2018 ²¹	HDP/obyvatele v Kč v roce 2017 v regionu ²²	Ambulantně léčených ²³	Propuštěných a zemřelých ²⁴
CDZ v Přerově	CDZ I	Duševní zdraví o.p.s.	TELEMENS s.r.o.	Olomoucký kraj	632 492	410 635 Kč	716,6	624,5
CDZ v Havlíčkově Brodě	CDZ I	Fokus Vysočina, z.ú.	Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod s.p.o.	Kraj Vysočina	509 274	405 488 Kč	534,5	510,9
CDZ Brno	CDZ I	PRÁH jižní Morava, z.ú.	Fakultní nemocnice Brno	Jihomoravský kraj	1 187 667	485 662 Kč	662,4	511,0
CDZ pro Prahu 9	CDZ I	Fokus Praha, z.ú.	Psychiatrická nemocnice Bohnice	Hlavní město Praha (Praha 9)	1 308 632 (58 050)	1 056 761 Kč	1087,8	617,1
CDZ Praha 10	CDZ I	ESET – HELP, z.s.	ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s.r.o.	Hlavní město Praha (Praha 10)	1 308 632 (109 790)	1 056 761 Kč	1087,8	617,1
CDZ pro Prahu 6	CDZ II	Fokus Praha, z.ú.	Ústřední vojenská nemocnice	Hlavní město Praha (Praha 6)	1 308 632 (104 356)	1 056 761 Kč	1087,8	617,1
CDZ PN Brno	CDZ II	PRÁH jižní Morava, z.ú.	Psychiatrická nemocnice Brno	Jihomoravský kraj	1 187 667	485 662 Kč	662,4	511,0
CDZ Opava	CDZ II	FOKUS – Opava, z.s.	Psychiatrická nemocnice	Moravskoslezský kraj	1 203 299	418 263 Kč	588,9	624,7
CDZ v Chebu	CDZ II	Fokus Mladá Boleslav z.s.	Fokus Mladá Boleslav, z.s.	Karlovarský kraj	294 896	323 718 Kč	503,7	587,6
CDZ v Mladé Boleslavi	CDZ II	Fokus Mladá Boleslav z.s.	Fokus Mladá Boleslav, z.s.	Středočeský kraj	1 369 332	453 456 Kč	320,0	440,3

²¹ Český statistický úřad – Veřejné informace. Statistiky (obyvatelstvo) 2018. [online].

²² Český statistický úřad – Veřejné informace. Statistiky (HDP, národní účty) 2018. [online].

²³ Jedná se o počet ambulantně léčených pacientů (2017) podle sídla zdrav. zařízení; Psychiatrická péče 2017. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018.

²⁴ Jedná se o počet propuštěných a zemřelých v psychiatr. zdrav. zařízení podle bydliště (2017); Český statistický úřad – Veřejné informace. Statistiky (obyvatelstvo) 2018. [online].



Podrobný postup výběru CDZ II

Ad **Záměr 1** Z CDZ II měla být vybrána z důvodu rovnoměrného geografického rozmístění v ČR centra, ze kterých budou:

- alespoň 2 centra na území Čech
 1. CDZ PN Brno
 2. **CDZ Hradec Králové**
 3. **CDZ v Chebu**
 4. **CDZ Karlovy Vary**
 5. CDZ Kroměříž
 6. **CDZ v Mladé Boleslavi**
 7. CDZ Opava
 8. **CDZ Pardubice**
 9. **CDZ Plzeň**
 10. **CDZ pro Prahu 6**
 11. **CDZ Strakonice**
 12. **CDZ Tábor**
 13. **CDZ RIAPS Trutnov**
 14. CDZ Uherské Hradiště

- alespoň 2 centra na území Moravy a Slezska
 1. **CDZ PN Brno**
 2. CDZ Hradec Králové
 3. CDZ v Chebu
 4. CDZ Karlovy Vary
 5. **CDZ Kroměříž**
 6. CDZ v Mladé Boleslavi
 7. **CDZ Opava**
 8. CDZ Pardubice
 9. CDZ Plzeň
 10. CDZ pro Prahu 6
 11. CDZ Strakonice
 12. CDZ Tábor
 13. CDZ RIAPS Trutnov
 14. **CDZ Uherské Hradiště**

Ad **Záměr 2** Do skupiny CDZ II měla být vybrána centra s rozdílnou ekonomickou úrovní, konkrétně CDZ v kraji s nejnižším HDP/obyvatele ze sledované skupiny a zároveň CDZ v regionu s nejvyšším HDP/obyvatele, aby mohlo dojít k jejich porovnání. Do výběru bylo zahrnuto CDZ Cheb v Karlovarském kraji, jehož specifiky jsou nejmenší velikost regionu a nejnižší HDP/obyvatele (2018) ze sledované skupiny.

1. CDZ PN Brno
2. CDZ Hradec Králové



3. CDZ v Chebu

4. CDZ Karlovy Vary
5. CDZ Kroměříž
6. CDZ v Mladé Boleslavi
7. CDZ Opava
8. CDZ Pardubice
9. CDZ Plzeň

10. CDZ pro Prahu 6

11. CDZ Strakonice
12. CDZ Tábor
13. CDZ RIAPS Trutnov
14. CDZ Uherské Hradiště

Ad **Záměr 3** Složení skupiny CDZ II by mělo umožnit komparativní analýzu CDZ II a CDZ I ve stejném regionu (NUTS 3), což znamenalo zahrnout alespoň 1 centrum v regionu, ve kterém působí také centrum skupiny CDZ I.

1. CDZ PN Brno

2. CDZ Hradec Králové
3. CDZ v Chebu
4. CDZ Karlovy Vary
5. CDZ Kroměříž
6. CDZ v Mladé Boleslavi
7. CDZ Opava
8. CDZ Pardubice
9. CDZ Plzeň

10. CDZ pro Prahu 6

11. CDZ Strakonice
12. CDZ Tábor
13. CDZ RIAPS Trutnov
14. CDZ Uherské Hradiště

Ad **Záměr 4** Skupina CDZ II by měla zahrnout centra s různým institucionálním nastavením:

- alespoň 1 centrum má stejného zřizovatele/provozovatele v sociální i zdravotní oblasti

1. CDZ PN Brno

2. CDZ Hradec Králové

3. CDZ v Chebu

4. CDZ Karlovy Vary

5. CDZ Kroměříž

6. CDZ v Mladé Boleslavi

7. CDZ Opava

8. CDZ Pardubice

9. CDZ Plzeň

10. CDZ pro Prahu 6



11. **CDZ Strakonice**
12. **CDZ Tábor**
13. **CDZ RIAPS Trutnov**
14. **CDZ Uherské Hradiště**

- alespoň 1 centrum je provozováno/spoluprovozováno psychiatrickou léčebnou

1. **CDZ PN Brno**
2. CDZ Hradec Králové
3. CDZ v Chebu
4. CDZ Karlovy Vary
5. **CDZ Kroměříž**
6. CDZ v Mladé Boleslavi
7. **CDZ Opava**
8. CDZ Pardubice
9. CDZ Plzeň
10. CDZ pro Prahu 6
11. CDZ Strakonice
12. CDZ Tábor
13. CDZ RIAPS Trutnov
14. CDZ Uherské Hradiště

- alespoň 1 centrum je provozováno/spoluprovozováno všeobecnou nemocnicí

1. CDZ PN Brno
2. CDZ Hradec Králové
3. CDZ v Chebu
4. CDZ Karlovy Vary
5. CDZ Kroměříž
6. CDZ v Mladé Boleslavi
7. CDZ Opava
8. CDZ Pardubice
9. CDZ Plzeň
10. **CDZ pro Prahu 6**
11. CDZ Strakonice
12. CDZ Tábor
13. CDZ RIAPS Trutnov
14. CDZ Uherské Hradiště

Ad Záměr 5 Z CDZ II by mělo být vybráno alespoň jedno centrum, které umožní komparaci CDZ I a CDZ II zřizovaného/provozovaného rovněž některým ze subjektů sdružených pod platformou FOKUS ČR.

1. **CDZ PN Brno**
2. CDZ Hradec Králové
3. **CDZ v Chebu**
4. **CDZ Karlovy Vary**



5. CDZ Kroměříž
- 6. CDZ v Mladé Boleslavi**
- 7. CDZ Opava**
8. CDZ Pardubice
9. CDZ Plzeň
- 10. CDZ pro Prahu 6**
11. CDZ Strakonice
12. CDZ Tábor
13. CDZ RIAPS Trutnov
14. CDZ Uherské Hradiště

Ad **Záměr 6** Z CDZ II by mělo být vybráno alespoň jedno centrum, které zahájilo činnost v roce 2020.

- 1. CDZ PN Brno**
2. CDZ Hradec Králové
3. CDZ v Chebu
4. CDZ Karlovy Vary
5. CDZ Kroměříž
6. CDZ v Mladé Boleslavi
7. CDZ Opava
8. CDZ Pardubice
9. CDZ Plzeň
10. CDZ pro Prahu 6
11. CDZ Strakonice
- 12. CDZ Tábor**
13. CDZ RIAPS Trutnov
14. CDZ Uherské Hradiště

Pět center s nejvyšším celkovým počtem splněných kritérií, která současně splňují všechna stanovená kritéria jako skupina CDZ II a která budou předmětem evaluace, jsou uvedena jako první položky v následující tabulce.

Tabulka 10: Výsledky hodnocení za všechna kritéria

Název CDZ	Celkový počet splněných kritérií
CDZ pro Prahu 6	5
CDZ v Chebu	4
CDZ PN Brno	4
CDZ Opava	3
CDZ v Mladé Boleslavi	3
CDZ Karlovy Vary	3
CDZ Kroměříž	2
CDZ Uherské Hradiště	2
CDZ Hradec Králové	2
CDZ RIAPS Trutnov	2



Název CDZ	Celkový počet splněných kritérií
CDZ Tábor	2
CDZ Strakonice	2
CDZ Pardubice	2
CDZ Plzeň	1

Tabulka 11: Pořadí podle celkového počtu kritérií v jednotlivých oblastech

Název CDZ	Celkový počet splněných kritérií
Záměr 1 Alespoň 2 regiony na území Čech	
CDZ pro Prahu 6	5
CDZ v Chebu	4
CDZ v Mladé Boleslavi	3
CDZ Hradec Králové	2
CDZ RIAPS Trutnov	2
CDZ Tábor	2
CDZ Strakonice	2
CDZ Plzeň	2
CDZ Pardubice	2
CDZ Karlovy Vary	2
Záměr 1 Alespoň 2 regiony Moravy a Slezska	
CDZ Opava	3
CDZ PN Brno	3
CDZ Kroměříž	2
CDZ Uherské Hradiště	2
Záměr 2 Ekonomicky nejslabší a nejsilnější region	
CDZ pro Prahu 6	5
CDZ v Chebu	3
Záměr 3 Alespoň 1 region, kde působí CDZ I a CDZ II	
CDZ pro Prahu 6	5
CDZ v Chebu	4
CDZ PN Brno	3
Záměr 4 Centrum s jediným zřizovatelem v sociální i zdravotní oblasti	
CDZ v Mladé Boleslavi	3
CDZ Hradec Králové	2
CDZ Uherské Hradiště	2
CDZ RIAPS Trutnov	2
CDZ Tábor	2
CDZ Strakonice	2
CDZ Pardubice	2
Záměr 4 Centrum s podílem psychiatrické léčebny	
CDZ Opava	3
CDZ PN Brno	3
CDZ Kroměříž	2



Název CDZ	Celkový počet splněných kritérií
Záměr 4 Centrum s podílem všeobecné nemocnice	
CDZ pro Prahu 6	5
Záměr 4 Centrum se současným zřizovatelem CDZ I	
CDZ pro Prahu 6	5
CDZ v Chebu	4
CDZ Opava	3
CDZ v Mladé Boleslavi	3
CDZ PN Brno	3
CDZ Karlovy Vary	2
Záměr 6 Centrum, které zahájilo činnost v roce 2020	
CDZ PN Brno	3
CDZ Tábor	2



7 Případové studie jednotlivých CDZ

7.1 CDZ pro Prahu 6

7.1.1 Případová studie CDZ pro Prahu 6

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

Práce na případové studii začaly v červenci roku 2020, kdy byly osloveny kontaktní osoby zřizovatelů CDZ, a to členové Řídící rady CDZ (zástupce FOKUS Praha, z.ú. a zástupce Vojenské fakultní nemocnice Praha – Ústřední vojenské nemocnice. Na základě těchto rozhovorů byli dále oslovováni jednotliví členové multidisciplinárního týmu, s nimiž byly následně uskutečněny rozhovory. Paralelně byly plánovány a následně se uskutečnily také rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky, se zástupci Městské části Prahy 6 a Magistrátu hl. m. Prahy a s dalšími poskytovateli zdravotních a sociálních služeb s návazností na CDZ v Praze 6. Do případové studie byl zařazen také rozhovor s třetím členem Řídící rady CDZ pro Prahu 6 za zřizovatele FOKUS Praha, z.ú. se kterým byl realizován rozhovor již v květnu roku 2020, a to v rámci případové studie CDZ pro Prahu 9, kde je také členem Řídící rady. Výstupy z rozhovoru přinesly informace k oběma zmíněným CDZ, a proto byly zařazeny do případové studie CDZ pro Prahu 9 a také do případové studie CDZ pro Prahu 6.

Komplikací při realizaci rozhovorů byla především epidemiologická situace a s ní související opatření, která neumožnila zrealizovat všechny rozhovory v původně plánovaném období. Vzhledem k tomu, že se v CDZ a v organizacích dalších stakeholderů změnil běžný režim, bylo komplikované realizovat rozhovory tak, aby všechny proběhly v krátkém časovém intervalu, k čemuž přispěl také prázdninový režim na pracovištích poskytovatelů. Problémy nastaly především s plánováním rozhovorů klientů a rodinných příslušníků. Poslední rozhovor byl realizován na počátku prosince roku 2020. Závažné komplikace, které by zcela znemožnily realizaci rozhovorů, však i přes mimořádnou situaci nenastaly.

Z každého rozhovoru, který byl se souhlasem respondenta zaznamenán, byl učiněn anonymizovaný přepis a byla definována klíčová zjištění. V případě rozhovoru s ambulantním psychiatrem nebyl ze strany respondenta poskytnut souhlas se záznamem rozhovoru, a proto jsou zjištěné informace shrnutím tazatele (nikoli věrným přepisem rozhovoru).

2. Základní informace o založení CDZ a jeho dosavadní historii

Vznik CDZ

CDZ pro Prahu 6 bylo založeno 1. 5. 2019 ve spolupráci FOKUS Praha, z.ú. a Vojenské fakultní nemocnice Praha – Ústřední vojenská nemocnice (ÚVN). Celková výše dotace představovala 14 822 436 Kč v rozdělení 6 821 648 Kč pro FOKUS Praha, z.ú. a 8 000 788 Kč pro ÚVN. Obě instituce již měly zkušenosti s poskytováním péče o osoby s duševním onemocněním včetně zkušeností s terénními službami. Stejně tak měly zkušenosti se vzájemnou spoluprací, která probíhala na úrovni dvou terénních týmů, složených ze sociálních pracovníků a psychologa (terénní tým FOKUS) a zdravotníků – psychiatrických sester (ÚVN). Oba týmy poskytovaly péči ve své oblasti a v případech společných



klientů vzájemně spolupracovaly. Psychiatr – lékař v rámci této spolupráce fungoval pouze jako konzultant.

- „Konkrétně tady na Praze 6 byla základem vzniku CDZ dlouhodobá spolupráce týmu sociálního FOKUSu a týmu zdravotního z ÚVN. (...) Nebyla tak úzká samozřejmě, ale existovala i včetně společné účasti na poradách a byla založená na společné práci s klienty.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020)
- „Tou motivací bylo, že dlouhodobě fungovaly dva týmy. Sedm let fungoval tým u našeho oddělení (pozn. psychiatrické oddělení ÚVN), který byl složený ze sestřiček, které navštěvovaly pacienty doma, a zároveň dlouhodobě fungoval sociální tým na Břevnově.“ (Zástupce Vojenské fakultní nemocnice Praha, rozhovor ze dne 21. 7. 2020)

Vytvoření CDZ pro Prahu 6 pak spočívalo v oficiálním sloučení obou týmů a v jejich doplnění o další pracovníky (především lékaře). Vznikem CDZ původní terénní týmy začaly nad rámec své původní spolupráce sdílet společné prostory a zahájily pravidelné setkávání na denní bázi. CDZ, protože je zřízeno dvěma organizacemi, využívá zázemí ÚVN i FOKUS Praha a je řízeno dvěma manažery, kteří zastupují oba zřizovatele.

„Neměli jsme společné prostory a v týmu nebyl psychiatr, který působil jen jako konzultant. Ze zdravotní oblasti tam působil zdravotní bratr a psychologové.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020).

Pilotní projekt a s ním spojené dotace byl ukončen k 30. 10. 2020, kdy provoz CDZ přestal být dotován z Operačního programu Zaměstnanost a začal být financován standardním způsobem financování zdravotních a sociálních služeb.

Prostory CDZ

CDZ v současné době sídlí v suterénu polikliniky na adrese Stamicova 1968 /21,162 00 Praha 6. Stávající prostory hodnotí jako nevyhovující a plánuje přestěhování do nových prostor na Praze 6, které se momentálně připravují k užívání. Stávající prostory v ulici Stamicova Praha 6 byly využívány po celou dobu pilotního projektu.

- „Dílí problém byl s prostorami. Nakonec jsme sehnali moc nevyhovující prostory v suterénu, což úplně nebylo šťastné a lidi tam nebyli spokojeni, což nejsou úplně do teď.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020)
- „Máme už nový objekt, který připravujeme. Celý pilot ale proběhl ve stávajícím prostředí, což trochu ovlivnilo atmosféru v týmu, méně se i zvali klienti a více se chodilo do terénu.“ (Zástupce Vojenské fakultní nemocnice Praha, rozhovor ze dne 21. 7. 2020)

Základní parametry fungování

CDZ funguje ve všední dny od pondělí do pátku v době od 8:00 do 17:00, kdy jsou na pracovišti členové týmu přítomni. Práce ale probíhá také terénně, a to například v místě bydliště klientů nebo ve veřejných prostorech. Část činnosti v terénu představuje práci s klienty přímo v lůžkových zařízeních, především v ÚVN a v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde také dochází ke kontaktování nových klientů. Nejčastěji se v terénu pohybují sociální pracovníci, psychiatrické sestry a peer konzultanti. Terénní práce ale realizuje také psycholog a psychiatr.



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

Spádové území

CDZ pro Prahu 6 působí na území Městské části Praha 6, což je region s 93 762 obyvateli²⁵. Spádovou oblast centrum CDZ v průběhu pilotního provozu dodržovalo a jeho klienty byli tedy pouze obyvatelé spádového regionu (mající trvalé bydliště v Praze 6 či zdržující se v Praze 6). Před zahájením pilotního projektu terénní tým poskytoval služby kromě regionu Prahy 6 také pro regiony Prahy 17 a Prahy 7. Opětovné rozšíření spádové oblasti je po skončení projektu plánováno.

„Původně jsme byli komunitní tým a měli jsme na starosti ještě Prahu 17 a Prahu 7. To jsme museli zúžit na Prahu 6. A mně přijde, že zrovna Praha 6 je čtvrť, která je bohatší, žijí tady lidé, kteří jsou bohatší, a lidé, kteří jsou sociálně slabší, přijdou o práci, o bydlení apod., tak se rozhodně nebudou stěhovat na Prahu 6, ale spíš jinam. Proto mi přijde, že by CDZ mohlo mít širší oblast. My ji pak rozšíříme, až skončí pilot, ale teď jsme vázáni regionem Prahy 6.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 18. 8. 2020).

Spolupráce v regionu

CDZ v rámci svého regionu navázalo kontakt s dalšími institucemi a poskytovateli v regionu: integrovaný záchraný systém, ambulantní psychiatři, poskytovatelé sociálních služeb, Městská část Praha 6, praktičtí lékaři. Vzhledem ke skutečnosti, že ambulantní psychiatři a praktičtí lékaři nekopírují spádovou oblast CDZ, není v silách samotného centra, aby efektivní spolupráci nastavilo zcela samo, neboť by se jednalo o síťování napříč regiony, v rámci kterého by se efektivněji uplatnil centrální přístup.

„Já bych ještě doplnil, že Praha je specifická v tom, že ti lidé s duševním onemocněním mají svého psychiatra v různých městských částech. V menších městech je ta situace jiná, tam většinou lidé chodí k psychiatrovi ve svém regionu.“ (Zástupce Městské části Praha 6, rozhovor ze dne 31. 7. 2020).

Momentálně tedy není spolupráce s ambulantními psychiatry (a stejně tak s praktickými lékaři) systémově nastavena. Pokud k jejímu nastavení dochází, jedná se o dílčí kroky v jednotlivých případech.

- *„Ambulantní psychiatři nám posílají své klienty. Například velká ambulance je přímo pod Vojenskou nemocnicí, tam je ta spolupráce hodně těsná. A máme další psychiatry, se kterými spolupracujeme, ale je to komplikované. Nelze pozvat psychiatry z Prahy 6 a navázat s nimi kontakt.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020).*
- *„A naši klienti, kteří bydlí na Praze 6, mají možná z půlky psychiatra z Prahy 6 a zbytek má svoje psychiatry mimo Prahu 6. To komplikuje navazování spolupráce. Psychiatři by se měli podívat, kde jejich člověk bydlí a najít CDZ, kam ho může poslat.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020).*
- *„Spolupráci (pozn. s ambulantními psychiatry) postupně nastavujeme konkrétními kroky, ale pouze v konkrétních případech. (...) Toto je nedořešené a nenastavené, kdy a jak předat, kdy je jen tady a kdy tam apod.“ (Zástupce Vojenské fakultní nemocnice Praha, rozhovor ze dne 7. 8. 2020).*

V případě lůžkových zařízení probíhá spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice a s ÚVN. V těchto zařízeních jsou navazovány kontakty s novými klienti CDZ (po ukončení hospitalizace se dostávají do péče CDZ). S dalšími lůžkovými zařízeními CDZ intenzivně nespolupracuje. Klienti jsou však navazováni i jinými cestami (kontaktem od praktických lékařů, ambulantních psychiatrů, rodinných příslušníků).

²⁵ Počet obyvatel k 1. 1. 2020. Zdroj: Mistopisy.cz, Praha 6, Počet obyvatel, dostupné na internetových stránkách <https://www.mistopisy.cz/pruvodce/obec/5226/praha-6/pocet-obyvatel/>.



„ÚVN je součástí projektu a s bohnickou nemocnicí spolupracujeme, protože jsou tam silné deinstitucionální snahy z její strany a máme tam klienty, kteří patří na Prahu 6. My tam chodíme a oni nám vytipují klienty z Prahy 6. Zjišťujeme, jestli by už mohli jít domů, co zvládnou a co nezvládnou. A pak jde o to, jestli mají kam jít. Když mají kam jít, tak se vrátí na Prahu 6 a my se o ně staráme.“ (Zástupce Vojenské fakultní nemocnice Praha, rozhovor ze dne 21. 7. 2020).

4. Struktura

Tým CDZ

CDZ pro Prahu 6 je vedeno dvěma manažery (za tým FOKUS Praha, z.ú. a za tým ÚVN), což znamená dvojkolejnost řízení. Základem odborné práce je pak multidisciplinární tým, tvořený těmito profesemi: psychiatr, psychiatrická sestra, sociální pracovník, peer konzultant, psycholog. Vrcholným a kontrolním orgánem CDZ je pak Řídící rada tvořena zástupci obou zřizovatelů.

V případě CDZ pro Prahu 6 nejsou výrazné problémy s řízením centra z pozice dvou manažerů, kteří dokázali nastavit efektivní spolupráci a vzájemně se doplňují. CDZ má zároveň vytvořeny mechanismy rozhodování, které na jedné straně respektují subjektivitu obou zřizovatelů a na druhé straně umožní činit společná rozhodnutí. Příkladem je mechanismus výběru zaměstnanců do zdravotní, resp. sociální složky, který je v kompetenci odpovídajícího zaměstnavatele, ale ke kterému jsou vždy přizváni i zástupci druhé části týmu, tedy zástupci druhého zřizovatele, kteří mají právo veta.

- *„A při práci s týmem se nám podařilo dohodnout a nastavit to tak, že například při hodnotících pohovorech se členy týmů, jak sociální, tak zdravotní části, budou přítomni vždy obě vedoucí pracovnice, takže vlastně ten tým povedou tímto způsobem společně.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020).*
- *„To tak máme dohodnuto od začátku, že ta druhá část týmu má vždy právo veta. Hlavně si zaměstnance vybírá organizace, která ho přijímá, ale ta druhá, když řekne ne, tak to může zastavit.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020).*

Dvoukolejnost řízení a sloučení dvou zřizovatelů se v případě CDZ pro Prahu 6 podařilo zvládnout a spolupráci efektivně nastavit. I přesto přináší tyto skutečnosti řadu provozních problémů a vyšší administrativní náročnost.

Mezi profesemi neexistuje v rámci multidisciplinárního týmu při péči o klienty výrazná hierarchie a péče o klienty je postavena na case managementu. Sociální pracovníci a nelékařští zdravotníci pak mají v rámci svých profesí vedoucí, a to především z praktických důvodů pro řešení provozních záležitostí (například schvalování dovolených apod.). Stejně tak jeden ze dvou psychiatrů a jeden ze dvou psychologů působí ve vedoucí pozici.

Ke každému klientovi je přístupováno zcela individuálně a postupy tak nelze jednoduše zobecnit. Každý klient má svého klíčového pracovníka (case managera), který se o něj stará ve spolupráci s ostatními, avšak klienta zná nejlépe a je jeho hlavním kontaktem v CDZ. Podle situace a zdravotního stavu klienta je klíčovým pracovníkem zdravotník, nebo sociální pracovník. Spolupráce case managera se zbytkem týmu je založena na denní bázi, především pak na každodenních poradách a metodických poradách pořádaných v intervalu 14 dnů.

„Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu je super. V nemocnici je lékař, který všechno indikuje a o všem rozhoduje, ale tady je to case manager, který zná toho člověka nejlépe. A psychiatr může, ale nemusí hrát významnou roli. Nemusí být pro klienta podstatný. A to je právě ten odlišný přístup, kdy lékař není ten nejdůležitější, který o všem rozhoduje. Protože sociální pracovník může toho člověka znát lépe, case manager může toho člověka znát lépe.“ (Zástupce Vojenské fakultní nemocnice Praha, rozhovor ze dne 7. 8. 2020).



Navazování klientů probíhá prostřednictvím jednoho, nebo dvou určených pracovníků, kteří se následně nemusí stát jeho case managerem. Ten je určen až po analýze potřeb klienta a s ohledem na kapacitu členů týmu.

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

Překážky a problémy při zakládání a fungování CDZ vnímá každý člen týmu jiným způsobem, a to podle míry svého zapojení a oblasti svého zapojení v CDZ. Nejvýznamnější problémy shrnuje následující tabulka. Problémy a překážky, které by významně omezily provoz CDZ, v průběhu pilotního provozu nenastaly, což je do jisté míry dáno také tím, že oba zřizovatelé měly zkušenosti s poskytováním terénních služeb a se vzájemnou spoluprací. Výhodou byla také možnost převedení většiny klientů původních terénních týmů, kteří se tak stali klienty nově vzniklého CDZ.

Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní i pro provoz krytý ESF
1	Fluktuace pracovníků týmu	Při zakládání CDZ a v počátcích jeho činnosti docházelo k časté fluktuaci pracovníků, která byla spojena především s tím, že práce v multidisciplinárním týmu CDZ není standardní a tento styl práce nevyhovuje každému. Ohodnocení zaměstnanců v CDZ je vedle toho podprůměrné v porovnání s ohodnocením v jiných zařízeních poskytujících zdravotní a sociální služby. Fluktuace v týmu způsobovala problémy také s plněním některých indikátorů (např. v oblasti vzdělávání členů týmu CDZ).	ANO
2	Úzce vymezená spádová oblast	Vymezení spádové oblasti na Prahu 6 zužuje skupinu potenciálních klientů. V případě Prahy 6 je tato skutečnost výraznější než jinde, neboť region je sám o sobě specifický a počet potenciálních klientů, kteří vyžadují sociální pomoc, je zde podprůměrný, na čemž se shodli nejen členové týmu CDZ, ale také respondenti z návazných služeb a zástupci Městské části Praha 6 a Magistrátu hl. m. Prahy. Z toho důvodu zahrnovala původní spádová oblasti terénních týmů působících v území před vznikem CDZ mimo jiné i Prahu 17.	ANO
3	Rozdílné odměňování v multidisciplinárním týmu	Rozdíl ve výši odměňování mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky je vysoký a mzdy sociálních pracovníků jsou často na úrovni 2/3 platů zdravotníků. Tato skutečnost se odráží na spolupráci uvnitř multidisciplinárního týmu, který je sám o sobě prezentován jako tým bez výrazného hierarchického uspořádání, kde jsou vedoucí pozice ustanoveny především z důvodu nutnosti řešení provozní agendy (např. schvalování dovolené). Rozdíly v odměňování snižují motivaci sociálních pracovníků a jsou jedním z důvodů personální fluktuace v CDZ.	ANO
4	Nízká informovanost návazných služeb o činnosti CDZ v regionu	Činnost CDZ je postavena z velké části na spolupráci s návaznými službami. Navazování spolupráce je pro CDZ velmi náročné (personálně, časově) a její úspěšné nastavení závisí především na informovanosti poskytovatelů návazných služeb o fungování CDZ. Centrum je v tomto případě decentralizovaným článkem a pracuje přímo s klienty, pro komunikaci a navázání spolupráce s dalšími službami v regionu je sice kompetentní, avšak zajišťovat informovanost spolupracujících organizací o probíhajících změnách a opatřeních reformy je již mimo kapacity CDZ. Tyto informace směrem k poskytovatelům návazných služeb by měly být zajištěny systémově na centrální úrovni.	ANO
5	Náročná administrace projektu	Členové týmu CDZ uvádějí mezi problémy pilotního provozu také jeho administrativní náročnost. Zároveň ji však (vzhledem k tomu, že se jedná o organizace, které mají s dotacemi zkušenosti) nevnímají jako	ANO



Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní i pro provoz krytý ESF
		překážku v pravém slova smyslu, ale jako cosi, co před zahájením realizace projektu předpokládali.	
6	Problematické sdílení informací o zdravotním stavu klienta mezi zdravotní a sociální složkou týmu	Informace o zdravotním stavu klienta nejsou automaticky přístupné sociálním pracovníkům, peer konzultantům a dalším členům týmu, kteří patří do jeho sociální složky. Aby mohl multidisciplinární tým pracovat a využívat všechna pozitiva, která z jeho struktury plynou, musí klient poskytnout souhlas s tím, že jeho zdravotní informace budou přístupné také pracovníkům sociální složky. Toto přináší nejen dodatečnou administrativní zátěž, ale také riziko, že souhlas nebude klientem udělen, popřípadě bude odvolán, a možnosti multidisciplinárního týmu tím budou omezeny. Tento problém souvisí také s absencí právní subjektivity CDZ.	ANO
7	Nedostatek návazných služeb	CDZ v některých případech naráží na nedostatek návazných služeb v regionu s tím, že v Praze 6 je situace v porovnání s jinými (především mimopražskými regiony) dobrá, avšak i přesto se CDZ dostává do situací, kdy pro klienta není v regionu dostupná některá služba (například v oblasti bydlení, což má reálný dopad na deinstitucionalizaci). CDZ funguje jako „koordinátor“ a mělo by mít na sebe navázány další služby, které by nemělo suplovat, protože k tomu není kapacitně vybaveno, a zároveň by tím pro své klienty vytvářelo jen umělé prostředí místo jejich začleňování do přirozené komunity.	ANO
8	Úzce vymezená cílová skupina	Úzce vymezená cílová skupina neumožňuje CDZ poskytovat služby pro další skupiny osob s duševními onemocněními, které také vyžadují komplexní přístup a jejichž situace je často řešena institucionalizací pacienta. Úzce specifikovaná cílová skupina také snižuje efektivitu a rozsah spolupráce CDZ s dalšími službami v regionu, jelikož průnik jejich klientů je z tohoto důvodu malý.	ANO
9	Nevhodné prostory	CDZ se nepodařilo nalézt vhodné prostory pro jeho fungování. Suterén polikliniky ve Stamicově ulici sice splňoval všechny zákonné požadavky na provoz CDZ, prostory však byly shodně hodnoceny všemi zaměstnanci a vedením CDZ jako nevhodné. Nutnost setrvat v prostorách po celou dobu pilotního projektu byla dána především nedostatkem vhodných prostor v regionu Prahy 6. CDZ zároveň nemohlo kvůli podmínkám projektu využít vhodné a volné prostory u jednoho ze zřizovatelů – ÚVN.	ANO

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

Vnímání přínosů CDZ ze strany klientů a rodinných příslušníků klientů

Ze strany klientů a rodinných příslušníků je CDZ hodnoceno velmi pozitivně. Shodně uvádějí, že CDZ poskytuje služby, které do doby jeho vzniku nebyly k dispozici. Služby navíc umožnily klientům návrat do běžného života. Oceňují především komplexní péči, realizaci společných aktivit a přístup členů multidisciplinárního týmu, včetně rozsahu času, který jim věnují, a v neposlední řadě schopnost členů týmu klientům naslouchat.

„Z mého pohledu se na službách nemusí měnit vůbec nic. Jen ať pokračují, jak to dělají doposud.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 4. 12. 2020).



CDZ má kapacity věnovat klientům více času než např. ambulantní psychiatr, což je klienty velmi oceňováno. Jeden klient dokonce uvedl, že by ocenil ještě více prostoru ze strany CDZ pro klienty, protože čas, který mu CDZ věnuje, je pro něj významná přidaná hodnota.

„Byl bych rád, kdyby bylo ještě víc času na klienty. To je pro mě důležité.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 2. 12. 2020).

Někteří klienti se do CDZ dostanou cestou jejich navázání v lůžkovém psychiatrickém zařízení, jiní na základě doporučení psychiatra nebo praktického lékaře. Jsou ale také klienti, kteří nemají ambulantního psychiatra, a jejich praktický lékař s nimi tuto oblast neřeší. V tomto okamžiku je důležité, aby byla veřejnost maximálně informována o probíhající reformě psychiatrické péče a o roli CDZ v rámci této reformy.

„Klidně se tam už mohl dostat dřív (pozn. respondentka je sestrou klienta CDZ), takže asi větší propagace. Já jsem to taky nenašla na internetu hned. Mělo by se o takových službách víc vědět.“ (Rodinný příslušník klienta CDZ, rozhovor ze dne 8. 12. 2020).

CDZ nemá kapacity a možnosti zajistit kampaň směrem k široké veřejnosti; v tomto směru by ocenilo pomoc z centrální úrovně.

„U laické veřejnosti by stálo za to dát informace a letáky k praktickým lékařům. Tam je potenciál, který jsme ještě nevyužili. A co se týče úplně plošné informovanosti, tak udělat pár spotů. Např. v ČT byla možnost vidět spot o finanční gramotnosti. A to by pak bylo na úrovni MZ, aby se mezi lidmi dostalo, že kromě léčeben a ambulantních psychiatrů existují i CDZ.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020).

Vnímání přínosů CDZ ze strany členů týmu CDZ

Členové multidisciplinárního týmu oceňují rovné postavení v rámci týmu. Všichni se vnímají jako důležitý a právoplatný členek týmu, což působí při práci v týmu velmi motivačně. Zároveň oceňují úzkou spolupráci postavenou na mnoha úhlech pohledu (podle profesí), díky které si postupně budují přesah svých znalostí do dalších oblastí a zvyšují tak svou erudici. K nastavení takové spolupráce se tým propracovával v průběhu pilotního projektu. Vzhledem k náročnosti spolupráce několika profesí a zároveň sociální a zdravotní oblasti pracuje tým na spolupráci neustále, a to především formou týmových porad, vzdělávacích akcí a společných supervizí.

„I když jsme se jednotlivě domluvili, týmově jsme nesdíleli stejné hodnoty. Až teprve teď po roce a půl se to vyladuje.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 18. 8. 2020).

Doporučení ze strany týmu se týkají především sladění zdravotní a sociální oblasti v rámci provozních a personálních záležitostí, což zahrnuje také sladění platových podmínek zdravotníků a sociálních pracovníků. Tyto skutečnosti vedly v průběhu pilotního projektu k častým fluktuacím a neustálému obměňování týmu.

- *„Existují také rozdíly v ohodnocení, ve studijním volnu atd. Takové věci nám pak v týmu dělaly velkou neplechu.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020).*
- *„Teď to vypadá, že se tým usadil, a prvotní neshody se podařilo překousnout. Ale máme rozdílné úvazky, peníze, vzdělávání, dovolenou apod. To v těch týmech sehrává taky velkou roli.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 18. 8. 2020).*

I když se členové týmu věnují ve většině péči o klienty, nikoliv financování CDZ a jeho řízení, shodně zdůrazňují nutnost zachovat vysokou úroveň vzdělávání a dostatek zdrojů pro financování.



Vnímání přínosů CDZ ze strany zástupců zřizovatelů

Zástupci zřizovatelů CDZ shodně vnímají CDZ jako důležitou součást reformy psychiatrické péče, která může pomoci změnit chápání duševních onemocnění, změnit postoj k lidem s duševním onemocněním a zvýšit kvalitu jejich života.

„CDZ může pomoci změnit chápání práce s lidmi s duševním onemocněním a posunout ho tak, že cílem práce je, aby si lidé s duševním onemocněním našli způsob života, ve kterém jim bude dobře.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020).

Jako výhoda je vnímáno silné zázemí obou organizací (technické, administrativní, personální). Oceňována je také vazba na lůžková zařízení, kde je navazována podstatná část klientů. FOKUS Praha, z.ú. má zkušenosti s vedením a fungováním CDZ (CDZ v Praze 9 a CDZ v Praze 8), a proto mohly být tyto zkušenosti využity i v případě CDZ pro Prahu 6.

„V případě Prahy 6, tedy CDZ II, a pak i v případě CDZ III už vidíme výrazné pokroky a posuny k lepšímu. Nebereme to ale jako selhání týmu MZ, spíš jako přirozený vývoj situace, kdy se oboustranně zlepšuje komunikace mezi CDZ a MZ. Osvědčené metody se zdokonalují a ty, které se neosvědčily, už neopakujeme.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 13. 5. 2020).

Jako velký přínos je ze strany zřizovatelů vnímáno vytvoření multidisciplinárního týmu a zavedení terénní práce všech členů týmu, což nabízí zcela nový přístup k léčbě duševních onemocnění a k pomoci osobám s těmito onemocněními.

„Vytvoření multidisciplinárního týmu, který před tím neexistoval, může poskytnout jiný rozměr péče, než před tím. Konečně se podařilo dostat psychiatry a psychology do terénu, kdy jezdí na výjezdy.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020).

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

Spolupráce s dalšími subjekty v regionu probíhá bez větších problémů, i když jsou oblasti, v rámci kterých ještě není definitivně nastavena. Navazování spolupráce, kterou CDZ vnímá jako jeden ze svých klíčových úkolů, probíhalo v průběhu celého pilotního projektu a spolupráci se podařilo nastavit se všemi významnými poskytovateli návazných služeb. Některé spolupráce se nadále rozvíjejí tak, aby to bylo pro obě strany efektivní. CDZ vnímá, že je nutné posílit spolupráci mimo jiné s ambulantními psychiatry a praktickými lékaři, aby byla co nejlépe informována široká veřejnost.

Vnímání přínosů CDZ ze strany hl. m. Prahy a městské části

Jako naprosto bezproblémovou a dobře nastavenou vnímá CDZ spolupráci s krajem (Magistrát hl. m. Prahy). Stejně tak i ze strany Magistrátu hl. m. Prahy je existence CDZ hodnocena pozitivně, podobně jako další oblasti reformy.

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

Spolupráce s Magistrátem probíhá na bázi pravidelných setkání. Jednou z oblastí, kterou město aktuálně řeší, je dostupnost bydlení pro osoby s duševním onemocněním (již byly podniknuty konkrétní kroky zvyšující dostupnost bydlení pro osoby s duševním onemocněním). Snaha Magistrátu situaci řešit však naráží na limity bytového fondu.



„To, že je Praha v této oblasti vstřícná, je jedna věc, ale kolik má býtů k dispozici, to je věc druhá. Nicméně systém se pro klienty otevřel, ale asi se neuspokojí v míře, jak to očekávají poskytovatelé sociální služeb. Takový bytový fond tady k dispozici není, aby dokázal zacílit na celou strukturu.“ (Zástupce Magistrátu hl. m. Prahy, rozhovor ze dne 8. 7. 2020).

Stejně tak se dobře vyvíjí spolupráce s Městskou částí Praha 6, která se posunula z výměny klientů na společnou práci v případech společných klientů. Oblast bydlení v současné době CDZ a Městská část Praha 6 společně neřeší, jelikož Městská část služby v této oblasti nenabízí. Řešení se proto posunulo na úroveň Magistrátu (viz výše).

- *„Pravidelně probíráme jednotlivé případy, čehož se účastní také zástupci pečovatelské služby, což je naše příspěvková organizace, která má hodně klientů z Prahy 6, kteří potřebují pečovatelskou službu v domácím prostředí. A nemají jen seniory, ale mají za klienty i osoby s duševním onemocněním. To znamená, že část práce s lidmi s duševním onemocněním se prolíná v rámci sociální práce, pečovatelské služby, v rámci CDZ.“ (Zástupce Městské části Praha 6, rozhovor ze dne 31. 7. 2020)*
- *„V tuhle chvíli máme dohodnutou schůzku, kam chodí naši zástupci, zástupci ze sociálního odboru, pečovatelské služby a veřejní opatrovníci. Tam máme šanci koordinovat péči o ty lidi, kteří jsou pro nás společní. A konečně se nám daří to dostávat do stavu, že nám někoho jen nepředají, ale že je to společná práce.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020)*

Vnímání přínosů CDZ ze strany ambulantních psychiatrů

Na základě rozhovoru s ambulantními psychiatry bylo zjištěno, že vnímání přínosu CDZ se týká především sociální složky služeb CDZ, která může doplnit zdravotní služby ambulantního psychiatra. Spolupráce s psychiatrem působícím v CDZ je však rozvinuta jen minimálně a role nejsou jasně nastavené. Odstup souvisí také s obavou o klientelu. Kritizováno je úzké vymezení cílové skupiny CDZ, které způsobuje, že pouze malé množství lidí s duševním onemocněním jsou potenciálními klienty CDZ. Doporučením z této oblasti tedy je rozšířit cílové skupiny CDZ a jasně vymezit spolupráci mezi ambulantním psychiatrem a psychiatrem působícím v CDZ.

- *„Samozřejmě to vnímám pozitivně, ale upřímně říkám, že především pro sociální stránku věci. Je jen otázka času, kdy budu mít pacienta, který bude potřebovat služby v sociální oblasti, nebo některému z mých stávajících pacientů vzniknou v této oblasti potřeby. Ale zdravotní stránku si obhospodařím sám. Je pak otázkou, jestli není služba CDZ předražena.“ (Ambulantní psychiatr, rozhovor ze dne 21. 8. 2020)*
- *Respondent je pro zavádění CDZ, jejich potřebnost vidí jako vysokou, ale CDZ vnímá jako zařízení, která se nakonec vyprofilovala jinak, než byl jejich primární koncept. CDZ dokážou podle respondenta zabezpečit pouze zlomek lidí s duševním onemocněním. Náklady na CDZ jsou přitom vysoké, a to především při přepočtu nákladů na jednoho klienta ročně. (Ambulantní psychiatr, rozhovor ze dne 21. 8. 2020, respondent nesouhlasil se záznamem rozhovoru)*
- *Respondent nekomunikuje s lékařem (psychiatrem) CDZ, ani jiným pracovníkem zdravotních služeb. S CDZ spolupracuje kvůli sociálním službám pro své klienty. V současnosti se jedná o jednotky klientů. (Ambulantní psychiatr, rozhovor ze dne 21. 8. 2020, respondent nesouhlasil se záznamem rozhovoru)*

Vnímání přínosů CDZ ze strany dalších poskytovatelů sociálních služeb

Další poskytovatelé sociálních služeb spolupracují s CDZ v Praze 6 na bázi společných setkání, v rámci kterých obecně nastavují spolupráci a řeší konkrétní případy klientů, kteří jsou v jejich péči. Pro péči o společné klienty ve většině existuje společná metodika postupu.

Nastavení konkrétní spolupráce mezi CDZ a dalšími poskytovateli služeb je z obou stran vnímáno jako jedna z klíčových aktivit CDZ. I když je spolupráce metodicky nastavena, momentálně nemá např. pečovatelská služba v Praze 6 klienty, kteří by byli zároveň klienty CDZ. Je to dáno především



skutečností, že poskytovatel sociálních služeb (v tomto případě pečovatelských služeb) nemá kompetence pracovat s diagnózami a posuzovat zdravotní stav klientů. Nemůže tedy kontaktovat CDZ v případě svých klientů, aby došlo k jejich navázání tak, jak to probíhá ze strany lůžkových zdravotnických zařízení, nebo ambulantních lékařů. K zahájení spolupráce ze strany CDZ, což by bylo z výše uvedeného pohledu možné, nedochází.

- „Nemůžeme klienta diagnostikovat, ani s diagnózou jakkoliv pracovat, pokud bychom ji znali. Jsme si jisti, že u některých klientů by spolupráce s CDZ byla potřebná, ale nemůžeme ji zahájit. Můžeme se spojit s rodinou a třeba doporučit, ale bez znalosti přesné diagnózy.“ (Zástupce poskytovatele sociálních služeb, rozhovor ze dne 7. 12. 2020)
- „Ze strany CDZ by zahájení spolupráce bylo možné, protože oni nás mohou kontaktovat, že jejich klienti potřebují naše služby. Ale bohužel to tímto směrem neprobíhá. Momentálně nemáme z těchto důvodů žádné společné klienty, což je velká škoda, protože určitě existují.“ (Zástupce poskytovatele sociálních služeb, rozhovor ze dne 7. 12. 2020)

Další poskytovatelé sociálních služeb v rozhovorech uváděli, že by ocenili nižší fluktuaci pracovníků CDZ. Ta je dána nestandardní náplní práce a disproporcemi v odměňování mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Právě z toho důvodu se fluktuace týká především sociálních pracovníků, jejichž mzdy jsou průměrně nižší, než platy zdravotníků.

- „Dále bych zmínila personální fluktuaci v CDZ. Doufám, že nyní je CDZ personálně stabilizováno, ale v minulosti se jejich pracovníci dost měnili a to se promítalo i do společných setkání s MČ.“ (Zástupce poskytovatele sociálních služeb, rozhovor ze dne 7. 12. 2020)
- „Musím tedy říct, že mají nedostatek sociálních pracovníků. Teď se tam navíc vyměnili lidi v týmu, kteří ještě neznají případy a ta spolupráce se musí znovu usadit.“ (Zástupce sociálního odboru Městské části Praha 6, rozhovor ze dne 31. 7. 2020)

8. Budoucnost CDZ

Provoz CDZ pro Prahu 6 je po skončení pilotního provozu (tj. od 1. 11. 2020) hrazen standardně prostřednictvím finančních mechanismů pro zdravotní a sociální oblast. Oba poskytovatelé některé dílčí náklady CDZ nyní hradí prostřednictvím jiného zdroje financování nad rámec standardního financování sociálních a zdravotních služeb, popř. CDZ podporují v rámci svých zázemí např. v podobě vzdělávání, ekonomické a administrativní podpory; službu tedy dofinancovávají z výnosů z jiných svých činností.

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

CDZ pro Prahu 6 neočekává výrazné problémy s financováním svého provozu. Nepředpokládá tedy, že by se omezily nabízené služby, a plánuje pokračovat v jejich poskytování v plném rozsahu. Zároveň CDZ předpokládá, že také poptávka po službách bude i nadále dostatečná, a to mimo jiné také díky plánovanému rozšíření spádové oblasti i na Prahu 17.

- „Financování sociální části máme příslibené, ve zdravotní části by to neměl být problém, klienty máme. Nic nepřekáží tomu, abychom pokračovali. Máme domluveny také nové prostory a už se na ně moc těšíme.“ (Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 27. 7. 2020).

Financování služeb CDZ je ovlivňováno také různými formami financování zdravotní a sociální části služeb (sociální složka financováním sociálních služeb z úrovně kraje a zdravotní služby prostřednictvím úhrad od zdravotních pojišťoven). Někteří členové vedení a týmu CDZ pro Prahu 6 v této dvojkolejnosti



financování nespátřují problém, jiní to hodnotí jako zdroj problémů pro další působení CDZ. Dvojkolejnost se týká také spolupráce dvou zřizovatelů (dva mechanismy řízení, firemních kultury, interních předpisů apod.) Rozdíly mezi zřizovateli by vyřešila vlastní právní subjektivita CDZ.

- *„Bylo by dobré zbavit se dvojkolejnosti, tzn. spojení dvou organizací. Kdyby to šlo vymyslet tak, že CDZ bude pod jednou střechou, pod jednou organizací. A aby financování bylo jasně stanovené a jednotné. Protože když něco jde z MPSV a něco z MZ, je to náročnější a vznikají jiné nároky na práci. Jsou to věci, které jsou problematické. Patří sem i např. nahlížení do dokumentace, to je také problematické, když se jedná o dvě organizace ze dvou resortů. Určitě by tomu tedy prospělo, kdyby to byla jedna právní osoba a kdyby se to nemuselo pořád dělit na sociální a zdravotní část. Úplně ideální by tedy bylo, kdyby vzniklo CDZ Praha 6, to by mělo nějaké personální obsazení, do rozpočtu by dostalo nějakých 20 mil. Kč na rok a staralo by se o 100 až 150 klientů. Taková metoda trustu, jako mají ve velké Británii, kde hospodaří s rozpočtem a jednou za rok složí účty. Tady jsme strašně svázaní s financováním a organizováním.“ (Zástupce Vojenské fakultní nemocnice Praha, rozhovor ze dne 21. 7. 2020)*
- *„Teď se řeší otázka, jak bude probíhat přechod na samostatné financování, z čehož vyplynulo podle výpočtů, že to CDZ zvládne a má šanci vlastními prostředky se ufinancovat. Na jednáních byli také zástupci Magistrátu, velmi kvalifikovaní, kteří se zabývají financováním sociální oblasti. Po této stránce, stránce financování, to CDZ zvládne.“ (Zástupce Městské části Praha 6, rozhovor ze dne 31. 7. 2020)*



7.1.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ pro Prahu 6

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

Rozhovory se zástupci Řídící rady, resp. zástupci zřizovatelů

1. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (zdravotnické zařízení)

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Zástupce zřizovatele
Termín uskutečnění rozhovoru	21. 7. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

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

Respondent (R): Tou motivací bylo, že dlouhodobě fungovaly dva týmy. Sedm let fungoval tým u našeho oddělení (*pozn. psychiatrické oddělení ÚVN VFN*), který byl složený ze sestřiček, které navštěvovaly pacienty doma, a zároveň dlouhodobě fungoval sociální tým na Břevnově. Spolupracovali spolu, ale ta spolupráce nebyla úplně ideální a když se objevila výzva, tak to byla možnost, jak naši spolupráci povýšit do jednoho celku, využít k tomu evropské prostředky a urychlit proces sblížení těchto dvou týmů. Přišlo nám to smysluplné, protože, když se začalo mluvit o CDZ, ty naše týmy by už v budoucnu nemohly takto fungovat a nebyly by v systému rozpoznatelné. Proto jsme udělali CDZ, aby to mělo jasný koncept, který je ukotvený v systému, je podporovaný a financovaný. Tak proto jsme do toho vstoupili.

T: To znamená, že spolupráce vznikala mezi těmi dvěma subjekty už před zahájením pilotního projektu?

R: Ano, už dávno před tím. CDZ byla pak výzva a krok k tomu, jak to propojit. Když jsme se dívali na parametry té výzvy, tak jsme si říkali, že bychom měli být schopni to splnit.

T: A doprovázely zahájení projektu, mám na mysli dotovaného pilotního projektu CDZ, nějaké komplikace?

R: Komplikace byla hlavně to, že místo, tedy provozovna CDZ, muselo být mimo nemocnici. Nemocnice má spoustu prostor a zázemí a my jsme měli problém sehnat na Praze 6 vhodné prostory. Nakonec jsme skončili v provizoriu na poliklinice, v prostorech, které nejsou vhodné pro tuto službu, ale už jsme nechtěli couvnout, když jsme měli vše připravené. Prostory tak pro nás byly problém největší. My jsme měli lidi, zkušenosti, ale neměli jsme, kde být.

T: A ty prostory, o kterých teď mluvíte, to jsou prostory, ve kterých ještě momentálně CDZ provozujete?

R: Ano, to jsou ony. Ale CDZ se přestěhuje. Máme už nový objekt, který připravujeme. Celý pilot ale proběhl ve stávajícím prostředí, což trochu ovlivnilo atmosféru v týmu, méně se i zvali klienti a více se chodilo do terénu.



T: Jak bylo CDZ přijímáno ze strany městské části, zdravotnických zařízení a poskytovatelů služeb?

R: CDZ bylo a je přijímáno ze strany klientů dobře, protože ti z toho profitují a jejich rodiny také. Co se týče poskytovatelů zdravotních služeb, tak ti mají spíše neutrální postoj. Učí se využívat služeb CDZ, ale určitě nejsou nijak v opozici. Ze začátku to bylo takové oťukávání a zjišťování, v čem jim CDZ může pomoci, jak bude fungovat apod. Spolupráce se pak vyvíjí zkušeností. Městská část projevuje podporu. V ničem nám nebrání, ale aktivně se nijak nezapojují.

T: A jaké jsou reakce veřejnosti na CDZ a jeho služby v Praze 6?

R: Tady jsme schovaní. Možná v nových prostorách, až budeme v klasické zástavbě mezi školou a školkou, obchodem a metrem, tak se to změní. Ale teď nemáme žádné reakce od široké veřejnosti. My našimi aktivitami cílíme spíše na odbornou veřejnost, na provázání služeb a podporu spolupráce s nimi. A laická veřejnost asi taky patří do té informovanosti, ale spíše až v další fázi. Teď hledáme cesty spolupráce a až je budeme mít vyřešené, půjdeme dál, aby to postihlo i širokou veřejnost, jako třeba do veřejných knihoven.

T: Jak hodnotíte nároky projektu, především samotný vstup do projektu, jeho administraci, nastavení indikátorů apod.?

R: Je to projekt. Složitá je například agenda indikátorů a parametrů, která zatěžuje tým, který je musí sbírat, počítat a vykazovat. Ze začátku nás to hodně trápilo. Velké nároky jsou také na účetní soupisky a účetnictví a na věci s tím spojené.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu CDZ a v čem se podle Vás odlišuje od běžné praxe?

R: Na organizační rovině, kde jsou rozdílné přístupy a různé pracovní právní vztahy, to bylo složitější, ale nebyly to zásadní věci. Každá organizace má jiné benefity a jiný přístup. To jsme chvíli řešili, ale nemyslím si, že by to bylo zásadní. Samotné sžívání dvou týmů ale bylo komplikované a složité. A je stále.

T: A to platilo již ve fázi před pilotním projektem?

R: To ještě ne, tam to bylo dobré. Tam jsme si každý jeli po svém, spolupráce vždy byla o konkrétním klientovi a vždycky jsme se bezvadně domluvili. Ale když pak sedíte v jedné místnosti a chcete najít společný způsob práce, tak každý musí z něčeho slevit a někde ubrat. Najednou je to složitější, což vedlo k určité personální fluktuaci, protože ne každý se v tomto stylu práce našel a měl stejné představy o spolupráci. Někomu vadil i samotný způsob práce v CDZ, což s oběma týmy samozřejmě oťrášlo. Obsazení se tak postupně promíchalo a pročistilo a dá se říct, že teď je tady nově vybudovaný tým. Věříme, že tak bude fungovat i v budoucnu.

T: A jak probíhá řízení takového týmu?

R: Řízení je také složitější, protože jsme neměli jednoho silného leadera, který by mohl vést celý tým. A protože to jsou dvě organizace, vymysleli jsme takovou strukturu vedení, aby zohledňovala, že jsou to dva samostatné subjekty. Máme tady vedoucího sociálních pracovníků, vedoucího zdravotníků, do toho bylo nutné zakomponovat psychologa a psychiatra. Je to takové neobratné vedení, ale protože jsme nechtěli, aby se jedna oblast bála, že bude převládána tou druhou, a neměli jsme se výraznou osobnost, která by převzala celé vedení, je vedení týmu složeno ze čtyř lidí.



T: Nikdo tedy nemá poslední slovo, musíte se dohodnout?

R: Nemá, je to hodně o dohodě, demokratický styl vedení čtyřčlenného výkonného managementu, který by se měl spolu domluvit a jasně komunikovat směrem k týmu.

T: A daří se v těchto podmínkách řešit personální záležitosti?

R: Snažíme se je řešit společně. Máme například stanovená pravidla, že když se hledá sociální pracovník, hledáme ho společně, stejně tak, když se hledá zdravotník. Chceme to mít vyvážené. Zatím se nám podařilo všechny personální problémy vyřešit a personální ztráty se nám také podařilo nahradit.

T: Ale pořád platí to, že podléháte vnitřním standardům svých původních – mateřských organizací?

R: Ano, to je těm lidem jasné. Je jim to vysvětlováno. Každá organizace má své výhody. Někde je to flexibilní pracovní doba, jinde více dovolené, nebo mzdy. Ale myslím, že jsme to dobře komunikovali. Trochu to zabralo čas, ale dneska to nevidím jako problém.

T: Když se ještě vrátíme ke komunikaci a informovanosti o CDZ směrem ven, mluvili jsme o tom, že v současné době takto pracujete s odbornou veřejností. O jaké aktivity se přesně jedná?

R: Máme různé akce s oddělením ÚVN a s dalšími poskytovateli zdravotních i sociálních služeb, například s homecare apod. Pak do toho vstoupila pandemie, a tak jsme zahájili takový postup, že spíš obcházíme poskytovatele s letáky a informacemi. Nebo třeba slavnostní otevření CDZ, které bylo tedy pro širokou veřejnost, ale byli tam hlavně poskytovatelé z jiných regionů.

T: Co fungující CDZ přineslo regionu?

R: Tak určitě je to větší kapacita pro podporu klientů doma. To není sice úplně nová služba, protože podpora v domácím prostředí probíhala i před tím, ale nebyla tak komplexní a měli jsme omezené kapacity. Teď se dostala komplexní péče k velkému počtu pacientů. Klienti a jejich rodiny z tohoto určitě profitují. Před tím jsme zvládli třeba 30 klientů, teď máme kapacitu přes 100 klientů. Navíc máme k dispozici psychiatra a psychologa.

T: Jak bude CDZ fungovat dále, resp. co je předpokladem jeho dalšího fungování?

R: Já bych se dále vydal cestou standardního financování z pojištění a z krajů. Podle našich předběžných propočtů se CDZ užíví. Každá dotace s sebou nese to administrativní břímě a až budeme standardně financováni, část administrativní agendy zmizí a my se budeme moct věnovat péči o klienty a koncentrovat se na zkvalitňování a rozšiřování služby. Když tedy bude dobře nastavené financování.

T: A co Vám chybí v regionu, aby to Vaši činnost maximálně podpořilo?

R: To, co my tu nemáme, je bydlení. Protože například vytáhneme klienty z Bohnic a zvládli bychom je podpořit v komunitě, ale oni nemají kde bydlet. Praha 6 nemá žádné byty – sociální byty, kde by klienti mohli být a my se o ně mohli postarat. Praha 6 se v tomto bere jako lukrativní čtvrt, kde je velké procento vysokoškoláků a tyhle byty zde nejsou. Takže nám se nedaří sem některé klienty přesídlit.

T: To znamená, že nemůžete navazovat klienty bez možnosti bydlení a vytahovat je z lůžka?

R: To nemůžeme. Ale to je právě jedna z rolí CDZ, kterou se nám nedaří úplně naplňovat, ale ne z našich příčin.



T: S jakými lůžkovými zařízeními spolupracujete a kde navazujete klienty kromě bohnické nemocnice a ÚVN VFN?

R: Jen s těmito dvěma nemocnicemi. ÚVN je součástí projektu a s bohnickou nemocnicí spolupracujeme, protože jsou tam silné deinstitucionální snahy z její strany a máme tam klienty, kteří patří na Prahu 6. My tam chodíme a oni nám vytipují klienty z Prahy 6. Zjišťujeme, jestli by už mohli jít domů, co zvládnou a co nezvládnou. A pak jde o to, jestli mají kam jít. Když mají kam jít, tak se vrátí na Prahu 6 a my se o ně staráme.

T: A máte nějaká doporučení pro nově vznikající CDZ?

R: Asi hlavně intenzivní podpora pro CDZ při zahajování, kdy by mělo CDZ k dispozici nějakého metodika, který by vysvětlil, jak je to myšleno s indikátory apod. Spousta starostí by tak nebyla. Pak si mezi sebou ta CDZ předávají zkušenosti, jak to řešit, ale ten, kdo ty kontakty nemá, tak se k informacím nedostane. Taková podpora by byla dobrá, myslím projektově. Spousta CDZ tápala a nevěděla, které pacienty mohou brát, jak co vykazovat. My jsme byli připraveni a takové problémy jsme neměli, ale spousta CDZ nevěděla.

T: Co by se mělo změnit ve fungování CDZ, aby bylo efektivnější?

R: Bylo by dobré zbavit se dvojkolejnosti, tzn. spojení dvou organizací. Kdyby to šlo vymyslet tak, že CDZ bude pod jednou střechou, pod jednou organizací. A aby financování bylo jasně stanovené a jednotné. Protože když něco jde z MPSV a něco z MZ, je to náročnější a vznikají jiné nároky na práci. Jsou to věci, které jsou problematické. Patří sem i například nahlížení do dokumentace, to je také problematické, když se jedná o dvě organizace ze dvou resortů. Určitě by tomu tedy prospělo, kdyby to byla jedna právnická osoba a kdyby se to nemuselo pořád dělit na sociální a zdravotní část. Úplně ideální by tedy bylo, kdyby vzniklo CDZ Praha 6, to by mělo nějaké personální obsazení, do rozpočtu by dostalo nějakých 20 mil. Kč na rok a staralo by se o 100 až 150 klientů. Taková metoda trustu, jako mají ve velké Británii, kde hospodaří s rozpočtem a jednou za rok složí účty. Tady jsme strašně svázáni s financováním a organizováním.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Zdrojem některých problémů CDZ je dvojkolejnost jeho fungování. Zlepšení by mohl zajistit model, ve kterém by CDZ mělo právní subjektivitu, průhledné a jednotné financování, a to ideálně formou trustu.
2. Někteří klienti nemohou být deinstitucionalizováni a navraceni z lůžkové péče, protože nemají vlastní bydlení ani rodinné zázemí. Pak často dochází k trans-institucionalizaci. V regionu Prahy 6 je tento problém umocněn skutečností, že zde nejsou k dispozici sociální byty ani jiná podpora bydlení. Když není možné zajistit klientům bydlení, zůstávají hospitalizovaní, nebo dochází k trans-institucionalizaci.
3. Cílová skupina klientů nově vznikajících CDZ je velmi úzce vymezená a v mnoha ohledech není jasně definována.

2. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (poskytovatel sociálních služeb)



Identifikace CDZ		CDZ pro Prahu 6	
Respondent		Zástupce zřizovatele	
Termín uskutečnění rozhovoru		13. 5. 2020	
Forma rozhovoru		Osobní rozhovor	

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

Respondent (R): CDZ vzniklo díky zájmu obou poskytovatelů o změny v péči o duševně nemocné. FOKUS Praha vnímá, stejně jako Ústřední vojenská nemocnice a Psychiatrická nemocnice Bohnice, potřebu deinstitucionalizace a posílení komunitní péče, a proto se angažuje do samotné reformy, která zahrnuje také zakládání a provozování CDZ.

V případě Prahy 9 vzniklo CDZ komunikací a dlouholetou spoluprací mezi Psychiatrickou nemocnicí Bohnice a FOKUS Praha, protože jsme společně založili a vedli centrum v Praze 8, které není součástí pilotního projektu.

V Praze 6 vzniklo centrum v rámci regionu, kde má FOKUS své centrum. Těžit mohlo právě ze zkušeností Prahy 8 a Prahy 9.

T: Jak vznikla spolupráce mezi oběma zakládajícími subjekty, které jsou v mnoha směrech odlišné?

R: Nalezení vhodných partnerů nebereme jako samozřejmost. Naopak je jasné, že aby CDZ fungovalo, musí fungovat spolupráce partnerů.

V případě CDZ v Praze 9 šlo sice o postavení CDZ „na zelené louce“, protože zde nefungovala žádná sociální služba, ani zařízení s psychiatrickými lůžky, ale obě zakládající strany měly zkušenosti z Prahy 8, kde funguje centrum nad rámec pilotu a bylo naším prvním spojením (pozn. spojení FOKUS Praha a Psychiatrická nemocnice Bohnice) ve formě CDZ. Naším cílem bylo zajistit P9, jako spádovou oblast, tímto typem služeb. Musel se ale postavit zcela nový tým, který si vystavěl spolupráci na nových základech, což bylo jednodušší, než například v Praze 6, kde se slučovaly dva existující týmy.

V něčem jednodušší byla situace v P6, kde byl již FOKUS etablovaný a v blízkosti UVN, se kterou spojil síly a vybudovaly CDZ. Sloučit tým pak bylo (kulturu, očekávání, prostředí apod.) složitější, než jej vystavit, jako v případě P9.

T: Jaké byly komplikace při vzniku CDZ?

R: Komplikace byly především kvůli zpoždění zahájení pilotu, protože už byly domluvené týmy. S prostorami nebyly ani při odkladech spuštění CDZ problémy, i když to je spíš věcí souhry náhod a nelze to paušalizovat.

T: Vidíte také další oblasti, v rámci kterých vznikaly při zakládání CDZ problémy?

R: V případě CDZ pro Prahu 9 pokulhávala komunikace s MZ, což se týkalo ale jen první vlny CDZ I. Tam ještě nebyly jasné všechny procesy, nevědělo se, co bude jak fungovat, nebyly takové zkušenosti.

V případě Prahy 6, tedy CDZ II, a pak i v případě CDZ III už vidíme výrazné pokroky a posuny k lepšímu. Nebereme to ale jako selhání týmu MZ, spíš jako přirozený vývoj situace, kdy se oboustranně zlepšuje komunikace mezi CDZ a MZ. Osvědčené metody se zdokonalují a ty, které se neosvědčily, už neopakujeme.



T: Jak bylo CDZ přijímáno ze strany dalších aktérů, jako jsou kraj a město, ale i zdravotnická zařízení a poskytovatelé sociálních služeb?

R: S magistrátem Prahy se spolupracuje perfektně. S městskou částí je to různé, ale celkově bych hodnotil spolupráci pozitivně. Město a městská část se v sociální oblasti dlouhodobě angažují, proto pro ně taková služba nebyla zcela cizí, a to se pozitivně odrazilo ve spolupráci s nimi.

T: A jak byste hodnotil spolupráci s lékaři (ambulantními psychiatry a praktiky) a nemocnicemi?

R: S nimi se spolupracuje dobře. Jsou součástí síťování, které vnímáme jako jeden z nejvýznamnějších počinů svého působení. Koordinujeme, aby na sebe služby navazovaly. U nemocnic je to odlišné. Nemocnice mají své silné pozice v regionu, ale ani zde nebyl problém.

T: A jak vnímáte zapojení veřejnosti, resp. jak je informovaná?

R: Veřejnost je informována v rámci komunikace reformy jako celku, hlavně v rámci procesu destigmatizace. Tam ale vidíme nedostatky. Ta opatření, která jdou v rámci destigmatizace směrem k veřejnosti realizována, nejsou v současné době dostatečná. Což znamená, že nejsou dostatečná také v případě CDZ a to negativně ovlivňuje vnímání CDZ a celé reformy.

T: Jak hodnotíte nároky projektu, především samotný vstup do projektu, jeho administraci, nastavení indikátorů apod.?

R: Administrace projektu je náročná. Vše ostatní, a to včetně indikátorů, je v pořádku a bez problémů. K tomu nemám výhrady.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu CDZ a v čem se podle Vás odlišuje od běžné praxe?

R: V případě CDZ v Praze 9 se jedná o dva různé zřizovatele, což znamenalo sloučit rozdílné firemní kultury. Navíc tímto sloučením nevznikl zcela nový subjekt se svou právní subjektivitou, a tak jsme se nemohli distancovat od vnitřních standardů původních zřizovatelů, tedy FOKUSu a bohnické nemocnice. To přináší často problémy a narážíme na ně v běžném provozu. Netýkají se jen odměňování, ale i čerpání dovolené, stylu práce, včetně terénní práce. V CDZ v Praze 9 se ale zároveň jednalo o vystavení zcela nového týmu, i když od dvou zřizovatelů, a etablování služeb ve spádové oblasti, která nebyla takto vybavena. Bylo to opravdu na zelené louce a vystavování úplně nového týmu a interní spolupráce tak bylo jednodušší, než kdybychom ladily dva existující týmy dvou poskytovatelů.

V P6 se jednalo o slučování dvou existujících týmů, které navíc naráželo na bariéry dvou různých prostředí, dvou různých zřizovatelů a hlavně dvou oblastí – sociální a zdravotní, které jsou historicky v pracovních standardech odlišné. Tam to bylo složitější. Týmy byly v mnohém zaběhnuté a musely se vzájemně učit spolupracovat a dělat kompromisy.

T: A jaká je v řízení multidisciplinárního týmu role Řídící rady?

R: Ta sehrává významnou roli, protože je nezbytná pro koordinaci, a to především v naší situaci, kdy je každá složka provozována jiným poskytovatelem. V některých případech je dvojkolejnost CDZ neřešitelná na úrovni samotného týmu a to pak koordinuje právě Řídící rada. Je to možné porovnat již teď s CDZ v Podskalí (Praha 2), kde je jediným zřizovatelem FOKUS Praha a mnoho problému tady nevzniká, nebo alespoň nedoléhá až na Řídící radu. Taky je zde stejná firemní kultura atd.

T: Jak se daří řešit personální záležitosti a případné problémy s tím související?



R: CDZ má dobře postavenou strukturu a přes Řídící radu se daří vnášet do jeho fungování zájmy obou organizací. Na úrovni týmů se naráží hlavně na ohodnocení, kdy sociální pracovníci mají výrazně nižší mzdy, zatímco zdravotníci dosahují mnohdy až o třetinu vyššího ohodnocení. Ohodnocení je největším problémem mezi oběma týmy. Zdravotníci jsou vedle toho zvyklí pracovat jiným způsobem, většinou z více závaznými pravidly, a jsou součástí většinou velké nemocnice (pozn. v tomto případě bohnické psychiatrické nemocnice), která má svá pravidla a standardy. Sociální oblast se zřizovatelem FOKUS má jiná, mírnější pravidla, která i když nesnižují kvalitu péče, jsou flexibilnější a rychleji reagují na potřeby fungování CDZ.

T: Jak se dělí kompetence mezi oba subjekty? Vznikají v tomto ohledu nějaké na řešení komplikované situace?

R: Dvoukolejnost řízení je samozřejmě náročná, ale CDZ ji v těchto případech zvládá dobře. Kompetence jsou rozděleny jasně a každý ví, jaké je jeho místo v multidisciplinárním týmu, který je základem práce v CDZ. Naráží se na historické vnímání postavení lékařů a dalších zdravotníků, což obecně platí obecně, nejen v CDZ v Praze 9. Ale v případech Prahy 6 a Prahy 9 nevznikají žádné vyostřené situace a spolupráce probíhá dobře.

T: Jak hodnotíte spolupráci v rámci regionu?

R: Spolupráce v regionu probíhá dobře. My síťujeme a vytváříme tak síť všech aktérů, hlavně návazných služeb, kteří na procesu péče o duševně nemocné participují. CDZ řeší svůj spádový region. Pro pacienty není potřeba mít trvalý pobyt na P9, ale je nutné zdržovat se tam. V rámci regionu pak komunikujeme s dalšími poskytovateli.

T: S kým probíhá spolupráce mimo regionu?

R: My dodržujeme spádovou oblast, ale s poskytovateli z jiných regionů komunikujeme a můžeme klientům pomáhat například doporučením služeb. V současné době se také diskutuje pozice krizové služby, která by měla regionální přesah a fungovala by v úzké spolupráci s CDZ v rámci „rozšířené působnosti“ ve více regionech. Tím by se spolupráce mezi regiony významně posílila.

T: A spolupráce s ambulantními psychiatry v regionu?

R: Psychiatři se nejprve báli, aby jim CDZ neodvádělo pacienty a neměnilo jejich pracovní standard. Dneska je ale spolupráce velmi dobrá a přínosná pro obě strany. A hlavně je přínosná pro samotné pacienty.

T: Jak se podle Vás vyvíjí informovanost o CDZ mezi odbornou veřejností a laickou veřejností? Daří se z Vaší pozice CDZ informovanost zvyšovat?

R: Odborná veřejnost získává informace nejen z CDZ, ale také díky komunikaci celé reformy, a to hlavně ze strany MZ. CDZ síťuje, jak již bylo řečeno, a v rámci komunikačních opatření realizuje akce pro návazné služby a další aktéry (například workshopy, slavnostní otevření CDZ apod.).

T: A jak je tomu v případě laické veřejnosti?

R: Laická veřejnost není tak dobře oslovována. Cílené akce nejsou tímto směrem často vedeny, s výjimkou rodinných příslušníků pacientů, kteří většinou participují na léčbě a dalších službách pro duševně nemocné. Pro laickou veřejnost se ale daří realizovat jiné projekty. Například FOKUS Praha



realizuje projekt „Blázníš? No a.“, který v rámci primární prevence vzdělává v oblasti duševního zdraví také děti na základních a středních školách a zvyšuje povědomí o duševních onemocněních a také o CDZ.

T: Co fungující CDZ přineslo?

R: CDZ přineslo několik významných pozitiv, a to především díky spojení obou složek, tedy sociální a zdravotní složky. Jsou to hlavně velké pokroky v case managementu a ve spolupráci multidisciplinárního týmu, kdy je postupem času vidět, že se týmy sblíží a spolupráce se zdokonaluje. Dále je díky CDZ možné oslovit a „zachytit“ více klientů, kteří dříve vyhledávali například jen jednu složku a ke druhé se z mnoha důvodů nedostali. Nyní mají k dispozici komplexní péči. A samozřejmě CDZ přineslo pokrok v reformě jako celku, protože CDZ vnímáme jako páteř reformy – jako viditelnou část reformy, která může hodně pomoci v její komunikaci, protože má hmatatelné a rychle viditelné výsledky.

T: Jak bude CDZ fungovat dále, resp. co je předpokladem jeho dalšího fungování?

R: CDZ pro Prahu 9 je a CDZ pro Prahu 6 bude po skončení pilotu po stránce zdravotnické financována ze zdravotního pojištění. Sociální oblast je v případě Prahy 9 a bude v Praze 6 standardně vykazována jako další služby poskytovatele. V případě těchto dvou CDZ se o jejich budoucnost nebojím. Financování doplníme granty a dotacemi, na což jsme zvyklí z fungování FOKUS jako neziskové organizace, která využívá vícezdrojové financování.

T: Máte nějaká doporučení pro podporu fungování CDZ?

R: Jednoznačně je to vymezení CDZ v zákoně o sociálních službách.

T: A nějaké změny, které by zefektivnily fungování CDZ?

R: Tím je určitě přístup k pozici sociálních pracovníků a narovnání jejich ohodnocení, což souvisí s financováním.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Na straně sociálních služeb vyplývají nedostatky především z absence právních norem. Nezbytné je ukotvit CDZ v zákoně o sociálních službách. To by pomohlo samotnému nastavení center duševního zdraví a také nastavení služeb, které CDZ poskytují, ale také k zasazení center do kontextu poskytování péče o osoby s duševním onemocněním v ČR a k vymezení vztahu a spolupráce s dalšími poskytovateli.
2. Základním problémem spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu je nesoulad v ohodnocení a další rozdíly v pracovních podmínkách. Nutné je především sladit mzdy a platy sociální a zdravotní části týmu, aby mohl multidisciplinární tým pracovat bez problémů a jeho členové byli k práci v týmu motivovaní.
3. Finančně by se mělo v rámci reformy psychiatrické péče bilancovat nadresortně, tedy nad rámec resortu zdravotnictví. Pro bilanci je nutné v průběhu reformy počítat úsporu při snižování psychiatrických lůžko-dnů a lůžko-dnů v DZR a naproti tomu náklady při zvyšování terénní péče o klienty.

3. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (poskytovatel sociálních služeb)



Identifikace CDZ		CDZ pro Prahu 6	
Respondent		Zástupce zřizovatele	
Termín uskutečnění rozhovoru		27. 7. 2020	
Forma rozhovoru		Osobní rozhovor	

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

Respondent (R): Jedna část té motivace je obecná, protože chceme, aby existovala zařízení typu CDZ, tedy multidisciplinární zařízení, která jsou terénní, která umožňují lidem s duševním onemocněním fungovat v běžném životě. Inspirací je určitě italský Terst a další zahraniční místa. Konkrétně tady na Praze 6 byla základem vzniku CDZ dlouhodobá spolupráce týmu sociálního FOKUSu a týmu zdravotního z ÚVN.

T: To znamená, že spolupráce vznikla již před zahájením pilotního projektu?

R: Ano, ta trvala již několik let před tím. Nebyla tak úzká samozřejmě, ale existovala i včetně společné účasti na poradách a byla založená na společné práci s klienty.

T: Ale neměli jste ještě společné prostory.

R: Neměli jsme společné prostory a v týmu nebyl psychiatr, který působil jen jako konzultant. Ze zdravotní oblasti tam působil zdravotní bratr a psychologové.

T: Byly nějaké komplikace, když pak vznikalo samotné CDZ?

R: Určitě. Hned od začátku a spousta. Dílčí problém byl s prostorami. Nakonec jsme sehnali moc nevyhovující prostory v suterénu, což úplně nebylo šťastné a lidi tam nebyli spokojeni, což nejsou úplně do teď. A druhým problémem bylo to, že jsme podcenili, že týmy, i když už spolu spolupracovaly, přece jen fungují každý jinak. A to ani ne tak směrem ke klientům, ale ve vedení dvou částí týmů, v tom, jak se věci řeší, jestli spíše přes dobré vztahy, nebo direktivnějším přístupem apod. Existují také rozdíly v ohodnocení, ve studijním volnu atd. Takové věci nám pak v týmu dělaly velkou neplech.

T: A bylo to proto, že je tým rozdělen na zdravotní a sociální část, nebo spíše sehrávaly roli dva poskytovatelé?

R: Myslím, že je to obojí. Jednak ve zdravotnictví je jiný přístup a jednak je rozdílný přístup i v těch dvou organizacích.

T: A řešilo by problémy v týmu, pokud by bylo CDZ jedním právním subjektem?

R: Určitě by to něco vyřešilo, ale nevím, jak by to pak existovalo nezávisle na těch dvou organizacích. Jsou to dvě velké organizace a obě přináší CDZ velké zázemí a podporu. A například ve chvíli, kdy nám vznikly problémy v týmu, jsme byli schopni tam poslat HR specialistku, který s tím týmem začala pracovat a dala ho dohromady. To by si samotné CDZ nemohlo dovolit.

T: Ale například v Podskalí je CDZ s jedním poskytovatelem, kterým je FOKUS Praha. Je to méně komplikující pro práci týmu?

R: V něčem je to méně komplikující, na druhou stranu ti zdravotníci tam přicházejí z kliniky (*pozn. Psychiatrická klinika VFN*) a taky mají některé návyky, takže to neznámá, že by tu ty problémy nebyly vůbec.



T: Jak funguje řízení multidisciplinárního týmu dvou poskytovatelů?

R: Co se týče práce s klienty, rozhodujeme týmově. Není to tak, že by to šlo ze shora. Jsou tam ti, kteří mají kompetenci hlídat kvalitu a další nepřekročitelné věci, ale v zásadě jsou řešení směrem ke klientům rozhodována na týmových poradách. Hlavní slovo má klíčový pracovník. Co se týče odborností, je tam tým sociálních pracovníků, kteří mají svou vedoucí, tým sester, které mají svou vedoucí a pak jsou tam dva psychologové a dva psychiatři, z nichž vždycky jeden je taky vedoucí. Takže po té odborné rovině to jede takto nezávisle. A při práci s týmem se nám podařilo dohodnout a nastavit to tak, že například při hodnotících pohovorech se členy týmů, jak sociální, tak zdravotní části, budou přítomni vždy obě vedoucí pracovnice, takže vlastně ten tým povedou tímto způsobem společně.

T: To znamená i případech, kdy se například vybírá nový člen týmu?

R: Ano. To tak máme dohodnuto od začátku, že ta druhá část týmu má vždy právo veta. Hlavně si zaměstnance vybírá organizace, která ho přijímá, ale ta druhá, když řekne ne, tak to může zastavit.

T: A když se jedná o řízení na úrovni managementu CDZ? Například v situaci, kdy jste vybírali nové prostory?

R: Rozhodujeme společně s manažerem za ÚVN a je to založené hodně na důvěře. A zatím to funguje dobře. Když pak například něco vybíráme, tak s ohledem na obě organizace. U FOKUSu je výhoda, že já jsem statutár a ty procesy jsou jednodušší, vedle toho v nemocnici všechno musí projít mašinérií a připomínkami a tak dále. To znamená, že vždy to musí být průchodné nejen v rámci CDZ, ale i v těch organizacích.

T: takže komplikace vyplývající z dvojčejnosti zřizovatelů CDZ jsou běžné a dají se řešit.

R: Ano, přesně tak. A pak to má i výhody, to je to zázemí obou organizací. Například ÚVN má údržbářskou partu, kterou můžeme v CDZ používat, když je potřeba.

T: Co se týče regionu, jak probíhá spolupráce s lékaři?

R: Praktické lékaře jsme oslovovali pravidelně ještě než vzniklo CDZ a my jsme tu měli ten tým. Teď jsme je kontaktovali znovu, ale nevím o tom, že by z toho vzešla reálná spolupráce, že by nám sem někoho poslali. S psychiatry jsme měli sezení. Ale obecně je s psychiatry v Praze ten problém, že CDZ je spádové a psychiatři nikoliv. Takže psychiatři z Prahy 6 mají polovinu pacientů z Prahy 6 a druhou půlku z jiných městských částí. A naši klienti, kteří bydlí na Praze 6, mají možná z půlky psychiatra z Prahy 6 a zbytek má svoje psychiatry mimo Prahu 6. To komplikuje navazování spolupráce. Psychiatři by se měli podívat, kde jejich člověk bydlí a najít CDZ, kam ho může poslat.

T: A posílají vám ambulantní psychiatři přesto nějaké klienty?

R: Ano. Ambulantní psychiatři nám posílají své klienty. Například velká ambulance je přímo pod vojenskou nemocnicí, tak je ta spolupráce hodně těsná. A máme další psychiatry, se kterými spolupracujeme, ale je to komplikované. Nelze pozvat psychiatry z Prahy 6 a navázat s nimi kontakt.

T: A takové síťování realizujete sami?

R: Ano, to zajišťujeme sami.

T: Bude na aktivity tohoto typu prostor a čas i po skončení pilotu?



R: Myslím si, že do určité míry ano, ale zároveň by se toho měl někdo ujmout systémově, protože je potřeba oslovit všechny psychiatry po Praze a dát jim seznam týmů. Protože teď to funguje tak, že asi třetina Prahy je zasíťována CDZ a ten zbytek má aspoň terénní sociální týmy. To znamená, že kdekoliv v Praze by mělo být možné dovolat se nějakého týmu, který je schopný fungovat v terénu.

T: A jak probíhá spolupráce s MČ Praha 6?

R: V tuhle chvíli máme dohodnutou schůzku, kam chodí naši zástupci, zástupci ze sociálního odboru, pečovatelské služby a veřejní opatrovníci. Tam máme šanci koordinovat péči o ty lidi, kteří jsou pro nás společní. A konečně se nám daří to dostávat do stavu, že nám někoho jen nepředají, ale že je to společná práce.

T: Jak hodnotíte spolupráci s poskytovateli dalších služeb?

R: například je tu pečovatelská služba, která ale nefunguje o víkendech. Když člověk sní v pátek všechno jídlo najednou, pak je problém ho udržet doma. Ale MČ slibuje to změnit. Problémem jsou na Praze 6 byty. Praha 6 se profiluje jako exkluzivní čtvrť a se sociálními byty nepočítá. Máme asi dva nácvikové byty, ale na trvalé bydlení nic neexistuje.

T: Což Vám znemožňuje deinstitucionalizovat některé pacienty.

R: Ano, v nemocnici jsou takoví lidé, kteří jsou tam jen z tohoto důvodu. Nakonec to snad bude na magistrátu, který snad nějaké byty má.

T: A měli byste možnost získat bydlení pro klienty přímo v regionu Prahy 6?

R: Ne, mimo Prahu 6. Hlavně na Praze 14 a 17.

T: Jaké je povědomí o CDZ mezi odbornou a laickou veřejností v Praze 6?

R: Odborná veřejnost ví, že CDZ existují. Ti, kteří reformě nefandí, neví, jak moc už je to intenzivní. My se snažíme plošně i individuálně oslovovat odbornou veřejnost. Individuálně je to podle konkrétních klientů a týká se to psychiatrů. Když je tam i nějaký somatický problém, potom také praktiků. Dělal jsem například slavnostní zahájení CDZ a den otevřených dveří. Další takové velké akce pro veřejnost jsme nedělali. Ale probíhaly menší akce pro odbornosti, třeba pro sociální pracovníky, včetně toho, že já jsem přednášel v loňském roce pro policii na Praze 6. Máme taky webové stránky a letáky a jsme tak dobře dohledatelní.

T: A jak se podle Vás vyvíjí informovanost laické veřejnosti?

R: U laické veřejnosti by stálo za to dát informace a letáky k praktickým lékařům. Tam je potenciál, který jsme ještě nevyužili. A co se týče úplně plošné informovanosti, tak udělat pár spotů. Např. v ČT byla možnost vidět spot o finanční gramotnosti. A to by pak bylo na úrovni MZ, aby se mezi lidmi dostalo, že kromě léčeben a ambulantních psychiatrů existují i CDZ.

T: Jak hodnotíte náročnost projektu stran administrace, indikátorů apod.?

R: Vzhledem k tomu, že teď píšeme zprávu, tak náročně. Administrativní náročnost je vysoká a mnohdy neefektivní. V případě indikátorů nejsou problémy. Ale měli jsme výhodu, že jsme to nestavěli na zelené louce a věděli jsme. Nicméně jen realizovat celý proces přijetí klientů do CDZ (*pozn. stávající klienti původního existujícího týmu*), aby byli oficiálně klienty, nám trvalo půl roku. A teď je pro nás náročné dosáhnout určitého počtu hodin vzdělávání, což je způsobeno, že nám lidi hodně fluktuují. Ale to je asi z indikátorů nejvíc na hraně.



T: A až nebude financováno z dotace, budete moct financovat i takové aktivity, jako je například vzdělávání členů týmu?

R: Ano, určitě. Jen jsme se dostali do takové pasti, že jsme realizovali kurzy pro celý tým na klíč, ale pak když jsou v tom změny a lidi se mění, tak se toto docela špatně dohání.

T: A dalo by se něco zlepšit pro nově vznikající CDZ?

R: Určitě důraz na práci s týmem, a to obzvláště, když se spojují dva týmy dvou organizací. Ono je to jednodušší, když se naberou úplně noví lidé, kteří jdou do nových podmínek a přizpůsobí se jim. Proto je to dobrý nápad stavět CDZ na zelené louce, mít dva tři zkušené lidi, kteří to zaštiťují a vyhnout se těmto problémům. Například na Praze 9 to bylo kvůli tomu jednodušší. Ale když to vzniká ze dvou fungujících týmů, je to složité. Myslím si, že zajištění dvěma organizacemi přináší zisky i komplikace a ani bych neřekl, že je to skvělé, nebo že by to tak nemělo být. Výhodou je to zázemí a úzké vazby na lůžková zařízení.

T: A dalo by se něco zlepšit pro fungující CDZ?

R: To, co pořád není vyřešeno a dotaženo, je systém řízení ze dvou organizací. Pořád jsou tam ty role zdvojené a je to založené na osobní komunikaci. Důležité je, aby ti, co jsou na stejné úrovni, vše vykomunikovali a jednotně komunikovali dále směrem domu. Není to systém, který by byl odolný proti individuálním selháním a myslím, že časem musíme zavést systém, který by byl jednokolejný. Musí tam být jedna hlava, která to bude na starosti. A co se týče vykazování indikátorů, je to poměrně velký nárok na CDZ. Pojišťovny ještě další rok a půl po skončení pilotu chtějí, aby se indikátory vykazovaly, a teď se licituje o tom, jestli to budou dělat všichni, nebo jen někdo, a jestli za to něco dostane. Rozumím tomu, že chtějí data dál sbírat, ale pak by za to mohlo být nějaké ohodnocení.

T: Je něco, co by Vám zamezilo dál fungovat?

R: Financování sociální části máme přislíbené, ve zdravotní části by to neměl být problém, klienty máme. Nic nepřekáží tomu, abychom pokračovali. Máme domluveny také ty nové prostory a už se na ně moc těšíme.

T: A co přinesl pilotní projekt pro CDZ?

R: Vytvoření multidisciplinárního týmu, který před tím neexistoval, může poskytnout jiný rozměr péče, než před tím. Konečně se podařilo dostat psychiatry a psychology do terénu, kdy jezdí na výjezdy. CDZ může pomoci změnit chápání práce s lidmi s duševním onemocněním a posunout ho tak, že cílem práce je, aby si lidé s duševním onemocněním našli způsob života ve kterém jim bude dobře. Doposud to fungovalo tak, že se s tím člověkem podařilo dohodnout, že se bude chovat nenápadně a může někde přebývat, nebo musel být hospitalizovaný – když to samozřejmě trochu přeženu.

T: Jedná se tedy o změnu chápání i na straně samotných klientů?

R: Ano, určitě, ale podstatná část mladších klientů už to tak vnímá, že můžou žít, jak chtějí.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. CDZ by ocenilo více pracovat na spolupráci s ambulantními psychiatry. Klienti často nenavštěvují psychiatry ve své městské části, což komplikuje spolupráci CDZ a ambulantních psychiatrů.



Navazování spolupráce by se mělo řešit systémově a například pro pražská CDZ oslovit všechny psychiatry v Praze a přilehlých regionech.

2. Region Prahy 6 je vnímán jako lukrativní a neřeší jakoukoliv formu podpory bydlení, což klientům CDZ chybí. Spolupráce se v této oblasti rozvíjí s hl. m. Prahou. Nedostatečná podpora bydlení znesnadňuje deinstitucionalizaci.
3. Je nutné více podpořit nově vznikající CDZ, aby bylo jasné, jaké klienty navazovat, jak probíhá financování apod.
4. Centrálně by měla být podpořena také informovanost laické veřejnosti.
5. Důraz by měl být kladen na práci s týmem, a to obzvláště v situaci, když se spojují dva týmy dvou organizací, k čemuž by pomohlo zavedení guideliness.

Rozhovory s pracovníky multidisciplinárního týmu

4. Rozhovor s psychiatrem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	7. 8. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ?

Respondent (R): Projekt začal 1. 5. a já jsem se přidal 1. 11. 2019, tak to je 8 až 9 měsíců.

T: To znamená, že jste se k týmu přidal až později po založení CDZ?

R: Ano.

T: A jaké jsou Vaše zkušenosti s péčí o lidi s duševním onemocněním z dřívější doby?

R: Já pracuji na akutním psychiatrickém oddělení ÚVN, odkud mám dlouhodobé zkušenosti.

T: Když se zaměříme na samotné centrum, jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby v Praze 6 vzniklo?

R: Je to podle mě velmi potřebné.

T: I když jste nebyl přímo u vzniku CDZ, v tu dobu jste působil jako lékař v ÚVN. Jak vnímáte vznik CDZ, resp. víte o nějakých komplikacích jeho vzniku?

R: Samozřejmě. Nikdo nevěděl, jaká je tam role psychiatra, co tam má dělat, jak to má dělat atd. Byla tam tedy spousta otázek.

T: To znamená, že jste vnímal komplikace z pohledu psychiatrie. A co se týče jiných oblastí, jako je nastavení samotného centra?

R: To jsem přímo neřešil, vím, že se řešilo, kdo to bude platit, jak to bude platit. Jestli to pak budou platit pojišťovny apod. Toto centrum je také souběh dvou subjektů, zdravotnického a sociálního světa, tzn. na začátku se muselo řešit, jak to spolu má fungovat, jak ta spolupráce bude vypadat. Takže kolem



toho vzniku CDZ nebylo jasné vůbec nic. A to byl právě problém v zapojení lidí do projektu, protože nikdo nevěděl vůbec nic. Byla to velká nejistota.

T: A pomohlo Vám nějakým způsobem, že jste mohli čerpat zkušenosti z projektu CDZ I?

R: Ne, to nám vůbec nepomohlo. My jsme za ÚVN nevěděli nic od CDZ I. Z našeho pohledu to nepomohlo. Možná z pohledu těch organizátorů to mohlo pomoci, ale z pozice členů týmů ne. Ty informace sem za zdravotnickou část nedotekly.

T: Vnímáte práci v multidisciplinárním týmu CDZ odlišně od práce v lůžkovém oddělení, se kterým máte zkušenosti?

R: Je to samozřejmě jiné. Tady mám všechny členy týmu po ruce, a když se potřebuju poradit, probíhá to na místě. A samozřejmě vyjet za klienty do terénu, což je pro mě největší rozdíl a benefit. Když člověk nemůže vyjet za mnou, já můžu vyjet za ním. Nebo se nemusíme vyloženě setkat tady v nemocnici, můžeme se potkat mimo jakýkoliv ambulantní prostor. V ambulantních ordinacích je 20, 30 minut na pacienta, v CDZ je to jiné, což umožní vytvořit lepší terapeutický vztah s tím člověkem. Těm lidem se lépe mluví, navíc je mimo nemocnici a ambulanci více stimulů a ti lidé na to nějak reagují, takže i po této stránce je to přínosné. Umožňuje to dostat se od nemoci k celému jejich životu. A CDZ by mělo být o tom, jak pečovat o různé stránky života klienta. Také tu není takový tlak na čas jako na hospitalizačních lůžkách. Člověk je zde v péči delší dobu.

T: A samotná spolupráce multidisciplinárního týmu?

R: Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu je super. V nemocnici je lékař, který všechno indikuje a o všem rozhoduje, ale tady je to case manager, který zná toho člověka nejlépe. A psychiatr může, ale nemusí tam hrát významnou roli. Nemusí být pro toho klienta podstatný. A to je právě ten odlišný přístup, kdy lékař není ten nejdůležitější, který o všem rozhoduje. Protože sociální pracovník může toho člověka znát lépe, case manager může toho člověka znát lépe.

T: Vnímáte, že se spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu posouvá?

R: Ano, ale i dnes se stává, že se v týmu neshodneme. Ale tyto střety nastávají hlavně při spolupráci s okolím.

T: Myslíte například s návaznými službami?

R: Návazné služby jsou jedna věc, komunita člověka – klienta je druhá věc. Návazné služby jsou někdy ochotné spolupracovat, některé spolupracují méně, některé více. Nemyslím, že bychom naráželi až tak na odmítnutí, jako na nepochopení. Ale v čem já vnímám ještě problém, je práce s okolím, s rodinou a se sociální sítí lidí kolem. Tam už ten multidisciplinární tým trochu pokulhává. Možná je toho na tým hodně. Na rodinu a klientovo okolí a spolupráci s nimi narážíme v současné době hodně a opakovaně.

T: A když se vrátím ke spolupráci s dalšími službami. Ve Vašem případě mám na mysli především spolupráci s ambulantními psychiatry a psychiatry lůžkové péče.

R: Pokud se mi podaří se s psychiatrem spojit, nebývá ve spolupráci problém. Spíš mám problém ambulantní psychiatry dostihnout. Nejsem často schopen je dohnat a spojit se s nimi. Když už se zkontaktujeme, mám ze spolupráce pozitivní zkušenost, kdy se pobavíme nad klientem a domluvíme se na dalším postupu.



T: To znamená, že v tu chvíli má klient svého ambulantního psychiatra a dochází současně jako klient do CDZ?

R: Ano a já do toho vstupuju jako taková „záplata“, a to v momentě, kdy tam ten lékař není, nebo z kapacitních důvodů tu nemůže pro toho člověka být 5 dní v týdnu. Nebo když se v rámci CDZ zjistí něco, co ambulantní psychiatr nemůže vědět, protože třeba vidí toho klienta-pacienta jednou za měsíc. Například přijedeme ke klientce, byt má v katastrofálním stavu a ke snídani má praženou strouhanku a k večeři brambor. Katastrofální podmínky, protože nehospodaří s penězi. Pak volám ambulantnímu psychiatrovi, že kvůli té nemoci je finanční situace klienta špatná, což je informace, kterou ambulantní psychiatr neměl. Protože pacientka přijde na kontrolu, kde se spolu baví jen o psychotických příznacích, o bludech, ale sociální prostředí už pak tomu ambulantovi uniká. Takže se pak bavíme o tom, že sociální fungování a sociální gramotnost jsou tou nemocí narušeny a co pro klienta můžeme udělat.

T: Vaší výhodou jsou informace od zbytku týmu, kterými ošetřující psychiatr nedisponuje.

R: Ano. A zároveň nastupuji v situaci, kdy například někomu dojdou léky, nebo když člověk není schopen dorazit za psychiatrem a my jsme schopni přijet a aplikovat depot. A samozřejmě jsme tu, když někdo přijde a nemá ambulantního psychiatra.

T: A co se týče lůžkových oddělení a spolupráce s psychiatry?

R: Nemám problém pracovat s lůžkovými psychiatry. S ÚVN je to jednoduché, protože já jsem tam na poloviční úvazek, tzn. že jsem tam i fyzicky. A co se týče například Bohnic, musím přiznat, že tam drtivou většinu komunikace obstará case manager a nepotřebuje mě k tomu.

T: Nesetkal jste se se situací, kdy by bylo CDZ vnímáno ambulantními psychiatry, že zasahuje do jejich práce?

R: Nevnímám to tak, ale říkáme si, jestli to někdy přijde, kdy na to narazíme. Třeba v situaci, kdy se nemůžeme dobře s psychiatrem spojit, on nemá na pacienta čas a vídá ho jednou za měsíc, pak si říkáme, jestli by nebylo lepší, kdybych si pacienta na nějaký čas nepřebíral do péče já v rámci CDZ. To se teď objevuje v řádu jednotek případů, kdy se nám nedaří se spojit s lékařem, takže se ho ani nemůžeme zeptat, jestli to tak nevnímá.

T: Znamená to, že role CDZ ve vztahu k ambulantním psychiatrům není ještě jasně vymezena a nastavena?

R: Spolupráci postupně nastavujeme konkrétními kroky, ale pouze v konkrétních případech. Ale ambulantní psychiatr taky musí být spokojený, když tam má kompenzované lidi – pacienty a nemá tak každý den nějakého psychotika. Ale máte pravdu, že toto je nedořešené a nenastavené, kdy a jak předat, kdy je jen tady a kdy tam apod. Ale ambulantní psychiatr tam není určitě jediný bod, protože řada lidí protéká systémem mimo ambulantní psychiatry. Nemají ambulantního psychiatra a fungují v cyklu dekompenzace stavu, záchranka, policie, léčebna, dimise, dekompenzace stavu.... A takhle fungují. Tam hodně lidí „proteče“, protože prostě neberou léky a nedochází za žádným psychiatrem. Tam by měla být nastavena spolupráce s léčebnami, která se zatím vyvíjí. A vedle toho je otázka praktických lékařů, kde by bylo dobré i tam pracovat na spolupráci, protože i od nich mohou přijít klienti. A stalo se nám párkrát, že nám praktik volal.

T: Vnímáte praktické lékaře jako důležité články ke zvyšování povědomí CDZ, aby informovanost (a nejen o CDZ) více prorostla společností?



R: Vnímám. Ale tady vidím jeden problém, který je s tím spojený, a to je, že my vlastně nevíme, co to centrum duševního zdraví má dělat. Kdo je cílový klient CDZ a čím se se zabýváme. Když si řekneme, že ten klient musí mít sociální i zdravotní zakázku, tak vypadne spousta lidí. Na druhou stranu, tito lidé se k péči v jiných službách už nenaváží a propadají tím sítím. Tzn. otázka zní, jestli nepečovat také o lidi, kteří nemají vyloženě obě zakázky. Z každé strany je pak na CDZ kladen jiný nárok. Slyšel jsem, že máme dělat krizovky a prevence, vytahování už hospitalizovaných lidí, spolupracovat s městem, s magistrátem, se službami, dělat osvětu, dělat práci s rodinou... Hodně zakázek a každý si myslí něco jiného. Byl jsem například na setkání v Brně, kde byl lékař, který tvrdil, že máme vytahovat lidi do bydlení, pak tam byl zástupce komunitních služeb, který tvrdil, že na to máme jiné služby, jako služby podporovaného bydlení, které existují za tímto účelem. Někdo si myslí, že krizovou intervencí máme dělat my, jiný si myslí, že má vzniknout 12 krizových center a ta to budou dělat. Tak co tedy máme dělat? A když se vrátím k těm praktikům, co jim máme vlastně říct? Jakého člověka mají k nám poslat? To je pro mě největší otázník. A dokonce i v týmu máme různé představy. Takže může přijít člověk a já si myslím, že tuto zakázku bychom měli dělat my, ale psycholog si třeba myslí, že to není pro CDZ. A když bychom měli toho člověka odeslat někam jinam, tak kam je máme odeslat?

T: A pokud byste realizovali pouze služby pro klienty, kteří využívají služby ve zdravotní i sociální části a splňují další požadavky, měli byste dostatek klientů po skončení pilotu?

R: Neměli. Pokud bychom měli jen „ideální“ klienty pro CDZ, tak to by to CDZ neuživilo. Není jich tolik, aby nám pojišťovna vyplatila takové peníze, abychom se užívali. A potom se musíme domluvit v týmu, jaké budeme brát další zakázky, a tam to právě naráží.

T: A když už klienta máte, fungujete jako koordinátor, který by měl usilovat o jeho začlenění do komunity?

R: To je moc hezké, ale já mám doteď problém začlenit toho člověka do přirozené komunity. Koordinátora služeb naprosto beru. Máme třeba zakázku, kdy klient potřebuje psychologa, sociálního pracovníka, zdravotnickou pomoc, ale to není zapojení člověka do jeho prostředí. Jak to udělat? A nemyslím, že bychom to dělali ve velkém měřítku. My teď hasíme problémy, ty zdravotní a sociální. Zapojení do komunity není zas taková zakázka, resp. není slyšet. Klient potřebuje pomoc s bydlením, s léky, s vyřízením důchodu. Zakázka na komunitu tam není. My si řekneme, že budeme toho člověka aktivizovat, tak se s ním můžeme jít projít, vezmeme ho do klubu, do muzea s ostatními klienty, do bazénu apod. Ale je toto jeho přirozená komunita a zapojení do ní, nebo je to umělé prostředí, které my mu vytváříme? Podle mě to není začlenění do přirozené komunity, ale začlenění do námi vytvořené služby. To není začlenění do přirozené komunity. To se ještě neděje. Je dobré, že se něco děje, ale není to zapojení do přirozené komunity. Momentálně fungujeme jako koordinátor služeb a hasič problémů.

T: Co se týče fungování CDZ, vnímáte pozitiva pro zřizovatele, v tomto případě ÚVN?

R: Myslím, že vedení psychiatrického oddělení to vnímá pozitivně a jako rozšíření péče. Jde pak o to, jestli to časem nezačne vnímat jako finanční zátěž. Setkávám se s názory, že je to fajn, ne vždy a ne všude, ale setkávám se s tím.

T: Co přineslo CDZ klientům?

R: Ti, co stojí o spolupráci, jsou spokojeni. Spousta lidí vnímá jako výhodu terénní služby a rychlý reakční čas.

T: A v případě regionu vnímáte přidanou hodnotu CDZ?



R: Zatím ne. Ale umím si představit, že během 10 let se ta péče vylepší a transformuje a nebudou vznikat chroničtí pacienti, což je pro region určitě přínos. Druhý přínos je, že se snažíme klienty zaměstnávat, což je přínos, ze kterého může profitovat i region. A třetí profit, který v budoucnu vidím, je to, že CDZ pomůže bránit v rozvoji SMI, což je pozitivum pro region a společnost celkově. Mělo by se tak stát, že bude méně lidí s těžkým poškozením a defektem kvůli onemocnění.

T: A máte nějaká doporučení pro vznik nových CDZ?

R: Spousta věcí se nedá podchytit, to se musí řešit za chodu. Ale pomohlo by jasně definovat, co bude CDZ dělat a kdo je jeho cílová skupina. Teď to bylo nastaveno otevřeně a nízkoprahově. Kdyby to bylo jasně dané, dá se mnohem lépe zkoordinovat vše ostatní. Aby bylo jasné, co CDZ dělá, co nedělá a které lidi posouvá do jiných služeb. To nebylo pro CDZ jasně vyhraněno. Dalším projektům by to pomohlo do startu.

T: A doporučení pro stávající CDZ? Mělo by se něco změnit?

R: Síťování psychiatrů jsme zvládli. Možná co se týče praktických lékařů, bylo by dobré, kdyby někdo systémově na vyšším stupni toto řešil. Co se týče dotace, aby se vše nemuselo řešit přes pojišťovnu, by bylo fajn. Pak bychom nemuseli dělat úplně všechno, kdy hrozí, že budeme dělat vše, abychom se uživil, jen ne svou práci. Tam si myslím, že má smysl nějaká dotace, abychom udrželi ideu CDZ a ta péče by měla smysl. A co by pomohlo nejvíc, to je vyřešit bydlení. To prostě nefunguje – podporované bydlení, sociální byty apod.

T: V čem se musí spolupráce změnit, aby fungovalo CDZ efektivně? Viz výše.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Je nutné vymezit vztah ambulantních psychiatrů a psychiatrů center duševního zdraví, tzn. kdy se doplňují, kam sahají jejich kompetence, a to po stránce časové, odborné a také po stránce intenzity poskytované péče.
2. Je nutné vymezit roli CDZ také v dalších oblastech – službách pro klienty (například krizová intervence, bydlení po deinstitutionalizaci). To znamená rozdělit kompetence s ohledem na další poskytovatele služeb a jasně definovat, co všechno má dělat CDZ.
3. Zapojení člověka do komunity není často zakázka ze strany klientů. Poptávají častěji klasické zdravotní a sociální služby. CDZ pak díky tomu a díky absenci některých služeb v regionu nabízí zapojení do uměle vytvořené komunity.

5. Rozhovor s psychiatrickou sestrou CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	13. 8. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ a jaké máte zkušenosti s poskytováním služeb o lidi s duševním onemocněním?



Respondent (R): V CDZ působím od začátku jeho založení, což je od dubna minulého roku. Před tím jsem pracovala v komunitním týmu ve vojenské nemocnici a ještě dříve celkem 20 let v denním sanatoriu, které pečovalo o lidi s psychózou.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Je vidět, že hodně. Do té doby tady byl jen FOKUS s malým komunitním týmem a my jsme měli malý komunitní tým složený jen ze sestřiček. Ve FOKUSu zase byli jen sociální pracovníci. Tím, že jsme se provázali, jsme vytvořili jeden tým, ve kterém můžeme lépe spolupracovat. Je lepší, že se také vidíme každý den. Domlouváme se všichni dohromady a máme zázemí nemocnice a zdroj klientů nejen od nemocnice, ale i od pečovatelek, FOKUSu, MČ Praha 6 apod. Oba týmy ale už měly klienty před tím, než jsme se spojili. Ale CDZ se ukázalo jako dobré, protože většina klientů potřebuje zdravotní i sociální péči dohromady.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: Ze začátku to bylo určitě stmelování týmu, kdy jsme se v jednom okamžiku dostali do jedné kanceláře, což byla dlouhá a náročná fáze, napínavý proces. Někteří pracovníci také odcházeli a trvalo dlouho, než se tým ustálil. To souviselo také s tím, co budeme dělat, jak to budeme dělat a jak to nastavíme. V průběhu fungování se taky musela vyřešit spousta technických věcí, například jak budou poskytovány služby, jak bude fungovat kontaktní telefon, kdy budou porady, aby se nás tu sešlo co nejvíc atd.

T: To znamená nastavení celého fungování CDZ.

R: Ano, v podstatě se jednalo o celkové nastavení, které jsme nakonec dali dohromady na metodických poradách. Pak už to šlo docela rychle.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela a z jakých zkušeností vycházela?

R: Ta spolupráce se vyvíjí neustále. Teď se například řeší už jen maličkosti, na rozdíl od těch začátků, a oblastí je už nastavená. Naše spolupráce měla kořeny v komunitních týmech, o kterých jsem mluvila, a proto to šlo relativně rychle.

T: Vnímáte dnes nějaké problémy Vaší spolupráce?

R: Ano, v současné době nás ve spolupráci omezuje, že často, třikrát do měsíce jezdí dva členové týmu do Bohnic, takže dva členové jsou na půl dne mimo CDZ a prostě tady chybí. Myslím, že by nás mohlo být víc. Asi by bylo dobré, kdyby v regionu fungovaly i další služby, třeba i jinak zaměřené, kterým by se předávali někteří klienty. Ale na druhou stranu musím říct, že máme dobrou podporu vedení z nemocnice i FOKUSu, kteří často chodí na velkou poradou a přinesou nový pohled a dodají tomu jakousi střechu.

T: A nezasahuje do Vaší práce dvojkolejnost takového vedení?

R: Ne, mně přijde, že zrovna v tomto případě jsou oba manažeři propojeni a hezky spolupracují. Sedlí si jako lidi, takže to funguje dobře. Je to hodně o lidech.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ a v čem se odlišuje od běžné praxe?

R: Vše probírá na poradách. Máme dva manažery, jak jsem říkala, kteří se dobře domluví. Náročné ale je, že kromě manažerů máme ještě vedoucí dvou týmů a sem tam bylo vidět, že se vytváří mezi



zdravotní a sociální oblastí propast, protože každý kopal za svoje lidi, ale dneska se ten tým usadil v takové struktuře, že spolupráce je dobrá.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Tak například nyní navazujeme klientku z lůžkového oddělení ÚVN, která má za sebou první hospitalizaci. Ozvala se nám paní doktorka z nemocnice, abychom paní navštívili. To jsme s kolegyní udělaly, představily jsme naše služby a nabídly jí je, tedy zeptaly jsme se, jestli by o takové služby měla zájem. A ona měla, což jsme věděly už od paní doktorky. Domluvily jsme se dále na návštěvě u klientky doma a vše jsme si odsouhlasily. Hodně spolupracujeme s její maminkou, protože klientka potřebovala a potřebuje její pomoc, sama by to nezvládla. Máme domluvenou další schůzku na příští týden, kdy proběhne příjmový rozhovor. Klientka nám představí příběh, maminka asi bude muset trochu pomáhat, a my se pokusíme nastavit plán a vypíchnout potřeby. Potom půjdeme s tímto případem na radu, kde se stanoví case manager, psychiatrická sestra, nebo sociální pracovník. Ten pak dělá pravidelné schůzky a koordinuje služby. Tady zrovna bude nutná spolupráce i s rodinou a počítám, že to bude na několik měsíců. Předpokládám, že se zapojí i pracovní poradce. O klientovi se pak referuje na poradách a pokud je potřeba, zapojí se další členové týmu. Co nejvíc se také snažíme, aby se setkání děla mimo CDZ, tedy doma, nebo venku, třeba na procházce. Je to pro klienty určitě lepší.

T: To znamená, že terénní služba je zde převažující?

R: Ano, snažíme se o to a podporujeme práci s klienty v jejich prostředí. To vytváří různé podněty a my pak vidíme, jak na ně reagují, pomáháme jim s nácvikem dovedností v běžném životě a tak podobně.

T: Čím se liší práce psychiatrické sestry v CDZ od práce v ambulantním nebo lůžkovém sektoru? Doplnila byste ještě něco nad rámec toho, co bylo již řečeno?

R: Když to shrnu, tak ta práce je variabilnější a můžu dělat mnohem víc věcí. Můžu i navrhnout spoustu věcí, se kterými můžu přijít na radu a navrhnout je.

T: Máte tedy i větší kompetence?

R: Určitě mám. A vyplývá to i z metodiky CDZ.

T: Co fungující CDZ přineslo pro zřizovatele?

R: Určitě je to dobré pro psychiatrické oddělení ÚVN, se kterým úzce spolupracujeme. Lékaři a sestřičky s námi spolupracují a komunikují o klientech a pacientech. Co se týče vedení nemocnice, to nevím, o tom nemám informace.

T: A co podle Vás CDZ přineslo pro klienty?

R: Rozšíření služeb na Praze 6. Klienti jsou rádi například že mají práci, že jim pomůžeme s úřady a tak podobně.

T: A co přinesl projekt pro samotné CDZ?

R: Tak určitě sloučení těch dvou původních komunitních týmů, což zlepšilo poskytované služby a zvětšilo jejich rozsah.

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

R: Tak určitě by to byla podpora ve formě dalších služeb v regionu. Například krizových center, která by převzala péči o klienta, který je v krizi a potřebuje dennodenní kontakt. Nebo pečovatelská služba,



kteřá by s klienty pomohla. Na to narážíme neustále. Já mám teď například 10 klientů a nemůžu z kapacitních důvodů denně navštěvovat klienta, který je v krizi.

T: Doporučíte nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Mít administrativní podporu, která nám v počátku brala 50 % času. A nastavit vnitřní fungování, včetně dokumentace, aby se klienti brali už do nastaveného CDZ. O by ušetřilo čas a energii celého týmu.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Zase ta administrativa. Bylo by dobré mít člověka jen na administrativu. Nebo také zlepšení komunikace s úřadem. A asi také mít jednoho vedoucího, který by to zastřešil.

T: Narážíte na dvojkolejnost řízení CDZ?

R: Ano, protože teď je na tom, jak se oba vedoucí shodnou a jestli spolu vyjdou. A aby jeden člověk dával informace do týmu, které se nebudou měnit.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Aby si CDZ udrželo status koordinátora služeb, je třeba posílit návazné služby v regionu, jako jsou například krizová centra a centra pečovatelské služby. K tomu se váže také jasné definování náplně práce CDZ ve vztahu k dalším službám v regionu.
2. CDZ by mělo mít jediného manažera, čímž by se odstranila dvojkolejnost řízení. Nyní je vedení CDZ v Praze 6 závislé především na lidském faktoru, resp. na tom, jak spolu oba manažeři vyjdou, což je podstatné pro fungování týmu.
3. Je nutné lépe nastavit vnitřní předpisy CDZ. Pokud je vyžadováno, aby mělo stejnou podobu v ČR, je nutné udělat tyto změny centrálně, systémově.

6. Rozhovor se sociálním pracovníkem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	18. 8. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ v Praze 6 a jaká je Vaše zkušenost s péčí o lidi s duševním onemocněním?

Respondent (R): V centru duševního zdraví působím více než rok, tedy od začátku pilotu, a celkově ve FOKUSu pracuji 3 roky. Před tím jsem pracovala na závislostech, kde se primárně řešili závislosti, ale objevovaly se tam i duální diagnózy, tzn. závislost a duševní onemocnění. Celkově mám tedy zkušenost asi 6 let.

T: Co se týče založení CDZ, jak vnímáte jeho potřebnost v Praze 6?



R: Je to potřeba a dává mi to smysl. Jen mě mrzí, že jsme museli osekát spádovou oblast. Původně jsme byli komunitní tým a měli jsme na starosti ještě Prahu 17 a Prahu 7. To jsme museli zúžit na Prahu 6. A mně přijde, že zrovna Praha 6 je čtvrt, která je bohatší, žijí tady lidé, kteří jsou bohatší, a lidé, kteří jsou sociálně slabší, přijdou o práci, o bydlení apod., tak se rozhodně nebudou stěhovat na Prahu 6, ale spíš jinam. Proto mi přijde, že by CDZ mohlo mít širší oblast. My ji pak rozšíříme, až skončí pilot, ale teď jsme vázáni regionem Prahy 6.

T: Jak CDZ vznikalo? Doprovázely jeho vznik nějaké komplikace?

R: Já jsem sociální pracovnice a z mého pohledu to vznikalo velmi pěkně. My jsme totiž pracovali už před tím jako multitým. Docházely k nám psychiatrické sestry z ÚVN, měli jsme psychology z FOKUSu a sociální pracovníky. To znamená, že už před vznikem CDZ probíhala spolupráce a probíhala multitýmově. Už jsme vlastně pracovali, jak pracujeme teď. A co se týče té sociální oblasti, ani nebyly žádné komplikace.

T: Ani v případě tvorby týmu?

R: V hledání lidí žádný problém nebyl, ale problém byl v hledání prostor.

T: Když to spojím s vytvářením týmu, znamená to, že změna oproti předešlé spolupráci byla především v tom, že jste se se založením CDZ sešli „v jedné kanceláři“?

R: Ano, bylo to tak.

T: A jak se ta spolupráce dále vyvíjela?

R: Vyvíjí se to neustále. Na začátku byli zdravotníci dost úzkoprsí. Oni vnímají svou odpovědnost v tom, že musí rychle běžet a zachránit. FOKUSácké hodnoty jsou v tom, že se snaží člověka zkompetentnit. A spíš ho doprovázet, ne vodit za ruku. Tým se i proto sladuje do teď, ale zpočátku to více drhlo. I když jsme se jednotlivě domluvili, týmově jsme nesdíleli stejné hodnoty. Až teprve teď po roce a půl se to vyladuje.

T: Je to jen oblastí, nebo roli sehrává i zřizovatel?

R: Přijde mi, že ano, že jsou z té nemocnice hodně strukturovaní a zaměřeni na výkon. Hodně na sebe klienty navazují a to vyvolává pocit, že bez nich se o sebe klient nepostarává. Ale díky supervizím se daří to sladit a sejmut i ze zdravotníků tuto odpovědnost.

T: Zasáhla tým a jeho sladování fluktuace pracovníků?

R: Ano, musím říct, že v případě sociálních pracovníků se skoro celý tým vlastně obměnil. Spousta lidí nedávala právě tyhle třenice a tahanice. Fluktuace byla ale i mezi zdravotníky.

T: A teď se tým svým obsazením usadil?

R: Teď to vypadá, že se tým usadil, a prvotní neshody se podařilo překousnout. Ale máme rozdílné úvazky, peníze, vzdělávání, dovolenou apod. To v těch týmech sehrává taky velkou roli.

T: A ovlivňuje práci v týmu dvojkolejnost vedení?

R: Myslím si, že hodně ovlivňovala, což bylo také tím, že manažer za sociální oblast neměl tolik času, jako manažer za zdravotní část. To vedlo k tomu, že ÚVN nás trochu pohltila. Ale to už se také vyřešilo a oba teď v CDZ tráví víc času. Ještě k tomu máme vedoucí sociálních pracovníků a zdravotníků, kteří



spolu s manažery a psychologem a psychiatrem tvoří vedení CDZ. Je to složitá struktura. Ale je dobré, že si manažer za FOKUS a ÚVN lidsky sedli.

T: Jaká doporučení byste měla pro nově vznikající CDZ?

R: Aby tam byl například člověk, který bude nezávislý, bude sledovat potřeby lidí a posilovat tím tým. Někdo, kdo naučí například zdravotníky, hlavně sestřičky, že nemusí jet jen na výkon a můžou mít své potřeby. Vtáhne je do toho, že nemusí všechno vydržet a pak vyhořet. Oni nejsou ani zvyklí o takových věcech mluvit a když se něco nepovede, berou to jako chybu a selhání. A kdyby byl v týmu člověk, který by posunul i toto a sladil tým, moc by to pomohlo.

T: Jaká je Vaše práce na příkladu konkrétního klienta?

R: Je to strašně individuální. Někdy zavolá rodina, jindy psychiatr. Klient musí mít diagnózu a musí být spádový. Pak klient dostane svého case managera a ten s ním řeší většinu záležitostí. Pokud má potřeby v oblasti sociální, většinou s ním celou tu cestu procházíme. Zjistíme, co potřebuje, protože klient často ani neví, že má možnost si například zažádat o příspěvek na bydlení, že může třeba zkusit spolubydlení atd. My mu dáme nabídku a pokud si vybere, jdeme to společně zkusit. Jdeme s ním například na úřad a pomůžeme mu s vyřízením příspěvku, podáme žádost, hledáme spolubydlení apod. Je to o tom, že musíme klienta podporovat a nenechat ho „usnout“, protože je to často složité, trvá to dlouho a on by to sám možná nedokončil. Musíme být v tomto o krok napřed a musíme to dotáhnout do konce, i když to třeba nedopadne. Přesto je to pro klienta důležité, dotahovat věci. Zároveň je důležité vybrat, co klient nejvíc chce a v tom ho držet a dovést do konce, i kdyby to nemělo klapnout.

T: Jsou na Praze 6 další služby, se kterými v rámci CDZ spolupracujete a které přebírají část péče o klienty?

R: Ano, ale je to individuální. Například u jednoho klienta byla navázána pečovatelská služba, sestry z charity, které přebíraly péči o víkendy, asistent, který s klientem komunikoval, zahrál si s ním karty atp. Nakonec to ale bylo na klienta moc a začal služby odmítat. Nyní je dlouhodobě v Bohnicích a půjde asi do DZR, protože domů se vrátit nemůže. To by se nezvládalo a nemá nikoho, kdy by se o něj postaral. Ale skoro rok jsme o něho takhle ve spolupráci pečovali s tím, že přes svátky byl hospitalizovaný.

T: A tím důvodem dlouhodobé hospitalizace bylo právě odmítání služeb ze strany klienta?

R: Ne, ne, to nebylo. Spíš se stávaly takové věci, že už byl nebezpečný nejen sám sobě, ale i svému okolí. Usoudili jsme, že už je to přes hranici únosnosti.

T: Jak se liší práce sociálního pracovníka v CDZ od této pozice v jiných organizacích.

R: Moc se neliší. Moje náplň práce je skoro stejná. V CDZ je to ale víc o vztahu a že hledím na to, co klienta v běžném životě baví, co dělá a jak se cítí.

T: Jak se se vznikem CDZ změnila další služby o lidi s duševním onemocněním v regionu?

R: Ony tady moc nejsou, ale změnila se práce s úřadem. Na začátku jsme nespolečně pracovali, ale teď jsme se domluvili na společných schůzkách a propojujeme klienty. Je to lepší a je tam vidět vývoj. To se změnilo.

T: Jaký přínos má CDZ pro klienty, i například ve srovnání s péčí, kterou jim poskytly terénní týmy před vznikem CDZ?



R: Bylo to hodně podobné. Možná ta komplexnost a terénní služby, kdy i pan doktor za nimi může přijet domu.

T: A nějaká přidaná hodnota z Vašeho pohledu pro FOKUS jako jednoho ze zřizovatelů CDZ?

R: Rozšíření služeb, ale jinak nic nevnímám. To platí i pro nemocnici.

T: Přineslo založení CDZ něco pro další služby v regionu?

R: Pro pečovatelskou službu MČ Praha 6, se kterými spolupracujeme na konkrétních klientech, to určitě znamenalo změny. Nevím, jestli oni jsou rádi, ale myslím, že spolupráce s nimi je dobrá a vzájemně si pomáháme.

T: A využíváte pro klienty také adiktologické služby?

R: Ano, ale především spolupracujeme s adiktologickým oddělením ÚVN. I tam posíláme klienty.

T: Co podle Vašeho názoru přinesl pilotní projekt pro samotné centrum duševního zdraví zde na Praze 6?

R: Tak určitě navýšenou administrativu. Například systémy ÚVN a FOKUSu nejsou propojeny, což znamená, že se například několikrát přepisují data a indikátory, převádí se to do tabulek, než se vše finálně odešle na MZ. Je to složité a není to propojené.

T: Máte nějaká doporučení pro nově vznikající CDZ?

R: Asi mít k dispozici systém, který by uměl propojit sociální a zdravotní oblast. Nejen data, ale i například to, abychom mohli vykazovat také nepřímou péči o klienty, kterou třeba zdravotníci vykazovat mohou.

T: Máte nějaká doporučení pro stávající CDZ?

R: Určitě rozšířit cílovou skupinu. Teď je to osekáné. Například o organické poruchy. Je to škoda, protože pro tyhle lidi není péče. Pak také rozšířit návazné služby. Jedna věc je postavit CDZ, ale pak se musí udělat krok dva a tři a zajistit další služby. Nebo například dotovat nějakou oblast, která není přímou péčí a je nutná, jako například nájem.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Struktura vedení CDZ v Praze 6 je složitá a je momentálně závislá z velké části na tom, jak si sednou manažeři lidsky. To se v případě CDZ pro P6 podařilo, ale členové týmu si uvědomují, že to není samozřejmost.
2. Spolupráci v rámci týmu by pomohlo, pokud by CDZ disponovalo pracovníkem – manažerem, který by jej slaďoval a posouval, vzdělával, pracoval s ním. Mohlo by se jednat odborně například o personalistu. Práce na budování týmu je základem efektivních služeb CDZ a prevencí syndromu vyhoření jeho členů.
3. Cílová skupina je velmi úzká. Řešením by bylo rozšířit nejen vymezení skupiny, ale také rozšířit spádovou oblast CDZ v Praze 6.
4. Aby mělo fungování CDZ maximální efekt, je nutné rozšířit následné (návazné) služby, které v regionu Prahy 6 chybí. CDZ pak nemůže pouze koordinovat, ale některé návazné služby musí suplovat.



5. Administrativní zátěž CDZ by snížilo propojení sběru a zpracování dat, které je v současné době odlišné pro sociální a zdravotní oblast, což přináší centru duševního zdraví problémy a administrativně jej zatěžuje.
6. Financování sociálních služeb by se mělo rozšířit i na nepřímou sociální péči a sociální služby CDZ, aby centrum mělo šanci v této části hospodařit alespoň s vyrovnaným rozpočtem a nebylo tak nuceno dofinancovávat ji z výnosů jiných projektů.

7. Rozhovor s peer konzultantem

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Člen týmu CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	18. 8. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíš v CDZ? A jaká je Tvá zkušenost s prací v této oblasti?

Respondent (R): Od vzniku CDZ, které vzniklo loni na jaře. Ve FOKUSu působím 5 let. Byla jsem tam v rámci sociální rehabilitace, která se pak překloupila na multidisciplinární tým, který už byl podobný tomuto týmu v CDZ. Docházely k nám jednou týdně sestry z ÚVN. Pak vzniklo CDZ a teď jsme dohromady, což znamená, že centrum vzniklo pozvolna.

T: Jak potřebné podle Tebe bylo, aby zde v Praze 6 CDZ vzniklo?

R: Je to moc potřebné. Ty dva původní týmy by nestačily. Je to velký rozdíl. Teď máme jednu velkou kancelář. Mně to nevadí. Všichni jsme dohromady a můžeme společně řešit věci. Když docházely sestry jednou týdně, tak si vedle toho můžeš stokrát psát a telefonovat, ale není to ono. Ta komunikace neprobíhá. Teď můžeme vše řešit operativně a zdravotníci jsou více edukováni o sociálních věcech a obráceně. V tomto je velký rozdíl.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za kterou odpovídáš?

R: Komplikace se mě netýkaly. Víím, že bylo moc papírování, ale jsem ráda, že mě to osobně nezasáhlo.

T: A v tvé roli člena týmu nespátřuješ žádné komplikace?

R: To ne.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ? Už jsme na to narazily, že máte společné prostory, což podpoří předávání informací, předávání zkušeností apod. Je tam ještě něco dalšího, co odlišuje práci v takovém týmu od běžné praxe?

R: Každý den se scházíme na malé poradě a každé úterý na velké poradě, kde musí být všichni. Práce s klienty je hodně intenzivní a to, že například každý den je krátká porada, je znát a je to lepší, než když se setkáváme jednou týdně. Je tam i vývoj, pohyb v té spolupráci, nejen v týmu, ale i s ÚVN, tedy s nemocnicí, nebo s Bohnicemi. Oproti práci ve standardním týmu jsou ty informace rychlé, vše se řeší operativně. Je to něco jiného. A když to porovnám s týmem úplně původním, kdy jsme byli sociální rehabilitace, zdravotníci se k nám dostávaly jen z dálky a náhodou.



T: Jaké překážky musíte při práci překonávat?

R: Nevím o žádných. Ale ze začátku jsme se museli naučit spolu komunikovat. Zdravotníci pracují stylem: honem přijít, zachránit, vytáhnout, něco píchnout. Sociální pracovníci pracují s člověkem, kterého berou, že je svéprávný, záleží na něm a musí přijít sám a o tu pomoc stát. Skočít na někoho a říct mu „teď ti jdu pomoci“ je kontraproduktivní. To se na začátku dělo. Ale naučili jsme se postupně komunikovat. To tedy prošlo vývojem a je už to v pořádku. Ale vše se musí řešit individuálně. Jsou i klienti, které musíme zachraňovat.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela? Viz výše

T: Jaká je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: My se setkáváme i na peer supervizích z různých CDZ a zjišťuju, že každý peer je zapojen jinak. Někdo dělá i prvkontakty. Já jsem sem přišla, že jsem dělala aktivizace klientů a občas jsme si popovídala mimo to s dalšími klienty. Ale ke všem klientům nechodím. K těm, které mám, k těm chodím jednou za 14 dní a střídám u nich sociálního pracovníka nebo zdravotníky. Nikoho sice nevytahuju z krize, ale když se něco děje, bere tým moje názory vážně. Moje práce s klienty není stejná jako u ostatních členů týmu.

T: Navazuješ tedy klienty na lůžku?

R: Ne, to právě nedělám, i když jsme původně chtěla. U nás to funguje tak, že tam jde sociální pracovník a zdravotník a pak se rozhodnou, jestli budu s klientem pracovat i já. Ale takovou tu učebnicovou peer práci, která je třeba v Terstu, nedělám.

T: A takto Ti práce a její náplň vyhovuje?

R: Ano, takto mi vyhovuje.

T: Ty pracuješ částečně v CDZ a částečně v týmu FOKUS. V čem konkrétně se působení peer konzultanta v CDZ odlišuje od fungování v komunitním týmu?

R: Je to skoro stejné. Nároky se nezměnily. Jako tým jsme v CDZ procházeli vzděláváním, což je rozdíl. Mám taky v CDZ jiný náhled, protože pracuji i se zdravotníky a je to najednou takové komplexní a obohacující. Když máš zmrzlinu a pak si na ni dáš šlehačku, to je pro mě práce v CDZ.

T: Co fungující CDZ přineslo pro zřizovatele?

R: To nevím. Asi že poskytuje komplexní službu.

T: A co pro klienty a pro region? Co se pro klienty v regionu změnilo založením CDZ?

R: Určitě to přineslo komplexní službu, která tady nebyla. A službu, která je terénní, což klienti velmi oceňují.

T: Co přineslo CDZ pro poskytovatele návazných služeb?

R: Navázání spolupráce, doporučujeme tam klienty a snažíme se služby koordinovat.

T: Co přinesl projekt pro samotné CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Určitě změnit dotazníky s klienty, které jsou asi špatně přeložené. A posílala jsem to i ostatním peerům. Říkali jsme si, že to není dobré. Je tam třeba otázka, kdy se klienta ptají „jak často se cítíte



bezpečný“. Stálo by za to, kdyby právě takové dotazníky prošly peerama. A také snížit administrativní zátěž, aby členové týmu mohli jen dělat péči o klienty.

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

R: Změnit taky ty formuláře pro klienty a udělat je tak, aby odpovídaly našim podmínkám, tedy našim klientům.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Určitě je to komunikace s městem. Ta se zlepšuje, ale pořád ještě to není úplně dobré. To nás z mého pohledu brzdí.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Zásadní u služeb poskytovaných CDZ je skutečnost, že se jedná o komplexní služby, které zahrnují také služby terénní.
2. V rámci reformy psychiatrické péče, včetně zavádění fungování CDZ, jsou přejímány některé zahraniční dokumenty a standardy. Přejímání dobré praxe, především ze zemí, jako je Itálie, má velmi pozitivní efekt. Některé dokumenty je však třeba více promyslet a revidovat, aby odpovídaly našim podmínkám, tedy podmínkám lidí s duševním onemocněním v České republice.
3. Základním problémem služeb pro osoby s duševním onemocněním v Praze 6 je nedostatečná nabídka bydlení pro klienty, které by umožnilo jejich deinstitucionalizaci.

Rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky

8. Rozhovor s klientem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	1. 12. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Proč využíváte služeb CDZ v Praze 6?

Respondent (R): Služeb CDZ využívám hlavně proto, že mi po všech stránkách velmi pomáhá v situaci s mým duševním onemocněním.

T: Kdy se u Vás nemoc poprvé objevila?

R: Poprvé to bylo v roce 2003, tedy před 17 lety.

T: Má onemocnění dopady na Váš život a život Vaší rodiny?

R: Žiji teď stejný život jako před tím. Moje setra je zároveň mou opatrovnící, jinak je to ale stejné jako před tím.

T: Využívala jste nějaké zdravotní a sociální služby, než jste se stala klientkou CDZ v Praze 6?



R: Ano, docházela jsem pravidelně k psychiatrovi, pak také k praktickému lékaři a také jsme docházela na endokrinologii.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání služeb centra duševního zdraví v Praze 6?

R: Moje sestra našla CDZ a služby, které poskytuje, na internetu. Takže přes mou sestru.

T: Jak probíhá program v rámci CDZ a jak vypadají Vaše návštěvy?

R: Hlavně je to aktivizace. S tím souvisí také pravidelné procházky a program. Pomáhají mi při trávení volného času.

T: Změnilo se pro Vás něco v rámci Vaší rodiny, když teď využíváte služeb CDZ?

R: Hlavně se zlepšil můj zdravotní stav.

T: Co nejvíce oceňujete na centru duševního zdraví a na službách, které Vám centrum poskytuje a nabízí?

R: Nejvíce oceňuji přátelství. Našla jsem tady několik přátel a za to jsem moc ráda.

T: Změnil byste něco, aby bylo využívání CDZ pro Vás ještě lepší?

R: Teď bych asi ocenila více společných aktivit. Těch je teď kvůli covidu opravdu málo, ale to se snadlepší.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Důležitý je pro klienty především individuální přístup ze strany CDZ, což zahrnuje mimo jiné také přístup členů týmu, jejich umění naslouchat, dostatek času pro klienty a vnímání potřeb klientů v sociální i zdravotní oblasti.
2. Je otázkou, zda může CDZ začlenit v rámci aktivizace klienta do společnosti, nebo zda se jedná o vytvoření „umělé společnosti“. To souvisí s vybaveností regionu a s nabídkou služeb (knihovny, akce, sportovní vyžití), které mohou lidé s duševním onemocněním využívat.

9. Rozhovor s klientem CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	2. 12. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Tazatel (T): Proč využíváte služeb CDZ v Praze 6?

Respondent (R): Dostal jsem nabídku na využívání služeb CDZ přímo z centra, a to při hospitalizaci kvůli svému duševnímu onemocnění. Byl jsem v Ústřední vojenské nemocnici v Praze 6, kde mě z CDZ oslovili.

T: Kdy se u Vás nemoc poprvé objevila?

R: To mi bylo 40 let.



T: Má nemoc dopady na Váš život a život Vaší rodiny?

R: Ano, samozřejmě. Moje rodina je z toho nešťastná. Já nemohu žít normální život, jako bych žil, kdybych byl zdravý člověk.

T: To se vztahuje také na zaměstnání?

R: Ano, nemohu vzhledem ke svému onemocnění pracovat.

T: Využíval jste nějaké zdravotní služby, než jste se stal klientem CDZ v Praze 6?

R: Ano, docházel jsem pravidelně k psychiatrům a také k psychologovi. Také jsem se dostal do nemocnice, do ÚVN v Praze 6.

T: A nějaké sociální služby jste před službami CDZ využíval?

R: To ne, žádné jiné sociální služby jsem nikdy nevyužíval. Až tady v centru.

T: Co vše probíhá v rámci CDZ a jak vypadají Vaše návštěvy zde a program?

R: Pro mě jsou důležité rozhovory, kdy si mohu s někým popovídat. Ty probíhají pravidelně. Ale také mi pomáhají v dalších oblastech, jako je například pomoc s oddlužením. To pro mělo velký význam a moc mi to pomohlo.

T: Změnilo se pro Vás něco v rámci Vaší rodiny, když teď využíváte služeb CDZ? Tedy mělo využívání služeb CDZ dopad na Vaši rodinu?

R: Ne, nic se v rámci celé rodiny nezměnilo. Pro mě samotného ano, ale v rodině ne.

T: Co nejvíce oceňujete na centru duševního zdraví a na službách, které Vám centrum poskytuje a nabízí?

R: Oceňuji asi tu snahu mi pomoci ve všech oblastech. To oceňuji.

T: Změnil byste něco, aby bylo využívání CDZ pro Vás ještě lepší?

R: Nic mě nenapadá. Byl bych rád, kdyby bylo ještě víc času na klienty. To je pro mě důležité.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Důležitá je spolupráce CDZ a lůžkových zdravotnických zařízení, kde dochází k navazování klientů, kteří by sami CDZ nekontaktovali. Je nutné zasíťovat všechna lůžková zařízení a navázat je na CDZ. Stejně tak není dořešeno síťování praktických lékařů.
2. Většina klientů neměla před službami CDZ přístup k jiným sociálním službám. Většina je tak navázána ze strany jiného poskytovatele zdravotní péče. Z rozhovorů s poskytovateli sociálních služeb víme, že tito poskytovatelé nemohou řešit diagnózu klientů, pracovat s ní a s informacemi v oblasti zdravotního stavu klientů, ani kontaktovat CDZ, jelikož nejsou zdravotnickým zařízením a nesmí pracovat s diagnózami, informace si předávat a archivovat je. Mnoho klientů tak propadá systémem a nedostane se do CDZ. Problém souvisí také se sociální složkou CDZ a možnostmi nahlížet do chorobopisů a pracovat se zdravotními informacemi a daty klientů.
3. Jednou z výhod CDZ je dostatek času na klienty ve srovnání například s ambulantními psychiatry. Je nutné tuto výhodu uchovat. V tomto případě by klient ocenil více času ze strany CDZ, což může naznačovat nedostatek personálu, přetížení apod.



10. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Rodinný příslušník klienta
Termín uskutečnění rozhovoru	4. 12. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

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

R (respondent): Syn trpí duševním onemocněním. CDZ nám doporučil psychiatr, aby mohl využít některých služeb. Ale svého psychiatra stále má. Celou dobu se snažíme mu s tím pomoci. Jsem ráda, že teď má komplexní péči. Jak psychiatra, tak všechny služby CDZ. Naštěstí se o sebe dokáže postarat a funguje dobře.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Tak hlavně nemůžeme normálně fungovat. Bojím se o něj a chtěla bych, aby žil normální život. CDZ mu pomohlo, aby mohl žít se svou nemocí.

T: Jaké zdravotní služby jste využívali kromě ambulantního psychiatra, než jste se dostali do CDZ?

R: Asi žádné, tedy nevím o nich. Syn je dospělý. Ale myslím, že jen toho psychiatra. Samozřejmě má svého praktického lékaře, ale s tím asi nic kolem svého stavu neřešil.

T: Jaké sociální služby syn využíval před tím, než se dostal do CDZ?

R: To myslím, že žádné.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá pro Vás jako rodinného příslušníka?

R: Syn je soběstačný, pro nás to není žádná změna.

T: A je něco díky CDZ ve Vaší rodině jinak?

R: Já jsem klidnější. Víím, že kdyby se něco pokazilo, jsou tu pro něho. Po všech stránkách. Můžu díky tomu klidněji spát.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Jak jsem už říkala, je to hlavně tak komplexnost služeb, to, že víím, že je sledován ze všech hledisek.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Z mého pohledu se na službách CDZ nemusí měnit vůbec nic. Jen ať pokračují tak, jak to dělají.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Rodinný příslušník nevnímá problémy v překrývání a nedořešení kompetencí ambulantního psychiatra a psychiatra CDZ.
2. Pozitivně je vnímáno především poskytování komplexní péče ze strany CDZ a hlavně jistota a klid, kterou to rodině přináší, což ovlivňuje celou rodinu a její členy.



3. Jeden z příkladů, kdy došlo k doporučení ze strany psychiatra.

11. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta CDZ

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Rodinný příslušník klienta
Termín uskutečnění rozhovoru	8. 12. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

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

R (respondent): Služby využívá bratr. Je nemocný. Já sama nemám s CDZ žádné zkušenosti, ale na něm vidím posun k lepšímu.

T: Jak dlouho Váš bratr bojuje s duševním onemocněním?

R: Nebylo to asi diagnostikováno hned. Ale já myslím, že je to třeba 10 let, co má výraznější problémy, které na něm poznávalo i jeho okolí.

T:A jaké konkrétní dopady mělo onemocnění na Váš život?

R: Tak já ho znám dlouho a myslím že dobře. Ale samozřejmě ten člověk se chová jinak a to naruší celou rodinu. Máte o něj strach, pak Vám zase přijde, že si něco vymýšlí. Mně trvalo docela dlouho, než jsem se naučila ho pochopit a pochopit jeho onemocnění. Nestýkáme se tak často, ale přesto se mě to dotýká.

T: Víte, jestli využíval nějaké zdravotní služby před CDZ?

R: To opravdu nevím. Vlastně určitě psychiatra a praktika, ale konkrétně Vám k tomu víc neřeknu.

T: A do CDZ se dostal jakou cestou?

R: Já o CDZ vím z internetu, protože jsem samozřejmě hledala o jeho onemocnění, co se dalo. A než jsem mu stačila doporučit, aby se jim ozval, našli si ho sami. Takže to funguje po více kanálech, minimálně po dvou.

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

R: To určitě žádné. To vím.

T: Jakým způsobem jste se dostali k využívání CDZ?

R: Viz výše.

T: Jak vypadá spolupráce s CDZ z vašeho pohledu?

R: Myslím, že tam zapadá, že vnímá, že těm lidem na něm záleží. Pro mě je to zvláštní, takové služby ze zdravotnictví neznám. Mám pocit, jak jsem už říkala, že někam patří. Samozřejmě má rodinu, ale tohle mu dodává sílu a motivuje ho to.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?



R: Myslím, že on to vnímá, že někam patří, takže mě to trochu uklidnilo. A co vím, tak jejich péče je komplexní, ale to mám načtené.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Klidně se tam už mohl dostat dřív, takže asi větší propagace. Já jsem to taky nenašla na internetu hned. Mělo by se o takových službách víc vědět.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Větší propagace služeb CDZ směrem k široké veřejnosti by pomohla najít klienty dříve. Zahrnuta by měla být také propagace směrem k ambulantním psychiatrům v Praze a okolí a směrem k praktickým lékařům.
2. Rodinní příslušníci vnímají pozitivně především komplexnost služeb CDZ a jeho přístup ke klientům, který je individuální a přátelský.

Rozhovory se zástupci samosprávy (kraj, město)

12. Rozhovor se zástupcem krajského úřadu

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Zástupce Magistrátu hlavního města Prahy
Termín uskutečnění rozhovoru	7. 8. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

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

Respondent (R): Situace je určitě poddimenzovaná a určitě nezachycuje část lidí, kteří sítím terénních programů, ambulantních psychiatrů a sociálních služeb propadávají, nebo jsou z hlediska typologie jinou cílovou skupinou, nebo nejsou vůbec diagnostikováni a zaléčováni. Ať se jedná o lidi, závislé na drogách, nebo o lidi bez domova. Ta síť tedy není dostatečná, není z mého pohledu ani úplně funkční, a to hlavně směrem k těmto skupinám, které se ve většině kumulují právě v hlavním městě Praze nebo ve velkých městech obecně. Těchto lidí, kteří by nějaký typ péče nebo služby potřebovali a nedostávají se jim jich, je zde více, než kdekoli jinde v republice. Vnímám tedy současnou situaci jako nedostatečnou.

T: Jaký vliv má na situaci reforma psychiatrické péče? Zlepšuje situaci?

R: Určitě vylepšuje situaci a nastoluje spoustu otázek. Také zvyšuje kapacity služeb, spojuje sociální a zdravotní pomezí, které vždy jdou (dáno legislativou a financováním) trochu samostatně. Ta reforma se snaží některé zásadní příkopy, které jdou mezi těmito resorty, překlenout, ale hlavně navyšuje kapacity zdravotních a sociálních služeb.

T: Je něco v reformě, co vnímáte jako negativní, nebo zpátečnické?



R: Zpátečnické ne. Otázka je samozřejmě, jak ta reforma bude úspěšná a jak se opatření podaří realizovat a v jaké míře, jestli je vedena dobře, což se mi zdá, že ano. A jestli je vedena spíš pragmaticky, nebo naopak idealisticky, což souvisí s tím, čeho je opravdu reálné dosáhnout a čeho nikoliv. Aby se nestavěly vzdušné zámky, že zde vybudujeme model některých oblastí v Itálii, nebudeme mít žádná lůžková zařízení a všechno půjde vyřešit přes ambulance a terénní služby. Ale když se ambulance a terénní služby posílí a vzniknou centra, spouště věcem se dá předejít. Dneska jsou bezdomovectví a lidé v ústavní péči nebo v DZR ve velké míře důsledkem toho, že systém selhal a nefunguje. Kdyby existoval v té době dostatečný počet center duševního zdraví, krizových lůžek a ambulantních služeb, terénních programů, tak by určitě část těchto lidí dnes mohla být odhalena jako skrytí bezdomovci, kteří neměli, kam jít, byli ve špatné situaci a společnost neměla dostatek péče a sociální intervence, aby je udržela v nějakém bydlení.

T: Zmínil jste Itálii, kde je situace jiná a dává se často za příklad. Nicméně její model asi nelze okopírovat na naše podmínky.

R: Ono se ani tak nejedná o Itálii, ale jen o konkrétní oblast. To je jako byste řekli, že v jižních Čechách žádná léčebna nebude. Tak to by asi šlo, protože v jiných lokalitách zase bude. Ale vůbec nejsem pro nadbytečnou lůžkovou kapacitu. To určitě ne. Jenom jsem zastáncem, v sociálních službách i ve zdravotnictví, pragmatického pohledu na věc. Vycházíme z nějakých historických kořenů, máme tady systém nějak nastavený, který určitě potřeba poupravit a věnovat velkou intenzitu na zvyšování kapacit v ambulantní a terénní sféře, které jsou nedostatečné. A samozřejmě pak lůžková zařízení jsou nedostatkem této nedostatečnosti. V mnoha případech, nikoliv ve všech samozřejmě.

T: Jakým způsobem reforma ovlivnila Prahu jako kraj?

R: Praha podnikla spoustu kroků. Od začátku úzce spolupracujeme s poskytovateli sociálních služeb, s psychiatrickou nemocnicí Bohnice, se spoustou institucí včetně Ministerstva zdravotnictví. Častěji jsou to spíš kolegové než já, ale obecně je náš odbor k tomu aktivní a v tuto chvíli si myslím, že Praha je aktivní i v oblasti přidělování bytů pro tuto cílovou skupinu. A k reformě se obecně staví velmi otevřeně. Samozřejmě i ta má své limity a možnosti, ale to platí u každé reformy, že má své limity a bude na ně narážet. Ať už to jsou finance, počty bytů, pracovní příležitosti, všude je nějaký limit a nic není neomezené. To je vždycky problém jakékoliv velké reformy.

T: A zrovna bydlení a byty, které jste zmínil, jsou důležité, aby mohlo docházet k deinstitucionalizaci z lůžkových oddělení těch lidí, kteří jsou tam jen proto, že nemají kam jít. Budete spolupracovat s CDZ v této oblasti?

R: Ano, také se liberalizovaly podmínky pro přidělování obecních bytů, takže jsou zvýhodněná kritéria, jako je například duševní onemocnění, poruchy chování atd. Dřív bez příjmů nebylo představitelné, že mohl člověk získat obecní byt, a dnes se hledají i takové mechanismy, že když na začátku chybí příjem, neměl by to být důvod pro to, aby ten byt člověk nedostal. Hledají se i další mechanismy podpory, což je u práce se znevýhodněnými lidmi, kteří jsou na okraji společnosti, vždycky podstatné, jako světlo na konci tunelu. Vedle bydlení bych ještě dodal pracovní uplatnění, bez kterého to také úplně nebude fungovat. Ale je pravda, že vždy byl kruciólní a největší problém bydlení. To, že je Praha v této oblasti vstřícná, je jedna věc, ale kolik má těch bytů k dispozici, to je věc druhá. Nicméně systém se pro klienty otevřel, ale asi se neuspokojí v míře, jak to očekávají poskytovatelé sociálních služeb. Takový bytový fond tady k dispozici není, aby dokázal zacílit na celou strukturu. To je o těch limitech, které jsou vždy přítomné při reformách. Vedení Prahy a také minulá vedení Prahy se k tomuto staví vstřícně. Teď to



samozřejmě eskaluje díky politickému složení. Ale nestačí elán a zápal, ale musí být vytvořené i ty materiální a objektivní stránky věci, které, i když jsme se v tomto hodně posunuli, nejsou v dostatečné míře nachystané.

T: Existují krajské dokumenty, které reflektují tuto reformu?

R: Myslím, že nikoliv. Kromě střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb reformu psychiatrické péče speciálně žádný z dokumentů nereflektuje. Není to speciální téma. Promítá se ale v koncepci bezdomovectví, to ano, v koncepci adiktologických služeb, kterou máme schválenou. V rámci střednědobého plánu jsme pak s kolegy řešili nastavení sítě a její rozvoj vzhledem k tomu, kolik úvazků sociálních pracovníků se přesune do CDZ, do rehabilitací, do krizových lůžek atd. Ale nemáme zpracovaný speciální plán, koncepci duševního zdraví a jeho reformy. V Praze nic takového nemáme zpracované a mám za to, že se to ani nechystá. Co se kdysi chystalo byl pokus poskytovatelů sociálních služeb dobře popsat systém služeb na území hlavního města Prahy. Ale nevím, jak přesně to dopadlo. Víím ale, že Praha nikdy ten dokument neprojednávala. Ten dokument hodně akcentoval reformu psychiatrické péče, ale nikdy nebyl schválen jako celopražský dokument.

T: Jak vnímáte koncept CDZ a toho, jak CDZ fungují a vznikají?

R: Je to koncept, o kterém se s poskytovateli od počátku bavíme. Je to jejich koncept, který dává logiku a já jsem s ní nikdy nepolemizoval. Beru to jako daný fakt, který vychází z toho, že poskytovatelé sociálních služeb, možná i některá zdravotnická zařízení, mají Prahu rozparcelovanou a každý obhospodařuje nějaký kousek. A myslím si, že na to nasedl ten koncept CDZ, což je dobře. Mně se zdá, že ta oblast je tak poddimenzovaná, že toto navýšení kapacit formou CDZ je naprosto v pořádku a jde to ruku v ruce s reformou. Ono to postupně nabíhá k tomu, co my už tady celé rok děláme, že posilujeme tyto kapacity. A to se mi na tom líbí. Vííme o sporných místech, hlavně systém sociálních služeb, který je rozškátnutý. Ale teď mi připadá, že při navýšení kapacit, v multidisciplinárních týmech se proti těm problémům dá lépe bojovat.

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

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

R: Já většinou fyzicky nejsem u všech jednání nejsem přítomen, ale víím, že se pravidelně schází tady na magistrátu. Jsou to často několikahodinová jednání, která se zde vedou. Proto je tato otázka, o které moji kolegové vědí víc než já. Já toto máme metodiky, kteří na taková jednání chodí a oni pak přenášejí informace sem, abychom uměli na požadavky reformy reagovat.

T: A jednáte s konkrétními CDZ, nebo se jednání orientují na centra a reformu PP obecněji?

R: V oblasti CDZ jsou to jednání s konkrétními centry. K informovanosti mezi krajem a poskytovateli dochází pravidelně.

T: Můžeme v případě potřeby oslovit pro dotazy někoho z Vašich kolegů?

R: Ano, určitě, dám Vám kontakt.

T: Jakou má kraj roli v zajištění udržitelnosti tohoto CDZ? Jaká bude jeho role do budoucna?

R: Ano, s CDZ počítáme. To, že kraje to bude stát peníze a nebude to jednoduché, to je jasné. Financování sociálních služeb je složitý dotační systém, který není úplně šťastný. A vždycky má



odůvodňování jednotlivých částek své problémy. To se děje každý rok. Kraje zasáhnou, až skončí pilotní projekty a ty budou požadovat od státu, aby to zhodnotil a promítl do financování. Ale my s tím počítáme. Praha je v tomto mimořádně odpovědná. Počítáme i s vlastním příspěvkem. Najdeme prostředky, které budou k financování sociálních služeb CDZ potřebné.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Magistrát hl. m. Prahy zvýhodnil kritéria pro přidělování bytů pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním. Jedná se o významnou podporu osob s duševním onemocněním. Možnost bydlení je základním předpokladem deinstitucionalizace pro ty, kteří nemohou být propuštěni z lůžkové péče z důvodu absence bydlení a rodinného zázemí.
2. Magistrát zároveň hledá mechanismy, které by umožnily, aby měli lidé s duševním onemocněním nárok na obecní byty i bez počátečních příjmů.
3. Magistrát hl. m. Prahy si uvědomuje limity reformy a vede dialog s poskytovateli sociálních služeb s cílem nalezení kompromisu.
4. Magistrát hl. m. Prahy se na realizaci reformy aktivně podílí.

13. Rozhovor se zástupcem městského úřadu

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Zástupce MČ Praha 6
Termín uskutečnění rozhovoru	31. 7. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

R (1): V rámci zahájení projektu jsme se s CDZ domluvili, že se budeme scházet jedenkrát měsíčně. U nás se jedná o tým, který se přímo věnuje oblasti sociálních služeb. Vždy určíme, kdo by se měl účastnit, stejně tak, jaká témata by se měla probírat. V předchozí době nebyla jasná tendence, jak ty věci řešit a jak spolupracovat. Od začátku spolupráce řešíme dva typy problémů, a to umístění klientů v bytech, protože v Praze 6 jsme uvolňovali byty, které byly obsazovány jiným způsobem – pro občany mimo Prahu 6. Tady jsme si museli ujasnit, jak postupovat dál, protože naším zájmem jsou občané Prahy 6, proto jsme to nastavili tak, že byty jsou uvolňovány přednostně pro občany Prahy 6. Druhou oblastí, vedle problematiky bydlení, je nastavení spolupráce v případech, které mapuje FOKUS, případně psychiatři z vojenské nemocnice.

T: To znamená, že s fungováním CDZ v Praze 6 jste obeznámeni dobře a také s tímto centrem spolupracujete?

R (1): Ano.

R (2): Ano, spolupracujeme s nimi. Musím tedy říct, že mají nedostatek sociálních pracovníků. Teď se tam navíc vyměnili lidi v týmu, kteří ještě neznají případy a ta spolupráce se musí znovu usadit. Vedoucí sociálních pracovníků, která odešla, původně velice dobře uchopila spolupráci a za té to fungovalo pěkně. Teď je to trochu oťukávání, ale spolupráce už se postupně rozbíhá. Pravidelně probíráme jednotlivé případy, čehož se účastní také zástupci pečovatelské služby, což je naše příspěvková organizace, která má hodně klientů z Prahy 6, kteří potřebují pečovatelskou službu v domácím prostředí. A nemají jen seniory, ale mají za klienty i osoby s duševním onemocněním. To znamená, že



část práce s lidmi s duševním onemocněním se prolíná v rámci sociální práce, pečovatelské služby, v rámci CDZ. My si na pravidelných setkáních vyměňujeme informace, domlouváme se, co je potřeba udělat a jestli se to daří, nebo nedaří. Protože máme samozřejmě i klienty, kteří potřebují pomoc, ale nechtějí spolupracovat, neustále vznáší požadavky, ale ve skutečnosti nechtějí svou situaci řešit. Teď jsme se například dohodli, že s jedním klientem se spolupráce ukončí, protože on jen vznáší své požadavky přes telefon a když se mu pak nabídne pomoc, tak vše odmítá a bojkotuje. Další skupina lidí nemá zájem o služby CDZ. I když je nasměrujeme, tak tam vůbec nedojdou, a proto, když je potřeba, nabízíme a děláme doprovod na první setkání s CDZ.

T: Vaše spolupráce s CDZ je tedy velmi úzká.

R (2): Ano, ale jak u koho, je to klient od klienta. Někdy se to daří, jindy ne.

T: Vnímáte spolupráci tedy spíše jako společnou práci s jednotlivými klienty, než vzájemné jen doporučování (posílání) klientů?

R (2): Ano, vyloženě společně řešíme. Když je potřeba jdeme i společně do domácnosti, pokud například naše sociální pracovníce do domácnosti dlouhodobě dochází a chtěla by, aby ten člověk začal spolupracovat také s CDZ, tak doprovází multidisciplinární tým v tom konkrétním případě. Někdy se stane, pokud je sociální pracovník v CDZ nový a nemá ty zkušenosti, tak se obrací více na nás a ta spolupráce je opět o něco intenzivnější. Oni jsou ti noví sociální pracovníci mnohdy mladí lidé, kteří nemají zkušenosti ani s vlastními sociálními situacemi. Pak je od nás mohou takhle sbírat. On je problém, že se obtížně hledají sociální pracovníci celkově. A o tuto cílovou skupinu osob s duševním onemocněním není zase takový zájem.

T: Máte úzkou spolupráci s dalšími členy týmu kromě sociálních pracovníků?

R (2): Ano, určitě, je to s celým týmem. Hodně úzká je s psychologem, který má velký přehled o klientech. Společně hledáme cesty, jak klientům pomoci. CDZ má naopak cesty na lůžková oddělení, například do Bohnic, kam mi nedosáhneme. Díky, nim tedy víme, jak ten člověk na tom je, jestli už je zpět v domácím prostředí, nebo je hospitalizovaný. Dříve nám ty informace nikdo nedával.

R (1): Já bych ještě doplnil, že Praha je specifická v tom, že ti lidé s duševním onemocněním mají svého psychiatra v různých městských částech. V menších městech je ta situace jiná, tam většinou lidé chodí k psychiatrovi ve svém regionu. Tady si člověk nevybírá jen psychiatra z Prahy 6. A nejsem si vedle toho jist, jestli všichni psychiatři k CDZ přistupují s důvěrou, tedy že to je ta správná cesta ke komplexní péči o lidi s duševním onemocněním.

T: Teď jste zmínil důležitou věc, že ambulantní psychiatři nemají většinou spádovou oblast odpovídající CDZ, proto je jejich propojení s CDZ těžké. Pacienti je často vyhledávají na doporučení a hraje zde větší roli anonymita.

R (1): Přesně tak. Psychiatr je vždy velmi důvěrný lékař, ke kterému se obrátíte, pokud máte jistotu, že mu můžete důvěřovat, často na doporučení. Vedle toho dostupnost v Praze je dobrá.

T: Mluvili jsme o spolupráci s CDZ? Umíte si představit, že se ještě posune dál?

R (2): Tak samozřejmě bychom byli rádi, kdyby se to ještě posunulo. Kdyby se to podařilo dobře nastartovat a klienti by spolupracovali, nemuseli by být hospitalizováni dlouhodobě, nebo vůbec. U osamělých klientů pak také řešíme omezení svéprávnosti, protože oni nejsou schopni pravidelně navštěvovat psychiatra. To jsou klienti, kteří odmítají se léčit a mají pocit, že jsou zdraví. Pak se



„zhoupnou“ a padají do dluhové pasti, dochází ke ztrátě bydlení a k dalším věcem. My pak podáváme podnět na přezkoumání svéprávnosti. Kdyby se podařilo podchytit tyto lidi hned v počátku a oni by získali důvěru k tomu CDZ, že to s ním myslí dobře, bylo by to skvělé. Ale to je ještě v počátcích. Nicméně kdyby tohle byl cíl, tak je to perfektní. My můžeme lidem pomoci v sociální situaci, ale musí se obrátit na nás včas. Ve skutečnosti se na nás většinou člověk obrátí, až když mu hrozí exekuce. Kdyby se ten člověk dostal od praktického lékaře k psychiatrovi a hned se to provázalo na tu sociální oblast a nepodceňovalo se to. Důležitá je tam provázanost.

T: Jak tedy koncept CDZ v současnosti vnímáte?

R (2): Když se podaří do všech důsledků to nastavit tak, aby se těm lidem pomohlo ve všech směrech a aby získali důvěru, tak to bude perfektní. Základ je ta důvěra, na základě které tam ti lidé chodí. Aby se nestávalo, že tam jdou jednou a pak skončí. A samozřejmě, aby to bylo podchyceno včas.

R (1): My se často s těmi klienty setkáváme až v těch případech, kdy jsou ve fázi, jako je zadluženost, komplikovaná rodinná situace apod. Aby se tomu předcházelo, bylo by lepší, aby ti klienti přicházeli dřív, kdy se dá pomoci velice upřímně.

T: Znamená to tedy, že koncept CDZ vnímáte pozitivně s tím, že by bylo dobré, aby docházelo ve spolupráci s dalšími aktéry, včetně Vás, k řešení situací klientů v prvotních fázích?

R (2): Určitě.

R (1): Ano, aby se s tím něco dělalo dřív, ve fázích, kdy se dá skutečně pomoci velice účinně. V těch dalších fázích už jsou ta řešení vždy složitější.

R (2): Ideální by bylo, kdyby se s těmito lidmi začalo pracovat už od mládí. Navíc není lehké získat důvěru takového člověka. Nám třeba trvá i 4 roky, než nám klient důvěřuje a začne skutečně spolupracovat. My teprve pak vidíme výsledky a posun v tom, že začne být samostatnější.

T: Pořádáte společné akce s CDZ?

R (2): Účastnili jsme se dne otevřených dveří. Já jsem také člen Řídící rady CDZ, která se schází jednou za půl roku. Teď se řeší otázka, jak bude probíhat přechod na samostatné financování, z čehož vyplynulo podle výpočtů, že to CDZ zvládne a má šanci vlastními prostředky se ufinancovat. Na jednáních byli také zástupci magistrátu, velmi kvalifikovaní, kteří se zabývají financováním sociální oblasti. Po této stránce, stránce financování, to CDZ zvládne.

T: A co počty pacientů?

R (2): V tomto problému není. A taky možná že Praha je hodně anonymní a těch osamělých, kteří sklouzávají do těch diagnóz je možná víc, protože chybí častěji podpora rodiny a možná právě proto může být koncept CDZ účinnější, protože to, že jim zprostředkujete komunitní kontakt, je pro takové lidi velmi důležité, stejně jako neskončit v léčebně.

R (1): Klienti se navíc rekrutují z řad drogově závislých, protože přibývá mladých lidí, drogově závislých, se schizofrenií.

R (2): To je, bohužel, podle mě obecně, nejen na Praze 6, znamení doby. A otázka drog je sama o sobě hodně podceňována. Významně chybí adiktologická centra a tím, že to je hodně na dobrovolnosti, tak lidé závislí, nebo ohrožení závislostí, často propadají sítem. A řeší to až ve fázi, kdy už je pozdě.



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

R (1): Důležitá je v tomto informovanost. My máme časopis Šestka, kde byly informace o zahájení a fungování CDZ, kdy tam byla i stránka o tom, jak má CDZ působit. Snažíme se tedy zajistit informovanost. Obecně bych neřekl, že je informovanost vysoká, což ovlivňuje i to přijímání. To, že my se snažíme, abychom informovali, to neznamená, že ti lidé řeší problémy, až se dostanou do situace, ale preventivně se o to nezajímají.

R (2): Ale potom aspoň vědí, kam se obrátit.

R (1): Vedle toho má propagační sílu samotné CDZ, které může ovlivnit přijímání v regionu. A nějakým způsobem by se měli angažovat i ambulantní psychiatři, kde ještě nefunguje absolutní důvěra – aby to měli třeba a svých vývěskách v čekárnách apod. to by bylo také důležité, aby se důvěra ambulantních psychiatrů získala, protože oni se cítí trochu být hodně prioritní a měli by více zapadnout do toho celku, aby sami usilovali o to, aby klient šel do CDZ. Pokud se toto podaří, pak to splní svůj účel. Psychiatrická veřejnost by měla být jednoznačně naladěná ve prospěch CDZ.

T: Určitě, ambulantní psychiatři jsou důležitými aktéry v celé reformě.

R (1): Ano, dnes je to tak, že ten pacient je nejčastěji u nich a CDZ by mohlo získávat klienty z velké části právě od nich.

T: V další fázi hodlá CDZ oslovit a kontaktovat – navázat praktické lékaře. Jste o tom informováni?

R (1): Ano, právě to jsme řešili na společném setkání. To zvýší povědomí o službách CDZ. Praktik by pak měl posoudit, jestli je lepší kontaktovat psychiatra, nebo CDZ. Tím bychom vytvořili síť a podchytili další potenciální klienty CDZ.

R (2): Musím ale dodat, že jsou psychiatři, kteří spolupracují s CDZ a stojí o tu spolupráci. Jejich pacienti jsou pak klienti CDZ. Od roku 2012 děláme sociální práci a snažíme se navázat spolupráci s ambulantním psychiatrem, pokud víme, že tam klient dochází. A ti klienti si stěžují, že pan doktor jim předepíše sice léky, ale nemá na ně dále čas. Právě z toho důvodu je koncept CDZ potřebný a je dobře, že tu je. Ambulantní psychiatři jsou přetížení.

R (1): Ano, navíc duševní onemocnění má aspekt medicínský a aspekt sociální, který vzniká často z problému toho duševního onemocnění. A ten psychiatr nemůže a ani neumí řešit takové problémy, které jsou přidružené a sociálního rázu. A on by právě mohl využít pomoci CDZ.

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

R (2): Máme nastartovanou spolupráci a s tou počítáme do budoucna. Jde o to, jakým způsobem si CDZ dokáže vytvořit takový tým, aby přinášel informace, které tu spolupráci umožní.

T: A co se týče podpory finanční a jiné materiální, mluvili jsme o tom, že máte propočty, které ukazují, že CDZ se samostatně uživí. To znamená, že momentálně budete tuto finanční oblast sledovat, protože momentálně nejsou žádné indície k tomu, že by to nemělo fungovat. Ze všech stran jste ale nakloněni spolupráci a podpoře CDZ.

R (1): Jednoznačně ano a doufáme, že to bude pokračovat i po skončení pilotního projektu.

R (2): Ano, doufáme, že se zapracují a neodejdou a že spolupráce bude intenzivní.



Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Spolupráce městské části s CDZ je úzká, ale je výrazně omezena nezkušeností sociálních pracovníků v CDZ a jejich fluktuací. Znovu navazovat spolupráci mezi CDZ a Městskou částí Prahy 6 při obměně týmu stojí obě strany velké úsilí. Znovu budovat, co už bylo vybudováno, není dobré ani pro klienty.
2. Ambulantní psychiatři nemají většinou spádovou oblast odpovídající spádové oblasti CDZ, a proto je jejich propojení s CDZ složitější, než například s pečovatelskou službou Prahy 6, která kopíruje spádovou oblast CDZ. Pacienti vyhledávají ambulantní psychiatry často na doporučení a hraje zde velkou roli anonymita, kdy klienti raději zvolí psychiatra mimo region svého bydliště.
3. Nutné je navazovat klienty co možná nejdříve, obzvláště ty, u kterých hrozí sociální problémy.
4. V případě ambulantních psychiatrů ještě nefunguje absolutní důvěra. Vyšší informovanost a objektivizaci jejich role, díky které by ambulantní psychiatři lépe zapadli do celku reformy, je nutno zajistit co nejdříve. V další fázi je pak důležité oslovit praktické lékaře.
5. Vzhledem k časté existenci duálních diagnóz je nutné navázat spolupráci také s adiktologií.

Rozhovory s dalšími psychiatrickými zařízeními či sociálními službami v regionu

14. Rozhovor s ambulantním psychiatrem působícím v regionu

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Ambulantní psychiatr
Termín uskutečnění rozhovoru	18. 8. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

Pozn.: Respondent nesouhlasil se záznamem rozhovoru. Záznam tedy obsahuje shrnutí informací, které respondent poskytl, zpracované tazatelem.

Otázka: Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ v Praze 9?

Respondent je plně seznámen s fungováním CDZ v obecné rovině a konkrétně pak s fungováním CDZ v Praze 6. Aktivně se prostřednictvím několika pracovních skupin zapojuje do reformy psychiatrické péče. Má o problematiku velký zájem a pracuje jako ambulantní psychiatr v regionu, kde již více než rok funguje CDZ.

Otázka: Spolupracujete nějakým způsobem s CDZ pro Prahu 6? Jak konkrétně? Jak se spolupráce postupně vyvíjela?

Respondent, i když se všichni jeho pacienti nezdržují v regionu Prahy 6, spolupracuje pouze s CDZ pro P6. Nekomunikuje však s lékařem (psychiatrem) CDZ, ani jiným pracovníkem zdravotních služeb. S CDZ spolupracuje kvůli sociálním službám pro své klienty. V současnosti se jedná o jednotky klientů. Již před vznikem CDZ spolupracoval stejným způsobem s FOKUS Praha, resp. s pracovištěm Praha 6 Břevnov, a spolupráci hodnotí od jejího počátku do současnosti jako výbornou.

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



Založením CDZ se nic nezměnilo, neproměnila se agenda, nic nepřibýlo ani nic neubylo.

Otázka: Změnila se míra poptávky po Vašich službách, resp. struktura klientů v souvislosti se vznikem CDZ?

Po založení CDZ v Praze 6 se nezměnila struktura klientů/pacientů ani počet klientů/pacientů respondentů, který sídlí v Praze 6 nedaleko sídla CDZ.

Otázka: Jaký podíl Vašich klientů má nějakou návaznost na CDZ? Jak tato provázanost vypadá?

Jedná se o několik pacientů (do 5 pacientů). Z celkového počtu cca 1 000 klientů se tak jedná pouze o jednotky, které jsou vázány na CDZ v Praze 6. U těchto pacientů, kteří dochází též do CDZ, poskytuje respondent stále stejnou zdravotní péči. CDZ jim pak poskytuje jen péči sociální. Ve zdravotní oblasti nedochází ke spolupráci.

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

Respondent je pro zavádění CDZ, jejich potřebnost vidí jako vysokou, ale CDZ vnímá jako zařízení, která se nakonec vyprofilovala jinak, než byl jejich primární koncept a koncept. CDZ dokážou podle respondenta zabezpečit pouze zlomek lidí s duševním onemocněním. Náklady na CDZ jsou přitom vysoké, a to především při přepočtu nákladů na jednoho klienta ročně. V rámci pilotu ani nezahrnují všechny náklady potřebné pro fungování CDZ, jako například management a administrativní podporu CDZ, což je nákladově podstatná položka. Respondent je pro zakládání CDZ, ale s definovanou širší cílovou skupinou.

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

- Rozšířit cílovou skupinu CDZ tak, aby zahrnovala větší počet klientů (dnes může být klienty CDZ pouze cca 1 % pacientů respondentů).
- Zabývat se náklady CDZ s ohledem na počet klientů, aby náklady/1klienta nebyly příliš vysoké (respondent ale nebere v potaz snížení nákladů na hospitalizaci v rámci deinstitucionalizace osob s duševním onemocněním).
- Vyřešit spádovou oblast a sladit spádové oblasti ambulantních psychiatrů a center duševního zdraví. (Respondent odhaduje, že má cca 1/3 pacientů z Prahy 6, 2/3 z jiných městských částí a dalších mimopražských regionů, což ztěžuje navázání se na služby CDZ, které jsou striktně spádové.)

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Cílová skupina CDZ je úzce vymezená, a proto umožní CDZ mít v péči pouze zlomek osob s duševním onemocněním.
2. Vzhledem k malému počtu klientů je služba hodnocena ze strany ambulantního psychiatra jako relativně drahá – nákladná.
3. CDZ není vnímáno ze strany ambulantního psychiatra jako poskytovatel komplexní služby, ale především jako poskytovatel sociálních služeb, které mohou vhodně doplnit jeho poskytování zdravotní péče.



4. Spolupráce s psychiatrem CDZ vůbec neprobíhá. Není jasně vymezen vztah a kompetence mezi ambulantními psychiatry a psychiatry CDZ.
5. Odhadem je pouze 1/3 pacientů respondenta z Prahy 6. Spádová oblast psychiatrů a CDZ se neshoduje, což přináší problémy například při navazování spolupráce.

15. Rozhovor s poskytovatelem sociálních služeb působícím v regionu

Identifikace CDZ	CDZ pro Prahu 6
Respondent	Zástupce poskytovatele sociálních služeb – pečovatelská služba
Termín uskutečnění rozhovoru	7. 12. 2020
Forma rozhovoru	Osobní rozhovor

T (tazatel): Jak dobře jste obeznámena s fungováním CDZ v Praze 6?

Respondent 1 (R 1): S fungováním CDZ jsme obeznámeni dobře. Spolupráci konkrétně nastavujeme s CDZ v Praze 6.

T: A jakým způsobem spolupracujete?

R: V současné době je spolupráce ovlivněna situací v České republice a epidemií covid. Ale standardně se setkáváme každý měsíc s CDZ v Praze 6 a se zástupci MČ Praha 6 odboru sociálního. Taková spolupráce byla nastavena a domluvena ze strany MČ. Na společných setkáních se pak probírají společní klienti. My máme nevýhodu, že pokud nám klient sám neřekne, že má diagnózu, my o ní sami nevíme. Nemůžeme klienta diagnostikovat, ani s diagnózou jakkoliv pracovat, pokud bychom ji znali. Jsme si jisti, že u některých klientů by spolupráce s CDZ byla potřebná, ale nemůžeme ji zahájit. Můžeme se spojit s rodinou a třeba doporučit, ale bez znalosti přesné diagnózy.

T: A zahájení spolupráce ze strany CDZ probíhá?

R: Ze strany CDZ by zahájení spolupráce bylo možné, protože oni nás mohou kontaktovat, že jejich klienti potřebují naše služby. Ale bohužel to tímto směrem neprobíhá. Momentálně nemáme z těchto důvodů žádné společné klienty, což je velká škoda, protože určitě existují. Také bychom ocenili, kdyby se spolupráce odvíjela i na bázi obecnější, kdybychom se od CDZ naučili, jak jednat a pracovat s klienty s duševním onemocněním. Například prostřednictvím školení a schůzek. To bychom ocenili.

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

R: Zatím nijak zvlášť. Ale jakmile se propojíme a budeme sdílet klienty a znalosti a zkušenosti, tak to bude pro obě strany přínosné.

T: Jaký je podíl Vašich klientů, kteří využívají služeb CDZ v Praze 6?

R: My máme momentálně asi 700 klientů, což je snížená kapacita z 1 200. A jak už jsem řkala, momentálně nemáme žádného společného klienta. V minulosti byl jeden klient, který byl i v cílové skupině CDZ, ale nakonec jejich služby nevyužil. Rozhodl se, že je nevyužije.



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

R: Ano, určitě hodnotíme vznik CDZ pozitivně. Z našeho pohledu je ale nutné nastavit spolupráci.

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

R: Za nás je to určitě to nastavení spolupráce, jak jsem už říkala. Dále bych zmínila personální fluktuaci v CDZ. Doufám, že nyní je CDZ personálně stabilizováno, ale v minulosti se jejich pracovníci dost měnili a to se promítalo i do společných setkání.

T: Měla by být podle Vás spolupráce nastavena ze strany CDZ, nebo například z centrální úrovně?

R: Myslím, že v tomto případě by měla přijít pomoc i ze strany centrální, tedy ministerstev. Pak samotná realizace už je na nás a na CDZ. Ale mělo by to být zaštitěno.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Nutné je nastavit spolupráci na obecné úrovni i na úrovni jednotlivých klientů. Roli by zde měly sehrávat na centrální úrovni Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí jako garanti a například také jako tvůrci metodiky, která by umožnila sladění spolupráce s CDZ ve všech regionech.
2. Problematická je práce s cílovou skupinou stanovenou prostřednictvím diagnóz, když návazné služby nemají možnost s diagnózami pracovat – pak nedochází k postoupení klientů do CDZ ze strany poskytovatelů sociálních služeb.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



7.2 CDZ Opava

7.2.1 Případová studie CDZ Opava

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

Příprava případové studie začala dle plánovaného harmonogramu na podzim roku 2020. Oslovena byla kontaktní osoba CDZ Opava (zástupce za sociální část) během měsíce října, a hned v následujícím měsíci začaly být realizovány jednotlivé rozhovory tak, jak se obě strany domluvily. Vzhledem k problematice pandemické situace bylo již od začátku navržena telefonická forma všech rozhovorů, kterých bylo v úhrnu realizováno 13 (5 s pracovníky a vedením CDZ, 3 s klienty a jejich rodinnými příslušníky, 5 s dalšími aktéry s CDZ spolupracujícími).

Rozhovory proběhly bez potíží, termín několika rozhovorů byl posunut vzhledem k aktuální vytíženosti respondenta, to ale nepředstavovalo žádnou komplikaci. Rozhovory probíhaly od 11. do 27. listopadu.

2. Základní informace o založení CDZ a jeho dosavadní historii

Vznik CDZ

CDZ Opava začalo oficiálně působit 1. 4. 2019. Jeho dvěma zřizovateli jsou FOKUS – Opava, z.s. (jakožto registrovaný poskytovatel sociálních služeb) a Psychiatrická nemocnice v Opavě. Založení tohoto CDZ navazovalo na několikaletou spolupráci obou subjektů (započatou již v roce 2014), jak popisuje následující citace.

„Vznikaly jsme nejprve jako psychiatrická rehabilitace, po vzniku zdravotních pojišťoven jsme se přesunuly do sociálních služeb – do jiných než pobytových. (...) Po 10 letech fungování tady v Opavě se Reforma začala znovu hýbat a tak jsme se do ní aktivně zapojili. Pracovala jsem i v Psychiatrické nemocnici v Opavě, podařilo se mi domluvit spolupráci nemocnice s Fokusem. Ona sice fungovala již delší dobu, ale domluvili jsme se, že v rámci Norských fondů zkusíme nově založit malý tým, kde budou dva malé úvazky sester k sociálnímu týmu, kousek psychiatra a psychologa na konzultace. A tak jsme začali pracovat v roce 2015 či 2016. Po skončení projektu z Norských fondů se ukázalo, že tam ten efekt byl obrovský, klienty jsme dokázali udržet venku a k rehospitalizacím u těch cca 20 klientů nedošlo. I pojišťovny to viděly a byly tím překvapené. Nový ředitel Psychiatrické nemocnice pak dokázal nasmlouvat 4 psychiatrické sestry pro terén. My jsme potom fungovali v posílené podobě. Měli jsme opět kousek úvazku psychiatra, k dispozici auto, různě jsme se stěhovali. Měli jsme společné porady. Pak se začal připravovat pilotní projekt, protože jsme to chtěli zoficiálnit, zajet a i Psychiatrická nemocnice pochopila, možná trochu i pod tlakem ministerstva, že jiná cesta nevede.“ (Zástupce FOKUS – Opava, z.s., rozhovor ze dne 11. 11. 2020)

Problémem před vznikem bylo budoucí začlenění CDZ do sítě poskytovatelů sociálních služeb v daném území. Podmínkou toho, aby MZ poskytlo na vznik CDZ dotaci, bylo, aby Moravskoslezský kraj vydal na FOKUS – Opava, z.s. „Pověření poskytováním sociální služby dle Rozhodnutí Komise ze dne 20. 12. 2011 o použití čl. 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 (2012/21/EU)“. V každém kraji je pověřování poskytovatelů sociálních služeb nastaveno mírně odlišně, konkrétně v Moravskoslezském kraji platí, že kraj souhlasí s pověřením nového poskytovatele za podmínky, že obce, které budou z nové služby profitovat, se budou na jejím financování podílet ve výši 30 % nákladů. To ovšem město Opava nebylo ochotno poskytnout, kromě jiného z důvodu, že klienti CDZ pocházejí z různých obcí/měst, nejedná se jenom o obyvatele města Opava, více viz následující citace.



„Město se k tomu stavělo tak, že „nám se to líbí, ale my nechceme, aby se nám tady všichni koncentrovali, nedáme na to 30 %“. Domluvili jsme se tedy s krajem, že budeme mít nastavený region, o který se budeme starat, trochu jinak. (...) Rozhodli jsme se starat o region jen v rámci blízkého okolí Opavy + část ORP Kravaře a Hlučína. Dohodli jsme se tak s krajem, že v rámci toho, že kraj bude mít k dispozici prostředky z dalších individuálních projektů OPZ, tak že pokud získáme projekt MZ, tak nás do prosince 2021 dokryjí 4 úvazky z projektu. A pak budeme vyjednávat, jak to budeme řešit od roku 2022. Od města jsme dostali prohlášení, že to podporují, ale že nemají finance na to, aby dokryli těch 30 %. Což v pilotní fázi nebylo potřeba, protože projekt ESF hradil 100 %. Teď to do skončení 2021 taky není potřeba, protože je domluva s krajem, ale od 2022 už to potřeba bude.“ (Zástupce FOKUS – Opava, z.s., rozhovor ze dne 11. 11. 2020)

Zatímco v jiných regionech měla některá CDZ problémy s personálním obsazením pozic v týmu, v Opavě se díky předcházející spolupráci obou zřizovatelských subjektů podařilo potřebné odborníky pro Centrum nabrat bez komplikací.

„U nás nebylo těžké zajistit personální tým – ale to proto, že už jsme to měli předem přichystané. Myslím, že třeba Tábor s tím např. mohl mít větší problém, protože tam není žádné velké psychiatrické zařízení, a tím pádem i nedostatek personálu, jako třeba sester. U nás jsme problém s konkurencí neřešili – ve smyslu, že by zařízení nechtělo spolupracovat, protože se bálo odlivu sil – nepřetahovali jsme se s ním právě proto, že bylo jedním z těch zřizovatelů.“ (Zástupce FOKUS – Opava, z.s., rozhovor ze dne 11. 11. 2020)

Potřebnost vzniku CDZ v Opavě vystihuje ve zkratce následující citace:

„Velká Psychiatrická nemocnice v Opavě opravdu stahuje lidi k sobě, a když vyjdou ven, potřebují pomoc. Je pravda, že v Opavě je dost organizací zaměřených na tyto lidi, ale nikdy to nebylo tak propojené s tím zdravotním, jak je to v CDZ. Mnoho lidí, co opustí psychiatrickou nemocnici, pak tady v Opavě i zůstává, najdou si tu přátele, kamarády a služby, takže práce pro tyto lidi je tady hodně.“ (Sociální pracovník CDZ, rozhovor ze dne 20. 11. 2020)

Prostory CDZ

Od svého vzniku působí CDZ na adrese Ostrožná č. 27/244, 746 01 Opava. Jedná se o budovu MG Medical Center. Místo je dobře dopravně dostupné (cca 10 minut pěší chůzí z vlakového i autobusového nádraží v Opavě).

Ve 4. patře výše uvedené budovy je k dispozici ordinace psychiatra, ordinace psychologa, dále jsou zde kanceláře pracovníků CDZ (v nichž probíhají i pravidelné porady a schůzky), místnost pro terapeutické aktivity a pro programy sociální rehabilitace. Ve 3. patře je pak využívána konzultační místnost. Klienti CDZ i personál mají k dispozici také prostornou terasu.

Základní parametry fungování

Provozní doba CDZ Opava je od pondělí do pátku od 7:00 do 15:30. V tuto dobu je v CDZ vždy k dispozici minimálně jeden pracovník. Mimo uvedený čas je klientům CDZ k dispozici krizová služba v podobě telefonické služby sester (v čase od 15:30 do 20:00 hodin). Dále je nastavena spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí v Opavě tak, že pro případy akutní potřeby mimo uvedené hodiny dostupnosti CDZ je klientům CDZ k dispozici číslo urgentního příjmu nemocnice.

Terénní služby poskytují primárně zdravotní sestry a sociální pracovníci, ovšem zapojují se do nich v menší míře také psychiatr a psycholog (resp. psychologové). Pracovníci v rámci nich podporují klienty ve zvládnání běžných záležitostí (sebeobsluha, sociální dovednosti), příp. doprovázejí klienta k lékaři, při jednání na úřadech apod. Řešena je také nedostatečná péče o somatické zdraví. U klientů CDZ, kteří jsou hospitalizováni, dochází k návštěvám v lůžkovém zařízení, aby se nepřerušil kontakt s klientem. Peer konzultant je v oblasti terénních služeb zapojen zejména do asertivního kontaktování.



V rámci denních služeb CDZ poskytuje sociální poradenství (včetně podpory při vzdělávání a pro pracovní uplatnění), nácvik relaxace pro zvládnání úzkosti apod. Vytížení psychiatrické ambulance postupně v průběhu pilotního provozu narůstalo. V rámci psychoterapeutické péče kromě individuálních služeb probíhají i skupiny pro rodinné příslušníky a skupiny pro pacienty/klienty s duální problematikou.

Psychiatrická ambulance je k dispozici v prostorách CDZ, stejně tak ambulance psychologická. Psychiatr poskytuje ambulantní službu pro objednané klienty, kteří docházejí pravidelně, a také zajišťuje vyšetření u nových pacientů/klientů CDZ.

Pro svépomocné aktivity klientů CDZ využilo již existující svépomocný klub FOKUS – Opava, z.s., který je provozován v prostorech cca 300 metrů od sídla CDZ.

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

Spádové území

Spádové území představuje oblast ORP Opava, ORP Kravaře a 3 obce z ORP Hlučín (Dolní Benešov, Kozmice, Hlučín). Jedná se o území, které má dohromady asi 142 tis. obyvatel (v detailu jednotlivých ORP, resp. vybrané části ORP se jedná o následující počty obyvatel: ORP Opava: 100 967, ORP Kravaře: 21 356, vybrané obce ORP Hlučín: 19 874).²⁶

Spolupráce v regionu

CDZ úzce spolupracuje s Psychiatrickou nemocnicí v Opavě (jakožto jedním ze svých zřizovatelů). Byl nastaven systém multidisciplinární spolupráce s nemocnicí, jeho cílem je navázání potenciálních klientů CDZ bez zbytečného prodlení po jejich hospitalizaci. Sociální pracovník a zdravotní sestra docházejí na příjímácké oddělení i oddělení následné péče a konzultují potenciální pacienty s pracovníky nemocnice. Pokud nejsou překážky (pokud to stav klienta umožňuje), je konzultaci přítomen i samotný potenciální klient.

Pracovníci CDZ jsou navázáni i na tým stacionáře "Z" (Denní stacionář pro terapii psychóz) fungujícího při Psychiatrické nemocnici v Opavě. Tento stacionář poskytuje doléčovací ambulantní péči navazující na hospitalizaci. Pokud je v péči stacionáře klient CDZ, jsou předávány informace o jeho situaci tak, aby se maximálně usnadnil přechod klienta mezi hospitalizací a návratem do běžného života.

Kromě toho má CDZ navázanu spolupráci s Magistrátem města Opava týkající se situace klientů, pro které Magistrát zajišťuje veřejné opatrovnictví. CDZ je také navázáno na sociální odbor města Kravaře.

O vzniku CDZ byli informováni také ambulantní psychiatři působící ve spádové oblasti. Vzhledem k tomu, že CDZ navazuje na již dříve běžící multidisciplinární práci zajišťovanou Psychiatrickou nemocnicí v Opavě a FOKUS – Opava, z. s., neznamenal vznik CDZ v této oblasti dramatický předěl. Jednotliví ambulantní psychiatři se na CDZ obracejí se žádostmi o intervence v domácím prostředí klientů v případech, kdy mají podezření na zhoršení pacientova/klientova stavu. Spolupráce je

²⁶ Údaje o počtu obyvatel jsou dle ČSÚ, platné k 1. 1. 2020; dostupné online: <https://www.czso.cz/csu/czso/pocet-obyvatel-v-obcich-k-112019>.



relevantní také v případech, kdy došlo k předání pacienta do péče CDZ či kdy CDZ předalo pacienta do péče ambulantního psychiatra. Kromě toho byli o CDZ a službách, které poskytuje, informováni také praktičtí lékaři v regionu.

„Někdo fandí a pomáhá, někteří to zkouší ve stylu „pošleme vám to nejhorší, co máme, a ukažte se“. Ale ukázalo se opakovaně, že ambulantní psychiatři byli zprvu nedůvěřiví. Pak nám začali poskytovat komplikovanější klienty, kteří jim zabírali více času, mají také tendenci nám posílat ochranné léčby apod. Za problém – nejen našeho CDZ, ale plošně – považuji, že když je zvete na den otevřených dveří, na seminář, nemají čas, nepřijdou, nikdo jim to nezaplatí. Je pohodlnější i ekonomické sedět v ambulanci a kódovat. Ale není to tak, že by nám házeli klacky pod nohy.“ (Zástupce FOKUS – Opava, z.s., rozhovor ze dne 11. 11. 2020).

Z rozhovorů uskutečněných s pracovníky CDZ za účelem vzniku této studie vyplynulo, že spolupráce s dalšími poskytovateli služeb v regionu (zdravotních i sociálních) je proměnlivá podle přístupu každého jednotlivého partnera. Doplňkově CDZ navazovalo kontakty také s Úřadem práce ČR a dalšími poskytovateli sociálních služeb, jmenovitě např. Krizové a kontaktní centrum „Pod slunečníkem“ o.p.s. či Charita Opava.

4. Struktura CDZ (složení multidisciplinárního týmu, rozdělení kompetencí)

Tým CDZ

Řídící rada CDZ (její jádro, které má odpovědnost za řízení) je složená ze statutárních zástupců Psychiatrické nemocnice v Opavě a FOKUS – Opava, z. s. a představuje nejvyšší řídicí a rozhodující management CDZ. Kromě uvedených výkonných osob v Radě působí další osoby, které mají poradní hlas. Jedná se např. o zástupce Komise pro transformaci psychiatrické péče Krajského úřadu Moravskoslezského kraje, krajskou koordinátorku MZ pro rozvoj sítě a transformaci psychiatrické péče, ředitele odboru zdravotní péče VZP a ředitele útvaru pro smluvní síť poskytovatelů zdravotních služeb ČPZP. Úlohou těchto členů s poradním hlasem bylo napomoci zařazení CDZ do systému péče v regionu a napomoci stabilnímu financování po ukončení pilotní fáze provozu.

Složení multidisciplinárního týmu bylo zajištěno dle pravidel stanovených MZ; po většinu období pilotní fáze provozu bylo konkrétně následující: 0,5 úvazek specialista CDZ, 2 úvazky sociálních pracovníků, 2 úvazky pracovníků v sociálních službách, 4 psychiatrické sestry, 1 úvazek psychiatra, 1 složený úvazek psychologa (2 osoby, na úvazky o velikosti 0,4 a 0,6). Tým je řízen z tzv. výkonné úrovně řízení, kterou představují: psychiatr (odpovědný za zdravotní část péče poskytované klientům a přímé formální řízení klinických psychologů), specialista CDZ (odpovědný za týmové fungování), vedoucí sestra psychiatrických a všeobecných sester a vedoucí sociální složky CDZ. Tyto pozice, resp. osoby, které je zajišťují, společně rozhodují a řídí fungování CDZ. V CDZ je základním principem rozhodování na základě konsensu, v důležitých parametrech jsou k rozhodování přizývány členové Řídící rady.

Multidisciplinární tým má standardně každý den ráno poradu (trvá mezi 0,5-1 hodinu), na které se hodnotí předchozí den, předávají se informace a plánuje se program na daný den. Středa je dnem, kdy jsou porady v rozšířené podobě, je prostor pro bližší rozbor situace klientů CDZ a také jsou na programu další oblasti jako např. komunikační aktivity, síťování CDZ s dalšími relevantními službami v regionu, vzdělávání členů týmu. V rámci práce s klienty je uplatňována forma case managementu.



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

Hlavní problémy, které bylo třeba v úvodu fungování CDZ a také během pilotního provozu v době před zpracováním této případové studie shrnuje následující tabulka.

Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní pro i provoz krytý ESF
1	Nemožnost sdílení dokumentace pacientů/klientů mezi zdravotní a sociální složkou CDZ; používání odlišných IT systémů pro evidenci péče o pacienty/klienty	<p>Jediným legálním způsobem, jak umožnit, aby pracovníci v sociální složce CDZ měli přístup do zdravotní dokumentace pacienta/klienta, je cesta využívat souhlas dané osoby s poskytnutím (a sdílením) jeho osobních údajů. CDZ Opava tento nástroj nepoužívá. Z toho vyplývá, že údaje jsou sdíleny pouze ústně během porad a jiných ústních interakcí mezi pracovníky CDZ. Pracovníci vnímají tento stav jako neuspokojivý, porady týmu CDZ jsou v důsledku tohoto nastavení z jejich pohledu zbytečně dlouhé a existuje riziko, že některá z podstatných informací nebude předána, či nebude ze strany sociálního týmu CDZ dostatečně zachycena.</p> <p>Zdravotní složka CDZ využívá IT systém HIPPO, sociální část CDZ pak IT systém Highlander; pracovníci mají přístup vždy jen do jednoho z uvedených systémů, data mezi systémy nejsou sdílena.</p> <p><i>„Docela velký problém je, že tým je složen ze dvou organizací na základě partnerské smlouvy – velké nároky na komunikaci – z praktického hlediska nemožnost nahlížení do vzájemné dokumentace – je velký nárok na sdílení informací – tohle je docela náročné na čas, vytváření procesů – vyžaduje to mnoho energie.“</i> (Psychiatr CDZ, rozhovor ze dne 27. 11. 2020)</p>	ANO
2	Administrativní náročnost dokladování aktivit projektu	<p>Pracovníci CDZ identifikovali, že požadavky na popis průběhu zajišťování služeb CDZ byly rozsáhlé a některé z nich považují za nadbytečné (např. prokazování účasti klientů na svépomocných aktivitách), viz následující citace.</p> <p><i>„Vnímám, že projekt je pilot. Vnímám to ale taky trochu tak, že lidi jsou zkušebními beránky. Na to, že to byl pilot, stali jsme se trochu rukojmími různých institucí, všechny chtěly něco vyplnit a splnit a začalo se trochu vyhrožovat, že když se to nesplní, může být problém. Když se to kdysi dávno, celý ten koncept připravoval, nikdo si to neuměl konkrétně představit. A pak se po Vás chce, abychom odděleně popisovali jednotlivé služby. Jenže ono nejde samostatně popisovat služby psychoterapeutické, služby psychiatrické a služby klinického psychologa. To je prostě nesmysl, když oni poskytují to i to.“</i></p> <p><i>Mít jako povinnou službu svépomocný klub a aktivity a chtít, abyste byli schopni prokázat klienty, kteří nám tam chodí, co to je za nesmysl? Máte mít člověka, který ponouká klienty, aby vyhledávali aktivity v okolí, aby se začali scházet na fotbale, na výletech, aby šli do kavárny. Ale abyste odškrtovali docházku v klubu – to už není svépomocná aktivita. Ano, vy je k tomu máte vést – využít úvazku peera, aby je motivoval, ale pak po nás kontrola chce, abychom prokazovali docházku na volnočasové aktivitě.“</i> (Zástupce FOKUS – Opava, z.s., rozhovor ze dne 11. 11. 2020)</p>	ANO
3	Zajišťování podpisu klienta na Monitorovacím listu podpořené osoby po ukončení doby, kdy v projektu čerpal podporu	<p>Na základě zkušenosti z jiných projektů podpořených z ESF (resp. OPZ) FOKUS – Opava, z.s. předpokládal, že „Monitorovací list podpořené osoby“ klient podepisuje pouze při vstupu do projektu. Když se dodatečně ukázalo, že podpis je dle MZ třeba připojit i po vystoupení klienta z projektu, představovalo to administrativní zátěž nejen pro pracovníky CDZ, ale i pro klienty, resp. osoby, které jednají za klienty (např. rodiče, úředníci na obcích v pozici veřejných opatrovníků).</p>	ANO



Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní pro provoz krytý ESF
4	Sladování přístupu k pacientovi/klientovi ze strany členů zdravotní a sociální složky týmu CDZ	Pracovníci CDZ pojmenovali, že princip fungování sociální a zdravotní péče je tradičně vzájemně odlišný. Zdravotničtí pracovníci mají větší tendenci klienta vést, sociální pracovníci více zohledňují konkrétní preference klienta. Hledání společně sdíleného (jednotného) přístupu vyžaduje čas a velkou dávku komunikace v rámci multidisciplinárního týmu. <i>„Začátky byly těžké, strašné – dva odlišné světy na sebe narazily. Naprosto direktivní zdravotníci a naprosto asertivní sociální pracovníci. Ze začátku měl každý jiný způsob komunikace, vůbec jiná mluva. Museli jsme se hodně od sebe učit. A musíme se to učit doteďka. Sestry musely pochopit, že zdravotní oblast souvisí se sociální a naopak. A naopak, že direktivitu tady nejde používat. Učíme se to pořád, za tu dobu, co tam jsem, ty zkušenosti jsou pokaždé trochu jiné. Museli jsme si nastavit kompetence. Byla taková ta představa, že přijde zdravotní sestřička a řekne „já se zeptám, jestli má léky a ty se zeptáš, jestli má peníze“ – takto to ale prostě nejde. Protože když nemám peníze, tak mám úzkosti, a když nemám peníze, nemám ani léky. Museli jsme se naučit překračovat ty naučené věci v našich oblastech.“ Zdravotní sestra CDZ, rozhovor ze dne 23. 11. 2020)</i>	ANO
5	Nejasné metodiky projektu, resp. změny ve výkladu metodik v průběhu realizace projektu	Ačkoli je evidentní, že CDZ představují nový prvek v systému péče o osoby s duševním onemocněním na zdravotně-sociálním pomezí, a proto se přirozeně potýkají s nejasnostmi, ze strany týmu CDZ bylo vnímáno, že nejasností bylo příliš a že bylo možné některým dodatečným změnám v metodikách, resp. výkladu metodik předejít obsáhlejší přípravou na straně MZ či MPSV a dalších relevantních subjektů. <i>„Administrativu jsme zjišťovali od ostatních CDZ, to vedoucí zjišťovali, ta dokumentace byla ze začátku nevyjasněná – osvěta v tomto duchu trochu chyběla – např. na kódování, aby to bylo jasnější. Vzdělávání na to určena nebyla.“ Psycholog CDZ, rozhovor ze dne 19. 11. 2020)</i>	ANO
6	Komplikace v poskytování služeb v důsledku epidemie COVID-19	V roce 2020 bylo fungování CDZ (stejně jako fungování všech dalších poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb v ČR) poznamenáno epidemií COVID-19. Znamenalo to omezení osobního setkávání (mezi pracovníky týmu CDZ ale i mezi týmem CDZ a klienty). CDZ se potýkalo s nedostatkem ochranných pomůcek a dále toto období popisuje jako čas, kdy byly k dispozici jen minimální, nebo rozporuplné pokyny jak v tomto období zajišťovat služby CDZ.	ANO

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

Vnímání přínosů CDZ ze strany klientů a rodinných příslušníků klientů

V rozhovorech uskutečněných za účelem vzniku této studie se objevovala jen pozitivní hodnocení služeb CDZ. Centrum podle klientů přispívá k jejich socializaci, díky péči týmu CDZ se daří stabilizovat jejich situaci a předcházet tak zhoršení stavu.

Jedna z respondentek byla do CDZ doporučena v Psychiatrické nemocnici v Opavě, druhý zpovídaný se do CDZ dostal na základě iniciativy jeho rodičů. U obou z nich lze poukázat na konkrétní přínosy CDZ, viz následující citace:



- „On je takový jiný, naučili ho dávat si léky.“ (Rodinný příslušník klienta, rozhovor ze dne 13. 11. 2020)
- „Každé pondělí tam chodím na němčinu – osobně i teď během pandemie – to je s peer konzultantkou osobně. V kontaktu jsem každý týden dále s psychiatrickou sestrou, která mě má na starost. (...) CDZ mi pomohlo tak, že jsem přestala chodit k psychologce. Já jsem nejdřív docházela na individuální sezení k ní, ale tam byly čekací lhůty i jednou za 6 týdnů či za měsíc. A do CDZ můžu chodit každý týden. Cítím se jinak... že mám tu oporu v nich – např. když jsem teď sháněla práci, tak sestra mě hned navedla na organizaci, kde jsem dneska byla. S peer konzultantkou jsme zase daly dohromady životopis.“ Klient, rozhovor ze dne 25. 11. 2020)

Ze strany klientů ani jejich rodinných příslušníků nebyla naformulována žádná doporučení ve věci změny fungování CDZ.

Vnímání přínosů CDZ ze strany členů týmu CDZ

Tým CDZ rozhodně vnímá CDZ jako nástroj pro posílení dostupnosti péče pro osoby s SMI. Oceňována je i nízkoprahovost (pro využití služeb CDZ není třeba doporučení od lékaře).

„U nás tedy je psychiatrická nemocnice, ale je málo klinických psychologů v ambulanci. Mají mnohdy čekací doby 2-3 měsíce. A lidé se naučili, že čas mezi tím mohou využít v CDZ – když mají např. nějaký krizový stav. Chodí tady za mnou na krizovou intervenci a já je poté předám do ambulance. Já tedy dělám záchyt a pak je předávám do dlouhodobější péče. U nás čekací doba není – v popisu práce musíme být k dispozici kdykoliv. Když někdo zaklepe – jako nízkopráh. Když tu náhodou nejsem, tak sestřičky informaci předají a do několika dnů se domluvíme na setkání. Případně nasměrujeme na jiné služby – tak fungujeme poměrně často. (...) Předobjednané lidi z nemocnice máme tak 70 % ku 30 % těch neplánovaných. Ti se rozmohli hlavně teď v období pandemie – kdy je to např. až 50 %: 50 %.“ (Psycholog CDZ, rozhovor ze dne 19. 11. 2020)

Podněty k podmínkám fungování CDZ

Ačkoli panuje mezi pracovníky CDZ shoda, že se jim podařilo nastavit tým efektivně, opakovaně se v rozhovorech uskutečněných za účelem vzniku této studie objevilo doporučení, aby CDZ nebylo provozováno dvěma odlišnými právními subjekty. Toto nastavení je vnímáno jako komplikace. Řešením může být ustavení CDZ jakožto samostatné právnické osoby, nebo provozování CDZ pouze jedním ze zřizovatelských subjektů (nicméně za podmínky, že budou i nadále rovnocenně působit zdravotní a sociální část Centra).

Zástupce sociální složky CDZ formuloval, že se domnívá, že by bylo vhodné ustavit CDZ jakožto svébytnou sociální službu. Upozornil, že typ sociální služby „sociální rehabilitace“ nemusí v svém prvotním vymezení fungování CDZ odpovídat, více viz následující citace:

„Pro mě osobně by bylo fajn, kdyby CDZ vznikla jako samostatná sociální služba. Kdybychom nebyli tak jak teď, sociální rehabilitace přizpůsobená CDZ. Kdyby na nás přišla inspekce, nevím, jestli by nás hodnotili jako sociální rehabilitaci a zda by reflektovali, že pracujeme s klienty ve spolupráci se zdravotníky. Takže pokud by zákon byl nastaven skutečně na míru CDZ. A dále kdyby to dělali lidi z praxe – to nastavování zákona.“ (Sociální pracovník CDZ, rozhovor ze dne 20. 11. 2020)

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

Moravskoslezský kraj podporuje Reformu psychiatrické péče a platí, že Reforma se promítá do relevantních strategických dokumentů regionu. V kraji se podařilo vytvořit už celkem 3 CDZ (kromě Opavy jde také o Ostravu a Frýdek-Místek). Z úrovně kraje je ovšem vnímáno, že pro další CDZ už v regionu není volná kapacita psychiatrů a klinických psychologů.

„Problém je, že projekty v rámci Reformy myslí na CDZ v týmech o počtu 7 sociálních a 7 zdravotních pracovníků. Toto je velký problém, zejména co se týče zdravotní složky + navíc psychiatr a psycholog. To není vůbec jednoduché. Podle stávajícího



standardu má být v našem kraji až 12 týmů. Navíc je otázka, jestli to je potřeba, protože takové nastavení nereflexuje specifika regionu – městské, venkovské, horské. Nyní ale probíhají práce na úpravě Standardu a věřím, že to bude zohledněno. Myslím si, že je nedostatečně řečeno – a doufám, že se to také bude měnit – že je potřebný postupný rozvoj těchto týmů – aby bylo financováno, i když psychiatr pracuje na menší úvazek, než je žádáno současným Standardem, aby stačil menší úvazek psychiatrické sestry, aby mohla začít působit i zdravotní sestra samozřejmě s garancí psychiatrické sestry. Tady vidím, že je cesta. Nemůžeme čekat, až se připraví personál v těch 14 lidech a až pak říct jo, teď už můžeme spustit CDZ.“ (Zástupce Krajského úřadu Moravskoslezského kraje, rozhovor ze dne 25. 11. 2020)

V rámci Krajského úřadu se zatím nepodařilo do implementace Reformy zapojit stejnou měrou zdravotní i sociální odbor.

- *„Na kraji je trochu potíže, že zdravotní odbor nemá vyloženě vliv na financování zdravotních služeb, proto je to pro ně vlastně okrajové téma. I když přislíbili aktivní účast v tom, co oni mohou, např. formou dotačních programů, ale zatím se to úplně nepotvrdilo. Je to pořád ve fázi jednání a domlouvání.“ (Zástupce Krajského úřadu Moravskoslezského kraje, rozhovor ze dne 25. 11. 2020)*
- *Sociální odbor na kraji zase nechce, aby to celé skončilo na nich. Reforma je na sociálně-zdravotním pomezí, tak se bojí, že skončí jen na tom sociálním. Bude tlak na rozvoj sociálních služeb, ale zdravotní zůstanou takové, jaké jsou.“ (Zástupce Krajského úřadu Moravskoslezského kraje, rozhovor ze dne 25. 11. 2020)*

Město Opava a také město Kravaře mají s CDZ jen pozitivní zkušenosti. Zejména se to týká úředníků, kteří zajišťují roli veřejného opatrovníka.

- *„Já mohu koncept CDZ jenom chválit – když já v rámci depistáže objevím někoho, kdo nespolupracuje, zabouchává dveře, nespolupracuje ani s lékaři. A když tam jdu s těmi holkami, umí to s těmi lidmi, umí navázat kontakt, klient se otevře. Dostaneme se tak k němu, my si řešíme svoje věci jako dávky a hmotnou nouzi a oni řeší svoje – zdravotní stav, hospitalizace, plánování.“ (Zástupce Magistrátu města Opava, rozhovor ze dne 20. 11. 2020)*
- *„Spolupráci si nemohu vynachválit, jsou to samá pozitiva.“ (Zástupce Městského úřadu Kravaře, rozhovor ze dne 25. 11. 2020)*

Veřejnost v Opavě vnímá CDZ podle zástupce města kladně. Obyvatelé Opavy si povětšinou uvědomují, že pro lidi s duševním onemocněním, kteří žijí v komunitě, je užitečné, pokud je v jejich blízkost služba, která je připravená se o ně v případě potřeby postarat.

Ambulantní psychiatr, který se zúčastnil šetření, hodnotí CDZ kladně (jako potřebnou službu), upozornil ale, že cílová skupina CDZ je podle jeho mínění příliš úzká (doporučuje ji rozšířit i na méně závažná onemocnění). Konkrétní průnik mezi jeho pacienty a klienty CDZ Opava je velmi malý, tj. nelze hovořit o nějakém významnějším dopadu na jeho práci.

8. Budoucnost CDZ

Jak je uvedeno v úvodní kapitole, problematická je zejména otázka financování sociální složky péče. Sociální služby v Moravskoslezském kraji mají být dle zde nastavených pravidel z 30 % financovány obcemi, které je využívají, resp. jejichž obyvatelé služby využívají. Město Opava není připraveno poskytnout 30 % potřebných prostředků. Pro rok 2021 jsou krajem prostředky na sociální služby CDZ poskytovány z individuálního projektu kraje financovaného z ESF (z OPZ), pro následující období se řešení teprve bude hledat.

„My CDZ už zařazené v komunitním plánování máme, účastní se tedy setkání na městě. Máme je i v katalogu služeb, který bude na rok 2022 vytvářen nový, a kde pochopitelně CDZ figurovat také bude – v tomto ohledu se tedy s CDZ. (...) Co se týče dalšího financování CDZ od roku 2022, to je na diskusi s politickým vedením. Myslím, že se na to dívají tak, že ta služba je



potřebná, a je dobré ji financovat. Zároveň je ale spádová, a to pro relativně široký region, předpokládá se, že se bude vyjednávat s ostatními obcemi, ale také s krajem a případně s MZ. Dosud tady financujeme jen ty služby, které působí jen na území města. Máme tady pak několik terénních, které sem dojíždějí a my je máme nasmlouvané. Na jejich provozu se částečně podílíme.“ (Zástupce Magistrátu města Opava, rozhovor ze dne 24. 11. 2020)

Kromě toho bylo v roce 2020 řešeno, zda Moravskoslezský kraj může prostředky ze státního rozpočtu, které krajům na sociální služby poskytuje MPSV, rozdělit zcela podle svého uvážení (konkrétně se kraj ministerstva dotazoval, zda může dodatečné navýšení využít i na CDZ). MPSV na dotaz kraje neopovědělo, což zvyšuje nejistotu ohledně budoucího financování CDZ jakožto sociální služby, která má být po ukončení pilotního provozu nově zařazena mezi služby financované standardním mechanismem (tj. primárně z prostředků státního rozpočtu, které jsou krajům poukazovány na zajištění sociálních služeb zařazených do krajské sítě, doplňkově ze zdrojů kraje a obcí).

Na otázku, zda úhrady od zdravotních pojišťoven pokryjí potřeby zdravotní složky týmu CDZ, prozatím nelze poskytnout jednoznačnou odpověď (kromě jiného také z důvodu, že fungování CDZ je v roce 2020 poznamenáno epidemií COVID-19), více viz následující citace. Na druhou stranu – vzhledem k dobrým vztahům s nemocnicí – respondenti věří, že bude nemocnice ochotna provoz částečně dotovat, fungování CDZ tak zůstane zachováno.

- *„Hlavně tam jde i o to, že se chce, aby zdravotníci poskytovali spoustu péče, kterou pojišťovny zatím nehradí. A to je pole vyjednávání mezi pojišťovnami a ministerstvem. Když chtějí, aby šli za klientem hospitalizovaným v nemocnici, tak jim za to taky musí zaplatit – a ne jen 32 korun za cestu tam a zpátky, péče o klienta se nehradí, protože za něj čerpá nemocnice.“ (Zástupce FOKUS – Opava, z.s., rozhovor ze dne 11. 11. 2020)*
- *„A pak druhá věc: Jestli ministerstva řeknou, že chceme, aby se udržela CDZ např. ve složení 5:5 nebo 4,5: 4,5 + lékař a psycholog, tak se, myslím, udrží. Pokud to má v dalších letech růst na 8:8 a pokud bude stanoveno, že klienti musí potřebovat péči obou částí souběžně, tak se to myslím neudrží.“ (Zástupce FOKUS – Opava, z.s., rozhovor ze dne 11. 11. 2020).*
- *„Mám obavu spíše o peníze. Provoz si na sebe nevydělá. Za říjen máme dluh 100 tisíc. A v listopadu to bude asi ještě víc, kvůli COVIDu. A kvůli němu se to teď dá těžko přesně počítat, kdo ví, jak by to bylo v běžném provozu. (...) Budeme tedy fungovat do té doby, co PN bude ochotná nás dotovat. Ale podařilo se nám dobře navázat spolupráci s PN, jsou tam dobré vztahy a sune se to dopředu.“ (Zdravotní sestra CDZ, rozhovor ze dne 23. 11. 2020)*

Co se týče síťování a spolupráce, CDZ považuje nastavené nástroje komunikace za fungující a lze na nich stavět i dále v budoucnosti.

„Teď už se díváme do budoucna bez obav, už jsme se naučili fungovat. Pro všechny CDZ je nejhorší začátek. Ale lidi nás tu už znají, sami přicházejí, i ambulantní psychiatři se ozývají. Nemocnice se naučila s námi komunikovat a přeposílat lidi – to bylo nejtěžší, jak navázat spolupráci s ostatními subjekty.“ (Psycholog, rozhovor ze dne 19. 11. 2020)



7.2.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ Opava

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

Rozhovory se zástupci Řídící rady, resp. zástupci zřizovatelů

1. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (poskytovatelem sociálních služeb)

Identifikace projektu	CDZ Opava
Respondent	Zástupce zřizovatele za sociální část
Termín uskutečnění rozhovoru	11. 11. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

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

Respondent (R): CDZ vzniklo nejspíš proto, že v Opavě byl Fokus – ten vznikl už před 30 lety v Praze – zakládal jej MUDr. Pfeiffer, MUDr. Jarolímek, MUDr. Kocábová. Bylo tehdy jasné, že psychiatrická rehabilitace musí vyrazit z nemocnic do terénu, protože nelze zajistit dlouhodobou kvalitu života u lidí s duševními poruchami tím, že zůstanou v nemocnicích. Ty již tehdy byly velmi zaostalé ve srovnání se zbytkem zdravotnictví. Jednotlivé Fokusy vznikaly v regionech po celé republice z podobné motivace – byla jsem i u zakládání Fokusu Mladá Boleslav – pak jsem se přestěhovala do Opavy a pak vznikl Fokus v Opavě. Tohle je základní filozofie.

Vznikaly jsme nejprve jako psychiatrická rehabilitace, po vzniku zdravotních pojišťoven jsme se přesunuly do sociálních služeb – do jiných než pobytových. A někdy se těžko hledaly cesty, jak naším klientům péči poskytnout, protože senioři či děti mají jiná specifika. Po 10 letech fungování tady v Opavě se Reforma začala znovu hýbat a tak jsme se do ní aktivně zapojili. Pracovala jsem i v PN Opava, podařilo se mi domluvit spolupráci v PN v Opavě s Fokusem. Ona sice fungovala již delší dobu, ale domluvili jsme se, že v rámci Norských fondů zkusíme nově založit malý tým, kde budou dva malé úvazky sester k sociálnímu týmu, kousek psychiatra a psychologa na konzultace. A tak jsme začali pracovat v roce 2015 či 2016.

Po skončení projektu z Norských fondů se ukázalo, že tam ten efekt byl obrovský, klienty jsme dokázali udržet venku a k rehospitalizacím u těch cca 20 klientů nedošlo. I pojišťovny to viděly a byly tím překvapené. Nový ředitel PN pak dokázal nasmlouvat 4 psychiatrické sestry pro terén. My jsme potom fungovali v posílené podobě. Měli jsme opět kousek úvazku psychiatra, k dispozici auto, různě jsme se stěhovali. Měli jsme společné porady.

Pak se začal připravovat pilotní projekt, protože jsme to chtěli zoficiálnit, zajat a i PN pochopila, možná trochu i pod tlakem ministerstva, že jiná cesta nevede.

Klíčové byly pojišťovny a to, že viděly, že to u klientů fungovalo – to mnohdy byly poměrně těžké případy a najednou zůstali při naší péči venku. 4 sestry měly původně malé úvazečky na DPČ, poté to



byly větší úvazky 4 sester + část úvazku psychiatra + sociální tým. Ti vytvořili malý tým ještě před projektem ESF.

O projektech CDZ I jsme neuvažovali z praktického hlediska, tam šli ti nejdůležitější. Oni šli to naprosté nejistoty a nevědělo se, co projekt udělá a jak se vyvine. Takže jsme se rozhodli vyčkat, navíc CDZ I už byla navíc vyhlášena jen pro kraje, kde ti tahouni jsou a fungují – dala se zkrátka těm nejsilnějším.

T: Jak vznikla spolupráce mezi oběma subjekty (zakladateli CDZ)?

R: Viz výše. Ta změna ředitelů v PN hrála roli. Nový pan ředitel nebyl z psychiatrie, ale ze somatické nemocnice. Velice rychle si uvědomil, jaká je situace, že je nemocnice pozadu, že to takhle dál nejde – a že je nejdříve třeba změnit fungování, nikoliv investice do baráku. To minulé vedení ale bylo – sice po velkých bojích – ale nakonec také ochotné ke spolupráci a dokonce se zavázalo na spolupráci při norském projektu. Takže to už byl krok dopředu. To bylo to staré vedení, tam bylo nutné je ještě přesvědčovat, že zkrátka nemůžeme léčit stejným způsobem jako v minulosti. PN Opava byla v roce 1960 na špici – ale to neznamená, že můžeme fungovat stejně. Dneska už tímto způsobem nedáváme lidem to, co potřebují. Dneska jsme už jinde.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace?

R: V projektu od 1. 4. 2019 – 30. 9. 2020. Psaní projektu trvalo od října do listopadu 2018 – dle vyhlášené výzvy. Nemohli jsme dřív, prostě jak to vyhlásili. Samotná příprava na CDZ jako takové, to bylo ještě před norskými fondy, 2014.

Nicméně co se týče přípravy tohoto projektu ESF: Do určité míry byl a vlastně stále je problém otázka získání Pověření ze strany kraje k poskytování této služby. Každý kraj to má trochu jinak a my v MSK jsme trochu specifičtí. Abychom získali od kraje pověření a peníze na tuto službu, musíme přesvědčit samosprávu města, aby na provoz dali 30 % spolufinancování. To město v tuto chvíli nechtělo, mimo jiné i proto, že řada klientů z větší vzdálenosti tu pak zůstávala a nechtěli se vracet. Máme velikou spádovou oblast. Začaly tak narůstat nároky na financování sociální oblasti. Takže město se k tomu stavělo tak, že nám se to líbí, ale my nechceme, aby se nám tady všichni koncentrovali, nedáme na to 30 %. Domluvili jsme se tedy s krajem, že budeme mít nastavený region, o který se budeme starat, trochu jinak. My nemůžeme říct, že lidé mají právo se rozhodnout a přestěhovat tak jako kdokoli jiný. Rozhodli jsme se starat o region jen v rámci blízkého okolí Opavy + část ORP Kravaře a Hlučína. Dohodli jsme se tak s krajem, že v rámci toho, že kraj bude mít k dispozici prostředky z dalších individuálních projektů OPZ, tak že pokud získáme projekt MZ, tak nás do prosince 2021 dokryjí 4 úvazky z projektu. A pak budeme vyjednávat, jak to budeme řešit od roku 2022. Od města jsme dostali prohlášení, že to podporují, ale že nemají finance na to, aby dokryli těch 30 %. Což v pilotní fázi nebylo potřeba, protože projekt ESF hradil 100 %. Teď to do skončení 2021 taky není potřeba, protože je domluva s krajem, ale od 2022 už to potřeba bude.

Co je důležité, aby v evaluaci zaznělo – pokud MZ chce, aby se CDZ udržely – a k tomu nám přišla pomoci i gestorka s vyjednáváním: Bývalý vedoucí sociálního odboru kraje napsal MPSV, zda navýšení peněz plynoucích z MPSV ke krajům do sociální oblasti může směřovat i na CDZ. Chtěl jen potvrzení, zda může z těchto peněz zafinancovat i úvazky CDZ. Když MPSV přidá např. 1,2 mil. Kč a řekne, zaplatte za to 4-5 sociálů v CDZ, tak on to nesměl udělat, protože tenhle pokyn neměl. On musel ty peníze rozdělit rovnoměrně mezi všech 35 organizací v MSK. On ten dopis nedostal, neodpověděli mu na to. Je potřeba, aby se k tomu MPSV nějak postavilo. Řeklo ano, my Vám něco navýšíme, ale proto, abyste



to dali na udržení sociální části CDZ. Teď to ještě nepotřebujeme, ale příští rok se kraj musí dozvědět, že to navýšení, které dostane, může použít na udržení CDZ. Když ho nedostane, tak se neudržíme. Ale to se netýká jen nás.

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

R: Kraj: Jsou tam lidi, kteří nám drží palce, a jsou tam lidi, kteří velmi bedlivě sledují, co se bude dít, a jsou tam lidi, kteří do dneska nevědí, co je CDZ. Např. oddělení kvality sociálních služeb, tam vůbec nevěděli, že něco takového má vznikat. Najít se tam dá úplně všechno.

Město již zmíněno výše.

Lékaři a zařízení v regionu: My jiné psychiatrické lůžkové zařízení nemáme - máme jen PN Opavu – a tam se samozřejmě nachází různé pohledy. Někdo fandí a pomáhá, někteří to zkouší ve stylu „pošleme vám to nejhorsí, co máme, a ukažte se“. Ale ukázalo se opakovaně, že ambulantní psychiatři byli zprvu nedůvěřiví. Pak nám začali poskytovat komplikovanější klienty, kteří jím zabírali více času, mají také tendenci nám posílat ochranné léčby apod. Za problém – nejen našeho CDZ, ale plošně – považují, že když je zvete na den otevřených dveří, na seminář, nemají čas, nepřijdou, nikdo jim to nezaplatí. Je pohodlnější i ekonomické sedět v ambulanci a kódovat. Ale není to tak, že by nám házeli klacky pod nohy.

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

R: Vnímám, že projekt je pilot. Vnímám to ale taky trochu tak, že lidi jsou zkušebními beránky. Na to, že to byl pilot, stali jsme se trochu rukojmími různých institucí, všechny chtěly něco vyplnit a splnit a začalo se trochu vyhrožovat, že když se to nesplní, může být problém. Když se to kdysi dávno, celý ten koncept připravoval, nikdo si to neuměl konkrétně představit. A pak se po Vás chce, abychom odděleně popisovali jednotlivé služby. Jenže ono nejde samostatně popisovat služby psychoterapeutické, služby psychiatrické a služby klinického psychologa. To je prostě nesmysl, když oni poskytují to i to.

Mít jako povinnou službu svépomocný klub a aktivity a chtít, abyste byli schopni prokázat klienty, kteří nám tam chodí, co to je za nesmysl? Máte mít člověka, který ponouká klienty, aby vyhledávali aktivity v okolí, aby se začali scházet na fotbale, na výletech, aby šli do kavárny. Ale abyste odškrtavali docházku v klubu – to už není svépomocná aktivita. Ano, vy je k tomu máte vést – využít úvazku peera, aby je motivoval, ale pak po nás kontrola chce, abychom prokazovali docházku na volnočasové aktivitě. Za to se mají podepisovat do papíru?

Další věc, je tam tlak na to udržet ambulantní aktivity. To je myslím velice zrádné. V některých městech ambulantní služby poskytují jiné služby, je nesmysl, abychom je poskytovali i my v CDZ. Naopak jestliže se většina těchto aktivit přesunula do CDZ, tak samozřejmě ať pokračují. Důležité by bylo si to jednotlivě otypovat. Nejen dle velikosti, ale dle vybavenosti služeb v regionu – to je klíčové. Když tady mám denní stacionář, tak ho nebudu dávat do CDZ, to jediné je ve standardu dáno, když tady mám sociální rehabilitaci, kterou poskytuje jiná služba, nebudu tuhle kompetenci přebírat já.

Naplnění terénních aktivit? S tím problém nemáme.

Dovolím si na Vás vysypat jednu hořkost. Když byly chystané metodiky pro fungování CDZ – byly chystané s ohledem na pravidla OPZ – bylo to děláno na to, že to budou terénní služby a pak to, že tam



jsou zdravotníci, kteří některým pojmům ze sociální části nerozumí, ale i naopak. V každém kraji existuje už velká zkušenost s projekty OPZ. Došlo tady ale k tomu, že v těch metodikách – ačkoliv už je něco opravené – například původně nebylo specifikováno, co je přímé čerpání služeb u základního indikátoru. To není přímá péče dle pojmu sociálních služeb. Pro zdravotníky je to úplně jiné. Nebylo tam popsáno, že se hodiny nesmí dublovat. My se v polovině projektu dozvěděli, že tam má být přímá péče, nejen péče v zájmu. My se to dozvěděli až od metodika, nikde to není napsané. Tak jsem to zpětně celé opravovala.

Dále je problém s podpisem klienta, chtějí ho tam, kde jsem ho nikdy dříve nedávala. On se vám podepisuje na začátku, na konci projektu podepisuje pracovník, že klient dostal péči v tom a tom rozsahu. Teď už se mnoho let vůbec nepodepisuje a dává se to jen do systému MPSV. Úřednicím na ministerstvu byla jasné, že tam je uvedeno podpis, tak to musí být klient. Neznali tu skutečnost, že to může být jinak. Služby nenapadlo, že to může být jinak. Potom je zmatek a klienty dohánějí rodiče. Pak na nás ani nebyli úplně příjemní – přitom CDZ I měly podobný problém, ale nám to neavizovali. Myslím, že ta komunikace leckdy drhla.

T: Pro CDZ je klíčovým prvkem fungování multidisciplinárního týmu? V čem se odlišuje od běžné praxe Vaší služby? Jak bylo náročné naučit se v týmu komunikovat?

R: Komunikace je náročná. Princip fungování sociální a zdravotní péče je trochu jiný. Zdravotníci více užívají asertivní přístup, sociální pracovníci spíše motivují, a když klient řekne, že nechce, tak neposkytovat podporu. Dále jsme řešili, protože to nebylo pod jedním poskytovatelem, jak si předávat informace. Např. my bychom ještě neuzavírali smlouvu, ale zdravotníci ji už potřebují, aby mohli zadat jiný kód, než který zadávají běžně. Bylo to taky trochu o tom, že pojišťovny zkoušely nové kódy a zjišťovaly, jak to funguje a jak se to ufinancuje. Ale tohle beru, to byl pilot, to k tomu patřilo.

T: Jaké překážky při nastavování spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu jste museli překonat (způsobené např. různou právní formou zřizovatelů či různými profesemi, které mají zřizovatelské subjekty k dispozici)? Jak se daří řešit personální záležitosti a případné problémy s tím související?

R: U nás nebylo těžké zajistit personální tým – ale to proto, že už jsme to měli předem přichystané. Myslím, že třeba Tábor s tím např. mohl mít větší problém, protože tam není žádné velké psychiatrické zařízení, a tím pádem i nedostatek personálu, jako třeba sester. U nás jsme problém s konkurencí neřešili – ve smyslu, že by zařízení nechtělo spolupracovat, protože se bálo odlivu sil – nepřetahovali jsme se s ním právě proto, že bylo jedním z těch zřizovatelů.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ? Lze vymezit nějaká doporučení pro následnou podporu stávajících CDZ?

R: Jasně to specifikovat – co je tím pojmem myšleno a dát to písemně. Věřím, že k tomuto problému došlo způsobem, že úředníci, kteří nikdy nedělali ani v jednom typu služeb, nevěděli, že existují přesně vymezené pojmy a postupy, jak se to používá.

T: Jak bude CDZ fungovat dále? Co je předpokladem dalšího fungování CDZ?

R: Do roku 2021 tedy z prostředků kraje – OK. A dále? Když nebudeme mít ESF – tak budeme mít dotaci z 313. Sociální část bez dotací nepůjde. U zdravotnictví – tam je to otázka – já vám neumím říci, jestli se oni ufinancují. Oni před sebou nemají rok pohody, oni mají rok nejistoty, kdy budou zkoušet. Hlavně tam jde i o to, že se chce, aby zdravotníci poskytovali spoustu péče, kterou pojišťovny zatím nehradí. A to je pole vyjednávání mezi pojišťovnami a ministerstvem. Když chtějí, aby šli za klientem



hospitalizovaným v nemocnici, tak jim za to taky musí zaplatit – a ne jen 32 korun za cestu tam a zpátky, péče o klienta se nehradí, protože za něj čerpá nemocnice.

Jiný problém – narazili jsme na to, že se tady posílali i sociální kódy na pojišťovny, a to jen pro informaci, aby věděly, že tady toho člověka máme. Ve chvíli, kdy tam sociální pracovník přijel se zdravotníkem – na začátku spolupráce s klientem je to často – tak nám vyhazovali kódy za zdravotníky, protože se prý jedná o nepřípustné dublování péče, přestože pojišťovny sociální vůbec nehradí!

T: Lze CDZ v současné době realizovat i bez dotací z ESF? Jaké konkrétní překážky v současné době brání tomu, aby CDZ mohlo být realizováno i bez dotací z ESF?

R: V současné je ta služba natolik nezvyklá, jiná a vymykající se – navíc není dána do zákona o sociálních službách – že by nejvíce ulehčilo, kdyby ta organizace předem věděla, že dostane tolik a tolik. Zkrátka by dostali plat – nebylo to vázáno na výkony. Ale to je velmi široké, týká se to vůbec systému financování sociálních služeb.

T: Udrží se Opava v dlouhodobém horizontu?

R: Neumím Vám to říci; závisí na tom, jak se k tomu postaví obě dvě ministerstva – skutečně obě dvě. Myslím si, že do nějakých tří let není třeba navyšovat personál. Pomohlo by také, kdyby se uvolnila pravidla evaluací – myslím evaluačního manuálu NÚDZu. Např. když lékař bude mít kapacitu a klient nepotřebuje systematickou péči zdravotní a sociální. Ale ten lékař, pokud kapacitu má, proč by si nemohl toho člověka v ambulanci ponechat jako normálního člověka, jako má ambulantní lékaři i již bez podpory té sociální části? Pokud se ta pravidla uvolní tak, abychom v tomto ohledu mohli fungovat normálněji, tak to pomůže.

A pak druhá věc: Jestli ministerstva řeknou, že chceme, aby se udržela CDZ např. ve složení 5:5 nebo 4,5: 4,5 + lékař a psycholog, tak se, myslím, udrží. Pokud to má v dalších letech růst na 8:8 a pokud bude stanoveno, že klienti musí potřebovat péči obou částí souběžně, tak se to myslím neudrží.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. CDZ vznikalo už od roku 2014 – spolupráce FOKUSu s PN Opava už při norských fondech, po výměně vedení nemocnice ještě intenzivnější spolupráce v podobě dalších úvazků.
2. Problém se zajištěním Pověření kraje – povinnost v MSK mít 30 % financí z úrovně města, tj. z Opavy – ta nechtěla zafinancovat, dohodnuta výjimka a díky úspěšného zapojení do projektu ESF se kraj zavázal financovat sociální část CDZ po skončení projektu do prosince 2021 – co bude dále je předmětem jednání.
3. MPSV nedalo jasné pokyny k poskytnutým penězům na dofinancování – MSK je musel rozdělit rovnoměrně, nikoliv jen např. na sociální část v CDZ. Chyběla odpověď na dopis od MSK směrem k MPSV.
4. Řada administrativních a faktických problémů – podpisy klientů tam, kde to třeba dříve nebylo, vést docházku na volnočasových aktivitách, tlak na udržení ambulantních aktivit, nevyjasněné pojmy přímé péče, nemožnost dublování sociální a zdravotní péče v terénu, ačkoliv pojišťovny za soc. část nic nehradí apod.
5. Nutnost lépe informovat ze strany MPSV směrem ke krajům o tom, jak nakládat s prostředky na sociální služby ve vztahu k CDZ.



Rozhovory s pracovníky multidisciplinárního týmu

2. Rozhovor s psychiatrem CDZ

Identifikace projektu	CDZ Opava
Respondent	Psychiatri a zároveň zástupce za zdravotní část
Termín uskutečnění rozhovoru	27. listopadu 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?

Respondent (R): Od roku 1997 v PN Opava, prošel jsem různými pracovišti. Mám v oboru vzdělání, které je potřeba. Do terénního týmu Fokusu a PN – myslím, že to byl podzim 2016. Byl jsem osloven dr. Besta – na pozici náměstka vytvářel tým – tu nabídku jsem přijal, v rámci toho úvazku v nemocnici jsem měl roli v terénu plus v multitýmu.

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

R: Tam jsem se setkal se dvěma přístupy – ze strany vedení nemocnice jsem vnímal podporu, že do toho vstupujeme, že to míří ke zlepšení života pacientu – na úrovni nadřízených k tomu byla podpora a otevřenost. Na straně kolegů a širšího personálu v podstatě očekávatelná reakce z něčeho nového, opatrnost na základě mála (nedostatku) informací. Skepticismus.

Můj pohled? Počáteční nadšení, které souviselo s tím, že zkušenost tady nebyla. To je vlastně dobře. Kdyby člověk věděl, co to všechno obnáší, tak by to zvažoval. Já jsem byl od začátku přesvědčen, že je to v Opavě potřeba, to se nezměnilo, to se utvrdilo. A osobně mi to pomáhá překonat překážky, kterých možná přibývá – protože, jak se snažíme zapojit do systému – vyvstávají otázky, které jsou na dlouho.

T: V čem konkrétně se působení psychiatra v CDZ odlišuje od činnosti psychiatrů v ambulantní / psychiatrů v lůžkové péči?

R: Tím, že je to nový prvek, přináší to nové oblasti – není to jenom léčebně diagnostická úloha – zároveň se stává konzultantem pro členy týmu. Stává se konzultantem pro kolegy – je tu možnost práce v terénu – vidím člověka v jeho prostředí. Znamená to možná větší nároky na flexibilitu.

Druhá věc je, že někteří pacienti zcela nespolupracují. Z toho na mě vyplývají větší nároky na to odolávat tomu standardnímu přístupu – posilovat odolnost vůči nějakému stresu. To, co nehrozí, je nějaká stereotypie – můžete mít pěkný plán ráno, ale pak se to všechno změní - je potřeba si ale hlídat své hranice a zdroje. Hrozí vyhoření.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat? Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Co se týká konkrétně tady v Opavě – docela velký problém je, že tým je složen ze dvou organizací na základě partnerské smlouvy – velké nároky na komunikaci – z praktického hlediska nemožnost nahlížení do vzájemné dokumentace – je velký nárok na sdílení informací – tohle je docela náročné na čas, vytváření procesů – vyžaduje to mnoho energie. To je ta praktická úroveň.



Druhá věc – v rámci toho organizačního vývoje – jak řídit CDZ, když máte vlastně dvě firmy pod jednou střechou – bohužel, zatím se nic lepšího nevymyslelo. Obě části mají nějakou hierarchii. To jsou tedy ty ale – současná diskuse, kam budeme v systému patřit, zda vznikne nějaká asociace či něco jiného – podobná diskuse je i na úrovni toho týmu.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Každopádně – bez projektu by se to nemohlo postavit, tak jsme to zažili, velká nejistota, zda do toho někdo bude chtít – to projekt umožnil. Po dobu projektu jsme si mohli zkusit přístupy a mít jistotu, že zázemí a finance tady jsou.

Co vzal? Hodně sil – člověk musí trochu nenechat se převálcovat aktuální realitou. Věci v projektu se řeší motivací. Co nejvíce stresovalo, bylo, že se za pochodu měnily podmínky – i přesto, že to byl nový prvek, ani ministerstva s tím neměla zkušenost – přijde mi, že tam to nebylo dobře zvládnuté. Kdybychom to měli srovnat, asi to nebyly takové hrůzy. Ale když je v tom člověk angažován, tak momenty stresu byly náročné – mě jako lékaře to možná nezasáhlo úplně naplno, protože to měli na starosti zejména jiní lidé. Namísto toho, aby člověk cílil na práci, musela se řešit administrativa kolem projektu. Bylo to hodně stresové.

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

R: Je to nejistota. Zkušenost ostrého provozu je čerstvá, je to komplikované. To se také nějak učíme – pojišťovna bude hlídat, zda je to kontakt distanční – jiné vykazování, pokud jste v telefonickém kontaktu – spousta otázek týkající se provozu. Teď jsme v takové fázi vůči zřizovateli. V této fázi jsem trochu uklidněn tím, že máme za zády nemocnici, kde jistota podpory bude. Jsem optimista v tom, že vidím stoupající křivku, že kapacita CDZ ještě není naplněna. Je tam nějaký progresivní vývoj. Je to o reálném životě a oblasti rizika v podnikání. Pojišťovny z první vlny nejsou tak vstřícné, ale naši klienti se zase až tak nebrání. Bude důležité vymezit, aby CDZ bylo partnerem s pojišťovnou na regionální úrovni – mají trochu jinou podobu - např. u časů – méně času stráví dopravou v těch městských oblastech, my tady strávíme hodně času dopravou do okolních lokalit.

T: Co budoucnost CDZ?

R: Určitě s optimismem, možná je to i ta projektová věc – že to nejde šmahem teď zrušit, že to ještě nějakou dobu pojede. S pojišťovnami máme smlouvy až do roku 2022, takže to je nějaký čas, na kterém lze stavět.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondent vyjádřil, že CDZ jsou nástrojem pro zvýšení kvality života klientů a jsou potřebná. Současně ale uvedl, že zahajovat provoz nového zařízení péče je velmi komplikované, přináší mnoho stresu a že on (i tým CDZ) vydrželi tlak a přestály komplikace hlavně díky entusiasmu a nadšení pro smysl CDZ.
2. V oblasti pravidel fungování CDZ (i vykazování všech dat vůči MZ, ÚZIS, pojišťovnám) připouští, že nikdo neměl na počátku zkušenosti, ale zároveň je kritický a je přesvědčen, že bylo možné pravidla/metodiky připravit lépe.
3. Zřízení CDZ 2 subjekty vnímá jako významnou komplikaci provozu (uvádí zejména problém sdílení dokumentace o klientech), současně ale uvedl, že prozatím nebylo nalezeno alternativní



nastavení. Skutečnost, že CDZ má zázemí nemocnice, je podle něj důležitá, zejména s ohledem na to, že doposud není jasné, jak se podaří finančně pokrýt fungování zdravotní složky CDZ z úhrad od zdravotních pojišťoven.

3. Rozhovor s klinickým psychologem CDZ

Identifikace projektu	CDZ Opava
Respondent	Klinický psycholog
Termín uskutečnění rozhovoru	19. 11. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?

Respondent (R): Předtím jsem působila ve stacionáři. Následně přišla nabídka na to podílet se na tom rozjezdu „předběžného“ CDZ cca dva roky před tímto projektem. Tam už se většina toho multidisciplinárního týmu poskládala – já, lékař, vedoucí sestra, zdravotní sestřičky. Sice pak ještě došlo k nějakým personálním změnám, ale základ už zůstal. Bylo tedy důležité, že tým už nějakou dobu fungoval, bylo to kontinuální i na začátku tohoto projektu. A před tím to bylo takové nanečisto, že jsme se mohli naučit terénní práce, naučit se pracovat v týmu. A až pak jsme mohli přejít na ostrý provoz již v rámci projektu. Víím, že jinde to tak být nemusí – např. v Ostravě.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: To vyšlo z návaznosti na léta tradice zdejší psychiatrické nemocnice v Opavě – je velká, má velkou spádovou oblast, zaměřuje se na léčení psychóz, na široké typy případů. Navíc je tu v regionu řada sociálních služeb. A když tady máme takové zdroje, nemocnice a služby, tak proč to nevyužít. Je to, myslím, moc dobře. Chodí k nám lidé různí, samozřejmě lidé s psychotickým onemocněním, depresí, často nás ale vyhledávají i lidé z ulice – u nás tedy je PN, ale je málo klinických psychologů v ambulanci. Mají mnohdy čekací doby 2-3 měsíce. A lidé se naučili, že čas mezi tím mohou využít v CDZ – když mají např. nějaký krizový stav. Chodí tady za mnou na krizovou intervenci a já je poté předám do ambulance. Já tedy dělám záchyt a pak je předávám do dlouhodobější péče. U nás čekací doba není – v popisu práce musíme být k dispozici kdykoliv. Když někdo zaklepe – jako nízkopráh. Když tu náhodou nejsem, tak sestřičky informaci předají a do několika dnů se domluvíme na setkání. Případně nasměrujeme na jiné služby – tak fungujeme poměrně často – často k nám přicházejí lidé např. se závislostmi, což není CS CDZ – jsou na to jiné služby, na které je odkazujeme.

V současnosti s COVIDem jsou to často takové neurotické situace – to také odkazujeme jinam. Musíme si udělat prostor na to, aby tady mohli být klienty s psychózami, depresemi apod.

Předobjednané lidi z nemocnice máme tak 70 % ku 30 % těch neplánovaných. Ti se rozmohli hlavně teď v období pandemie – kdy je to např. až 50 %: 50 %.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?



R: Je to samozřejmě náročné propojit lidi v týmu. V první řadě jde primárně o ženský kolektiv – je to 10 až 11 lidí, všechny jsou nějaké osobnosti. A jako každá skupina v čase prochází vývojem, mění se to. Někdy je to fajn, já a lékař vymýšlíme různé akce, jak se poznávat, měli jsme i supervizi, neformální setkání. I tým se vyvíjí, to, co pracovník zažívá s pacienty, to si přenáší dál. Ne všichni viděli na začátku i ten rozměr týmovosti. Viděli odbornost, práci s klientem, odborně byli šikovní. Ale neuměli pracovat v týmu. Kdo to neuměl, musel se to naučit. Hodně se to řešilo u některých členů, než si zvykli na způsob komunikace, nebyli na to zvyklí. S tím se asi potýká každý tým, tady to bylo trochu jiné i tím různým zázemím.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Zdravotníci jsou vychovávaní trochu v jiném způsobu než sociální pracovníci – a teď nejde o papíry, to se domluví, liší se hlavně v přístupu k lidem. Zdravotníci jsme např. trochu asertivnější – jdeme rovnou do řízení rizik, rovnou navrhneme konkrétní řešení. Sociální více nabízí prostor pro rozhodování pacientům samotným, to se musíme učit od nich, že tady je klient partnerem. Řešili jsme tedy v týmu, zda ho již hospitalizovat, nebo zda to ještě vydržíme apod.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Každý den máme ranní porady – tam se předává info, teď jsou online, normálně jsou osobní. Každý řekne, jaké klienty měl, co je třeba řešit apod. Jednou za cca 14 dní máme speciální porady, kde vybereme 2-3 různé lidi, a ty detailně probíráme z dlouhodobější perspektivy, kam s tím člověkem směřujeme. Samozřejmě já i lékař jsme k dispozici kdykoliv, když přijde pracovník a řeší konkrétní problém.

Rozdělení ambulance a terén? Mělo by to být 50 %: 50 % a myslím, že to je. Pravda, někdy je terénu více, někdy zase více ambulance. Nevím, čím to je, ale u mě jako psychologa jsou nyní zvyklejší chodit spíše za mnou než já za nimi. Na rozdíl od ostatních pracovníků, nevím, čím to je. Jestli pro ně je součástí terapie i cesta za mnou, možná.

Teď se to řeší i dálkově – telefonicky, u mladých hodně přes Skype – teď na podzim i chtějí víc, než v jarní vlně. Někteří přijdou i osobně, takže s rouškami přes stůl apod. Skype je osobnější, intenzivnější. Mladší jsou na to asi zvyklí i z výuky a mezi kamarády. Ostatní tedy buď osobně, nebo jedeme do terénu. Např. ti, kteří jsou ohroženější, kde je potřeba je i více kontrolovat. Takových máme teď cca 5, kdy tam pravidelně jedu spolu se sestrou.

T: V čem konkrétně se působení klinického psychologa v CDZ odlišuje od běžné ordinace?

R: Hlavní je to spektrem diagnóz – k nám chodí klienti, kteří často propadnou sítím běžných ambulancí – nepřijdou na termín ze strachu z autobusu a psycholog je vyškrtne. Spektrum diagnóz – jsou to hlavně psychózy, deprese chronické, poruchy osobnosti, emoční nestabilita. Pak jde o ten terén, což ambulantní psycholog nedělá. Pak je to ta týmovost, kdy to řešíme s dalšími lidmi. A pak ta nízkoprahovost, že jsme tu k dispozici – nepotřebuje doporučení od praktického lékaře.

T: Má vznik CDZ vliv na fungování dalších psychologů v lokalitě?

Neumím to říci. Myslím, že je dobře nastavena spolupráce, oni o nás vědí - máme asi tři další psychology, se kterými spolupracujeme a máme nastavenou spolupráci – já s nimi začnu a pak jim je předám do dlouhodobější péče.



Spektrum diagnóz závisí na psychologovi, co si zvolí. Jaký má výcvik, s jakou CS chce pracovat. Ale ty psychózy v ordinacích běžné nejsou. Protože přece jenom ta klasická psychoterapie se tam se tolik nedělá. Tam se řeší spíše krizová intervence, řeší se hlavně to, co je teď aktuální, psychózy jsou dlouhodobé – takoví klienti chodí spíše do stacionářů nebo k psychiatrovi. To jsou už často klienti s kognitivními poruchami.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Určitě pomohl v rozjezdu, finanční zázemí. A dále kostru toho, jak to má vypadat – nějaká pravidla, co který člen by měl dělat. Trošku se upravily kompetence jednotlivých členů. Projekt to lépe definoval. Co kdo kde je práce sociálního pracovníka, co je práce sestry, kdy mají pracovat společně, kdy zase samostatně. To se muselo díky projektu držet. Dále i nějaké vzdělávání – bylo to povinné, což bylo dobře, kdyby to tak nebylo, tak by tam někteří nejeli a chyběl by tam pak ten týmový duch.

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

R: Samozřejmě je to hlavně o papírech jako všude – jak to má být napsané, jak nakódované, s tím jsme zápasili všichni. Jak udělat zápis z terénu a podobně. V praxi udělám pohovor s klientem, ale potom, jak to správně napsat, to bylo náročné. Učili jsme se to všichni, na PN to dělali úplně jinak, takže se museli učit nově. Měli jsme tu jiné kódy než v běžné ambulanci – co můžu použít, co v případě CDZ používat nemám apod. Nebo které kódy mohou být propojené u jedné činnosti – že např. psycholog s psychiatrem nemůže jít do terénu, resp. se to zaplatí jen jednomu. Na základě toho jsme to pak dělali tak, že já tam např. jela se sociálním pracovníkem a psychiatr tam jel se sestrou příští týden. Administrativu jsme zjišťovali od ostatních CDZ, to vedoucí zjišťovali, ta dokumentace byla ze začátku nevyjasněná – osvěta v tomto duchu trochu chyběla – např. na kódování, aby to bylo jasnější. Vzdělávání na to určena nebyla.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Teď už se díváme do budoucna bez obav, už jsme se naučili fungovat. Pro všechny CDZ je nejhorší začátek. Ale lidi nás tu už znají, sami přicházejí, i ambulantní psychiatři se ozývají. Nemocnice se naučila s námi komunikovat a přeposílat lidi – to bylo nejtěžší, jak navázat spolupráci s ostatními subjekty. A chápu, že tam, kde to nevyjde, tak tam to může řadu CDZ rozložit. Když ale projdou pilotem, tak je to dobré. A taky se to odvíjí od existence služeb v lokalitě, což my tu v Opavě máme dost – byla tu velká síť sociálních služeb, ale malá síť těch návazných zdravotních služeb. A smysl tedy CDZ má, dělá takové přemostování.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Tým vznikl již před projektem – pilotní forma CDZ už zde tedy byla a nevznikala s projektem. Spolupráce v regionu již proto také byla nastavena – CDZ jako organizace pro přemostování světů.
2. Spolupráce v týmu se vyvíjela, bylo to pro řadu lidí nové, umět pracovat v týmu. Propojení dvou světů – zdravotníci asertivní, sociální pracovníci dávají více prostor klientovi v rozhodování. Pomohlo i povinné společné vzdělávání – utužení týmu.
3. Kódování a administrativu se učili za pochodu, od ostatních CDZ – nebyly k tomu podklady.



4. Rozhovor se zdravotní sestrou CDZ

Identifikace projektu	CDZ Opava
Respondent	Psychiatrická sestra
Termín uskutečnění rozhovoru	23. 11. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?

Respondent (R): V PN pracuji od roku 2008 a pracovala jsem na interním oddělení – řadím se mezi somatické sestry a s psychiatrií jako takovou mám zkušenost asi 6 let, kdy jsem pracovala v denním stacionáři, a poté jsem přišla do m. týmu – které se překlátilo do CDZ. S tím terénním mám tedy zkušenost asi tak 4 roky.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Ta potřeba je určitě velká. Je to úplně nový typ péče. Je to něco nového. Myslím si, že je to pro ty lidi prospěšné. Je pro klienty šitá na míru, což teď v nemocnicích není úplně možné. Tak jak je v nich nastavený personál, zdravotnictví je vlastně takové velmi striktní. Takže to vnímám z tohoto pohledu. CDZ je více adaptováno na lidi, co oni potřebují, je to více individualizováno.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat? Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Začátky byly těžké, strašné – dva odlišné světy na sebe narazily. Naprosto direktivní zdravotníci a naprosto asertivní sociální pracovníci. Ze začátku měl každý jiný způsob komunikace, vůbec jiná mluva. Museli jsme se hodně od sebe učit. A musíme se to učit doteďka. Sestry musely pochopit, že zdravotní oblast souvisí se sociální a naopak. A naopak, že direktivitu tady nejde používat. Učíme se to pořád, za tu dobu co tam jsem, ty zkušenosti jsou po každé trochu jiné. Museli jsme si nastavit kompetence. Byla taková ta představa, že přijde zdravotní sestřička a řekne „já se zeptám, jestli má léky a ty se zeptáš, jestli má peníze“ – takto to ale prostě nejde. Protože když nemám peníze, tak mám úzkosti, a když nemám peníze, nemám ani léky. Museli jsme se naučit překračovat ty naučené věci v našich oblastech. Jako že ve zdravotnictví se zabýváte jen zdravotním světem. To samé platí, že sociální pracovník může pracovat na lécích, může se na to ptát. Může nacvičovat různé věci, což třeba já jsem vůbec nevěděla. Měla jsem takovou tu představu, že u léků to mohu dělat jen já a sociální pracovníci ne, což není pravda. Museli jsme se naučit překračovat svoje hranice, ale také si je nějak nově dávat, abych zase já nedělala práci za sociálního pracovníka a naopak. A to se učíme doteď. Říkáme si, je to ještě moje, nebo zavoláš tam ty.

Mám občas stále takové tendence, že já vím, co je pro toho člověka dobré. Musím se hlídat, zvláště u sociálně slabých klientů, že prostě tam nemůže bydlet, že to prostředí je úplně strašné. Přitom ten člověk tam je spokojený a já mám problém to respektovat. Pořád se to učím.

Dokumentace? To nastavení je prostě špatně. Podle mě je primárně špatně. My si předáváme informace pouze ústně. Samozřejmě stane se, že člověk toho má hodně, na některé informace zapomene a nepředá. Vy se to nedozvíte nebo se to dozvíte od někoho jiného a pak vznikají



komunikační problémy v týmu. Jak si to předáváme ústně, tak se nám porady prodlužují. Nemáme prostor si to prostě přečíst a pak je na pracovníkovi, jak on vyhodnotí, která informace je důležitá. Mě se to zdá důležité, ale na druhou stranu se pak rozčiluju, že mi to druhá strana neřekla. Na tohle narážíte.

T: V čem konkrétně se působení zdravotní sestry v CDZ odlišuje od fungování ve standardním psychiatrickém zařízení?

R: Hlavními rozdíly jsou: Rozhodně větší samostatnost, větší zodpovědnost, flexibilita a navíc, můžete si to naplánovat jak podle sebe, tak podle klienta, což v nemocnici není úplně možné. Jsou tam daná nějaká pravidla a tady v CDZ si ta pravidla s klientem dáváte vy. Můžete se mu více přiblížit. Máte v tom větší svobodu, ale zároveň taky větší odpovědnost. V nemocnici se samostatnost ještě nenosí. V CDZ se musíte rozhodnout, jestli tam půjdete 3x za den, jestli budete probírat tohleto, priority. Vy si to naplánujete, a nejednou je to úplně jinak, protože ten člověk najednou řeší úplně jiný problém. Tam se musíte rozhodnout – v nemocnici jsou přece jen nějaké linky, podle kterých se chovat. V CDZ nevíte, ani při té návštěvě, kterou si naplánujete – může to být nakonec úplně jinak.

T: Jak se odlišují nároky a pracovní podmínky pro zdravotní sestry v CDZ a ve standardním ambulantním / lůžkovém psychiatrickém zařízení?

R: Co se týče pracovních podmínek? Řekla bych, že v nemocnici máte všechno a v CDZ nemáte nic. Máte fakt po ruce jen ten tým. A je to na Vás. Mluvím teď hlavně z hlediska materiálního zázemí – samozřejmě nemocnice nám dává vše potřebné. Ale když mám možnost srovnat – teď chvíli dělám i na COVIDové jednotce v PN – tak vnímám, že vlastně tam máte všechno. V CDZ máte jen důvěru kolegů a tým. Což není málo, samozřejmě, ale je to diametrálně odlišné. Nemáte po ruce léky, lékaře, nemáte tam někoho, kdo by Vás zachránil v nějaké situaci, máte jen tu kolegyni a musíte se nějak rozhodovat a spoléhat se na sebe. Kdežto v nemocnici máte lidi, na které rozhodování předáte. Je to velký rozdíl.

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

R: Určitě mi přinesl nové kontakty na nové lidi – z CDZ odjinud, to bylo super. Mohu někomu zavolat – např. z jiných CDZ. Hodně jsme se spojili. Jinak mi projekt jako takový osobně nic dalšího nepřinesl. Spíše mi zkomplikoval život – tou administrativou, že je třeba všechno hlídat. A mnohé věci naprosto nesmyslně. A hlavně jsme se odklonili od těch lidí. Štveme se za indikátory, abychom nedostali pokutu, spíš než, abychom se zaměřili na to, zda je klient na tom lépe.

Nejhorší věci? Že jsme museli pustit chráněné bydlení, protože to projekt nedovoloval. Protože jsme pořád zdravotně-sociální služba a nešlo to. Kde ta potřeba – je pravda, že jen zdravotní péče – je velká. My jsme ty klienty museli dát pryč, protože to nešlo, aby tam chodily jen sestřičky. To mi hodně vadilo.

Dále to diagnostické omezení – na krátkou dobu to potřebovali i lidé z jiných skupin, které jsme nemohli mít. I mimo ten spád. Občas jsme to samozřejmě překročili a brali i takové lidi. Bylo to u lidí, kteří to potřebovali, ale můžeme max. 2-3 takové úkony za den, protože se nám to pochopitelně nevyplatí. A nemůžeme to vlastně ani teď, po projektu, což je škoda. Myslím poruchy osobností, úzkostné poruchy apod. Hlavně teď okolo COVIDu se to hodně objevuje. Nemají se kam navázat.

A na druhou jsme si ale také nechávali některé lidi v péči prostě jen proto, abychom si nechávali indikátor. Jinak by nás ti lidé nepotřebovali – jen abychom měli čárku a nedostali jsme pokutu. Nestalo



se nám naštěstí, že bychom někoho nemohli kvůli kapacitě vzít, že bychom byli 100% zatíženi. A zase nás to omezovalo v pružnosti, že jsme si tady ty lidi nechávali a počítali si, jestli už je můžeme propustit nebo ještě ne. Nebo jsme některé měli prostě jen jednou dvakrát, abychom měli čárku.

Jako pozitivum zase je, že nepotřebujeme indikaci lékaře – což je super. Protože jsme tady v multidisciplinárním týmu, tak jste každý měsíc potřeboval doporučení od psychiatra. Tohle nám hrozně ulehčilo práci, že tam je v rámci CDZ to asertivní vyhledávání, že nepotřebujete vůbec nic. Ten člověk může kdykoliv přijít. Je to fakt nízkoprahové a toho se opravdu držíme, a to i teď. Nevím, jestli nám to projde pojišťovnou. Bez papíru od psychiatra by to nedostali, takže to předtím vypisovaly sestry, a pak s tím šli k psychiatrovi pro razítko. Tohle nám to teď ale ulehčilo.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ? Lze vymezit nějaká doporučení pro následnou podporu stávajících CDZ?

R: Já bych to spíše viděla tak, že bychom neměli tak lpět na kvantitě, jako spíše na kvalitě. Jako to, že se nám podaří někoho za tři měsíce pustit, tak to neznamená, že jsme se na něj vykašlali. Na druhou stranu zase dovolit, abychom mohli mít i některé v dlouhodobé péči, i když tam žádný cíl v podobě, že bude chodit do práce, úplně nejde, ale jsou tam potřeba stabilizační návštěvy. I několik let třeba. Víím, že to nikam nevede, ale ten člověk zůstal doma, a to je pro mě to nejdůležitější. Prostě se neomezovat na ty čárky, ale jakou kvalitu života ten člověk má. Ať už jen měsíc nebo tři roky. Tendence natáhnout klienty se 30-32 hodinami do 40 tam prostě byla.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Vidím jako problém, že jsme dvě organizace v jednom. Hrozně špatně se to dělá. Naštěstí máme docela hodné holky, že se vzájemně všichni respektujeme a je to fajn. Ale tohle hrozně komplikuje práci. Kdo, jak, za kolik tam vlastně pojedou apod. A s tím souvisí také to, že my zdravotníci jsme výkonoví, ženeme se za výkony. Sociálové to nepotřebují. Není to vyvážené. Snažíme se dohodnout, ale komplikuje to práci jako je plánování, tvorba individuálních a krizových plánů. Abychom mohli kódovat za větší peníze, potřebujeme plán, potřebujeme k tomu nějaké věci. A sociálové to např. potřebují až za půl roku. No a my na ně pak tlačíme, že je to potřeba rychle udělat, protože já mám za ten kód více peněz, jinak si nevydělám. Rozdíl je ten, že sociálové jsou nastavení pro toho klienta. Oni čekají, až se klient rozhodne / jestli přijde. My zdravotníci ne. Tohle nás jakoby rozděluje. A nemyslím si, že je to dobře, mělo by to být o tom člověku a ne o penězích.

CDZ do budoucna? Myslím si, že se teď učíme kódovat v ostrém provozu tak, abychom se užívali. A klíčové jsou ty finance – protože my si nevyděláme – budeme tedy fungovat do té doby, co PN bude ochotná nás dotovat. Ale podařilo se nám dobře navázat spolupráci s PN, jsou tam dobré vztahy a sune se to dopředu. Máme určitě rezervy v ambulantních psychiatrech, ve spolupráci s nimi. A já si myslím, že tohle má budoucnost dlouhodobě. Že velké nemocnice asi nebudou pak úplně potřeba. Nemyslím si, že se úplně zruší, protože některé stavy nejdou jinak zvládnout, to my víme. Ale spolupráce s ní se daří.

Mám obavu spíše o peníze. Provoz si na sebe nevydělá. Za říjen máme dluh 100 tisíc. A v listopadu to bude asi ještě víc, kvůli COVIDu. A kvůli němu se to teď dá těžko přesně počítat, kdo ví, jak by to bylo v běžném provozu.



Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Zkušenosti s prolínáním světů podobné jako u sociálních pracovníků. Překonávání hranic svých oborů, ale nastavování nových hranic, aby si lidi v týmu nebrali práci. Problém s dokumentací je velký – předávání informací jen ústně – protahuje to ranní porady a navíc se mnohdy na důležité věci zapomene.
2. Oproti sestře v PN je tady hlavně zodpovědnost a samostatnost, kdy za zády nestojí lékař či další personál, na kterého lze přehodit odpovědnost. A dále vysoká flexibilita, stejně jako míra nejistoty při plánování s klientem. A materiální zázemí je také nesrovnatelné, stejně jako otázka bezpečnosti.
3. Pozitivně na projektu hodnoceny kontakty na další lidi z CDZ napříč republikou. Dále to, že je služba nastavena jako nízkoprahová – není nutné papír od psychiatra, což dříve, ještě před oficiálním CDZ, potřebovali a stálo to mnoho energie, navíc řada lidí se tak do péče nedostala.
4. Za negativní je považováno směřování na kvantitu – počítání hodin přímé péče, přitom u každého klienta je to úplně jinak. Dále zrušení chráněného bydlení, které před projektem měli, ale v projektu už nemohlo být.
5. Financování CDZ – zdravotní části – v říjnu dluh 100K – dlouhodobě nejspíš ani zdravotní část nepůjde bez dotace – naštěstí dobré vztahy s PN, takže to tak půjde i do budoucna.

5. Rozhovor se sociálním pracovníkem CDZ

Identifikace projektu	CDZ Opava
Respondent	Sociální pracovník
Termín uskutečnění rozhovoru	20. 11. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?

Respondent (R): Celý profesní život jsem sociální pracovník, v CDZ Opava jsem od začátku. Pracuji ve Fokusu – jakmile se Fokus domluvil s PN na zřízení CDZ, tak někteří z nás tam přešli. Už předtím jsme měli nějakou spolupráci, např. s psychiatrickými sestřičkami i před CDZ. Fungovala jsem v prostoru jiného střediska dříve – a jen jsme vyjížděli do terénu společně se sestřičkami. Ale od dubna 2019 – kdy CDZ oficiálně vzniklo – jsme začali být ve společných prostorách tak, jak jsme doteď.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Bylo to potřebné – ta velká PN v Opavě opravdu stahuje lidi k sobě, a když vyjdou ven, potřebují pomoc. Je pravda, že v Opavě je dost organizací zaměřených na tyto lidi, ale nikdy to nebylo tak propojené s tím zdravotním, jak je to v CDZ. Mnoho lidí, co opustí PN, pak tady v Opavě i zůstává, najdou si tu přátele, kamarády a služby, takže práce pro tyto lidi je tady hodně.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?



R: Každý jsme z jiného těsta – sociálky i sestřičky. Sociálky z neziskovek jsme ještě navíc speciální sorta. Prostě jsou vycvičené, aby zjišťovali od klienta, co on chce. Sestřičky to mají trochu jinak, ony jsou spíše naučené poslouchat lékaře a dělá se to, co lékař stanoví nebo co mají v předpisech. A u tohoto přístupu jsme se při startu hodně dohadovali, no i hádali. Jaké máme od těch klientů vlastně očekávání, k čemu je vlastně přesvědčit, donutit. My jsme přesvědčovali, sestřičky měly jasno, že musí být v pozoru. Ale to je subjektivní názor.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Objevuje se nám to samozřejmě i teď. Ani z nás člověk nedostane to, v čem jsme pracovali dlouho, a ani z těch sester, které jsou také zvyklé pracovat nějakým stylem. Byly od lůžka, byly tedy zvyklé dělat věci, které nám úplně neseděly. Např. aby fouknul, i když říká, že není opilý. My jako sociální pracovníci jsme to viděli jako nepřipustné, když to klient říká, tak prostě není opilý. Měli jsme takové různé dohady. A máme stále.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Ke každému klientovi, který přijde do CDZ a o něco požádá, je přidělena 1 sociálka a 1 sestra – dvojice pracovníků a potom se uvažuje o tom, zda potřebuje psychologa a zda by jej měl vidět lékař, aby zjistil, zda je vhodný pro CDZ. Je to dost situační na tom, jak nás kontaktuje, kdo zrovna sedí u telefonu a zvedne jej. Nebo jestli přijde z nemocnice nebo z ulice.

Když jsou klienti domluveni z nemocnice, tak zdravotníci mají přístup do jejich programu, o tom člověku si přečtou, co je napsáno z nemocnice – propouštěcí zprávy apod. Hned má pak kontakt se sociálkou i se sestrou.

Nemůžeme samozřejmě sledovat lékařskou komunikaci – sestřičky si to hlídají. A my moc raději ani nechceme. Předáváme si ale informace o klientovi na poradách. A když s tím klientem začínáme, tak jsme tam obě, abychom měly stejné informace a stejný základ toho, co ten člověk říká. Když vím, že mám čas, a vím, že tam sestřička bude, tak se k tomu přichomýtnu, abych to měla z první ruky.

Vedeme si každý svoji dokumentaci. Sestřičky mají nějaké plány, které si ke klientovi sestavují samy. My jsme zvyklí všechno si nechat od klienta podepsat. Vše ukládáme s jeho souhlasem. Když tedy vyplním nějaký papír, dopředu mu řeknu, že ho budu vyplňovat a zda můžu. A potřebuji jeho podpis. Sestry to mají jinak – ony plán stanovují bez ohledu na souhlas klienta. Takže s tím máme občas také problémy.

My se o tom bavíme, ale každý má svoje dokumenty. Bavili jsme se nedávno o tom, že bychom měli začít dělat společné individuální plány a společné krizové plány. Tj. jeden papír, na kterém si napíšeme, co jsme si s klientem domluvili, co bude dělat sestra a co budu dělat já. Ale zápisy si děláme samostatně, a nevidíme si do toho navzájem. Ačkoliv by bylo zajímavé to vidět, co ta druhá píše. Každá to píše jinýma očima.

Je to nejspíš problém u všech CDZ s tím sdílením dokumentace. Ale jinde to řešili i trochu jinak. Např. měli někde částečné úvazky navzájem, aby mohli jít vzájemně do dokumentace. Někde mají CDZ alespoň společný informační systém – program. My ne – oni mají HIPPO a my Highlander. A nevidíme si do toho.

T: V čem konkrétně se působení sociální služby v CDZ odlišuje od běžného fungování?



R: Kromě výše uvedeného také ve stylu práce. Já mám trochu problém s tím, že my jsme pod službou sociální rehabilitace. A my jsme dříve byli zvyklí, že klienti za námi chodí, a něco potřebují. A teď se setkáváme s tím, že v CDZ je velká část lidí, na které dostáváme kontakty, a oni tolik nechtějí spolupracovat. Např. jsou přesvědčení, že nejsou nemocní, i když byli 40x v nemocnici. Velká část práce je tedy kontaktování lidí, kteří s námi nechtějí spolupracovat. A s tím mám trochu problém v rámci naší organizace, protože ta druhá půlka sociální rehabilitace pracuje jen s dobrovolnými klienty. A i zákon o sociálních službách je nastaven na dobrovolnost klienta, na to, co on chce. A v CDZ to tak není. Lékař mu něco předepíše a my se toho zájemce, co nemá zájem, snažíme nakontaktovat a přesvědčit, že to pro něj bude dobré. Takže i např. podpis klienta je v tomto smyslu náročný. Zdravotníci mají pár papírů a nikde nepotřebují klientův podpis. My máme hordu papírů a na všech potřebujeme klientův podpis. Snažíme se jim to podávat odlehčeně, že co není podepsané, tak neexistuje. Někteří to berou, někteří ne. Je to těžké. Vždycky máme haldu papírů, s nimiž jsme museli vyjít na světlo před klientem. Sestřičky to v tomto mají lepší, oni nepotřebují přesvědčovat.

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

R: Vliv na ustálení pozic v týmu? Úplně to tak nevnímám. Ano, v CDZ lékař vede tým – sestřičky jsou zvyklé na tuho hierarchii. My ale ještě máme vedení mimo projekt – Fokus – v rámci sociální rehabilitace. Je to trochu jinačí tým, že jsou tam všichni sociálové. Ale to se řešilo spíše na úrovni provozních problémů. Ale že by se pozice díky CDZ nějak vytříbily, to ani ne.

Spíše moje osobní – já jsem byla jako vrchní sestra, ale kvůli nastavení ve Fokusu teď už jakoby nejsem. Sociálové pracujeme v týmu a není tam potřeba člověk, který velí. My to tak už z historie nepotřebujeme nebo nemáme. Mám ještě jednu nadřízenou sociálku ve Fokusu – není součástí CDZ. Když jsme něco potřebovali rozhodnout, a já a ona jsme na to měly jiný názor, tak pochopitelně rozhodla ona. Ale to jsou drobnosti.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Jsem ráda, že ten projekt vůbec byl – že jsme to mohli rozjet více než předtím. Já jsem klasická socka v praxi – nepíšu tedy projekty – ale i tak si myslím, že v tomto projektu bylo mnoho věcí, které se měnily za pochodu. Vstoupili jsme do něčeho, co se postupně měnilo – což nechápu, jak to tak vůbec může být, naivně si říkám, že když podepíšete smlouvu, tak se Vám podmínky nemění.

Např. Monitorovací listy – na začátku byly podepsané klienty, pak že to budu podepisovat jen já jako sociálka. A nakonec se řeklo, že musíme za všechny listy sehnat podpisy klientů – nově jsme se museli ozývat i klientům půl roku po spolupráci. Za prvé jsme ze sebe dělali blázny, u opatrovníků na městě se na nás dívali jako na blázny, že co to teď po takové době potřebujeme.

Indikátory vykazovala paní Strossová, ale když jsme měli mít lidi se 40 hodinami splněnými – nejdřív to mohla být přímá i nepřímá péče, pak jen přímá. Takže jsme pořad všechno měnili a přepočítávali. Nevím, kde byla ta příčina. Jestli to bylo špatně připravené, či špatně vysvětlené, nebo že se ve vedení projektu měnili lidé s různým pohledem. Ať tak či tak, to by se stávat nemělo. Když už se něco podepíše, tak by to tak mělo jet i dál.

CDZ jsme teď jako sociální část přešli pod IP kraje. A ti tam chtějí zase úplně jiné věci, které musíme složitě shánět. Jak máme ověřovat trvalé bydliště klienta s psychotickými klienty? Nebo tady na kraji



neuznávají ústní smlouvy – někteří to prostě podepsat nechtějí, ale to kraj neuznává. Ačkoliv my máme ve Standardech, že ústní smlouvy dělat můžeme.

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

R: Největší doporučení bych viděla ve stanovení pravidel a mít je úplně jasná, aby se v průběhu neměnily. To kdyby se povedlo, mnoha týmům by to pomohlo.

Byl dále problém i se vzděláváním – nikdo na začátku nevěděl, že to muselo být akreditované nebo to ukončit zkouškou – takže se některé akce neuznaly. Ale to byl, myslím, problém už u CDZ I, my už jsme se to dozvěděli včas od CDZ I.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Do financí moc nevidím. Pro mě osobně by bylo fajn, kdyby CDZ vznikla jako samostatná sociální služba. Kdybychom nebyli tak jak teď, soc. rehabilitace přizpůsobená CDZ. Kdyby na nás přišla inspekce, nevím, jestli by nás hodnotili jako sociální rehabilitaci a zda by reflektovali, že pracujeme s klienty ve spolupráci se zdravotníky. Takže pokud by zákon byl nastaven skutečně na míru CDZ. A dále kdyby to dělali lidi z praxe – to nastavování zákona.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Opava je díky PN centrem pro lidi s duševním onemocněním. Ti, co opustí nemocnici, ve městě často zůstanou.
2. V týmu bylo nutné řešit různé styly práce – zdravotníci asertivně, sociální pracovníci dobrovolně dle vůle klienta. Dopad to má v řadě praktických situací. Také jiný způsob vedení – zdravotníci více hierarchický.
3. Nemožnost nahlížet do lékařské komunikace – nemají společný individuální plán. Zdravotníci a sociální část si tedy každá zapisuje informace pro sebe – informace si předávají na poradách nebo se snaží v co největší míře hovořit s klientem společně.
4. Musí pracovat i s klienty, kteří spolupracovat nechtějí, což jde proti standardu služby sociální rehabilitace; je proto nutná specifická zákonná úprava pro CDZ.
5. Měnily se věci za pochodu – podpisy na monitorovacích listech, vzdělávání a indikátory.

Rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky

6. Rozhovor s klientem CDZ a jeho rodinným příslušníkem

Identifikace projektu	CDZ Opava
Respondent	Klient a jeho rodinný příslušník
Termín uskutečnění rozhovoru	13. 11. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

Tazatel (T): Proč využíváte služeb CDZ? Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?



Respondent (R): Bylo mu cca 21 let, když se to poprvé projevilo, – polyneuropatie – bude ve 40 letech stařec – měl hodně operací na očích, narkózy, lasery na očích.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Létáme po lékářích, často je v nemocnicích, plíce, bronchitidu, má panický strach, že se udusí.

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

R: Předtím chodil do Animy, a potom už nedokázal dojíždět, zakašlal se, bál se lidí. Ale začal chodit do CDZ, tak ho zase namotivovali. Hodně se to tím změnilo.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: Sestra v PN – poradila a doporučila.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: V pondělí do Animy, ve středu oni s ním. V pátek mu zařídili léčebný domek u léčebny. Pak se začal bát dojíždět. Začal padat apod. (viz výše). Pak jsme byli na dovolené. Třikrát jsme s ním byli v Animě, ale nemohl, zakopl, spadl, zhoršilo se to. Zrovna včera jsme měli schůzku s psychiatrickou sestrou. Potřebuje se dostat mezi lidi, je pořád s námi doma. Je mu už 42 let. Dobré bylo, když šel na 8:00 do chráněných dílen, pak se v 12:00 vrátil. (Jde o Kravaře – už dostali dotaci a neprošlo to.)

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: On je takový jiný, naučili ho dávat si léky.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno? Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Oni nám momentálně zajistili, že Anima k nim bude dojíždět. Pořád sedět jen doma mu nedělá dobře.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Zprostředkování a udržování kontaktu se sociální rehabilitací (ANIMOU) je důležité, klient se tam socializuje a vyhovuje mu to. V nedávné době se tam ale začal bát dojíždět, CDZ pomohlo ho namotivovat.
2. Pracovníci CDZ i přes koronavirus za klientem dojíždějí, chodí spolu např. na procházky nebo jej motivují k domácím pracím, což funguje.
3. Během pandemie je socializace mnohem menší, a projevuje se to v menší psychické pohodě klienta (a nejspíš i rodiny).



7. Rozhovor s klientem CDZ a jeho rodinným příslušníkem

Identifikace projektu	CDZ Opava
Respondent	Klient a jeho rodinný příslušník
Termín uskutečnění rozhovoru	25. 11. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

Pozn.: Rozhovor je nejprve veden s klientkou CDZ a následně s jejím synem – rodinným příslušníkem klienta.

Tazatel (T): Jaké zdravotní a sociální služby jste využíval před tím, než jste se dostal do CDZ?

Respondent (R): Před CDZ jsem byla hospitalizovaná a pak jsem po dobu nemocenské chodila do denního stacionáře. To bylo ještě loni. A pak jsme se dozvěděla o CDZ a začala chodit tam. Doporučili mi to v tom stacionáři. Už si nevzpomínám, co nám o tom říkali, ona i jedna paní, co mě má teď na starost v CDZ, tak mi to vysvětlovala, že je to na podporu duševně nemocných lidí a jejich začlenění do společnosti.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Já jsem závislá na alkoholu, potýkám se tedy s abstinencí. Chodím na Antabus, mám před sebou i nějaké soudy. Společně to probíráme, a slíbili mi, že eventuálně na ten soud půjdou se mnou. Na Antabus? To jdu k sestře – to je taková rozpustná tabletky – ona to připraví a já to polknu. Chodila jsem ještě do stacionáře jednou týdně. Ale to je teď zavřené.

Dopad koronaviru? Hlavně, že se ten stacionář zavřel. Ta paní v CDZ, co mě má na starost, tak má brigádu v covidovém centru. Ona mi říkala, že mě proto předá někomu jinému, ale to jsem nechtěla, takže teď jsme jen telefonicky v kontaktu. Jinak já jsem se starala o maminku, já za ní pořád jezdila. Maminka je ale teď v nemocnici, mám tedy spoustu volného času a hledám si práci. Protože maminka už se domů nevrátí. Poohlížím se po nějaké chráněné práci – byla jsem dneska v jedné neziskové organizaci a tam se mnou probírali možnosti.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Každé pondělí tam chodím na němčinu – osobně i teď během pandemie – to je s peer konzultantkou osobně. V kontaktu jsem každý týden dále s psychiatrickou sestrou, která mě má na starost. Volala jsem si s ní, ale někdy se jí nedovolám a volám proto na krizovou linku, ona mi to poradila. Domluvíme si vždycky termín, kdy mi má volat. Naposledy osobně? Tak tři týdny, asi měsíc. Nedávno říkala, že snad už za 14 dní bychom se mohli začít vídat.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: CDZ mi pomohlo tak, že jsem přestala chodit k psychologovi. Já jsem nejdřív docházela na individuální sezení k ní, ale tam byly čekací lhůty i jednou za 6 týdnů či za měsíc. A do CDZ můžu chodit každý týden. Cítím se jinak... že mám tu oporu v nich – např. když jsem teď sháněla práci, tak sestra mě hned navedla na organizaci, kde jsem dneska byla. S peer konzultantkou jsme zase daly dohromady životopis.



Syn? Pomáhá mi hodně, naposledy jsem měla kolaps cca před 2 měsíci – měla jsem takový ošklivý relaps, kdy jsem nebyla schopna přestat. On mě doma zamknul a já musela vystřízlivět. Nejprve jsem šla sama do CDZ, a oni pak řekli, aby tam šel se mnou i on, a oni mu dali na sebe kontakt, aby zavolał, kdyby bylo potřeba, a oni by přijeli. Jinak mi pomáhá tou přítomností – je se mnou doma, musím se starat o to, co mu uvařit, má tady občas slečnu a to vždycky ráda slyším, jak se smějí.

Rozhovor se synem:

R: Byl jsem s mamkou v CDZ jenom jednou – jednou minimálně určitě. Pokud je to to, jak se tam sedí kroužku a vyprávějí se nějaké příběhy a zkušenosti? Tak to si pamatuji, i když je to docela dlouhá doba. Je to pozitivní zkušenost, dozvěděl jsem něco nového. Já se s ničím nepotýkám, doprovázím tam maminku, abych se dozvěděl něco víc.

Ráno vstanu, dělám věci do školy, snažím se s mamkou bavit. Mně ta škola naštěstí baví, i když je toho hodně. Na báňské v Ostravě – já jsem byl na střední obchodní – informatika – tam jsem poprvé začal programovat. Většinu těch předmětů využívám, ale když se naučíte programovat, funguje to všechno stejně. Dále trávím čas s přítelkyní.

Co se mi vybaví pod pojmem CDZ? Nějaká skupina lidí, která někam chodí a vzájemně si pomáhá. Maminčiny problémy s alkoholem? Začalo to tím, že můj otec se s mamkou rozvedl, našel si někoho jiného. Na mě to nemělo nějaký dobrý vliv, ale pořád jsem měl alespoň i tátu, jenže on pak měl taky podobné problémy. Mamce se vztahy nedařily, tak se jí to jen zhoršovalo, byla na léčení už třikrát. Teď už se několik posledních měsíců drží.

Když to bylo fakt špatné, šel jsem např. k babičce na noc. Teď, když už jsem starší, si s tím nějak poradím. Navíc mám i kontakty na osoby – nevím, přesně, jak se to jmenuje, nejspíš je to to CDZ – ale jak jsou tam ty paní, které mi daly na sebe kontakt, a jim se mohu ozvat, když se něco stane a ony sem přijedou. Což je fajn. Tak dva tři měsíce jsem nemusel volat – je to mimochodem nejdéle za poslední roky. Určitě to souvisí i s těmi aktivitami v CDZ. Je dobře, že těch aktivit má víc. Nejdůležitější je pro ni mít nějaký režim, a ještě když jako bonus chodí na nějaké setkání, tak jí to pomáhá – jak stacionář, tak CDZ, chodí i na němčinu.

Covid? S mamkou se díky tomu vídám častěji než před tím, když jsem pořád doma. Nedá se ale říct, že by mělo negativní dopad. Máme i každý své soukromí, a bavíme se, vídáme více a je to ok.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. CDZ přineslo do života klientky socializaci, určitý lepší režim. To podle vyjádření klientky i syna přispívá k tomu, že se za poslední měsíce její stav zlepšil.
2. Konkrétním přínosem je možnost využívat služeb psychologa na pravidelné bázi (jednou týdně). Před vstupem do péče CDZ klientka docházela k psychologovi, ale čekací doba na sezení s ním byla měsíc až 6 týdnů, což nedostačovalo jejím potřebám
3. Pracovníci CDZ pomáhají kromě toho klientce i v její snaze zapojit se na trhu práce (doporučili jí konkrétního zaměstnavatele, u kterého jich byla na pohovoru).



Rozhovory se zástupci samosprávy (kraj, město)

8. Rozhovor se zástupcem krajského úřadu

Identifikace projektu	CDZ Opava
Respondent	Zástupce krajského úřadu Moravskoslezského kraje
Termín uskutečnění rozhovoru	25. 11. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

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

Respondent (R): Je to trochu složitější odpověď. Měli bychom mít stále na paměti, že jde v reformě hlavně o změnu v přístupu. Nemluvíme jen o lidech s duševním onemocněním, ale to je jen jedna část; my komplexně řešíme změnu přístupu k duševnímu zdraví jako takovému – aby se duševní zdraví stalo součástí prevence, aby se neopomíjelo. A druhá věc je, že je normální žít v přirozených podmínkách, mít zodpovědnost za sebe sama a hledat sílu nejprve u sebe a nejbližšího okolí, samozřejmě za potřebné podpory, ale ne někde v instituci. Což je právě u nás v českých podmínkách hluboce zakořeněno. My tohle potřebujeme měnit, aby se změnil i systém péče. Tzn. my můžeme tvořit síť služeb, jak chceme, ale pokud pořád máme přesvědčení, že pobytová služba vyřeší všechno, že terén je jen okrajová záležitost a duševní zdraví je jen část zdraví, něco navíc, tak se nepohneme.

Důležitá je i mezesortnost, je totiž potřeba nějaká koordinace změn, aby se změnou někdo zabýval. Aby se to opravdu někam posunovalo. Musí se změnit přístup, ale když se to bude jen z centra říkat, bez osobní síly, která by to opravdu tlačila i v těch jednotlivých resortech, to nevyjde.

T: Jakým způsobem Reforma ovlivnila kraje?

R: Kraj je nakloněn deinstitucionalizaci a transformaci služeb. Má našlápnuto na podporu služeb v té terénní i ambulantní formě. Je potřeba měnit i paradigma, jaká je úloha psychiatrů, jak se zapojit do té péče, že to nestojí jen na psychiatrech. Tím v žádném případě neříkám, že nejsou důležití, ale jsou součástí nějaké sítě a měli by si uvědomit, že oni nejsou ti, kteří rozhodují o životech lidí. Ale jsou důležití, aby pomohli člověku fungovat co nejvíce normálně. A tak by to mělo být.

Vyjednávám třeba s obcemi, i tam je to různé – závisí to na jejich přesvědčení. Jestli to je důležité nebo nedůležité téma, jestli se to má či nemá financovat z obcí. Pokud obecně nejsou naklonění podpoře všeobecně v sociální oblasti, tak je to velice těžké. Pokud naklonění jsou, tak už je tam ta síť vidět teď. Různé je to i na politické úrovni, mnozí si myslí, že sociální služba je zbytečná. Na kraji je trochu potíž, že zdravotní odbor nemá vyloženě vliv na financování zdravotních služeb, proto je to pro ně vlastně okrajové téma. I když přislíbili aktivní účast v tom, co oni mohou, např. formou dotačních programů, ale zatím se to úplně nepotvrdilo. Je to pořád ve fázi jednání a domlouvání.

Sociální odbor na kraji zase nechce, aby to celé skončilo na nich. Reforma je na sociálně-zdravotním pomezí, tak se bojí, že skončí jen na tom sociálním. Bude tlak na rozvoj sociálních služeb, ale zdravotní zůstanou takové, jaké jsou. Je možná pravda, že je jednodušší snažit se o změny v té sociální oblasti, protože oni už jsou trochu jinak nastaveni, tj. fungovat v terénu, pracují s individualitou – je to zásada, o kterou se tam snaží. Kdežto ve zdravotnictví je systém jiný – i v té somatické medicíně. Je to složitější budovat síť služeb z toho hlediska, protože finance by sice i byly, ale není personál. Noví lidé – to je dlouhodobá záležitost. Lékař 11 let, aby byl samostatný a atestovaný včetně studia. Psychiatrická



sestra 2 roky čisté specializace poté, co se již stala standardní zdravotní sestrou + nějaká praxe. Takže je to velmi zdlouhavé.

T: Jak krajské dokumenty reflektují tuto Reformu?

R: Na Reformu reaguje Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb – nový by měl být zveřejněn v lednu. Zdravotní část je koncepce, kterou jsem vypracovávala já, je tam takový předvoj, bohužel to ale orgány kraje neschválily, Rada kraje to vzala pouze na vědomí. Nicméně nějaký dokument tam je.

V rámci naší klíčové aktivity vytváříme plán sítě služeb – zatím to ale není v takovém stavu, aby to orgány kraje přijaly – toto si kladu za cíl, aby to bylo dostatečně projednáno v následujícím roce. Aby to bylo projednáno i na politické úrovni, aby tam byly přijaty případně úpravy, které jsou přijatelné pro kraj. Aby byl nějaký jednotný materiál pro kraj. Na druhou stranu musím říct i obavy. Dokumentů je hodně, strategií napříč resorty, a papír snese všechno, a když se pak stejně nerealizuje, tak je to zbytečné. U toho dokumentu bych si představovala ucelení a propojení více resortů, aby zasahoval minimálně tři resorty (zdravotní, sociální, školství), aby respektoval stávající strategie. Víím tedy, že už ve školství v rámci inkluze něco je, ale jsou tam věci týkající se dětského duševního zdraví, prevence, rizika rozvoje psychických potíží. Mým cílem je to scelit a dát to do jednoho dokumentu. Aby kraj mohl říci ano, duševní zdraví je důležité. A také vlastně v souvislosti s COVIDem, kdy je velký tlak na duševní zdraví všeobecně, což by se mělo také zahrnout.

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

R: CDZ jako multidisciplinární tým, který působí v terénu a podporu individualizuje, je zaměřen na zotavení člověka. Snaží se s ním pracovat tak, aby klient přijal odpovědnost za svůj život, byl zplnomocňován a věřil, že on je ten, který rozhoduje o tom, jak bude žít. Tyto týmy jsou skvělé a je to potřeba.

Problém je, že projekty v rámci Reformy myslí na CDZ v týmech o počtu 7 sociálních a 7 zdravotních pracovníků. Toto je velký problém, zejména co se týče zdravotní složky + navíc psychiatr a psycholog. To není vůbec jednoduché. Podle stávajícího standardu má být v našem kraji až 12 týmů. Navíc je otázka, jestli to je potřeba, protože takové nastavení nereflektuje specifika regionu – městské, venkovské, horské. Nyní ale probíhají práce na úpravě Standardu a věřím, že to bude zohledněno. Myslím si, že je nedostatečně řečeno – a doufám, že se to také bude měnit – že je potřebný postupný rozvoj těchto týmů – aby bylo financováno, i když psychiatr pracuje na menší úvazek, než je žádáno současným Standardem, aby stačil menší úvazek psychiatrické sestry, aby mohla začít působit i zdravotní sestra samozřejmě s garancí psychiatrické sestry. Tady vidím, že je cesta. Nemůžeme čekat, až se připraví personál v těch 14 lidech a až pak říct jo, teď už můžeme spustit CDZ. Navíc ta služba není součástí systému, takže i lidi okolo si na to musí postupně zvykat. Jak samotní klienti, rodina, ambulantní psychiatři, sociální služby, města, obce. Takže vidím jako důležité, abychom se zaměřili na postupný rozvoj. Stále nemáme zasíťované celé území, máme mít 30 na republiku, potřebujeme jich 100. Síťovat např. formou rezidenčních míst ze strany MZ, aby to bylo podpořeno. A že už i malý tým má smysl, aby fungoval. Ty teď nemohou vznikat.

Jak se daří rozvíjet v kraji? Myslím, že jsme byli úspěšní a dosáhnout maxima, co tu šlo. Vznikly tu 3 CDZ – ještě Frýdek-Místek a Ostrava. A to zase díky regionálnímu odbornému garantovi – primáři ve FN MUDr. Šilhán. Ten napnul síly a pomáhá personálně oběma zmíněným CDZ. Právě i díky tomu



personálu už ale není možnost zkoušet další CDZ. Jednak je to naplněno za republiku (30 CDZ), jednak už není personál, který by se někde pro další CDZ mohl využít.

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

R: Je tam velice důležité o tom hodně mluvit i v obecné rovině, že jde o změnu v přístupu. Sdílet dobré zkušenosti a ukazovat dobrou praxi, kterou už máme. Druhá úroveň je komunikovat i s menšími obcemi, jak je zapojit do financování – ale to je problém nejen CDZ, ale i terénních a pobytových služeb všeobecně. Síť tvoří hlavně velká města, máme síť ORP. Tato ORP řeší hlavě síť ve své obci a ostatní obce jsou trochu mimo. Když je jeden člověk z obce, tak ta služba nebude chtít financovat celou službu. Jsou některé ORP, které to dělají. Navázat na to a podpořit. No a pak ještě něco musí přislíbit MSPV, to už pak není na krajské úrovni ovlivnitelné. A navíc jak bude všechno vypadat v blízké době, nevíme.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Krajské dokumenty obsahují Reformu, někde je ještě snaha to posílit. Zdravotní odbor nepovažuje Reformu za tak velkou prioritu mimo jiné proto, že on neovlivňuje financování zdravotních služeb. Přislíbil dotační programy, ale zatím nejsou.
2. Hlavním problémem je personál CDZ a striktní požadavek na 7+7 pracovníků v CDZ, což neumožňuje vzniknout menším týmům, pomocí kterých lze jediné zajistit obslužnost i v odlehlejších regionech.
3. Nutné tedy změnit Standard a umožnit postupný vývoj personálu CDZ, např. těmito opatřeními: povolit částečný úvazek psychiatra a sestry, umožnit působit i zdravotním sestřím s garancí psychiatrické sestry, síťovat formou rezidenčních míst pověřených z MZ.

9. Rozhovor se zástupcem městského úřadu

Identifikace projektu	CDZ Opava
Respondent	Zástupce Odboru sociálních věcí Magistrát města Opavy
Termín uskutečnění rozhovoru	20. 11. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

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

Respondent (R): Máme několik osobních zkušeností. Město je totiž veřejným opatrovníkem několika klientů PN. Čili když byli oni hospitalizováni v PN, tak je CDZ kontaktovalo, tím pádem spolupracovalo i město, že se něco děje. Jakmile byli propuštěni, nastala spolupráce, kdy sociální pracovníci se s nimi spojili, potažmo nám dali vědět, že klient je z nemocnice venku. Opatrovnice nás – jako sociální pracovníky na městě – poslala za nimi. Sociální pracovník se s pracovníky CDZ spojil. Oni mu řekli, na čem se s klientem domluvili ještě při pobytu v PN, jaké mají cíle. Společně pak byl klient navštívený. Já měl nějaké cíle formou úřadu, oni měli nějaké cíle v rámci CDZ a došlo k jejich naplnění pro obě strany. Co se týče těch našich a jejich cílů, shodli jsme se vždy na všem, co bylo potřeba. Domluvili jsme se na čase, setkání. A pak šlo o to vyřídit ty jednotlivé věci.

Jim – pracovnícím z CDZ - vyhovovalo, že s nimi jde jakoby někdo z úřadu. Pro ně to byla jistota.



Shodli jsme se nicméně, že cílová skupina CDZ je poměrně omezená – chyběli tam nějakí senioři – Alzheimeri, demence – to CDZ nemělo v CS. A tam oni s námi nechodili. Na tuhle CS není zaměřen tento projekt, ale něco do budoucna se vůči nim plánuje, protože se tato skupina stále zvyšuje. Co se týče mladších ročníků – my řešíme lidi od 18 let, CDZ je od 15, takže pokud se tam nějak nesetkali v CS, tak to bylo u OSPODu, ne u nás.

Jiným způsobem v kontaktu s CDZ nejsem. Finance s nimi řeší kolegyně na komunitní plánování.

T: Jak vnímáte koncept CDZ?

R: Já mohu koncept CDZ jenom chválit – když já v rámci depistáže objevím někoho, kdo nespolupracuje, zabouchává dveře, nespolupracuje ani s lékaři. A když tam jdu s těmi holkami, umí to s těmi lidmi, umí navázat kontakt, klient se otevře. Dostaneme se tak k němu, my si řešíme svoje věci jako dávky a hmotnou nouzi a oni řeší svoje – zdravotní stav, hospitalizace, plánování.

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

R: Je to minimálně jednou za měsíc – jednou za čas nějaký člověk vypluje. Objevují se tu díky PN lidé z celého regionu, jsou propuštěni a zůstanou tu, zajišťuje se jim nějaké bydlení, CDZ k nim dochází a hlídá si je. A to nemluvím o těch opakovaných, kde je to navíc – např. rodina, kdy se opakovaně setkáváme od března – dvakrát měsíčně minimálně.

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

R: Nevím, jak za město, jestli tam řeší nebo neřeší politiku okolo CDZ. Co se týče veřejnosti: Před COVIDem jsme měli setkávání se seniory – Senior Academy – byla tam i přednáška za sociální odbor. No a ti lidé z těchto lidí mají strach. Vidí to v televizi, mají strach ze schizofreniků. Takže tihle lidé mají obavy ze začleňování takových lidí z PN do bytů. Nedejbože když se to dozví předseda nebo ostatní nájemníci a už zpunktují celý panelák. A jsou u nás a ptají se, proč tam takového člověka dáváme – stížitosti. Nechají si ale časem vysvětlit, že ten člověk je neškodný, že je pod dohledem CDZ. Veřejnost si tedy pomalu zvyká. Starší ročníky ještě mají trochu problém, ale mladší – 40 a méně – už to neřeší. Navíc když tam je dohled CDZ, tak to vnímají pozitivně. CDZ v tomto smyslu dojem zlepšuje. Ví, že tam chodí sestra, že se o ně někdo stará.

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

R: To nevím, jak budou fungovat dál. Ale domluvili jsme se s pracovníky CDZ i dál, pokud se někdo objeví. A jestli oni se začlení pod nějaký ten plán domovů nebo tak nějak – Střednědobý plán? Zkrátka, že ta podpora půjde z jiného směru, to už je pro nás jedno. Co se týče financování, to nejde přese mě. V našem kraji je 30 % financování nutné zajistit z obcí, je to tvrdé, ale je to tak nastavené a služby to vědí. Některé holt narazily, ale tak to je.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Vzájemná pomoc u lidí, u kterých je město veřejným opatrovníkem – doprovázení při návštěvách u klientů – město zvyšuje důležitost návštěvy, pracovníci CDZ zase ví, jak s lidmi mluvit a nestránit se. Jakmile se klient otevře, město vyřídí svoje věci – dávky hmotné nouze apod., CDZ svoje věci.



2. Obavy veřejnosti z těchto lidí jsou, když je nastěhují do bytových domů, ale není to paralyzující, nechají si to vysvětlit.
3. CDZ vnímá veřejnost důvěryhodně, uklidní je, když ví, že se o klienty v jejich sousedství někdo stará a pravidelně je navštěvuje.

10. Rozhovor se zástupcem městského úřadu

Identifikace projektu	CDZ Opava
Respondent	Zástupce Odboru sociálních věcí Magistrát města Opavy
Termín uskutečnění rozhovoru	25. 11. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

Tazatel (T): Jak vnímáte koncept CDZ? Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ v Opavě?

Respondent (R): Já jsem koordinátor komunitního plánování – vnímám to jako potřebné. Spolupracují, dobře funguje multidisciplinární tým a komunikace mezi službou a městem.

T: Jak realistické je, že město bude sociální část služby do budoucna spolufinancovat? Panuje na tom na městě shoda, nebo to bude předmětem vyjednávání?

R: Financování města je u registrovaných služeb, které jsou v síti. CDZ jsou zatím financovány z individuálního projektu kraje, a to až do konce roku 2021, takže prozatím jejich financování neřešíme. Financujeme organizaci Fokus Opava – tu v rámci sociálních služeb podporujeme, respektive její jednotlivé služby. Co se týče dalšího financování CDZ od roku 2022, to je na diskuzi s politickým vedením. Myslím, že se na to dívají tak, že ta služba je potřebná, a je dobré ji financovat. Zároveň je ale spádová, a to pro relativně široký region, předpokládá se, že se bude vyjednávat s ostatními obcemi, ale také s krajem a případně s MZ. Dosud tady financujeme jen ty služby, které působí jen na území města. Máme tady pak několik terénních, které sem dojíždějí a my je máme nasmlouvané. Na jejich provozu se částečně podílíme.

My CDZ už zařazené v komunitním plánování máme, účastní se tedy setkání na městě. Máme je i v katalogu služeb, který bude na rok 2022 vytvářen nový, a kde pochopitelně CDZ figurovat také bude – v tomto ohledu se tedy s CDZ počítá, financování je ale o politickém rozhodnutí.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Zájem financovat se strany města je, ale bude se vyjednávat s ostatními obcemi a krajem na spolupodílení se na nákladech, protože služba je výrazně spádová.



11. Rozhovor se zástupcem městského úřadu

Identifikace projektu	CDZ Opava
Respondent	Zástupce Odboru sociálních věcí Městského úřadu Kravaře
Termín uskutečnění rozhovoru	25. 11. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

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

Respondent (R): Samozřejmě mám spoustu letáčků z CDZ, se sociálními pracovníky a sestrami jsme v kontaktu. Konkrétně nejvíce probíráme moji jednu opatrovankyni, ke které často jezdí i s panem dr. Kušnírem – kontrolují její zdravotní stav, aplikují injekce. Ta paní je hodně komplikovaná, ona má poměrně komplikovanou schizofrenii. Takže tahle pomoc je pro mě úplně úžasná. A nevím, jestli bych to s ní sama zvládala. Já v úřadu pracuju asi půl roku a pomohlo mi, že jsme mohli rovnou spolupracovat s CDZ a tím pádem ta péče o opatrovankyni je jednodušší. Pak jsme měli ještě jednoho klienta, s ním jsme ukončili spolupráci, ale přemýšlíme o tom, že ji znovu navážeme.

T: Jak vnímáte koncept CDZ?

R: Jsem tady chvíli, takže to porovnání s předchozím obdobím moc nemám. Myslím, že je to strašně důležité pro tyto klienty. Je tady hodně služeb, ale nejsou takto specifické. Problém u těchto klientů je, že např. mnohdy nechtějí dojíždět k psychiatrovi. Řeknou „já tam prostě nejedu“ a je to špatně a oni ho potřebují vidět, navíc léky berou, jak se jim chce, takže je potřeba, aby jim to dával někdo napřímo.

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

R: Viz výše. Spolupráci si nemohu vynachválit, jsou to samá pozitiva.

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

R: Paní vedoucí odboru ví informace ode mě, takže to je dobré. Pan tajemník pochází ze sociálních služeb, takže taky ví, že je to potřeba. I když jsme malé město, tak postupně zjišťuji, že takových lidí, co tuto pomoc potřebuju, je jich tady dost.

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

R: To je spíš otázka na paní vedoucí. Ale tím, že máme pana tajemníka ze sociální sféry, tak je prostě všechno jednodušší o tom jednat, protože on tomu rozumí. Nemyslím si proto, že by do budoucna měl být problém zajistit financování z města. Zvláště proto, že máme opatrovance na starosti. Kromě toho, naši opatrovanci mají poměrně dost peněz, protože se o ně dobře staráme. Takže kdyby si to měli hradit ze svého, tak by to také neměl být problém. Financujeme i ostatní sociální služby a tady jsou zvyklí, že si za ně platíme, nejsou to přitom nějaké vysoké částky.



Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Spolupráce u klientů opatrovanců – jistota, že je o ně postaráno.
2. Na městě je to přijímáno, pan tajemník je ze sociálních služeb, takže tomu rozumí.
3. Financování do budoucna nejspíš nebude problém podobně jako u jiných služeb, nicméně zmíněna i možnost, že by si to klienti mohli hradit sami, protože na to prostředky mají.

Rozhovory s dalšími psychiatrickými zařízeními či sociálními službami v regionu

12. Rozhovor s ambulantním psychiatrem působícím v regionu

Identifikace projektu	CDZ Opava
Respondent	Psychiatr působící ve městě
Termín uskutečnění rozhovoru	12. 11. 2020
Forma rozhovoru	Telefonický rozhovor

Tazatel (T): Jakým způsobem spolupracujete s CDZ? Jak se spolupráce postupně vyvíjela?

Respondent (R): Vzniklo to při PN v Opavě – někdy začátkem roku – proběhla propagace mezi ambulantními psychiatry – v povědomí to jakoby je, ale mohlo by se to nějak připomenout – když se to nepřipomíná, tak si to mnohdy ten ambulant nepřipomene. Řadil bych se spíše k těm, kteří to využívají, ale stejně jde o jednotky.

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

R: Není to tak široké spektrum, nemělo by to být jen na SMI. Např. když má F42 – to CDZ by mohlo pomoci, že je udrží mimo hospitalizaci. Je to zbytečně zúžené.

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

R: Nechtějí to všichni, moc ne. Někdo to zvládne v rodině – sice je deinstitucionalizace, ale je to vlastně další instituce – i když terénní. Když je někdo nějak zhoršený, tam se nejdřív ozvu CDZ, zda je to ok. Oni klienti, když jim to nabídnu, to většinou chtějí. Nechodí Vám tam lidi jen z jednoho města. Aby to fungovalo, musí to být všude. Ne že to někde není, a pak je to jen na části okresu. Dobré je to, ale musí to být všude.

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

R: Osobně si myslím, že to všechny nevyřeší, části to pomůže, části ne. Samozřejmě, že je to něco nového, musí to být trochu nátlakem. Většinou jdou za tím ambulantem, je to samozřejmě takové duplikované – chodí částečně tam i tam. Nejsem schopen říci, zda mi to bere klienty.



Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondent hodnotí instituci CDZ kladně, jako potřebnou, upozorňuje ale, že cílová skupina CDZ je příliš úzká (doporučuje rozšířit i na méně závažná onemocnění) a že CDZ není řešením pro všechny pacienty.
2. Konkrétní průnik mezi jeho pacienty a klienty CDZ je velmi malý. Vnímá určitou duplicitu, kdy pacient/klient využívá služby jeho i CDZ.



7.3 CDZ v Chebu

7.3.1 Případová studie CDZ v Chebu

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

Práce na případové studii byly zahájeny v srpnu 2020, kdy došlo k oslovení kontaktní osoby FOKUSu Mladá Boleslav, z.s. (tj. zřizovatele tohoto CDZ) s prosbou o vytipování respondentů pro rozhovory. Rozhovory probíhaly následně v průběhu září a října 2020. Problémy při rekrutaci respondentů se díky aktivní spolupráci CDZ nevyskytly.

2. Základní informace o založení CDZ a jeho dosavadní historii

Vznik CDZ

CDZ v Chebu začalo fungovat 1. 5. 2019. Bylo založeno a je provozováno pouze jednou organizací, a to FOKUSem Mladá Boleslav, z.s., což je nestátní nezisková organizace poskytující služby vážně duševně nemocným už od roku 1993. Nejprve působil v regionech Mladoboleslavsko, Nymbursko, Kolínsko, od počátku druhé dekády 21. století působí i v Karlovarském kraji (v Chebu a Karlových Varech). V těchto městech začal FOKUS jakožto poskytovatel sociálních služeb zajišťovat sociální rehabilitaci a sociálně rehabilitační dílnu. Přibližně 2 roky před zahájením provozu CDZ FOKUS v Chebu spustil také poskytování služby „podpora samostatného bydlení“.

„V 2008 nebo 2009 proběhlo šetření WHO a Ministerstva zdravotnictví, myslím, že to bylo ve třech nebo čtyřech krajích ČR, co se týká péče o lidi s duševním onemocněním. Přišlo se na to, že Karlovarský kraj nemá návazné služby a že je totálně poddimenzovaný. Toho se kraj celkem chopil a vzal si to za své. V následujících letech proběhly dva individuální projekty kraje, které byly zaměřené přímo na vytvoření systému služeb pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji. Bylo to koncipované v rámci sociálních služeb, protože to měl na starosti sociální odbor. Nám to pomohlo vybudovat tu silné zázemí.“
(Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 11. 9. 2020)

Díky prostředkům z fondů Norska a EHP začal FOKUS Mladá Boleslav, z.s. od roku 2014 v Chebu ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice provozovat také psychiatrickou ambulanci. Psychiatr působící v této ambulanci byl stážistou vyslaným nemocnicí Bohnice. To znamenalo první propojení sociálních a zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním v regionu. Respondenti šetření uskutečněného za účelem vzniku této studie označují tento prvek (spolu s dlouhodobou vizí FOKUSu) za klíčový pro úspěšné zahájení provozu budoucího CDZ.

- „Na Karlovarsku se potýkají s personálními problémy, je tam málo služeb, málo odborníků. Povedlo se domluvit se s Bohnicemi a v rámci projektu Norských fondů zřídit v Chebu psychiatrickou ambulanci navázanou na tým komunitní a sociální rehabilitace, ve které stážovali mladí psychiatři z Bohnic. Bylo to formou zapůjčení zaměstnance. Rok a půl před vznikem CDZ nám tedy fungovalo jakési protoCDZ bez psychologa, ale bylo to připravené.“* (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 15. 9. 2020)
- „Dle mého názoru to v Chebu vznikalo optimálním způsobem – ze zaběhlého, několik let fungujícího a silného týmu sociální rehabilitace (vždy to bylo s určitým klinickým přesahem) a s naší vlastní psychiatrickou ambulancí, která tedy nefungovala jako standardní psychiatrická ambulance, ale jako psychiatr pro tým. Bylo to připravené po krocích a projekt znamenal pouze formální spuštění a samozřejmě finanční prostředky pro doplnění týmu o další medicínské profesionály.“*
(Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 15. 9. 2020)



Pro vznik CDZ je dále relevantní zdůraznit, že FOKUS Mladá Boleslav, z.s. se aktivně zapojoval do přípravy reformy psychiatrické péče v ČR a organizace měla eminentní zájem se do budování nových kapacit péče o osoby s duševním onemocněním zapojit.

„Od začátku jsem já a několik dalších kolegů z FOKUS Mladá Boleslav součástí asi 80členné platformy, která definovala Standard CDZ. Původní programové prohlášení je, že se jedná o typ služby, kterou potřebujeme, která tu chybí, kterou chceme dělat. Za dané situace bylo jasné, že FOKUS Mladá Boleslav musí s něčím jít do projektových výzev a ve druhé vlně jsme zakládali tři CDZ – v Karlových Varech, v Chebu a v Mladé Boleslavi. Bylo to ze stejné motivace – jednalo se o projekt, který jsme chtěli dvacet let.“ (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 15. 9. 2020)

FOKUS v souvislosti se vznikem CDZ rozdělil svůj tým pracovníků sociální rehabilitace a podpory v samostatném bydlení na dvě skupiny, přičemž jedna část zaměstnanců poskytuje služby v rámci CDZ a druhá působí paralelně vedle CDZ.

Prostory CDZ

CDZ působí v Chebu na 2 adresách (v první fázi provozu o bylo na 3 adresách). Na adrese Mánesova 265/13, 350 02 Cheb sídlí zázemí pro CDZ, včetně prostor pro poskytování ambulantní psychiatrické a psychologické péče. K dispozici je místnost pro společné porady týmu. Prostory jsou pěší chůzí vzdáleny cca 800 metrů od vlakového a autobusového nádraží. V budově Náměstí Krále Jiřího z Poděbrad 33 jsou prostory pro skupinové aktivity (a to aktivity řízené pracovníky CDZ i pro svépomocné aktivity klientů). Probíhají zde i edukační a přednáškové činnosti. Vzdálenost od vlakového a autobusového nádraží je cca 1 km, do druhé lokality CDZ je to odtud cca 700 metrů.

„Skupinové aktivity se dějí na jednom místě, zázemí týmu a ambulance je na druhém. Na začátku ta místa byla chvíli dokonce tři. (...) Ale bylo to krátkodobé řešení, protože se nám povedlo v prostorách nemovitosti, kde máme ambulanci, získat druhou půlku patra, takže jsme to tam přestěhovali.“ (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 11. 9. 2020)

Základní parametry fungování

CDZ funguje v pracovní dny v čase od 8.00 hodin do 16.00 hodin. Na terénní práci se podílejí zástupci všech profesí v CDZ. Největší podíl terénní práce se odehrává u klientů v místě jejich bydliště, dále v Psychiatrické nemocnici Dobřany a nemocnici Ostrov. Nejčastěji se v terénu pohybují sociální pracovníci a zdravotní sestry, ale vyskytne-li se potřeba, vyjíždějí také psychiatr anebo klinický psycholog. (Podíl terénní práce s klienty se v posledním roce pilotního provozu pohyboval mezi 80 % za první pololetí a 76 % za druhé pololetí.)

Vstup do služeb CDZ není podmíněn žádným doporučením. Největší část klientů je (či byla) kontaktována v době jejich hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Dobřany či Nemocnici Ostrov. Jsou také případy, kdy klienta doporučil jeho ambulantní psychiatr nebo praktický lékař. O CDZ jsou informováni také další poskytovatelé sociálních služeb v daném území a také prostřednictvím těchto kanálů může dojít ke kontaktování klienta (např. Světlo Kadaň poskytuje služby osobám závislým na návykových látkách, Člověk v tísni se věnuje osobám sociálně vyloučeným či ohroženým sociálním vyloučením).

„My nemáme naše služby na billboardech, na obrovských cedulích, které by lidi byly do očí. Součástí case managementu je asertivní vyhledávání lidí. Máme mechanismy nastavené tak, bychom se efektivněji dostali k lidem, kteří to potřebují, a ne že to budeme mít někde vyvěšené. Co si budeme povídat, dlouhodobá zkušenost je taková, že odhadem 10 % klientů, se kterými pracujeme, k nám přijde samo, zbylých 90 % představuje ten asertivní kontakt. To znamená, že pravidelně se jezdí do Ostrova navštěvovat lidi, kteří tam jsou hospitalizováni. Máme s nimi dohodu o tom, že pokud se jedná o člověka z cílové skupiny nebo



potenciálem, že bude potřebovat služby CDZ, tak ho nechají podepsat souhlas se zprostředkováním kontaktu. Vědí o nás ambulantní psychiatři (...). Hodně také spolupracují veřejní nebo sociální opatrovníci z měst atd. Také hodně pomohly projekty a to, že o nás obce vědí. Bylo x velkých konferencí. I k zahájení CDZ jsme měli na kraji seminář, kde bylo kolem sta lidí. Většinou to byli spolupracující organizace nebo zdravotní organizace tady z kraje.” (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 11. 9. 2020)

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

Spádové území

CDZ v Chebu zajišťuje služby pro okres Cheb (tj. 1 z 3 okresu Karlovarského kraje). Spádová oblast CDZ má rozlohu 1 046 km², na tomto území žije dle dat ČSÚ²⁷ 91 634 obyvatel.

Město Cheb je obcí s rozšířenou působností, v okrese Cheb působí 3 pověřené obecní úřady: Aš, Cheb a Mariánské Lázně.

- SO POÚ Aš – cca 50 000 obyvatel;
- SO POÚ Cheb – cca 18 000 obyvatel;
- SO POÚ Mariánské Lázně – cca 24 000 obyvatel.

Specificky pro osoby s duševním onemocněním je zdravotní péče v tomto území velmi málo dostupná. Ambulantní psychiatrická péče je v okrese zajištěna jen jednotkami lékařů, čekací doba na vyšetření nového pacienta je v řádech jednotek měsíců.

Já mám v tuto chvíli objednávací dobu na prvovýšetření téměř tři měsíce, a potom tady dělám harakiri, abych akutní pacienti byla schopná někde vtěsnat (...). Při současné organizaci péče a toho, jak málo psychiatrických ambulancí je a jaký je nárůst klientely, mně přijde nemožné, aby to zůstalo, jak to je. Proto vstup třetího ve smyslu ani hospitalizace, ani klasická ambulance, ale „jsme tady a teď a jsme tu do pár hodin“ považuji za to nejdůležitější, co tu je zapotřebí.” (Psychiatr působící v regionu, rozhovor ze dne 14. 9. 2020)

V okrese Cheb není pro osoby s duševním onemocněním zajištěna žádná lůžková péče. Nemocnice Ostrov, do které je dojezdová vzdálenost z Chebu 59 km, provozuje psychiatrické a psychoterapeutické oddělení, které má v současné době kapacitu 50 lůžek; pro geriatrické pacienty je vyhrazen 1 pokoj, pro pacienty vyžadující intenzivní psychiatrickou péči je zde také 1 pokoj. Nejbližší specializovaná psychiatrická nemocnice se nachází v Dobřanech, v okrese Plzeň-jih v Plzeňském kraji. Dojezdová vzdálenost z Chebu je sem 110 km, což představuje cca 1,5 hodiny jízdy automobilem. V celém Karlovarském kraji nejsou k dispozici žádné kapacity pro krátkodobou adiktologickou léčbu ani pro pedopsychiatrii. Sociální služby pro osoby s vážným duševním onemocněním v daném území poskytuje pouze FOKUS Mladá Boleslav, z.s.

Spolupráce v regionu

CDZ v Chebu úzce spolupracuje s psychiatrickým a psychoterapeutickým oddělením Nemocnice Ostrov, se kterým je zaveden systém pravidelných porad. Předmětem schůzek jsou klienti, kteří patří do cílové skupiny CDZ. Cílem koordinace je, aby klientům byla bezprostředně po jejich propuštění z nemocnice zajištěna dostatečná podpora a snížilo se tak riziko opětovné hospitalizace. (To se týká osob, které dosud v péči CDZ nejsou, ale i klientů CDZ, u nichž si zhoršení stavu hospitalizací vynutilo.)

²⁷ ČSÚ: Počet obyvatel v obcích - k 1. 1. 2020. Praha. 30. 4. 2020.



S odděleními je nastavena i spolupráce v přijímání klientů k hospitalizacím, case manažeři mohou být přítomni u přijetí a často ho v době krize klienta i zprostředkovávají. Pracovníci CDZ mají možnost bez omezení za hospitalizovanými klienty CDZ do nemocnice docházet.

Dále je zavedený systém pravidelných návštěv v Psychiatrické nemocnici Dobřany. Spolupráci se podařilo nastavit tak, že jsou do ní zapojena všechna oddělení, na nichž jsou hospitalizováni pacienti z cílové skupiny osob s SMI. Nemocnice pro tým CDZ vytipovává potenciální klienty a domlouvá schůzky mezi pracovníky CDZ a těmito pacienty. Cílem spolupráce je maximálně usnadnit pacientům nemocnice přechod z hospitalizace do běžného života. Klienty CDZ, kteří jsou v Dobřanech hospitalizováni, navštěvuje pracovník CDZ zpravidla 1x za 14 dnů. Pracovníci CDZ s nemocnicí také koordinují sociální intervence během dovolenek či vycházek hospitalizovaných klientů.

Kromě toho navázalo CDZ spolupráci s většinou ambulantních psychiatrů v regionu (jak v okrese Cheb, tak i dalšími ambulancemi v Karlovarském kraji). Cílem je dosáhnout provázanosti péče. Psychiatr CDZ má ve své péči některé klienty CDZ, ale další klienti zůstávají v péči svého dosavadního psychiatra. Tým CDZ u nich zajišťuje péči terénního charakteru a pak péči v době, kdy je ambulantní psychiatr nedostupný (např. z důvodu nemoci či dovolené). Péče o klienta je týmem pracovníků CDZ s daným ambulantním lékařem koordinovaná.

Praktičtí lékaři byli také o vzniku CDZ informováni a CDZ se posílení jejich informovanosti věnuje i nadále. Kromě upozornění ze strany lékaře na potenciálního klienta je relevantní i druhý směr spolupráce, pracovníci CDZ pro některé klienty vyhledávají praktické lékaře, kteří by byli ochotni si je vzít do péče.

FOKUS Mladá Boleslav, z.s., jakožto poskytovatel sociálních služeb si udržuje kontakty na další sociální služby v regionu. Tato spolupráce byla navázána ještě před vznikem CDZ, ale klienti CDZ z ní v některých případech těží. Konkrétně byla dosud pro některé klienty relevantní spolupráce CDZ s pečovatelskými službami anebo azylovým domem. Mezi sociální služby, s nimiž je CDZ provázáno, je nutné uvést také přímo FOKUS Mladá Boleslav, z.s., a to jakožto subjekt poskytující podporu v samostatném bydlení. FOKUS nabízí bydlení s kapacitou 10 osob. Služba je vysoce relevantní pro klienty, kteří jsou po dlouhodobé hospitalizaci a bez rodinného či jiného zázemí.

Ještě před vznikem CDZ (v rámci projektů Karlovarského kraje zaměřených na posílení sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním) pro okres Cheb vznikla platforma (tzv. „multidisciplinární tým“²⁸), která se schází cca 1x za 6 týdnů. Jednání se účastní zástupci týmu sociální rehabilitace a podpory v samostatném bydlení FOKUSu, zástupci dalších poskytovatelů sociálních služeb, zástupce Policie ČR a zástupci sociálních oddělení obcí či veřejní opatrovníci. Tématem schůzek je koordinace podpory pro osoby s SMI.

Součástí práce týmu CDZ jsou také destigmatizační aktivity, především destigmatizační program pro střední školy.

²⁸ Slovní spojení „multidisciplinární tým“ je označení, které aktéři koordinačních mechanismů v Karlovarském kraji pro tuto platformu používají od jejího vzniku.



4. Struktura CDZ (složení multidisciplinárního týmu, rozdělení kompetencí)

Tým CDZ

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

Každý pracovní den zahajuje tým společnou FACT poradou. Ta trvá zpravidla 0,5 hodiny. Řešení jsou klienti se zvýšenou potřebou péče (v akutní krizi, ohrožení hospitalizací, procházející složitou životní situací či změnou, klienti krátce po propuštění z hospitalizace a noví klienti). Na poradě dochází k předávání informací o aktuálním stavu klientů a nastavuje se plán a koordinace péče. Na poradách se dle potřeby řeší také technické a organizační záležitosti.

Pravidelně jednou za týden probíhá metodická porada (v délce cca 4 hodiny). Kromě členů týmu CDZ se jí dle potřeby účastní také členové řídicí rady CDZ. Během jednání probíhá rekapitulace práce s klienty, aktualizace individuálních plánů, diskuse o systémovém fungování služby, hodnocení zátěže (case load) a volné kapacity jednotlivých členů týmu a celé služby.

Je nastaveno, že 1x za měsíc se uskutečňuje týmová supervize v délce cca 2 hodiny. Je zaměřena především na práci s klienty (kasuistická supervize). Supervize je pro všechny členy týmu CDZ povinná. Kromě skupinové supervize mají pracovníci možnost sjednat si se supervizorem individuální sezení.

- Služby terénního týmu
Standardně jsou tyto služby poskytovány v pracovní dny od 8:00 do 16:00 hodin, ale klient si může domluvit schůzky i mimo tento čas. Obvykle se účastní case manažer klienta, ale dle potřeby se zapojuje i psychiatr či psycholog v týmu CDZ.
- Služby denní péče
Tyto služby zahrnují sociální rehabilitaci, zdravotní a sociální poradenství, podporu zaměstnávání či edukaci. Jsou poskytovány jak sociálními pracovníky, tak zdravotními sestrami. Do mapování pracovních preferencí může být zapojen i peer konzultant.
- Krizové služby
Tým CDZ má kapacitu zasahovat v krizi během všedního dne přímo v domácnosti klientů. Mimo pracovní dobu je pro klienty CDZ zajištěna dostupnost někoho z týmu na telefonu.
- Služby psychiatrické a psychoterapeutické
Zdravotní péči poskytuje psychiatr, klinický psycholog, sestry se specializací v psychiatrii a všeobecné sestry. Léčba probíhá za pomoci farmakoterapie i psychoterapie, je prováděn monitoring zdravotního stavu a dle potřeby je poskytována ošetrovatelská péče (např. kontrola glykémie). Velkou výhodou je vysoká dostupnost péče, v případě akutní potřeby dokáže tým CDZ reagovat bezodkladně.
- Podpora svépomocných aktivit
Klienti CDZ jsou podporováni ve svépomocných aktivitách, pomocnou či poradní roli v tomto směru zajišťuje zejména peer konzultant. Kromě klientů samotných cílí tyto aktivity CDZ i na pečovatele těchto osob, využívána je spolupráce se svépomocnou rodičovskou skupinou, která v Karlovarském kraji působí.

První kontakt s klientem má za cíl zmapovat potřeby klienta a představit mu možnosti služeb CZ. Rozhodnutí o přijetí klienta do služby probíhá na poradě celého týmu. Žádný člen týmu nemá právo



veta. Pokud je rozhodnuto, že CDZ klienta přijímá, je mu přidělen case manažer. (Může a nemusí to být pracovník, se kterým klient absolvoval první schůzky. Rozhodující jsou preference/potřeby klienta a také aktuální vytížení členů týmu.)

CDZ uplatňuje prvky FACT modelu, konkrétně v případě vstupu klienta do služeb to znamená, že v úvodních týdnech (cca 6 týdnů) se s ním nepotkává jen jeho case manažer, ale i další 2 až 3 členové týmu. Cílem je přistupovat ke klientovi multidisciplinárně, aby služba poskytnutá CDZ byla zvolena komplexně. Další spolupráce pak probíhá dle individuální domluvy s klientem.

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

Hlavní problémy, které bylo třeba v úvodu fungování CDZ a také během pilotního provozu v době před zpracováním této případové studie shrnuje následující tabulka.

Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní pro i provoz krytý ESF
1	Zpoždění ve vyhlášení výzvy MZ zkomplikovalo personální obsazení týmu CDZ	<p>FOKUS byl připraven se zapojit do 2. výzvy MZ na podporu vzniku a pilotního provozu CDZ. Výzva byla ovšem kvůli administrativním problémům odsunuta oproti původnímu plánu o cca 8 měsíců. Někteří pracovníci, se kterými FOKUS původně předjednal jejich zapojení do týmu, si ovšem kvůli odkladu ve spuštění této služby našli jiné zaměstnání.</p> <p><i>„Naše výzva se opakovaně posouvala v čase, což poté znamenalo, že lidé, se kterými jsme měli domluvené, že nastoupí, nenastoupili, protože tam byla prodleva x měsíců a oni už nechtěli čekat. To byl případ jedné nebo dvou sester, číslo tedy opět nevím. Ale povedlo se nám to poté doplnit.“</i> (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 11. 9. 2020)</p>	ANO
2	Rozdělení už zaběhnutého týmu sociálních služeb FOKUSu v Chebu na část v rámci CDZ a část mimo CDZ	<p>FOKUS Mladá Boleslav, z.s., již v době před vznikem CDZ v Chebu poskytoval sociální služby, a to konkrétně sociální rehabilitaci a podporu v samostatném bydlení. Kvůli vzniku CDZ došlo k rozdělení týmu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na část zařazenou do CDZ a část, která zůstala nadále čistě zaměřená na sociální služby. Bylo nutné vyřešit otázku vykazování pracovních činností obou těchto skupin zaměstnanců, aby se eliminovalo riziko dvojího financování (tj. souběžného financování v rámci CDZ i v rámci zajištění sociálních služeb mimo CDZ). Kromě administrativní náročnosti přineslo rozdělení i komplikované vysvětlování členům týmu, aby situaci akceptovali. (Odměňování pracovníků sociální složky CDZ je vyšší než odměňování ostatních pracovníků FOKUSu v Chebu, ačkoli náplň práce a vytížení je obdobné.)</p> <p><i>„U nás je ještě to, že tým je složen ze dvou částí, kdy jedna je zařazena do projektu CDZ a druhá část není. Nicméně fungujeme jako jeden tým. Takže i toto bylo ze začátku trochu náročnější; pracovníci, kteří nebyli zařazeni do CDZ, to brali trochu úporně. Tím, že se dával akcent na CDZ, tak jsme museli hodně vysvětlovat a hodně pracovat s tím, že druhá část není druhá jakost, horší kvalita. Že budeme dělat podobnou práci a že do budoucna bychom chtěli, aby z toho byl jednotlivý útvar. To byla také určitá těžkost, která nás provázela.“</i> (Sociální pracovník CDZ, rozhovor ze dne 7. 10. 2020)</p> <p>Po ukončení pilotního provozu CDZ se počítá s tím, že bude dělení sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách odstraněno, čímž se komplikace odstraní.</p>	ANO



Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní pro provoz krytý ESF
3	Složitě obsazování pozic psychiatra a klinického psychologa CDZ	<p>Vzniku CDZ předcházelo provozování psychiatrické ambulance navázané na sociální služby poskytované v Chebu FOKUSEM Mladá Boleslav, z.s. V ambulanci působili psychiatři-zaměstnanci Psychiatrické nemocnici Bohnice, které sem nemocnice vysílala na stáž. Pro CDZ podařilo domluvit, aby jedna ze stážujících lékařek vstoupila do pracovního poměru přímo s FOKUSEM. Klinický psycholog a další psychiatr byli získáni z Nemocnice Ostrov. Vzhledem k riziku odchodu psychiatra (z rodinných důvodů) je ovšem zajištění personálního obsazení CDZ nadále potenciální problém.</p> <p>V Karlovarském kraji nejsou k dispozici odborníci s potřebnou kvalifikací. (V důsledku rizika odchodu psychiatra CDZ nejsou klienti s nařízenou ochranou léčbou do péče ambulance CDZ přijímáni; pro tyto klienty CDZ domlouvá péči u ambulantního psychiatra ve městě.)</p> <p><i>„To je nějaký pro nás limitující faktor, že se nechceme zavazovat jako FOKUS k výkonu ochranné léčby, protože tam by výpadek psychiatra ohrožoval zajištění závazku. Komunikace se soudem musí probíhat dobře a tyto věci nejsou jednoduché. Takže to je konkrétní dopad, který nás limituje a hlavně klienty.“</i> (Sociální pracovník CDZ, rozhovor ze dne 7. 10. 2020)</p> <p>FOKUS usiluje o dohodu s městem Cheb, které by mohlo za účelem zvýšení motivace potenciálních zaměstnanců, poskytnout psychiatrovi CDZ městský byt.</p>	ANO
4	Výše odměňování zdravotních sester CDZ není v porovnání s odměňováním při výkonu práce v nemocnici dostatečně atraktivní	<p>Jelikož služby v CDZ nejsou poskytovány ve směnách, mzdy zdravotních sester CDZ nedosahují částek, které si sestry mohou vydělat při výkonu práce v nemocnici (kde jsou relevantní příplatky za práci v noci, o víkendy, ve svátek atd.). CDZ tedy znamená menší odměnu za práci, ačkoli působení v CDZ vyžaduje od investici do naučení se novým postupům.</p>	ANO
5	Rozdílné mzdové hladiny v jednom týmu	<p>Rozdíl ve výši odměňování mezi zdravotnickými pracovníky a sociálními pracovníky je poměrně vysoký a komplikuje nastavování rovnosti pozic v CDZ a míru spolupráce. Vnímání nespravedlivosti v odměňování může snižovat motivaci k pracovnímu výkonu sociálních pracovníků. (Sociální pracovníci mají vysokoškolské vzdělání, které naopak nemají všechny zdravotní sestry, přesto je výše odměňování sociálních pracovníků nižší.)</p> <p><i>„Co nedělá dobrotu, ale co lidé dokázali akceptovat, že tomu tak je, je, že lidé v rámci CDZ u nás mají jiné peníze. Je nepoměr financí mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Ale to je významné téma všude. Ale, jak říkám, nemuseli jsme bojovat s tím, že „vy jste Bohnice a my jsme FOKUS“. U nás jsou lidé v jednom týmu a nejedná se o dva zaměstnavatele, což si myslím, že je velká výhoda.“</i> (Zástupce FOKUSU Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 11. 9. 2020)</p>	ANO
6	Vysoká administrativní náročnost zpracování dokumentace projektu (včetně dokumentace týkající se klientů)	<p>Tým CDZ specifikoval, že administrativa projektu (včetně opakovaného záznamu týkající se situace klientů) představuje poměrně vysokou administrativní zátěž.</p>	ANO
7	Omezení poskytování služeb v důsledku epidemie COVID-19	<p>V roce 2020 bylo fungování CDZ (stejně jako fungování všech dalších poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb v ČR) poznamenáno epidemií COVID-19. Znamenalo to omezení osobního setkávání (mezi pracovníky týmu CDZ ale i mezi týmem CDZ a klienty). Dále byly zcela znemožněny návštěvy pracovníků CDZ v Nemocnici Ostrov a Psychiatrické nemocnici Dobřany, což omezilo podchycení nových</p>	ANO



Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní pro i provoz krytý ESF
		klientů i usnadnění návratu z hospitalizace u stávajících klientů. Nemožnost setkávání poznamenala také spolupráci s dalšími subjekty v území (např. s ambulantními psychiatry).	

Za zmínku stojí komplikace, která se netýká přímo CDZ, protože se vyskytla ještě před jeho spuštěním, ale může se opakovat i v jiných lokalitách, kde budou případně zahajovat provoz další CDZ. Týká se to přijetí služby pro duševně nemocné ze strany veřejnosti v místě působení.

- „V Chebu jsme se potýkali s komplikacemi dva roky před tím. To jsme v Chebu otevírali chráněné bydlení a poprvé jsme se setkali s odporem místních obyvatel. Byl to takový ten odpor typu „ne na mém dvorku“. Vadilo jim, že dům chráněného bydlení je naproti gymnáziu a vedle školky. Radnici bylo zorganizováno několik mítinků, kde jsme vše vysvětlovali (...) A při slavnostním otevření přišli sousedi už jako sousedi, komunikovali a ve chráněném bydlení se dva roky nestal žádný průšvih.“ (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 15. 9. 2020)
- „Abychom mohli s občany vyjednávat a komunikovat, bylo důležité, že se za nás tenkrát postavila paní místostarostka (...), která ještě ke všemu měla tenkrát na starosti sociální služby. Museli jsme s nimi ale vše dopodrobna probrat.“ (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 11. 9. 2020)

Ve výčtu v tabulce není jako komplikace uvedeno sladování týmu CDZ, protože ze strany pracovníků Centra to jako problém není vnímáno. Respondenti shodně uváděli, že je třeba vyvinout úsilí a že budování společně sdíleného náhledu na fungování CDZ určitý čas trvá, nicméně většinou vyjadřovali přesvědčení, že jde o přirozený vývoj CDZ, a všichni vnímají multidisciplinární způsob práce jako nesmírně přínosný.

- „Já si myslím, že ze začátku to byla improvizace velká, ale poměrně rychle se tým dal dohromady a našel si novou úroveň, jak má fungovat. Nejsložitější, ale i nejpłodnější bylo sžívání zdravotníků a nezdravotníků, protože sociální pracovníci měli jiný přístup než zdravotníci, tzn. psychiatrické sestry, psychologové a psychiatři, ale rychle se ukázalo, že je to vzájemné doplňování hodně důležité a užitečné.“ (Psycholog, rozhovor ze dne 14. 10. 2020)
- „Samozřejmě to je o mísení kultur, byť myslím, že to jde dobře a v klidu. V Chebu pracoval s týmem psychiatr už rok a půl. Nemyslím si, že by se cokoli změnilo v řízení týmu, v logice, spíše je to o organizaci práce, aby specialisté byli optimálním způsobem zapojeni a vytíženi. Samozřejmě tím, jak kolovali stážující psychiatři, je to někdy horší, někdy lepší. Potřebujete člověka, který umí dobře fungovat v týmu. Aby uměl komunikovat s lidmi. Když přijde nekomunikativní expert, který ví, jak věci mají být, může to vést ke konfliktům, protože zkušení sociální pracovníci také vědí, jak věci mají být.“ (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 15. 9. 2020)

Jako nápomocné pro efektivní fungování multidisciplinárního týmu byly uváděny zejména společné porady, tj. zapojení členů týmu do řešení situací jednotlivých klientů. Kromě toho napomáhají supervize a také školení v programu CARE.

CDZ nemělo problém s vyhledáváním klientů. Pro budoucí fungování dokonce jeden člen týmu vyjádřil potenciální problém s kapacitou pro psychoterapii, viz následující citace.

- „Začíná se projevovat potřeba, že vznikají klienti, kteří jsou více stálí; např. více docházejí na individuální, systematickou psychoterapii a tím pádem zaplňují objednávací termíny, a věřím tomu, že dojde k situaci, kdy nebude prostor se všemi konzultovat nebo všechny vyšetřovat. Zatím to ještě není, ale houstne to.“ (Psycholog, rozhovor ze dne 14. 10. 2020)



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

Vnímání přínosů CDZ ze strany klientů a rodinných příslušníků klientů

V rozhovorech s klienty a jejich rodinnými příslušníky uskutečněnými za účelem zpracování této případové studie zazněla pouze pozitivní hodnocení CDZ.

Dominantně uváděným přínosem je dostupnost péče. Jak klienti, tak jejich příbuzní, uváděli, že zatímco ambulantní psychiatr dokáže pacienta přijmout cca 1x za 2 měsíce, v rámci CDZ je péče psychiatra dostupná v týdenních intervalech (v době zhoršené situace i častěji) a kromě toho je možné kontaktovat psychiatra telefonicky a využít tak jeho služeb operativně.

Také služby psychologa jsou něco, co pro klienty představuje vítaný bonus; bez zřízení CDZ by těchto služeb v Chebu využívat nemohli (z důvodu nízké dostupnosti služeb).

Respondenti dále velmi kladně vnímají nasazení pracovníků CDZ a jejich celkový přístup.

Svépomocné aktivity jsou dle klientů rozhodně přínosem v případech, kdy člověk nemá jinou náplň dne. Kromě náplně času jejich užitečnost spočívá ve sdílení problémů s obdobně znevýhodněnými.

Nikdo z oslovených nenaformuloval žádné doporučení týkající se modifikace služeb CDZ; všichni vyjádřili naprostou spokojenost.

- „Já jsem za CDZ moc vděčný. Oni mě podporují, jsou to moc hodní lidé, já je mám všechny moc rád.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 9. 10. 2020)
- „I mě podporují v tom, že si chci dodělat školu. Já jsem měla hrozný strach, že už na to nemám inteligenci, a paní doktorka byla tak hodná, že mi zařídila inteligenční testy, aby mi dokázala, že na to mám. Snaží se mě všelijak podpořit v tom, co chci, abych za tím šla.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 8. 10. 2020)
- „Za posledního půl roku - 8 měsíců se můj život obrátil na jiný směr. Dřív to nebylo dobrý, ale teď, když to shrnu, tak díky CDZ, paní doktorce, mojí „casezce“, tak jsem úplně někde jinde. Já jsem na sebe už 8 měsíců nesáhla. Já jsem se sebepoškozovala. Už 8 měsíců nejsem hospitalizovaná, beru už jen 1 lék na noc na spaní. Už 5. měsíc mám práci, pracuji bez problémů, mám vidiny toho, že si chci dodělat školu, takže určitě velkou váhu pomoci dávám paní doktorce a svojí „casezce“.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 8. 10. 2020)
- „My jsme s paní doktorkou (...) v kontaktu, já můžu zavolat kdykoliv, ona je vstřícná. Byli jsme u ní i dvakrát v ordinaci na pohovoru, že bychom chtěli (...) co nejvíce pomoci, aby se osamostatnil, protože tady věčně nebudeme. Jsem i za to moc ráda, že to takhle je, myslím si, že je to obrovská pomoc. Protože kdyby na to byl člověk sám, tak si myslím, že by to bylo podstatně horší. Já jsem za to hrozně vděčná a ráda.“ (Rodinný příslušník klienta CDZ, rozhovor ze dne 6. 10. 2020)
- „Přineslo to hodně. Protože s mojí dcerou v CDZ hodně pracují, hlavně paní doktorka. Ona dřív brala plno léků a teď začala pracovat, má zaměstnání.“ (Rodinný příslušník klienta CDZ, rozhovor ze dne 8. 10. 2020)

Vnímání přínosů CDZ ze strany členů týmu CDZ

Pracovníci CDZ bez výjimky vnímají služby Centra jako velmi přínosné. Primárně vyzdvihují posílení dostupnosti péče pro svou cílovou skupinu. Velmi pozitivně ale hodnotí i to, že CDZ působí na zdravotně-sociálním pomezí a že je v jeho fungování významná terénní složka péče. Spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků podle členů týmu zajišťuje, že klient získává mnohem vyšší kvalitu péče.

- „Já si myslím, že hodně důležité je, aby sociální pracovníci naslouchali radám zdravotníků ve smyslu diagnóz, protože něco jiného je pomáhat člověku, který má poruchu osobnosti, a něco jiného člověku, který má jinou poruchu. Těch poruch se ukazuje, že je hodně, takže rozlišovat mezi klienty je důležité, a to je to, co sociální pracovníkům chybělo. Oni se musí naučit umět zdravotníky využít pro svoji práci, najít s nimi společnou řeč. Co se týká zdravotníků, tak pro ty je důležité,



aby se učili od sociálních pracovníků, že práce nekončí diagnózou. Tam byl návyk patrný z ambulantní práce, že člověka vyšetří, nebo s ním udělají psychoterapii. On pak opustí dveře pracovny a „já nevím, co je s ním dále, a nezajímá mě to“, když to řeknu blbě. Spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků otevírá nové cesty diagnostickému přemýšlení i terapeutickému, jak ještě dále pacientovi pomoci, aby v sociálním prostředí fungoval. Takže vzájemně ty dvě skupiny mohou těžit.“ (Psycholog, rozhovor ze dne 14. 10. 2020)

- *„Rozdílné je to prostředí, nemocnice je vytržena z kontextu života pacienta. Já když mám možnost vidět pacienta v jeho domácím prostředí, poznat jeho rodinu a vidět, jaké mají mezi sebou vztahy, tak mi to dává možnost ho pochopit v širším kontextu, jako člověka. Toto je velmi přínosné.“ (Psychiatr, rozhovor ze dne 19. 10. 2020)*
- *„To je pro zdravotníky nová věc, nejsou zvyklí jezdit domů za klienty nebo se s ním setkávat venku, ale posouvá to spolupráci, z mého pohledu, o úroveň výše. (...) Třeba je tam i větší pracovní aliance mezi klientem a pracovníkem, protože vzniká jiná atmosféra než ta nemocniční, takže ten člověk se svěří více, více se otevře, dá se více spolupracovat, spolupráce bývá lepší, a to i s rodinou, to je další věc, která funguje v CDZ velmi dobře. Intenzivněji se pracuje s rodinou než ve zdravotnictví.“ (Psycholog, rozhovor ze dne 14. 10. 2020)*
- *„Protože řada sociálních služeb má obsazeno jen sociálními pracovníky a pracovníky sociálních služeb, občas i nějaký adiktolog nebo terapeut, ale zdravotnické profese chybí. A často se přešlapuje i dlouhé měsíce, přitom u člověka by ta situace šla řešit, kdyby byl někdo schopný klienta zodpovědně nasměrovat a posunout to po té zdravotnické linii dále.“ (Sociální pracovník, rozhovor ze dne 7. 10. 2020)*

Respondenti se shodli v tom, že CDZ má potenciál předejít nebo zkrátit hospitalizaci klienta právě díky intenzitě péče a propojení zdravotní a sociální složky péče. Celkový pohled na přínos CDZ pro situaci v regionu obsahuje následující citace.

„Kapacita dvou CDZ není podle mě o tom, že by změnila život všech lidí na Karlovarsku s vážnou duševní poruchou k lepšímu, že by nemuseli být hospitalizováni atd., ale je to první krok. Jsou tam služby, dokážeme personálně zajistit vytvoření třetího CDZ v Sokolově, s krajem jednáme o vytvoření akutních lůžek (ideálně v nemocnicích v Sokolově a v Karlových Varech). Dovedu si představit, že během patnácti let může vzniknout slušný systém péče pro danou cílovou skupinu pokrývající plošně celý kraj.“ (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 15. 9. 2020)

Podněty k podmínkám fungování CDZ

Vize vedení týmu CDZ je, aby toto Centru poskytovalo jak akutní službu, tak kontinuální dlouhodobou péči. Nejvýznamnějším podnětem k budoucímu fungování CDZ (a to konkrétně pro CDZ v Chebu ale i obecně) se ukázalo být snížení kvalifikačních požadavků na psychiatra a klinického psychologa v CDZ. Nedostatek kvalifikovaných odborníků je vnímán jako významná bariéra dalšího rozvoje sítě CDZ.

„Ze svého pohledu považuji za chybu, že se to připravovalo velmi dlouho a vzaly se v potaz všemožné zkušenosti, ale zapomnělo se na jednu věc, a sice na počet zdravotnických pracovníků, kteří musí být vyškoleni a musí mít patřičné vzdělání. (...) Dalo se spočítat, kolik lidí bylo potřeba a také to, že řada lidí do té doby bohužel zemře věkem, nebo odejde do důchodu a že lidé budou chybět. Dnes se naráží na nedostatek personálu.“ (Zástupce zdravotního zařízení v regionu, rozhovor ze dne 12. 10. 2020)

Konkrétní doporučení k řešení toho problému shrnují následující citace.

- *„Psycholog ve zdravotnictví může kvalifikovaně pracovat v CDZ, jen potřebuje supervizi a vedení klinického psychologa. Ideální by bylo, kdyby se podařilo změnit CDZ na akreditované pracoviště pro klientskou psychologii, kdy psycholog ve zdravotnictví by přímo tam mohl absolvovat odbornou přípravu a mohl by přímo tam mít školitele v rámci předatestační přípravy a mohl přímo tam realizovat povinné kazuistické semináře, kterých máme v přípravě hrozně moc.“ (Psycholog CDZ, rozhovor ze dne 14. 10. 2020)*
- *„Klinických psychologů je málo. Noví přibývají velmi pomalu, protože kvalifikační kritéria jsou nastavena Asociací klinických psychologů velmi tvrdě. (...) Já si myslím, že by v CDZ stačili psychologové ve zdravotnictví, kteří by si postupně dodělávali kvalifikaci, a můj kacířský názor je, že v CDZ je klíčové, aby tam byl kvalifikovaný terapeut pracující pod supervizí a vnášel psychoterapeutický pohled do multitýmu. Jestli je to klinický psycholog, nebo vycvičená a supervidovaná sestra, s tím já bych se ochotně smířil.“ (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 15. 9. 2020)*



- „Pokud by lidé v rámci předatestační přípravy měli delší časový úsek, ideálně rok, který musí strávit v komunitní službě, nabízelo by to možnost, aby do budoucna CDZ měla personál. Protože ti lidé by tam mohli pracovat, dávalo by jim to smysl, bylo by to součástí jejich povinného vzdělávání.“ (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 11. 9. 2020)

Jako určitou bariéru, resp. parametr, který snižuje zájem mladých lékařů vstoupit do týmů CDZ, bylo identifikováno, že CDZ jsou prozatím vnímána jako nejistý prvek v systému služeb. Pokud se časem podaří ustavit CDZ jako stabilní instituce, je pravděpodobné, že se najde více kvalifikovaných psychologů a psychiatrů, kteří o toto pracovní uplatnění projeví zájem.

Pro případné využití dalšími CDZ může být užitečné doporučení, resp. dobrá praxe CDZ v Chebu, co se týče zácviku nových členů týmu.

„Způsob zácviku u nás je, že noví kolegové na pozicích case-managementu, ať už to jsou sociální pracovníci v sociálních službách, nebo sestry, nějakou dobu stínují kolegy, co tam jsou. Chodí s nimi na intervence, a poté to přechází do fáze, kdy intervence vedou, ale zároveň mají s sebou někoho, kdo je v týmu delší dobu a kdo jim dává zpětnou vazbu. To je způsob, jak se sladit.“ (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 11. 9. 2020)

Dalším doporučením, které se vyskytlo opakovaně, bylo posílení povědomí o této nové službě zejména mezi širokou veřejností, ale i mezi potenciálními klienty a jejich rodinami a také mezi dalšími pracovníky ve zdravotnictví.

- „Myslím si, že by bylo dobré, kdyby se o tom více mluvilo. (...) Stalo se mi, že to pacient využil, když se dozvěděl, že někdo jiný tuto službu konzumuje.“ (Ambulantní psychiatr, rozhovor ze dne 14. 9. 2020)
- „Myslím, že by byla potřebná propagace mezi běžnými občany i mezi ostatními zdravotníky; oni vůbec nemají páru.“ (Zdravotní sestra, rozhovor ze dne 7. 10. 2020)
- „Stále musíme laické veřejnosti vysvětlovat, co je CDZ; lidé tomu nerozumí a nerozumí tomu ani odborná veřejnost, jako jsou lékaři. Když s námi někdo vstoupí v kontakt kvůli řešení situace nějakého klienta, tak si troufám tvrdit, že ve většině případů s námi udělá dobrou zkušenost, a tím nám roste prestiž. To, co podle mě úplně nefunguje, je to, že tomu lidé nerozumí, nerozumí tomu úředníci na úřadech, byť jsme malý region a máme málo úředníků.“ (Sociální pracovník, rozhovor ze dne 7. 10. 2020)

V kontextu toho, aby se v ČR podařilo otevřít další CDZ, pracovníci FOKUSu vnímají situaci tak, že je velmi obtížné vybudovat bez jakékoli předchozí zkušenosti úspěšně CDZ v parametrech dle současného Standardu stanoveného MZ. Doporučením je, aby tato budoucí nová zařízení měla stanovené méně striktní požadavky (např. nižší úvazek psychiatra, prozatímní absenci klinického psychologa v týmu). Dále zaznělo doporučení, že vhodnější jsou menší spádové oblasti CDZ (cca 60 tisíc obyvatel), a to proto, aby multidisciplinární tým nebyl příliš veliký a bylo tak zajištěno, že všichni jeho členové budou navzájem dobře spolupracovat.

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

Karlovarský kraj věnoval zvýšenou pozornost službám pro osoby s duševním onemocněním už od roku 2010. Nejprve byl v letech 2010 a 2011 realizován projekt „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“²⁹. V rámci něho došlo k podrobnému zmapování stavu situace a potřeb z hlediska péče o osoby s duševním onemocněním a jejich rodiny a dále byla vytvořena

²⁹ Projekt získal podporu z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost (registrační číslo CZ.1.04/3.1.00/05.00034) ve výši 23 mil. Kč.



koncepte plánování a zavádění sociálních služeb v návaznosti na zdravotní péči. Navazující projekt „Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“³⁰, který byl realizován v letech 2012 až 2014, přinesl posílení sítě sociálních služeb o služby zaměřené na osoby s duševním onemocněním. Kromě toho došlo k vytvoření 3 platforem (každá pro jeden okres kraje), v nichž jsou zastoupeni sociální pracovníci, spolupracující zdravotničtí pracovníci a úředníci krajského a městských úřadů, kteří mají tuto agendu v odpovědnosti.

Respondenti jak z úrovně krajského úřadu, tak z městského úřadu města Cheb vnímají vznik a fungování CDZ pozitivně. Shodují se v tom, že v Karlovarském kraji je nedostatek vysokoškolsky vzdělaných odborníků a že CDZ jsou nástrojem, jak několik velmi potřebných odborníků do území dostat a udržet je zde.

„Do našeho kraje těžké natáhnout odborníky, jak ze sociální sféry, tak zdravotní, takže to většinou ztroskotá tady na tom. (...) chtěli jsme mít 3 centra, ale nakonec máme 2, za která jsme rádi, ale kdyby vyšlo třetí, tak bychom byli ještě radši.“ (Zástupce Krajského úřadu Karlovarského kraje, rozhovor ze dne 12. 10. 2020)

Shoda v názorech panuje také v tom, že jako nesmírně potřebné je z úrovně samosprávy vnímáno propojení zdravotní a sociální péče o klienty.

„A co je velmi potřebné, tak propojení zdravotní a sociální péče, což je u nás vlastně prakticky zatím velmi složité, protože stojí proti sobě dva zákony, zdravotní a zákon o sociálních službách, a mnohdy to nekoreluje. Tzn. u nás nějaká propojenost bohužel zatím úplně nefunguje. Jsou za tím trochu i zákony, tato problematika je vnímána jako trochu rozlišená. Koncepte CDZ se mi líbí, tedy že se snaží tyto neoddělitelné součásti pohledů na tuto problematiku spojit, protože bez toho nelze poskytovat klientům kvalitní péči.“ (Zástupce Městského úřadu města Cheb, rozhovor ze dne 5. 10. 2020)

V tomto směru je zajímavé, že koordinace kraje ve věci podpory CDZ přispěla podle respondenta k vyšší koordinaci odboru zdravotnictví a odboru sociálních věcí.

„Za rok se udělal velký pokrok, že se to začalo vnímat lépe, protože předtím zdravotnictví křičelo „to je vaše“ a sociálka křičela „to je zase vaše“. Teď bych řekla, že se dokážeme shodnout na kompromisu, spolupráce je už lepší.“ (Zástupce Krajského úřadu Karlovarského kraje, rozhovor ze dne 12. 10. 2020)

Konkrétní spolupráce města Cheb a CDZ probíhá tam, kde úředníci městského úřadu zajišťují roli veřejných opatrovníků klientů CDZ. V těchto případech je dle respondenta spolupráce velmi dobrá. Do budoucna vnímá městský úřad pro další postup plnění reformy psychiatrické péče jako potřebné řešit související sociální služby, zejména otázku bydlení.

Také v rozhovorech se zástupci dalších zdravotnických služeb z regionu bylo hodnocení CDZ pozitivní.

„Já to vnímám jako obrovské plus. (...) Mám několik lidí, kteří jsou izolovaní ve svém prostředí, a jedině, na co se já z ambulance zmůžu, je zařadit jim to cestou invalidity, ale cokoli dalšího, co by bylo potřeba pro zotavení, tam není. V tomto mi CDZ ve své podstatě velmi uvolňuje ruce, protože můžu dát kontakt na ně, a pak si společně řekneme, co já si představuji, že by klient potřeboval. Pro mě je to jenom plus. Nevnímám žádné negativum. Navíc to, že navážou kontakt do pár dnů, mi přijde jako velmi nadstandardní služba. Je to naprosto úžasné. Kolikrát takto rychle ani člověka nedostanu k hospitalizaci.“ (Ambulantní psychiatr, rozhovor ze dne 14. 9. 2020)

Psychiatr z území jako hlavní přínos CDZ uvádí zvýšení dostupnosti péče. Ačkoli sdílení pacientů se v případě respondenta týká jen několika málo osob, ocenil, že během jeho nepřítomnosti v ordinaci

³⁰ Projekt získal podporu z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost (registrační číslo CZ.1.04/3.1.00/05.00062) ve výši 13 mil. Kč.



(např. z důvodu dovolené), je psychiatr v CDZ připraven v případě potřeby pacientovi pomoci. Tato doplňkovost vyžaduje, aby se ambulantní psychiatr a CDZ koordinovali, ale přestože to tedy znamená jistou práci navíc, je to ze strany respondenta oceňováno (protože je to ve prospěch pacientů).

„Agenda se rozšířila o sdílení informací, ale to je i pro mě plusem, protože získávám pohled z druhé strany. To bych nevnímala jako negativum.“ (Ambulantní psychiatr, rozhovor ze dne 14. 9. 2020)

Zástupce Psychiatrické nemocnice v Dobřanech potvrdil, že nemocnice s CDZ spolupracuje. CDZ má podle něj potenciál přispět ke zkrácení hospitalizační doby v zařízeních typu psychiatrická léčebna díky tomu, že péče jimi poskytovaná je komplexnější a intenzivnější než je péče dostupná v běžné psychiatrické ambulanci. Problémem pro další implementaci reformy psychiatrické péče je dle respondenta nedostatečně rozvíjený sektor sociálních služeb, zejména služeb týkajících se bydlení znevýhodněných osob. Bez těchto návazných služeb bude další snižování počtu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů komplikované.

Respondenti v rámci týmu CDZ vnímají spolupráci s dalšími zdravotnickými zařízeními jako uspokojivé. Shodují se v tom, že ne všichni lékaři působící v regionu CDZ uvítali, nicméně většinou vnímají, že tato nová služba je přijímána kladně.

„Tam se to hodně liší podle lidí. Někteří odborníci, psychologové i psychiatři, teď myslím hlavně kliničtí, tak někteří uvítali novou spolupráci a využívají to také jako nástroj, odkážou svoje klienty na CDZ ne kvůli diagnóze, kterou si udělají sami, ale kvůli sociálně-rehabilitačnímu programu, který oni sami nedokáží zajistit. Obecně je ta spolupráce dobrá, já jsem si např. s jedním psychiatrem pravidelně telefonoval, samozřejmě se souhlasem klientů, předáváme si nějaké informace a je to ku prospěchu klienta. Pak jsou nějakí odborníci, kteří se cítili vznikem CDZ ohroženi. Měli jsme pocit, že se snaží soupeřit, dokázat, že ten člověk má jinou diagnózu. Nebo měli někteří psychiatři pocit, že jim můžeme nějaké klienty brát. Takové to soupeření o některé klienty, to se také v náznaku objevilo.“ (Psycholog CDZ, rozhovor ze dne 14. 10. 2020)

8. Budoucnost CDZ

CDZ dosud nemá jasnou představu, zda úhrady od zdravotních pojišťoven přinesou dostatečný objem prostředků, aby to pokrylo náklady na zdravotní složku. Vedení CDZ na základě informací o CDZ, která již působí mimo pilotní provoz, předpokládá, že by prostředky měly poskytování zdravotnických služeb pokrýt minimálně z velké části.

Pro sociální složku CDZ platí, že s Karlovarským krajem se podařilo dojednat, aby byla tato služba v celém rozsahu zařazena do sítě A sociálních služeb v tomto kraji. To znamená, že kraj je připraven prostředky na financování tohoto provozu (v rozsahu odpovídajícím všem dosavadním pracovním úvazkům) poskytovat (samozřejmě v závislosti na tom, jaký objem prostředků poskytne na sociální služby ze státního rozpočtu MPSV).

Podpora pro další působení CDZ je také na úrovni města Cheb. Město na přímý provoz sociální složky CDZ prostředky neposkytuje (pozn.: Karlovarský kraj prostředky na provoz sítě sociálních služeb od obcí nevyžaduje). Respondent zastupující městský úřad nicméně uvedl, že pokud by CDZ město požádalo o financování nějakého doplňkového výdaje (nad rámec provozu krytého prostředky poskytovanými krajem), pak bude snahou vyjít CDZ vstříc.



7.3.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ v Chebu

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

Rozhovory se zástupci Řídící rady, resp. zástupci zřizovatelů

1. Rozhovor se zástupcem Řídící rady

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Člen Řídící rady CDZ
Termín uskutečnění rozhovoru	15. 9. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jaké byly motivy pro založení CDZ v Chebu? Kdo stál v čele této iniciativy?

Respondent (R): To je širší problematika. FOKUS Mladá Boleslav vzniknul kdysi dávno ze zdravotníků, já jsem psychiatr. Do FOKUSu jsme šli jako do neziskovky dělat psychiatrickou rehabilitaci podle zdravotnických modelů, které jsme viděli v zahraničí. Nikdy jsme se úplně nepřizpůsobili nutnosti sociálních služeb, vždy jsme měli v týmech zdravotní sestry. Teď už to asi mohu říct, občas jsme načerno klientům monitorovali léky, protože to prostě patří k péči. Jedná se o duševně nemocné lidi a to slovo „nemocné“ má význam. A že to je v sociálních službách, je jen součást věci. Od začátku jsem já a několik dalších kolegů z FOKUS Mladá Boleslav součástí asi 80členné platformy, která definovala standard CDZ. Původní programové prohlášení je, že se jedná o typ služby, kterou potřebujeme, která tu chybí, kterou chceme dělat. Za dané situace bylo jasné, že FOKUS Mladá Boleslav musí s něčím jít do projektových výzev a ve druhé vlně jsme zakládali tři CDZ – v Karlových Varech, v Chebu a v Mladé Boleslavi. Bylo to ze stejné motivace – jednalo se o projekt, který jsme chtěli dvacet let.

T: Říkal jste, že jste vše dělali až ve druhé vlně. Proč jste nezačali už v první vlně?

R: Protože první vlna byla vypsána na konkrétní místa, která vznikla na základě předběžného mapování toho, jak jsou kde připraveni. My jsme se do prvních pěti nedostali, protože Praha-Bohnice ve spolupráci s FOKUS Praha dělali předprojektové CDZ, byli naprosto dokonale připraveni. Takže to bylo vypisované na konkrétních pět míst, od kterých se očekávalo, že to mají nastavené tak, že to mohou rovnou spustit. Nám to ani nevadilo. Půlroční nebo třičtvrtěroční zpoždění nevadilo. A co se týče konkrétně Chebu, Cheb a Karlovy Vary jsou především dílo (...), který několik let vedl v Mladé Boleslavi komunitní tým. Poté se přestěhoval z osobních důvodů na Karlovarsko a řídí služby, které tam postupně vznikaly ve spolupráci s krajským úřadem. Cheb a Karlovy Vary jsou jeho dílo. Je to obrovský kus práce, protože na Karlovarsku se potýkají s personálními problémy, je tam málo služeb, málo odborníků a (...) se povedlo domluvit s Bohnicemi a v rámci projektu Norských fondů zřídil v Chebu psychiatrickou ambulanci navázanou na tým komunitní a sociální rehabilitace, ve které stážovali mladí psychiatři z Bohnic. Bylo to formou zapůjčení zaměstnance a financovalo se to z Norských fondů. Rok a půl před vznikem CDZ nám tedy fungovalo jakési protoCDZ bez psychologa, ale bylo to připravené. Ze stážujících kolegů nám jeden v Mladé Boleslavi zůstal napořád. A druhá kolegyně je do současnosti v Chebu. Podařilo se přivést mladé psychiatry.



T: Jak CDZ v Chebu vznikalo? Jaké byly komplikace? V ČR by mělo vzniknout dalších asi 70 CDZ. Máte nějaké tipy, čeho se vyvarovat?

R: Dle mého názoru to v Chebu vznikalo optimálním způsobem – ze zaběhlého, několik let fungujícího a silného týmu sociální rehabilitace (vždy to bylo s určitým klinickým přesahem) a s naší vlastní psychiatrickou ambulancí, která tedy nefungovala jako standardní psychiatrická ambulance, ale jako psychiatr pro tým. Bylo to připravené po krocích a projekt znamenal pouze formální spuštění a samozřejmě finanční prostředky pro doplnění týmu o další medicínské profesionály. Komplikací bylo minimum. V Chebu jsme se potýkali s komplikacemi dva roky před tím. To jsme v Chebu otevírali chráněné bydlení a poprvé jsme se setkali s odporem místních obyvatel. Byl to takový ten odpor typu „ne na mém dvorku“. Vadilo jim, že dům chráněného bydlení je naproti gymnáziu a vedle školky. Radnici bylo zorganizováno několik mítinků, kde jsme vše vysvětlovali a nechali na sebe řvát několik militantních paní, které chráněné bydlení nechtěly. A my jsme jen čekali, kdy se svou agresivitou zoškliví ostatním, což šlo celkem rychle. A při slavnostním otevření přišli sousedi už jako sousedi, komunikovali a ve chráněném bydlení se dva roky nestal žádný průšvih. Jediné, co bylo, když jsme potřebovali pro CDZ souhlasné stanovisko, starosta v Chebu se nás ptal, zda je možné čekat podobnou reakci od občanů. Ne že by nás nechtěl podpořit, ale ptal se, co může čekat. My jsme ho ujišťovali, že je to především terénní služba, že nedojde ke zvýšenému výskytu našich klientů na jednom místě atd. A to už proběhlo v naprosté tichosti, občané už měli jiné starosti.

T: Zmínil jste, že jste měli protoCDZ se zapůjčeným psychiatrem z Bohnic a že jste neměli psychologa (ve srovnání se současným stavem CDZ). Nebyl problém sehnat klientského psychologa? Protože jsem slyšela, že je to kvalifikačně tak náročně definované, že to bývá problém.

R: Byl. A to není jen v Chebu, to je ve všech CDZ. Klinických psychologů je málo. Noví přibývají velmi pomalu, protože kvalifikační kritéria jsou nastavena Asociací klinických psychologů velmi tvrdě. A přitom Asociace klinických psychologů jako správná cechovní organizace stojí za svými pravidly a nepřipouští úlevu. Já si myslím, že by v CDZ stačili psychologové ve zdravotnictví, kteří by si postupně dodělávali kvalifikaci, a můj kacířský názor je, že v CDZ je klíčové, aby tam byl kvalifikovaný terapeut pracující pod supervizí a vnášel psychoterapeutický pohled do multitýmu. Jestli je to klinický psycholog, nebo vycvičená a supervidovaná sestra, s tím já bych se ochotně smířil. Ne tak kliničtí psychologové, pro ty je to nepřijatelné.

T: Věřím, že v komunikaci s Ministerstvem zdravotnictví se toto téma čas od času diskutuje. Kdyby byl prostor na zmírnění standardu v tomto aspektu, asi by se to dělo, ne?

R: Myslím, že s tímto názorem nejsem sám. Ale na druhou stranu, postavení Asociace klinických psychologů je velmi silné a mají silné argumenty o tom, že vysoká kvalifikace a v zásadě šestiletá postgraduální příprava je záruka kvality a že bez kvality to nejde. Nechtějí slyšet o tom, že by v tuto chvíli dávalo smysl snížit kritéria kvality, aby se zvedla dostupnost. Super kvalitní péče, která je dostupná sedmi až osmi procentům těch, kteří ji potřebují, není nijak efektivní řešení.

T: Mohl byste v krátkosti popsat, jak byl vznik CDZ v Chebu vnímám ze strany kraje / města (obecně subjektů samosprávy)?

R: Jedná se o výjimečnou situaci, kdy služby pro duševně nemocné vznikaly na základě velkého projektu kraje. Byl to plánovitý, ve spolupráci s námi a s podporou kraje. Že budeme služby transformovat do CDZ, až nastane správný čas, o tom úředníci ze sociálního odboru a radní pro sociální věci věděli možná



dva roky dopředu. Byla tam celkem jednoznačná podpora z kraje. Dalo by se to jen a jen chválit, nebýt takové drobnosti, že současně probíhala kontrola starých evropských projektů na sociální rehabilitaci. A kraj si nechal udělat externí projekt týkající se prokazování nepříznivé sociální situace. Metodika je od začátku kompletně špatná, ale protože byla koupená, připomínky sociálních služeb nebyly moc brány v potaz. O dva roky později se vytvořil kontrolní odbor, který se to jal kontrolovat a vyměřovat pokuty za to, že se nedodržovalo prokazování nepříznivé sociální situace. Což je bizarní při klientele, které naše služby mají – lidé se SMI, čili pod 70 v GAFu. Jsou to lidé, kteří, když to řeknu mimo odborný rámec, jsou v průšvih. A to poměrně velkém. Folklor s prokazováním nepříznivé sociální situace je šaškárna u lidí, kteří jsou 10 let v invalidním důchodu s chronickou paranoidní schizofrenií, nemají žádné přátele a náplň dne.

T: Museli jste odvádět finanční prostředky?

R: Ano, zaplatili jsme pokutu něco přes milion. My tím byli otřeseni. Ono se to týkalo i změny politického vedení kraje, kdy kontrolní odbor, alespoň si to myslím, chtěl prokázat nekvalitní práci sociálního odboru a my byli jen figurky na šachovnici. Bylo to znejišťující, že kraj, který nás podporuje, se kterým máme dohodnutý společný plán a celkem úspěšně ho naplňujeme, nás kvůli mocenským bojům existenčně ohrozí.

T: Už jste si to vysvětlili? Nebo máte dojem, že vám hrozí další pokuta?

R: Hrozí další. Na základě toho jsme poté nešli do dalšího individuálního projektu kraje a službu sociální rehabilitaci máme financovanou přes standardní financování přes MPSV, byť o něco hůř. Ale právě z toho důvodu, aby nebyla kontrolována tímto kontrolním orgánem. Nelze to najednou naplnit. Splnit standardy toho, jak má vypadat práce v CDZ, a současně dokazovat nepříznivou sociální situaci, by omezovalo možnou klientelu. Prostě by to nešlo. Jsou to dvě nekompatibilní kritéria. A kraj už od určité chvíle nemohl přiznat, že je to celé nesmysl, takže off record nám říkali, že je jim to líto, ale že to nyní už tak musí být. Je to metodika, která nejde dohromady s CDZ, protože půl CDZ je tým sociální rehabilitace. Budeme o tom ještě vyjednávat. Začala s tím pracovat Kancelář veřejného ochránce práv, která kraji předběžně vytýkala, že způsob, který nastavili, je neúměrným omezením přístupu k sociálním službám, a tedy v rozporu s tím, co říká zákon o sociálních službách o tom, co mají dělat kraje. Celé to ale zamrzlo výměnou ombudsmana. Takže se ještě uvidí, je to běh na dlouhou trať. Ale nějak to půjde.

T: A když se přesuneme k tomu, jak CDZ vnímá město? Fandí vám, podporují vás, nebo jen tak neutrálně pozorují?

R: Myslím, že město Cheb je vyloženě příznivé. I přes onu událost s chráněným bydlením. Nebylo to pro ně úplně snadné, protože o zřízení bydlení město nerozhoduje. My jsme dům koupili a kraj ho zaregistroval do sítě, takže městský úřad si připadal, jako že byl obejit, a poté jen čelí negativním reakcím sousedů. Ale to se dobře upravilo. A myslím, že nás město hodně podporuje. Nyní běží vyjednávání, které, myslím, snad dopadne dobře, o městském bytu pro psychiatra. Město byt poskytne, abychom měli šanci tam psychiatry udržet. Město o to stojí, a to je zlepšení proti situaci, kdy v Chebu byly dvě psychiatrické ambulance a jinak nic.

T: Když jste zmínil, že lékařů bylo málo, mohl byste charakterizovat vnímání CDZ ze strany jiných psychiatrů, ale i praktických lékařů? Protože tam je nějaká interakce, zachytávání potenciálních pacientů...



R: Nezaznamenal jsem žádné problémy ve spolupráci s praktickými lékaři. Spolupráce s psychiatry je většinou také dobrá. Až na jednu výjimku. Na Karlovarsku žije psychiatr, který je proslaven tím, že se soudil prakticky s každým. A tomu se nelíbí nic, co nevymyslel. Prý už v době přípravy Norských fondů podával stížnost na komoru s tím, že se jedná o učebnicový příklad potulné praxe. Zajímavé je, že termín potulná praxe nemá žádnou oporu v zákoně, takže těžko říct, na co si stěžoval. Jemu se rozhodně nelíbíme, ale jinak je spolupráce s ostatními poměrně dobrá.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu? V čem se odlišuje od situace, kdy byste měli jen sociální pracovníky? U vás to děláte dlouhodobě, takže to nebylo jen kvůli projektu CDZ, ale přesto to má svá specifika, je to tak?

R: Právě. Je to o dost jednodušší tým, že dvě karlovarská CDZ vznikla jako projekt jednoho předkladatele FOKUSu, který dával projekt na sociální i zdravotní část. V Boleslavi to bylo napůl s Kosmonosy. Samozřejmě to je o mísení kultur, byť myslím, že to jde dobře a v klidu. V Chebu pracoval s týmem psychiatr už rok a půl. Nemyslím si, že by se cokoli změnilo v řízení týmu, v logice, spíše je to o organizaci práce, aby specialisté byli optimálním způsobem zapojeni a vytíženi. Samozřejmě tím, jak kolovali stážíující psychiatři, je to někdy horší, někdy lepší. Potřebujete člověka, který umí dobře fungovat v týmu. Aby uměl komunikovat s lidmi. Když přijde nekomunikativní expert, který ví, jak věci mají být, může to vést ke konfliktům, protože zkušení sociální pracovníci také vědí, jak věci mají být.

T: Je něco, co se vám osvědčilo, když usilujete, jak jste říkal, o mísení kultury lékařů a sociálních pracovníků?

R: V týmech (a přeneslo se to i do projektů CDZ) máme velmi dobře nastavená pravidla týmového fungování. Všechny týmy mají týmovou schůzi každé ráno na půl hodiny. Myslím, že většinou je potřeba dát týmu co nejvíce prostoru, aby měl možnost pracovat dohromady, diskutovat konkrétní věci a pokud to jen trochu jde, administrativu spojenou s projektem dělat jinde, mimo tým, aby se tím nemuseli trápit. To je dobrý tip. Ale samozřejmě to v běžném provozu nejde úplně stoprocentně.

T: Vykazování spadne na ně? Oni musí dělat evidenci?

R: Přesně. V pilotní fázi může nastat změna, že může být jedno, kdo kolik nakóduje na pojišťovnu. Ale ve chvíli, kdy to bude znamenat příjem pro zdravotnickou část, už to tak úplně jedno není. To nejspíš způsobí větší administrativní zátěž zdravotníků. Postupně před skončením projektu to do týmů vnášíme a testujeme a zatím si myslím, že je to bez větších problémů.

T: Výkaznictví pro zdravotní pojišťovny se podle vás podařilo nastavit? Já jsem slyšela, že je to složité, že výkonů je moc.

R: My to nevíme. Nejistotu se snažíme nepřenášet do týmů, protože ono to nějak dopadne a jejich starost to není. Ale před koncem projektu nejsme schopni udělat detailní kalkulaci, kolik můžeme nakódovat a jak to vychází finančně, protože to, co informační systém produkuje, je jen část obrazu. Generuje výstupy v penězích, ale přepočítává kódy, které nepatří CDZ a byly do CDZ jen přenesené. Přepočítává náklady za léky, ale nedává celkový obrat. Signální výkony se musí udělat v Excelu a z nich udělat rámcový odhad. Těžko říct, protože z pěti CDZ, které na pojišťovnu jedou, čtyři nařikají, že je to blbě, jedno CDZ říká, že to jde dobře zvládnout. Uvidíme, nějak si poradíme.

T: Máte nějaké postřehy k administraci projektu jako takového? Máte nějaké tipy pro další CDZ, která budou podporována Ministerstvem zdravotnictví z dotace?



R: Týmy jsou hodně samostatné. Můj úkol je, že jejich oznámení změn projektu a monitorovací zprávy elektronicky podepisují a většinou je nečtu. Ale je pravda, že to znám z Boleslavi a tam je to stejné. Administrace projektu je zatížena tím, že je tam jeden stupeň navíc, že příjemcem projektu je MZ a poskytovatelem MPSV, tím přibyla další úřednická vrstva s dalšími požadavky. Vždy když vznikne další level řízení, vytvoří si vlastní formuláře a požadavky. CDZ projekty nejsou komfortně udělané. Jde to samozřejmě zvládnout a už jsem viděl i horší věci, ale je to trochu otrava.

T: Jaká je informovanost o CDZ mezi odbornou a laickou veřejností? Vnímáte to jako něco, co je třeba posilovat, nebo si myslíte, že si cílovou skupinu vždy najdete?

R: Oboje. Tím, že to jsou specializované služby, které fungují pro lidi s SMI, co se týče získání klientely, je klíčová spolupráce s psychiatrickými ambulancemi a lůžkovými zařízeními ve spádové oblasti.

T: A to se vám daří?

R: Ano. To už muselo být pro tým sociální rehabilitace. Co se týče toho dostat se ke klientele a najít správné lidi, k tomu není potřeba žádná velká publicita. Vzhledem ke stigmatizaci může být dokonce v některých situacích kontraproduktivní. K tomu bychom to vůbec nepotřebovali. Nutno také říct, že FOKUS Mladá Boleslav je v publicitě své práce hodně slabý. My se tomu moc nevěnujeme. Karlovarská střediska jsou na tom v tomto ohledu lépe než staré jádro. Pro fungování služeb jako takových to z krátkozrakého hlediska nutné není. Na druhou stranu, z jiných hledisek to potřeba je: publicita reformy, postupná změna postojů, přijímat fakt, že lidé s vážnými duševními poruchami jsou vaši sousedé atd. V tomto ohledu proběhlo několik poměrně dobře zorganizovaných a rozsáhlých akcí, jak v Karlových Varech, tak v Chebu. Myslím si, že je to dobře. Bezprostřední výsledky nevidíte, to je běh na dlouhou trať.

T: Okomentoval byste to tedy tak, že se to nějakým způsobem daří, zlepšuje? CDZ v Chebu a v Karlových Varech podnikla kroky, aby oslovila veřejnost, aby na sebe upozornila a zdůraznila, že napomáhá komunitě; je to tak?

R: Ano. Já myslím, že se udělalo relativně dost. Rozhodně více, než co umíme udělat v Boleslavi.

T: Mohl byste prosím vlastními slovy popsat, co zřízení CDZ v Chebu přineslo? Pro FOKUS jako zřizovatele, pro klienty, pro region. Co se v regionu změnilo, když začalo fungovat CDZ?

R: Pro FOKUS to znamená legalizaci způsobu práce, kterou tak jako tak chceme dělat. Tzn. poskytovat komplexní zdravotně-sociální službu a být si jistí, že je to v souladu s legislativou a že nikdo nemůže přijít a ptát se nás, jak to že někomu kontrolujeme léky.

T: Vy jste řekl v souladu s legislativou. Ale CDZ ještě pořád není ukotveno v žádném zákoně. To nevadí? Vám postačuje to, že existuje standard a že Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo, že toto je pilíř?

R: Existuje standard a metodický pokyn MPSV o tom, jak má vypadat sociální část CDZ. Ten jsme taky dělali a ten je správně. Novela zákona o sociálních službách by byla samozřejmě lepší, ale z praktického hlediska to nyní nevnímám jako extrémně rizikovou situaci. Ve chvíli, kdy se jedná o projekt zaštitěný Ministerstvem zdravotnictví, nečekám, že stát najednou začne říkat, že je to bezprávní zvuče.

T: Že je to potulná praxe?

R: Ano, přesně tak. V porovnání s dobou před pěti jsme nyní v tom, co děláme, podstatně bezpečnější. Ačkoli proces není ukončený, a měl by být, ale... Nicméně zpět k otázce, co to přineslo pro klienty a pro



region. Na Karlovarsku nebyly služby pro duševně nemocné. Byla tam síť psychiatrických ambulancí, ale byla deficitní. Lidé s dlouhodobou hospitalizací jsou v Dobřanech, což je jiný kraj a dvě hodiny cesty přes kopce. Kapacita dvou CDZ není podle mě o tom, že by změnila život všech lidí na Karlovarsku s vážnou duševní poruchou k lepšímu, že by nemuseli být hospitalizováni atd., ale je to první krok. Jsou tam služby, dokážeme personálně zajistit vytvoření třetího CDZ v Sokolově, s krajem jednáme o vytvoření akutních lůžek (ideálně v nemocnicích v Sokolově a v Karlových Varech). Dovedu si představit, že během patnácti let může vzniknout slušný systém péče pro danou cílovou skupinu pokrývající plošně celý kraj.

T: Ale předpokládám, že podmínkou je, že na to musí být prostředky. Proto bych se ráda zeptala na financování CDZ v Chebu poté, co skončí podpora z ESF. Vy jste říkal, že peníze na zdravotní složku ještě nevíte, že to bude překvapení.

R: Víme ale, že nějaké jsou. A víme, že z pěti prvních CDZ žádné nezavřelo, nezkrachovalo. Takže i když naříkají, přinejmenším to umožňuje alespoň po nějakou dobu službu udržet. Pro sociální část máme v síti zaregistrováno příslušné navýšení. S krajem se dobře plánuje. Zaplacení sociální části máme zajištěné. Samozřejmě ale na úrovni, jak nyní vypadá financování sociálních služeb. Dá se očekávat problém. Např. díra ve zdravotnickém financování, na tu máme připravené určité rezervy. Můžeme čekat, že nebude snadné držet dvojí úroveň mezd v multitymech, jednu úroveň, podstatně vyšší, pro zdravotníky, a jinou úroveň pro pracovníky v sociálních službách (ale obvyklou v tomto ranku). Dlouhodobě to bude přinášet potíže. Tlak na navýšení financování sociálních služeb, aby byly financované ve mzdové úrovni jako má zdravotnictví, je potřeba, ale...

T: Přiznám se, že si vůbec nedovedu představit, že by MPSV navýšilo ze státního rozpočtu mzdy sociálních pracovníků např. o 40 %.

R: Ano. Ale každý rok něco takového dělají, alespoň o kousek.

T: Jsou další předpoklady, které myslíte, že je třeba změnit / naplnit, aby se vám v budoucnu dobře fungovalo? Až nebude podpora z ESF?

R: Byl bych rád, kdyby se povedlo rychle vytvořit kritéria kvality CDZ. Je to projekt, který běží pod MPSV, pilotní audit. Poté by existovala jedna jediná materie požadavků, které CDZ musí naplnit tak, aby bylo přijatelné. A ne aby to bylo roztržštěné do milionu typů kontrol – kontrola standardu zdravotnických služeb, kontrola standardů sociálních služeb, kontrola projektového financování sociálních služeb atd. Neustále je tam někdo na kontrole a každý chce něco jiného. Říkám si, že by bylo pěkné, kdybych se dožil doby, kdy by to byla klasická standardizovaná péče.

T: Z toho, co vím o CDZ, např. o těch, která fungovala už v první vlně, jsem trochu nabyla dojmu, že každé CDZ má trochu jiný profil. Že organizace, které byly u jejich zrodu, jim vtiskly jinou tvář / zacílení. Např. v Havlíčkově Brodě mě zaujalo, že se rozhodli, že jsou „průtoková organizace“, že vezmou klienta těsně po propuštění z nemocnice nebo léčebny, věnují mu třeba tři měsíce, ale jejich vize je, aby fungoval samostatně pouze se svým ambulantním psychiatrem, a ze svých služeb ho po určité době pustí pryč. Kdežto když jsem mluvila s panem (...), říkal, že toto jako vizi chebského CDZ nevidí. Že to vnímá spíše tak, že péče je kontinuální. Že případy jsou natolik složité a lidé mají horší a lepší dny, ale že CDZ je pořád potřebné. Je to tak? Nevadí vám, že každý má úplně jinou filozofii?

R: Tomu se nedá zabránit. Ve chvíli, kdy se testují piloty, jsou nastavené volně. Týmy a poskytovatelé si do nich vnášejí své vidění světa. A to je možné kultivovat, ale časem. Kdyby se na začátku do detailu



řeklo, jak CDZ musí fungovat, třicet pilotů by se nemohlo otevřít, otevřelo by se jich např. jen pět a za rok by se stejně jen s malou mírou jistoty vědělo, jak fungují. Je to nutné zlo. Rozumím tomu, některá CDZ fungují více jak akutní služba, některá (např. v Přerově) jsou doplněním služeb, které už v regionu existovaly, a jde o kontinuální dlouhodobou péči. My si myslíme, že CDZ má umět oboje. Všechny naše týmy jedou ve FACT modelu, což je dvoustupňová udržovací péče o lidi, kteří toho moc nepotřebují, a krizová péče o lidi, kteří se ocitají v situaci ohrožení, v relapsu, v době vážných životních událostí atd. Myslím, že to jakž takž umíme, samozřejmě bychom to měli umět o dost víc, ale myslím, že CDZ by měla představovat základní síť komunitních služeb pro danou cílovou skupinu a měly by být pro region schopné zvládnout obojí.

T: Když jste hovořil o standardech a auditování CDZ, nehrozí, že by standard / parametry kvality omezily něco, co vy vnímáte jako elementární součást poslání CDZ?

R: Zatím to takto nevnímám. Spíše vnímám jako riziko, že se audity kvality neprosadí, že skončí v pilotu, nebo že se prosadí a bude to čtvrtý způsob kontroly CDZ. To jsou podle mě rizika, ale jak jsou formulovány principy kvality a koncipován audit kvality, nevnímám audit jako ohrožení. Je hodně ovlivněný holandským koncipováním FACT modelů, které jsou postaveny na několika klíčových kritériích, která musí být naplněna, ale jinak je to o bodovém skóre. Konkrétní CDZ může v řadě věcí kritéria kvality nenaplnit, ale stejně projít např. s výzvou, ať do dvou let dané parametry vylepší. Je to odlišné od systému standardu sociálních služeb, kde, když máte chybičku ve standardu 17, měli byste zavřít. Ty pracují s něčím, co vzniklo jako optimální standard, ale je poté kontrolováno a prosazováno jako minimální standard. Jelikož to pracuje s bodovým skóre, je mnohem jasnější, že to, co audit kvality deklaruje, je optimální standard a tomu je možné se přiblížit. Je potřeba se mu přiblížit do určité hranice, aby to bylo uznatelné.

T: Rozumím tomu správně, že audit kvality nebude znamenat tlak na akcentování akutní péče, nebo na kontinuální poskytování průběžné péče, jak jsme o tom před chvílí mluvili, protože by se tam mělo vejít oboje? Že někdo bude mít víc bodů za něco a někdo za něco jiného?

R: Bude. Ale nemělo by to být koncipované tak, že CDZ, které nedělá kontinuální péči, by mělo být odříznuté od financování a zavřené. Mělo by být spíše motivované k tomu, aby tuto složku doplnilo.

T: Máte tipy / doporučení pro nová CDZ, co budou vznikat? Co by měla udělat sama nebo co by jim Ministerstvo zdravotnictví mělo vnutit?

R: CDZ je nyní přes třicet a v přípravě jsou další. Všechna vznikala na místech, kde to bylo nějakým způsobem alespoň trochu připravené. Týmy se na to nějakou dobu připravovaly, sháněly personál. Co doporučit vznikajícím týmům? Nyní budou na řadě malé místní organizace, které to musí vybudovat z hodně mála. Myslím, že aby to bylo vůbec možné, znamená to plošnou podporu, možná ne přímo CDZ, ale určitých multidisciplinárních týmů, na které nebudou tak striktní personální požadavky. Že budou např. moci začít v pěti šesti lidech a s částečným úvazkem psychiatra, ideálně bez klinického psychologa. Je to o dost nižší standard, ale aby vzniklo hodně zárodků pro to, co se může posléze kultivovat do plnohodnotných CDZ. My ale v krátké době nemáme v ČR dost lidí na to, aby mohla vzniknout síť asi 120 CDZ. I to je málo. Ta CDZ by měla být menší. Tím, že je ve standardu uvedeno do 140 nebo 120 tisíc obyvatel, teď si nejsem jist, ale když si spočítáte optimální case load, je to kolem třiceti pětatřiceti zaměstnanců a to je moc na dobře fungující tým. Logika by se měla posunout ke spádovým oblastem kolem 60 tisíc a multitýmy do 20 lidí. Ale to poté není o oněch 108 nebo 150, jak to bylo naplánováno.



T: Na to nicméně nejsou personální kapacity, zejména v klíčových profesích jako je psycholog a psychiatr.

R: Výhledově můžou být. Ale také je potřeba, aby centra, která vzniknou, dobře fungovala a nezanikala. A aby u mladých profesionálů z hodně žádaných profesí vznikal pocit, že mají jistou práci. V současné době vám řada lidí, které by to i zajímalo, řekne, že je to jen projekt a že mají hypotéku, takže zůstanou raději v nemocnici. Ale na základě dvou tříletého slušného fungování CDZ se situace může změnit a může se změnit vnímání toho, jak perspektivní a jistá práce to je. Může to přitáhnout lidi, kteří dnes nejsou rekrutovatelní z obav, že to není jisté zaměstnání.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. FOKUS Mladá Boleslav usiluje o poskytování takového typu péče, kterému se věnují CDZ, už více než 20 let. Aktivně se zapojoval i do přípravy reformy psychiatrické péče, včetně přípravy Standardů CDZ. Konkrétně v Chebu založení CDZ předcházela cca 1,5 roku trvající spolupráce FOKUSu jakožto poskytovatele sociální rehabilitace a chráněného bydlení a Psychiatrické nemocnice Bohnice, která do Chebu zapůjčovala své psychiatry na několikaměsíční stáže. CDZ díky tomu vzniklo na základě již etablované spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků v péči o osoby s duševním onemocněním.
2. Respondent uvedl, že na Karlovarsku je problém sehnat kvalifikované odborníky. Konkrétně pro pozici klinického psychologa doporučuje, aby došlo ke snížení kvalifikačních předpokladů. („Já si myslím, že by v CDZ stačili psychologové ve zdravotnictví, kteří by si postupně dodělávali kvalifikaci, a můj kacířský názor je, že v CDZ je klíčové, aby tam byl kvalifikovaný terapeut pracující pod supervizí a vnášel psychoterapeutický pohled do multitýmu. Jestli je to klinický psycholog, nebo vycvičená a supervidovaná sestra, s tím já bych se ochotně smířil.“)
3. Karlovarský kraj si posílení služeb pro osoby s duševním onemocněním stanovil jako cíl před několika lety, díky tomu mají aktivity FOKUSu podporu. O plánovaném spuštění CDZ měl kraj informace dopředu a toto úsilí jednoznačně podporoval. Také z úrovně města má FOKUS podporu, aktuálně se projednává poskytnutí bytu pro psychiatra CDZ, což by mělo působit jako motivace pro to, aby se kvalifikované odborníci o pozice v Chebu ucházeli, resp. aby na působišti nadále pracovali.
4. Finanční situaci po ukončení podpory z ESF prozatím CDZ nedokáže hodnotit; respondent nicméně věří, že prostředky by měly na provoz postačovat, resp. že FOKUS si nějakým způsobem poradí.
5. Do budoucna doporučuje přijmout opatření, aby se zmenšily (či zrušily) rozdíly v odměňování mezi odborníky ve zdravotnictví a v sociálních službách.
6. Pro budoucí CDZ respondent doporučuje, aby bylo umožněno, aby nejprve vznikala menší multidisciplinární centra, na jejich personální obsazení budou kladeny menší nároky. Tato centra by postupně měla potenciál přerůst do podoby CDZ tak, jak nastavuje současný Standard CDZ. („My ale v krátké době nemáme v ČR dost lidí na to, aby mohla vzniknout síť asi 120 CDZ. I to je málo. Ta CDZ by měla být menší. Tím, že je ve standardu uvedeno do 140 nebo 120 tisíc obyvatel, teď si nejsem jist, ale když si spočítáte optimální case load, je to kolem třiceti pětaticeti zaměstnanců a to je moc na dobře fungující tým. Logika by se měla posunout ke spádovým oblastem kolem 60 tisíc a multitýmy do 20 lidí.“)



2. Rozhovor se zástupcem zřizovatele

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Zástupce zřizovatele
Termín uskutečnění rozhovoru	11. 9. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak vznikla myšlenka, že FOKUS půjde do založení CDZ v Chebu? Co bylo motivací? A eventuálně, mohl byste uvést konkrétní lídry / tahouny?

Respondent (R): Hlavní idea je od (...), což je odborný ředitel FOKUS Mladá Boleslav. Ta myšlenka spadá do 90. let, kdy proběhl první projekt. Tenkrát to myslím byly holandské projekty MATRA, ze kterých měly vzniknout první tři case managementové nebo multidisciplinární týmy. Tenkrát to byl FOKUS Mladá Boleslav, PDZ a ESET-HELP. To byl první pokus o vznik takovýchto věcí. Pokud se nepletu, (...) je jeden z prvních, kdo se začal hodně systematicky věnovat metodě case managementu a ta je u těchto věcí spjatá s multidisciplinaritou atd. Dlouhá léta to bylo tak, že FOKUS Mladá Boleslav byl na poli sociálních služeb, ale myslím, že vize byla mít sociálně-zdravotní týmy tak, aby tam byly zastoupené všechny profese. Posunulo se to dále někdy kolem roku 2003 nebo 2004, tak to plus minus odhaduji, kdy (...) jako odborný ředitel přišel s holandským modelem case managementu, což je kombinace individuálního case managementu a selektivní léčby, který je pojmenováván jako FACT model a kombinuje tyto dvě formy: individuální práce s klientem, jeden na jednoho, a asertivní komunitní léčbu, která je o intenzivním sdílení klientů v krizových a rizikových situacích, které jsou definované v rámci modelu. Je tam i podmínka, jak FACT týmy mají vypadat personálně atd. Dále se to posunulo přes projekt Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, kdy vznikla možnost to vyzkoušet. K FACT týmům se totiž v ČR hlásilo více týmů, nebo minimálně hledaly inspiraci, takže Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví mělo projekt na FACT audity, tzn. zjišťovalo se, jak týmy, které se inspirovaly, nebo se k tomuto modelu hlásí, nakolik jsou modelu podobní a také se řešily věci okolo personálu atd. Bylo to přibližně ve stejné době, kdy vznikal standard Center duševního zdraví. Bylo to někdy od roku 2015 nebo 2016, jestli se nepletu. V pracovní skupině jsem byl já s kolegou (...) za sociální část Center duševního zdraví, takže jsme u toho byli. Myslím, že právě FACT model byl jedním z hlavních inspiračních zdrojů. Jestli se nepletu, někdy koncem roku 2013 byla možnost podat žádosti na Norské fondy, které byly zaměřené na psychiatrii, a tam je úplně první počátek základu CDZ v Chebu.

T: Ty věci, co jste říkal, že pan doktor (...) inicioval, to byla Mladá Boleslav?

R: Ne, my jsme se k tomuto modelu přihlásili tady na Karlovarsku, protože v Mladé Boleslavi v té době byli tahouni, kteří ten model prosazovali. A naše služby tady v té době byly na začátku. První vznikly v Karlovarském kraji někdy v roce 2011, vznikla sociální rehabilitace a sociálně-terapeutická dílna.

T: Nositelem byl FOKUS?

R: Ano, FOKUS Mladá Boleslav. Máme jedno IČO. Jsme vlastně detašované pracoviště, pobočka FOKUS Mladá Boleslav v Karlovarském kraji. My jsme se od začátku k modelu přihlásili a byla snaha s ním zde pracovat a posouvat se co nejvíce k multidisciplinaritě, což poté nabídly Norské fondy někdy v roce 2014. Myslím, že v tomto roce začaly běžet. A to je to, co se povedlo a dalo nám možnost, aby Centra duševního zdraví vznikla v Karlovarském kraji. Nejenom v Chebu, ale i v Karlových Varech, i když Cheb tomu dal základní kámen. A to bylo, že se nám podařilo otevřít psychiatrickou ambulanci ve spolupráci



s psychiatrickou nemocnicí Bohnice, kde bylo stážovní místo pro lékaře. Tím pádem jsme se dostali ze sociální oblasti na pole zdravotnictví, poskytování zdravotních služeb. A jelikož paralelně s tím začal běžet proces vzniku standardu, začaly se připravovat podklady k tomu, aby CDZ mohlo vzniknout. To znamená, že i když jsme byli na poli sociálních služeb, snažili jsme se, aby tam nějaká multidisciplinarita byla. To znamená, že jsme v té době už měli i nějaké sestry. Bohužel v té době musely mít i nějakou druhou kvalifikaci, minimálně pracovníka v sociálních službách, ale my jsme je začali i školit někdy kolem roku 2015 nebo 2016. Data berte trochu s rezervou, prosím. Takže jsme začali sestry vycvičovat, aby měly specializaci v psychiatrii. To se nám povedlo. A přes pokračující spolupráci s psychiatrickou nemocnicí v Bohnicích se podařilo otevřít 1. 5. 2019 CDZ v Chebu. A paralelně v Karlových Varech. Ten příběh je hodně stejný. Cheb má to, že se nám podařilo dostat se na pole zdravotnictví skrze Norské fondy a dále to rozvíjet. Byl to celkem dlouhý byrokratický proces, získat všechny registrace na zdravotní služby, na všechny odbornosti, a poté smlouvy s pojišťovnami atd.

T: Bylo pro vás od počátku prioritou zřídit CDZ to pod jedním IČO, pod jednou organizací? Nebo jste váhali, že byste CDZ vytvořili ještě s jiným subjektem?

R: Nebyla to prioritou. Chvilí bylo ve hře vytvoření CDZ ve spolupráci s psychiatrickým oddělením nemocnice v Ostrově, nicméně oni o to v určitou dobu přestali mít zájem a už se to dále nevyvíjelo. Zároveň v nemocnici v Ostrově došlo za poslední tři čtyři roky k velkým personálním změnám, takže tam ani nebyla kontinuita.

T: Kontinuita v budoucím rozvíjení něčeho nového?

R: Ano. Zároveň Karlovarský kraj je specifický v tom, že u nás není velká specializovaná psychiatrická nemocnice. Spádovou nemocnicí je psychiatrická nemocnice v Dobřanech, která je z Chebu v dojezdové vzdálenosti přibližně hodinu a půl, takže předpoklad vytvářet to s velkým partnerem, to úplně nešlo. Partnerem byla psychiatrická nemocnice Bohnice, která nám pomohla získat sem lékaře skrze dohody o spolupráci.

T: Lékaři byli tedy nejprve zaměstnanci Bohnic?

R: Část. Nám se povedlo personál poté doplnit, což byl trochu husarský kousek. Několik prvních měsíců to běželo tím způsobem, že lékařka měla dohodu o zapůjčení zaměstnance.

T: Všechna CDZ, se kterými jsme zatím měli možnost se setkat, se potýkají s nedostatkem personálu. Na chvíli se tedy zastavme u toho, jak jste tým skládali a co jste v průběhu toho museli překonat?

R: Druhý kus příběhu je, jak vznikly samotné služby FOKUSu v Karlovarském kraji. Jestli se nepletu v 2008 nebo 2009 proběhlo šetření WHO a Ministerstva zdravotnictví, myslím, že to bylo ve třech nebo čtyřech krajích ČR, co se týká péče o lidi s duševním onemocněním. Přišlo se na to, že Karlovarský kraj nemá návazné služby a že je totálně poddimenzovaný. Toho se kraj celkem chopil a vzal si to za své. V následujících letech proběhly dva individuální projekty kraje, které byly zaměřené přímo na vytvoření systému služeb pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji. Bylo to koncipované v rámci sociálních služeb, protože to měl na starosti sociální odbor. Nám to pomohlo vybudovat tu silnou zázemí. Jestli se nepletu, ještě nějak rok před vznikem CDZ, z Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (to je organizace, která vytváří ideje kolem této problematiky, zakladatelem byl (...)) udělali šetření. Asi rok před tím, než CDZ vzniklo, jsme měli nejlepší pokrytí terénními a sociálními pracovníky na sto tisíc obyvatel v rámci všech krajů.

T: Z nuly se to během pár vyhnalo do nadprůměru?



R: Myslím, že to bylo nejvyšší číslo v republice, co si tenkrát pamatuji.

T: Tým, který existoval, se použil pro CDZ?

R: Ano, tým, který existoval, se použil pro CDZ s tím, že kraj si to vzal za své a umožňoval kontinuální rozvoj týmu. Když jsme začínali s CDZ, týmy v tu chvíli byly už o dvanácti lidech a už tam byly i zdravotní sestry atd.

T: Ale říkal jste, že formálně byly pracovníky sociálních služeb.

R: Ano. Formálně bohužel musely být v sociálních službách, nicméně máme kolegyně, které mají dvojí odbornost jako zdravotní sestra a třeba sociální pracovník.

T: Když jste poté dostali možnost udělat CDZ a rozhodli jste se, že se stanete poskytovatelem zdravotních služeb, tak jste museli sehnat lékaře. Psychiatra, klinického psychologa atd.

R: Lékaře už jsme měli, protože tam byla kontinuita psychiatrické ambulance v rámci spolupráce s Bohnicemi. To znamená, že i po skončení Norských fondů jsme měli psychiatra v rámci dohody o zapůjčení z Bohnic.

T: Ale to bylo dočasné řešení. Jak jste vyřešili tuto dočasnost?

R: V průběhu loňského roku právě kvůli personálním změnám na psychiatrickém oddělení v Ostrově se jedna z lékařek rozhodla, že půjde pracovat k nám. A kolegyně, která byla z Bohnic, se rozhodla, že by chtěla pracovat u nás přímo pod FOKUSEm.

T: To zní nakonec docela jednoduše. Propojila se potřeba a motivace kolegyně?

R: Ono to tak jednoduché nebylo, protože kolegyně z Bohnic měla několik plánů, několik cest, ale my jsme rádi, že nakonec zvolila tuto. Je původem ze Slovenska, takže byla varianta, že by se přestěhovala tam.

T: U otázky, jak CDZ vznikalo, jste mi popsal zázemí, Norské fondy, atd. Myslíte, že je podstatné ke vzniku zmínit ještě něco dalšího? Tým je jedna věc, další věc je zázemí.

R: Jak vznikalo zázemí, to také nebylo úplně typické. V Chebu jsme neměli prostory v jednom místě, nicméně při podání projektu to bylo akceptované. Skupinové aktivity se dějí na jednom místě, zázemí týmu a ambulance je na druhém. Na začátku ta místa byla chvíli dokonce tři. Ambulance nebyla přímo v místě zázemí týmu, nicméně psychiatr tam měl svůj stůl a do ambulance docházel čistě na práci s lidmi. Ale bylo to krátkodobé řešení, protože se nám povedlo v prostorách nemovitosti, kde máme ambulanci, získat druhou půlku patra, takže jsme to tam přestěhovali.

T: Ještě něco byste vypíchnul?

R: Komplikace ze začátku byly o tom, že naše výzva se opakovaně posouvala v čase, což poté znamenalo, že lidé, se kterými jsme měli domluvené, že nastoupí, nenastoupili, protože tam byla prodleva x měsíců a oni už nechtěli čekat. To byl případ jedné nebo dvou sester, číslo tedy opět nevím. Ale povedlo se nám to poté doplnit. To, co je a bylo složité, je, že nám služby a týmy zůstaly tak, jak byly placené krajem. To znamená, že musíme udržovat a balancovat poměr personálu nejen ve vztahu k CDZ, ale i dle krajských služeb, protože i tam je stěžejní indikátor toho, jak jsou služby placené.

T: A jaké máte dělítko toho, kteří klienti jdou do CDZ a kteří jsou v sociální rehabilitaci, financované v režimu krajských služeb?



R: Nám se povedlo udržet týmy jako jeden celek. Ale samozřejmě musíme hlídat, abychom nevykazovali práci kolegů v obou větvích. To jsme vyřešili tak, že naše služby dlouhodobě fungovaly na výkonové databázi, kterou vytvořil opět doktor (...) jako výkonový program na zápis jednotlivých intervencí, které jsou lidem poskytované. Ale ten je hodně jednoduchý a už neumí zdravotní věci. My jsme se pro CDZ rozhodli pro HIPPO (a to už jsme měli předtím i v rámci Norských fondů). Odlišení toho, kam se co vykazuje, je takové, že kolegové, co pracují v CDZ, vykazují do HIPPO, a kolegové, kteří pracují pod sociální rehabilitací nebo podporou samostatného bydlení, vykazují do databáze. To znamená, že tyto věci se neslévají dohromady.

T: Ale jeden klient může využívat jak služeb CDZ, tak i těch služeb, které vy registrujete mimo CDZ, je to tak?

R: Ano, samozřejmě. To není nic proti ničemu.

T: Tak jsem to nemyslela. Jen se ujišťuji, že ne všechno sociálně, co se klientovi dostane, musí mít nutně nálepkou „sociálně v rámci CDZ“.

R: S tím bude CDZ muset počítat. Už na nějakých seminářích, co jsme měli na Ministerstvu, se mluvilo o tom, že CDZ může mít deset sociálních pracovníků po dobu projektu, pokud poskytovatel má financování. A podmínkou je rozlišení práce, aby nedocházelo ke dvojí platbě nebo vyrovnávací platbě nebo jak se to jmenuje.

T: Jak bylo CDZ na úplném začátku vnímáno ze strany kraje? To, že jste to chystali, spouštěli?

R: Museli jsme o tom komunikovat, protože byly podmínky týkající se vyjádření od krajů atd. Byrokraticky byl proces nadlouho a velmi složitý. Byli jsme v kontaktu se sociálním i se zdravotním odborem. Naše výhoda asi byla, že současný hejtman byl v té době radní pověřený vedením krajského odboru sociálních služeb. Jednání probíhala od jednotlivých pracovníků sociálních služeb, přes vedoucí odborů až po, dejme tomu, krajské radní nebo zastupitele. Bylo potřeba vysvětlit, o čem to bude, jak to bude, co to bude pro ně znamenat, kde chceme sehnat personál, jestli je to reálné atd. Ze strany kraje to bylo podporované, stejně jako podporovali ty předešlé služby. Myslím, že velkou zásluhu na tom měl sociální odbor. Dále to bylo podporované už jen z toho důvodu, že si kraj uvědomuje nedostatek zdravotnických profesionálů, že v celém spektru je v tom na štíru.

T: A když tu stejnou otázku posunu na úroveň města Chebu?

R: Tam jsme také měli jednání. Službu CDZ jsme představovali. Bylo to jednání s panem starostou (...), kterého poté odvolali, a teď už je zase zpět. Tenkrát se střídal i vedoucí odboru sociálně-zdravotního, pan (...). Spolupráce s odborem je taková, že máme klienty v CDZ, kteří mají veřejného opatrovníka. V rámci krajských individuálních projektů na podporu lidí s duševním onemocněním (prvně vznikly služby pouze ve Varech a až v další etapě v Sokolově a v Chebu) bylo také vytváření sítě. Bylo to o zintenzivnění síťování, které my vnímáme, že ke case managementu patří. A díky tomu vznikly týmy, které jsme nazývali multidisciplinární; ne konkrétně v tom smyslu, jak je to myšleno v CDZ, ale týmy, které se schází zhruba jednou za šest týdnů a jsou tam zástupci obcí daného regionu, veřejných opatrovníků, dalších organizací, které poskytují sociální anebo zdravotní služby. V některých týmech se podaří, že se tam vyskytují lidé z policie nebo IZS a dané týmy slouží k tomu, aby zachytávaly lidi, kteří propadávají jednotlivými službami, protože, dejme tomu, jsou to „multi-trouble“, komorbidita diagnóz atd.



T: Nepotřebovali jste v komunikaci s těmito lidmi odbourávat nedůvěru? Zejména u zástupců municipalit mě zajímá, zda to nevnímali tak, že vy na dané území přivedete lidi, kteří jsou nemocní, kteří – v očích někoho – mohou být potenciálně nebezpeční?

R: To tam bylo, ale ne ohledně CDZ. To tam bylo už předtím. My jsme zhruba rok předtím otevírali dům v Chebu, který jsme koupili a ve kterém je ubytováno deset našich klientů. Jelikož my jsme se nikdy nesetkali s fenoménem „ne na mém dvorku“, koupili jsme dům, který byl technicky, stavebně v pořádku, dispozičně odpovídal. Bohužel nás nikoho nenapadlo a nevěšili jsme si, že vedle je mateřská školka. Zároveň jsme koupili dům v jedné z nejatraktivnějších lokalit v Chebu. Když se poté rozšířila informace, že to tam má vzniknout, část obyvatel z přilehlých ulic sepsala petici, kterou jsme řešili s vedením města, se kterým jsme se poté potkali. Ze strany místostarostky (...), ale i potom pana starosty (...) byla naše podpora s tím, že jsme uspořádali setkání s občany z okolních ulic. Bylo tam asi 80 lidí, proběhla diskuse a tím to skončilo, ačkoli větší část lidí, kteří se zúčastnili, projevovali nespokojenost. Ale od té doby byl klid, protože naši klienti tam nedělají nic, co by neměli.

T: Provoz je uklidnil?

R: Nic se tam nestalo, takže nebyla žádná reakce. Abychom mohli s občany vyjednávat a komunikovat, bylo důležité, že se za nás tenkrát postavila paní místostarostka (...), která ještě ke všemu měla tenkrát na starosti sociální služby. Museli jsme s nimi ale vše dopodrobna probrat. Víím, že jsme mluvili i o kauze Orlová, jestli se nepletu. Případ, jak paní v psychóze zabila studenta, který bránil studentky, takže jsme vysvětlovali způsob péče v CDZ. Paní byla hospitalizovaná, ale poté byla propuštěná, takže nebyla nikde ukotvená, neměla podporu. Větší šance, že se taková tragédie stane je ve chvíli, když služba neexistuje, než když tam je. Protože ti lidé tam i tak žijí.

T: Já jsem např. v Havlíčkově Brodě z úrovně města slyšela, že kdyby tam CDZ a bydlení pro jeho klienty nebylo, že by možná z města odešli.

R: To je určitá představa člověka, který neumí přemýšlet v rámci sociální praxe zdravotnictví. To bychom se mohli bavit i o minoritách atd.

T: U vás se to ale podařilo. Setkali jste se s nedůvěrou, ale díky tomu, že to v praxi nepřineslo případ, který by zalarmoval veřejnost, to funguje.

R: Jak říkám, ne v kontextu CDZ, ale předtím v kontextu bydlení.

T: CDZ už tohle vůbec neřešilo? Protože CDZ je jakoby ambulance navíc, je to tak?

R: My nemáme naše služby na billboardech, na obrovských cedulích, které by lidi bily do očí. Součástí case managementu je asertivní vyhledávání lidí. Máme mechanismy nastavené tak, bychom se efektivněji dostali k lidem, kteří to potřebují, a ne že to budeme mít někde vyvěšené. Co si budeme povídat, dlouhodobá zkušenost je taková, že odhadem 10 % klientů, se kterými pracujeme, k nám přijde samo, zbylých 90 % představuje ten asertivní kontakt. To znamená, že pravidelně se jezdí do Ostrova navštěvovat lidi, kteří tam jsou hospitalizovaní. Máme s nimi dohodu o tom, že pokud se jedná o člověka z cílové skupiny nebo potenciálem, že bude potřebovat služby CDZ, tak ho nechají podepsat souhlas se zprostředkováním kontaktu. Vědí o nás ambulanti psychiatři, to je také téma, o kterém se můžeme bavit. Hodně také spolupracují veřejní nebo sociální opatrovníci z měst atd. Také hodně pomohly projekty a to, že o nás obce vědí. Bylo x velkých konferencí. I k zahájení CDZ jsme měli na kraji seminář, kde bylo kolem sta lidí. Většinou to byli spolupracující organizace nebo zdravotní organizace tady z kraje. Hodně to byly i různé odbory.



T: Pojdme se pozastavit u ambulantních psychiatrů. U toho, zda s nimi jste provázaní, zda vám indikují pacienty a jestli vám je třeba předávají?

R: To je různé, každý to má jinak. Myslím, že část ambulantních psychiatrů je tomu nakloněna. Nemají problém pacienta předat zcela do naší péče. Ale máme tu i psychiatry, kteří to odmítají a dělají vše pro to, aby se to nedělo, včetně (a to nebyl případ Chebu, ale Varů) podání stížnosti na Lékařskou komoru.

T: Kromě stížností to může psychiatr třeba rozmlouvat pacientovi?

R: V tuto chvíli se jedná víceméně o jednoho člověka. O jednoho lékaře, který ani našťěstí není v Chebu, když se bavíme o Chebu, to se týká spíše Varů. Zasahuje do toho všemožnými způsoby, e-maily atd., ale to se netýká Chebu. Myslím si ale, že co posunulo práci dál, byla situace ohledně koronaviru, kdy my jsme se s ambulantními psychiatry domlouvali (a část jich toho využila), že u pacientů, kteří se nebyli schopni dostat k nim do ambulance, nebo vím, že byly psychiatricky, které měly děti a nějakou dobu neordinovaly, tak to bylo o aplikaci depotních injekcí klientům, aby se k nim péče dostala. A my ji mohli zajistit.

T: Přebíráte pacienty od ambulantních psychiatrů? Jaký je základní model postupu?

R: Je to opět případ od případu. Někdo je předá zcela k nám, s někým je to tak, že náš psychiatr u daného člověka zintenzivní péči, vídá ho pravidelněji, upraví medikaci atd. Snaha je dělat to ve spolupráci a v komunikaci s ambulantem.

T: Ale může se stát, že klient chodí k vám nebo má terénní návštěvy vašeho psychiatra a třeba jednou za dva měsíce jde ještě ke svému ambulantnímu psychiatrovi?

R: Ano, to se určitě stát může. A stává.

T: Není to duplicitní?

R: Právo pacienta je, že kdyby chtěl chodit ke čtyřem specialistům, tak může. Není to jako u obvodního lékaře, že člověk je někde přihlášený, obvodní lékař na něj bere kapitace atd. Proto podoba toho je taková, že někdo předá, někdo nepředá. Ve chvíli, kdy předá, je to samozřejmě jednodušší, protože to vyžaduje menší míru interakce s dalším lékařem. Na druhou stranu i teď v začátcích CDZ a to, že si ambulantní psychiatři osahají, jak služba funguje, je dobrá zkušenost (mají reportované informace od psychiatra CDZ). Ztratí předsudky a možná si dokážou lépe představit, jak služba funguje.

T: Pacienty poté vracíte? Pokud ano, po jak průměrně dlouhé době? Protože každý klient to asi bude mít jinak.

R: Na to vám nedokážu odpovědět. Myslím si, že zatím jsme ještě nevraceli.

T: Vaše zadání, jak to vnímáte vy, rozhodně není „průtok“, je to tak? Když vezmu příklad Havlíčkova Brodu, tam si CDZ rozhodlo, že jejich cílem je být „průtok“ a pomáhat klientům v momentě, kdy je jejich stav horší a potřebují terénní péči, intenzivní péči.

R: Já myslím, že to není úplně vyjasněné. Já si to nemyslím už jen z toho důvodu, že my jsme dlouhodobě cílili a cílíme na lidi, jejichž průběh onemocnění je chronický a vážný. Samozřejmě že máme klienty, kteří služby využijí na půl roku, situace se stabilizuje a oni odejdou. Ale myslím, že jádrem jsou lidé, kteří se s potížemi, které přináší sama nemoc a život s nemocí, potýkají dlouhodobě.

T: A máte jich dost na to, abyste měli dost výkonů, abyste „se uživilí“?



R: To je něco, co se nám zatím nepodařilo dotáhnout, a nemáme jasná čísla. U sociální části CDZ máme už v tuto chvíli v síti lidi, kteří byli placeni v rámci projektů, máme na ně finance od kraje. Doteď jsme měli 16 pracovníků financovaných z kraje, od listopadu máme 26, což je navýšení o lidi z CDZ, a na příští rok dokonce 37 úvazků v rámci sociální rehabilitace, protože zrušíme podporu samostatného bydlení a převádíme je na sociální rehabilitaci. Dlouhodobě jsem financování normálně, nedostává nás to do svízele. Samozřejmě u zdravotníků, kteří jsou placeni výkony, potřebujeme, aby se to uživilo, ale v rámci projektů je těch věcí tolik, že jsme to zatím nebyli schopni spočítat. Měli jsme to v plánu na začátek, potažmo druhé čtvrtletí tohoto roku, ale do toho nám skočil koronavirus.

T: Můžete prosím ohodnotit, jak jste vnímal administrativu spojenou s projektem? Podmínky na vstupu, žádost o podporu, co jste museli vykazovat, indikátory, komunikaci s Ministerstvem zdravotnictví atd.?

R: Nejsem úplně byrokratický typ. Takže žádná byrokracie pro mě není zábavná, ani příjemná. Nicméně je potřeba ocenit tým lidí na Ministerstvu, že věci konzultují průběžně, že komunikují s námi a my s nimi. Jsme schopni se domlouvat, myslím, celkem pružně. V čem se potkáváme, je hodně nejasností jak pro ně, tak pro nás – o fungování CDZ atd. Je to o komunikaci. Co se týče evropských projektů, my jsme na ně zvyklí, protože jsme dlouhá léta fungovali v rámci individuálních projektů, nicméně pokaždé je to jiné, a to je to, co je náročné. Teď jsme tady měli kontrolu z Ministerstva zdravotnictví, diskutovali jsme o detailech např. u minimální bagatelní podpory 40 hodin. Jsou určité věci, které oni nějak vnímají jinak a my je tu měli dlouhou dobu také jinak. Výklad kraje a Ministerstva a to, jak se k tomu staví a jak se to administruje, to vše se různí. Náročné je to z toho důvodu, že se to pořád mění. Na něco si zvyknete a v příštím období je to zase jinak.

T: Jaká jsou specifika řízení lidí v multidisciplinárním týmu? Měli jste problémy sladit náhled na klienta / pacienta mezi lékaři a sociálními pracovníky? Vy jste říkal, že jste to dělali dřív, takže teď se bavíme asi trochu víc do historie.

R: Bavme se o CDZ, protože tam byl podíl nových lidí celkem velký. Mě baví barevnost a různorodost. Myslím, že se nám podařilo uchovat hodnoty a filozofii, kterou si nesl FOKUS. Jelikož lidé nastupovali do nových týmů, nebyla to půlka z léčebny a půlka z FOKUSu, a tak filozofie, hodnoty, přemýšlení a naše postupy (myslím, že pevnou půdu pod nohama představuje FACT model) se nám podařilo zachovat, a to vnímám jako velký úspěch. Vnímám ty lidi jako jeden tým, a to včetně lidí, kteří jsou nyní jen v krajské sociální rehabilitaci. Co nedělá dobrotu, ale co lidé dokázali akceptovat, že tomu tak je, je, že lidé v rámci CDZ u nás mají jiné peníze. Je nepoměr financí mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Ale to je významné téma všude. Ale, jak říkám, nemuseli jsme bojovat s tím, že „vy jste Bohnice a my jsme FOKUS“. U nás jsou lidé v jednom týmu a nejedná se o dva zaměstnavatele, což si myslím, že je velká výhoda.

T: Noví lidé, co k vám přišli, nasáli filozofii, vizi, poslání FOKUSu. Ale bylo to jednoduché? Nebylo to třeba tak, že přišly zdravotní sestry a myslely si, že mají pacienta dirigovat, a vaše strategie přitom je nechat ho být, ať se vysloví?

R: To je to, co jsem myslel různorodostí a barevností. Od toho přesně slouží tým. A říkám to všem kolegům, že zodpovědnost za práci nenese case manažer, který s ním může pracovat individuálně, ale vždy ji nese tým. Já, ač z FOKUSu a dlouhodobě v sociálních službách, které měly tendenci se na počátku vzniku vymezovat proti léčebnám, si myslím, že jsem se s nimi naučil spolupracovat, a vnímám, že určitá míra asertivity a direktivity může být v určité chvíli na místě, když je např. pacient akutně



dekompenzovaný, v psychóze a nemá náhled, tak si myslím, že to jsou situace, kdy pracovník (potažmo tým) má přebírat zodpovědnost. Je to téma např. nedobrovolné hospitalizace. Proto si myslím, že přístup sester může být jiný, ale pokud lidé fungují týmově a naslouchají si, tak se tyto věci doplňují a není to o tom, že by platilo buď to, nebo to. Já vždy říkám, že pracujeme s lidmi, pacienta uvidí sestra a pomyslí si A, sociální pracovník si pomyslí B, peer konzultant si myslí C atd. A všechna ABC mohou platit, protože každý člověk má vzhledem k profesi, životu a založení vidění pacienta jiné a když se tyto věci dají vedle sebe, dostaneme komplexnější obrázek. A jsme zase u multidisciplinarity.

T: Když jste tým postupně skládali, absolvovali zaměstnanci i nějaká školení týkající se multidisciplinarity? Zajímá mě, jestli máte nějaký recept, co funguje.

R: Máme skupinové supervize, týmové, kde jsou v ideálním případě všichni členové týmu. Ovšem ne vždy to tak je. Já jako ředitel na týmových supervizích nejsem, zatím mě tam ani nikdo nechtěl. Měly by tedy být spíše případové. Myslím, že je důležité tříbení způsobu přemýšlení, spolupráce na případu daného klienta. Teď jsem zapomněl vaši otázku.

T: Jestli jste používali nějaký mechanismus / nástroj, kterým jste ladili multidisciplinární tým?

R: Školení ano. Teambuilding ne, s tím mám z minulých let špatnou zkušenost. Ne tedy tady, ale v Boleslavi. Máme zachovaný systém porad. Lidé pracují FACT modelem, takže každý den je FACT boardová porada a mají každotýdenní delší porady, kdy se domlouvají organizačně-technické věci, ale zároveň je prostor mluvit o klientech. Způsob zácviku u nás je, že noví kolegové na pozicích case-managementu, ať už to jsou sociální pracovníci v sociálních službách, nebo sestry, nějakou dobu stíní kolegy, co tam jsou. Chodí s nimi na intervence, a poté to přechází do fáze, kdy intervence vedou, ale zároveň mají s sebou někoho, kdo je v týmu delší dobu a kdo jim dává zpětnou vazbu. To je způsob, jak se sladit.

T: Jaký je váš náhled na dopady CDZ a na perspektivu budoucího fungování? Kdybyste měl pro laiky jednoduše shrnout, co přineslo CDZ v Chebu pro FOKUS, klienty, město / kraj, co byste řekl?

R: FOKUSu to přineslo spoustu práce, nejistot a starostí do budoucna. Možná i starostí, jak udržíme financování zdravotníků. Ale zároveň si myslím, že to přineslo to, o co se už někdy od 90. let snažíme. To znamená, přinášet lidem, kteří to potřebují, komplexní péči.

T: A pro region platí, že se zmenšuje problém spočívající v nedostupnosti služeb pro lidi, kteří se dlouhodobě potýkají s duševním onemocněním?

R: Otázkou je, kam se to bude vyvíjet ze strany ambulantních psychiatrů. Např. v Chebu jsou v této chvíli, pokud se nepletu, dvě psychiatrické ambulance. Jeden z lékařů je dlouhodobě nemocný a pro město Cheb fungování CDZ znamená, že fakticky je tam jeden psychiatr navíc. Můžeme říkat třetí, ale v realu je to spíše druhý.

T: Vaše cílová skupina je ovšem omezena na osoby s SMI.

R: To je sice pravda, ale na druhou stranu pro lidi to znamená, že péče je okamžitá a je dostupná. Pokud by v tomto regionu fungoval prakticky jediný ambulantní psychiatr na x tisíc lidí, lidé by se k němu nedostávali tak intenzivně a tak často, jak by potřebovali. Zároveň to, že pacienta máme v péči my, mu dává jistotu, že je o něj lépe / intenzivněji postaráno ve chvíli, kdy to potřebuje.

T: Rozhodně to ale není tak, že kdyby CDZ nevzniklo, že by FOKUS dokázali poskytovat stejný rozsah péče. V některých územích sociální a zdravotní spolupráce běžela i před vznikem CDZ.



R: U nás taky.

T: A když Ministerstvo zdravotnictví řeklo, že by se mohlo založit CDZ a že vy byste mohli být tím nositelem, znamenalo to, že jste měli více lidí, více pacientů? Nebo byste se bez projektu dopracovali k obdobnému rozsahu zdravotně-sociální péče?

R: Já myslím, že by se to nestalo. Faktem je, a o tom jsem zatím nemluvil, že naši lékaři jsou finančně ohodnoceni lépe než jejich kolegové na stejných pozicích v Praze. Aby tady někdo pracoval, zůstal v kraji. Je to o motivaci, které bohužel mnohdy musí být touto cestou. Myslím, že bez projektů by to nešlo. Respektive, pokud by to šlo, bylo by to na mnohem delší čas. Možná tedy s menší mírou stresu, protože by to bylo rozložené do kratšího časového období. Ale dát dohromady personál bez finanční pobídky a stability, by bylo hodně těžké.

T: Doporučil byste nějaké úpravy v nastavení pravidel CDZ pro další výzvu?

R: Myslím si, že Achillovou patou (a nejenom CDZ) je personální zabezpečení. Myslím, že existují mechanismy, jak by se s tím dalo nakládat. Viz to, že se připravil Národní akční plán duševního zdraví. Ve skupině, kde jsem tenkrát seděl a kde se to diskutovalo, byla i doktorka (...) a já jsem byl překvapený, že jsem sám, kdo to zmiňuje, ač tam byli i kolegové z FOKUSu atd., takže lidé, kteří jsou dlouho v praxi. Já jsem přesvědčený, že to musí začít a musí se to významně podporovat už v rámci specializačního studia psychiatrů nebo i psychologů. Paradoxně s psychiatry je to teď jednodušší než s psychology. Máme potíže s kompletním naplněním požadavku na úvazek 1.0. Když standard vznikal, byla to jedna z věcí, která se inspirovala FACT modelem. Tam mají klinického psychologa, nebo jen psychologa, nejsem si jistý, jak to v Holandsku mají. U nás byl velký tlak pana (...), který zastupoval Asociaci klinických psychologů. A myslím si, že pro vznik nových CDZ to bude jeden z nejzásadnějších problémů, ani ne tak lékaři jako kliničtí psychologové.

T: Není potom lepší snížit požadavky?

R: Já si myslím, že vhodný je psycholog se specializací psycholog ve zdravotnictví, plus aby měl v moratorním čase rok-rok a půl absolvované kurzy diagnostických metod. Psycholog je tam parťák psychiatra a upřesňuje nejen terapie, ale i diagnózy. Kdyby to bylo tak, že by tam nebyl povinný podíl klinika a psychologa ve zdravotnictví, tak úvazky naplníme, protože tady v kraji jsou psychologové ve zdravotnictví, ale nemají atestaci a třeba se k atestační přípravě ani nepřihlásili. Většinou jsou to totiž ženy, které chtěly zůstat žít tady v kraji, mají třeba děti a představu, že by se musely přestěhovat např. do Dobřan, aby se dostaly na akreditované pracoviště, rovnou zavrhly. Nemyslím si, že by to byli nekvalitní lidé. Myslím si naopak, že jsou kompetentní, ale nemůžou. Odbočil jsem ale od myšlenky, co jsem chtěl říct. Za mě platí, že dlouhodobě třeba půlrok povinné stáže, která ale v CDZ povinná není (u CDZ ambulance), tak že dlouhodobě nestačí. Pokud by lidé v rámci předatestační přípravy měli delší časový úsek, ideálně rok, který musí strávit v komunitní službě, nabízelo by to možnost, aby do budoucna CDZ měla personál. Protože ti lidé by tam mohli pracovat, dávalo by jim to smysl, bylo by to součástí jejich povinného vzdělávání. A myslím, že existuje možnost významně měnit pohled lékařů. To je naše zkušenost. Tím, že nám jich v Chebu prošlo ambulancí ještě před vznikem CDZ hodně, tak víme, že platí, že když mají praxi i před CDZ v rámci léčení, vidí lidi v akutním stavu, v tom nejhorším, ale neumí si už představit, že pacient, i když je akutně psychotický, dokáže žít relativně dobře samostatně mimo léčebnu. A že se jeho stav dá změnit bez hospitalizace. To jsou propojené váhy. Zároveň by určitě alespoň částí lidí dávalo smysl touto předatestační částí projít, a potom by volili práci v týmech, a ne v rámci psychiatrické nemocnice nebo své privátní ambulance.



T: Jaká je perspektiva dalšího fungování? Zmínil jste, že máte s krajem domluvené úvazky na sociální část služeb, že tam to funguje dobře. Je ještě něco, co pro budoucnost je třeba pojistit nebo podchytit?

R: V tuto chvíli si myslím, že tím, že nám to končí v říjnu, jistá nejistota panuje. Především kolem financování zdravotní části, jestli dokážou vykódovat tolik, aby to tak bylo. Mluví se často o pobídkách na medicínské obory pro jednotlivé kraje, tak ty chybí. Myslím, že kdybychom měli pokrytí alespoň na určitý čas pro zdravotníky např. v rámci regionu, kam psychiatři nechtějí (kde CDZ ještě nejsou a mohla by vznikat), tak by to bylo užitečné, protože by nás to nedostávalo do tenze, a zároveň, co si budeme povídat, aby byla služba dělaná dobře, nesmí to být hon za body výkonů, ale za dobře odvedenou práci s lidmi.

T: V momentě, kdy byste se neuzívali, možná přijde tlak na větší výkon.

R: To je to, o čem mluvím. Samozřejmě, že tlak může vzrůst, ale my na druhou stranu musíme vážit, zda jsme schopni dostat se do ztráty, kterou finančně uneseme, nebo jestli se dostaneme do presu typu „kódujte a nepřemýšlejte nad lidmi“; což nechceme. Proto mluvím o tom, že kdyby třeba bylo ještě nějaké další finanční zajištění, je možné, že v ostrém provozu, kdy zjistíme, že vzniká deficit, který je dlouhodobě neudržitelný, můžeme zkusit vyjednávat na úrovni Karlovarského kraje, jestli nejsou schopni nabídnout finanční podporu tak, aby to bylo udržitelné. Protože velká spousta zdravotních oborů, lékařů atd. jsou zde určitým způsobem dotována. (Kraj nabízí pro lékaře finanční pobídky, když se zde rozhodnou otevřít ambulance atd.)

T: Napadá vás něco, co by bylo dobré v systému CDZ (ne tedy přímo u vás) udělat jinak, abyste mohli pracovat s větší jistotou?

R: Pořád nejsou jasné některé legislativní záležitosti. CDZ jako služba nemá takovou historii. Myslím, že část odborné veřejnosti je k CDZ skeptická. Vše chce čas a zkušenost. Aby mohla vznikat další CDZ, je na místě diskutovat o možné modifikaci standardu. Ale nemyslím si, že by se měl měnit úplně a napořád, ale dokážu si představit období moratorií, kdy by to bylo akceptované zdravotními pojišťovkami anebo registrátory (což může být kraj). Napadá mě snížení úvazků a odborností. V CDZ by dokázal dlouhodobě fungovat i lékař jenom s kmenem. Myslím si, že je zde potenciál diskutovat nad otázkou přímého dohledu nad takto kvalifikovanými lidmi. Pokud je lékař s kmenem, může pracovat samostatně. Je tam podmínka časové dostupnosti garanta nebo někoho s plnou kvalifikací. Myslím ale, že dnes jsou možnosti různých videokonferencí a konzultací na dálku. Obrovské téma pro nás v kraji je psychiatrie. Je to téma, kdy my jsme i byli na jednání skupiny, která se schází pod Ministerstvem, a kde to přesně padalo, že dlouhodobě se s tím bude muset něco udělat. Pokud se s tím teď má něco udělat, využívání moderních technologií je na místě. A také je důležité vzdělávání lidí. Karlovarský kraj měl, potom o ni přišel a nevím, jestli ji už má obnovenou, akreditaci na vzdělávání. I kdybychom se snažili, tak my máme u nás jedno místo pro klinického psychologa a jedno místo pro psychiatra, což je neskutečně málo k tomu, aby lidé s těmi odbornostmi tady byli a aby se profese rozrůstala. Je jich potřeba víc a víc. To se netýká pouze lidí se závažnými duševními poruchami, ale je to potřeba psychiatrů obecně. A využívání této služby narůstá. Je potřeba, aby společnosti pro tyto odbornosti toto řešily a aby se otevřely možnostem dělat to trochu jinak, než se to dělalo dosud.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. FOKUS Mladá Boleslav usiloval o poskytování komplexní (zdravotně-sociální) péče osobám s duševním onemocněním již od 90. let. Holandský model case managementu, který je velmi



blízký formátu působení CDZ, přinesl FOKUS do ČR v letech 2003/2004. Prvopočátek CDZ v Chebu je z roku 2014, kdy FOKUS získal prostředky z Fondů EHP a Norska, díky nimž došlo v Chebu k otevření psychiatrické ambulance, která byla navázaná na sociální rehabilitaci. (V ambulanci působili na základě spolupráce mezi FOKUSEM a Psychiatrickou nemocnicí Bohnice lékaři z pražské léčebny.

2. CZD chtěl FOKUS původně zakládat s psychiatrickým oddělením nemocnice v Ostrově, ale protože nemocnice ztratila o tento projekt zájem, rozhodl FOKUS, že získá potřebné registrace jakožto poskytovatel zdravotnických služeb, včetně smluv se zdravotními pojišťovnami. Respondent uvádí, že se jednalo o dlouhý a byrokratický proces.
3. Podpora CDZ ze strany kraje byla vysoká, navazovala už na dřívější kroky kraje, které směřovaly k posílení služeb pro osoby s duševním onemocněním.
4. Cca 90 % klientů CDZ se daří získávat prostřednictvím asertivního kontaktování (potenciální klienty indikují v nemocnici v Dobřanech a v Ostrově, spolupracují veřejní opatrovníci apod.), pouze cca 10 % klientů osloví CDZ samo (nebo to udělá někdo z jejich blízkých).
5. Jádrem klientely CDZ by dle respondenta měly být lidé, kteří se s potížemi, které přináší sama nemoc a život s nemocí, potýkají dlouhodobě.

Rozhovory s pracovníky multidisciplinárního týmu

3. Rozhovor s psychiatrem CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Psychiatr
Termín uskutečnění rozhovoru	19. 10. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho v CDZ působíte?

Respondent (R): Působím tu od května 2019, takže rok a půl.

T: Předtím jste měla nějakou praxi v poskytování zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním?

R: Ano, předtím jsem skoro 7 let pracovala v psychiatrické nemocnici Bohnice.

T: Byla jste obeznámena s potřebami péče o osoby s duševním onemocněním přímo v regionu Cheb a okolí? Předtím, než jste nastoupila do CDZ?

R: Já myslím, že péče je potřeba úplně všude a komunitní psychiatrie a sociální rehabilitace je důležitá část léčby jako např. farmakoterapie nebo psychoterapie, takže to je evidence-based fact, že tato péče potřeba je. A co se týká Karlovarského kraje, tak tady služby péče o duševně nemocné nejsou úplně dostupné, stejně jako spoustu dalších věcí není dostupných.

T: Já jsem se chtěla dostat k otázce, jestli znáte situaci v regionu, ale Vaše odpověď je, že všude v Česku je potřeba posilovat služby pro osoby s duševním onemocněním, které jsou komunitně dostupné; je tato interpretace správně?

R: Ano je.



T: CDZ jsou specifická v tom, že spojují sociální a zdravotní služby, fungujete v rámci multidisciplinárního týmu. Mohla byste ze svého pohledu popsat, jak to probíhá a v čem se to odlišuje od běžné praxe, kterou jste poznala v Bohnicích? Jaké jsou tam problémy a jak se Vám daří je překonávat?

R: Probíhá to tak, že se pracuje v týmu, který se skládá ze zdravotních sester, některých se specializací psychiatrická sestra, a sociálních pracovníků a z pracovníků v sociálních službách. Probíhá to tak, že každý klient, který u nás čerpá služby, má vlastního case manažera, kterým může být kdokoliv z vyjmenovaných, kromě psychologa a psychiatra, kteří se starají de facto o všechny. Některé pacienty si já jako psychiatr vedu ve své ambulanci a někteří jsou v ambulanci svých ambulantních psychiatrů. Ty, které mám v ambulanci, ty si vedu sama, u těch, kteří jsou u svých psychiatrů, tak s těmi ambulantními psychiatry probíhá komunikace a když je třeba, tak se domlouváme na nějakých změnách medikace nebo mluvíme o plánech, nebo když něco cítím, tak to dám vědět psychiatrovi, udělám odběry, laboratorní vyšetření, když to můžu udělat rychleji, protože mám možnost být s klienty v bližším kontaktu, vyjet za nimi do terénu domů. Takže když je někdo zhoršený, tak já tam můžu dělat častější kontroly, i když to není můj pacient, i když má jiného ambulantního psychiatra. Pak na to můžu rychle reagovat, někdy i domluvit hospitalizaci, i když my se spíše snažíme hospitalizacím předcházet. Každý klient má svého klíčového pracovníka, ale stará se o něj více lidí zároveň. To zajišťuje tu multidisciplinaritu a týmovou spolupráci. Specifikem jsou porady vedené formou factboardu, kde jsou klienti, kteří jsou potřební akutně řešit, probírání každé ráno všemi. Probíhá tam brainstorming nápadů, co by koho napadlo, co se s klientem dá udělat. Ty kontakty jsou dále u něj častější, takže toto je specifikum. Co se týká rozdílů mezi praxí v nemocnici a CDZ, tak v té multidisciplinaritě je to společné, v nemocnici také jsou různí zaměstnanci z různých oborů. Také probíhají porady a všichni se snaží u klienta řešit, co mohou. Takže to je podobné. Rozdílné je to prostředí, nemocnice je vytržena z kontextu života pacienta. Já když mám možnost vidět pacienta v jeho domácím prostředí, poznat jeho rodinu a vidět, jaké mají mezi sebou vztahy, tak mi to dává možnost ho pochopit v širším kontextu, jako člověka. Toto je velmi přínosné. Zároveň je rozdíl u terénní práce; já když jsem byla v Bohnicích, třeba i na centrálním příjmu, tak záchranka přivezla pacienta a já jsem ho měla vyšetřit a rozhodnout, co bude dál. Teď nacházíme i lidi, kteří nejsou v péči nebo z péče vypadli a teď jsou někde izolovaní. U některých děláme vše úplně od začátku. Oni nemají důchod, někdy nemají doklady a nemají to jak vyřešit a do toho mají duševní onemocnění. V těchto případech je vidět, jak je dobré, že máme sociální pracovníky, kteří jim pomáhají, jak mají komunikovat s úřady a zařizovat tyto věci. A zároveň tu zdravotnickou péči, která se stará o zdravotní stránku. Nebo nás kontaktuje rodina a my přijedeme, já můžu reagovat rychle, čekací doba není dlouhá, do týdne jsem schopná přijet, nebo si klienta pozvat na vyšetření a posoudit, jestli spadá do cílové skupiny nebo ne. Když ne, tak mu doporučíme další péči. Tak v tomto je to dobré.

T: Vy jste zmínila, že i v nemocnici je péče o pacienta otázkou diskuze mezi více lidmi a profesemi, nicméně v nemocnici do toho nemluví sociální pracovníci. Bylo u Vás v CDZ obtížné naladit se na stejnou mentalitu mezi týmem sociálních pracovníků a profesemi ze zdravotnictví?

R: Nevnímám to jako problém, vnímám to jako výhodu. Teď jsme např. dělali první kontakt u jedné klientky, která je sociálně zanedbaná, a my jsme tam byli poprvé se sociálním pracovníkem. On zná takové věci, které já neznám. On zná, jaké jsou všechny možnosti, co pro ni všechno můžeme udělat. Byla okradena a neměla doklady, ani nevěděla, kam má jít na úřad, nemá ani na jídlo, žije v bídě. On jí nabídl, že může dostat mimořádnou okamžitou pomoc, což je několik tisíc, a to je podle mě skvělé, mě



by to nenapadlo, kdybych nešla na nějaký kurz pro sociální pracovníky. Já neznám takové vychytávky, co všechno se dá udělat. To znají sociální pracovníci. Já si myslím, že v rámci biopsychosociálního modelu medicíny je to super, že se můžeme doplňovat. Nevnímám to vůbec jako problém.

T: Máte něco jiného, co jste v prvních měsících fungování CDZ vnímala jako problém? Co např. vyžadovalo hledání správného nastavení?

R: Já jsem hodně přizpůsobivá, takže já moc nevnímám věci jako problém, i když to je problém, nebo je to složité. Mě baví nacházet nějaké řešení. Občas bylo trochu těžké se domlouvat s některými z psychiatrů, protože někteří říkali „když mi tam chcete měnit medikaci, tak si ho rovnou vezměte“. Byli ne úplně přístupní, ale je to spíše osobností člověka, nejde o profesní stránku. Já jsem nějaké problémy nevnímala. My, jak máme porady a přátelský kolektiv, tak se vždy nějak domluvíme. Nepamatuji si žádné problémy.

T: Nevnímate nějaký problém ve způsobu, jak musíte vykazovat vaše úkony vůči pojišťovně nebo obecně v rámci projektu? Ani tato administrativní část CDZ, jak je nastavena, tak z Vašeho pohledu není problematická?

R: No to bylo zajímavé, protože nám trvalo docela dlouho, než jsme přišli na to, jak to udělat, aby naše péče byla adekvátně zaplacená. Je to hodně administrativy a hrabání se v zákonech a komunikace s MZ ČR apod. Naštěstí jsme měli dostatek času si přijít na to, jak to správně dělat. Máme jednu šikovnou kolegyni, kterou strašně baví v tom pátrat. Inspirovala se v nemocnicích, kde se vykazuje pomocí balíčků. Vymyslela kombinaci, co všechno se dá dát dohromady, abychom na nic nezapomněli, protože normálně bychom museli klikat čtyři různé věci, které lze vykázat. Museli bychom na to stále myslet, někdo by na něco zapomněl, a také to zdržuje na něco klikat v počítači. Kdyby se to občas zapomnělo, občas by se něco ztratilo, tak babka k babce, už by peněz bylo méně. Ona to vymyslela a dala dohromady několik balíčků, kterými to můžeme vykazovat společně. Ona je také lékařka. Dělalý jsme pokus, kdy ona to vykazovala pomocí balíčků, já jsem vykazovala normálně, a ačkoliv jsme měly stejně odpracovaných hodin, tak ona měla od pojišťovny 2krát více peněz. Díky tomu, že vymyslela ty balíčky.

T: Předpokládám, že péče byla také stejná? Že jste vykonávaly stejné věci; přišel pacient, byla nějaká diagnostika, nějaká terapie... v tom rozdíl nebyl.

R: Ano, přesně. Vše, co mělo být uděláno, bylo uděláno. Každý klient dostal vše, co měl, ale ta formální věc to takhle ovlivní. Takže bylo dobré, že jsme měli tolik času, ten rok a půl, abychom si to vyzkoušeli a přišli na to.

T: Takže se dá říci, že je to složité a komplikované, ale Vám se podařilo najít cestu, jak si s tím poradit, snížit administrativní náročnost a mít reálnou šanci, abyste získali dostatečnou výši prostředků?

R: Ano.

T: Jak jste zmiňovala spolupráci s ostatními psychiatry, že některé pacienty máte u sebe v ambulanci, o některé se dělíte. Co rozhoduje o tom, který pacient bude u Vás a který bude u někoho jiného? Je to jen pacientovo rozhodnutí, nebo jsou i další parametry?

R: V první řadě je to o pacientovu rozhodnutí. Každý si může vybírat, kde chce dostávat lékařskou péči, ale musí být splněny nějaké podmínky. My máme, že musí být z okresu Cheb a že musí mít méně než 70 vyhodnocení fungování. Takže musí být splněny tyto podmínky a jsme schopni vyjít vstříc, pokud



chtějí, aby nemuseli docházet někam daleko, např. do Tachova nebo Mariánských Lázní nebo Karlových Varů, aby nemuseli chodit daleko na kontroly, a pokud chtějí, tak mohou ke mně.

T: Není to, že si je vezmete do péče do ambulance, nějaké potenciální riziko, že by se Vám zaplnil čas a že byste v CDZ neměli kapacitu na nové případy?

R: Zatím to tak není, zatím je to tak, že v ambulanci máme asi jen 40 pacientů. My jsme si to zorganizovali tak, že máme jednou týdně ambulanci, kam chodí naši pacienti. Pak ostatní dny mám terénní práci. Zatím se to dá zvládat. Až budeme nabírat, tak uvidíme, jestli zaměstnáme dalšího lékaře, to je ještě daleko.

T: Z Vašeho pohledu má CDZ dopad na to, jak fungují ostatní ambulantní psychiatři v okolí? Ovlivňuje nějak jejich praxi? Měla jste šanci si s nimi o tom popovídat?

R: Toto jsme plánovali už strašně dlouho, asi rok to plánujeme, že uděláme společné setkání ambulantních psychiatrů a CDZ psychiatrů v kraji. Dlouho se plánovalo, že uděláme nějakou večeři, abychom se poznali, mohli si neformálně popovídat, seznámili se atd. Stále se to odkládalo, pak koronavirus, pak další koronavirus. Neměli jsme se možnost setkat osobně, ale já se občas přidám a jdu na kontrolu s pacientem, anebo občas jsme měli setkání, že několik členů týmu vyjede za psychiatrem, který má klienty v péči a probíráme s ním klienty. Už jsem měla možnost se seznámit s asi třemi nebo čtyřmi z psychiatrů. S ostatními jsme v kontaktu po telefonu, nebo jen po SMS, protože ten lékař nemá čas, nebere telefony, ale aspoň něco. Jestli to ovlivňuje fungování; já si myslím, že to postupně oceňují. Že vítají, že já můžu pacienta zkontrolovat hodně flexibilně, nebo že můžu sledovat, když se něco děje, být v kontaktu s rodinou, mohu jim dodávat informace, které by oni v rámci svých omezených časových možností neměli šanci získat. V tomto si myslím, že je to dobré. Myslím si, že je to obohacuje.

T: Umíte říct nějaké vyhodnocení dopadu i na léčebnu Dobřany a Ostrov, tudíž jako na zdravotnická zařízení, která poskytují zdravotní péči osobám s duševním onemocněním u vás v regionu? Co CDZ přineslo pro ně?

R: My s oběma nemocnicemi spolupracujeme. Pravidelně, když není karanténa, naši pracovníci chodí na návštěvy za našimi klienty, kteří jsou tam hospitalizovaní. Také tam chodíme na návštěvy za novými klienty, kteří jsou vybráni podle diagnostických kritérií ošetřujícím personálem. My se za nimi stavíme seznámit se, popovídat, říct, jestli by měli zájem o naše služby, a případně, co by potřebovali od nás. Od hospitalizace jsme s nimi v kontaktu, že když jsou propuštěni, tak mohou jít rovnou do naší péče, a tím je zajištěna následná péče po propuštění. Je to bezpečnější pro lidi, když ví, že je o ně postaráno komplexně a nejenom, že budou mít jednou měsíčně kontrolu u ambulantního psychiatra.

T: Může třeba to, že funguje CDZ a je připraveno klienta převzít do péče, může to hospitalizaci zkrátit? Máte několik takových případů?

R: Určitě to může zkrátit hospitalizaci, protože my jsme schopní klientům zajistit věci, které by jim trvaly dlouho, nebo které by si nebyli schopni zajistit sami. Máme např. službu podpora v samostatném bydlení. Někteří klienti s hospitalizací, když jsou v nemocnici např. 20 let nebo obecně strašně dlouho a už přišli o každodenní životní dovednosti, tak mohou jít přímo z hospitalizace na podporu samostatného bydlení, což od ledna bude chráněné bydlení, a to je vila, kde máme byty a v nich je cca 10 lidí. Je tam s nimi denní služba, která s nimi provádí rehabilitaci, takovou ergoterapii; vaří tam spolu, učí se prát, uklízet, někdy obstarají doprovody k lékaři nebo do obchodu, aby to pro ně nebylo až moc



nové, tak tohle si myslím, že může zkrátit hospitalizaci. Protože když se někdy lékaři bojí, že by člověk nevládl sám bydlet v bytě, protože ví, že se ještě nevládne o sebe postarat, tak bude klidnější, když ví, že propouští klienta do podporujícího prostředí. Navíc to předchází rehospitalizaci, protože pro člověka, která má tuto podporu / pomoc, to není tak náročné.

T: Po Vaší rok a půl dlouhé zkušenosti v pilotním provozu je něco, co byste vypíchla, že je dobré dělat jinak nebo nastavit jinak, aby se budoucí nová CDZ snáze rozeběhla? Aby se např. snadněji sestavily pracovní týmy?

R: Takhle to bylo dobře, jak to bylo nastavené. Myslím si, že bylo skvělé, že jsme měli čas a finanční podporu na to, abychom se zaběhli, zvykli si pracovat, na systém práce, na vykazování atd. Určitě je to skvělá finanční podpora. To bych přála i dalším CDZ. Potom určitě možnost mít v týmu stabilně lékaře a psychologa, protože dříve, předtím, než bylo CDZ, tak to bylo tak, že tady byli lékaři půjčovaní z Bohnic jen na stáže, takže tady byli 3 měsíce a méně. Pokud Bohnice potřebovaly, tak si lékaře stáhly zase zpět. Pak několik měsíců tady ani žádný lékař nebyl, bylo to takové, že kontinuita péče nebyla úplně zajištěna. Pak by bylo dobré vzájemně si předávat know-how mezi existujícími CDZ a mezi novými. Jako například ty balíčky, to bych všem řekla, že je to super, že se to vyplatí dělat, aby si na to nemuseli přicházet sami. Možná bych ještě doporučila sdílení zkušeností apod.

T: Druhý balíček doporučení, který bych od Vás ráda slyšela je, co byste vy – jakožto CDZ, které už funguje a jde do ostrého provozu - potřebovali změnit v pravidlech CDZ, aby se Vám fungovalo lépe?

R: To je spíše otázka na vedení, já dělám jen lékařskou práci a zatím jsem nenarazila na nějaké překážky.

T: Klidně tu otázku vztáhněte jen na psychiatrickou péči. Pro nastavení poskytování psychiatrické péče v CDZ nemáte žádné doporučení, vyhovuje vám to?

R: Dá se to tak říct, ano.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondent vnímá CDZ jako velmi přínosná, staví komunitní psychiatrii a sociální rehabilitaci v jejich důležitosti na roveň farmakoterapii a psychoterapii. Dále zdůrazňuje, že specificky v Karlovarském kraji je dostupnost této péče ještě o něco horší než v ostatních částech republiky. Fungování CDZ v Chebu tedy přispívá ke zmenšení tohoto nedostatku.
2. Psychiatr v CDZ může dle respondenta zasáhnout rychleji, než běžný ambulantní psychiatr, využívá i působení v terénu, které je optimální pro klienty, jejichž stav se zhorší. Znalosti s domácího prostředí klienta vnímá jako pozitivum a klíč k lepší léčbě. („Nemocnice je vytržena z kontextu života pacienta. Já když mám možnost vidět pacienta v jeho domácím prostředí, poznat jeho rodinu a vidět, jaké mají mezi sebou vztahy, tak mi to dává možnost ho pochopit v širším kontextu, jako člověka. Toto je velmi přínosné.“)
3. Propojení sociální a zdravotní péče respondent vnímá jednoznačně jako správný nástroj, který přispívá ke snížení počtu anebo délky hospitalizací osob s duševním onemocněním. „(Teď nacházíme i lidi, kteří nejsou v péči nebo z péče vypadli a teď jsou někde izolovaní. U některých děláme vše úplně od začátku. Oni nemají důchod, někdy nemají doklady a nemají to jak vyřešit a do toho mají duševní onemocnění. V těchto případech je vidět, jak je dobré, že máme sociální pracovníky, kteří jim pomáhají, jak mají komunikovat s úřady a zařizovat tyto věci.“)



4. Rozhovor s klinickým psychologem CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Klinický psycholog
Termín uskutečnění rozhovoru	14. 10. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ v Chebu?

Respondent (R): Je to od května 2019, tzn. rok a půl.

T: Předtím jste měl jinou zkušenost se skupinou osob s duševním onemocněním?

R: Ano, pracoval jsem na psychiatrii v Ostrově, na lůžkovém oddělení pro dospělé. Také jsem pracoval v rodinné poradně, tam té psychopatologie tolik nebylo, i když se také objevila. Ještě v Praze v jedné ambulanci, kam chodili i dospělí s nějakými problémy.

T: Zmínil jste Ostrov, takže asi jste měl nějaké povědomí o potřebnosti služeb pro osoby s duševním omezením v oblasti Chebu a okolí?

R: Ano.

T: Mě zajímá, jak byste vyhodnotil, že bylo potřeba, aby se tato služba v Chebu otevřela?

R: Myslím si, že potřebnost byla velká, protože většině lidí byla provedena diagnostika, přičemž psychiatrie v Ostrově, přesně nerozumím detailům, ale mají smlouvu na DRG, takže pro ně se vyplatí dělat kratší hospitalizační pobyty, tak docházelo k tomu, že se lidé poměrně rychle dostali ven a většinou jim byla poskytnuta psychoedukace, ale nebylo to dotažené do konce, kam se mají obrátit, co se svým problémem mají dělat dále. Ti lidé se obvykle v sociálním prostředí špatně orientovali a nedocházelo k nějaké úpravě jejich problémů. Podle mě tahle návaznost na další služby a doprovázení v běžném životě byla hodně důležitá.

T: Jak jste vnímal počáteční měsíce CDZ? Jak jste vnímal začátky CDZ ze své pozice?

R: Já si myslím, že ze začátku to byla improvizace velká, ale poměrně rychle se tým dal dohromady a našel si novou úroveň, jak má fungovat. Nejsložitější, ale i nejpłodnější bylo sžívání zdravotníků a nezdravotníků, protože sociální pracovníci měli jiný přístup než zdravotníci, tzn. psychiatrické sestry, psychologové a psychiatři, ale rychle se ukázalo, že je to vzájemné doplňování hodně důležité a užitečné.

T: Co se Vám osvědčilo ve sblížení svých náhledů? Co je dobré pro to, aby multidisciplinární týmy začaly fungovat a těžit z výhod obou skupin zaměstnanců?

R: Já si myslím, že hodně důležité je, aby sociální pracovníci naslouchali radám zdravotníků ve smyslu diagnóz, protože něco jiného je pomáhat člověku, který má poruchu osobnosti, a něco jiného člověku, který má jinou poruchu. Těch poruch se ukazuje, že je hodně, takže rozlišovat mezi klienty je důležité, a to je to, co sociální pracovníkům chybělo. Oni se musí naučit umět zdravotníky využít pro svojí práci, najít s nimi společnou řeč. Co se týká zdravotníků, tak pro ty je důležité, aby se učili od sociálních pracovníků, že práce nekončí diagnózou. Tam byl návyk patrný z ambulantní práce, že člověka vyšetří, nebo s ním udělají psychoterapii. On pak opustí dveře pracovny a „já nevím, co je s ním dále, a nezajímá



mě to“, když to řeknu blbě. Spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků otevírá nové cesty diagnostickému přemýšlení i terapeutickému, jak ještě dále pacientovi pomoci, aby v sociálním prostředí fungoval. Takže vzájemně ty dvě skupiny mohou těžit.

T: Když byste měl vypíchnout, v čem se CDZ odlišuje od běžné praxe (ve vašem případě od fungování v Ostrově)?

R: Podle mě je tam větší komplexnost, pokryje to více oblastí života člověka. Další bonus je, že věci, které by pacient sám nezvládl, tak je mu s tím pomozeno v nějaké míře, která ho navíc zplnomocňuje, sám si určuje charakter či stupeň pomoci. Mluvím třeba o nějakém doprovodu na úřady nebo zprostředkování kontaktu s ještě jiným pracovištěm, že do toho mohou vstoupit pracovníci CDZ. Další výhodou je, že zdravotníci mají více zkušeností, než když pracují ambulantně nebo na psychiatrii, protože díky sociálním pracovníkům a terénním návštěvám toho ví mnohem více.

T: Do jaké míry se Vy pouštíte do terénních služeb?

R: Já bych řekl, že tak 10-20 % mojí práce je, že jedu do terénu. Většina mojí práce psychologa se odehrává v ambulanci, ale jednak mám k dispozici informace každé ráno na factboardu, detailní informace o lidech i z terénu, ale i se toho sám účastním. To je pro zdravotníky nová věc, nejsou zvyklí jezdit domů za klienty nebo se s ním setkávat venku, ale posouvá to spolupráci, z mého pohledu, o úroveň výše.

T: Výše znamená k vyšší kvalitě?

R: Ano, k vyšší kvalitě. Třeba je tam i větší pracovní aliance mezi klientem a pracovníkem, protože vzniká jiná atmosféra než ta nemocniční, takže ten člověk se svěří více, více se otevře, dá se více spolupracovat, spolupráce bývá lepší, a to i s rodinou, to je další věc, která funguje v CDZ velmi dobře. Intenzivněji se pracuje s rodinou než ve zdravotnictví.

T: Jak bylo pro Vás složité najít si svoje místo v CDZ vedle psychiatra? Přece jen tím hlavním zdravotnickým pracovníkem v CDZ je psychiatr, pokud se nemýlím.

R: To paradoxně pro mě bylo lehčí, než si obhájit práci se sociálními pracovníky, protože s psychiatrem máme společný jazyk a společnou zkušenost i společné body ve vzdělání. Například, psychiatr je většinou zvyklý používat psychologa jako svůj nástroj – indikuje psychoterapii nebo indikuje vyšetření, co tím chce zjistit. Ale pro sociálního pracovníka je zdravotnický psycholog nějaký marťan a musí se naučit jak, o čem a proč s ním komunikovat. To je z mého pohledu větší výzva.

T: Výraz jako „marťan“ vnímám jako označení pro velmi cizí prvek.

R: To jsem schválně nadsadil, tak cizí to není, ale opravdu slovník a způsob práce je hodně odlišný. Ty dvě skupiny se musejí naučit dorozumívat. Ale to platí i pro psychiatry a sociální pracovníky, ti se také museli naučit společnou řeč.

T: Řekl byste, že teď na podzim 2020 už se týmu CDZ v Chebu podařila najít společná řeč? Nebo je to něco, co se bude dít kontinuálně, že je to něco jako nekončící proces to sžívání se?

R: Určitě se společná řeč našla, to jednoznačně, je to něco úplně jiného, než když se začínalo. Ale je pravda že, tím, jak občas dochází k obměnám týmu, tak se to ekvilibrium musí neustále hledat. Není to tak, že se to jednou nastaví a je to na furt dobré. Zlepšilo se to o x desítek procent. Ta laťka je již jinde, ale musí se to udržovat, navíc s novými členy týmu.



T: Vy jako psycholog jste zapojen do péče o každého klienta CDZ, nebo záleží na psychiatrovi, jestli indikuje potřebu terapie z Vaší pozice?

R: S každým klientem nepřijdu do kontaktu, je to spíše o indikacích nejen ze strany psychiatra, ale i týmu. Zadavatelé zakázek pro mě (ať terapeutických nebo diagnostických) jsou už teď i case manažeři. Takže každé ráno probíhá faktová porada, kde se konzultují klienti, u kterých je nějaká krize. A navíc má psycholog nějaké stálé klienty, které už nabral. V tom faktu se obvykle generují i nové případy, kde někdo z týmu vyjádří potřebu, aby se k tomu vyjádřil psycholog, nebo se k tomu zapojil. Takže takhle vznikají noví klienti, ale všichni klienti CDZ mi rukama neprojdou.

T: Jde odhadnout, jaký počet klientů se k Vám dostane?

R: To se přiznám, že neumím odhadnout. Ale tipnul bych si, že minimálně polovina, spíše více.

T: Tak se zeptám z druhé strany, je to tak, že stihnete pokrýt všechny klienty, u nichž někdo z kolegů, ať už psychiatr nebo case manažeři identifikovali, že by bylo potřeba, abyste se s ním setkal a udělal to buď jednorázově jako diagnostický výkon nebo potom i opakovaně v podobě terapie?

R: Zatím to stíhám, po tom roce a půl, na ty indikace, ale začíná se projevovat potíž, že vznikají klienti, kteří jsou více stálí; např. více docházejí na individuální, systematickou psychoterapii a tím pádem zaplňují objednávací termíny, a věřím tomu, že dojde k situaci, kdy nebude prostor se všemi konzultovat nebo všechny vyšetřovat. Zatím to ještě není, ale houstne to.

T: U CDZ je trochu otázkou do jaké míry mají CDZ mít stálé klienty a setkávat se s nimi a udržovat je v určité kondici (jako prevence před hospitalizací), a do jaké míry je CDZ zařízení, které působí jako přechodník mezi hospitalizací a běžným režimem, kdy klient využívá ambulantního psychiatra. V CDZ v Chebu je to tak, že čím dál více máte lidí, kteří jsou u Vás „jakoby napořád“?

R: Rozhodně jsou klienti, u kterých bylo potřeba s nimi intenzivně pracovat, aby se hospitalizací předešlo, a to jsou klienti, kteří k tomu tíhnou, ke krizím, mají je hluší a častější než jiní. Samozřejmě u nich dochází k tomu, že když si zvyknou na psychiatra nebo psychologa v terapii v CDZ, se kterým se podařila spolupráce, tak preferují tady toho psychiatra nebo psychologa. Takže logicky, tím že se zažehná jejich krize a předejde se hospitalizaci, tak nedochází k tomu, že by opustili CDZ a hledali si psychologa nebo psychiatra jinde. Oni už prostě zůstávají.

T: Takže to není jen dočasné (s vrácením klienta do služeb, které využíval předtím), protože i klient, v momentě, kdy něco funguje a má k Vám důvěru, tak má tendence zůstat v péči CDZ?

R: Ano, objevuje se to. Nejsem schopný říct u jak velkého poměru klientů, ale u nějaké statisticky významné části toto je.

T: Můžete pojmenovat, v čem se působení klinického psychologa v CDZ odlišuje od běžné psychologické praxe? Zajímá mě, zda je tam i ještě něco jiného kromě multidisciplinarity, kterou jsme již prodiskutovali.

R: Jednak se to liší cílovou skupinou, tady je to práce převážně s afektivními poruchami, převážně s psychotickými, samozřejmě se okrajově objevují i poruchy osobnosti čili je to práce se závažnější psychopatologií, než je psycholog poradenský nebo psycholog ve své ambulantní praxi zvyklý. To samozřejmě s sebou nese v něčem větší náročnost, ale v něčem určité zjednodušení. Pak je to taky jiné, že se hodně posuzují indikace ke chráněnému bydlení nebo k uplatnění na trhu práce, nebo k fungování v chráněných dílnách. Čili hodně se posuzují kladné stránky klienta a funkčnost, aby se



pomohlo kolegům, kteří toho člověka aktivizují nebo předcházejí hospitalizaci, case manažerům. Více se dělá diagnostika, musí se přemýšlet o silných stránkách klienta. Vypracovávají se krizové plány, co dělat, když se krize zhorší a tak. Takže diagnostika je jednodušší, co do diferenciální diagnostiky mezi jednotlivými diagnostickými okruhy, ale měla by být širší a plastičtější, co do osobnostního profilu repertoáru zvládacích strategií klienta, aby pomohla v case managementu. V psychoterapii, oproti ambulanci, kam chodí lidé s jinými diagnózami, tak tady by měl být paradoxně menší tah na bránu, co se týká vyřešení problému. Často má terapie charakter doprovázení či psychoedukace, poskytování informací. Ta psychoterapie je spíše preventivní než řešící, anebo hloubená – že by se tam usilovalo o dlouhodobou změnu osobnosti, protože to je u těchto diagnóz složitější; někdy to je dokonce nemožné.

T: Mě zaujalo, jak jste řekl, že se vyjadřujete k potenciálu klienta, když by se měl uplatnit na trhu práce (ať již chráněném nebo otevřeném). Je to tak, že např. nedoporučíte sociálním pracovníkům, aby stimulovali klienta v tom, že dokáže pracovat např. 4 hodiny denně, ale řeknete, že potřebuje klidnější režim? Stává se to?

R: Stává se to. Nemůžu nikdy na základě psychologického vyšetření říct „tenhle člověk tohle nezvládne“, protože psychologické vyšetření, ať je více nebo méně kvalifikované, tak pořád je to odhad. Je to v rovině doporučení. Ale jsou situace, kdy někteří case manažeři mají na klienty přehnané nároky. Například i proto že se nesetkali s touto cílovou skupinou, tak třeba neví, že je něco nad možnosti klienta. Že mu to paradoxně spíše způsobuje větší trápení a zhoršuje to jeho krizi, než že by mu to pomáhalo. Takže to se také stává.

T: CDZ by také měla fungovat jako síťotvorný prvek v regionu. Byl jste zapojen do komunikace s ostatními psychology v lokalitě nebo i s ambulantními psychiatry?

R: Určitě.

T: Navštěvoval jste některé? Pokud ano, tak mě zajímá, jestli od nich máte nějakou zpětnou vazbu, jak oni vnímají CDZ a jaký má CDZ, pokud vůbec nějaký, vliv na jejich praxi?

R: Tam se to hodně liší podle lidí. Někteří odborníci, psychologové i psychiatři, teď myslím hlavně kliničtí, tak někteří uvítali novou spolupráci a využívají to také jako nástroj, odkážou svoje klienty na CDZ ne kvůli diagnóze, kterou si udělají sami, ale kvůli sociálně-rehabilitačnímu programu, který oni sami nedokáží zajistit. Obecně je ta spolupráce dobrá, já jsem si např. s jedním psychiatrem pravidelně telefonoval, samozřejmě se souhlasem klientů, předáváme si nějaké informace a je to ku prospěchu klienta. Pak jsou nějací odborníci, kteří se cítili vznikem CDZ ohroženi. Měli jsme pocit, že se snaží soupeřit, dokázat, že ten člověk má jinou diagnózu. Nebo měli někteří psychiatři pocit, že jim můžeme nějaké klienty brát. Takové to soupeření o některé klienty, to se také v náznaku objevilo.

T: Vzhledem k tomu, že jste řekl, že pokud je u Vás někdo spokojený, tak nemá tendenci se vracet zpátky, tak ztráta pacienta může nastat.

R: Nestává se, že by přišel někdo od psychiatra, u kterého je zavedený delší dobu, a řekl „podívejte se, já jsem nespokojený a chci přejít k vám“. To se neděje. Spíše se děje, že je zachycený úplně nový klient. Pak je otázka, jak naložit s klientem, kterého zachytíme; jemu se zalíbí spolupráce s psychiatrem a psychologem v CDZ a jestli po zažehnání krize bychom se s ním měli hned loučit a odkazovat ho někam jinam, když už se navázal nějaký terapeutický vztah...

T: Já jsem vyrozuměla, že to v Chebu takto neděláte?



R: U některých to neděláme.

T: Takže u některých ano?

R: Oni to nechtějí všichni klienti, to je jen skupina klientů, kteří mají zájem docházet na psychoterapii. Takže v zájmu prevence jednou za čas toho člověka na terapii mám. Není to tak intenzivní terapie, protože ta krize je zažehnaná, ale nějaké monitorování klienta a poskytnutí občasné podpory tam proběhne. Ale nechci mluvit za psychiatry, protože nevím, jak to mají oni. Já to takhle mám jako psycholog.

T: Berme to z pozice klinického psychologa.

R: Jsou to lidé, kteří využívají CDZ i nadále, chodí do chráněných dílen nebo tak něco.

T: My jsme se trochu vzdálili od otázky, zda byste uměl pojmenovat, jaký dopad má fungování CDZ na praxi psychologů v lokalitě? Vy jste říkal, že to každý vnímá jinak, někdo to vidí jako konkurenci, někdo jako posilu.

R: Já jsem zatím od psychologů zaznamenal jen pozitivní ohlasy. Říkali, že stejně mají dlouhé objednávací kapacity, protože mají moc lidí, klidně např. 2-3 měsíce na objednání, anebo dokonce posílají svoje klienty do CDZ. Takže já jsem u psychologů zaznamenal jen pozitivní ohlasy. Ty negativní jsem zaznamenal jen v jednom případě.

T: Takže když budu pátrat, co vznik a fungování v Chebu přineslo, tak, např. u psychologů, bude dominantní názor, že přineslo zvýšení dostupnosti péče? Že se pacienti více sdílí, snížila se objednávací lhůta?

R: Myslím si, že ano a také to, že např. ambulantní psycholog může mít klid, že o klienta je postaráno a není ho nutné hned hospitalizovat, když je v krizi. Že se dostane do komplexní péče, komplexnější, než on může zajistit jako ambulantní psycholog.

T: Takže je tam i potenciál snížení rizika hospitalizací díky tomu, že existuje služba, která umí fungovat v terénu a je blíž klientům?

R: Ano, je to tak, a pracuje se s nimi komplexně, např. i v místě bydliště, zajišťuje se case management, práce s rodinou.

T: A mohl byste něco uvést k otázce, zda se vznikem CDZ nějak změnil kontext práce pro další služby? Pro nemocnici v Ostrově nebo Dobřanech, které máte jako spolupracující léčebnu, tak jestli pro ně...?

R: S Dobřany já nikdy nevstoupil do jednání, ale kolegové ano, tak to já nemůžu... Ale s Ostrovem mám zkušenost, že ještě předtím, než CDZ vzniklo, tak psychiatrie v Ostrově intenzivně spolupracovala s FOKUsem a jeho sociálně-rehabilitačním týmem. Takže spolupráce se akorát posílila, takže já si myslím, že pro nemocnici je to velký bonus, že někdo může jejich klienty převzít a dál je stabilizovat v terénu.

T: Poslední bod, kterému bych se chtěla věnovat, jsou Vaše doporučení nebo náměty, co by stálo za to v parametrech CDZ změnit, aby se Vám fungovalo lépe?

R: To se přiznám, že mě nic nenapadá. Při své práci jsem nenarazil na něco, co bych si řekl, že je překážka, to by se mělo změnit.



T: Já jsem např. mluvila s CDZ v Havlíčkově Brodě, tam např. vedení CDZ říká, že měli ohromný problém sehnat klinického psychologa...

R: To je vždycky problém.

T: ...s odborností, která je v parametrech definovaná. Respondenti uváděli, že by se standart mohl zjednodušit, že by to nebylo na úkor kvality služeb.

R: To jo, to si myslím taky. Protože já jsem vlastně psycholog ve zdravotnictví, takže to vidím i z tohoto pohledu. Je to těžké, klinických psychologů je hodně málo a podmínky na vzdělávání se čím dál více ztěžují, takže sehnat je, zvláště v Karlovarském kraji, je problém. Tady je celkem snad nejméně vysokoškoláků v poměru k obyvatelům. Určitě si myslím, že psycholog ve zdravotnictví může kvalifikovaně pracovat v CDZ, jen potřebuje supervizi a vedení klinického psychologa. Ideální by bylo, kdyby se podařilo změnit CDZ na akreditované pracoviště pro klinickou psychologii, kdy psycholog ve zdravotnictví by přímo tam mohl absolvovat odbornou přípravu a mohl by přímo tam mít školitele v rámci předatestační přípravy a mohl přímo tam realizovat povinné kazuistické semináře, kterých máme v přípravě hrozně moc. Já jsem např. za nimi musel dojíždět do jejich pracovišť. Tohle by třeba pomohlo.

T: To je jedno velmi konkrétní doporučení.

R: Rozhodně si myslím, že by tam měl být psycholog ve zdravotnictví, ne jako poradenský psycholog, protože si myslím, že je tam potřeba znát zdravotnickou problematiku a psycholog ve zdravotnictví musí mít nějaké vedení nebo supervizi.

T: Další téma, které bývá zmiňováno, je příliš úzká cílová skupina CDZ. Vy nenarážíte na to, že byste chtěli vzít klienta do péče, ať on Vám úplně přesně nepasuje diagnózou?

R: Ne, tohle já jsem nezaznamenal. Já mám pocit, že i tak je klientů hodně. Pokud je ta služba zaměřená na předcházení hospitalizace, tak je zaměřená dobře na cílové skupiny.

T: A např. k výkaznictví nemáte nějaký komentář nebo doporučení?

R: My jsme zatím byli v pilotu, takže přesně nevíme, jaký to bude mít dopad na financování, to bude teď od listopadu, takže to zatím nejsem schopný posoudit. Ale jelikož jsem pracoval v klinické ambulanci, která byla soukromá, tak vím, že ten tlak na kódy je velký, aby se lidé uživil. To se musí kódovat hodně, takže cokoliv pomůže odlehčit tuto práci, cokoliv, co zmírní kvantitu ve prospěch kvality práce, tak je samozřejmě z mého pohledu psychologa lepší.

T: Rozumím, protože jste to nekódoval, tak konkrétní doporučení nemáte, ale obecně čím jednodušší, tím lepší.

R: Já jsem to kódoval. Kódoval jsem to i teď, ale ještě jsme na kódech nebyli existenčně závislí.

T: Ale to, co jste teď kódoval, Vám dávalo smysl a nějak jste si v tom našel cestu, abyste tím nestrávil neúměrné množství času?

R: Ano, to jsem byl schopný, to se dá.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. V regionu jsou obecně málo dostupné služby psychiatrů a klinických psychologů, proto je jakékoli rozšíření těchto služeb rozhodně přínosem. CDZ podle respondenta přináší významnou přidanou



hodnotu v tom, že pomáhá lidem po hospitalizaci v orientaci v běžném prostředí, dokáže doprovázet a podpořit, což nejsou schopni zajistit ani nemocnice ani ambulantní psychiatrii. („např. ambulantní psycholog může mít klid, že o klienta je postaráno a není ho nutné hned hospitalizovat, když je v krizi. Že se dostane do komplexní péče, komplexnější, než on může zajistit jako ambulantní psycholog.“)

2. Sžívání zdravotníků a sociálních pracovníků není jednoduchý proces, ale obě strany mohou ze spolupráce těžit mnohé a zejména to dle respondenta posouvá kvalitu péče na vyšší úroveň. Sociální pracovníci se díky tomu naučí rozlišovat a respektovat zdravotní omezení klientů (jejich diagnózy), zdravotnický personál má díky komplexnímu náhledu na klienta mnohem lepší možnost porozumět jeho situaci a potřebám. Oceňováno je také to, že CDZ díky terénní složce péče dokáže vnímat rodinné/sociální zázemí klienta, což dále přispívá k lepší péči. („je tam i větší pracovní aliance mezi klientem a pracovníkem, protože vzniká jiná atmosféra než ta nemocniční, takže ten člověk se svěří více, více se otevře, dá se více spolupracovat, spolupráce bývá lepší, a to i s rodinou, to je další věc, která funguje v CDZ velmi dobře. Intenzivněji se pracuje s rodinou než ve zdravotnictví.“)
3. S ohledem na nedostatek klinických psychologů vyjádřil respondent doporučení upravit požadavky na kvalifikaci této pozice v CDZ tak, aby postačoval psycholog ve zdravotnictví. („psycholog ve zdravotnictví může kvalifikovaně pracovat v CDZ, jen potřebuje supervizi a vedení klinického psychologa. Ideální by bylo, kdyby se podařilo změnit CDZ na akreditované pracoviště pro klientskou psychologii, kdy psycholog ve zdravotnictví by přímo tam mohl absolvovat odbornou přípravu a mohl by přímo tam mít školitele v rámci předatestační přípravy a mohl přímo tam realizovat povinné kazuistické semináře, kterých máme v přípravě hrozně moc. Já jsem např. za nimi musel dojíždět do jejich pracovišť.“)

5. Rozhovor se zdravotní sestrou CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Psychiatrická sestra
Termín uskutečnění rozhovoru	7. 10. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte ve službách pro lidi s duševním onemocněním?

Respondent (R): Od května 2019. Jak vzniklo v Chebu CDZ, tak úplně od začátku jsem tady.

T: Předtím jste neměla zkušenost s těmito pacienty?

R: No měla už hrozně dávno, to jsem dva roky pracovala v Bohnicích, ale to už je dávno, 1992-1994. Mezi tím jsem jako zdravotní sestra dělala různě, onkologie, interna.

T: Když jste se seznámila s konceptem a cíli CDZ a předpokládám, že jste znala situaci v Chebu, jak byste popsala potřebnost vzniku CDZ v tomhle území?

R: Jako že je velice potřebná. Já pracuji o víkendech na interní ambulanci příjmové nemocnice a ti lidé kolikrát např. mají nějaký problém a psychiatr je nedostupný, protože je k dispozici jen přes den. Navíc, když se k němu chtějí objednat, tak čekají hrozně dlouho. Celkově než se problém začne řešit, tak to trvá hrozně dlouho a pak už je třeba pozdě a pacient musí být hospitalizovaný. Tím že služba CDZ



funguje, jsou klienti zachyceni včas. Zavolají, my tady máme lékařku k dispozici, je to vše rychlejší. A nemusí se dostat až do nemocnice.

T: Jaké byly první měsíce fungování CDZ? Co vše jste museli absolvovat a zejména jaké tam byly komplikace? Jak jste si s nimi poradili?

R: Já tím, že jsem nastoupila nově, tak pro mě to bylo jiné než pro kolegy, kteří už předtím byli v sociální rehabilitaci. Pro mě to byla velká změna, protože všechno bylo jinak. V CDZ je jiné kódování, tj. je jiný systém vykazování. Jinak co se týká klientů, tak ta péče je stejná, ale chodí se za nimi. Než se to sešlo, i s lékařem, psychologem a tak, než se rozšířil kolektiv (je nás o hodně víc, než jich bylo předtím a víc profesí), tak chvíli trvalo, než se to nějak skloubilo.

T: Když o tom mluvíte, CDZ jsou multidisciplinární, propojují lidi ze zdravotních profesí se sociálními pracovníky. Jak vnímáte toto propojování?

R: To je úplně bezvadné. Ze začátku, než se všichni rozkoukali a seznámili s prací, tak to nebylo tolik vidět, ale teď, jak to funguje více než rok, tak ty ranní porady jsou bezvadné, je tam psycholog, psychiatr i sociální pracovníci a zdravotní sestry a každý ke klientovi mluví ze svého pohledu a vše se hezky doplňuje. Každý má svoje postřehy, je to lepší, když je více profesí.

T: Když byste měla porovnat, jak funguje přístup k pacientovi jen ve zdravotnickém zařízení a jak v CDZ, co byste zdůraznila?

R: Myslíte, když pracuji v nemocnici?

T: Ano.

R: Mám zkušenosti i z ambulance, že když tam přijde někdo, kdo má nějakou diagnózu, tak už se na něj pohlíží trochu jinak a bagatelizují se potíže. To je pravda, takhle to opravdu funguje. Takže já když jsem na ambulanci, tak doktorům řeknu, že může mít ty potíže, ať mu to věří. Často tyto lidi odbývají. Když mají diagnózu schizofrenie, tak někteří lékaři opravdu mají tendence je tolik nevyšetřit, jako by je vyšetřili, kdyby tu diagnózu neměli.

T: To hovoříte z pozice, kdy je to ambulance, která není zaměřena na lidi s duševním onemocněním?

R: Ano, z pozice standardní nemocnice.

T: Pojdme se ještě vrátit k práci multidisciplinárního týmu. Musíte se všichni nad daným pacientem shodnout?

R: Ne.

T: Chápu, že je to takový volný brainstorming, každý říká svůj pohled. Jak potom dojdete k závěru, co pro klienta budete vnímat jako nejlepší, co mu budete nabízet?

R: Každý má svého klíčového pracovníka. On si pak z toho něco vybere, pokud to není něco vážného. Pokud je to např. závažná věc, která se týká psychického stavu, tak i když máme různé názory, tak vždycky má lékař hlavní slovo (když se to týká změny psychického stavu).

T: Tím klíčovým pracovníkem může být někdy zdravotní sestra a někdy sociální zdravotník?

R: Ano.

T: Podle čeho se rozhoduje, kdo to bude?



R: My to neurčujeme dopředu. Přijde nový klient a kdo zrovna má volnou kapacitu, tak si ho vezme, a pak v průběhu, když zjistíme, že z toho zdravotního hlediska mu nic není, tak si klienty měníme. Protože jsou někteří, kteří musí více chodit k lékaři, víc hlídat léky, tak je výhodnější, když ho má zdravotní sestra. U lidí, kteří potřebují jen nějaké popovídání nebo doprovody na úřady apod., tak si je pak zase přehodíme, že si je vezme sociální pracovník.

T: Když jste zmiňovala, že nyní fungujete „úplně bezvadně“ a že na začátku to bylo nějak, že jste se rozkoukávali, mohla byste popsat vývoj spolupráce multidisciplinárního týmu?

R: Ono je to zkreslené tím, že tam probíhala ta sociální rehabilitace. Takže ono to bylo takové skloubení, že i ti stávající kolegové, co tam přešli ze sociální rehabilitace, tak se rozdělili na části. Jedna část zůstala stále sociální rehabilitace, ta není v CDZ. Pak jedna část, těch sociálních, přešla do CDZ, plus ještě my noví jsme nastoupili do CDZ, takže byl spíš takový guláš v tom, kdo a co. Protože např. ta sociální rehabilitace používá jiný informační systém než CDZ. Takže spíš takové tady to, v tom byl problém. Pak nastoupila paní doktorka, která ze začátku přišla z lůžkového oddělení z Bohnic, takže než se přecvakla na ambulantní péči, protože to je fakt trochu jiné... Spíše takové to zvykání na nové věci to bylo.

T: Bylo něco, co se Vám osvědčilo nebo co byste doporučila, aby dělali i v dalších CDZ? Teď mám na mysli např. školení nebo výjezdní zasedání, nebo skupinové supervize. Bylo něco, co Vám přišlo, že vás v CDZ posunulo v posílení spolupráce?

R: Já jsem např. byla na jaře na setkání CDZ ještě s naším vedoucím. Sešla se CDZ z celé republiky, asi pět nebo šest CDZ, a řešili jsme různé kazuistiky. Bylo znát, že v každém středisku pracují trochu jiným způsobem. Takže např. tohle bylo fajn. Máme něco zažité, ale pak zjistíme, že to jde úplně jinak, ale to člověka nenapadne. Tím, že se sešlo více týmů CDZ, tak jsme zjistili, že jsou věci, které se někde dělají jinak.

T: A vy jste na základě toho začali dělat něco, co jste předtím nedělali?

R: Spíše trošku jinak přemýšlet, možná.

T: Bylo by možné to ukázat na nějakém příkladu, prosím?

R: Já už teď fakt nevím, jak je to nějaká doba. Já si nevzpomenu, ale takové to předávání zkušeností mezi CDZ je dobré, když se např. začíná. Tam byla nějaká CDZ, která fungují delší dobu. My se stále spíše rozkoukáváme, i když to jede přes rok, tak to není úplně usazené, myslím. Například jsme měli někdy z jara během nouzového stavu s panem (...) schůzku a on mluvil o CDZ, že tam to funguje úplně jinak. Byl překvapený, že to máme také jinak. V některých střediscích sestry nemají svoje klienty a jen chodí s ostatními a řeší zdravotní věci. My to máme tak, že máme všichni všechno. Takže každé středisko to má úplně jinak.

T: Když jste zmínila, že i zdravotní sestra může být klíčový pracovník, pojďme se zastavit na příkladu konkrétního klienta. Jak se do péče o něj zapojují profese, které v CDZ jsou. Když přebíráte člověka, který byl dlouhodobě hospitalizovaný, jaká je sekvence zapojení členů týmu?

R: Většinou záleží, jaký pracovník si pacienta převezme první, tak podle toho. Já jsem např. zdravotní sestra a přebírala jsem klientku, která byla 30 let v Dobřanech. Ze začátku moc sesterské práce nebylo, protože jsme museli vyřizovat věci, jako je banka, účty, tyhle věci.

T: A to dělají sociální pracovníci?



R: Právě, že je to u nás trochu jinak než v ostatních CDZ. My jsme se dozvěděli, že to dělají spíše sociální pracovníci. Některé týmy to mají tak, že některý sociální pracovník je zaměřený na důchody. Když se řeší důchody, tak jde s tím klientem on, protože tomu nejvíce rozumí. U nás to takhle není, u nás všichni děláme všechno.

T: Takže to bylo na Vás, protože to byl Váš klient, Vy jste si musela převzít informace, jak se to vlastně dělá?

R: Z internetu no... Takže jsem si to hodně nastudovala. Teď, když někdo potřebuje, tak mu dokážu poradit. Například ona ta paní měla nějaké neduhy, takže to pro mě bylo takové, že jsem objednávala vyšetření, zvedl se jí cukr. Teď řešíme diabetes, který paní má, takže obíhám.

T: My jsme se ještě nedostali k tomu, jak Vám s touhle klientkou pomáhali ostatní?

R: Ostatní mi pomáhali v tom, jak my máme klientů hodně, tak někdy paní potřebuje na úřady nebo na nákup, tak s ní dojdou kolegové. Takže se u ní střídáme všichni. Ona teď bydlí v našem podporovaném bydlení, takže i pracovníci, co chodí na bydlení, jí pomáhají, co se týká jídla a vaření. Nebo to jsou různé doprovody. Chodí do naší psychiatrické ordinace, takže naše psychiatricka je s ní taky ve spojení.

T: Kdybychom se zastavili u otázky, jak se práce zdravotní sestry v CDZ odlišuje od fungování v běžném zdravotnickém zařízení?

R: Je výhoda, že pacienty hodně známe. Chodíme k nim domů, bavíme se s nimi, strávíme s nimi více času, než když jsou na lůžkovém oddělení nebo v běžné ambulanci. Když je psychiatrická ordinace, tam je klient půl hodiny a jde domů a nikdo o něm nic neví. My, jak chodíme k nim domů, nebo s nimi jdeme na procházku, seznamujeme se i s rodinou klienta. Myslím, že je to lepší v tom, že dokážeme hodně věcí změnit. Já jsem měla klienta, který rok nevyšel z domu, protože měl nějakou psychickou potíž a rozhodl se, že zůstane doma a nevylezl z bytu. Tím, že jsme za ním začali chodit a zařídila jsem mu všechny možné doktory, důchod a tak, tak ten byt opustil. Ona nás původně oslovila matka, že „chudák syn nevyšel rok z domu, zachraňte mi ho“. No a pak jsme zjistili, že matka v době, kdy nám zavolala, měla v řešení jeho soudní vystěhování z bytu. Vlastně po nás chtěla, abychom jí zbavili syna, abychom ho někam odvezli. Kdybychom byli normálně v ambulanci, tak tohle vůbec nevíme. Tím, že jsme tam pravidelně chodili, dělali rozhovory, je to opravdu výhoda. Můžeme s těmi lidmi trávit více času a poznáme je z více stránek, než je jen jejich nemoc.

T: Je to tak, že je tento způsob práce z vašeho pohledu více obohacující, že Vás více baví?

R: To nemůžu říct, že by mě více bavila. Já jak ještě pracuji v nemocnici, tak tam mě to také baví, ale je to jiné.

T: Můžu to interpretovat tak, že máte za to, že když znáte klienta lépe (včetně jeho zázemí, kde bydlí, s kým bydlí), tak se Vám lépe daří vybírat pro něj nějaké řešení, nebo např. i medikaci?

R: Ano, určitě. A platí to i pro lékaře v naší ambulanci. Normální psychiatr sedí v ambulanci, lidi za ním chodí a odcházejí. Naše paní doktorka chodí i do domácnosti klienta. Dokáže si udělat obrázek, jak to tam funguje, jaké jsou vztahy v rodině. Takže u psychoterapie se může více zaměřit na nějaká témata. Vidím to tak, že je to velká výhoda.

T: Můžete porovnat nároky a pracovní podmínky pro sestry, které jsou v CDZ, a které jsou ve standardním ambulancním nebo lůžkovém zařízení?



R: Oproti lůžkovému se to nedá ani porovnat. Tam je hodně medikace. Rozdají léky, napíchají injekce, každé dvě hodiny musí zapisovat, jak se pacient chová. Já jsem tam pracovala už hodně dávno, to jsme tam nic takového ještě neměli, ale teď je to pro sestry tak náročné, že ani nemají na klienty čas. Výhoda v CDZ je v tom, že mám jako sestra pestřejší práci. Tím jak chodím za klienty domů, nebo s nimi můžu jít i na procházku, nebo do divadla, oni přijdou za mnou, je to takové různé, jak se domluvíme, jak kdo na tom zrovna je. Možná nevím, jestli nevýhoda, ale trochu jiné je to v tom, že když je klient v léčebně a začne se rozjíždět a blbnout, tak oni mají rozepsané nějaké medikace a můžou ho hned uklidnit. Což pro nás v terénu není tak rychlé. My tam přijedeme, on je nějaký rozjetý, tak zavoláme záchranku, ale oni ho mnohdy ani nechtějí převzít.

T: Jezdíte do terénu sama, nebo jste vždy ve dvojici?

R: Jezdím i sama; není nás tolik, abychom mohli jezdit ve dvojici.

T: Nejsou u vás v CDZ tam nějaké obavy, ať již z Vaší strany nebo od dalších sestřiček, že se může stát, že klient nebude úplně v klidné fázi, bude např. „rozjetý“, jak jste říkala, nebo agresivní?

R: Obavu jsem nikdy neměla, nevím, jak kolegové. A ono to většinou není ze dne na den, takže tam už to dokážeme odhadnout a včas zasáhnout. Teď se nám např. jeden pán horšil, tak jsme mu přidali medikaci, a tím se to vyřešilo, takže nedošlo k ničemu. To je také výhoda CDZ, protože jsme s nimi v častějším kontaktu.

T: Jak často svoje klienty vidíte?

R: Záleží na tom, jak jsou na tom, v jakém jsou stavu. Někteří jsou v kontaktu jednou za 14 dní, jinak jsme na telefonu, za některými jezdím jednou týdně, s některými se setkáváme i častěji, když vidíme, že se něco děje, tak např. k nim i vícekrát týdně přijdeme na návštěvu, nebo denně telefonujeme. Záleží, v jaké je klient zrovna fázi. Je to různé, to se nedá paušalizovat.

T: Jak hodnotíte přínos CDZ? Já vím, že je to hodně obecná otázka, ale zajímá mě, šlo by nějak obecně pojmenovat, co CDZ přineslo klientům?

R: Za ten rok a půl, co jsem tady, tak už je na některých klientech vidět, že někteří, kteří nechtěli nic, nic nepotřebovali, nechtěli do práce, protože na to nemají, tak se to změnilo tak, že např. i nastoupili do práce. Hodně je to vidět na těch, kteří byli dlouhodobě hospitalizovaní. Jak jsem mluvila o té paní, která byla 30 let v Dobřanech, ona se strašně bála vylézt ven a neuměla vůbec nic, nechápala, co je mobil, platební karta, internet a spoustu těchto věcí. Kdyby nebylo CDZ a takhle by jí vypustili z Dobřan, tak je tam do týdne zpátky. Ona byla úplně zhroucená, co bude dělat. Takže jí to postupně učíme. Za rok a půl je schopná si sama vybrat z bankomatu, což si před tím rokem nedovedla vůbec představit. Takže u spousty lidí se zkvalitňuje život. Oni když něčemu nerozumí, tak by nikam ani nešli, a tím, že mi je doprovodíme, vysvětlíme jim to, tak je pro ně vše jednodušší.

T: Jaké je vnímání CDZ ze strany lidí, kteří pracují v nemocnici? Vědí o Centru? Jak jej hodnotí? Myslíte, že jim připadá, že usnadňuje i jejich práci (ve smyslu, že CDZ zajistí péči o nějaké klienty, se kterými by se jinak potýkali)?

R: To úplně nevím. My máme spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí v Dobřanech a tam nám nabízejí klienty do naší péče. Vybírají nám lidi, kteří absolutně nespádají do CDZ, i když jim stále říkáme, kteří mohou být v naší péči. Například u obvodních psychiatrů už za tu dobu, co to funguje, jsou někteří za nás rádi, jsou spokojení, protože vidí i na klientech, že to má nějaký posun. My se s psychiatry



pravidelně setkáváme, probíráme společné klienty a spousta už jich říká, že je to skvělé. Ale s Dobřany nemáme nějaké zpětné... oni tam těch lidí mají tolik, že možná ani nepostřehnou, že tam někdo dlouho nebyl. Z nemocnice opravdu nemáme nějakou zpětnou vazbu. Oni nás podle mě pořád spíše berou, že je to taková otrava, protože my tam jezdíme za klienty např. jednou za tři týdny, a pro ně je otrava nám otevřít, pustit nás, prostě je to takové, že necítím nějaké nadšení. Ale to je třeba u nás. Některé nemocnice v jiných krajích, tam to třeba funguje úplně jinak, ale tady to zatím není úplně ok, si myslím.

T: Máte nějaká doporučení, co by bylo dobré upravit v podmínkách fungování CDZ, aby to usnadnilo jejich provoz?

R: My máme kolegyni, která dělá přednášky pro NUTS, pro laiky, úředníky atp. o destigmatizaci. A to si myslím, že je důležité. Lidé mají určitou představu; když jim řeknu, co dělám, tak si představí nějaký psycho... nějaké až šarlatány... Vůbec nemají pojem, co to je.

T: Takže nějaká propagace, komunikační opatření?

R: No... Když jsem pracovala v Chebu na interně (než jsem šla sem) a řekla jsem i kolegyním, které jsou dlouholeté zdravotnice, tak se ptaly, co to je. Tak jsem to vysvětlovala a ony měly představu, že všichni úplně blázní, mají to zkreslené. Myslím, že by byla potřebná propagace mezi běžnými občany i mezi ostatními zdravotníky; oni vůbec nemají páru.

T: A něco konkrétního v pravidlech, ve standardu CDZ, byste nedoporučovala změnit? Např. vím, že je problém s personálním obsazením. U Vás, u zdravotních sester nebyl problém sestavit tým?

R: Já jsem procházela konkurzem, tam nebylo moc zájemců, a pořád si myslím, že není. Ono je to i tím, teď budu mluvit zcela konkrétně, že je tady pro sestry málo peněz. Když jsem odešla z nemocnice, spadla jsem skoro o 10 tisíc čistým platem. Takže to si myslím, že je jeden velký zádrhel. Tady v Chebu jsme jako sestry v nemocnici bojovaly o vyšší tabulkové platy a podařilo se nám to. Takže v nemocnici v Chebu mají sestry velké základy. Proto např. sestry z nemocnice by sem v životě nešly.

T: Z finančních důvodů?

R: Ano. Ani z okolí by sem nešly. Co se týká platu v CDZ, tak to je podle mě nic moc, a to je to, co si myslím, že hodně lidí odrazuje. A to nemluvím jen o sestrách, ale i o sociálních pracovnících, protože ti mají snad úplně životní minimum. Co se týká platu, to je, si myslím, největší zádrhel.

T: A z hlediska nějakého vykazování, s tím jste se nějak sžili, nebo to jde mimo Vás a tohle neřešíte?

R: Tím, že jsem dělala v nemocnici, tak pro mě to takový problém není. Musíme zapsat intervenci, nakódovat pro pojišťovnu. Já jsem na tohle byla zvyklá i předtím, takže já to dělám furt.

T: Takže Vám připadá srovnatelné vykazování v CDZ a vykazování v nemocnici?

R: Co se týká vykazování pro pojišťovny, tak ano. Ale pak je ještě spousta různých dokumentů, které se neustále musí vyplňovat, obnovovat po půl roce. U některých mi přijde, že jich je moc, je to hodně administrativy. Papírování je hodně, to si myslím, že by se také mohlo omezit, protože pak pořádně nestíháme to, co bychom chtěli.

T: Administrativa v pilotních provozech se dělá, aby se ohodnotilo, zda je tento typ péče efektivnější než režim předtím.

R: Já vím. Jak se GAF dělá jednou za půl roku, tak jsme ho u některých klientů vyplnili už třikrát. A u některých, nemůžu říkat u všech, se body zvedly. U některých opravdu o dost. Posun je opravdu vidět,



má to smysl. Já jsem např. dostala jednu klientku, se kterou nikdo nechtěl pracovat. Ona prošla - jak je tady FOKUS, máme Cheb, Sokolov, Karlovy Vary - všechno prošla. Je to porucha osobnosti, sebepoškozovačka; úplně hrozné, hrozné, hrozné. A teď jsem si ji vzala já a věnuje se jí naše paní doktora. Normálně hodí na psychiatrii jednou za měsíc, ale paní doktorka jí vídá i jednou týdně, když to klientka potřebuje. Tak za sedm měsíců, co s ní pracuji, tak se ani jednou neříznula a teď už čtyři měsíce v kuse chodí do práce. Vydržela v práci jeden týden. Je to tím, že nám může kdykoliv zavolat. Jakmile na ni jde nějaké řezání, tak si popovídáme, probereme to a to je hodně vidět; jsme víc k dispozici než ambulantní psychiatr.

T: Teď jsme se bavili o doporučení v pravidlech, která platí pro nově budovaná CDZ. Ale je něco do budoucna pro Vaše CDZ, až vystoupíte z ESF projektu, co byste chtěli změnit v nastavení, aby vše fungovalo efektivně?

R: To asi nedokážu odpovědět.

T: Tak něco obecně, co byste chtěla dělat jinak?

R: Možná bych tady chtěla prosadit to, jak to mají jiná CDZ, tj. jak sestry chodí s ostatními a nemají tolik vlastních klientů. Jde mi o to, aby sestry měly čas i na ty ostatní, protože spousta lidí kvůli duševnímu onemocnění kašle na svoje nemoci. Takže tam jedu s kolegou, podívám se na něj, řeknu, že je to na nemocnici, na nějaké vyšetření a tím pádem ztrácím čas pro ty svoje klienty. Možná tedy doporučuji to, abychom jako sestry nebyly rovnocenné s dalšími klíčovými pracovníky, abychom neměli stejně klientů, ale méně. Navíc ještě chodíme s paní doktorkou jednou týdně tady na ambulanci.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. CDZ podle respondenta zvyšuje dostupnost péče pro osoby s duševním onemocněním v regionu a díky své akceschopnosti má potenciál snižovat riziko hospitalizace.
2. Respondent oceňuje fungování multidisciplinárního týmu, pohledy různých profesí se podle něj dobře doplňují. (Pokud je neshoda, pak finální slovo má psychiatr.) Obrovský přínos respondent spatřuje v terénní části práce; nejen že to pomáhá lépe pochopit klienta a nabídnout mu optimální službu, ale vytváří to také prostor na působení v rodině klienta.
3. V CDZ působí na pozici case manažera jak sociální pracovníci, tak zdravotní sestry. Nový klient má přiděleného case manažera podle jejich aktuální vytíženosti. Jakmile se identifikuje, že klient potřebuje ve vyšší míře jednu ze složek péče (sociální či zdravotní) může dojít ke změně case manažera tak, aby klient, který potřebuje více sociální služby, měl v roli case manažera sociálního pracovníka, a klient s převažující potřebou zdravotnických služeb měl k dispozici primárně zdravotní sestru.
4. Za cca 1,5 roku působení respondent vnímá, že klientům CDZ se daří lépe, že CDZ má pro ně pozitivní přínos. („Za ten rok a půl, co jsem tady, tak už je na některých klientech vidět, že někteří, kteří nechtěli nic, nic nepotřebovali, nechtěli do práce, protože na to nemají, tak se to změnilo tak, že např. i nastoupili do práce. Hodně je to vidět na těch, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni.“)



6. Rozhovor se sociálním pracovníkem CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Sociální pracovník
Termín uskutečnění rozhovoru	7. 10. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jakou máte za sebou zkušenost s poskytováním služeb osobám s duševním onemocněním?

Respondent (R): Já mám zkušenost pouze u mého posledního zaměstnavatele, čímž je Fokus Mladá Boleslav z. s., kde jsem zaměstnán 2 roky. U předchozích zaměstnavatelů, kde jsem pracoval jako sociální pracovník, nikdo nebyl primárně zaměřen na péči o osoby s duševním onemocněním.

T: Dva roky je nicméně dost na to, abyste byl u začátků CDZ v Chebu. Jak jste vnímal potřebnost CDZ v Chebu?

R: Potřebnost byla velká vzhledem k malému personálnímu obsazení psychiatrů v Chebu.

T: Když se posuneme k samotnému procesu zakládání CDZ, jaké byly komplikace v prvních měsících fungování centra? Budu ráda, když důraz budete klást na agendu sociálních služeb.

R: Jestli můžu začít od zdravotníků, největší potíž bylo personální zajištění. Obecně v západočeském regionu je málo psychiatrů, u nás tak bylo největším problémem zajistit kvalifikovaného psychiatra. S tím souviselo zajištění kvalifikovaného psychologa. Zajištění středního zdravotnického personálu, tzn. sestřiček, byl menší problém, ale také to nebylo úplně jednoduché a nebylo to tak, že bychom si mohli vybírat podle našich představ. Sociálních pracovníků, příp. pracovníků v sociálních službách je na Karlovarsku relativně dostatek oproti zdravotnickému personálu. Poskytovatelů sociálních služeb není až tak mnoho, tak se známe osobně. Zaměstnavatelé mají možnost si z řad sociálních pracovníků vybírat, rozdíl od zdravotnické oblasti.

T: Kde se bere kdokoliv, kdo projeví zájem o to, aby se zapojil?

R: Ano. Pro nás bylo ohrožující, že jsme dlouho neměli jistotu v lékaři a psychologovi, bez nich by ale CDZ nemohlo fungovat. Sociální služby na Karlovarsku fungují a poskytovatelů - byť jich na počet není mnoho, ale mají nějakou tradici - a pracovníků už je relativně dost. Tak co se týká mé profese, sociálního pracovníka, tam není problém s personálním zajištěním.

T: Byl v počátku fungování CDZ (či v přípravě) ještě nějaký problém nebo komplikace kromě personálního zajištění?

R: My jsme museli řešit prostory. V souvislosti se vznikem CDZ jsme se přestěhovali. U nás je ještě to, že tým je složen ze dvou částí, kdy jedna je zařazena do projektu CDZ a druhá část není. Nicméně fungujeme jako jeden tým. Takže i toto bylo ze začátku trochu náročnější; pracovníci, kteří nebyli zařazeni do CDZ, to brali trochu úporně. Tím, že se dával akcent na CDZ, tak jsme museli hodně vysvětlovat a hodně pracovat s tím, že druhá část není druhá jakost, horší kvalita. Že budeme dělat podobnou práci a že do budoucna bychom chtěli, aby z toho byl jednotlivý útvar. To byla také určitá těžkost, která nás provázela.

T: Bylo to hlavně v komunikaci s lidmi, aby se necítili na druhé koleji?



R: Bylo to v komunikaci a bylo to i v mzdovém ohodnocení. Pracovníci zařazení do CDZ mají vyšší ohodnocení, byť to nejsou násobky, ale je to něco, na co jsou lidé citliví, zvláště v této oblasti. Tak toto je také téma, resp. bylo to něco, čím jsme se museli zabývat, čemu jsme museli věnovat hodně času a pozornosti.

T: Z jiných CDZ jsem dostala podněty, že bojují s tím, že odměňování zdravotních pracovníků je vyšší, než je odměňování sociálních pracovníků. U nich to nicméně bylo tak, že zakladatelé CDZ byly dva odlišné subjekty. Vy jste jen jeden subjekt (FOKUS). Ale je to i u vás tak, že abyste nějaké zdravotníky vůbec měli, tak jejich mzdy jsou vyšší než mzdy lidí, kteří dělají sociální práci?

R: Ano, je to tak, ale jestli jsem to správně pochopil, tak odměna za odvedenou práci se odvíjela od toho, jak byl projekt napsán. Čili, po celou dobu projektu máme fixní platy a do žádosti o projekt se zdravotníkům nasadily platy vyšší. U nás je zkušenost taková, že my jako sociální pracovníci, příp. pracovníci v sociálních službách, kteří jsme byli zařazení do projektu CDZ, tak jsme si výrazně platově polepšili. U nás jsem nezaznamenával, že by někdo řešil, že mají zdravotníci víc. U nás finance řešili ti pracovníci, kteří nebyli zařazení do projektu CDZ, protože i když se jim zvýšilo platové ohodnocení, tak byli pod platovou linií pracovníků CDZ.

T: Přitom mají práci obdobnou, mají stejnou cílovou skupinu a akorát to není vykazováno jako CDZ sociální služba?

R: Ano.

T: Dále mě zajímá fungování multidisciplinárního týmu. V CDZ Cheb se nemusely sžívat dvě organizace, nicméně sestavovali jste multidisciplinární tým. Jakým způsobem sžívání probíhalo? Jsou věci, které jste museli překonávat?

R: Ano, určitě. Dokonce z těch prvních 4 (my máme 4 zdravotní sestřičky) jedna kolegyně neunesla ten jiný systém. Byla zvyklá pracovat v jiném režimu, nakonec se rozhodla odejít. Bylo to po vzájemné domluvě. Dokonce vysvětlovala důvod odchodu, že ona byla z nemocnice zvyklá na něco jiného. Chyběl jí větší režim a systém, který je v nemocnicích nastavený úplně jinak. Jinak to sžívání ano, my jsme si nejdříve přetáhli paní doktorku z Bohnické psychiatrické nemocnice a ona byla mladší, byť atestovaná, kvalifikovaná, nicméně s relativně krátkou pracovní zkušeností. Za začátku porovnávala provoz velké psychiatrické nemocnice s naším fungováním. Ona pracovala v oddělení pro chronické pacienty, kde se denně musela vyjádřit alespoň formálně k 60 pacientům. To samozřejmě bylo jiné, všichni jsme se učili, a to včetně psychologa, kterého jsme přetáhli z psychiatrického oddělení nemocnice v Ostrově, kde také fungoval na oddělení pro akutní péči, takže také byl zvyklý na něco jiného, a to sžívání byl nějaký proces. Nicméně z mého pohledu je to dobré fungování a s každým dalším pracovním týdnem je to lepší a lepší.

T: Co tomuto sžívání napomáhá? Je něco, co se vám osvědčilo?

R: Když začnu od sebe, tak já když jsem měl výjezdy s lékařem nebo psychologem, tak oni zpětně reflektovali, že bylo výborné, co jsem navrhl za řešení. Já pracuji jako sociální pracovník dlouho, už přes čtvrt století, tak přeci jen nějaké zkušenosti mám, a to je oblast, kterou oni neznají. Když jsme u klientů řešili nějaké složité situace, tak reflektovali, že bylo výborné, jak to vím. Já je respektuji jako odborníky, prestižní profesi lékaře, příp. psychologa a zároveň oni na místě vnímali, ať už to bylo u nás v ambulanci nebo v terénu u člověka, vnímali to, že jsem byl schopný řešit složité situace účelně. Myslím, že jsme si



k sobě získávali důvěru a nacházeli cestu a profesní respekt, viděli jsme oboustranně, jak to může být pacientům přínosné.

T: Nevyužívali jsme nějaká školení na téma multidisciplinarita?

R: Všichni pracovníci CDZ prošli CARE programem, polovina už to má za sebou, druhá ho dokončuje. A to bylo součástí tohoto CARE kurzu. Jinak standardně sblížování napomáhají porady, intervize, supervize. Intervize jsem se i osobně účastnil, když plzeňské CDZ Ledovec organizovalo intervizní setkání více CDZ z republiky. To pro mě bylo zajímavé a přínosné. Bylo to dvoudenní setkání, kdy jsme si sdíleli zkušenosti. A ještě bych dodal, že tím, že jsme detašované pracoviště organizace, která má 25letou historii, tak mám spoustu nadřízených a kolegů, kteří mají bohaté zkušenosti v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním, takže máme kde brát.

T: Mohli bychom si ještě na příkladu konkrétního klienta povědět jak, se propojuje to zdravotní a sociální?

R: Největší zapojení u nás jsme zažívali u klientů, které jsme brali z Dobřan v rámci reformy psychiatrické péče. To byli často lidé s duální diagnózou, to bylo náročné po všech stránkách. Máme pacienty, kteří byli v Dobřanech 20-25 let, nebo máme i nějaké, kteří tam byli 10 let. To byli bezdomovci závislí na návykových látkách, přičemž jim vzniklo psychotické onemocnění; takže takoví ti složití, lidé bez rodinného zázemí, kteří nemají na co navazovat. A u těchto situací jsme po propuštění (tomu předcházejí zkušební pobyty) museli budovat všechno od začátku. Čili, od zajištění lékařské péče, a u nás je nedostatek lékařů a špatně se hledají, ať už jsou to praktici nebo specialisti základní, potom co se týká...

T: Dominantní je u těchto lidí bydlení?

R: Ano, my jako Fokus máme malou kapacitu v Chebu pro 12 lidí. Tam realizujeme zkušební pobyty a nabízíme lidem dočasné ubytování. Je to plánované tak, že ti lidé by si ideálně do tří let mohli najít něco jiného. Často jsou tito lidé omezeni ve způsobilosti k právním úkonům, takže tam je i nějaká intenzivní komunikace s opatrovníky. Potom se u nich snažíme, aby měli nějakou pracovní činnost, aktivity čili IPS je tam zapojena hodně. Lidé po dlouhodobých hospitalizacích nemají pracovní návyky. Pak i nějaké sociální ukotvení, což je ohromné množství práce; těm lidem musíme ukázat, kde si koupit rohlík, kde je jaká služba. Naší úlohou je snažit se jim být nápomocni při vytváření sociálních kontaktů, aby si našli nějaké přátele. Pracujeme na obnově vztahů s rodinou. Tam kde to jde, zapojujeme peer konzultanty. U propuštěných z Dobřan bylo u nás zapojení nejintenzivnější, ale samozřejmě i u klientů, u kterých máme doporučení od lékařů, nebo že přijde někdo z rodiny nebo ten člověk sám, tak tam se snažíme také.

T: A jak spolu interagují zdravotní a sociální pracovníci? To co jste mi popsal, bylo z pohledu sociální práce. Nevím, jestli např. hledání praktického lékaře dělá sestřička nebo sociální pracovník, ale spíše mě zajímá, kdy do péče o klienta vstupuje psychiatr a psycholog, jak na příkladu konkrétního klienta máte rozdělené kompetence?

R: Tam bych to rozlišil, že u lékaře a psychiatra záleží, jestli pacient bude v naší ambulanci, případně bude mít jiného ambulantního psychiatra.

T: To rozhodujete vy nebo klient?



R: To si rozhoduje klient. A zase se vracím k personální nejistotě - naše paní doktorka je z Bratislavy, kde má rodinu a zázemí. Od samého začátku avizuje, že u nás bude jen chvíli a pak se vrátí.

T: Takže musíte počítat s tím, že budete muset najít nového psychiatra?

R: My s naší paní doktorkou už po několikáté prodlužujeme pracovní kontrakt. Ale pro mě je to míra nejistoty a v tom praktickém se to odráží v tom, že lidé, kteří jsou propuštěni, já mluvím hlavně o těch z Dobřan, kterých máme nejvíc, tak často mívají ochranou léčbu, která se jim přeměňuje z ústavní formy na ambulantní. A my v tomto případě ambulantní formu odmítáme a ze zásady navrhuje, že máme v Chebu jen jednu další psychiatricku, takže to vše směřujeme k paní doktorce (...). To je nějaký pro nás limitující faktor, že se nechceme zavazovat jako Fokus k výkonu ochranné léčby, protože tam by výpadek psychiatra ohrožoval zajištění závazku. Komunikace se soudem musí probíhat dobře a tyto věci nejsou jednoduché. Takže to je konkrétní dopad, který nás limituje a hlavně klienty. Tak jak je to nastavené, jak se to má dělat, tak i u nás lékař dělá vstupní vyšetření a potom psycholog si dělá vyšetření na základě zakázky lékaře, případně na základě indicií od nás, sociálních pracovníků, a dalších. Já jsem např. registroval, že nám psycholog pomohl s vyšetřením. My jsme měli nového klienta CDZ a ten klient se nám zdál relativně schopný, že by se mohl uplatnit na pracovním trhu, že by mohl chodit do práce, např. v omezeném režimu, ale mohl. Tak nějak se nám jevil a z dosavadní spolupráce jsme dělali takové závěry. V tomto jsme se mýlili a psycholog udělal komplexní sadu vyšetření a říkal „počkejte, počkejte, máte na něj velké nároky, on na to nemá“. Tady jsem si uvědomil význam psychologa, že my bychom klienta směřovali někam, kde by hodně selhával a ve finále by ho to mohlo nějakým způsobem poškodit. Tak tady jsem vnímal dobrou roli psychologa, že nás trochu usměrnil. I z jiných důvodů určitě, ale v tomto případě mi to přišlo dobrý.

T: Odlíší se to, jak je provozována sociální služba v CDZ, od běžného fungování? Vy jste mi na začátku říkal, že máte jeden tým, kus je CDZ a kus ne, tak z toho by se dalo vyvozovat, že tak velký rozdíl to není. Ale zeptám se, je tam rozdíl?

R: Prakticky moc ne. Fokus má základní systém case manažerů, používáme i FACTové každodenní porady, kde jsou klienti CDZ i mimo CDZ. A když se bavíme o klientech v CDZ, tak se ke klientovi/pacientovi, u kterého je v tu dobu zrovna něco mimořádného, vyjadřuje lékař i psycholog. FACTboard, tedy tabule lidí, se kterými je zrovna něco nestandardního, ať je to situace, kdy je člověk po propuštění, nebo je v krizi, zhoršeném stavu, má nějakou závažnou životní událost (např. úmrtí v rodině, nástup do zaměstnání), vnímám jako velice potřebné a dobré. Díky tomu nám klienti neunikají z pozornosti.

T: Ještě mě zajímá, jestli to, že vzniklo CDZ, nějak ovlivnilo způsob či intenzitu spolupráce Fokusu s dalšími službami v regionu, které se věnují osobám s duševním onemocněním? Vy už jste „síťovali“ i předtím, ale bylo CDZ nějaký předěl?

R: CDZ úplný předěl nebylo, řekl bych. Nicméně my v Chebu jsme svolavatelem multidisciplinárních týmů. Čili my ty kontakty udržujeme průběžně a ty kontakty byly již před vznikem CDZ. Nicméně v momentě, kdy jsme mohli říct, že máme lékaře a psychologa, a dokonce s jedním nebo oběma můžeme sednout do auta a jet někam, tak to je něco, co nikdo jiný nabídnout nemůže. Přeci jen prestiž lékařské profese je velká a znovu bych si dovolil zopakovat, že v Chebu máme jen jednoho lékaře, psychiatra, paní doktorku (...), takže to je pro ostatní jakoby země zaslíbená mít k dispozici psychiatra, případně psychologa. V tomhle nám nezaslouženě, z mého pohledu, stoupla prestiž tím, že máme k dispozici lékaře a psychologa.



T: Takže jste možná trochu víc respektovaní, víc vnímáni jako dobrá praxe a lídr. Je v souvislosti se vznikem CDZ ještě něco jiného týkající se komunikace s jinými službami?

R: Já bych řekl, že se to trochu proměnilo v tom, že občas máme výjezd s lékařem, případně s psychologem, kde jsme schopni relativně rychle reagovat na nějakou nepříznivou mimořádnou situaci. I to, že jsme schopní poradit po zdravotnické línii, to těm službám pomáhá. Protože řada sociálních služeb má obsazeno jen sociálními pracovníky a pracovníky sociálních služeb, občas i nějaký adiktolog nebo terapeut, ale zdravotnické profese chybí. A často se přešlapuje i dlouhé měsíce, přitom u člověka by ta situace šla řešit, kdyby byl někdo schopen klienta zodpovědně nasměrovat a posunout to po té zdravotnické línii dále.

T: Poslední téma jsou dopady projektu. Co fungující CDZ přineslo? Co přineslo pro Fokus?

R: Já si myslím, že se nám zvedla prestiž. Byť stále musíme laické veřejnosti vysvětlovat, co je CDZ; lidé tomu nerozumí a nerozumí tomu ani odborná veřejnost, jako jsou lékaři. Když s námi někdo vstoupí v kontakt kvůli řešení situace nějakého klienta, tak si troufám tvrdit, že ve většině případů s námi udělá dobrou zkušenost, a tím nám roste prestiž. To, co podle mě úplně nefunguje, je to, že tomu lidé nerozumí, nerozumí tomu úředníci na úřadech, byť jsme malý region a máme málo úředníků. Okresní město Cheb má pouze jednoho veřejného opatrovníka, ne bavíme se o desítkách lidí dané profese, jsou to často jednotlivci, takže ať člověk chce nebo nechce, tak se známe. To, co se úplně nedaří, je porozumění; co a proč děláme. V CDZ je paní doktorka, psychiatrička, proč si hrajeme na psychiatrii. To musí společnost ještě adaptovat. Ale myslím si, že na základě každé další zkušenosti se to bude dařit více a více. Ale cítím, že v tomto jsme na úplném začátku.

T: Máte nějaká doporučení pro podporu stávajících CDZ? Je něco, co by je mohlo posunout, zlepšit? Může to být nějaká komunikační kampaň, nebo se spíše vnímáte, že to potřebuje čas a že třeba za pár let se to usadí?

R: Komunikační kampaň by pomohla. V CDZ vnímám ještě jeden limitující faktor. Jak jsou nastavené diagnostické okruhy, tak s těmi diagnózami je to hodně na hraně, a ne vždy se dva psychiatři shodnou u jednoho pacienta. Pohybujeme se na tenkém ledě, že stačí málo a pacient je v CDZ a stačí málo a pacient není v CDZ. To je jedna poznámka k tomu a druhá je...

T: Takže byste to rozšířil?

R: Ano, já bych to určitě rozšířil. To chci říct mojí druhou poznámku k tomu, že z praxe, co mám, je že, řada lidí má nějaké vážné zdravotní obtíže duševního charakteru. Tím, že se nevejde do diagnostiky CDZ, tak těm není, jak pomoci. My je někde můžeme odkázat, ale ten člověk pak řekne, že ho objednali za 3 měsíce.

T: U ambulantního psychiatra to tak je, to jsou čekací lhůty. Čímž se vracíme k otázce, co přineslo CDZ pro klienty? Předpokládám, že přineslo zvýšení dostupnosti péče. Pojmenoval byste to ještě nějak jinak?

R: Já bych řekl, že jsme schopní řadě lidí výrazně pomoci při zvednutí kvality života. Dále pak moment, který není úplně zásadní, ale také není zanedbatelný, je, že umožňujeme dostávat lidi, kteří jsou jen ze sociálních důvodů hospitalizováni, z dlouhodobých hospitalizací.

T: To byste jako Fokus bez CDZ dělali obtížně?



R: To bychom dělali obtížně, ano. Tam hrají významnou roli i zdravotníci. Po propuštění je většina lidí na léčích, my dohlížíme nad medikací, část lidí je v naší psychiatrické ambulanci (ti, co nemají nařízenou ochranou léčbu). Řada lidí má jiné, somatické onemocnění, takže zdravotní složka je tam také zastoupena výrazně. Není to jen o bydlení, že je zaměstnáme, ubytujeme a že jim ukážeme, kde si koupí jídlo. O tom to není určitě.

T: Když byste rozšířil cílovou skupinu CDZ, pustil tam více diagnóz, nebudete mít problém, že kapacita nebude dostatečná?

R: To bude, to říkáte naprosto správně.

T: Už takhle byl problém najít psychiatra a najednou byste potřebovali např. dva.

R: Ano.

T: Je něco, co by se podle vás v pravidlech pro nová CDZ mělo změnit (oproti tomu, s čím jste začínali vy)?

R: Jestli mám dobré informace, tak mně se líbí záměr mít specializovaná CDZ např. pro duální diagnózy nebo závislosti. To je velká oblast, má velký potenciál.

T: Takže byste cílové skupiny CDZ nespojoval? Před chvílí jste doporučoval rozšířit cílovou skupinu CDZ, ale to by – pokud Vás nyní správně chápu – nemělo znamenat rozšířit ji o adiktologické pacienty nebo geronto pacienty?

R: Zase bych to vrátil k tomu personálu. Když bude velké CDZ, kde je lékařů a jiných profesí hodně, tak bych to klidně úplně nerozděloval, protože já jako laik to vidím v praxi, že i odborníci to často nejsou schopní rozdělovat. Ale u nás v Karlovarském kraji např. nemáme jedinou terapeutickou komunitu a od ledna příštího roku 2021 budeme mít v Chebu první doléčovací program. To jsou věci, které jsou v jiných částech republiky běžný standard. Když je tady absence návazných služeb, která se často týká i osob s duševním onemocněním, tak to je něco, kde vidím potenciál jako poměrně velký.

T: Ještě něco by Vás napadlo? V oblasti např. vykazování?

R: Jak je v rámci projektu možno využívat funkcí specialistek pro CDZ, tak - nevím, jak je to jinde – u nás má vykazování na starosti specialista, který to má na hlavní pracovní poměr, což s projektem skončí a asi je to něco, o čem nejsem schopný mluvit, a to se týká i mých nadřízených a managementu, že část agendy i po projektu se bude muset dělat dál. To my nevíme, nemáme nijak rozhodnuté, kdo co přesně bude dělat. Vnímám, že zdravotníci to mají složitější než sociální pracovníci. U zdravotníků stále narážíme na kódování; to je něco, co ještě nemáme úplně naučené tak, aby se CDZ uživilo a zároveň aby to odpovídalo (aby kódy odpovídaly úkolům, které zdravotníci odvedou). To je proces, který se ještě učíme.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Potřebnost vzniku CDZ v regionu respondent vnímá jako velmi vysokou, protože v tomto území je dlouhodobě nedostatečná nabídka služeb pro osoby s duševním onemocněním.
2. Problémem, se kterým se FOKUS potýkal v době přípravy vzniku CDZ, bylo personální obsazení týmu („největším problémem bylo zajistit kvalifikovaného psychiatra. S tím souviselo zajištění kvalifikovaného psychologa. Zajištění středního zdravotnického personálu, tzn. sestřiček, byl menší problém, ale také to nebylo úplně jednoduché.“). Určitá nejistota v personálním zajištění



pozice psychiatra přetrvává i nadále, není jisté, zda současná lékařka na pozici zůstane. To je překážkou, aby CDZ mělo ve své péči (resp. aby ambulance psychiatra v CDZ měla v péči) klienty s nařízenou ambulantní ochrannou léčbou. Pro tyto pacienty musí CDZ hledat jiného ambulantního psychiatra.

3. FOKUS před vznikem CDZ v Chebu měl tým pro sociální rehabilitaci, CDZ přineslo rozdělení tohoto týmu na 2 části (kdy 1 působí v rámci CDZ a druhá mimo něj), což bylo nutné v rámci FOKUSu důkladně vysvětlovat (zejména z důvodu, že sociální pracovníci v CDZ mají lepší mzdové ohodnocení, než sociální pracovníci mimo CDZ).
4. Sladění jednotlivých profesí v multidisciplinárním týmu vyžaduje určitý čas. („Nícméně z mého pohledu je to dobré fungování a s každým dalším pracovním týdnem je to lepší a lepší.“).
5. Přítomnost psychiatra a klinického psychologa v týmu FOKUSu dle respondenta zvyšuje prestiž této organizace i mezi dalšími relevantními aktéry v daném území (nejenom mezi návaznými službami).

Rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky

7. Rozhovor s klientem CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	9. 10. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Co Vám CDZ v Chebu přineslo, v čem je pro Vás užitečné?

Respondent (R): Já jsem za CDZ moc vděčný. Oni mě podporují, jsou to moc hodní lidé, já je mám všechny moc rád.

T: Můžu se zeptat chronologicky, jaké služby jste využíval předtím, než CDZ vzniklo? Například ambulantního psychiatra?

R: Rodiče, brácha a příbuzní s babičkou mě psychicky podpořili. Já to vše respektuji.

T: Měl jste k dispozici např. chráněné bydlení nebo někoho, kdo Vám pomáhal s úřady předtím, než vzniklo CDZ?

R: Já jsem bydlel u našich a oni mě psychicky dost podpořili. Akorát to přeháněli v opatrnosti a přehání to. Přehání to i dnes; mamka mi říká, abych nejedl rychle, nebo si často nedělal kávu. Já to všechno respektuji.

T: Co Vám CDZ přineslo? Znamená to, že můžete častěji k paní doktorce, což třeba předtím nebylo tak jednoduché? Nebo jaká je to změna?

R: Změna je v tom, že rodiče tady nebudou navěky, tak by se člověk měl osamostatnit. Vždycky je řešení. Říkal jsem si „zachovej klid“, snažím se fungovat co nejvíce, makám na sobě, jak se dá. Akorát na schizofrenii se mi stále něco nezdá, je to bludný kruh. Mě mrzí, že se taťka u psychiatra trochu dostal do ráže a říkal, že je to bludný kruh, ale ono se to snad zlepšuje. Je to běh na dlouhou trať, já to musím



respektovat, on mi to řekl jeden psychoanalytik. Já to musím hold tak brát. Je to těžký ten život se schizofrenií, ale nedá se nic dělat, musím s tím bojovat, hold jsem se s tím narodil, mám to od dětství.

T: Pomáhají Vám lidé z CDZ? Zajímá mě, jestli můžete např. častěji k psychiatři a předtím to tak často nešlo?

R: Ano takhle to je.

T: Využíváte i psychologa, co pracuje v Centru?

R: Ano, využívám také.

T: Předtím jste měl svého psychologa?

R: Ano, já jsem měl pana (...), ale on už toho měl ke stáru dost, tak skončil. Od té doby jsme se jen 2krát potkali a pak už jsem ho neviděl. On byl hodný, rozebral moji duši dobře, ale pan (...) je mladší, takže takhle.

T: A chodí sestřičky i k Vám domů, nebo Vy vždycky jdete do Centra?

R: Oni chodí ke mně domů a já jdu také k nim do Centra, někdy.

T: Jsou pro Vás užitečné svépomocné aktivity, kdy se setkáte s dalšími klienty?

R: Ano taky mi to pomůže, oni mají podobný problém, jako mám já, ale každý to má jinak. Někdo je lehký případ, někdo těžký, ale mně lékař kdysi řekl „Vy nejste nemocný typicky, Vy jste nemocný atypicky“.

T: Takže tyto aktivity využíváte jako svoji boční náplň a není to to hlavní, co v CDZ oceňujete?

R: Já prostě nejvíc potřebuji psychiatra a pak jsou další dobří lidé.

T: Jak jste se k CDZ dostal?

R: Za námi chodila paní (...) v roce 2013 asi, po tom, co jsem se vrátil z Dobřan. Já jsem se z Dobřan vrátil v lednu a od podzimu 2013 k nám začali chodit. Vlastně ještě dříve, to byla jedna slečna (...), ta za námi chodila jako první a ta mě také psychicky podpořila, takže to začalo takhle. Pak se to hodně změnilo, začali za námi chodit jiní.

T: Takže Fokus si Vás našel ve vazbě na Dobřany a pak, když Fokus založil CDZ, tak jste se stal klientem CDZ, je to tak?

R: Ano takhle. Oni mě zkontaktovali, ještě když jsem po Dobřanech šel nečekaně do Ostrova, protože byly nutný psychoterapie, které tam nevyšly. Takže tam za námi přišly dvě pracovnice, pak přišly k nám domů a pak se to začalo měnit.

T: Máte s CDZ nastavená nějaký pravidelný režim, že např. máte schůzku s paní doktorkou každý den nebo je to ad hoc, jak potřebujete? Zajímá mě, jak to máte nastaveno?

R: Ne to ne, ale vždycky mi zavolají v týdnu a já tam jednou za čas zajdu. Jak musím, tak tak zajdu. Chodím i do chráněných dílen od roku 2012.

T: Vy jste říkal, že nejvíce oceňujete paní doktorku, je ještě něco, co byste zmínil, že v CDZ pro Vás hodně znamená?



R: My jsme měli pana psychiatra (...) z Chebu a on byl takový zmatkující člověk, že tam neměl ani sestru, takže jsme přešli k panu doktoru (...) a teď mám depotní injekce a strašně to pomáhá. Když jsem byl u našich, tak jsem chodil 26 kilometrů obden pěšky asi 8krát.

T: Takže i fyzicky se cítíte dobře?

R: Taky no.

T: Je něco, co byste v CDZ chtěl změnit?

R: Oni se o nás dobře starají.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Klientovi byly služby FOKUSu nabídnuty v době jeho hospitalizaci s psychiatrické nemocnici. Nejprve využíval sociální služby zajišťované FOKUSEM před vznikem CDZ.
2. V CDZ je pro něj nejvíce přínosný psychiatr a dále pak psycholog. Klient uvedl, že potřeba psychoterapie u něj byla indikována už dříve a před zahájením fungování CDZ měl jen omezené možnosti na psychoterapii docházet.
3. Se službami poskytovanými CDZ je klient velmi spokojený („Já jsem za CDZ moc vděčný. Oni mě podporují, jsou to moc hodní lidé, já je mám všechny moc rád.“), zapojuje se i do svépomocných aktivit, u nichž vyzdvihuje možnost sdílení problémů s obdobně znevýhodněnými.

8. Rozhovor s klientem CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	8. 10. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Ráda bych zjistila, jaké služby, zdravotní či sociální jste využívala předtím, než vzniklo Centrum, a co díky Centru máte k dispozici více a v čem je to pro Vás lepší? Mohla byste to nějak popsat?

Respondent (R): Předtím jsem jen jezdila do Sokolova, tam jsem měla paní doktorku a tam jsem tak jednou za dva měsíce byla. To bylo hrozně málo, to bylo jen na 10 minut třeba.

T: Teď můžete k paní doktorce jak často?

R: Chodím každý týden.

T: A kolik Vám může věnovat času každý týden?

R: Tu hodinu.

T: Nechala jste si i psychiatra nebo psychiatricku v Sokolově, nebo jste úplně přešla do Centra?

R: Úplně, teď mě má jen paní doktorka tady. Já jsem za paní doktorku moc ráda, já jsem ji chtěla a byla jsem moc ráda, že to šlo, že jsem mohla přejít k ní. Ona je moc suprová, rozumí mi.

T: Není to tedy jen o dostupnosti, ale i tom, že jste si sedly lidsky?



R: Ano, ví a poradí vždy. Snaží se mi rozumět, vcítit se do mě, moc dobře si s ní rozumím, jsem za ní ráda a chodím za ní ráda na schůzky.

T: A co se týká sociálních služeb (protože klienti Center mají k dispozici jak zdravotní, tak sociální část péče)? Byla byste tak hodná a řekla mi, co jste využívala před vznikem Centra a co Vám Centrum přineslo navíc?

R: Já jsem nejdřív byla ve FOKUSu... Já úplně nevím ten rozdíl mezi CDZ a FOKUSEM.

T: Nevadí, popište, prosím, co pro Vás sociální pracovníci dělají, co je pro Vás užitečné, jestli v něčem? A nemusíte rozlišovat FOKUSEM a CDZ.

R: Mimo to, že mám suprovou doktorku, tak mám suprovou „caseku“. Měla jsem jich už víc, ale od doby, co mám tuhle, tak bych řekla, že je vše mnohem lepší. Ona je se mnou více osobnější, více si popovídáme, snaží se mi i pomoci s výstavou básniček, protože je píšu. Nabídla mi, že bychom mohly chodit do divadla, což já jsem nebyla od 9. třídy, tak to se těším. Pak takové aktivity, je toho víc... Hodně mě motivuje, já jsem si našla práci. Je tam i to, že ve mně někdo věří, a to mi moc pomáhá. Že mi důvěřují, že ve mně vkládají důvěru, věří ve mně.

T: Ale tu práci jste si našla sama, nebylo to, že by Vám nabídli nějaké pozice a trochu Vás tam doprovázeli? Je to Vaše věc?

R: Oni mi říkali, že mi pomůžou najít práci, taky mi hledali, ale já jsem si i hledala sama. A tu práci jsem si našla sama, ale taky mi pomáhali, hledali.

T: Mě zajímalo, jestli přínos CDZ spočíval v nalezení práce, což nebyl. Nicméně jestli tomu dobře rozumím, tak už jen to, že Vám posilují sebedůvěru, tak to byl impuls, abyste se sama ucházela o nějaké zaměstnání. Je to tak?

R: Já jsem taková, že chci být samostatná, jak jen to jde. Oni mi nabízeli, že se mnou půjdou, když jsem se bála, ale já jsem taková, že to musím dokázat sama, pro svůj pocit.

T: Takže jejich doprovody na úřady a k lékařům nepotřebujete?

R: Nepotřebuji.

T: Přínos CDZ pro Vás tedy spočívá spíše v lidském přístupu, sdílení a posilování sebedůvěry, dá se to tak popsat?

R: Ano. I mě podporují v tom, že si chci dodělat školu. Já jsem měla hrozný strach, že už na to nemám inteligenci, a paní doktorka byla tak hodná, že mi zařídila inteligenční testy, aby mi dokázala, že na to mám. Snaží se mě všelijak podpořit v tom, co chci, abych za tím šla.

T: V Centru pracuje i psycholog, s ním se vídáte, máte s ním zkušenosti?

R: To zase ne, já mám svého psychologa. To je mimo CDZ. Já mám v Chebu svého psychologa.

T: Když byste shrnula, co Vám CDZ přineslo do života? Dalo by se to nějak obecně pojmenovat?

R: Naděje bych to jedním slovem pojmenovala. Ve svém strachu, melancholii, že nic nedokážu, že už nic nebude dobrého... tak ta naděje... Nejen pro mě, ale i pro mamku a moji rodinu, že podpora je tam i celkově.

T: Jak jste se k CDZ dostala?



R: Prostřednictvím FOKUSu. Já jsem se k FOKUSu dostala v Dobřanech, byla jsem tam hospitalizovaná, a jednou nám řekli, že odpoledne bude v jídelně schůzka s Ledovcem a FOKUSEm. Že bychom tam měli jít. A já s ještě pár lidmi „že tam nepůjdeme, co tam budeme dělat“ a pak mě napadlo, že se tam půjdu podívat, poslechnu si, co to je. Tak jsem šla, poslechla si to a zaujalo mě to. Řekla jsem si, že bych to mohla zkusit, tak jsem se s nimi domluvila a pak už jsem byla ve FOKUSu.

T: Kdy to bylo, jestli si vybavíte?

R: To je tak 4-5 let zpátky.

T: Z toho tipuji, že jste byla nejdříve dva nebo tři roky v kontaktu s FOKUSEm a pak jste se stala i klientem CDZ, říkám to správně?

R: Ano. To bylo takové, že jsem tomu nedávala váhu v Dobřanech. Říkala jsem si, co to je, ani jsem to neznala a na té schůzce, jak jsme tam přišli do té jídelny, tak tam byl Ledovec za Plzeňský kraj a FOKUS. Oni to mají nějak, že Ledovec spadá tak a FOKUS tak. Tak jsem si to poslechla a oni mi řekli, že spadám pod FOKUS. Tak jsem si s nimi sedla, já už teď nevím přesně, kdo to byl, a pak jsme se domluvili... já už přesně nevím, jak to přesně bylo, ale pak jsem se stala klientkou FOKUSu.

T: V té době před CDZ to bylo tak, že sociální pracovníci si s Vámi povídali, sdíleli, jak to jde?

R: Ano.

T: Byla nějaká změna v přístupu sociálních pracovníků v době před vznikem CDZ a nyní v rámci CDZ?

R: Já mám teď jinou „caseku“, než jsem měla předtím. Já úplně nevím, jak to myslíte.

T: Jestli v době, než bylo CDZ, tak to, co Vám ve FOKUSu dokázali nabídnout za služby, bylo v něčem jiné v porovnání s dneškem?

R: Já si myslím, že je to dobré, furt stejně dobré.

T: Jsou pro Vás v CDZ užitečné i svépomocné aktivity? Zapojujete se?

R: Já na ty volnočasové kluby nechodím, protože já mám už tu svojí práci a chodím ke koním jako dobrovolnice pomáhat, tady kousek za Chebem je statek. Takže na ty volnočasové kluby nechodím. Ale dříve jsem chodila, párkrát jsem šla, když byl čas.

T: Myslíte si, že je to užitečné?

R: Ano určitě, pro ty klienty, co nemají náplň dne, tak je to určitě užitečné. Alespoň nejsou sami, můžou někam jít, můžou mezi lidmi. Ten klub je určitě super pro lidi, co nemají práci nebo tak.

T: Taková spekulativní otázka: Je něco, co byste v CDZ ráda měla k dispozici? Například nějakou službu nebo třeba noční provoz? Moje otázka je, jestli je něco, co byste chtěla změnit, nebo byste si přála, aby bylo v CDZ změněno?

R: Asi ne, nic mě nenapadá.

T: Nevadí, takže asi jste spokojená?

R: Já určitě, 100% spokojená.

T: Když byste měla vypíchnout jednu věc, kterou oceňujete nejvíce?



R: Jednu věc? Tak přístup, tu lidskost – paní doktorku a „caseku“ nejvíce. Přístup, lidskost a důvěra, povzbuzení, to musím říct, že za posledního půl roku - 8 měsíců se můj život obrátil na jiný směr. Dřív to nebylo dobrý, ale teď, když to shrnu, tak díky CDZ, paní doktorce, mojí „casezce“, tak jsem úplně někde jinde. Já jsem na sebe už 8 měsíců nesáhla, já jsem se sebepoškozovala. Už 8 měsíců nejsem hospitalizovaná, já beru už jen 1 lék na noc na spaní. Už 5. měsíc mám práci, pracuji bez problémů, mám vidiny toho, že si chci dodělat školu, takže určitě velkou váhu pomoci dávám paní doktorce a svojí „casezce“.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Klientka vstoupila do kontaktu s FOKUSEm ještě před vznikem CDZ, kontakt byla zahájen v době její hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Po zahájení působení CDZ začala využívat služeb CDZ.
2. Nejvíce na CDZ oceňuje psychiatra, uvádí, že zatímco před vznikem CDZ se jí psychiatr mohl věnovat cca jednou za 2 měsíce, díky CDZ dochází k psychiatrovi každý týden na cca 1 hodinu a v ostatním čase se na tým CDZ může obrátit telefonicky.
3. Za dobu působení CDZ pozoruje klienta výrazný pokrok, nedošlo k další hospitalizaci, klientka si našla práci a má motivaci k dalšímu studiu. („... za posledního půl roku - 8 měsíců se můj život obrátil na jiný směr. Dřív to nebylo dobrý, ale teď, když to shrnu, tak díky CDZ, paní doktorce, mojí „casezce“, tak jsem úplně někde jinde. Já jsem na sebe už 8 měsíců nesáhla, já jsem se sebepoškozovala. Už 8 měsíců nejsem hospitalizovaná, já beru už jen 1 lék na noc na spaní. Už 5. měsíc mám práci, pracuji bez problémů, mám vidiny toho, že si chci dodělat školu, takže určitě velkou váhu pomoci dávám paní doktorce a svojí „casezce“.)

9. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta CDZ

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Rodinný příslušník klienta
Termín uskutečnění rozhovoru	6. 10. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Moje prosba je, jestli byste byla tak hodná a pověděla mi o příběhu Vašeho syna. Jaké služby využíval předtím, než v Chebu vzniklo Centrum duševního zdraví a jak jeho napojení na CDZ ovlivnilo jeho situaci. Co funguje lépe, co naopak Vám tam ještě chybí? Než se k tomu dostaneme, mohla byste ve zkratce povědět příběh vašeho syna, jak dlouho a s čím se potýká v sociální a zdravotní oblasti?

Respondent (R): Takhle, u něho to vypuklo po maturitě. Chtěl jít do Prahy po vzoru svého bratra. On tam byl sám, chtěl tam jít. I když nemusel, tak chtěl, tak jsme ho nechali. Byl tam před cca 12 lety až 15 lety, potýkal se s tím všelijak, až skončil tak, že začal chodit k psychiatrovi. My jsme tam za ním jezdili. Bylo to takové nedobré období, protože s námi nechtěl moc komunikovat. Prostě jsme, jak to bývá, nevěděli, co se děje. Ona to nebyla schizofrenie, ono to nebylo naráz, že by onemocněl, měl nějakou ataku a hospitalizaci, ale měl to postupně, tak nějak ho to omotávalo. Až to bylo takové, že šel k psychiatrovi. My jsme za ním chodili, jezdili jsme i z Aše do Prahy, chodili jsme k paní doktorce (...) na Proseku. Byly to potom takové schizoidní jevy. A po 5 letech, co tam bojoval, tak jsme ho, když mu po



psychické stránce nebylo dobře, stáhli z Prahy. On si nechal říct, v té době ještě řídil, měl auto. Rok jsme ho nechali doma. Jeden den jsme ho dovezli do Aše, on s tím souhlasil, tak tady jsme si mysleli, že se zklidní, jenže to nebylo. A pak se šel léčit. Asi do takových podrobností nepůjdeme.

T: Nemusíme. Tam jde o to, jaké služby Váš syn využíval, než se stal klientem CDZ?

R: No my jsme začínali u FOKUSu, protože FOKUS vznikl v té době. My jsme byli naprosto bezradní, nevěděli jsme, na koho se máme obrátit. Tenkrát před 15 lety nebylo nějaké vysvětlení něčeho, jak pomoci. I rodina se vlastně hroutí, nejbližší příbuzní Vám nevěří, že něco takového vznikne. Obvykle se to svádí na lenost, že nechce dělat. Tak jak je to, to je naprostá klasika. My jsme potom byli u FOKUSu. Myslím si, že FOKUS ze začátku, to bylo ve Varech, to bylo takové v plenkách. Ze začátku jsem nevěděla, co to obnáší, jaký to má smysl, ale myslím si, že nám FOKUS moc pomohl. Já jsem byla hrozně ráda, je to i díky paní (...), ona je z Aše, myslím si, že už nepracuje, ale byl to člověk, který tomu rozuměl, a který mě osobně dal směr, ona nám moc pomohla. My jsme pak byli v Holandsku na školení, byli jsme tam s manželem. Tam ty týmy pracují, tam jsme se s tím seznámili. Hrozně moc mi to pomohlo a dalo nám to naději, že se to může zlepšit. On byl mezitím půl roku hospitalizován v Dobřanech. Pak se vrátil a začal FOKUS; takhle, abych to uvedla. On už bydlel s námi a dostal byt od FOKUSu v Chebu, on má podporované bydlení, bydlí ještě s jedním pánem, asi 45 let. On tam ze začátku moc nebyl, musím přiznat, že byl znovu v Ostrově na léčení, pak před rokem byl znovu v Dobřanech i v Ostrově.

T: To znamená, že má opakované hospitalizace?

R: Ano, jako byly tam a jen chci říct to, že loni, možná předloni, byl v Ostrově, vrátil se a pak byl ještě čtyři měsíce v Dobřanech na doléčení a přišel a nebyl na tom vůbec dobře, došlo to už tak daleko, že po té interní stránce byl úplně vyřízený. Tak po dohodě paní doktorky (...) s panem doktorem (...) ve Varech dostal depotní injekce. Po těch injekcích to bylo takové obrození, strašně velké zlepšení. My jsme byli šťastní, ale po čtyřech měsících se to začalo zase zhoršovat. My jsme ho nechali doma, aby se zklidnil. My jsme si to i užívali, že to bylo dobrý, ale teď se to zase postupně... Není to katastrofální, protože znám horší stavy, ale on trpí hlavně tím, že říká, že mu je špatně. Ta soustředěnost je taková špatná, bych řekla. Teď je asi dva měsíce zase v Chebu, on to má tak, že byl tři měsíce tam, měsíc doma, takhle se to střídalo, nemůžu říct, že by tam byl např. rok. Já působím možná taková přecitlivělá matka, že se možná moc starám, ale ono to taky není úplně dobře, člověk má tendenci mluvit s nemocným jako s dítětem, byť je mu 35 let. Když je dítě nemocné, tak máte ten pocit s ním nemluvit úplně jako s dospělým. Tak jsme se teď domluvili, že bude v Chebu. Chtěl tam jít. Ono bylo i období, kdy tam moc nechtěl, to byly takové stavy. Teď je tam dva měsíce a je to ve fázi, že se bude osamostatňovat. On to ale vzal docela vážně a nechce s námi mít nic společného, když to přeženu. Například, když jedeme do Chebu, tak mu zavoláme, ať s námi jde na kávu, ale nechce. ... I s manželem dříve jezdili na výlety někam do přírody, on rád chodí do lesa, ale většinou sám. On ani netouží po kamarádovi, říká, že je nejradši, když je sám. On je to i takový rys té povahy, ale tou chorobou se to i více podtrhne a nemá potřebu být v nějakém kolektivu. Aspoň to tak říká a chová se tak.

T: Vy jste zmínila paní doktorku (...), která je psychiatr CDZ v Chebu. Je to tak, že ona je jeho ošetřující lékařka, nebo se to kombinuje, že chodí k paní doktorce (...) a má ještě ambulantního psychiatra vedle toho?

R: Ano, kombinuje, je to takhle. My jsme s ním jezdili 8 roků, co je u pana (...), tak jsme s ním jezdili do Varů každý měsíc. Teď to převzalo CDZ, takže s ním jezdí někdo z FOKUSu.



T: A někdo z FOKUSu jede do Varů za jeho ošetřujícím ambulantním lékařem?

R: Ano, tam dostane injekci. My jsme s paní doktorkou (...) v kontaktu, já můžu zavolat kdykoliv, ona je vstřícná. Byli jsme u ní i dvakrát v ordinaci na pohovoru, že bychom chtěli (...) co nejvíce pomoci, aby se osamostatnil, protože tady věčně nebudeme. Jsem i za to moc ráda, že to takhle je, myslím si, že je to obrovská pomoc. Protože kdyby na to byl člověk sám, tak si myslím, že by to bylo podstatně horší. Já jsem za to hrozně vděčná a ráda.

T: Že tady je ta služba v podobě CDZ nebo FOKUSu obecně?

R: Ano, tím spojením. Je to tak, že tam je pan magistr (...), to je psycholog, a je tam i psychiatrická sestra, paní (...).

T: Mě právě zajímá, jestli tento model, co má CDZ, což je místo, kde se spojují sociální a zdravotničtí pracovníci a zároveň by tito lidé měli jezdit za klienty domů, tak jestli toto vnímáte, že se ve Vaší rodině osvědčilo?

R: Já bych řekla, že ano. Za sebe mohu říct, že ano. Je to obrovská pomoc. Náš (...) není úplně v pohodě, nepracuje, je v plném invalidním důchodu, ten jeho stav není tak dobrý, aby mohl pracovat. I když on např. chodí do takové, říkáme tomu dílničky, je to takové centrum retardovaných lidí a oni tam navlíkají korálky, dělají něco z papíru. On už jen že tam jde, je to dobře, protože je to nějaký režim, určitá činnost v rámci svých možností, byť je to jednou, nebo dvakrát týdně. Já můžu říct, že kdyby tohle nebylo, myslím všechno, FOKUS a CDZ... to je obrovský pokrok. Pro mě osobně je to pokrok. Tím jak jsme byli v Holandsku, tam to funguje takhle, je to tým, který jezdí, objíždí klienty, je to rychlejší, než když má každý ošetřujícího lékaře nebo psychiatra. Když mu zavolá, že mu je špatně, tak je to vždy na dlouhé lokty. Oni jsou přetížení, to je vše na 10 minut. Tímhle je to rychlý. Navíc ten psychiatr a paní doktorka (...) byli za ním v bytě několikrát. Myslím si, že je to pomoc obrovská. Ale myslím si, že je otázka, do jaké míry je ten člověk nemocný a jak mu to pomůže, jak ty léky zabírají a všechno. A vůbec vystihnout které léky, což je další otázka. Navíc se to i mění v čase. To, co dřív (...) nedokázal, tak to teď jde. A to, co dřív dělal běžně, tak to teď nejde. Já si to vysvětluji tak, že je nějaká kapacita, a když se to popožene z jedné strany, tak se to zase někde ubere, takže je to takové náročné. Ráda bych mu pomohla, aby byl spokojený. Já jsem ochotná omezit všechno, aby mu bylo líp. Mně je 60 let, takže co já, já prostě jsem ten život prožila nějakým způsobem, ale přála bych mu, aby on našel trochu klidu v duši.

T: Vy jste uživatel CDZ ve druhé linii, nejste přímo klientem CDZ, nicméně, s pracovníky jste byla v kontaktu. Je něco, co Vám připadá, že by bylo dobré v CDZ doplnit nebo upravit?

R: Ti pracovníci jsou asi dost vytižení, myslím si, že je to náročná práce. Podstatné je, aby měli časový prostor; aby to zvládli. Pokud není čas, tak od toho se to odvíjí. Samozřejmě je to také o lidech. On je to samozřejmě tenký led. Jakmile to začne být příliš často, budou častější kontroly, může to mít následky, protože tyhle lidi to nemají rádi, když je někdo kontroluje, když jim něco říká.

T: Narážíte na to, že pracovníci CDZ musí u každého klienta hledat nějaké optimum?

R: Já jsem hrozně ráda, že to je, a chtěla bych pro našeho syna, aby opravdu cítil, že se o sebe postará. Na něm to třeba není na první pohled úplně vidět. Akorát mě trápí, že je mu špatně a že nedokáže říct, jak špatně.

T: Z toho, co jste mi řekla, tak vnímám, že hospitalizace mu nikdy dobře neudělaly? Možná že podpora v podobě CDZ jako prevence hospitalizace, by pro něj mohla být řešení?



R: Ano, určitě. Musím říct, že hospitalizace mu většinou nijak nepomohly. Já jsem to pochopila, až když dostal ty depotní injekce. Jak on začal fungovat. Já jsem vždy měla velkou smůlu, nevím, jestli je to mojí vinou, že teď na té poslední hospitalizaci, co byl v Dobřanech, tak on byl na 27. To je taková dlouhá cesta, než jsme se tam dostali a s velkým vypětím, jinak nevím, kde by skončil. Sestry mi řekly, že si vůbec neuklízí, domluvte mu. On jen spí a leží. Tak my jsme za ním jeli tolik kilometrů, jezdili jsme každý týden z Aše do Plzně. Ale když jsem potom viděla, jak začal fungovat, když měl depotní injekce, a bylo mu normálně, tak normálně fungoval, a tak až potom jsem to pochopila. Já mu věřím, že to prostě nejde, když mu bylo dobře, tak si všechno dělal. Vás to potom strašně zaráží. Když pak přišel z Dobřan, tak mu nebylo vůbec dobře. Je to i o léčbě a v ruku v ruce s péčí.

T: Proto jsou v CDZ i psychiatr a psycholog. Aby byli schopní poskytnout i zdravotní služby.

R: Ano, a musí to být odborná péče, protože ne vždy lidé, kteří pracují v těchto sférách, jsou vzdělaní. Byly období, kdy to nebylo dobré, ale to už je delší dobu.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Klient využívá služby podporovaného bydlení zajišťované FOKUSEM, příležitostně dochází i do chráněných dílen. Jeho zdravotní stav neumožňuje, aby si našel zaměstnání na otevřeném trhu práce. (Je příjemcem invalidního důchodu.)
2. Psychiatr CDZ spolupracuje s ošetřujícím ambulantním psychiatrem klienta a inicioval podání depotních injekcí. Klient i rodina po této léčbě zaregistrovali významné zlepšení stavu a jsou v tím velmi spokojení.
3. Služby CDZ (resp. dříve FOKUS) respondent velmi oceňuje. („FOKUS a CDZ... to je obrovský pokrok. Pro mě osobně je to pokrok.“)

10. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta CDZ

Podklad pro případovou studii – záznam rozhovoru

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Rodinný příslušník klienta
Termín uskutečnění rozhovoru	8. 10. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Popsala byste mi, prosím, pohled rodinného příslušníka klienta, jak vnímáte CDZ? Co to přineslo Vám a dceři?

Respondent (R): Přineslo to hodně. Protože s mojí dcerou v CDZ hodně pracují, hlavně paní doktorka. Ona dřív brala plno léků a teď začala pracovat, má zaměstnání.

T: To zaměstnání si našla sama, nebo ji mohl někdo z CDZ?

R: To si našla sama.

T: Dá se říct, že cítí větší jistotu díky CDZ, že si na to troufá, že předtím by to nešlo? Mě zajímá, v čem jí Centrum pomáhá oproti situaci, která byla předtím, než se stala jeho klientkou.



R: Pomáhá jí, ona i píše básničky, takže jí pomáhají uskutečnit v knihovně výstavu.

T: Popíšete mi, jak fungovala dcera předtím, než se stala klientkou CDZ? Jestli měla ambulantního psychiatra, jak často k němu chodila, jestli to z Vašeho pohledu stačilo?

R: Dříve měla jinou doktorku, tam jsme chodili jednou za dva měsíce, to nestačilo. Tady s ní doktorka pracuje každý týden, dochází k ní každý týden, takže s ní pracuje, pomáhá jí. Teď měla hrozné stavy, tak si furt volaly, hovořila s ní telefonicky. To nám předtím chybělo. My jsme dojížděli do Sokolova k paní doktorce, takže to jí chybělo, protože to bylo jednou za dva měsíce.

T: A to bylo málo?

R: Ano, to bylo málo.

T: A jak vůbec se stalo to, že začala docházet do CDZ? Jaký byl ten impuls?

R: Počkejte, já si to musím vrátit zpátky.

T: Jestli nevíte, tak se nic neděje. Zajímá mě i, jak se daří šířit povědomí o tom, že Centrum funguje, a jak by mohlo pomoci lidem s vážnou duševní nemocí. Centrum se např. nabízí při hospitalizacích lidem, kteří jsou hospitalizováni, představují se v léčebně, nebo v nemocnici.

R: Tak to v léčebně, když byla v Dobřanech, tam se představili. Tam přišli, takže ona že to zkusí jít do FOKUSu. Takže to bylo v Dobřanech.

T: A od té doby, co je v Centru, tak byla ještě nějaká hospitalizace?

R: Ano byla, ale teď už je osm měsíců v pohodě. Co si ji převzala paní doktorka, tak bych řekla, že je v pohodě, že je to lepší a lepší, vlastně i s tou prací. Prostě hodně jí pomáhají.

T: A myslíte, že to spočívá hlavně v té intenzitě, tzn. že má možnost v zásadě kdykoliv zavolat, a ještě je tam každotýdenní návštěva?

R: Ano, právě tohle bych řekla, že může kdykoliv zavolat. Oni jsou furt v kontaktu. Například má špatný myšlenky a zavolá kdykoliv. Jí to právě pomůže, když si může s někým promluvit.

T: Využívá i některé sociální pracovníky CDZ? Je sociální složka péče CDZ pro Vaši dceru také přínosem a v čem?

R: Je přínosem, ta ji hodně pomáhá uskutečnit tu výstavu.

T: A nějaké zařizování na úřadech? To vůbec? To buď jste s dcerou zvládla Vy, nebo to zvládla dcera sama?

R: To většinou zvládá sama. Ale jako ptají se, jestli chce pomoci. Ale dcera je taková, že si to chce zařídit sama, pokud to jde. Ale jinak všechno jí pomáhají.

T: Co ještě z té sociální stránky (úřady, zaměstnání, bydlení) pro Vaši dceru CDZ dělá?

R: Pomáhali jí shánět byt. Ale nesehnal se, protože nebyl dostatek peněz. Ale jinak jí opravdu pomáhají.

T: A s FOKUSEm nebyla v kontaktu ještě předtím, než vzniklo CDZ?

R: Ano, to byla.

T: Takže byla klientem FOKUSu a po založení CDZ se stala i klientem centra?



R: Ano.

T: Návštěvy sociálních pracovníků, resp. kontakt mezi dcerou a jimi, má nějaký stanovený harmonogram? U paní psychiatřičky je to jednou za týden a u sociálních pracovníků to také má nějakou periodicitu?

R: Také je to jednou za týden.

T: Je to ve smyslu, že si popovídají, co je nového, co by jí pomohlo?

R: Ano, vždycky si popovídají, co dcera potřebuje.

T: Co Vám připadá, že je v CDZ pro Vás úplně nejlepší? Kterou věc nejvíce oceňujete?

R: Nejvíce asi oceňuji paní psychiatřičku, protože dcera se od té doby hodně zvedla. Opravdu pomáhají (psychiatřička i „caseska“), kdykoliv zavoláme.

T: Je něco, co si myslíte, že by bylo fajn, kdyby v CDZ přibylo za službu?

R: Teď mě zrovna nic nenapadá, co by se mohlo zlepšit.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondent uvádí, že za 8 měsíců, kdy je dcera-klienta v péči CDZ, se podařilo dosáhnout velkého zlepšení. („teď už je osm měsíců v pohodě. Co si ji převzala paní doktorka, tak bych řekla, že je v pohodě, že je to lepší a lepší, vlastně i s tou prací. Prostě hodně jí pomáhají.“)
2. Nejvíce je oceňována dostupnost péče (kontakt mezi psychiatrem anebo case manažerkou a klientem probíhá pravidelně každý týden, navíc kdykoli je možné je obě kontaktovat telefonicky). Před vznikem CDZ probíhaly návštěvy u ambulantního psychiatra 1x za 2 měsíce, návštěva trvala obvykle 10 minut.
3. Respondent velmi oceňuje lidský přístup pracovníků CDZ; celkovou snahu pomoci klientům individuálně.

Rozhovory se zástupci samosprávy (kraj, město)

11. Rozhovor se zástupcem krajského úřadu

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Zástupce krajského úřadu
Termín uskutečnění rozhovoru	12. 10. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak vnímáte fungování služeb pro osoby s duševním onemocněním, jak to bylo doposud, a co do toho přináší reforma psychiatrické péče? Zlepšuje to podle Vás situaci cílové skupiny?

Respondent (R): V ČR je známo, že je nedostatek odborníků, kteří se zabývají osobami s duševním onemocněním. Máme velké psychiatrické léčebny, kde žijí lidé několik let, kteří by mohli žít běžným životem v domácím prostředí, pokud budou mít v místě bydliště adekvátní podporu. Takže si myslím, že reforma situaci zlepšuje, protože vznikají nové služby, jako jsou např. CDZ, a tím se alespoň do



našeho kraje dostane více odborníků alepší se péče o lidi s duševním onemocněním. Na straně druhé to vnímám tak, jako metodik sociální práce pro obce, že s návratem lidí vznikají problémy s bydlením. Lidé jsou propuštěni z psychiatrické péče a ti, kteří nemají žádné nebo dostatečné rodinné zázemí, protože byli několik let hospitalizováni v nemocnici, většinou nemají ani bydlení. To se v současné době u nás také řeší. Většinou to řeší krajský koordinátor psychiatrické péče s obcemi. Další problém je, když už přijde byt, tak někdy se sousedy, protože stále je stigma duševně nemocných špatné.

T: Co můžete dělat v takové situaci? Je tam nějaké vysvětlování nebo jak můžete usnadnit, aby komunita takovou osobu přijala?

R: Já na to vliv z krajského úřadu nemám. Já to mohu akorát, pokud máme poradu, sociálním pracovníkům obcí vysvětlovat. Ale že bych měla konkrétní vliv, to nemám.

T: Když mluvíte se sociálními pracovníky obcí, vnímají tuto snahu dostat osoby s duševním onemocněním zpátky do komunity jako žádoucí?

R: Je to obec od obce. V obcích, kde již teď mají problémy s bydlením, tam je to trochu problém. I když ví, že tato situace je, tak z toho mají strach.

T: Strach ve smyslu, že nedokážou zajistit bydlení a návazné služby pro tuto cílovou skupinu? Nebo strach i ve smyslu, že to přinese nějaké nebezpečné situace?

R: I tak, obojí. Jsou obce, kde s touto cílovou skupinou mají zkušenosti, takže obavy nejsou tak velké. Ale jsou obce, kde obavy jsou.

T: Takže se z praxe potvrzuje, že v momentě, kdy mají lidé vlastní zkušenost, mají více informací, tak obavy jsou menší.

R: Určitě.

T: Protože z toho by vyplývalo, že šíření informací a udávání příkladů, jak to např. proběhlo v jiných obcích, by mohlo pomoci zvýšit pravděpodobnost, že lidé to přijmou snáze.

R: Ano, 100%.

T: Jakým konkrétním způsobem reforma dopadá na kraj? Kdybychom vysekli pouze agendu kraje, tak co to pro kraj znamená?

R: Já nemohu mluvit za kraj. Já mohu mluvit za sebe.

T: Dobře, tak kdybyste to udělala z toho pohledu, co máte v agendě?

R: To jsem Vám říkala. Vzhledem k mojí agendě je to pozitivní, protože vznikla CDZ, máme více odborníků.

T: Máte informace, do kterých krajských dokumentů byly zapracovány aspekty, které reforma přináší?

R: Program rozvoje Karlovarského kraje 2014-2020, to byl jeden, který se týká reformy. Programové prohlášení rady Karlovarského kraje na období 2016-2020, Akční plán rozvoje sociálních služeb na rok 2020 a Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na období 2021-2023.

T: Předpokládám, že ve všech dokumentech je aspekt navyšování služeb, bydlení i počtu pracovníků, kteří jsou k dispozici v terénu?

R: Bydlení ne, to se netýká kraje ale obcí.



T: Takže na Vaší úrovni je to tak, že předpokládáte, že v síti bude vícero pracovníků, kteří pracují s osobami s duševním onemocněním, je to takhle správně?

R: Ano.

T: Když se posuneme k CDZ: Jak hodnotíte koncept těchto zařízení, tj. kombinaci sociální a zdravotní složky?

R: Já to vnímám velice pozitivně, protože konečně dojde k propojení sociálního a zdravotního myšlení.

T: A daří se propojování sociálního a zdravotního uvést do praxe? Případně pokud jste si všimla nějakých věcí, které jdou pomaleji a vyžadují delší čas; budu ráda, když si na ně vzpomenete.

R: To Vám nedokážu říct. Chce to čas samozřejmě. Za rok se udělal velký pokrok, že se to začalo vnímat lépe, protože předtím zdravotnictví křičelo „to je vaše“ a sociálka křičela „to je zase vaše“. Teď bych řekla, že se dokážeme shodnout na kompromisu, spolupráce je už lepší.

T: Konkrétně pro krajský úřad to znamená, že se musíte víc ordinovat s pracovníky, kteří mají na starosti zdravotnictví? Je tam nějaké nová spojka, koordinace, která dříve nebyla?

R: Scházíme se na koordinační skupině, kde se řeší jednotlivé věci. Tam se scházíme my i zdravotnictví. Spolupracujeme s koordinátorem ve vztahu k obcím, kdy jsme ho např. pozvali na setkání veřejných opatrovníků, kde byli veřejní opatrovníci obcí. Tam se řešily problémy, které vznikají reformou, kde koordinátorka za náš kraj vysvětlovala, co to přináší. Sociální pracovníci říkali, co je trápí, že oni z toho mají strach. My spíše spolupracujeme s koordinátorkou, protože ona to tady řídí. Stejně tak jsme měli setkání i se sociálními pracovníky, kde byla koordinátorka představena a zástupci jednotlivých CDZ. Rovněž došlo k dotazům a vyjasnění určitých věcí, které nebyly sociálním pracovníkům jasné.

T: Když se připravovalo CDZ v Chebu, tak kraj v tom žádné kroky nepodnikal, jestli jsem to správně pochopila. Je to tak, že to byla iniciativa Fokusu?

R: Ano, ale Fokus samozřejmě navštívil kraj, sociální odbor, nevím, jestli i zdravotní, ale tady se to řešilo docela delší dobu a ty prvotní kroky se podnikaly s krajem. Tím pádem došlo i k tomu, že když teď skončil projekt, tak od listopadu je financování zajištěno v síti A kraje. V dalších letech se počítá s tím, že centra požádají o zařazení také do sítě A do dalších let. Takže se s tím počítá, že budou v síti.

T: V síti A znamená, že je to ta úplně nejzákladnější? Ten přídomek A značí míru významnosti?

R: Ano, to je ta nejzákladnější.

T: Byla na kraji nějaká pochybnost? Jestli kraj chce toto rozšíření sítě? Měli jste nějaké neshody na kraji, jestli navyšování a zařazení do sítě je ten správný krok?

R: Tady k tomu Vám moc nepovím, protože to se spíš týká rozvoje služeb. Ale to, co vím, tak všem tady bylo jasné, že takové služby potřebujeme. Takže nemyslím si, že by to byl nějaký velký problém. Ale mluvím za sebe.

T: Já jsem pochopila, že kraj měl ambici posílit služby pro osoby s duševním onemocněním ještě předtím, než byla spuštěna reforma. A výzva na CDZ pomohla naplnit ambici, která zde byla už předtím. Vnímáte to stejně?



R: Ano, vnímám. Co jsem byla i na prvotních schůzkách přítomná, tak si nemyslím, že by tam byl někdo v zásadě proti, nebo že by vznikaly nějaké spory, ale to by Vám spíše řekl pan (...). Ale myslím si, že to také tak nevnímám, že by byl zásadně proti.

T: Naopak, on mi zmiňoval, že to bylo od počátku velmi dobré a že to fungovalo dobře, protože kraj podchytil téma osob s duševním onemocněním.

R: Já si také myslím, že se to řeší delší dobu. Že jsme chtěli mít 3 centra, ale nakonec máme 2, za která jsme rádi, ale kdyby vyšlo třetí, tak bychom byli ještě radši.

T: To asi závisí na nějakém provozovateli, jestli bude schopný sestavit realizační tým?

R: Ano, přesně tak. Asi víte, že je do našeho kraje těžké natáhnout odborníky, jak ze sociální sféry, tak zdravotní, takže to většinou ztroskotá tady na tom.

T: Zajímá mě koncept, vize, podle něhož byste chtěli podporovat, financovat CDZ. Co konkrétně plánujete? Vy jste zmínila zařazení do sítě A, to je určitě jeden důležitý parametr. Může kraj udělat něco dalšího?

R: Toto vám nemůžu vypovědět ohledně financování. To se týká rozvoje a s tím já vůbec nemám žádné zkušenosti.

T: Ani když jste byla na koordinačních jednání, tak tam toto téma, co kraj plánuje, nebylo diskutováno? Víím, že přicházejí v úvahu nějaké příspěvky na přestěhování psychiatra, který má potřebnou kvalifikaci.

R: To já Vám neřeknu. Co se týká psychiatrů apod.; oni dostávají nějaké náborové příspěvky, ale to já opravdu nevím.

T: Vy jste zmínila, že sehnat odborníky je problém i v sociálních službách. Má kraj nějaké opatření, kterým na tento problém reaguje?

R: Nevím o tom.

T: Je něco, co Vám přijde důležité ve vztahu kraj a CDZ v Chebu, co byste zdůraznila?

R: Nenapadá mě nic.

T: Například z obcí, jestli máte nějaké poznatky, že jsou rádi, že někdo, kdo u nich bydlí, ať už u rodičů, nebo sám, že se jim klient zlepšil díky tomu, že má možnost docházet do CDZ? Někaký takový příklad spolupráce jste neslyšela?

R: Neslyšela, v současné době řeším hlavně koronavir, takže na toto téma jsme v současné době neměli čas. V současné době ani nevím, kolik mají v Chebu propuštěných lidí.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Kraj si je vědom nízké dostupnosti péče o soby s duševním onemocněním a vítá reformu psychiatrické péče jako jeden z nástrojů k tomu, aby se tento neuspokojivý stav podařilo zlepšit.
2. Problémem v území je ještě vyšší nedostatek potřebných odborníků, než je tomu v jiných krajích ČR. V regionu je malý podíl vysokoškolsky vzdělaných lidí, což je bariérou pro další CDZ. („do našeho kraje těžké natáhnout odborníky, jak ze sociální sféry, tak zdravotní, takže to většinou ztroskotá tady na tom. (...) chtěli jsme mít 3 centra, ale nakonec máme 2, za která jsme rádi, ale kdyby vyšlo třetí, tak bychom byli ještě radši.“)



3. Zahájení fungování CDZ přispívá k propojování agendy zdravotnictví a sociálních věcí i na úrovni kraje. Na koordinačních schůzkách jsou zástupci odborů krajského úřadu odpovědných za obě agendy a musí spolupracovat. „Za rok se udělal velký pokrok, že se to začalo vnímat lépe, protože předtím zdravotnictví křičelo „to je vaše“ a sociálka křičela „to je zase vaše“. Teď bych řekla, že se dokážeme shodnout na kompromisu, spolupráce je už lepší.“
4. S financováním sociální složky CDZ kraj počítá v rámci základní sítě sociálních služeb v území.

12. Rozhovor se zástupcem městského úřadu

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Zástupce městského úřadu
Termín uskutečnění rozhovoru	5. 10. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Popsal byste mi, prosím, jak moc jste s fungováním CDZ v Chebu obeznámen?

Respondent (R): Co se týká CDZ, tak už loni z jara, než CDZ začalo fungovat, tak pracovníci včetně pana ředitele, doktora (...), měli na městě s vedením města schůzku, kde nám byl tento projekt představen, a bylo nám sděleno, co to obnáší. V rámci nějaké restrukturalizace, decentralizace, nebo že se služby překlánějí z deinstitucionalizace, tak si myslím, že tuto problematiku chápu a jak jsem s tím byl obeznámen, tak se to nejen mně, ale i ostatním velmi líbilo, že se psychiatrická péče ubírá tímto směrem. Takže jsme byli obeznámeni ohledně toho, jaké bude složení týmu, jací jsou tam klíčoví pracovníci, že podpora se bude týkat potřebných v terénu, že služba bude docházet za klienty, budou tam služby, které by měly být hrazeny ze zdravotního pojištění....

T: Jak hodnotíte koncept CDZ? (Rozuměno propojení sociální a zdravotní složky péče a potom důraz na terénní péči.)

R: Já vnímám, že je to velmi potřebné. A co je velmi potřebné, tak propojení zdravotní a sociální péče, což je u nás vlastně prakticky zatím velmi složité, protože stojí proti sobě dva zákony, zdravotní a zákon o sociálních službách, a mnohdy to nekoreluje. Tzn. u nás nějaká propojenost bohužel zatím úplně nefunguje. Jsou za tím trochu i zákony, tato problematika je vnímána jako trochu rozlišená. Koncepte CDZ se mi líbí, tedy že se snaží tyto neoddelitelné součásti pohledů na tuto problematiku spojit, protože bez toho nelze poskytovat klientům kvalitní péči. Co se týká donášky do jejich přirozeného prostředí, tak ano, to naráží na problematiku deinstitucionalizace. Pro ty, kteří by mohli existovat bez nějaké podpory institucí, je začleňování do normální společnosti velmi prospěšné pro jejich další fungování, než být zavřen mezi zdi v nějakém ústavu, kde, když to ten stav nevyžaduje a není nutné, ale mnohdy to tak bylo, že tam ti lidé zůstávali, tak já si myslím, že ten koncept, je velmi potřeba.

T: Mohl byste si vzpomenout, jak se vyvíjela spolupráce mezi městem a CDZ v Chebu? Vy jste zmínil úvodní vysvětlovací schůzku, ale byla potom ještě nějaká další spolupráce?

R: Ano, my máme schůzky ještě v rámci našeho komunitního plánování skupinky rozdělené na určité problematiky a v rámci těchto pracovních skupinek jsou příslušné služby zvány. My nebo zástupci města jsou zváni na jejich koordinační skupinky, takže pokud to jde, tak se takto vzájemně



informujeme. Jako obec jsme se kladně vyjádřili k potřebnosti této služby ohledně sociální složky a komponenty, aby mohli být zařazeni do sítě.

T: Jak město, úřad a vedení, a veřejnost vnímali, že vzniklo nové centrum pro osoby s duševním onemocněním?

R: Co se týká veřejnosti, tak to úplně nechci hádat, to by si zasloužilo analýzu nebo výzkum, ale je to rozdílné. Mnohdy z řad odborníků zaznívají různé hlasy, že, když to řeknu „píchat injekce pod mostem, že je to špatně“, ale já si myslím opak. Myslím si, že problematika je i mezi odborníky roztříštěna, ale lidé z těchto nebo podobných služeb to vnímají jako potřebné. Co se týká veřejnosti, tak tam bych úplně hádal, ještě to není úplně dlouhý čas, nemám úplně relevantní data, abych mohl erudovaně říct, jestli to veřejnost přijmala nebo ne. Kdo není v oboru, tak tu problematiku nemusí tak dobře pochopit, aby dokázal zhodnotit potřebu služby.

T: Mně pak doktor (...) i pan (...) vyprávěli, že v momentě, kdy to ještě nebylo CDZ a v Chebu se otevíralo chráněné bydlení právě pro osoby s duševním onemocněním, že tam např. bylo potřeba vysvětlování lidem z dotčeného území.

R: Jak říkáte, většinová veřejnost, lidé, každý se zabýváme něčím jiným, a když nejsou zakomponováni do této problematiky, tak to mohou vnímat různě. Ale paměť mi takhle daleko nesažá, já jsem na úřadu druhým rokem, takže tam bych úplně hádal. Samozřejmě že jsem se o tu problematiku zajímal, blíže jsem se s tím i seznámil, když jsem nastoupil na úřad, ale ano, tam bylo např. velké vysvětlování. Přirozeně, lidé měli strach, oni si mysleli, že jim to naruší bezpečnost okolí. Všeobecně, lidé mohou vnímat osoby s duševní problematikou nebo psychiatrickým onemocněním jako potenciálně nebezpečné, proto tohle chce dobře vysvětlovat. Ano, v rámci této služby tam bylo spousta vysvětlování.

T: Když jste říkal, že jste podpořili potřebnost, a tudíž jste vůči kraji vyjádřili, že stojíte o to, aby tato služba byla v síti, nebyla kolem toho nějaká polemika nebo diskuze v rámci města? Takové vyjádření potřebnosti může do budoucna znamenat i finanční závazek.

R: Ne, to nebyla, to není úplně finanční závazek, protože to je vyjádření potřebnosti s cílem, aby se určitá služba dostala do sítě. Potom samozřejmě když vnímáme u jakékoliv služby potřebnost, tak oni si v rámci našeho systému podpory aktivit zažádají o nějakou podporu a ta může být následně poskytnuta. Toto se týká především služeb podporovaného bydlení, přímo sociálních služeb. U CDZ jsou tuším platby přes zdravotní pojištění...

T: Zatím jsou placeni z Evropského sociálního fondu, ale v momentě, kdy skončí tato forma podpory, tak kanály financování mají být dvojí. Jeden je ze zdravotního pojištění (ale to jsou jen úkony, které mohou CDZ vykazovat vůči pojišťovnám). Ale sociální složka péče, tzn. sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, ti by měli být financováni standardně z toho balíčku, který je v kraji disponibilní na sociální služby.

R: Ano.

T: Protože jinde jsem zaregistrovala, že kraj vyžaduje spolufinancování na sociální služby od obcí, které z toho primárně čerpají, tak odtud byla moje otázka, jestli neberete jako závazek, že „nám v Chebu funguje CDZ, tudíž budeme od února 2021 muset financovat např. 9 sociálních pracovníků“ nějakým procentem, protože dominantní částka přijde ze státního rozpočtu?



R: To je spíše otázka na vedení města. Ta podpora většinou není namířená na financování podpory, na financování, když to řeknu, práce pracovníků, jako plat nebo mzdy. To z té podpory financovat nelze, to musí být až na nějaké výjimky, ale když ta služba pošle žádost o podporu, ta služba bude zaregistrovaná, bude v síti Karlovarského kraje, tak my bychom samozřejmě udělali všechno pro to, aby ta služba nějakou adekvátní podporu dostávala.

T: Jak bylo rozšíření spektra služeb pro osoby s duševním onemocněním vnímáno ze strany vedení města?

R: To je vnímáno jako služba potřebná.

T: Můžete už teď pojmenovat, co CDZ městu přináší za tu dobu, co funguje?

R: Můžu říct, že my jako město jsme veřejný opatrovník, a přímo na našem odboru je pracovník, který dělá veřejného opatrovníka. Mnohdy je tam takový průnik, že některý opatrovanec je zároveň klientem této služby.

T: Funguje to v pořádku? Myslím komunikace mezi opatrovníkem a CDZ?

R: Vůbec nemáme žádný problém a myslím, že ta služba je pro nás v tomto konkrétním případě velké plus; pro naše opatrovance například. To je takový konkrétní příklad toho.

T: Předtím se např. potýkali s tím, že nebyli schopní si vyřídit příspěvek na bydlení a někdo z Centra jim to pomohl zprostředkovat, dá se to takhle říct?

R: To spíš tyto sociální záležitosti, to máme my jako veřejný opatrovník, nebo příslušný zaměstnanec. Spíš ta podpora odborná, jsou to mnohdy lidé, kteří jsou omezení ve svéprávnosti v důsledku nějakého psychiatrického onemocnění, takže tam je samozřejmě mnohdy důležitá ta odborná podpora této služby.

T: Když tak mě opravte; předtím neměli tak snadno dostupnou zdravotní péči, tzn. psychiatra, psychoterapeuta, a teď díky CDZ tam mohou docházet jednou za týden, podle potřeby jednou za 14 dní, je to takhle správně?

R: Ano, přesně tak to vnímám právě proto, že je to služba terénní, dochází za těmi klienty, tak to je pro naše opatrovance velké plus, přesně tak, jak jste to řekla.

T: Jakým způsobem může město přispět k udržitelnosti CDZ? Máte nějaké plány?

R: To úplně ne, to je spíše problematika, která se trochu... to by spíše byla otázka na tu službu, protože my můžeme financovat, ale v rámci systému podpory aktivit, oni si zažádají a pouze do nějaké částky a v rámci našeho rozpočtu. Možná by to byla i otázka na finanční nebo na vedení města. My se jako odbor budeme snažit, když za námi přijdou a budou chtít podporu, tak ano, podejte nám žádost a my se budeme snažit vám vyhovět. Já nejsem úplně obeznámen, nevím, jaký rozpočet má ta služba, nevím, kolik by potřebovala, to by spíše byla otázka na ně.

T: Říká se 3 miliony za rok jen na sociální složku CDZ. Když budou v krajské síti služeb, tak dominantní zdroj prostředků by měl přijít prostřednictvím kraje, který dostane peníze ze státního rozpočtu. Nicméně jinde vím, že kraje vyžadují od obcí, aby něco spolufinancovaly. Procento se stanoví různě, to je velmi odlišné, ale otázka směřuje k tomu, jestli jste byl do takových diskuzí zapojen, nebo o nich víte, že probíhají?

R: Ne, nebyl, to ještě ne, s tímto jsme ani nebyli osloveni. Možná z toho důvodu to netuším.



Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondent vnímá vysokou potřebnost služby CDZ, zdůrazňuje, že velmi významné je, že propojuje sociální a zdravotní složku péče. („ “)
2. Komunikace mezi FOKUSEM a městem o CDZ probíhala ještě před zahájením provozu, FOKUS vysvětloval principy a cíle Centra. Město zřízení CDZ podporuje a tuto svou podporu vyjadřuje kromě jiného i vůči kraji, který je odpovědný za komplexní řízení sítě sociálních služeb v území.
3. Konkrétní spolupráce města a CDZ probíhá tam, kde úředníci městského úřadu zajišťují roli veřejných opatrovníků klientů CDZ. V těchto případech je spolupráce velmi dobrá.
4. Finance na provoz CDZ po ukončení pilotního provozu z úrovně města nejsou poskytovány (a Karlovarský kraj prostředky na provoz sítě sociálních služeb od obcí nevyžaduje). Respondent nicméně uvedl, že pokud by CDZ město požádalo o financování nějakého doplňkového výdaje (nad rámec provozu krytého prostředky poskytovanými krajem), pak bude snahou vyjít CDZ vstříc.

Rozhovory s dalšími psychiatrickými zařízeními či sociálními službami v regionu

13. Rozhovor s ambulantním psychiatrem působícím v regionu

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Psychiatr působící ve městě
Termín uskutečnění rozhovoru	14. 9. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak moc jste obeznámená s konceptem CDZ? Pokud s CDZ v Chebu spolupracujete, jak konkrétně?

Respondent (R): O CDZ vím už z doby, kdy jsem přednášela před několika lety pro praktické lékaře. Přednášela jsem jim, co nového se chystá v psychiatrii v rámci reformy. Dávala jsem jim první nástřel, a to byly moje první vlašťovky seznamování se s CDZ. Následně, když vznikl FOKUS Cheb, tak na pobočku, pod kterou já spadám, přišlo samo o sobě pár pacientů, že navázali spolupráci, aniž já bych o nich ještě věděla. Toto se událo několikrát, tak jsme se postupně vzájemně kontaktovali a navázali kontakt i osobně. Nejdříve jsme se viděli přímo s paní doktorkou a vytyčily si hranice, co budeme dělat, jak si do toho budeme vzájemně vstupovat. Protože se to v ambulantní péči trochu překrývalo. Stalo se, že jsem měla dovolenou, a nutno říct, že zastupitelnost psychiatra prakticky neexistuje, pacient byl v nějakém stavu a lékař CDZ upravil medikaci. Tak jsme se domlouvaly, jak si nastavíme hranice a informování. To bylo první setkání. Poté přišel Covid-19 a teď to máme nastavené tak, že se jednou za dva měsíce setkáme. Zatím to osobně proběhlo jen jednou s vedoucím jejich týmu, kde probíráme jednotlivé klienty z jejich pohledu, z mého pohledu. Teď jsme to udělali jen písemnou formou a další setkání máme naplánované za dva měsíce.

T: Zaujalo mě, že pacienti vás předběhli dříve, než vy jste se napojili. Předpokládám, že to bylo tak, že jim byly služby CDZ nabídnuty po dobu jejich hospitalizace?

R: Ano, přesně tak. Já jsem věděla už před transformací, že existoval FOKUS Cheb, ale nebyl ještě pod CDZ. Ještě před tím jsem tu několik let byla v poli neoraném, protože prakticky žádná sociální služba



na pomoc - spolupráci nebyla. Já jsem původně pracovala v Plzni a tam možnosti byly někde úplně jinde.

T: Je pro vás komplikace to, že si sdílíte pacienty?

R: To ne, já se s paní doktorkou téměř nedomlouvám, protože většinu času, co jsem tady, neděláme žádné zásahy. Já jsem nechtěla, abychom zasahovaly do medikace, případně jen naprosto výjimečně. A to jsem chtěla, abychom si to vždy sdělily. Jsou to ale sporadické případy, takže to komunikujeme přes e-mail. Jinak se nijak nenaháníme. Já to vnímám jako obrovské plus. Nikde nedrhneme. Mám několik lidí, kteří jsou izolovaní ve svém prostředí, a jediné, na co se já z ambulance vzmužu, je zařadit jim to cestou invalidity, ale cokoli dalšího, co by bylo potřeba pro zotavení, tam není. V tomto mi CDZ ve své podstatě velmi uvolňuje ruce, protože můžu dát kontakt na ně, a pak si společně řekneme, co já si představuji, že by klient potřeboval. Pro mě je to jenom plus. Nevnímám žádné negativum. Navíc to, že navážou kontakt do pár dnů, mi přijde jako velmi nadstandardní služba. Je to naprosto úžasné. Kolikrát takto rychle ani člověka nedostanu k hospitalizaci. Spíše jsem nešťastná z toho, že PR / reklama není dostačující. Trochu tady před pacientem tančím čardáš ve chvíli, kdy ho prosím, aby to zkusil. Pacient je vůči tomu primárně nastavený, už je to dáno diagnózami. Máme spolu navázaný vztah, to je pěkné, ale rozšiřování vztahu je pro něj těžké. Ti lidé jsou primárně nedůvěřiví. Nemají zkušenost z okolí, neví, že by to mohlo fungovat. Na začátku to tedy hodně ovlivňuje nemoc toho člověka.

T: Máte pocit, že by v tomto případě pomohla kampaň?

R: Myslím si, že by bylo dobré, kdyby se o tom více mluvilo.

T: Obecně, v rámci rodiny například?

R: Přesně tak. Nebo i ve veřejném prostoru. Že takováto služba existuje. Stalo se mi, že to pacient využil, když se dozvěděl, že někdo jiný tuto službu konzumuje. Tady jsme na maloměstě, lidé se mezi sebou znají. Sdíleli si konkrétní zkušenost, nebo se vědělo, že z CDZ přijedou, že nejsou lumpové, že se prokážou a že jsou schopni pacienta na terapii dovézt, když to nezvládne sám, že ho nechají si to vyzkoušet a počkají v záloze.

T: Mění se spolupráce s CDZ postupně v čase? Změnilo se něco, nebo od počátku, co jste si to nastavili, držíte intenzitu i charakter kontaktu?

R: Rozšířili jsme to o to, že já se se členy týmu vídám osobně, což ze začátku, ten první půlrok nebo rok, neprobíhalo vůbec. Vnímám to tak, že jsem napojená na pracovníky týmu, na vedoucího, na pana (...), na sociální pracovníky, a nikoli na lékaře. S lékařem je v tuto chvíli interakce prakticky nulová. Což mi ale nijak nevadí.

T: Tím, že CDZ v Chebu vzniklo, změnila se vaše práce? Máte agendu navíc, nebo vám ubyla? Změnila se míra poptávky po vašich službách?

R: Agenda se rozšířila o sdílení informací, ale to je i pro mě plusem, protože získávám pohled z druhé strany. To bych nevnímala jako negativum. Poptávka se nezměnila. Obecně platí, že tady v Mariánských Lázních je specifická psychiatrická klientela, není to klientela typu CDZ, když to tak řeknu. Bazálně řečeno, tady se nefetuje, takže se tu nerozvíjí těžké duševní poruchy, není tady tolik lidí s psychózou, se schizofrenním okruhem onemocnění, ani s dalšími velkými a vážnými duševními poruchami. Pro mě je to okrajová vrstva pacientů, a z toho vyplývá relativně malý počet pacientů, o které mi CDZ pečuje.

T: Jaký podíl vašich klientů má vazbu na CDZ?



R: Naprosto minimální. Jednotky.

T: Jak tato provázanost vypadá? Z toho, co jste říkala, mám dojem, že využíváte spíše sociálních služeb v Centru. Je to správně?

R: Je to tak. Je to osobní nakontaktování se na klienta a pomoc v sociálních věcech, dopomoc v jednání s úřady, zajištění další péče (myšleno např. psychoterapeutické) a pomoc při hledání práce.

T: Obecně k institutu CDZ, jak tato centra vnímáte?

R: Vzhledem k tomu, že já mám v tuto chvíli objednávací dobu na prvovýšetření téměř tři měsíce, a potom tady dělám harakiri, abych akutní pacienty byla schopná někde vtěsnat, tak to vnímám jako maximálně potřebné. Rozhodně. Při současné organizaci péče a toho, jak málo psychiatrických ambulancí je a jaký je nárůst klientely, mně přijde nemožné, aby to zůstalo, jak to je. Proto vstup třetího ve smyslu ani hospitalizace, ani klasická ambulance, ale „jsme tady a teď a jsme tu do pár hodin“ považuji za to nejdůležitější, co tu je zapotřebí. Já sama potřebuji chránit svoje duševní zdraví. Ale je to na úkor toho, že nejsem schopná poptávku uspokojit.

T: Máte z vaší ambulantní úrovně nějaké doporučení k reformě psychiatrické péče, jejímž konkrétním výstupem jsou CDZ?

R: Nenapadá mě nic, kromě toho, co jsem už řekla. Ideální by bylo, kdyby to šlo rychleji. Rychlé navýšení počtu klientů na krizová lůžka. Do pěti dnů např.

T: Některá CDZ mají i krizová lůžka.

R: Ano, ale Karlovarského kraje se to netýká.

T: Vaše doporučení je tedy jakékoli rozšíření?

R: Přesně tak.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Respondent uvádí, že v regionu je psychiatrická péče vysoce nedostatečná. Z toho důvodů vítá, že CDZ rozšířilo dostupné kapacity. Zejména vítá, že tato služba dokáže zajistit péči v terénu. („Mám několik lidí, kteří jsou izolovaní ve svém prostředí, a jediné, na co se já z ambulance zmůžu, je zařadit jim to cestou invalidity, ale cokoli dalšího, co by bylo potřeba pro zotavení, tam není. V tomto mi CDZ ve své podstatě velmi uvolňuje ruce, protože můžu dát kontakt na ně, a pak si společně řekneme, co já si představuji, že by klient potřeboval. Pro mě je to jenom plus. Nevnímám žádné negativum.“)
2. Spolupráci s CDZ hodnotí pozitivně (je v kontaktu s vedením i psychiatrem CDZ), i když v rámci jeho pacientů je CDZ relevantní jen pro několik jednotlivců. Vyzdvihuje, že CDZ dokáže vstoupit do kontaktu s klientem v řádu dnů.
3. Doporučuje, aby byla služba CDZ mezi veřejností více komunikována; dle zkušeností respondenta to má potenciál zvýšit i počty klientů center.

14. Rozhovor se zástupcem dalšího psychiatrického zařízení v regionu

Identifikace projektu	CDZ v Chebu
Respondent	Zástupce psychiatrické nemocnice v regionu



Termín uskutečnění rozhovoru

12. 10. 2020

Forma rozhovoru

Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jakým způsobem spolupracujete s Centrem duševního zdraví v Chebu? Jak to začalo? Změnilo se fungování za poslední rok?

Respondent (R): Dříve než v Chebu bylo CDZ v Karlových Varech. V pracovní skupině jsme navštívili CDZ Karlovy Vary, seznámili jsme se s jejich chráněnými dílnami a se vším, co tam měli, vše nám ochotně ukázali. Při té příležitosti jsme se dozvěděli, že se připravuje otevření Chebu a že na to shání lidi. Ptali se, jestli mezi námi není někdo, kdo by byl ochotný. Na společném otevření, kde byl tehdy i pan ministr, bylo chebské a karlovarské CDZ už společně. Od té doby bylo třeba navázat kontakt. Přes karlovarské CDZ k tomu došlo dříve než přes chebské CDZ. CDZ se pro nás budou trochu prolínat, protože to jsou sousední oblasti. Šlo o to se domluvit, jak bude zorganizovaná komunikace mezi nemocnicí a CDZ, nejenom těmito dvěma, ale i dalšími, aby se vědělo, že někdo přijede, a co je a není potřeba. Pravidelně jednou za měsíc se konají schůze zástupců komunitních služeb přímo zde v nemocnici. Na těchto schůzích pracovníci CDZ Karlovy Vary i CDZ Cheb informují o novinkách a aktuálním dění v jejich CDZ nebo upozorňují, co by potřebovali a na co je třeba se zaměřit. V návaznosti na schůze dostávají informace o možných nových pacientech od nás, kteří se jim „vybírají“, aby se s nimi mohli seznámit. Naši zaměstnanci se podílejí na předávání informací ohledně možnosti pokračování v CDZ a snaží se pacienty pro myšlenku CDZ získat a přesvědčit je, aby tam šli a čerpali služby, co CDZ nabízejí. Když jsme byli v Karlových Varech, bylo to už v plné sestavě, kdežto v Chebu to ze začátku nebylo stoprocentní personální vybavení, takže to pro ně bylo složitější.

T: Ovlivňuje CDZ vaše fungování, kromě toho, že máte koordinační schůzky? Změnilo se ještě něco dalšího? Přibyla/ubyla vám agenda?

R: Upřímně řečeno, do určité míry přibyla. Zatím neubyla žádná, proč by také měla. Přibyl např. souhlas s poskytováním informací, který jsme si museli sami vytvořit, protože centrálně jsme jej nedostali. Museli jsme dělat multidisciplinární zápisy, které jsme nikdy předtím nedělali., zajišťujeme zprostředkování schůzek opatrovníků a pracovníků komunitních služeb u nás v nemocnici, protože to není, že by naši pracovníci nebo pracovníci CDZ nepracovali dobře, ale selhávají opatrovníci, obzvláště ti na obcích. K nim mají spíše blíže pracovníci CDZ v místě. Další pokračování bylo, že se to dozvídali pacienti, příbuzní, což byla snaha vylepšit, ale mám pocit, že jste mi ještě posílala otázku, zda pozorujeme úbytek diagnóz pacientů. SMI pod 65 let – když srovnám 2018 a květen 2020, tak je to přibližně nastejno. Nedá se říct, že by tyto diagnózy prudce ubyly. Nic ve zlém, ale chebské CDZ má určitou kapacitu, kterou si zaplní, a myslím si, že by potřebovali, aby vznikala další zařízení sociálního i jiného typu, která by s nimi spolupracovala a která by převzala pacienty, aby se CDZ uvolnila hospitalizační – ubytovací kapacita. Jinak, naši pacienti tam odešli.

T: Víte, kolik pacientů od vás vstoupilo do služeb CDZ?

R: Problém je s naším informačním systémem, protože v současné době probíhá jeho zásadní změna. A to i pro pojišťovny a další, komplet v celé nemocnici. Z Hippo a dalších programů se přechází na VEKTR. Zatím to není celé dokončené a my se k těm údajům nedostaneme. Není to rozdělené, abychom měli každý údaj zvlášť. Víím ale, že je snaha u dodavatele zajistit, aby nám umožnil přístup. Ve své podstatě se dříve údaje z Hippo daly zjistit lépe než nyní, ale také to nebylo světové.



T: Zrovna tedy nemáte statistiky?

R: Takovou statistiku, aby se dala označit za slušnou, nemáme. Těžko vám řekneme, kolik pacientů odešlo.

T: Jaký podíl vašich klientů se hodí pro CDZ?

R: To se mi nepodařilo... I když je otázka, jestli se hodí. CDZ končí pilotní program, ale víte sama, že ze začátku měli potíže a že vznikalo něco nového, co tu nebylo. Těžko říct, jaký podíl. Zatím to bylo převážně pro SMI, ale u SMI je chorob pořád stejně. Je jedno, jestli je to v Německu nebo tady, těch moc nepřibývá. Přibývají jiné diagnostické skupiny a pro ty by to do budoucna také mělo být, ale zatím to pro ně není. To by bylo věštění hausnummer, a to vám nechci říkat.

T: Vnímáte, že má CDZ pro vaše klienty potenciál? Pro ty klienty (a nevím, jak moc velká skupina to je), kteří nemají sociální zázemí, a proto jsou v nemocnici, a CDZ by bylo nástroj, který umožňují propustit je z hospitalizace?

R: Jsem přesvědčen, že by měla přispět ke zkrácení hospitalizační doby v zařízeních našeho typu. Máte pravdu v tom, že očekávání je, že CDZ poskytne komplexnější a intenzivnější péči než obyčejná psychiatrická ambulance. Už jen to, že když pacient nepřišel, tak prostě nepřišel. Kdežto v CDZ ho třeba někdo navštíví. Problém ale je, že tu máme i mentálně postižené, od debility až po těžkou imbecilitu, a nedovedu si představit, že je každá imbecilita sociálně adaptabilní. Dovedu si představit u určité sorty mentálních lidí, že s dopomocí jsou v domácí ambulantní péči, ale u určité menší skupiny toto stejně nepůjde. Nebude to proto, že by se jim někdo nechtěl věnovat. Ne vše se dá udělat ambulantně. Mělo by to ale vést k tomu, že potřebných lůžek bude mnohem méně a že budou moci být (jak chce myšlenka CDZ) v přirozeném prostředí a neztratí kontakt s komunitou, ze které pochází. Myšlenka je určitě správná, ale otázka je, jak je to v praxi. Centra se tvoří v komplikované době kvůli koronaviru, což není výmluva, ale řada akcí, na které jsme měli a chtěli přijít, se nemohla uskutečnit, protože je to v rozporu s nařízeními a opatřeními. Je to tedy komplikované a myslím, že na první vyhodnocení by bylo podezřelé, kdyby byli všichni okamžitě nadšení. Nadšení sice je, ale není to tak bombastické. Jsem přesvědčený, že samotná CDZ byla vždy popisována jako centra s vyšší a komplexnější péčí, podobně jako mají být multifunkční forenzní týmy. Ale dále je potřeba nějaké jiné komunitní zařízení, ať už je to chráněné bydlení apod. Dnes už nejsou v módě chráněné dílny, a přesto byly pro některé pacienty dobré. Možná mi to uniká, ale zatím jsem neviděl, že by tato zařízení masivně vznikala. Ze začátku se řeklo, že je to reforma psychiatrické péče. Podle mého (a už se to tak i uznává) je to reforma péče o duševně nemocného člověka. A to je širší množina, protože zdravotní péče (ležení v nemocnici) je kousek a čím dál více je přibývá péče sociální, až je to nakonec jen péče sociální. Nepostřehl jsem, že by se sociální péče tvořilo stejné množství a stejnou rychlostí jako vznikají rozšířené ambulance, CDZ atd.

T: MPSV se potýká i s úkolem zajistit prostředky pro CDZ, kterým končí doba pilotního provozu. A k budování programů na rozvoj chráněného či podporovaného bydlení také nedochází. Jeví se, že zdravotnictví nasadilo vysoké tempo, ale v sociálních službách to není kopírováno.

R: Ze svého pohledu považuji za chybu, že se to připravovalo velmi dlouho a vzaly se v potaz všemožné zkušenosti, ale zapomnělo se na jednu věc, a sice na počet zdravotnických pracovníků, kteří musí být vyškoleni a musí mít patřičné vzdělání. Když pojedete do zahraničí, zjistíte, že nemají atestace. Stačí, když od pracoviště, kde byl zaměstnán, získá potvrzení, že tam byl určitou dobu a že získal odbornost.



Ale u nás je to vše vázané na atestace, což neříkám, že je špatně. Dalo se spočítat, kolik lidí bylo potřeba a také to, že řada lidí do té doby bohužel zemře věkem, nebo odejde do důchodu a že lidé budou chybět. Dnes se naráží na nedostatek personálu, a to vidíte v tisku dennodenně (a teď nemyslím situaci s Covidem). To byl podle mě nedostatek. Další věc je, že psychiatrii se věnují již mnoho let a jsme jediný obor, kdy kritiky vůči vlastnímu oboru jsou velmi drastické. V určité době byli kritizováni všichni, kteří chtěli dělat psychoterapie. Poté přišla kritika těch, co dělali farmakoterapii. Znáte jiný medicínský obor, kde se lidé tak brutálně napadají? Nepřispívá to k tomu, že by to na veřejnost působilo pozitivně. Zamyslete se nad společenským hodnocením psychiatrie jako oboru. Nezdá se mi, že by se zvyšovalo.

T: Myslím ale, že veřejnost čím dál více vnímá, že kapacity chybí.

R: Pedopsychiatra, zubaře, dětského lékaře... Ti, co to měli na starosti, nechci nikoho jmenovat a ani nemůžu, bohužel zapoměli, že toto se musí prognostikovat a plánovat.

T: Jak hodnotíte potřebnost CDZ? Z toho, co jste řekl, vnímám, že je vnímáte jako potřebné díky potenciálu zkrácení hospitalizace. Jde zavádění správným směrem? Vnímám podle vašich slov, že ano, ale že chybí zejména sociální pilíř.

R: Ještě je tam ale jedna věc. Ano, myslím si, že je to dobře, ale nesmí se vidět všemocnost. To je jako když se zavádí nový lék, najednou přijde nadměrný entuziasmus, že všechny vyléčí. Je to v novinách, všude po celém světě. Ale realita je někdy jiná. Někdy to přinese hodně, někdy méně. Smyslem CDZ je, co jste řekla, že dá možnost zlepšení kvality života řady psychiatricky nemocných. To bych viděl jako hlavní smysl, ale že by to mohlo všechny vyléčit a úplně zbavit potíží, to asi těžko. Může to zlepšit jejich prožívání a postoj veřejnosti k jejich projevům, tudíž i jejich život a vnímání. Ale že by najednou někdo, kdo má IQ, řekněme drasticky, 25, se najednou stal průměrným, to se určitě nestane.

T: Mám ale pocit, že tuto ambici tam nikdo nepromítá.

R: Je podle mě záhodno, aby skončila pilotní doba a pokračovalo se v CDZ, co existují. Po roce to přehodnotit a myslím, že by mělo být jasné to, na co se ptáte. Mělo by to být lépe statisticky kvantifikovatelné a lidé, kteří tam budou pracovat, budou mít ještě větší zkušenosti. Další hodnocení by správnou cestu mělo potvrdit.

T: ÚZIS začal publikovat první statistiky. Prozatím se nejeví, že by tento druh péče o osoby s SMI byl levnější.

R: Když si půjdete koupit nový výrobek, u kterého se předpokládá nejenom módnost, ale i vyšší kvalita, tak je to většinou dražší. Zatím jsem nikde ve světě, když to zlepšovali, že by to bylo levnější. To jsem si nepředstavoval. Já jsem si naivně představoval, že jde především o to, aby ti lidé měli kvalitnější život, aby mohli být doma a nemuseli být zavření v ústavech. Ač se to nezdá, nemocnice se změnily oproti tomu, jaké byly před dvaceti lety. To je nepopíratelné. Ale zdaleka to ještě není, jak by to mohlo být. U prvních návrhů transformace se pojišťovně říkalo, že když se zavřou psychiatrické nemocnice, pojišťovna ušetří tolik peněz, že bude moci zaplatit změněnou psychiatrii. A v tom může být problém. Pan profesor (...) a každý, kdo dělá statistiku, vám vždy řekne, že statistika je přesný soubor nepřesných čísel. Moc to tedy nevyovídá. Nejprve se řeklo, že se zavedou CDZ a budou se zhruba po roce hodnotit. O první skupině CDZ bylo řečeno, že bude snaha, aby byla do třiceti. Už se objevily názory, že jich bude stovka a že to budou CDZ geriatrická, pedopsychiatrická ...

T: Je to tak, v akčním plánu je to tak skutečně naplánováno.



R: Vám se to zdá uskutečnitelné?

T: Respondenti z CDZ vesměs uvádějí, že na to nemáme odborníky.

R: To je to, co jsem vám říkal.

T: Ale padá do úvahy a vy jste to trochu naznačil, jestli nesnížit požadavky na kvalifikaci (konkrétním příkladem je klinický psycholog CDZ, který musí mít atestaci).

R: Nechme to otevřené. Měli jsme tu paní primářku, která měla dvě atestace z návykových chorob. Sama učila a přednášela. Když byla v důchodovém věku a pořád pracovala, mohli jsme být akreditováni pro výuku a přípravu lékařů v oblasti závislostí. Jenže mezitím se změnilo, že se tomu nyní neříká závislosti, ale adiktologie. Trochu se změnil výklad, já jsem se seznámil s tím, jak si to představují do transformace. Změnil se trochu ideologický výklad, ale v zásadě tam nebylo nic, co by tomu bránilo. Jenže u této lékařky se stalo, že přestože měla přes padesát let praxe, její dvě atestace nebyly dostatečné, protože měla mít atestaci z adiktologie. Nemohla tedy být jedním ze školitelů. To nevím, že by se někde na západě stalo. Dnes už je to jedno, ona už je doma.

T: Nebylo možné využít její znalosti jenom proto, že se mění terminologie?

R: Ono to není úplně totožné, je to trochu jiný ideologický výklad, ale celá řada věcí je velice podobných. A lidí, kteří by měli adiktologii, tolik není. To jsou nové atestace, a proto o tom mluvím.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Nemocnice s CDZ spolupracuje, vytipovává pacienty, kteří by mohli z CDZ profitovat a jsou zprostředkovávány schůzky mezi pracovníky CDZ a vytipovanými pacienty. (Respondent uvedl, že zaměstnanci se „snaží pacienty pro myšlenku CDZ získat a přesvědčit je, aby tam šli a čerpali služby, co CDZ nabízejí“.)
2. CDZ má potenciál přispět ke zkrácení hospitalizační doby v zařízeních typu psychiatrická léčebna díky tomu, že péče jimi poskytovaná je komplexnější a intenzivnější než je péče dostupná v běžné psychiatrické ambulanci.
3. Problémem pro další implementaci reformy psychiatrické péče je dle respondenta nedostatečně rozvíjený sektor sociálních služeb, zejména služeb týkajících se bydlení znevýhodněných osob. Bez těchto návazných služeb bude další snižování počtu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů komplikované.
4. Za chybu respondent označil to, že reforma psychiatrické péče nevzala v potaz dostupné personální kapacity, tj. dle jeho názoru není v ČR dostatek odborníků na to, aby mohlo do roku 2030 v ČR fungovat 100 CDZ v současném standardu.



7.4 CDZ PN Brno

7.4.1 Případová studie CDZ PN Brno

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

Základy pro případovou studii byly položeny počátkem září 2020. V té době došlo k zahajovacím rozhovorům o rámci spolupráce s členy multidisciplinárního týmu, zastupujícími Psychiatrickou nemocnici Brno (dále též jen „PNB“).

CDZ při svém vzniku stavělo na již osvědčeném modelu spolupráce s agenturou sociálních služeb Práh jižní Morava, z.ú., (dále také jen Práh), disponující dlouhodobými zkušenostmi z oblasti terénní práce s osobami trpícími psychickým onemocněním. Práh proto hrál klíčovou úlohu při rozvoji center duševního zdraví a terénních týmů v Brně i dalších lokalitách Jihomoravského kraje.

Rozhovory probíhaly postupně, s případným doplňováním potřebných pozic, v období od května 2020 do února 2021.

2. Základní informace o založení CDZ a jeho dosavadní historii

Vznik CDZ

Podněty k přípravě na založení CDZ ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí Brno vycházely od agentury Práh již od roku 2018. V té době ovšem vedení nemocnice zaujímal k nezbytné spolupráci zdrženlivý postoj. V nemocnici vznikl transformační tým, nezískal však od vedení očekávanou podporu. V únoru 2019 proběhly změny ve vedení PNB a došlo k obnovení příprav vznik druhého CDZ v Brně.

Stejně jako u dříve připravovaného CDZ v kooperaci Psychiatrickou klinikou Fakultní nemocnice Brno i v tomto případě oblast sociální péče zajišťovala agentura Práh. Proto nově vznikající CDZ mohlo využít zkušenosti z předcházející intenzivní spolupráce zřizovatelských subjektů s Ministerstvem zdravotnictví ČR (dále také jen „MZ ČR“) a Krajským úřadem Jihomoravského kraje (dále také jen „KÚ“).

Prostory CDZ

Centrum duševního zdraví Psychiatrické nemocnice Brno působí na adrese Jugoslávská 17, 613 00 Brno. Prostory CDZ jsou umístěny v širším centru, ve vzdálenosti přibližně 1,5 km od centra Brna v adaptované budově u trati městské hromadné dopravy. Prostory CDZ zahrnují pracoviště klinických specialistů, pracoviště ošetřovatelek, denní místnost pro klienty, zázemí pro terénní tým. Dále jsou zde hovorň, kanceláře, sociální zařízení pro pacienty/klienty a personál. Část týmu, určená k práci s klienty v akutní lůžkové péči, využívá prostory PNB. Z pohledu klientů nebyly k vhodnosti uvedených prostor vneseny výhrady nebo náměty. Z pohledu zaměstnanců CDZ jsou prostory hodnoceny jako funkčně plně vyhovující, přesto by přivítali případné rozšíření a větší důraz na zajištění bezbariérovosti.

Základní parametry fungování

Provozní doba určená k běžným kontaktům s klienty je stanovena denně od 7:30 do 18:00. Centrum Práh využívalo v době před epidemií pro akce spojené s osvětou k reformě psychiatrické péče a rozvoji



CDZ také prostor Café Práh. V terénu působí sociální pracovníci, ošetřovatelky a peer konzultanti terénního týmu.

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

Spádové území

Činnost CDZ je soustředěná na oblast statutárního města Brna, které svou velikostí více než dostatečně naplňuje předpokládanou absorpční kapacitu. Podmínkou přijetí je bydliště klienta vymezené městskými částmi Komín, Žabovřesky, Královo Pole, Ponava, Medlánky, Řečkovice, Ivanovice, Mokrá Hora, Jehnice, Ořešín, Útěchov, Soběšice, Lesná, Husovice, Černá Pole, Zábřovice.

Regionální vymezení v době zahájení projektů ke vzniku CDZ zvolilo pokrytí oblasti Statutárního města Brna dvěma centry, nepokrytou část v oblasti označené Jihovýchod zajišťuje terénní tým sociálních služeb centra Práh.

Spolupráce v regionu

Komunikace zřizovatelských subjektů s příslušnými samosprávnými orgány v případě CDZ a PNB probíhala nekonfliktně. Solidní základ položily dlouhodobé aktivity centra Práh, související s dřívějším vznikem CDZ ve spolupráci s Psychiatrickou klinikou FN Brno. Prostřednictvím pravidelných workshopů a konferencí seznamovali zástupci zřizovatelů pracovníky samosprávných orgánů, odbornou i laickou veřejnost s cíli reformy, se záměry MZ ČR, s úvahami a kroky zřizovatelů. To se odrazilo ve vstřícných postojích většiny dotčených subjektů.

„... rozvoj CDZ má i nadále podporu města Brna, což je zdokumentováno a schváleno v 6. Komunitním plánu soc. služeb města Brna pro období 2020 – 2022. (Zástupce magistrátu města Brna, rozhovor ze dne 26. 1. 2021).

„CDZ dobře spolupracují s PN Brno i Psychiatrickou klinikou FN Brno, VZP se aktivně účastní jednání Koordinační skupiny JMK pro reformu péče o duševní zdraví a zajímá se o práci CDZ.“ (Zástupce KÚ JMK, rozhovor ze dne 19. 1. 2021).

Na úroveň spolupráce s ostatními psychiatry v lůžkových zařízeních nebo v ambulancích panují rozdílné názory. Ošetřovatel (psychiatrická sestra) vnímá určitou míru neochoty. Lékařka – psychiatr a člen řídicího výboru jsou názoru, že bez rozporů akceptovali úlohu CDZ i ambulantní psychiatři. Východiskem k tomu byla předchozí spolupráce ambulancí s centrem Práh.

„S těmi, se kterými spolupráci potřebujeme problémy nemáme. Centrum Práh spolupracovalo s ambulantními psychiatry už dlouhou dobu.“ (Psychiatr CDZ, rozhovor ze dne 27. 5. 2020).

„Spolupracujeme se všemi. Jsme ochotní spolupracovat, kohokoli požádáme, vyjde nám vstříc.“ (Člen řídicího výboru, rozhovor 3. 2. 2021)

Nepochopení stran kolegů z lůžkových zařízení. Všechno se dá překonat, ale neochota přijmout nové metody, nový trend, nový směr se stala největší překážkou.“ (Psychiatrická sestra, rozhovor ze dne 16. 1. 2021).

Spolupráce s PNB vyplývá plně z okolností vzniku spojením zapojením do projektu. Probíhá prakticky na každodenní bázi. Přirozeným vstupním bodem ke komunikaci s CDZ pro potenciální klienty je spolupráce členek multidisciplinárního týmu pracujících v rámci PNB.



K zveřejnění služeb směrem ke klientům dochází prostřednictvím dlouhodobých a pravidelných informačních aktivit Centra Práh.

„Směrem k laické veřejnosti probíhají PR aktivity, využívající dlouholetých zkušeností centra Práh.“ (Člen řídicího výboru, rozhovor 3. 2. 2021)

Kooperujícím informačním zdrojem jsou pro potenciální klienty také poskytovatelé zdravotních služeb, samosprávné orgány i agentury sociálních služeb.

4. Struktura

Tým CDZ

Tým je složen z profesionálů přinášejících specifickou odbornost. Na rozdíl od tradičních pracovišť není stanovena jednoznačná hierarchická struktura. Na péči se podílí psychiatr, klinický psycholog, psychologové poradci, zdravotní/psychiatrické sestry, sociální pracovníci a peer konzultanti. Podle charakteru případu se členové týmu shodnou na určení tzv. case managera. Klient spolupracuje na základě individuálního plánu péče zaměřeného na silné stránky v souladu s analýzou jeho zdravotní a sociální situace.

„Rozdíl v působení je výrazný, odvíjí se od přístupu case managementu a práce interdisciplinárního týmu. Z pohledu jednotlivých případů to zjednodušeně hodnotím tak, že u akutního lůžka jsme si kladli nižší cíle než v týmu, poskytujícím terénní péči.“ (Psychiatrická sestra, rozhovor ze dne 16. 1. 2021).

„Pochopení osobního příběhu klienta přináší zvýšenou míru diskuse a je to velmi přínosné a kreativní.“ (Psycholog, rozhovor ze dne 2. 7. 2020).

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

CDZ, vznikající v Brně ve spolupráci s PNB komunikovalo s MZ ČR i s MPSV, vykonávajícími úlohu Řídicího orgánu Operačního programu Zaměstnanost ve dvou fázích: (1) před zahájením pilotního projektu, odloženým z důvodu změny nespolupracujícího vedení PNB, (2) v průběhu pilotního provozu. Komunikaci s ŘO oceňují jako bezproblémovou a velmi vstřícnou. Rozdíl v pohledu na náročnost komunikace spočívá pravděpodobně v tom, že významnou část zátěže eliminovalo úsilí předchozího CDZ, plně sdílejícího zkušenosti.

Přehled identifikovaných problémů shrnuje následující tabulka.

Č.	Problém (překážka)		Relevantní i pro provoz krytý ESF
1	Opakované činnosti při přípravě projektu	Pro neochotu ke spolupráci byl odvolán ředitel PNB. Část náročných zahajovacích úkonů přišla nazmar, bylo nutné znovu sestavit týmy a tvořit platformu pro spolupráci.	NE
2	Nedostatek zkušeností s evropskými projekty	Jeden z účastníků, Psychiatrická nemocnice Brno v předchozím období nerealizoval projekty, financované s podporou EU. Podíl PNB při přípravě projektu muselo nést centrum Práh, přenos zkušeností byl velmi obtížný	NE
3	Personální nároky při vzniku týmu nejsou	Požadavek na rozsah zapojení atestovaného psychoterapeuta významně převyšuje možnosti, které jsou k dispozici v prostředí	ANO



Č.	Problém (překážka)	Relevantní i pro provoz krytý ESF
	přiměřené podmínkám, které panují v personálních kapacitách	českého zdravotnictví. Nedostatečná kapacita atestací v uplynulých letech oslabila dostupný potenciál.
4	Administrativní zátěž při naplnění výkazů, odevzdávaných NÚDZ	Souběh nutných kroků při vytváření pravidel a organizaci týmu souběžně s povinností vyplňovat výkazy k projektům NÚDZ přinášel neočekávanou administrativní zátěž, hrozil omezením základních nezbytných úkonů
5	Pro zahájení projektu byla nastavena příliš rozsáhlá spádová oblast a vysoká personální náročnost	Pro zahájení projektu uvažovala vedoucí lékařka jako vhodnější model menší spádové území s odpovídajícím menším rozsahem úvazků některých nedostatkových profesí.
6	V multidisciplinárním týmu chybí adiktolog	Nezanedbatelný počet klientů trpí duálními diagnózami. Obtížná dostupnost služeb adiktologa omezuje schopnost multidisciplinárního týmu poskytnout plnou podporu v celé šíři klientových potřeb

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

Vnímání přínosů CDZ ze strany klientů a rodinných příslušníků klientů

Oslovení respondenti hodnotí svoje zkušenosti s CDZ velmi pozitivně ve všech hlediscích. V podstatě neexistoval žádná výhrada k službám nebo podnět k úpravě rozsahu. Z rozhovorů vzešlo zjištění, že za závažný problém v péči o osoby se závažným duševním onemocněním považují rodinní příslušníci klientů povrchní přístup ambulantních lékařů.

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

Vnímání přínosů CDZ ze strany členů týmu CDZ

Hodnocení přínosu u všech členů týmu vyvolalo pozitivní odezvu, veškerá argumentace byla vždy jen kladná. Nesmírně oceňovali dopad na sociální pozici klientů, změnu vztahu mezi klientem a členy pečujícího týmu. Z pohledu členů týmu přináší způsob práce v CDZ přelomový kvalitativní posun. Uvědomují si významný dopad existence CDZ na okolí.

- *„U akutního lůžka jsme si kladli nižší cíle než v týmu poskytujícím terénní péči. Naší snahou bylo řešit akutní problémy, stabilizovat stav a předat do vlastního prostředí. Neměli jsme možnost zabývat se dlouhodobou udržitelností stabilizovaného stavu, což je právě úloha CDZ.“* (Psychiatr, rozhovor ze dne 27. 5. 2020).
- *„V oblasti zdravotní péče byly možnosti sociálního pracovníka v minulosti omezené a museli jsme se opírat o pokyny ambulantního psychiatra, měl malou možnost podpory. Teď při aktivní a soustavné spoluúčasti zdravotníků je to snazší v mnoha oblastech... Je cítit pokrok, vedení CDZ působí navenek a dává na vědomí způsob a výsledky působení pro ambulantní psychiatry a spolupracující subjekty, zvýšila se intenzita kontaktů. Spolupracující subjekty, třeba kurátoři a úřady práce zvýšily úroveň spolupráce... Někdy jsme až přeceňováni, při mimořádné kazuistice a úřady si neví rady, přestože jde o klienty mimo naši cílovou skupinu.“* (Sociální pracovnice, rozhovor z dne 12. 1. 2021).



Podněty k podmínkám fungování CDZ

S výjimkou klientů všichni přímo dotčení aktéři našli podněty, kterými by přispěli k budoucímu rozvoji CDZ. Hrozbu z nejasnosti právního rámce by ráda vyloučila statutární zástupkyně Centra Práh. Mimo to by přivítala jistotu zařazení nákladů na sociální pracovníky do rozpočtu kraje.

„Za naprosto nezbytné považuji ukotvení CDZ jako specifické a jasně popsané služby v zákonech ovlivňujících poskytování zdravotních služeb a sociální péče. (...) Zařazení úvazků soc. pracovníků do kapacit sociální péče v krajích.“ (Statutární zástupkyně poskytovatele sociálních služeb, rozhovor ze dne 21. 5. 2020).

V podstatě shodnou výhradu k nejasnosti právního rámce vyjádřil i psychiatr CDZ. Dalším podnětem byla snaha o objektivizaci výše úhrad ve zdravotní části, tj. obavy z nejistoty právního rámce pro organizační model, který přináší při vzniku a provozu různorodé a nedostatečně specifikované faktory, vznesla i členka Řídícího výboru CDZ.

„Naprosto nezbytnou změnou proti nynějšímu stavu je vytvoření společného zákonného rámce pro zdravotní služby a sociální péči, zahrnujícího terénní péči. Zamezit úspěšnému pokračování činnosti CDZ by mohly nedořešené finanční kompenzace: case management a multidisciplinární přístup znamenají náročnější organizaci z pohledu spotřeby času, nejsou dostatečně finančně kryty ani ve zdravotní ani v sociální složce.“ (Psychiatr CDZ, rozhovor ze dne 26. 5. 2020).

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

Pro hodnocení postoje Magistrátu Města Brna a Krajského úřadu Jihomoravského kraje nelze jinak, než opakovat vyjádření, uvedené u CDZ, spojeného s Psychiatrickou klinikou, které vzniklo v předstihu. Vzniku CDZ předcházela soustavná, věcná a vstřícná spolupráce zakladatelských subjektů se samosprávnými orgány. Dobře z pohledu města funguje spolupráce CDZ a úředníků, kteří vůči některým klientům Centra za město vykonávají opatrovnickou funkci. Od toho se odvíjí i postoje zástupců města. Oceňovali úlohu CDZ i vztah zakladatelů k dotčeným subjektům péče o lidi s duševním onemocněním. Zástupce Magistrátu města Brna zdůraznil benefit ze schopnosti podchytit a zařadit do péče osoby s duševním onemocněním. V diskusi o změnách v mezidobí v podstatě došlo k potvrzení dříve uvedených informací.

„... celkový systém je třeba dále rozvíjet a zkvalitňovat, ale už jen to, že v Brně existují odborné terénní týmy, které jsou schopny v akutních případech rychle zareagovat a zároveň asertivně osoby s případnými problémy v duševní oblasti oslovovat, je samozřejmě významným posunem.“ (Zástupce Magistrátu města Brna, VO sociálních služeb, rozhovor ze dne 26. 1. 2021).

Krajský úřad zdůrazňuje nedostatečnou kapacitu sítě psychiatrické péče. V této souvislosti vznik nového poskytovatele služeb a rozvoj nového modelu služeb KÚ vítá.

„CDZ Psychiatrické nemocnice Brno (PN Brno + Práh jižní Morava) vstoupí do základní sítě služeb během r. 2021.“ (Zástupce krajského úřadu JMK, rozhovor ze dne 19. 1. 2021).



8. Budoucnost CDZ

Z převážně pozitivních reakcí všech aktérů i dotčených stran lze vyvodit, že jsou rozhodnutí CDZ provozovat i nadále. Podporu a podmínky se snaží vytvořit zástupci města.

„K nějakým zásadním změnám v oblastech dotčených v přechodím rozhovoru nedošlo, rozvoj CDZ má i nadále podporu města Brna, což je zdokumentováno a schváleno v 6. Komunitním plánu soc. služeb města Brna pro období 2020 – 2022“. (Zástupce MMB, rozhovor ze dne 26. 5. 2020).

Krajský úřad je přesvědčen o potřebnosti terénní služby a zařadil CDZ do plánů na následující roky. Poněkud ustupuje dříve vyjádřená obava z nejistoty ve financování CDZ.

MZ ve spolupráci s MPSV vyjednalo alokaci finančních prostředků pro sociální služby související s reformou, tedy i pro CDZ - JMK tyto prostředky využije na rozvoj služeb v reformě.“ (Zástupce krajského úřadu JMK, rozhovor ze dne 19. 1. 2021).

Rozhodujícím faktorem, podle názoru člena řídicího výboru, bude ochota zdravotních pojišťoven přiznat odpovídající úroveň plateb a přistupovat ke smluvní politice s CDZ rovně a shodně.

„Sjednotit spolupráci se všemi zdravotními pojišťovnami, ne každá přistupovala k naplnění memoranda podle stanovených pravidel.“ (Člen řídicího výboru, rozhovor 3. 2. 2021).



7.4.2 Přepis rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ PN Brno

Rozhovory se zástupci Řídící rady, resp. zástupci zřizovatelů

1. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (psychiatrická nemocnice)

Identifikace CDZ	CDZ Brno II
Respondent	Zástupce zřizovatele, člen Řídící rady
Termín uskutečnění rozhovoru	3. 2. 2021
Forma rozhovoru	Telekonference

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

Respondent (R): Respektovali jsme impuls Ministerstva zdravotnictví. Po problémech v minulém vedení jsme obnovili práci na zřízení CDZ, které jsme ve spolupráci s Prahem zahájili v roce 2018.

T: Jak vznikla spolupráce mezi oběma zakládajícími subjekty?

R: Spolupracujeme dlouhodoběji, bylo tomu tak i před Reformou, stáli jsme v minulosti u vzniku Prahu.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace?

R: Bylo nutné reálně znovu skládat tým, který byl nedůsledným postupem minulých aktérů nefunkční.

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

R: S krajem a městem nebyl problém, spolupráce se týkala zejména města. U lékařů jsme zaznamenávali rozpaky. Veřejnost při vzniku prakticky moc nevěděla, o co v tomto případě kráčí. Mediální informace postrádaly zásadní podrobnosti.

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

R: Neměli jsme zkušenosti s evropskými projekty a neměli jsme lidi, kteří by docela náročnou administrativu zvládli, ale mohli jsme se opřít o dřívější zkušenosti Prahu. Personální požadavky v některých aspektech jsou téměř nesplnitelné, u psychologů, u psychoterapeutické atestace zejména, defacto se nedá získat, ty byly nepřiměřené. Zástupci ŘO byli velice vstřícní, za běhu s námi řešili řadu otázek.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě řízení multidisciplinárních týmů různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe?

R: Díky dlouhodobé spolupráci jsme problémy v soužití neměli. Spíše medicínsko-právní, jako profesionálové ze zdravotní složky máme v malíčku pravidla, museli jsme nějaké úpravy provést.



T: Jaké překážky při nastavování spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu jste museli překonat (způsobené např. různou právní formou zřizovatelů či různými profesemi, které mají zřizovatelské subjekty k dispozici)?

R: Pracovní režim týmu, který jsme nastavili je plně funkční, je optimální.

T: Jak se daří řešit personální záležitosti a případné problémy s tím související?

R: Nedalo se to řešit bez výrazných potíží. Některé požadavky, byť je považuji za legitimní, co se týče kvalifikace jsou prostě jsou některé specializace nedosažitelné. Psychoterapeutů s atestací je minimum, atestace se v poslední neprobíhají v potřebném rozsahu a starší kolegové už nemají kapacitu se zapojit.

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

R: Od začátku ani nyní v rozdělení kompetencí nebyly vůbec žádné potíže.

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

R: Spolupracujeme se všemi. Jsme ochotní spolupracovat, kohokoli požádáme, vyjde nám vstříc. Mimo region moc spolupracovat nemůžeme, jsme uvnitř města Brna. Spolupracují obě brněnská CDZ. Kraj a město vychází vstříc.

T: Jak se podle Vás vyvíjí informovanost o CDZ mezi (a) odbornou veřejností a (b) laickou veřejností? Jak se daří z pozice samotného CDZ informovanost zvyšovat?

R: Odborná veřejnost dostala dostatek informací. Směrem k laické veřejnosti probíhají PR aktivity, využívající dlouholetých zkušenosti centra Práh.

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

R: Jednoznačně rozšíření spektra služeb. Nic jiného neočekáváme. Klientům přibyla další možnost získat péči.

T: Co přinesl projekt pro vnitřní funkčnost CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Vnitřní úpravy nezvažují.

T: Jaké konkrétní překážky v současné době brání tomu, aby CDZ mohlo být realizováno i bez dotací z ESF?

R: Je nutné dořešit otázku udržitelného financování. Ekonomická životaschopnost je s velkým otazníkem.

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

R: Sjednotit spolupráci se všemi zdravotními pojišťovnami, ne každá přistupovala k naplnění memoranda podle stanovených pravidel.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?



R: Jednoznačně řešení finanční situace. Jsme závislí na plátcích a jinou možnost realizovat příjmy nemáme.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Udržitelnost projektu po ukončení financování z ESIF zatím není jednoznačně jistá
2. V personální oblasti je klíčovou překážkou nedostatek psychologů

Rozhovory s pracovníky multidisciplinárního týmu

2. Rozhovor se zástupcem multidisciplinárního týmu

Identifikace CDZ	CDZ Brno II
Respondent	Psychiatrická sestra, ošetřovatel, vedoucí zdravotnické části týmu
Termín uskutečnění rozhovoru	20. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telekonference

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?

Respondent (R): V oblasti péče o osoby trpící duševním onemocněním působím 16 let, v transformačním týmu nemocnice pro přípravu CDZ od května 2018.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Kdyby centra nevznikla, starali bychom se dál v na lůžkách a ambulancích, ale vznik CDZ přinesla něco, co je zapotřebí.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: Nepochopení stran kolegů z lůžkových zařízení. Všechno se dá překonat, ale neochota přijmout nové metody, nový trend, nový směr se stala největší překážkou. Konkrétně ze strany odborníků z lůžkových zařízení, ale i z ambulantního sektoru.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?

R: Spojení lidí v týmů vzniklo dobře. Nemyslím, že je vhodné spojení dvou ministerstev v projektu. Chybí předávání informací i v rámci systému nastavení plateb. Víze je dobrá, praktické dopady spolupráce dvou ministerstev není dobrá.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Šžili jsme se velmi lehce. Mám zkušenost s multidisciplinárním týmem než jenom z pracoviště u lidí z duševním onemocněním v délce 12 let. Někteří lékaři také přicházeli s obdobnou zkušeností.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?



Scházíme se denně.

T: V čem konkrétně se působení z hlediska vaší profese v CDZ odlišuje od fungování ve standardním psychiatrickém zařízení?

R: Péče je pojata více komplexně. Snažíme se nejen o to, aby byl pacient ze zdravotního pohledu dobře zajištěný, ale staráme se i o spirituální stránku jeho existence, sociální stránku, finanční stránku, o všechny jeho potřeby, které se musí vyřešit.

T: Jak se odlišují nároky a pracovní podmínky v oblasti ošetřovatelství v CDZ a ve standardním ambulantním / lůžkovém psychiatrickém zařízení?

R: Řešíme pacienta jako celek, máme oporu v dalších doplňkových profesích. Klientovi i zdravotníkovi to přináší více jistoty.

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

R: Určitě vcházíme do podvědomí spolupracujících subjektů a tím i potencionálních klientů, přínos je v informovanosti.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Podle mého názoru by prospěla větší kapacita budovy.

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

R: Nemohu nalézt důvod pro další doporučení.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Jsem přesvědčen, že stávající způsob spolupráce je vyhovující.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Největší překážkou při zahájení činnosti bylo nepochopení a neochota ke spolupráci od psychiatrů na lůžkách i v ambulancích
2. Při zakládání centra je dobré důkladně zvážit dostatečné prostorové dispozice budovy

3. Rozhovor se zástupcem multidisciplinárního týmu

Identifikace CDZ	CDZ Brno II
Respondent	Lékařka, psychiatr
Termín uskutečnění rozhovoru	22. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telekonference

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?



Respondent (R): V oblasti péče o osoby trpící duševním onemocněním působím 42 let, v CDZ od června 2019.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Byla to prioritou na které jsem pracovala posledních 20 let, aby se reforma uskutečnila.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: Komplikace byly za minulého vedení PN, nemohli jsme se domluvit na vzniku, dostávali jsme pouze formální podporu.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?

R: Sživali jsme se dobře, přestože pro psychiatrické sestry ta role byla nová. V týmu zastoupené lékařky jsme měli předchozí zkušenost v centru Práh. Ale učit se musíme stále.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Neustále jsme museli propracovávat zejména spolupráci s PN, organizovat semináře.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Scházíme se 4x týdně na hodinu, jednou týdně na delší dvouhodinové schůzce a konzultujeme klienty opravdu soustředěně.

T: V čem konkrétně se působení psychiatra v CDZ odlišuje od činnosti psychiatrů v ambulantní / psychiatrů v lůžkové péči?

R: Zásadní změna spočívá v práci týmu, mnoho věcí jsem dříve nedokázala řešit a klientovi pomoci. Tým ve více profesích pomoci dokáže i v oblastech, kterých se ambulantní péče nedotkne.

T: Jaká je spolupráce psychiatra v CDZ s ostatními psychiatry v ambulantní péči / s psychiatry v lůžkové péči)?

R: S těmi, se kterými spolupráci potřebujeme problémy nemáme. Centrum Práh spolupracovalo s ambulantními psychiatry už dlouhou dobu. Ambulantní lékaři občas nemají na spolupráci čas, není tam neochota.

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

R: Nemocnice se učí spolupracovat s terénem už když je pacient na lůžku. Máme dopad k ambulantním psychiatrům, např. u lidí kteří nedojdou na kontroly, nespolupracují, ti nás posílají za svými klienty. Vznik CDZ se dotkl města, které musí přemýšlet nad bydlením pro klienty propuštěnými z dlouhodobého pobytu v nemocnici. Spolupracujeme se službami, které dosud byly méně zapojené, s domácí péčí, pečovatelskou službou, sociální služba charity Celsus, se službou Renadi pro lidi se závislostí, můžeme pomáhat lidem s duální diagnózou, těch služeb je hodně.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Chtěla bych psychiatra na celý úvazek. Menší spádovou oblast na tým, který tomu odpovídá. Podle počtu lidí v týmu asi 60 000 obyvatel na 5 sester, 5 case managerů, jednoho psychiatra, jednoho



psychologa, jednoho peera, pracovníka na podporu zaměstnávání, aby se lidi udrželi na trhu práce, jednoho adiktologa, abychom mohli léčit duální diagnózy.

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

R: Samozřejmě přiměřené platby od pojišťoven.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Tým nepotřebuje být tak rozsáhlý jak nyní, potřebuje menší spádovou oblast.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Došlo k intenzivnějšímu zapojení více externích subjektů
2. Vhodnější model by byl menší tým v menší spádové oblasti

4. Rozhovor se zástupcem multidisciplinárního týmu

Identifikace CDZ	CDZ Brno II
Respondent	Sociální pracovnice
Termín uskutečnění rozhovoru	22. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telekonference

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?

Respondent (R): Do práce v CDZ jsem zapojená od ledna 2020, takže rok. S klienty s duševním onemocněním pracuji 5 let.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: U klientů se objevovala potřeba zdravotní služby, která dosud chyběla a spojení všech odborníků, kteří by řešili klientovu situaci.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: Na začátku vznikaly provozní problémy a potřebovali jsme vznik dostatečného rozsahu provozní dokumentace. Pomohla předchozí spolupráce.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?

R: V této oblasti jsem nepocítovala problémy. Na týmovou spolupráci jsme byli připravení, považujeme se za jednu skupinu lidí.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?



R: V minulosti většina sociálních pracovníků v terénních týmech působila. Věděli, o čem multidisciplinární spolupráce a case management je. Rychle jsme se sžili a sladili. Tím, že některé sestry mají zkušenosti z minulosti z terénu byla výhoda.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Scházíme se 4x týdně, v průměru na hodinu a půl. Komunikuje o každém klientovi. Krizové situace samozřejmě soustředěně, ale věnujeme se i běžné denní spolupráci.

T: V čem konkrétně se působení sociální služby v CDZ odlišuje od běžného fungování?

V rámci multidisciplinárním týmu pociťuji větší nároky na komunikaci a koordinaci, než když s klientem pracuje sociální pracovník sám. V case managementu je náročné koordinovat hodně věcí dohromady.

T: Jak se vznikem CDZ změnila kvalita a intenzita spolupráce s dalšími službami v regionu poskytujícími podporu osobám s duševním onemocněním?

R: Spolupracujeme více než dříve, musíme spolupracovat i s magistrátem a městskými částmi. Jsme častěji přivoláváni v případě náročnějších situací u klientů.

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

V případě zřizovatele znamenal vznik CDZ pečlivější zaměření na regionální rozdělení služby. Dostali jsme povinnost věnovat jedné ze tří oblastí lokalit. Klienti mají možnost získat větší rozsah podpory v přirozeném prostředí, psychiatr v terénu je velká výhoda, předepisování medikace, je nás víc a můžeme intenzivněji i několikrát týdně poskytnout podporu. V konkrétních lokalitách jsme schopni zasítovat klienty, víme o nich. Propojila se spolupráce s magistrátem i s jinými úřady. Propojujeme se s programy jiných agentur sociálních služeb, protože ne všichni klienti spadají do naší cílové skupiny, častěji máme společné klienty napříč sociálními službami.

T: Co přinesl projekt pro CDZ uvnitř? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Soustředila bych se na to, aby noví pracovníci v CDZ měli předchozí zkušenost z terénu a absolvovali výcvik v krizové intervenci, měli zkušenost u lůžka.

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

R: Je těžké něco takového hledat. Teď chceme dokončit projekt a nic zásadního nám nechybí.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Zamezit dělení úvazků, např. nyní roli psychiatra plní více lidí s dílčími úvazky. Soudržný a jednolité tým.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Zintenzivnila se spolupráce s ostatními sociálními službami, dochází ke sdílení klientů
2. Výcvik v krizové intervenci pro nové pracovníky v CDZ



5. Rozhovor se zástupcem multidisciplinárního týmu

Identifikace CDZ	CDZ Brno II
Respondent	Psycholožka
Termín uskutečnění rozhovoru	13. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telekonference

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?

Respondent (R): Teď to bude pátý rok. Od počátku pracuji v multidisciplinárním týmu.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Jednoduše řečeno ano. V minulosti, při činnosti týmu bez zdravotní složky při účasti psychiatra, nebyla péče natolik komfortní.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: Největší obtíží, kterou jsem pociťovala, bylo vytvoření profesních vazeb mezi dvěma složkami, z neziskové organizace sociální péče a zdravotníků, působících u lůžek. Dalším komplikujícím faktorem byla rozsáhlá a náročná administrativa směrem k NÚDZ, která přetrvává i po ukončení pilotního projektu.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?

R: Překážky vyplývaly z dvojího vedení. Z obou stran přicházely různorodé pokyny a stávalo se, že bylo obtížné dát je do souladu.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Rozdílné zkušenosti obou stran byly velmi přínosné a dokázali jsme je sdílet.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Jako psycholog pracuji dost individuálně. Pokud potřebujeme cokoli upřesnit, vyměnit informaci, dojde ke krizi, potom to řeším na ranní poradě.

T: V čem konkrétně se působení klinického psychologa v CDZ odlišuje od běžné ordinace?

R: Nemohu srovnávat. Od počátku praxe působím v CDZ.



T: Má vznik CDZ vliv na fungování dalších psychologů v lokalitě?

R: Zatím není obecné povědomí o fungování a úloze CDZ. Víceméně, pokud prezentuji nějaké výstupy kolegům z oboru, vyznívá to tak, že tuto oblast neznají, dosud se s ní nesetkali a nesetkávají.

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

R: K tomuto obecně je obtížné se vyjádřit. Pokud prezentuji pro veřejnost, stává se, že např. praktičtí lékaři nebo psychiatři mají tendenci předávat nám klienty. U klientů je spokojenost jednoznačná. Pociťujeme, že si nás volí po úvaze a ochotně přijímají službu tak, jak jsme ji představili.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Větší pozornost bych věnovala hned v úvodu tvorbě soudržného týmu. Na počátku byl velký pohyb, lidé odcházeli, hledali jsme symbiózu. Nechali jsme se zahltit administrativou a mále jsme věnovali snaze propojit se.

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

R: Pořád se mi vrací na vědomí obtíže v personální práci. Pravidla byla nejasná, mnohdy z toho byla vnášena do týmu nejistota. Já mám poměrně slušnou míru frustrační tolerance, ale některých členech týmu se nejistota a nedorozumění výrazně dotýkaly.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: V tomto okamžiku nejvíce pociťuji nedostatek sdílení zkušeností mezi existujícími fungujícími CDZ, zejména oborově. Proběhla nějaká telekonference, ale přivítala bych intenzivnější profesní komunikaci.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Větší důraz věnovat přípravě týmu před zahájením, posílit kompatibilitu
2. Posílit komunikaci a sdílení zkušeností mezi CDZ, zejména profesně.

6. Rozhovor s peer konzultantkou

Identifikace CDZ	CDZ Brno II
Respondent	Peer konzultantka
Termín uskutečnění rozhovoru	22. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti?



Respondent (R): Od polovičky srpna 2020.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Určitě ano.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: V okamžiku přistoupení do týmu jsem nepocítila žádné komplikace.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?

R: Spolupracuji každý, výjimečně mám jeden den volno.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Z mého pohledu komplikace nevidím, v administrativní oblasti si ale myslím že to jednoduché není. Ve sdílení zkušeností jsem nenarazila na obtíže.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Vždy si dokážeme vyjít vstříc a klienta umíme sdílet.

T: V čem konkrétně se působení peer konzultanta v CDZ odlišuje od běžné činnosti v ambulanci nebo u lůžka?

R: Je to moje první zkušenost, nemohu srovnávat.

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

R: Usnadnění přechodu z nemocnice pro klienta.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Nejdůležitější jsou podle mě klienti, soustředit se hodně na jejich prospěch.

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

R: Z mé strany je všechno v pořádku, neumím navrhnout žádné změny.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Na to nemám dostatek zkušeností.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Pozici peer konzultantky zaujala adeptka bez předchozí zkušeností v práci s cílovou skupinou, z rozhovoru bylo obtížné vytěžit jinou než neutrální argumentaci



Rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky

7. Rozhovor s klientem

Identifikace CDZ	CDZ Brno II
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	4. 2. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Proč využíváte služeb CDZ?

Respondent (R): Já jsem měl problémy s přítelkyní a potřeboval jsem psychickou podporu.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila? Kdy jste zaznamenal změnu v životě?

R: V roce 1999.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Necítil jsem, že by nemoc poškozovala moje vztahy s okolím.

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

R: Navštěvoval jsem ambulantního psychiatra.

T: Dlouhodobě, pravidelně?

R: Dá se říci ano.

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

R: Spolupracoval jsem s asistentkou sociálních služeb Práh.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: Vlastně jsem řešil problémy s partnerkou, proto jsem požádal o pomoc. Pracuji v Café Práh, nadřízený mi doporučil.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Řešíme takové věci, moje stavy, sociální pracovnice mě vede k běžným úkonům, jako vyklízení komory, teď se chystáme k úklidu balkónu a sklepa. Docházím do CDZ. Nevyužívám denní programy. Pomáhají mi v komunikaci, např. s Rádiem Krokodýl, při soutěži o propagační horské kolo.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Vztahy teď jako... to je dlouhodobé, pomohli mi hodně s vedením domácnosti, podporují mě, je to lepší. Život je lepší.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?



R: Myslím, že ochota pomáhat.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Ani bych nic neměnil.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. V podstatě jediná přínosná podpora přišla ze strany CDZ
2. Klient oceňuje spoluúčasť na běžných denních záležitostech

8. Rozhovor s klientem

Identifikace CDZ	CDZ Brno II
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	22. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Proč využíváte služeb CDZ? Co vás k tomu dovedlo?

Respondent (R): Byl jsem v situaci, kdy jsem nevěděl, co vlastně bude.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila? Kdy jste zaznamenal nějakou změnu v životě, ve vztahu s rodinou, s okolím?

R: Asi před čtyřmi lety. Dostal jsem se do situace, že jsem nechápal, co se kolem mě děje a neuměl se s nikým kolem mě domluvit.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Nevěděl jsem, co můžu chtít, neuměl jsem si představit, co bude, někdy jsem cítil, že se nikam nepohnu.

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

R: Navštěvoval jsem ambulantního psychiatra.

T: Chodil na pravidelné kontroly?

R: Ano, pravidelně.

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

R: Ne, ne to jsem neměl.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ, kdo vám poradil, s kým jste o tom mluvil?

R: Doporučili mi to, když jsem byl v nemocnici.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá? Účastníte se v nějakých programech, skupinách?



R: Teď už jen docházím na pravidelné návštěvy. Na začátku mi pomáhali doma zařídit, co jsem neuměl. Ve skupinách se neúčastním. Zkusil jsem to, ale najednou jsem se úplně zastavil.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Teď vím, že nějak budu pokračovat, nemám nejistotu, pomohou mi domluvit se.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Můžu se spolehnout, rozumí mi, chtějí mi pomoci.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Neumím nic vymyslet.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Klient ztratil obavy z budoucnosti
2. Rozsah spolupráce se postupně snížil, klient už vyhledává pouze systematickou podporu

9. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta

Identifikace CDZ	CDZ Brno II
Respondent	Rodinný příslušník klienta
Termín uskutečnění rozhovoru	20. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Proč využíváte služeb CDZ? Co vás k tomu dovedlo?

Respondent (R): Potřebovali jsme pomoc v situaci, kterou jsme neznali a neznali jsme způsob, jak ji řešit.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila? Kdy jste zaznamenal nějakou změnu v životě, ve vztahu s rodinou, s okolím?

R: Asi dva roky, předloni jsme zjistili, že začínáme mít rozpory v normálním soužití. Syn se rozešel s dívkou a přestal chodit do práce. Neuměli jsme se s ním domluvit, aby pokračoval v obvyklém životě. Vůbec jsme nechápali, o čem přemýšlí a co chce dělat. Nestaral se o hmotnou stránku, jestli bude mít z čeho žít.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Museli jsme ho podporovat a starat se o všechny jeho záležitosti. Dost nás to zatížilo.

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



R: Tak běžně, vlastně skoro nic. Nemohli jsme ho nikam dostat.

T: Chodili jste k praktickému lékaři nebo psychiatrovi?

R: Obvodáka jsme skoro nikdy neviděli. K psychiatrovi až potom, co syna pustili poprvé asi před rokem z nemocnice.

T: Chodil na pravidelné kontroly?

R: Ne, to se nám moc nedařilo.

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

R: Nejdřív, krátce, než začalo fungovat CDZ, tak jsme spolupracovali s Prahem.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ, kdo vám poradil, s kým jste o tom mluvil?

R: Na doporučení lidí z Prahu v nemocnici.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá? Účastníte se v nějakých programech, skupinách?

R: Nejdřív jsme měli pravidelné návštěvy a řešili, co se mění, jak syn reaguje, co máme dělat. Teď zkusíme najít práci, už je to lepší.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Vlastně se to skoro vrací k něčemu jako je normální život, jestli se to dá tak říct. Předtím jsme byli nějak ve vzduchu.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Pomohli nám skoro normálně fungovat.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Ani moc nechci nic měnit.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Rodina se vrací téměř k normálu v režimu soužití
2. Rodina si váží snahy nalézt pro klienta pracovní uplatnění

10. Rozhovor s rodinným příslušníkem klienta

Identifikace CDZ	CDZ Brno II
Respondent	Rodinný příslušník klienta
Termín uskutečnění rozhovoru	21. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor



Tazatel (T): Proč využíváte služeb CDZ? Co vás k tomu dovedlo?

Respondent (R): Asi 5 roků jsme byli v situaci, kdy syn opakovaně na několik měsíců byl v psychiatrické nemocnici. Po návratu domů to trvalo různě dlouho, než došlo k více krizím a znovu musel na hospitalizaci. Připadalo nám, že by se to mohlo změnit.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila? Kdy jste zaznamenali nějakou změnu v životě, ve vztahu s rodinou, s okolím?

R: Před šesti roky, synovi bylo asi devatenáct. Začal být pomalý, apatický, nic nedělal, přestal se stýkat s přáteli, nechtěl s nikým mluvit.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Ta nemoc je pro nás zátěž. Syn ztratil samostatnost, na ničem se nepodílel.

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

R: Chodil k psychiatrovi a býval v psychiatrické nemocnici.

T: Chodili jste k praktickému lékaři?

R: To ano, ale s běžnými problémy. Nemoc řešil psychiatr

T: Chodil na pravidelné kontroly?

R: V době kdy byl doma tak jsme se snažili chodit na kontroly pravidelně.

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

R: Sociální pracovnice Prahu nám nabízely nějaký denní programy, ale syn se tomu vyhýbal.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ, kdo vám poradil, s kým jste o tom mluvil?

R: Na doporučení lidí z Prahu při hospitalizaci v nemocnici.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá? Účastníte se v nějakých programech, skupinách?

R: Začalo to pravidelnými návštěvami v CDZ a jednou týdně, někdy i víckrát k nám chodili z CDZ. Teď už míň, jednou týdně nebo jednou za čtrnáct dní chodí do CDZ na léčbu. Povídáme si, co se stalo, jak kdo z nás to vidí, jestli se něco mění.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Víme, že se syn léčí a že jde vyřešit, aby žil normálně, že se mu podaří možná najít práci.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Nemůžeme si to vynachválit, to jsme potřebovali.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Radši bych nic měnit nechtěla.

Klíčová zjištění rozhovoru:



1. Rodina oceňuje systematický přístup k zavedení léčby
2. Rodina oceňuje způsob spolupráce bez výhrad a podnětů ke změně



Rozhovory se zástupci samosprávy (kraj, město)

11. Rozhovor se zástupcem krajského úřadu

Identifikace CDZ	CDZ Brno II
Respondent	Vedoucí odboru sociálních věcí
Termín uskutečnění rozhovoru	19. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T):

Zaznamenal jste v mezidobí, které uplynulo od našeho předchozího kontaktu v polovině loňského roku nějaké změny v oblastech dotčených v našem rozhovoru?

Přijal JMK nějaká další opatření, podporující (nebo naopak omezující) další rozvoj CDZ?

Změnila se situace občanů v přístupu a kvalitě péče o osoby, trpící duševním onemocněním?

Došlo k dalšímu rozvoji spolupráce kraje s Centry duševního zdraví?

Změnila se úroveň podpory a spolupráce ostatních aktérů (Magistrát, ministerstva, zdravotní pojišťovny)?

Respondent (R): Shrnu všechno, k čemu za druhou polovinu roku 2020 z mého pohledu došlo:

- CDZ Brno (FN Brno + Práh jižní Morava) je v provozu po ukončení pilotní fáze projektu, úvazky sociální rehabilitace jsou v základní síti sociálních služeb
- CDZ Psychiatrické nemocnice Brno (PN Brno + Práh jižní Morava) vstoupí do základní sítě služeb během r. 2021
- v Kyjově vzniklo 1. 11. 2020 CDZ Sociálně psychiatrického centra Fénix
- CDZ spolupracují s PN Brno i Psychiatrickou klinikou FN Brno
- VZP se aktivně účastní jednání Koordinační skupiny JMK pro reformu péče o duševní zdraví a zajímá se o práci CDZ
- MZ ČR ve spolupráci s MPSV vyjednalo alokaci finančních prostředků pro sociální služby související s reformou, tedy i pro CDZ - JMK tyto prostředky využije na rozvoj služeb v reformě.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. V Brně existují dvě CDZ a jejich pevné zařazení do sítě není zpochybňováno
2. Zdravotní pojišťovny se podílí na uplatnění reformy psychiatrické péče
3. Původní obavy z nedostatečného finančního zajištění sociálních služeb nejsou závažné



12. Rozhovor se zástupcem Magistrátu města Brna

Identifikace CDZ	CDZ Brno II
Respondent	vedoucí referátu v Oddělení koncepce a plánování služeb
Termín uskutečnění rozhovoru	26. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Tazatel (T): Zaznamenal jste v mezidobí, které uplynulo od našeho předchozího kontaktu v polovině roku 2020 nějaké změny v oblastech dotčených v našem rozhovoru?

Respondent (R): Provoz většiny sociálních služeb samozřejmě ovlivnila epidemie Covidu-19 a vládní nařízení s ní spojené, což se dotklo i služeb soc. rehabilitace, které jsou v rámci CDZ stěžejními soc. službami. K nějakým zásadním změnám v oblastech dotčených v přechozím rozhovoru nedošlo, rozvoj CDZ má i nadále podporu města Brna, což je zdokumentováno a schváleno v 6. Komunitním plánu soc. služeb města Brna pro období 2020 – 2022.

T: Přijal MMB nějaká další opatření, podporující (nebo naopak omezující) další rozvoj CDZ?

R: Nebyla přijata žádná další opatření, která by podporovala nebo omezovala další rozvoj CDZ – město Brno již v minulosti podpořilo výrazný rozvoj služeb (především soc. rehabilitace), které jsou součástí CDZ a OSP MMB i nadále s CDZ spolupracuje. Podpora rozvoje CDZ je součástí zmíněného Komunitního plánu soc. služeb města. Tento dokument však samozřejmě řeší také rozvoj dalších potřebných služeb pro další cílové skupiny, jelikož podporu a rozvoj není možné zaměřovat pouze na jednu vybranou oblast.

T: Změnila se situace občanů v přístupu a kvalitě péče o osoby, trpící duševním onemocněním?

R: Toto nejsem schopen vyhodnotit, jelikož nedisponujeme nějakým průzkumem, který by situaci občanů v tomto směru mapoval. Každopádně předpokládáme, že vznikem tří CDZ se kvalita a přístup k péči pro osoby s duševním onemocněním v městě Brně zlepšil. Je jasné, že celkový systém je třeba dále rozvíjet a zkvalitňovat, ale už jen to, že v Brně existují odborné terénní týmy, které jsou schopny v akutních případech rychle zareagovat a zároveň asertivně osoby s případnými problémy v duševní oblasti oslovovat, je samozřejmě významným posunem.

T: Změnila se úroveň podpory a spolupráce ostatních aktérů (JMK, ministerstva, zdravotní pojišťovny)?

R: Co se týče ministerstva (předpokládám MZ) a zdrav. pojišťoven, takovými informacemi nedisponuji, jelikož s těmito institucemi v rámci své pracovní činnosti (plánování soc. služeb) přímo nespolečně pracuji. Co se týče JMK – jak jsem uvedl výše, rozvoj CDZ dlouhodobě podporuje a rozvoj CDZ je také součástí jeho Střednědobého plánu. Zároveň v této oblasti průběžně probíhá spolupráce mezi JMK a městem Brnem, především tedy co se týče rozvoje příslušných soc. služeb a jejich zařazování do krajské sítě.



Klíčová zjištění rozhovoru:

1. CDZ má i nadále podporu města Brna, což je zdokumentováno a schváleno v 6. Komunitním plánu soc. služeb města Brna pro období 2020 – 2022.
2. Město řeší také rozvoj dalších potřebných služeb pro další cílové skupiny, jelikož podporu a rozvoj není možné zaměřovat pouze na jednu vybranou oblast.



7.5 CDZ v Mladé Boleslavi

7.5.1 Případová studie CDZ v Mladé Boleslavi

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

Práce na případové studii byly zahájeny v červnu 2020, kdy došlo k oslovení praktického lékaře a ambulantního psychiatra v regionu Mladoboleslavka. V průběhu následujících měsíců byly provedeny rozhovory se zástupci Středočeského kraje a obce Mladá Boleslav. V lednu 2021 byly dokončeny rozhovory se zástupci CDZ a Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy, která byla do konce roku 2020 společným realizátorem/zřizovatelem CDZ. Dále v lednu 2021 proběhly rozhovory s klienty a rodinnými příslušníky klientů. Kontakt s klienty zajistilo CDZ, včetně rodinných příslušníků. Přístup CDZ k zajištění rozhovorů byl příkladný, spolupráci lze hodnotit velmi dobře.

2. Základní informace o založení CDZ a jeho dosavadní historii

Vznik CDZ

CDZ v Mladé Boleslavi spustilo svůj provoz v roce 2019 a bylo provozováno ve spolupráci Psychiatrické nemocnice Kosmonosy a FOKUS Mladá Boleslav z.s. FOKUS je prakticky výhradním poskytovatelem sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v regionu již několik desetiletí. S ohledem na své zaměření spolupracuje již více než 20 let s místní Psychiatrickou nemocnicí v Kosmonosech. Cca 2 roky před započítáním CDZ byla spolupráce rozšířena na model obdobný CDZ, a to díky prostředkům z Fondů EHP a Norska. CDZ je provozováno v budově ve vlastnictví FOKUSu, která byla k těmto účelům zrekonstruována. Většina týmu podílejícího se na poskytování zdravotních služeb v rámci CDZ byla rekrutována z Psychiatrické nemocnice Kosmonosy a více než 2/3 dalších zaměstnanců pak v rámci kapacit FOKUS.

Členové FOKUS se aktivně podíleli na tvorbě Strategie reformy psychiatrické péče a prvních standardů fungování CDZ. Měli tak dostatek informací a rozpracovaný koncept fungování zpracovaný dlouho před samotným spuštěním CDZ, a to včetně praktického ověření, pouze s menším rozsahem zdravotních služeb. Ověření spolupráce pak bylo důkladně provedeno v rámci výše zmíněného projektu podpořeného z prostředků EHP a Norska.

Spolupráce Psychiatrické nemocnice Kosmonosy a FOKUS byla rovněž dlouhodobá a stávající vedení psychiatrické nemocnice a čelní lékařští zástupci dlouhodobě podporují koncept komunitní péče a multidisciplinární přístup. Dlouhodobá spolupráce a důvěra pak způsobily, že zástupci Psychiatrické nemocnice Kosmonosy neměli obavy z ohrožení svých zájmů (zejména ekonomických) vznikem nového (konkurenčního) subjektu v regionu.

„To, že spolupráce s nemocnicí trvá již více než 20 let, umožnilo zahájit poskytování služeb velmi rychle, bez potřeby přesvědčovat zdravotníky (hlavně psychiatry) o tom, že komunitní péče má smysl. To už totiž všichni dobře věděli z naší předchozí spolupráce. Hrozně důležité bylo, že vedení nemocnice je otevřené novým přístupům a uvědomuje si benefity možné spolupráce, které už máme vyzkoušené mnohaletou spoluprací.“ (Psychiatr CDZ, rozhovor ze dne 20. 1. 2021)



Prostory CDZ

Od svého vzniku CDZ působí na adrese Čechova 635/11, Mladá Boleslav v rekonstruovaném rodinném domě/vilce, která byla ještě před započítáním projektu zakoupena a zrekonstruována organizací FOKUS. Prostory CDZ jsou poblíž centra města v docházkové vzdálenosti od Klaudiánovy nemocnice (největší poskytovatel zdravotních služeb v regionu). Oblast je využívána ve velké míře místními ambulantními specialisty. Psychiatrická nemocnice Kosmonosy je vzdálena cca 3,5 kilometru.

Základní parametry fungování

CDZ funguje v pracovní dny, a to v čase od 8.00 hodin do 16.00 hodin. S ohledem na častou terénní práci je pracovní doba členů týmu flexibilní. Na terénní práci se podílejí zástupci všech specializací/profesí v CDZ. Největší podíl práce se odehrává u klientů v místě jejich bydliště, dále v psychiatrické nemocnici a v dalších prostorech. Primární kontakt s klientem zajišťuje zejména zdravotní sestra či sociální pracovník. O přijetí do péče pak rozhoduje celý tým. Spolupráce na konkrétním případě je otevřená, je podporován aktivní přístup všech členů týmu, formální hierarchie není silově prosazována, jedná se spíše o konsenzuální přístup k řešení postupu u jednotlivých klientů.

V současné době má CDZ v péči dle psychiatra cca 100 klientů a jejich počet neustále roste.

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

Spádové území

Spádová oblast tohoto CDZ je okres Mladá Boleslav s celkovým počtem obyvatel přes 130 000 a sousední okresy. Působnost největšího zaměstnavatele v Česku ŠKODA AUTO výrazně zvyšuje počet osob skutečně pobývajících v regionu.

Spolupráce v regionu

CDZ o svém vzniku a o službách, které poskytuje, nepotřebovalo vést intenzivní komunikaci, neboť je hegemonem v oblasti poskytování sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v regionu. S ohledem na úzkou spolupráci s většinou místních ambulantních psychiatrů a Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy byla dostatečná informovanost o vzniku CDZ u poskytovatelů zaměřených na osoby s duševním onemocněním zajištěna. V rámci projektu byly plánovány i aktivity směřující na laickou veřejnost (zejména projekt zaměřený na spolupráci s místními školami), z důvodů epidemie nemoci COVID-19 však byly tyto aktivity realizovány pouze velmi omezeně.

Zástupci CDZ úzce spolupracují se zařízeními pobytových služeb a organizacemi zabývajícími se problematikou drogové závislosti. Spolupráce je zajištěna rovněž na úrovni obce (městský úřad). Z rozhovoru s praktickým lékařem vyplynulo, že o CDZ ví, na společném setkání s kolegy praktickými lékaři bylo toto téma probíráno, o konkrétních službách CDZ však neměl detailní povědomí.

Jediným vnímaným nedostatkem v oblasti povědomí klíčových aktérů o službách CDZ je nedostatečná informovanost složek integrovaného záchranného systému, kteří s CDZ dle zástupců CDZ na koncepční úrovni nedostatečně spolupracují, respektive nevyužívají potenciálu služeb CDZ.



„Zklamalo mě, že doposud není dostatečné povědomí o nás u složek integrovaného záchranného systému. Když záchranka nebo policie někde nabere osobu s duševním onemocněním, vůbec je nenapadne ozvat se nám, přitom jsme v řadě případů ta nejlepší volba, protože můžeme pružně reagovat.“ (Psychiatrická zdravotní sestra CDZ, rozhovor ze dne 18. 1. 2021)

Dle pracovníků CDZ se zájemci o služby poskytované CDZ dovídají o této možnosti díky jejich ambulantním psychiatrům či psychologům a dále zejména prostřednictvím Psychiatrické nemocnici Kosmonosy. S cílem zvýšit rozsah služeb dochází i k asertivnímu kontaktování potenciálních klientů, zejména v návaznosti na poskytování sociálních služeb. Tato aktivita však dle respondentů není ještě dostatečně rozvinuta.

4. Struktura

Tým CDZ

Psychiatr odpovídá za odborné vedení zdravotní části CDZ, vedoucí sociálních služeb odpovídá za kvalitu sociálních služeb. Hlavní sestra má v kompetenci kvalitu ošetrovatelské péče. Psycholog a peer konzultant v týmu fungují jako specialisté. Case manažery jsou převážně sociální pracovníci či sestry. Tato praxe vychází z dlouhodobého nastavení spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy. CDZ nemá jasně vymezeny kompetence jednotlivých členů týmu, jak je tomu zvykem v rámci standardních poskytovatelů zdravotní péče (psychiatrických nemocnic). Dochází k interakci mezi jednotlivými členy týmu s cílem zajistit pohledy všech relevantních pracovníků CDZ na konkrétního pacienta. Je vyžadována vysoká samostatnost a asertivita jednotlivých členů týmu, kteří poskytují péči klientům.

„Zaměstnanci zejména ze zdravotní péče měli zpočátku těžší adaptační období, neboť nebyli zvyklí na tak vysoký stupeň volnosti a osobní odpovědnosti za své aktivity. V nemocnici byly jasně stanovené aktivity, které má daný zdravotník vykonávat, a jasně stanovená hierarchie rozhodování. To v CDZ nemáme. Myslím, že to vede k tomu, že všichni mají mnohem širší kompetence (sestra musí znát základní parametry sociální podpory a sociální pracovník musí znát základní informace o nežádoucích účincích nejčastějších léků). Zároveň je to ale možná stav, který není úplně efektivní, neboť řízení jednotlivých casů, respektive debaty o další péči by často mohlo být rychlejší.“ (Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.ú., rozhovor ze dne 19. 1. 2021)

Zdravotní péče je poskytována dvěma psychiatry, klinickým psychologem a sestrami. Jeden z psychologů zajišťuje 4 dny v týdnu, druhý pak jeden den v týdnu. Takové zajištění péče umožňuje vysokou kontinuitu péče, kdy není třeba ze strany pacienta zvykat si a komunikovat s více psychiatry a dochází tím rovněž k minimalizaci transakčních nákladů při předávání pacientů mezi lékaři. Sociální péče je poskytována sociálními pracovníky a peerem. Více než polovinu klientů zároveň psychiatr vede jako své pacienty v ambulantním provozu. Spolupráce funguje velmi dobře s Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy a některými ambulantními psychiatry. Vybraní poskytovatelé ambulantních služeb nejsou spolupráci s CDZ výrazně nakloněni. Dle zástupců CDZ může být důvodem obava ze ztráty klientů, nebo ze ztráty finančního plnění z úhradových mechanismů zdravotních pojišťoven.

Služby denní péče jsou zajišťovány sociálními pracovníky, pracovníkem v sociálních službách i lékařem, zdravotními sestrami a peer konzultantem. Služby jsou poskytovány jak samotným klientům, tak jejich rodinným příslušníkům, kterým se nejčastěji věnuje sestra či sociální pracovník.

Lůžková část je rovněž zajišťována všemi členy týmu. Péče vychází ze standardů pro chod CDZ, na nichž se vybraní členové CDZ podíleli ve fázi přípravy. Metodicky není vždy spolupráce dobře ukotvena,



respondenti by ocenili větší metodickou podporu zejména v řízení multidisciplinárních týmů, a to i s ohledem na vysokou míru volnosti popsanou výše.

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

CDZ mělo velkou výhodu v následujících oblastech:

- Více než dvacetileté působení v regionu;
- Prakticky jediný poskytovatel sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v regionu;
- Členové týmu se podíleli na reformě psychiatrické péče a konkrétně i na vzniku konceptu a metodik CDZ;
- Více než dvacetiletá spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy a dobré osobní vztahy;
- Dostupnost vlastních prostor pro fungování CDZ, stejně jako např. vozového parku;
- Diverzifikované sociální služby, při CDZ jsou ještě poskytovány služby:
 - Sociální rehabilitace;
 - Sociálně terapeutická dílna;
 - Podporované zaměstnání;
 - Chráněné bydlení;
 - Psychologická ambulance;
- Dostupnost již ověřených zaměstnanců, kteří byli převedeni pod CDZ;
- Dlouhodobá spolupráce s krajem/městem.

Z výše uvedených důvodů byly problémy/překážky minimální, viz následující tabulka.

Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní i pro provoz krytý ESF
1	Výše odměňování zdravotnických pracovníků CDZ a dalších osob zapojených do CDZ byla vyšší, než u zaměstnanců FOKUS, kteří do projektu zapojeni nebyli	Došlo ke sporům mezi zaměstnanci, kteří nebyli zapojeni do CDZ a podílejí se na dalších aktivitách FOKUSu pro stejnou cílovou skupinu, a vedením FOKUSu. Tento tlak dokonce vyvolal odchod vedoucího týmu CDZ.	ANO
2	Nutnost změny organizačního začlenění zaměstnanců	Bylo nezbytné převést některé zaměstnance FOKUS do stavu Psychiatrické nemocnice Kosmonosy. Oddílné přístupy k procesům pak mohly vést k nedorozuměním a zvýšené administrativní náročnosti.	ANO
3	Odlisný přístup k práci v CDZ oproti standardním organizacím poskytujícím zdravotní služby	V úvodních fázích formování týmu (forming, storming) bylo pro členy týmu, kteří měli zkušenosti z práce u poskytovatelů zdravotních služeb, obtížné navyknout si na volnější způsob spolupráce a vyšší míru individuální odpovědnosti. Efektivita týmu pak mohla být v tomto důsledku snížena.	ANO
4	Nedostatečné metodické ukotvení práce multidisciplinárních týmů	Osobnostní charakterity zaměstnanců CDZ umožnily nastolení kooperující atmosféry bez potřeby zavedení striktních pravidel pro vedení týmů. Vysoká míra volnosti pak v některých procesech způsobovala nižší míru efektivity (tato oblast se projevila např. v týmových poradách o dalším postupu poskytování péče).	ANO



Č.	Problém (překážka)	Specifikace	Relevantní i pro provoz krytý ESF
5	Nedostatek klinických psychologů na trhu práce	Nedostatek klinických psychologů na trhu práce (důvodem je dlouhá doba vzdělávání obdobná jako u atestace psychiatrů) je jedním z rizik tvorby multidisciplinárních týmů.	ANO
6	Zpožděná kolaudace	Specifické nároky na kolaudační řízení u poskytovatelů zdravotních služeb prodloužily realizaci přípravných prací a tím začátek poskytování služeb v prostorách CDZ.	ANO
7	Způsob vykazování zdravotní pojišťovně	<ul style="list-style-type: none"> - Systém kódů výkonů pro zdravotní pojišťovny neumožňuje hradit veškerou péči. - Složitost systému vykazování a nedostatečné zkušenosti s vykazování přinesly nadbytečnou administrativní zátěž. - Koncentrace na dostatečné generování kódů může ohrozit kvalitu a šíři poskytovaných služeb. 	NE

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

Vnímání přínosů CDZ ze strany klientů a rodinných příslušníků klientů

Všichni oslovení hodnotí svoje zkušenosti s CDZ velmi pozitivně. Změna způsobená vznikem CDZ je evidentní a stávající způsob péče je považován za doposud nejvhodnější. Největším přínosem je zvýšení rozsahu péče, která je klientům poskytována. Benefitem oceňovaným jak klientem, tak jeho blízkými osobami, je koncentrace všech služeb na jedno místo. Služby jsou navíc v rozšířené podobě nabízeny i blízkým osobám, které jsou pro péči naprosto klíčové. Péče není poskytována na základě výhodnosti bodového hodnocení ze zdravotní pojišťovny, či na základě aktuálního stavu obloženosti, ale na základě potřeb klientů a dostupnosti týmu. Schopnost práce v terénu (včetně zdravotní složky) je výrazný benefit pro klienty a zároveň nástroj tvorby dlouhodobé důvěry. Kombinace zdravotních a sociálních služeb umožňuje poskytnout klientům komplexní péči a zabránit tak nadbytečným hospitalizacím či preventabilním nežádoucím stavům.

- „Když měl před CDZ na mě někdo čas hodinu měsíčně, mohl jsem vlastně mluvit o štěstí, já jsem ale v některých momentech potřeboval mnohem víc, bez obavy, že skončím v hospitalizaci.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 20. 1. 2021)
- „Nemusím se domlouvat s pěti lidmi na tom, co mám dál dělat, zajistí i komunikaci s úřadem. Dostal jsem se do stavu, kdy jsem začal plánovat, co bude dál v práci i osobním životě, takové ambice jsem dříve vůbec neměl.“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 10. 9. 2020)
- „Poradili nám v těch nejdůležitějších věcech, je vidět, že mají velkou praxi, vše bylo přesně tak, jak nám řekli. Náraz to byl i tak, ale ta příprava nám hrozně pomohla. Máme se na koho obrátit vlastně se všemi dotazy a žádostmi o pomoc.“ (Rodinný příslušník klienta CDZ, rozhovor ze dne 16. 6. 2020)
- „Dříve jsem věděl, že každá příhoda bude znamenat hospitalizaci, tam jsem se dal vždycky do kupy, ale věděl jsem, že jakmile se dostanu ven, začne zase problém, takhle mě můžou dostat do stavu jako v nemocnici, ale přitom nemusím být hospitalizovaný“ (Klient CDZ, rozhovor ze dne 10. 9. 2020)

Komplexní řešení problémů klientů je umožněno i dalšími sociálními službami, které FOKUS v regionu poskytuje a které jsou komplementární ke službám CDZ. Jedná se zejména o následující služby:

- Sociální rehabilitace;
- Sociálně terapeutická dílna;
- Podporované zaměstnání;



- Chráněné bydlení;
- Psychologická ambulance.

Vnímání přínosů CDZ ze strany členů týmu CDZ

Zaměstnanci jak zdravotní tak sociální složky se shodují v tom, že hlavním benefitem je zvýšený rozsah poskytované péče, a to v době, kdy ji klient nejvíce potřebuje, a v místě, kde je to pro klienta nejkomfortnější. Dalším přínosem je možnost vyššího zapojení klientů do společnosti a celkově zvyšování kvality jejich života a tím i zvyšování kvality života jejich blízkých. Velmi se zlepšila již tak vhodná spolupráce s psychiatrickou nemocnicí a zainteresovanými ambulantními psychiatry.

Dalším významným benefitem je omezení hospitalizací a délky hospitalizace u pacientů, u nichž to není nutné, resp. u nichž by to bylo preventabilní. Při existenci komunitní služby je možné propouštět pacienty z hospitalizace dříve s vědomím, že případné své problematické stavy mohou operativně řešit s CDZ. Následná péče, která před vznikem CDZ nebyla dostatečná, je najednou možná v potřebném rozsahu, a to se projevuje i na možnostech hospitalizaci odvrátit např. v případě, že je hospitalizace spíše ze sociálních důvodů.

- „Když jsem dřív propouštěl pacienty z hospitalizace, už v ten okamžik jsem věděl, že to špatně dopadne, protože není žádná služba, která by se o ně postarala dostatečně komplexně na to, aby mu umožnila zůstat mimo hospitalizaci.“ (Psychiatr CDZ, rozhovor ze dne 18. 1. 2021)
- „Osobu s nastupujícím duševním onemocněním dokážeme začít komplexně řešit prakticky okamžitě, na rozdíl od dlouhých lhůt ve standardní zdravotní péči. (Setra CDZ, rozhovor ze dne 19. 1. 2021)
- „Přinášíme péči, která má ve spolupráci s dalšími poskytovateli, zejména ambulanti a psychiatrickou nemocnicí výrazně lepší dopady na pacienta a jeho okolí. Dokážeme mu pomáhat i na denní bázi, dokážeme za ním přijet domů a dokážeme jeho situaci řešit komplexně.“ (Sociální pracovník CDZ, rozhovor ze dne 19. 1. 2021)
- Klienti mi vyprávějí příběhy o tom, jak nedůstojná přechází péče o ně byla, zejména z důvodů zavedených institucí, a s jakými obavami se do péče museli nechat svěřit (např. omezené možnosti vycházek, neustála potřeba nechat si všechno „dovolit“), stávající péče je jiná a pacienti se cítí více důstojně.“ (Psychiatr CDZ, rozhovor ze dne 18. 1. 2021)

Další podněty k fungování CDZ

Pohled zástupců CDZ a dalších aktérů na fungování CDZ je významně ovlivněn způsobem, kterým CDZ v Mladé Boleslavi vzniklo. Jedinečné postavení FOKUSu a jeho předchozí úspěšná spolupráce se všemi významnými aktéry výrazně akcelerovala a usnadnila naplnění cílů projektu a dosažení požadovaného stavu ze strany všech cílových skupin. Díky spolupráci tak byly eliminovány i obavy z odlivu klientů, či snížení úhrad v důsledku existence nového subjektu, který je hrazen úhradovými mechanismy zdravotních pojišťoven. Úzká spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy byla klíčovým předpokladem úspěchu a vytváří prostor pro další rozvoj CDZ a jeho služeb. Dlouhodobé působení FOKUSu v regionu a skutečná snaha o naplnění konceptů Reformy psychiatrické péče v praxi jsou spolu s personálním obsazením hlavními mechanismy, které umožní další poskytování péče v CDZ a spolupráci klíčových aktérů.

Zástupci zdravotní i sociální složky se shodli, že vidí příležitost v lepším nastavení řízení spolupráce multidisciplinárních týmů, kdy spolupráce ač přináší požadované přínosy, nemusí být vždy zcela efektivní, což s narůstajícím počtem klientů může vést ke kapacitním omezením. Vhodné by tak bylo vytvoření podrobnějších metodik pro řízení týmu, kterým by bylo možné se v praxi řídit. Takové postupy jsou očekávány od třetí verze standardu pro CDZ, který v současnosti vzniká.



Klíčovým nástrojem udržení zájmu politiků a vrcholných představitelů státu je pokračující snaha o evidenci a prezentaci přínosů projektů CDZ nejen klientům, zdravotníkům, sociálním pracovníkům a rodinným příslušníkům osob s duševním onemocněním, ale pro společnost jako celek. Jednou z konkrétních aktivit tak mohou být analýzy v projektu MERRPS. Je však třeba počítat s tím, že poddimenzované kapacity péče o duševně nemocné nebude možné zvýšit bez celkového růstu nákladů, a to i přes tvorbu opatření výrazně costefektivnějších, než stávající převládající způsob poskytování péče. Je třeba počítat s rámcem sociální konstrukce cílových populací a nacházet argumenty, které budou přesvědčivé pro klíčové aktéry s ohledem na postoje širokých voličských skupin.

- *„Potřebujeme zachovat přízeň Reformě psychiatrické péče, která ustupuje do pozadí jako i další oblasti kvůli COVID-19. Je třeba pochopit, že není možné zvyšovat kvalitu služeb v dlouhodobě podfinancovaném oboru bez dodatečných financí. I když snížíme náklady např. snížením počtu lůžek, celkové náklady na psychiatrickou péči porostou“ (Člen Řídící rady CDZ, rozhovor ze dne 20. 1. 2021)*

Větší zapojení složek integrovaného záchranného systému, resp. aktivnější spolupráce s těmito složkami může přinést benefity jak klientům, kteří jsou např. obsluhováni v emergentních situacích, či případně konfrontováni se zásahem policie, tak celému systému, kterému můžou intervencí významně ulevit.

Klíčovým determinantem dalšího úspěšného působení CDZ bude nastavení úhrady služeb ze strany zdravotních pojišťoven. Preferovaným způsobem deklarovaným ze strany členů CDZ je poskytování úhrady formou kapitační platby, či jednotkových denních nákladů na jednoho pacienta. Stávající způsob kódování není vyhovující z důvodu realizace výkonů, které nejsou hrazeny, nebo bodová úhrada neodpovídá skutečné náročnosti výkonu, či jeho délce. Základní benefit pro zdravotní pojišťovny – snížení počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích, který byl se vznikem CDZ implicitně spojován, zatím nebyl dosažen, a lze spekulovat o jeho dosažení. V případě vybraných poskytovatelů zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním může docházet k obavám ze snížení příjmů či počtu pacientů v důsledku činnosti CDZ. Takové obavy pak mohou vést k aktivnímu vystupování proti vzniku a pokračování CDZ. Komunikace Reformy psychiatrické péče a jejích přínosů pro společnost tak musí podpořit další udržení služeb CDZ.

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

Dlouhodobé působení FOKUS v oblasti péče o duševně nemocné je klíčovým faktorem pro úspěšnou spolupráci. FOKUS je v regionu skutečným hegemonem v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním. Spolupráce je nastavena na systémové úrovni a je hodnocena kladně. Zásadním omezením je zejména dostatek zdrojů na sociální služby. Jednou z oblastí, které by FOKUS ocenil, je větší příležitost v oblasti sociálního bydlení (další rozvoj je však podmíněn přijetím zákona o sociálním bydlení). Současné prostředky kraje/obce však tento rozvoj neumožňují.

- *„Sociální bydlení, které i poskytujeme, je vhodný doplněk pro skutečnou samostatnost a sebevědomí našich klientů.“ (Zástupce FOKUS, rozhovor ze dne 20. 1. 2021)*

Dostupnost péče v obdobích, kdy je to třeba nejvíce, a rozsah poskytované péče, která vhodně doplňuje zejména péči Psychiatrické nemocnice Kosmonosy, jsou nejvíce oceňovány na úrovni města. Bezproblémová spolupráce, profesionalita FOKUS v oblasti sociálních služeb a hladký přechod na



fungování CDZ jsou klíčovými přínosy projektu a předpoklady pro pokračování CDZ i po skončení podpory z ESF, resp. OPZ.

8. Budoucnost CDZ

Aktuální nastavení CDZ a vývoj jeho vzniku ukazují, že je možné předpokládat, že CDZ bude pokračovat v současném úspěšném trendu vhodného doplnění stávajících služeb pro občany regionu s duševním onemocněním. CDZ ještě nemá přímo ověřeno, že úhrada ze zdravotního pojištění umožní zajistit stávající rozsah zdravotních služeb, ale je předpoklad, že tomu tak bude. Stávající tým má obrovskou výhodu v dlouhodobé spolupráci klíčových členů a nastavené atmosféře, která mezi členy týmu je. Zároveň je tu i velké riziko, neboť převážná část zdravotní péče je v kompetenci jednoho psychiatra, který má unikátní zkušenost s komunitními službami a je velkým zastáncem konceptu CDZ a Reformy psychiatrické péče.

Dlouhodobá spolupráce a úzké profesní kontakty na Psychiatrickou nemocnici Kosmonosy dále umožní efektivní spolupráci těchto dvou subjektů i po formálním opuštění řídicí struktury CDZ ze strany Psychiatrické nemocnice.

Skončení financování z projektu OPZ a potřeba začít extenzivně vykazovat poskytovanou péči vytváří u některých členů týmu obavy z toho, aby nedošlo ke snížení kvality/rozsahu služeb a většímu zaměření se na kvantitu vykazovaných výkonů

„Trochu se obávám, že začneme honit body místo toho, abychom se dále zaměřovali na péči o klienta v potřebné míře.“
(Psychiatr CDZ, rozhovor ze dne 20. 1. 2021)



7.5.2 Přepisy rozhovorů uskutečněných pro případovou studii CDZ v Mladé Boleslavi

Rozhovory se zástupci Řídící rady, resp. zástupci zřizovatelů

1. Rozhovor se zástupcem zřizovatele (psychiatrická nemocnice)

Identifikace CDZ	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Zástupce zřizovatele, člen Řídící rady
Termín uskutečnění rozhovoru	20. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telekonference

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

Respondent (R): Fokus v této oblasti působí už od devadesátých let, kdy již byl v roce 1995 za přispění holandského donora. V této oblasti je Fokus hlavním poskytovatelem služeb, před vznikem CDZ zaměřený trochu více na sociální aspekty služeb, než na ty zdravotní. Za vznikem stojí zejména dlouhodobá dobrá spolupráce s PN Kosmonosy.

V roce 1995 jsme založili v Boleslavi s pomocí holandského donora jeden ze tří týmů komunitní péče na bázi case managementu – bylo to hlavně zdravotnický tým, ale postupně se z něj stal i tým poskytující sociální služby. Vždycky Fokus usiloval o spolupráci s Kosmonosama, ale nebylo tomu nejdříve nakloněný vedení. Současné vedení (po změně) ale už už před asi 20 lety začalo spolupracovat. Spolupráce začala vzkvétat a takové malé CDZ se už vlastně vytvořilo na bázi projektu z Norských fondů – tam už jsme si vlastně hráli na CDZ. Pak tam byla dva roky pauza bez financování. Kraj financoval jen tu sociální složku, zdravotní odbor kraje nemá pravomoci něco zřizovat. Proto bylo nezbytné hledat jiné zdroje, proto je vznik CDZ tak důležitý, protože kombinuje obě složky.

JE důležité, že někteří naši kolegové se aktivně podíleli na vytvoření celého konceptu CDZ. Lidi z Fokusu byly u reformy, takže měli z přehled, byly u vytváření standardu, takže to dost dobře šlo.

Fokus měl to štěstí, že měl i vlastní prostory, které do toho projektu vložil.

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

R: Spolupráce je již funkční více než 20 let, takže to bylo samozřejmostí a nebyl v tom žádný problém.

1. Specifika související se založením CDZ v dané lokalitě

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace?

R: Byli jsme na CDZ velmi dobře připravení a věděli jsme, že v Kosmonosích ta připravenost nebyla tak velká – neměli dostatek kapacit zejména pro management a částečně to pro ně byla vnucená aktivita „MZCR zase něco chce“, Protože už jsme ale dlouhodobě spolupracovali, dohoda byla velmi rychlá. Měli jsme už připravené konkrétní zaměstnance, takže to běželo velmi rychle.



Vedené PN jim hodně pomohlo, je velmi schopné a navíc má vůli, aby věci fungovaly dobře pro pacienty, což je klíčové. Peníze z grantu rovněž hrály velkou roli, neboť to byla nezbytná podmínka pro spolupráci. Hned na začátku jsme se dohodli na spojení, trochu jsme řešili, kdo bude CDZ dále provozovat po skončení grantu. Nakonec jsme se shodli, protože Fokus měl 2/3 týmu, prostory, auta atd., tudíž jsme to dostali my.

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

R: Jsme tu v kraji už opravdu dlouho a spolupracujeme opravdu skoro s každým. Spolupracujeme i s ambulantními psychiatry celé roky a tak se ti doktoři nebáli, že jim budeme odebírat klienty a peníze. Při porovnání s jinými CDZ jsme měli velkou výhodu. Při srovnání například s Karlovarskem, kde ta společnost není tak etablovaná, jsme na tom mnohem lépe

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

R: Ze strany řízení projektu to bylo celkem vstřícné a přátelské, ale co bylo těžké bylo to, že to bylo přes ruku – přes MZCR. Přidaná úroveň na úrovni MZČR to trochu zkomplikovala. Umíme si velmi dobře projekty řídit sami, takže tohle občas zvyšovalo nároky na nás. Problém je hlavně v tom, že ten proces se tímhle stává hrozně pomalý, teprve až po několika měsících přijde zpráva, že je něco schválené a pak nám dají jenom týden, aby se narychlo něco opravilo, dodalo, to bylo občas zmatečné trochu. V takové té klasické administrativě je MZČR trochu nadbytečné. Nopak ve věcné části - v metodice odvádějí opravdu hezkou práci – v přípravě pracovních skupin a pak zejména v oblasti udržitelnosti ze zdravotního pojištění. Indikátory byly nastaveny docela nízko. Koronavirus nemohl nikdo očekávat, tudíž programy pro veřejnost (školy jsou omezeny) takže PR indikátory vyjdou jen tak tak.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě řízení multidisciplinárních týmů různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe?

R: Tím, že už se znala víc než půlka zdravotnických pracovníků z konkrétních projektech spolupráce, tak to celkem fungovalo. Na začátku bylo trochu napětí – zdravotničtí pracovníci možná očekávali větší míru zglajšaltování – všechno je připravený a mají nastavenou práci, jasná pravidla, a to v téhle podobě nebylo.

Co považují za hrozně důležité je to, že máme tým sestavený tak, aby si ty lidi seděli, takže to funguje dobře.

T: Jaké překážky při nastavování spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu jste museli překonat (způsobené např. různou právní formou zřizovatelů či různými profesemi, které mají zřizovatelské subjekty k dispozici)?

R: U některých byla náročná konfrontace s jinou firemní kulturou – zdravotničtí pracovníci se těžko orientovali v procesech fokusu. Často tam byly takové úplné nicotnosti, které však bylo nezbytné překonat - například změna paradigma, že v nemocnici se nosí bílé oblečení.

T: Jak se daří řešit personální záležitosti a případné problémy s tím související?

Problémy moc nevznikají, obtížné je obsadit některé pozice – klinický psycholog, ale zatím to zvládáme.



R: (Jsou-li poskytovateli zdravotních a sociálních služeb odlišné subjekty) Jaké je rozdělení kompetencí mezi oba subjekty? Vznikají v tomto ohledu nějaké situace komplikované na řešení? Zdravotní část i sociální je řízena sociálním pracovníkem a pak máme řídící radu, která řešila konflikty a kompetenční spory, ale nebylo to moc potřeba, způsob řízení byl akceptován. Je to hodně o osobnostech těch psychiatrů, které máme skvělé. Hodně nám pomohla ta předchozí spolupráce na projektu financovaném z Norských fondů, kde už jsem vlastně v malém najeli na obdobný způsob spolupráce.

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

R: Spolupráce probíhá dobře s ohledem na více než dvacetileté intenzivní působení v regionu. Není dořešena úplně překrývání péče mezi ambulantama. Se třemi psychiatry je domluvená dlouhodobá spolupráce – je tam vzájemná komunikace, spíše neformální. Nejdřív byla znatelná u některých lékařů obava ze zasahování CDZ do života jejich pacientů. Většinu služeb pro osoby s duševním onemocněním stejně v regionu zajišťujeme my, spolupracujeme pak s pečovatelskými službami a službami zaměřenými na protidrogovou politiku.

T: Jak se podle Vás vyvíjí informovanost o CDZ mezi (a) odbornou veřejností a (b) laickou veřejností? Jak se daří z pozice samotného CDZ informovanost zvyšovat?

R: Informovanost byla ovlivněna Covidem. Žádný problém s nedostatečnou komunikací jsme nezaznamenali. Blízkost léčebny zvykla obyvatele na pohyb našich klientů.

2. Dopady CDZ, projektu a budoucí zajištění CDZ

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

R: Tým je schopný poskytovat zdravotně sociální péči na jednom místě. Dále zlepšil spolupráci se spádovou psychiatrickou nemocnicí – standardizovalo se to, sociální složka začala být psychiatry vnímána jako rovnocenná složka péče. Výrazně narostla kapacita a kvalita služeb poskytovaných klientovi.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Myslím si, že je vhodné nejdřív si vyzkoušet něco menšího ve spolupráci, tak jak se teď předkládá změna standardu fungování CDZ. Je to trochu jednodušší na začátek, když se to učí. Moc si neumím představit nějaký předstupně, ale je třeba to prostě začít dělat co nejdříve a ten projekt si osahat.

T: Jak bude CDZ fungovat dále? Co je předpokladem dalšího fungování CDZ?

R: Hlavně nastavená úhrada ze zdravotního pojištění a dále zajištěné sociální služby.

T: Jaké konkrétní překážky v současné době brání tomu, aby CDZ mohlo být realizováno i bez dotací z ESF?

R: Způsob úhrady je navázán na kodování, což je hrozně zatěžující a může vést k honění kodů místo honění skutečně potřebných služeb pro klienta.

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

R: Brzda je hlavně teď úhradový systém, který byl lepší spíš jako kapitační platba, to by významně zvýšilo možnosti CDZ.



T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Možná zvýšení efektivity řízení týmu, zejména porad, ale to si myslím, že se postupně zlepšuje.

Klíčová zjištění rozhovoru:

3. Důležitá je předchozí dvacetiletá zkušenost s cílovou skupinou a aktéry v území.
4. Způsob úhrady zaměřený na vykazování výkonů může vést k zaměření se na kodování, místo kvality.



Rozhovory s pracovníky multidisciplinárního týmu

2. Rozhovor se zástupcem multidisciplinárního týmu

Identifikace CDZ	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Psychiatr
Termín uskutečnění rozhovoru	18. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telekonference

T: Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti ?

R: Působím jako týmový psychiatr. Jsem u CDZ od začátku jeho vzniku, již před spuštěním CDZ jsem s Fokusem spolupracoval. Předtím jsem pracoval v psychiatrické ambulanci.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Bylo to zcela potřebné. Fokus pacientům pomáhal před tím (vznikem CDZ), aby byli méně hospitalizováni, rychleji se dostali z lůžkové péče, cítili potřebnou podporu a byli komplexně zajištěni. Nad rámec již funkční sociální péče se zlegitimizovala zdravotní péče. Zlepšila se spolupráce s Kosmonosama. Jednou za měsíc na 10 min. k ambulantnímu psychiatrovi je prostě málo a klient potřebuje skutečně velice intenzivní péči.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: Fokus na to byl hodně připravený, takže to bylo docela hladké. Na metodikách pro CDZ se podílelo hodně lidí z Fokusu, takže to bylo dobře připravené. Zaznamenal trochu jenom obavy o to, že ostatním psychiatrům seberou služby/úhrady. Měli dobrý historický vztahy s léčebnou, takže to bylo hladké. Léčebny musejí být obecně do spolupráce nucené. Trochu se zpozdily, stálo to na technických věcech. Kde budou úvazky, kolaudace atd. pro účely zdravotního zařízení. Jednalo se o překážky převážně technicko-administrativního rázu. Už jsme vlastně měli tým daný dohromady, takže to to hodně zrychlilo. Sehnali jsme i klinického psychologa, což je největší problém obecně, ale my jsme ho sehnali brzo.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?

R: Řízení je u nás volnější, takže každý má slovo, může se vyjádřit a navrhnout. Není u nás jednoznačný šéf – máme sice vedoucího týmu, ale není to nijak rigidní ve smyslu, že má jedinou možnou pravdu. Vedení je tam jenom v případě, kdy nejsou členové týmu schopni se sami domluvit, tam vedoucí zafunguje a řekne bude to takhle. Case manager má poměrně velkou svobodu, a on si volí co se bude s klientem dělat. Velký rozdíl oproti léčebně – bylo to tam víc rigidní. Case manager bývá většinou sociální pracovník, nebo psychiatrická sestra.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Tým už se znal z větší části před vznikem CDZ, takže to nebylo obtížné. Někteří zdravotničtí pracovníci měli větší obtíže zadaptovat se na volnější prostředí.



T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Jedná se o společnou práci všech členů týmu. Jak už jsem říkal, každý má právo se vyjádřit. Někdy je to časově náročné, ale vyplácí se to. Lidé se učí přijímat odpovědnost za své názory a prosazovat je.

T: V čem konkrétně se působení psychiatra v CDZ odlišuje od činnosti psychiatrů v ambulantní / psychiatrů v lůžkové péči?

R: Hlavní rozdíl je v tom, že v léčebně se pacientům nezajistila moc návazná péče, věděl jsem, že kompenzovaný pacient se určitě zase vrátí, protože nemá mimo léčebnu potřebný aftercare. Měl jsem z toho pocit, že jim nemůžu moc dlouhodobě pomoci. Ptali se mě často, co mají dělat a já vlastně moc nevěděl kam je dál poslat. Věděl jsem, že to pro ně bude velmi náročné, ale já jsem jim nemohl pomoci.

Klademe velký důraz na důstojnost lidí.

T: Jaká je spolupráce psychiatra v CDZ s ostatními psychiatry v ambulantní péči / s psychiatry v lůžkové péči)?

R: Jak se kterými, trochu tam byla obava z toho, že jim sebereme klienty a to ještě někde stále existuje.

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

R: Dostupnost péče v čase a rozsahu, kdy je to potřeba. Komplexní péče a postavení pacienta/klienta na roveň.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: To už jsme vlastně probírali. Důležitý je tým, aby fungoval.

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

R: Přejde mi líto, že ten způsob financování je dost nevhodný. Teď všichni řeší kody, jak z toho vytřískat co nejvíc peněz přes kódy. Nebudou se muset bát o udržitelné financování – pořád musí řešit peníze, jak kde vydělat ušetřit, vlastně to pak není o ničem jiném. Obložnost je to nejvíc důležitý. Péče je pořád ovlivňovaná téma pacientama. Tohle by se mělo zohlednit. Lepší by byla kapitační platba

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Přesun ke kapitační platbě.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Obava z „honění“ kódů namísto péče o pacienta, předpoklad většího zaměření se na potřeby klienta v podobě „kapitační platby“.
2. Stěžejní v týmu je práce psychiatra a jeho otevřenost zapojení dalších i nezdravotnických profesí.



3. Rozhovor se zástupcem multidisciplinárního týmu

Identifikace CDZ	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Psychiatrická sestra, ošetřovatel, vedoucí zdravotnické části týmu
Termín uskutečnění rozhovoru	18. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telekonference

T: Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti ?

R: Jsem v CDZ od jeho vzniku na pozici psychiatrické sestry. Původně jsem všeobecná sestra, pak jsem byla sociální pracovník a teď jsem v pozici psychiatrické sestry.

Předtím jsem pracovala ve Fokusu, s lidmi s duševním onemocněním pracuji přes 16 let.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: CDZ přineslo hlavně tu zdravotní složku, už předtím jsme velmi dobře pracovali s Kosmonosama, nějaká zdravotní péče byla tam zahrnutá, ale ne dostatečně, a přitom je to klíčové pro pacienta. Ten velký posun do zdravotní složky byl asi poslední krok, který byl pro klienty potřebný. Dost se jsme se vyprofilovali jako zdravotní sestry.

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: Myslím si, že to šlo celkem hladce, zejména díky předchozí spolupráci. Byly tam problémy zejména personální – víc profesí, víc osobností, bylo třeba aby si na sebe všichni zvykli, což bylo náročné. Najednou přišlo hodně lidí, nebylo to organický, ale skokové navýšení. Nezačínali jsme sice na zelené louce, protože ta spolupráce už byla před vznikem CDZ, ale i tak aby si sedli všichni v týmu bylo poměrně náročné.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?

R: Pro mě to velká změna nebyla, byla jsem na podobný způsob práce dlouho zvyklá. Novinka byla zejména v zapojení psychiatrů a psychologa. JE to mnohem flexibilnější – díky úzkému propojení jsme mnohem flexibilnější, péče je mnohem rychlejší v rozsahu, který je potřebný. Ta flexibilita a rychlost je určitě největší benefit.

Za drobný problém považuji, že je těžké udržet strukturu/linii práce v souladu s nějakou metodikou a efektivitu práce, někdy jsou ta setkání k pacientům podle mě neefektivní. Je to takové rozvláčný. Myslím, že by bylo dobré naučit se efektivně pracovat ve velkém týmu, hlavně na poradách.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: U nás to bylo velmi jednoduché, spolupráce už trvá skoro 15 let – psychiatři/zaměstnanci nemocnice nás tak nevnímali jako parazity, ale jako partnery. Byli nám hodně nápomocní. Za celou dobu jsem se nesetkala se záští u jiných lékařů. Velmi rychle se sehnal potřebný tým, včetně zdravotnického personálu, což vím, že je velký problém, například u klinického psychologa.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?



R: Ta práce je společná, takže ta intenzita je tam veliká, což se právě občas odráží i v té efektivitě, ale hodnotím to velmi pozitivně.

T: V čem konkrétně se působení zdravotní sestry v CDZ odlišuje od fungování ve standardním psychiatrickém zařízení?

R: Nemám vlastní zkušenost z léčebny, ale cítím, že je tam problém v hierarchii, tady to není tak striktní a oni se sestry z nemocnice se tomu hůře přizpůsobují, je to tady volnější. Ten řád tady není a je to pro ně těžký, odpovědnost není tak jasně vymezená. Nemají guidance nemají se o koho opřít, každé den je jiné a to může být náročný.

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

R: Jde o tu dostupnost péče, která pokrývá všechny potřeby klienta a dostane jí včas. Pacient nemusí být hospitalizován, může zůstat kratší dobu a když vyjde z nemocnice, má se o něj kdo profesionálně postarat.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Jednoznačně tu zdravotní složku. Za mě je hodně důležitý, aby se ti lidé ideálně ve větším počtu znali již před ostrým spuštěním, tak už nemusí být tolik prostoru pro nějaké sedání si. Měla by tam být více zapojená složka IZS – jde o to, aby když policie někde jede za někým, kdo běhá nahý po baráku, aby zavolali a my bychom byli schopni to vyřešit zcela v klidu a bez zbytečných nákladů. Policie, hasiči, nás ale ve svých postupech ještě zahrnuté nemají.

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

R: Dát lepší strukturu/lepší způsob řízení, zejména u té sociální části, aby to bylo více efektivní. Dobrá by byla jasná metodika. Potom nějaké školení (soft skills) na to, aby všichni uměli lépe pracovat v týmu a práce tak rychleji odsýpala.

Myslím, že bychom se měli víc prezentovat, co všechno přinášíme. Není to samozřejmost a ten dopad je opravdu velký.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Podle mě je to hlavně o té efektivitě týmu na poradách a větší metodické podpoře zejména u té sociální části.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Větší volnost v týmu může způsobit obtížnou adaptaci osob z rigidního zdravotnického prostředí.
2. Větší míra odpovědnosti a samostatnosti je obtížná,
3. Sdílení know-how – zdravotnické i sociální výrazně ulehčuje osobám pečujícím o klienta poskytnout mu širokou službu.



4. Rozhovor se zástupcem multidisciplinárního týmu

Identifikace CDZ	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Zástupce sociální části
Termín uskutečnění rozhovoru	20. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telekonference

T: Jak dlouho působíte v CDZ? Jakou máte zkušenost s poskytováním služeb péče o duševně nemocné ve zdravotní nebo sociální oblasti ?

R: Pracuji zde poměrně krátce, pracoval jsem i na jiném CDZ předtím. Podílel jsem se na celkové koncepci reformy psychiatrické péče. Podílel jsem se dokonce i na první verzi standardu CDZ. Před asi půl rokem jsem nastoupil sem.

T: Jak potřebné podle Vašeho názoru bylo, aby zde CDZ vzniklo?

R: Tak jak už jsem se na tom podílel od začátku považuji CDZ za naprosto nezbytný krok k výrazně podfinancovanému systému péče o lidi s duševním onemocněním

T: Jak CDZ vznikalo? Jaké byly komplikace, zejména v oblasti, za níž zodpovídáte?

R: U vzniku jsem nebyl, takže to nedokážu popsat.

T: Jakým způsobem probíhá řízení multidisciplinárního týmu v CDZ, popřípadě týmů dvou různých poskytovatelů? V čem se odlišuje od běžné praxe a jaké jsou překážky, které je v tomto ohledu nutné překonávat?

R: Rozdíl je hlavně v té multidisciplinarnitě. Před CDZ byla komunitní péče postavena hlavně na sociálních pracovnících. Ta klíčová změna je v zapojení v dalších profesích – psychiatr a psycholog. To rozšíření týmu to samozřejmě i hodně ztěžuje - pohledy více lidí to ztěžují jako celek – ty skupiny (sociální a zdravotní) mají jiný pohled na věc. Velikost těch týmu je rovněž větší a ty zdravotnické profese jsou složeny často i jinde z víc lidí a víc úvazků. To ještě navyšuje náročnost vedení takového týmu. V MB se to zvládlo velmi dobře. Myslím, že je to hodně daný lidma a historicky. Ta zkušenost a dobrá pověst je v regionu obrovská a proto se to tu daří velmi dobře, pokud to srovnám i s jinými CDZ, kde mám zkušenost. Je velmi důležité, že úvazek našeho „hlavního“ psychiatra není moc rozkouskovaný pracuje tu prakticky na 0,8 úvazku. Pomáhá i nakloněnost psychiatrů v regionu se dohodnout.

Co je nejdůležitější je ochota nových zástupců zdravotní složky o nový styl práce. Ze začátku si musejí všichni noví „zdravotníci“ zvyknout na terénní práci – to je pro ně nové. JE rovněž nezbytné zvyknout si na z jejich pohledu na „neřízení“ v organizaci a pak zejména na vyšší individuální odpovědnost, která je tu opravdu velká a ve zdravotní péči nevídaná na všech úrovních, které tu máme – od sester po lékaře, bez ohledu na junioritu.

T: Jak se spolupráce v rámci týmu vyvíjela? Z jakých zkušeností vycházela?

R: Ta zkušenost tu byla velká, většina týmu už spolu pracuje dlouho. Já už jsem nastoupil do rozjetého týmu, ale vím, že bylo náročné spojit přístupy ze sociální části, která je velmi volná, s vysokou mírou osobní odpovědnosti a schopnosti rozhodovat s přístupem ze zdravotní části, která je více rigidní, založená na stanovených postupech a jasně odpovědnosti.



T: Jak spolupracuje s veřejnou správou?

R: Krajská úroveň moc neví o rozsahu a možnostech spolupráce, a to s ohledem na jejich možnosti/kompetence. S městem se spolupracuje tak, že v rámci veřejných opatrovníků spolupracují – zaměstnanci magistrátu. Spolupracuje se intenzivně v oblasti bydlení (mají i vlastní bydlení) – snaží se předávat naše klienty do obecních bytů, dále ubytovny atd. – tam hodně spolupracujeme.

T: Jak intenzivní je spolupráce s dalšími členy týmu na příkladu konkrétního klienta?

R: Ta práce je velmi intenzivní, je to naprosto otevřené každému názoru. Osobnostní povaha lidí ze zdravotní části je tady extrémně důležitá, jsou nakloněni spolupráci, berou ostatní ze sociální složky za rovnocenné. To si myslím, že zajišťuje opravdu velmi dobrou spolupráci, která je intenzivní a skutečně založená na více přístupech/kompetencích.

T: V čem konkrétně se působení sociální služby v CDZ odlišuje od běžného fungování?

R: Je to v tom propojení se zdravotní částí, to je naprosto klíčové. Dokážeme najednou řešit s klientem i tu zdravotní část, a to zcela legitimně.

T: Jak se vznikem CDZ změnila kvalita a intenzita spolupráce s dalšími službami v regionu poskytujícími podporu osobám s duševním onemocněním?

R: Od začátku jsem zde nebyl, ale Fokus tu má unikátní postavení a s většinou aktérů se spolupracuje již řadu, často desítky let.

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

R: Komplexnější péče, větší návaznost péče. Zároveň to celé funguje i jako výměnná síť informací.

T: Co přinesl projekt pro CDZ? Lze doporučit nějaké úpravy v oblasti podpory vzniku dalších CDZ?

R: Přinesl peníze, zdravotní část a úhradu za její poskytování. Problémy vnímám v té své sociální části v oblasti bydlení – chráněného bydlení, tréninkové bydlení. Zákon o sociálním bydlení, který stále není je taky problém.

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

R: Jak jsem říkal, ty bytové možnosti. Potom větší metodická podpora práce multidisciplinárních týmů.

T: V čem se musí spolupráce v rámci CDZ (uvnitř i směrem ven) změnit, aby bylo CDZ maximálně efektivní?

R: Lepší řízení časových kapacit v týmu.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Postavení Fokus v regionu je hlavním kritériem úspěchu projektu. Dlouhodobá spolupráce s klíčovým poskytovatelem služeb umožnila rychlé nastartování projektu a pokračování CDZ i po skončení podpory.
2. Vlastní zázemí (dům, vozový park) výrazně ovlivnilo schopnost poskytovat služby.
3. Příležitost je zejména v zefektivnění komunikace týmu s ohledem na rozdělování úkolů a rozhodování



Rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky

5. Rozhovor s klientem

Identifikace CDZ	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	20. 1. 2021
Forma rozhovoru	Online rozhovor

Online rozhovor – klient I

T: Proč využíváte služeb CDZ? *(nechat respondenta vyprávět co nejvíce samostatně)*

R: Chodím k panu doktorovi, který na CDZ pracuje.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?

R: Je to již několik let. Začal jsem slyšet hlasy

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Nejhorší jsou pro mě hospitalizace. To je opravdu hrozné. Byl jsem v Bohnicích a to je prostě úplný konec všeho. Jinak to je jasné ovlivňuje celý život, práci, bydlení, rodinu, všechno.

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

R: Chodil jsem k psychiatrovi a pak ty hospitalizace.

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

R: Vlastně asi ani nevím. Asi nic

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: Přes svého psychiatra

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Záleží, někdy se jedná o docela intenzivní spolupráci – vlastně na denní úrovni. Pak je to spíše na vyžádání. Po hospitalizaci to bylo asi nejintenzivnější, i co se týče nastavení léčby. Tam jsem to opravdu hodně ocenil.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Asi bych řekl, že je to prostě všechno klidnější. Když je potřeba, stačí dát vědět a postarají se o mě. Rodina by to určitě taky zvládla, ale takhle je to jistější. Nemusí se nic zjišťovat, přemýšlet. Dokážete se na někoho spolehnout a máte jistotu, že to je profesionální. Já jsem hrozně spokojený s panem doktorem, je vidět, že se dokáže vcítit, snaží se najít cestu, která je nejlepší pro mě a né jednoduchá pro systém.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Ta rychlost a dostupnost a hlavně to, že ta péče je vlastně jakoby pořád, že to nejsou nějaký intervaly v čase, ale že je to soustavné. Hlavně po propuštění je to strašně důležité si myslím, Já jsem tam potkal lidi, kteří nevěděli nic, neměli žádné zázemí a prostě je pustili. Když se ale začalo něco dít, tak se s nimi nikdo neotravoval, až když už spadli zase do nemocnice.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?



R: Nevím, kolik zvládají pacientů, ale je to hlavně o té kapacitě. Mám známé, o které se nikdo takhle nestará a je to strašně znát, jaký je to problém. Takže bych hlavně řekl, zajistit stále stejnou, nebo větší kapacitu.

Klíčová zjištění rozhovoru:

3. „lidský“ přístup je jednou ze zásadních výhod oceňovaných klienty.
4. Časová dostupnost služby je jedním ze základních předpokladů pro využití služby.

6. Rozhovor s klientem

Identifikace CDZ	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	10. 9. 2020
Forma rozhovoru	Online rozhovor

T: Proč využíváte služeb CDZ? (*nechat respondenta vyprávět co nejvíce samostatně*)

R: Postarají se o mě, jako nikde jinde, když potřebuji, dokáží mi pomoci.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?

R: To si myslím, že pro rozhovor není úplně důležité, mám docela vážnou diagnózu.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Ovlivnilo to úplně všechno.

T: můžete být konkrétní

R: Všechno, rodina, peníze, vztahy, práce – to hlavně. No a pak hlavně i můj život jako takový, jak jsem s ním spokojený, jak se mi žije, co prožívám. Všechno je to hlavně o tom, co já si myslím a vnímám, takže to je nejdůležitější a to onemocnění mě dostává do strašných stavů.

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

R: Chodil jsem k psychiatrovi a pak jsem byl v nemocnici.

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

R: Rodina dostávala příspěvek na péči. Pak k nám občas někdo zašel a probíral nějaký další věci spojený s tím stavem.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: Oslovili mě když jsem byl v nemocnici.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Mám tam svého doktora a pak se setkávám se sestrou a s nějakými sociálními pracovníky. Řeším s nimi prakticky všechno, co se týká léčby, vlastně úplně všechno. Docházím do CDZ pravidelně, pokud jsem nebyl schopen, chodili i hodně za mnou. Nejsem asi úplně ideální pacient, ale naučili mě spolupracovat. Myslím, že to je i hodně prací s rodinou, přes kterou se mi dostali na kobylku a



dokázali mě přimět ke spolupráci, kterou jsem nakonec ocenil a když se podívám zpět, tak mi to strašně moc zjednodušilo život.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Jsem bez hospitalizace, dokážu zvládat svoji nemoc sám a mnohem pohodlněji. No a samozřejmě mnohem méně stresu pro rodinu.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Ta péče je skvělá, přístup, že dokáží za mnou dojet i domů byl předtím vlastně u doktora úplně nemožný. Kdykoliv je potřeba můžu se na ně obrátit a nepřipadám si, jako bych někoho otravoval, ale naopak.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Je to o lidech, když by se někteří dali naklonovat, tak by to bylo super. Já jsem takhle spokojený.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Celistvá péče a její dostupnost jsou klíčovou devizou CDZ
2. Lidský přístup a postavení pacienta naroveň týmu zvyšuje jeho dobrý pocit z léčby.

7. Rozhovor s rodinným příslušníkem

Identifikace CDZ	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	16. 9. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

T: Proč využívá váš blízký CDZ? (*nechat respondenta vyprávět co nejvíce samostatně*)

R: Za nás je to to nejlepší, co jsme zatím zažili. Zároveň je to jediná služba, která je takhle dostupná.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?

R: Trvá to cca 3 roky. My si toho všimli později až zpětně jsme se dověděli o těch bludech.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Je to strašný stres, když vám někdo blízký začne být tak cizí, že se nebojíte jenom o něj, ale třeba i sami o sebe. Já si to i vyčítal, že to je moje chyba. Přílišný tlak na učení, práci a tak. Vlastně mi to na několik let zničilo život, moc se nedalo myslet na nic jiného. Ale pro něj to muselo být mnohem horší. Vlastně to úplně zničí celou rodinu. To co si myslí ostatní je mi jedno, ale ostatní členové rodiny to třeba hodně řešili.

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

R: Měl doktora, který se o něj staral a potom to byla péče v nemocnici.



T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: Přes lékaře.

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: Po hospitalizaci to bylo velmi intenzivní. Chodili k nám setra, doktor a lidi co řeší takové ty administrativní věci. Řešili s námi pak vlastně kompletní léčbu, dokonce si myslím, že se i úplně změnili léky. Teď je to na týdenní bázi, kdy tam chodí.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: Já moc nevím jak předtím, ale co jsem slyšela, tak to že dochází domů není samozřejmé. Hlavně oni dokázali pomoci fakt skoro se vším, Všechno nám vysvětlili a mohli jsme kdykoliv zavolat. Hlavně ta sestra byla úžasná, dokázala poradit prakticky se vším a když nevěděla, tak pak poslala všechno co jsme potřebovali.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: To že dokáží zajistit úplně všechno. Mám takovou větší jistotu, že je o něj dobře postaráno a že když se něco děje, tak dokáží hned zareagovat.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: Myslím si, že víc peněz pro ty pacienty. Z toho co dostávají se moc nedokáže žít.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Lidský přístup a vysvětlování je důležité pro blízké osoby klienta
2. Docházení psychiatra do prostředí jemu blízkého je zásadní změna, která je hodnocena velice pozitivně.



8. Rozhovor s rodinným příslušníkem

Identifikace CDZ	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Klient
Termín uskutečnění rozhovoru	20. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

Online rozhovor rodinný příslušník klienta

T: Proč využíváte služeb CDZ? (*nechat respondenta vyprávět co nejvíce samostatně*)

R: Rodinný příslušník si tu spolupráci vyhledal/zajistil v nemocnici.

T: Jak a kdy se nemoc poprvé projevila?

R: Jsou to 4 roky, postupná změna chování.

T: Jaké jsou konkrétní dopady onemocnění na Váš život a Vaši rodinu?

R: Museli jsem se začít starat v situaci kdy jsme mysleli, že už se právě starat přestaneme. A to v rozsahu, který byl opravdu velký.

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

R: Já moc nevím, kdy to centrum vzniklo reálně, ale klasicky praktik, psychiatr a nemocnice. No a potom jsme my sami vyhledali pomoc u známé, co dělá terapie.

T: Jakým způsobem jste se dostal k využívání CDZ?

R: Rodinný příslušník si vyhledal/zajistil tu spolupráci

T: Co vše v rámci CDZ probíhá (popis běžného dne, běžného týdne, běžného měsíce)?

R: No to se změnilo. Kromě pravidelných setkání pak v problémech občas přijeli/na telefonu jsme řešili aktuální problémy.

T: Co je díky CDZ u Vás/v rodině jinak? Co spolupráce s CDZ přinesla nového oproti předchozím obdobím?

R: No ta dostupnost. Já jsem byl předtím dost naštvaný. Pár minut jednou za tři čtyři týdny a potom, protože se o něj nikdo nestaral, tak už ho řešili až v nemocnici. Teď vidím, že to bylo úplně ale úplně zbytečný, ten ztracený čas v nemocnici. Najednou může normálně žít, v rámci mezí a případné náběhy dokážou většinou zvládnout, předtím by každá taková změna byla konec.

T: Co je Vámi na CDZ nejvíce oceňováno?

R: Čas, který klientům dávají. To že se vůbec někdo stará o to, co s člověkem je, jak se cítí, co potřebuje a hlavně, že to není jediná správná cesta, ale dokážou přinášet alternativy, což bylo pro blízkou osobu hrozně důležitý, aby to nebylo o něm bez něj.

T: Co by bylo dobré ještě změnit, aby využívání CDZ bylo ještě lepší?

R: nevím.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Časová dostupnost je jednou z nejoceňovanějších přínosů CDZ
2. Hledání více variant a přizpůsobení péče konkrétním potřebám klienta je výrazně pozitivní změnou



Rozhovory se zástupci samosprávy (kraj, město)

9. Rozhovor se zástupcem městského úřadu

Identifikace CDZ	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Vedoucí odboru sociálních věcí
Termín uskutečnění rozhovoru	19. 2. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

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

R: Realizuje se teď opravdu hodně projektů, které jsou zaměřeny na zlepšení stavu lidí s duševní nemocí. Jsou tu velká očekávání.

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

R: Jakákoliv kapacita navíc je samozřejmě přínosem. Na tenhle typ péče se dlouho zapomínalo, je to podobné jako u jiných oblastí, kde se střetává sociální a zdravotní část.

T: Jakým způsobem Reforma ovlivnila kraje?

R: To nedokážu popsat, ale vznikla tu CDZ, které zvyšují kvalitu péče o obyvatele kraje a měly by přispět i k vyšší efektivitě péče.

T: Jak krajské dokumenty reflektují tuto Reformu?

R: Nevím

T: Jak vnímáte koncept CDZ?

R: Mám i osobní zkušenost v rodině a vím, jak je tahle oblast málo financovaná. Je málo zdravotnických pracovníků a nějaká péče v místě klienta moc není. Takže tohle je velký posun, že se řeší opravdu potřeby klienta. Myslím si, že i s ohledem na růst duševních poruch je to skoro nezbytnost zvyšovat kapacity. No a na druhou stranu to přispěje i k vyšší efektivitě, kdy ta péče v nemocnicích je výrazně dražší.

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

R: Co já vím, CDZ mělo být mnohem víc a byly tam nějaké problémy s celou reformou z hlediska harmonogramu, že se to celé posouvalo. Ono se není čemu divit, je to významná změna a jak skokově navyšovat kapacity, když už teď jich bylo málo. Ale co si myslím, že to funguje a pomáhá.

T: Jak významná je pro samosprávu existence CDZ v Kraji ?

R: Je to velmi důležité, neboť to pomáhá našim klientům.

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

R: S poskytovatelem je spolupráce dlouhá a úspěšná.

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

R: Určitě podporujeme další spolupráci.



Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Péče je dlouhodobě podfinancovaná, podobný projekt je zcela jistě z hlediska kraje potřebný. Výhodou projektu by měla být vyšší cost efektivita CDZ u vybraných typů klientů

10. Rozhovor se zástupcem místní samosprávy

Identifikace CDZ	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Vedoucí odboru sociálních věcí
Termín uskutečnění rozhovoru	26. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

T: Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ ve ...?

R: O službách vím. /tvar s nimi úzce řeší problematiku klientů s duševním onemocněním. Myslím, že tu vlastně ani jiný poskytovatel sociálních služeb zaměřených specificky na lidi s duševním onemocněním není.

T: Jak vnímáte koncept CDZ?

R: Nejsem odborník, ale ze zpětné vazby je to něco, co bylo opravdu potřeba. Slyšel jsem to i od lékařů, takže to je takový lakmusový papírek.

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

R: Víím, že s nimi řešíme konkrétní klienty. Hodně se angažují v bytové politice. Často řešíme konkrétní klienty. Ta spolupráce běží už opravdu roky. S CDZ je to teď i o tom, že se potkáme i se zdravotníky, to se předtím v terénu moc nevidalo.

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

R: Já moc nejsem v terénu, ale co slyším, tak klienti, kteří před tím byli velice komplikovaní z hlediska komunikace, že tam došlo k velkému posunu. Nemusí se řešit některé věci drasticky, ale dá se domluvit. Velký posun jsem slyšel je i v komunikaci s nějakými opatrovníky/blízkými osobami. JE vidět, že jim někdo dokáže poradit i v té administrativní části řešení potřeb našich klientů

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

R: Já myslím, že ten přínos je v péči o naše klienty, a to zejména po té zdravotní části v dostatečném rozsahu, který před tím možná chyběl. Máme výhodu blízkosti PN, spolupráce s nimi pak tuhle výhodu ještě posiluje.

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

R: Spolupráce se sociálními pracovníky je samozřejmostí. Přidaná hodnota je bezesporu významná. Navíc je skvělé, že máme jednoho partnera a nemáme služby roztržštěné mezi desítky poskytovatelů, jak tomu prý někde je. To samozřejmě šetří naše kapacity.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Deeskalace komunikace s problematickými klienty města je vnímána vysoce pozitivně.



Rozhovory s dalšími psychiatrickými zařízeními či sociálními službami v regionu

11. Rozhovor s ambulantním psychiatrem působícím v regionu

Identifikace projektu	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Psychiatr působící ve městě
Termín uskutečnění rozhovoru	28. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

T: Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ v ...?

R: Zním je, vím jaké služby poskytují, o CDZ jsme se sám zajímal.

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

R: Konkrétně nespolečně. V případě pochybnosti o zdraví svého pacienta se je snažím doporučit.

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

R: Za poslední cca rok a půl jsem jim doporučil cca 3 pacienty. Přišli cíleně s konkrétním problémem, jinak je s ohledem na věk prakticky nevidím, takže nemám přesnou informaci.

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

R: Obecně podporuji péči o duševně nemocné. JE to velký dlouho neřešený problém. Víme že se hodně i čerpá zdravotní péče v případech, kdy je to preventabilní. Systém je vlastně připraven pouze na stavy, kdy už pacienta je třeba hospitalizovat. Konkrétní informace o reformě nemám, ale myslím že důležité je zejména přesvědčit lidi o tom, že není nic špatného vyhledat odbornou pomoc.

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

R: Osobně si myslím, že řada problémů vzniká zanedbáním péče v dětském věku. Rozhodně není dostatečná kapacita u dětských psychiatrů a psychologů. To se pak přenáší do budoucího rozvoje různých onemocnění, které by mohly probíhat pro pacienta lépe. Zároveň si taky myslím, že současný způsob života povede k daleko vyšší incidenci a tudíž je potřebné ten systém posilovat.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Větší zaměření se na pacienty v dětském věku je další příležitostí pro rozvoj služeb CDZ

2. Rozhovor s ambulantním psychiatrem působícím v regionu

Identifikace projektu	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Psychiatr působící ve městě
Termín uskutečnění rozhovoru	28. 1. 2020
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor



T: Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ v?

R: Samozřejmě koncept CDZ znám.

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

R: Někteří mí pacienti s CDZ spolupracují nad rámec péče, kterou jim poskytují. Spolupracují na základě kontaktu z nemocnice, případně ze spolupráce s Fokusem. Myslím si, že služby se vhodně doplňují, zejména s ohledem na tu sociální složku, Zdravotní složku zajišťují v rámci ambulance a samozřejmě nemám prostor řešit ty sociální aspekty pacientů.

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

R: Já jsem s nějakou sociální složkou pracoval již dříve, takže se nějaká velká změna neodehrála. Přejde mi, že teď je ta změna hlavně na úrovni práce s PN a návazností na její služby. .

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

R: Cca desetina a jedná se o poskytování návazných sociálních služeb. Víím, že dokáží zajistit i nějaké zdravotní služby, mají tam sestry a psychiatra (a nějakého psychologa), ale to pro mé klienty na výjimky nedělají. Pomáhají jim co víím s bydlením ,nějakými dluhy a přestupky. Zároveň si myslím, že jim pomáhají i v získání podpory, což pro mnoho lidí se závažnější diagnózou je poměrně velice náročný úkol, zajistit si fungování s tím sociálním systémem.

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

R: Myslím si, že zajištění té sociální podpory je skvělé. Ti pacienti to často vnímají jako velký stres. Sám jsem jednou něco zjišťoval a není to úplně jednoduché a nevím, jak dokážou na úřadě pomoci, respektive jak vůbec jsou ochotni pomoci. Reforma je poměrně široce rozkročená. Myslím si, že rozorali až moc širokou brázdou, a to se jim stane osudové. Najednou řešit tolik témat, a tak závažná musí přirozeně vést k tomu, že to někde narazí na zájmy lidí, kteří jsou spokojeni se stávajícím systémem. Ani bych to neviděl tolik v penězích jako spíš v moci ten systém ovlivňovat. Je to hodně i o nějaké generační změně. Přeci jenom když jedu v nějakém systému 20-30 let, tak lze jen těžko předpokládat, že mi teď rychle někdo vysvětlí, jak jsem to dělal špatně a že to musím změnit, obzvlášť když ten někdo je takřka bez zkušeností.

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

R: Myslím, že by ta reforma měla být realizována více postupně, než zavádět řadu opravdu významných změn najednou. Peníze v systému jsou omezené a bude jich ubývat. Do toho se často výrazně navyšují služby. Nejsem si jistý, z jakých zdrojů to bude pokryto. To ale nic nemění na tom, že psychiatrická péče je dlouhodobě extrémně poddimenzovaná. Těch služeb je opravdu málo a často si uvědomuji, že by někdy bylo potřeba té péče víc, jen na to není kapacita. Obecně je to i edukaci praktických lékařů, ve školách, v rodinách. Často jsou tam různé předsudky, které vedou k významným prodlevám při péči o pacienta.

Málokdo si také uvědomuje jak náročná ta péče je. Není to jenom o práci v ambulanci, je tam i velká administrativní náročnost. Ta kdyby odpadla, bylo by to hodně jiné. Navíc jako třeba u jiných lékařů je



nějaká forma online formou dost problematická a často prakticky nemožná. Slyšel jsem nápady, že ji převedeme do online prostředí a bude to vyřešené. To je ale naprostý nesmysl, který v praxi nebude vůbec fungovat.

Obecně si myslím, že je hodně podceněná i oblast sexuologie a adiktologie. Tam si myslím, že bych hodně zaměřil pozornost.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Obavy z nárůstu administrativní náročnosti, která může ochromit i služby CDZ.
2. Větší edukace primární péče, zejména praktických lékařů

3. Rozhovor se zástupcem zdravotnického zařízení

Identifikace projektu	CDZ Mladá Boleslav
Respondent	Zástupce PN Kosmonosy
Termín uskutečnění rozhovoru	28. 1. 2021
Forma rozhovoru	Telefonní rozhovor

T: Jak dobře jste obeznámen s fungováním CDZ v MB?

R: Koukal jsem se na ten koncept, ale podrobnosti neznám.

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

R: Konkrétně nespolupracuji. Spolupracuji s kolegou psychiatrem a potom s psychologickou ambulancí.

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

R: Do roka řeším cca 20-50 pacientů, kteří nějakým způsobem řeší duševní nepohodu. Mám poměrně mladý kmen, takže nemám ani příliš případů spojených s onemocněními spojenými se stářím.

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

R: To co jsem měl možnost vidět mi přijde rozumné. Obecně se v ČR neumí pracovat s tím, kdy máte nějaké pomezí zdravotní a sociální oblasti. Pracoval jsem dříve v centru pro seniory a vím, že se s tím pořád bojovalo. Obecně mi přijde, že v téhle oblasti je výrazněji podceněná/poddimezovaná ta zdravotní složka a to jsem tady pochopil, že je právě navýšeno. Jen by mě zajímalo, kde jsou ty kapacity nabrány, když vím, jaké jsou lhůty u ambulantních psychiatrů. Sociální část si už ty neziskovky dobře obšlapaly.

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

R: Z mojí zkušenosti jsou základem všeho peníze. Jakmile máte dostatek zdrojů na poskytování služeb, ta kapacita se vždycky následně vybuduje.

Klíčová zjištění rozhovoru:

1. Základem dalšího pokračování je zejména zajištění dostatečných zdrojů



8 Definice indikátorů uváděných v textu zprávy

Jedná se o indikátory platné pro OPZ. Definice indikátorů vycházejí z Národního číselníku indikátorů pro programové období 2014–2020.

Tabulka 12: Definice indikátorů

Kód	Název	Jednotka	Výstup / Výsledek	Definice
56102	Počet nových podpořených informačních a destigmatizačních programů podpory duševního zdraví	Program	Výstup	"Program" je aktivita či opatření, případně jejich soubor, s předem definovaným cílem. Program je zařazený termín v rezortu Ministerstva zdravotnictví. "Nová" služba poskytována před projektem nebyla a díky projektu je. "Podpořené" znamená, že dostaly finanční podporu z ESF. Informační a destigmatizační programy musejí vycházet ze strategie reformy psychiatrické péče a směřovat k naplňování jejích cílů, případně musí navazovat na Konceptci hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví. V rámci destigmatizačních programů jsou cílové skupiny aktivně zapojeny a pracuje se s nimi opakovaně nebo dlouhodobě (alespoň 6 měsíců), zatímco v případě informačních programů jsou osoby v cílové skupině pouze adresátem informace, případně jde jejich o neaktivní nebo jednorázovou účast.
57101	Počet podpořených služeb uvedených ve Strategii reformy	Služba	Výstup	"Služba" je poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální či zdravotní situaci. "Podpořené" znamená, že dostaly finanční podporu z ESF.
60000	Celkový počet účastníků	Osoba	Výstup	Celkový počet osob/účastníků (zaměstnanců, pracovníků implementační struktury, osob cílových skupin apod.), které v rámci projektu získaly jakoukoliv formu podpory, bez ohledu na počet poskytnutých podpor. Každá podpořená osoba se v rámci projektu započítává pouze jednou bez ohledu na to, kolik podpor obdržela. Podpora je jakákoliv aktivita financovaná z rozpočtu projektu, ze které mají cílové skupiny prospěch, podpora může mít formu např. vzdělávacího nebo rekvalifikačního kurzu, stáže, odborné konzultace, poradenství, výcviku, školení, odborné praxe apod.
62600	Účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti	Osoba	Výsledek	Účastníci, kteří získali potvrzení o kvalifikaci v rámci účasti na ESF projektu. Potvrzení o kvalifikaci je uděleno na základě formálního prověření znalostí, které ukázalo, že účastník získal kvalifikaci dle předem nastavených standardů. V rámci výzev může být specifikováno, jaké druhy kvalifikací a potvrzení kvalifikací jsou přípustné pro naplňování indikátoru v dané výzvě. Účastník je v indikátoru



Kód	Název	Jednotka	Výstup / Výsledek	Definice
				započítán pouze jednou bez ohledu na počet získaných kvalifikací. „Po ukončení své účasti“ znamená do doby čtyř týdnů od data ukončení účasti na projektu.
67001	Kapacita podpořených služeb	Místo	Výstup	"Kapacita" je maximální počet osob, které může podpořená služba v danou chvíli obsloužit. Toto číslo bývá omezeno velikostí personálu či fyzickým místem. "Služba" je poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální či zdravotní situaci. "Podpořené" znamená, že dostaly finanční podporu z ESF.
67010	Využívání podpořených služeb	Osoby	Výsledek	Počet osob, které využijí podpořenou službu či program během trvání projektu. "Služba" je poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální či zdravotní situaci. Využíváním je myšleno být doložitelně klientem (tj. každá osoba je uvedena pouze jednou) dle standardů využívaných pro danou službu. "Podpořené" znamená, že dostaly finanční podporu z ESF.
80500	Počet napsaných a zveřejněných analytických a strategických dokumentů (vč. evaluačních)	Dokument	Výstup	Počet napsaných a zveřejněných analýz, evaluací (interních i externích), koncepcí, strategií, studií, závěrečných zpráv z výzkumů a obdobných dokumentů, které byly vytvořeny za finanční podpory ESI fondů. "Napsaný" znamená vytvoření obsahu materiálu (tj. nejedná se o počet kopií, které byly vytisknuty). "Zveřejněný" znamená, že jsou zveřejněné/či z důvodu citlivých informací částečně zveřejněné na centrálních stránkách relevantních fondů, na stránkách příjemce, popř. na jiných úložištích k tomu určených (např. http://www.databaze-strategie.cz/ a nebo www.strukturalni-fondy.cz/Knihovnaevaluaci) anebo jsou dohledatelné pomocí obvyklých internetových vyhledávačů. K tomu, aby byl dokument započítán do indikátoru jako jedna jednotka, je třeba, aby byl jak napsaný, tak zveřejněný. V případě více samostatných výstupů je možno započítat každý výstup samostatně. Započítávají se dokumenty vytvořené interně i externě.