



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Doporučené postupy pro vznik center duševního zdraví pro seniory (CDZ-S)

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



Obsah

1. Úvodní slovo	3
2. Reforma péče o duševní zdraví v ČR	5
2.1. Základní informace o reformě péče o duševní v ČR	5
2.2. Centra duševního zdraví pro seniory CDZ-S	6
3. Vznik služby	8
3.1. Cílová skupina, spádová oblast CDZ-S	8
3.2.1. Postup pro získání oprávnění a registrace sociální služby	9
3.2.2. Postup pro získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb	12
4. Multidisciplinární tým	14
4.1. Personální zajištění CDZ-S	14
4.2. Dovednosti a kompetence všech členů týmu CDZ-S	14
5. Služby, metody a způsoby práce v multidisciplinárním týmu	19
5.1. Služby poskytované v CDZ-S	20
5.2. Case management	25
6. Financování	27
6.1. Financování zdravotní části	27
6.2. Financování sociální části	30
8. Dokumentace	38
8.1. Zdravotní dokumentace	38
8.2. Sociální dokumentace	39
9. Spolupráce s ostatními subjekty	42
Seznam užitečných kontaktů	44
Seznam zdrojů	45

SEZNAM ZKRATEK

AQoL – Assessment of Quality of Life

BOZP – Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

CARe – Comprehensive approach to psychosocial rehabilitation

CDZ – Centrum duševního zdraví

CM – case management

CÚV – Centrální úložiště výkazů

ČLK – Česká lékařská komora

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

FACT – Flexible Assertive Community Treatment

FB – fact board

IČ – identifikační číslo

IPS – individual placement and support

KÚ – Krajský úřad

MDT – multidisciplinární tým

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NN – nemocniční nákaza

NZIS – Národní zdravotnický informační systém

PO – požární ochrana

SMI – Serious/severe Mental Illness

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky

1. Úvodní slovo

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

Vedle CDZ SMI vznikají další služby, mezi něž patří také centrum duševního zdraví pro seniory (dále jen „CDZ-S“). CDZ-S je významným článkem v síti sociálních a zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním, zejména o ty žijící s demencí. Rozvoj těchto center je v souladu s Národním akčním plánem pro Alzheimerovu nemoc a jiná obdobná onemocnění na léta 2020-2030.

Hlavním cílem dokumentu “Doporučené postupy pro vznik center duševního zdraví pro seniory (CDZ-S),” je podpořit vznik nových CDZ-S. Následující text sjednocuje dostupné informace týkající se vzniku a provozu CDZ-S a na jiné důležité materiály odkazuje. Tento dokument vznikl rámci projektu “Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné“, (reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/15_039/0008217), který vychází ze Strategie reformy péče o duševní zdraví¹ a byl realizován Ministerstvem zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost, prioritní osa – Sociální začleňování a boj s chudobou.

V celém následujícím dokumentu je volně zaměňován pojem klient, uživatel (který vychází ze zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách) a pojem pacient, (který vychází ze zákona o zdravotních službách a který je používán i v jeho novelizaci č. 147/2016 Sb.). Je to proto, že se stále jedná o téhož člověka a dosud není právní předpis, který by sjednocoval meziresortní terminologii.

¹ www.reformapsychiatrie.cz

2. Reforma péče o duševní zdraví v ČR

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

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

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

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

rozšířenou péčí. Paralelně by mělo docházet k postupné redukci dlouhodobé psychiatrické lůžkové péče.³

2.2. Centra duševního zdraví pro seniory

CDZ-S poskytují tranzitní péči a podporu pro seniory, která směřuje ke stabilizaci stavu klienta, ke zvýšení kompetence blízkých pečujících a k nastavení komunitních služeb dostupných v místě bydliště klienta.

Základními principy práce CDZ-S jsou včasný kontakt, pomoc v krizi, asertivní vyhledávání, kontinuita, případové vedení, terapeutický vztah, spolupráce se sociální sítí. Multidisciplinární tým pracuje formou case managementu, je koordinačním prvkem v síti sociálních a zdravotních služeb ambulantní, terénní i lůžkové formy pečujících o osoby s duševním onemocněním, zejména o ty žijící s demencí. Cílem CDZ-S je podpora osob s duševním onemocněním a jejich rodin, která vede k prevenci hospitalizací či k jejich zkracování a napomáhá k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Primární působnost týmu CDZ-S je v domácím prostředí klienta. Intenzivní podpora CDZ-S směřuje ke stabilizaci stavu klienta, ke zvýšení kompetence blízkých pečujících a k nastavení komunitních služeb dostupných v místě bydliště klienta.

Cílovou skupinou CDZ-S jsou:

- Osoby s demencí bez ohledu na věk. Diagnostické kategorie G2x a G3x, F00 demence u Alzheimerovy nemoci, F01–F03 ostatní demence.
- Osoby ve věku 65+ s potřebou včasné intervence, tj. v riziku rozvoje psychiatrického onemocnění. Cílem je včasná detekce, rozpoznání symptomů a včasná léčba.
- Osoby ve věku 65 + s potřebou intenzivní podpory v období zhoršení stavu, ať již u nově vzniklých akutních stavů či akutní dekompenzace chronických psychiatrických onemocnění s výjimkou akutních intoxikací.
- Osoby pečující o osoby s duševním onemocněním.

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

K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení klientů, spolupracuje CDZ-S ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami.

Tým CDZ-S je složen z odborníků různých specializací (viz kapitola 4.1., 4.2.) pečujících o osoby s duševním onemocněním, a to nejlépe v jejich přirozeném prostředí. Každý člen týmu na základě své odbornosti získává určité informace o klientovi a díky vzájemné spolupráci, jež je předpokladem k udržení kontinuity péče, se získává ucelený obraz o potřebách klienta. CDZ-S poskytuje flexibilní službu všem potřebným klientům v rámci přirozeného regionu s ohledem na jejich individuální potřeby.⁴

⁴ *Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy duševního zdraví pro seniory.* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

3. Vznik služby

3.1. Cílová skupina, regionalita

Cílová skupina CDZ-S

- Osoby s demencí bez ohledu na věk. Diagnostické kategorie G2x a G3x, F00 (demence u Alzheimerovy nemoci), F01–F03 (ostatní demence).
- Osoby ve věku 65+ s potřebou včasné intervence, tj. v riziku rozvoje psychiatrického onemocnění (cíl: včasná detekce, rozpoznání symptomů a včasná léčba).
- Osoby ve věku 65+ s potřebou intenzivní podpory v období zhoršení stavu, ať již u nově vzniklých akutních stavů či akutní dekompenzace chronických psychiatrických onemocnění s výjimkou akutních intoxikací.
- Osoby pečující o osoby s duševním onemocněním

Regionalita a časová dostupnost

S ohledem na dané personální zajištění je k zajištění služeb CDZ-S doporučovaný přirozeně dostupný region s 50-70 tisíci obyvateli. Pro 1 úvazek case manažera doporučeno současně cca. 10-12 případů v akutní fázi péče, denní stacionář okamžitá kapacita 8-10 klientů. Provozní doba pracoviště CDZ-S činí minimálně 40 hodin týdně. CDZ-S bude fungovat v pracovní dny po dobu minimálně 8 hodin.

Neplánované terénní služby v pracovní dny jsou dostupné stávajícím klientům CDZ-S do 24 hodin, do 48 hodin nově přijímaným klientům, do 72 hodin pro konsiliární služby, dle naplnění kapacity CDZ pro seniory.

3.2. Registrace nové služby CDZ-S

K provozu služeb v centru duševního zdraví pro seniory (CDZ-S) je třeba získat oprávnění k poskytování zdravotních služeb, které je definováno zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a oprávnění k poskytování sociálních služeb, které je definováno zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.⁵

⁵ Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

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

Oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách v rozsahu oborů/odborností a formy zdravotní péče:

- Psychiatrie: ambulantní zdravotní péče, případně zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
- Klinická psychologie: ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
- Geriatrie: ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
- Ošetrovatelská péče v psychiatrii: ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Registrace sociální služby podle Zákona o sociálních službách

- Služba: odlehčovací služba v terénní formě (dle § 44 Zákona o sociálních službách)

V případě zajištění ambulantních sociálních služeb (doplňkové služby)

- Služba: odlehčovací služba v ambulantní formě (dle § 44 Zákona o sociálních službách) nebo denní stacionář (dle § 46 Zákona o sociálních službách)

pro cílovou skupinu „mladších seniorů“ a „starších seniorů“.

Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb a rozhodnutí o registraci sociální služby je vázáno na místo realizace ambulantního provozu zdravotní péče CDZ-S – tj. doporučuje se, aby v rámci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb a rozhodnutí o registraci sociální služby byla uvedena stejná adresa zařízení.

3.2.1. Postup pro získání oprávnění a registrace sociální služby

I. Žádost o schválení provozního řádu zařízení sociálních služeb

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

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

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

Úřad rozhodne do 30 dnů.

II. Žádost o registraci sociálních služeb

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

K žádosti o registraci se přikládají následující formuláře: formulář údaje o registrované službě a formulář údaje o místě poskytování služby, které jsou dostupné také na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Aktuální podobu formuláře lze nalézt na odkazu [www.mpsv.cz/formulare_případně je možné využít Doporučeného postupu č.4/2016 vydaného MPSV⁶](http://www.mpsv.cz/formulare_pripadne_je_mozne_vyuzit_doporuceného_postupu_č.4/2016_vydaného_MPSV6).

K žádosti fyzická osoba dále přikládá:

- doklady prokazující odbornou způsobilost fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby. Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je:
- vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu 40) v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

⁶https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_4_2016_Registrace.pdf/69489ded-cf05-4f94-8c1c-c643adf3aa7c

- vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku,
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1996,
- rozhodnutí o schválení provozního řádu zařízení sociálních služeb vydané orgánem ochrany veřejného zdraví (viz předchozí bod).
- doklad o vlastnickém nebo jiném právu k objektu nebo prostorám, v nichž budou poskytovány sociální služby, z něhož vyplývá oprávnění žadatele tyto objekty nebo prostory užívat. Tímto dokladem může být například výpis z katastru nemovitostí, nájemní či podnájemní smlouva nebo potvrzení majitele prostor.
- doklad, že žadatel nemá daňové nedoplatky a nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění a na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti. Tyto doklady lze získat na místně příslušném finančním úřadu, správě sociálního zabezpečení a pobočce zdravotní pojišťovny.

Právnícká osoba předkládá všechny výše uvedené doklady a navíc:

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

Příslušný úřad rozhodne o registraci do 30 dnů.

III. Uzavření pojištění profesní odpovědnosti

Toto pojištění je možno uzavřít až po registraci, je však nutné ji do 15 dnů zaslat registrujícímu orgánu.⁷

3.2.2. Postup pro získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb

I. Podmínky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Podmínky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb fyzické nebo právnické osobě upravuje část třetí zákona o zdravotních službách, a to zejména § 16.

O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje krajský úřad, v jehož správním obvodu je zdravotnické zařízení, v němž budou zdravotní služby poskytovány.

II. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Náležitosti žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb stanoví § 18 uvedeného zákona. Žadatelem může být fyzická nebo právnická osoba (dále jen „poskytovatel“). O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb může žádat fyzická nebo právnická osoba, která je plně způsobilá k právním úkonům, je bezúhonná a má odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu poskytované zdravotní péče. Je-li poskytovatelem právnická osoba nebo fyzická osoba, která nemá odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované poskytovatelem, je povinna ustanovit odborného zástupce, který musí splňovat podmínky plné způsobilosti k právním úkonům, bezúhonnosti a odborné způsobilosti odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované poskytovatelem podle ustanovení § 14 zákona o zdravotních službách. O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb lze požádat, a to osobně, poštou nebo datovou schránkou podle ustanovení § 18 zákona o zdravotních službách. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb lze podat na příslušném krajském úřadu podle místa

⁷ Zákon č. 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách.*

poskytování nebo na Magistrátu hlavního města Prahy. Potřebné formuláře lze nalézt na jejich webových stránkách, kde jsou k dispozici formuláře žádostí ke stažení.

K žádosti je nutné zejména doložit:

- doklady o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání;
- doklady o vzdělání;
- doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání (lékařský posudek);
- doklad o bezúhonnosti (v určitých případech si může krajský úřad zajistit sám, např. u cizinců je však nutno získat dle zákona určité doklady);
- provozní řád a rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví;
- doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb;
- prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno;
- seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli, a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Doklady k personálnímu zabezpečení (doklady o vzdělání atd.) se na KÚ nepředkládají, ale je žádoucí doklady o zaměstnancích mít k dispozici.⁸

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

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

Ambulantní specializovaná péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

- psychiatrie, klinická psychologie, geriatric, ošetrovatelská péče v psychiatrii (formou návštěvní služby v oboru psychiatrie, geriatric)

⁸ Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách.*

4. Multidisciplinární tým

4.1. Personální zajištění CDZ-S

Lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie a geriatric (L3) spolu dohromady naplňují **1,0 úvazek**

- z toho je minimálně 0,2 úvazku psychiatr/gerontopsychiatr
- z toho je minimálně 0,2 úvazku geriatr

Klinický psycholog **0,2 úvazku**

Lze rozšířit o psychologa ve zdravotnictví. Musí být však zajištěn odborný dohled klinického psychologa v souladu s požadavky zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Sestra pro péči v psychiatrii **2,0 úvazky**

Sociální pracovník **1,0 úvazek/2,0 úvazky⁹**

Pracovník v sociálních službách **1,0 úvazek/2,0 úvazky¹⁰**

4.2. Dovednosti a kompetence všech členů týmu CDZ-S

Dovednosti všech členů týmu CDZ-S

- Porozumění znakům a symptomům duševním onemocněním a tomu, jak se osoby s duševním onemocněním mohou cítit a jak mohou vnímat okolní svět.
- Neodsuzující, nenálepkující postoj.

⁹ Sociální pracovník 2,0 úvazky v případě CDZ-S s doplňkovou službou denní stacionář, resp. odlehčovací služba v ambulantní formě, dle Zákona o sociálních službách.

¹⁰ Pracovník v sociálních službách 2,0 úvazky v případě CDZ-S doplňkovou službou denní stacionář, resp. odlehčovací služba v ambulantní formě, dle Zákona o sociálních službách.

- Schopnost dobře komunikovat s pacienty, dalšími členy týmu, dalšími subjekty a partnery (další psychiatrické služby, praktický lékař pro dospělé atd.)
- Schopnost pozorovat, monitorovat stav pacienta a rozpoznat, kdy je potřeba do péče zapojit další osobu, expertízu.
- Schopnost vytvořit, udržet i ukončit “pracovní” vztah s pacientem.
- Porozumění a znalost základních farmakologických, psychologických, sociálních léčebných metod a intervencí.
- Schopnost flexibilně provádět, zařizovat potřebnou podporu a pomoc ve všech základních oblastech (sociální potřeby, bydlení, finance, práce atd.)
- Schopnost podporovat pacienta i jeho blízké sociální okolí ve vyjadřování jeho vlastních názorů, rozpoznávání potřeb jím samotným.
- Umět přijmout roli „nezávislého advokáta“ pacienta (někoho, kdo bude plně na straně pacienta), pokud je třeba, a být schopen s ním spolupracovat.
- Porozumění celkovému systému péče o duševně nemocné, znalost patřičné legislativy (včetně lidskoprávní).
- Znalosti a dovednosti týkající se hodnocení rizika. Dovednosti v prevenci a zacházení s chováním pacienta, které je ohrožující pro něj či pro jeho okolí.
- Porozumění problematice závislostí, jak ji rozpoznat, monitorovat, řešit.
- Přesné, srozumitelné, pacienta respektující vedení záznamů. Většina dokumentace by měla být přístupná pacientům, respektive by měla být vedena tak, aby bylo možno umožnit k ní pacientům přístup, a zároveň, aby v ní byly všechny potřebné informace.
- Zvládání krize, základů krizové intervence, včetně telefonické i v terénu.

Psychiatr/gerontopsychiatr

Psychiatr/gerontopsychiatr se specializovanou způsobilostí je garantem zdravotní péče. Mezi dovednosti psychiatra/gerontopsychiatra patří integrace bio-psycho-sociálních přístupů péče. Dále je nezbytné osvojení asertivního využívání role lékařské autority, schopnosti přijmout zodpovědnost za svá rozhodnutí, týmové spolupráce (přijímání odlišných názorů) a dobré komunikace při práci s klienty i členy týmu.

Psychiatr hodnotí stav klienta během prvního kontaktu s ním a během následných kontrol, konzultuje jeho změny s ostatními pracovníky CDZ-S, kteří mají klienta také v péči. Podle toho určuje lékové a nelékové postupy léčby, je zodpovědný za psychiatrickou diagnostiku a indikaci dalších zdravotních služeb (konziliární vyšetření, komunikace s praktickými lékaři pro dospělé, dispenzární péče atd.). Měl by mít dostatek prostoru a flexibility na intervence ad hoc.

Gerontopsychiatr dovede hodnotit somatické, psychologické, sociální a ekonomické faktory, vliv terapie (polypragmazie) v etiologii a patogenezi psychických změn, reakcí a duševních poruch u jedinců staršího věku. Zná atypické a kombinované duševní poruchy ve stáří, vývoj psychických poruch vznikajících v dospělém věku a pokračujících do vyššího věku. Zná problematiku závislostí na psychoaktivních látkách ve stáří. Orientuje se v diagnostice a léčení základních interních, neurologických a sexuálních poruch jedinců vyššího věku. Tento obor se podstatným dílem cíleně věnuje důležité problematice neurodegenerativních onemocnění, demencí a dalších poruch kognitivních funkcí, kdy je zásadní včasný záchyt a co nejranější stanovení diagnózy nastupující demence a její farmakologické a behaviorální léčby.

Psychiatr/gerontopsychiatr je v týmu CDZ-S oporou zejména pro programy Prevence hospitalizace a Podpora setrvání ve vlastním prostředí.

Geriatr

Geriatr je společně s psychiatrem/gerontopsychiatrem garantem zdravotní péče týmu CDZ-S. Jeho role je klíčová v komplexním zhodnocení somatického zdraví a jeho dopadů na zdraví duševní a vice versa dopadů duševního onemocnění na zdraví somatické. Toto zaměření je zvláště aktuální u polymorbidních seniorů, kteří tvoří podstatnou část cílové skupiny. Geriatr hodnotí funkční stav klienta a formou case managementu ve spolupráci s týmem pracuje na zlepšení funkčního stavu klienta. Geriatr je kompetentní k intervenci polypragmazie a zhodnocení rizik nežádoucích účinků léků včetně psychofarmak. Lékové interakce jsou hodnoceny a intervenovány optimálně ve spolupráci s klinickým farmaceutem. Přístupuje ke klientovi formou case managementu. Geriatrická expertíza je v týmu CDZ-S oporou zejména pro programy Prevence hospitalizace a Podpora setrvání ve vlastním prostředí.

Klinický psycholog

Klinický psycholog (dále jen psycholog) je neodmyslitelnou součástí multidisciplinárního týmu CDZ-S. Těžištěm jeho práce je přímá práce s klienty CDZ-S, zejména ve formě neuropsychologické a psychologické diagnostiky, individuální psychoterapie a poradenství pro pečující. Psycholog se může podílet i na vedení programů pro širší veřejnost či širší okolí pacientů. Měl by se vyjadřovat ze svého profesního úhlu ke stanovování léčebných postupů, způsobů kognitivní rehabilitace i konkrétních intervencí. Provádí v případě potřeby komplexní psychodiagnostickou činnost i v místě bydliště. Psycholog může rovněž poskytovat intervizní podporu ostatním členům týmu a metodické vedení interpersonálního a psychoterapeutického přístupu členů týmu ke klientům.

Sestra pro péči v psychiatrii

Mezi činnosti sestry pro péči v psychiatrii/všeobecné sestry zařazené do specializačního vzdělávání Ošetrovatelská péče v psychiatrii patří případové vedení, individuální rehabilitace, krizová intervence, posouzení stavu klienta a identifikace jeho potřeb, zpracování rehabilitačního a krizového plánu, týmové konzultace případu, podávání a podpora užívání perorální medikace, postupy na zvládání stresu nebo krize, trénink komunikačních dovedností, techniky zaměřené na zvládání běžných situací, péče o somatický stav klienta, psychoedukace klienta i jeho blízkých, koordinace dalších potřebných služeb. Vyhodnocuje, zda klient není nebezpečný vůči sobě či okolí a v případě potřeby zajišťuje nezbytná opatření. K hodnocení soběstačnosti a rizikových faktorů používá standardizované ošetrovatelské měřicí techniky (např. test Barthelové, IADL, screening rizika agrese a autoagrese; nutriční screening; hodnocení rizika pádu). Napomáhá klientovi při adaptaci na životní podmínky změněné duševním onemocněním. Je schopna používat cílené aktivity (trénink kognitivních funkcí, edukace, relaxace) k podpoře a zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí klienta. Provádí poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace. Vykonává činnost při krizové intervenci a při zajišťování psychologické pomoci rodině klienta. Zná a používá pomocné psychoterapeutické techniky, včetně podpůrných psychoterapeutických rozhovorů. Neméně důležitou součástí náplně práce sestry pro péči v psychiatrii je i návštěvní služba v přirozeném prostředí klienta na základě indikace ambulantního

psychiatra, popř. praktického lékaře pro dospělé. Jedná se převážně o zhodnocení funkčního stavu klienta v jeho přirozeném prostředí, podávání medikace předepsané lékařem, terénní krizová intervence apod. V neposlední řadě aplikuje depotní injekce a sleduje parametry fyzického zdraví (měření fyziologických funkcí, BMI, hodnocení stavu výživy, stanovení glykémie apod.).

Sociální pracovník/ pracovník v sociálních službách

Velká část činností vyplývá z jejich role case managerů v týmu. Provádí sociální šetření, sociální poradenství, spolu s klientem a jeho blízkými identifikuje jeho potřeby a vhodné postupy jejich naplnění. Mapuje zdroje klienta, jeho rodiny a blízkých a zdroje podpory a pomoci dostupné v komunitě, včetně dostupných služeb zdravotní a sociální péče. Pracuje s celou komunitou, mobilizuje sociální zdroje komunity, vytváří prostředí pro inkluzi klientů do podmínek běžného života. Pokud je třeba, zjednává klientovi přístup k potřebným zdrojům (bydlení, sociální dávky). Podpůrnou a facilitující roli, včetně prevence sociálního vyloučení využívá současně při práci blízkými klienta. V relevantních případech iniciuje v rámci týmu edukaci blízkých v základních pečovatelských, příp. zdravotních úkonech. Provádí vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti klientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů, zejména v jejich sociálním poli. Napomáhá klientovi a jeho blízkým při adaptaci na životní podmínky, změněné duševním onemocněním, resp. demencí. Je schopen používat cílené aktivity (návčik kognitivních funkcí, edukace, návčik sociálních dovedností) k podpoře a zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí klienta. Provádí klienta a jeho blízké procesem přizpůsobení prostředí pro podporu zvýšení či prodloužení soběstačnosti. Pomáhá klientovi a jeho blízkým řešit základní finanční potřeby (invalidní důchod, dávky v bydlení, příspěvek na péči, ošetrovatelské volno apod.), příp. problémy dluhů či předlužení, kontakty na úřady. Podporuje klienta v jeho vlastním rozhodování, využívá metodu podporovaného rozhodování. Facilituje proces zajištění budoucí potřeby podpory v rozhodování, případně proces určení opatrovníka.

Další odborníci dle volby poskytovatele a potřeb regionu

- Lékař specialista: např. neurolog, lékař – specialista v oboru paliativní medicíny, adiktolog, lékař pro návykové nemoci

- Nelékařský zdravotnický pracovník: např. fyzioterapeut, zdravotně-sociální pracovník, ergoterapeut

5. Služby, metody a způsoby práce v multidisciplinárním týmu

5.1. Služby poskytované v CDZ-S

Veškeré služby CDZ-S jsou poskytovány multidisciplinárním týmem, který je poskytuje vhodnou kombinací činností a služeb (dále jen „*programy*“), které přispívají k naplnění hlavních cílů:

- Setrvání v přirozeném prostředí a zvládnání života s onemocněním
- Prevence hospitalizace
- Podpora adaptace na změnu prostředí

Využití běžných systémových zdrojů pomoci a podpory (rodina, síť zdravotníků a sociálních služeb, služeb občanské vybavenosti apod.) Konkrétní náplň programu si tvoří jednotlivé CDZ-S individuálně s ohledem na fáze CM (viz kap. 5.2.).

Multidisciplinární tým poskytuje v souladu se Strategií reformy psychiatrické péče minimálně následující služby/programy:

V programu Prevence hospitalizace se jedná zejména o:

- včasnou diagnostiku a zajištění odpovídající terapie duševního onemocnění
- včasnou diagnostiku a zjednání odpovídající terapie somatického onemocnění
- podporu bezpečného užívání léků a compliance léčebného režimu somatických komorbidit
- aktivní rozpoznání somatického diskomfortu (předchází tzv. poruchám chování přidruženým k demenci (BPSD), tyto BPSD bývají často spouštěči hospitalizace a institucionalizace.
- ošetrovatelskou péči v prostředí klienta
- edukaci a podporu kompetence rodinných příslušníků v ošetrovatelské péči

V programu Adaptace, který v sobě obsahuje podporu zvládnání života s onemocněním, setrvání v běžném prostředí, návrat do běžného prostředí ze

zdravotnického zařízení nebo přechod do zařízení zdravotně-sociální péče, se jedná zejména o:

- identifikaci stakeholderů (systému péče a podpory klienta) a jejich propojení
- podporu komunikace mezi stakeholdery (např. formou případové konference) a snahu o desektorializaci
- zajištění bezpečného prostředí (podpora soběstačnosti a nácvik sebeobslužných aktivit)
 - předání komplexních informací o klientovi (např. souhrnná lékařská zpráva, ošetřovatelská zpráva, Individuální plán klienta, Kniha života) k facilitaci přechodu do zařízení zdravotní či sociální péče a k podpoře stakeholderům v rámci Zákona o zdravotních službách dle § 51 a Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. dle § 100.
- psychosociální podporu během adaptace
- edukaci klienta a rodiny o povaze onemocnění¹¹

Poskytované služby

Níže uvedené specifické služby a zdravotní péči provádí a garantují jednotliví členové týmu dle oprávněnosti k poskytování zdravotní péče a poskytování sociálních služeb v rámci rozsahu odlehčovací služby.

A1) Mobilní služby

Mobilní služby jsou poskytovány prostřednictvím multidisciplinárních týmů v přirozeném prostředí osob, a po vzájemné dohodě také v institucích, kde jsou osoby aktuálně umístěny, za účelem jejich přípravy na propuštění. Hlavním cílem mobilních služeb je poskytování péče v přirozeném prostředí klientů a předcházení stavů, které by vyžadovaly hospitalizaci.

Mobilními službami se rozumí, jde-li o

- zdravotní služby: zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
- sociální služby v terénní formě

¹¹ *Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy duševního zdraví pro seniory.* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

A2) Krizové služby

Krizovými službami se rozumí, jde-li o přímou podporu klienta CDZ-S a jeho blízkých v pro ně obtížných situacích a jejichž cílem je zvládnutí rozvíjející se krize a předcházení hospitalizace.

Mobilní tým CDZ-S neplní roli Zdravotnické záchranné služby (dále jen „ZZS“) ani nenahrazuje služby centra krizové intervence, ale provádí krizovou intervenci v případech, ve kterých není nezbytný zásah ZZS, a to v pracovní době CDZ-S.

Krizové služby jsou určené pro všechny cílové skupiny definované v kapitole 2 Standardu.

Krizovými službami se rozumí, jde-li o

- zdravotní služby: zdravotní péče ve formě ambulantní a zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
- sociální služby: odlehčovací služba v ambulantní a terénní formě.

A3) Zdravotní služby v oboru psychiatrie, geriatric, všeobecná sestra se specializací Ošetrovatelská péče v psychiatrii a klinická psychologie

Zahrnují služby psychiatra, geriatra a sestry pro péči v psychiatrii, klinického psychologa, včetně psychoterapeutické péče, ve formě ambulantní péče a dále ve formě zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta pro všechny cílové skupiny CDZ-S.

A4) Služby včasné intervence

Hlavním cílem služby včasné intervence je včasná detekce onemocnění s rizikem dalšího rozvoje. Součástí těchto služeb je rovněž spolupráce s dalšími stakeholdery v systému péče a podpory klienta v přirozeném regionu. Tyto činnosti probíhají převážně ambulantně.

Službami včasné intervence se rozumí, jde-li o

- zdravotní služby: zdravotní péče ve formě ambulantní a zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta.
- sociální služby: odlehčovací služba

A5) Pohotovost k asertivnímu kontaktování

Jde o intervence multidisciplinárního týmu nebo jednotlivých členů týmu v případě osob 65+ s již probíhajícím, avšak dosud nedignostikovaným nebo aktuálně neléčeným psychiatrickým onemocněním, nebo o intervence při podezření na demenci bez ohledu na věk klientů, které mají nedostatečný náhled na svoje onemocnění, v jehož důsledku hůře navazují spolupráci.

Cílem je dosažení spolupráce s osobou a navázání další péče v CDZ-S za případné spolupráce (edukovaných) rodinných příslušníků nebo jiných osob blízkých, popřípadě osob žijících s nemocným ve společné domácnosti, popř. opatrovníka.

A6) Edukace a informovanost

V kontextu hlavních cílů CDZ-S, jako jsou prevence hospitalizace, podpora zvládnutí života s onemocněním či setrvání v běžném prostředí, návratu do běžného prostředí ze zdravotnického zařízení nebo přechod do zařízení zdravotně-sociální péče, budou poskytovány zejména:

- edukace klienta a rodiny o povaze onemocnění
- edukace a podpora kompetence rodinných příslušníků v ošetrovatelské péči.
- zajištění bezpečného prostředí (podpora soběstačnosti a nácvik sebeobslužných aktivit)
- předání komplexních informací o klientovi k facilitaci přechodu do zařízení zdravotní či sociální péče a k podpoře stakeholderům (v rámci Zákona o zdravotních službách dle § 51 a Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. dle § 100).
- psychosociální podpora

A7) Síťování

CDZ-S se aktivně podílí na propojování a spolupráci všech relevantních služeb, úřadů a dalších zdrojů komunitní podpory klientů v rámci svého přirozeného regionu.

A8) Systematická spolupráce s poskytovateli akutní a následné lůžkové péče

Systematická spolupráce s poskytovateli akutní a následné lůžkové péče slouží k plánovanému předání hospitalizovaných pacientů do další péče týmu CDZ-S po ukončení hospitalizace, dále k udržení kontaktu CDZ-S s hospitalizovanými pacienty a k indikovanému předání klienta CDZ-S k hospitalizaci v případě potřeby.

A9) Kontaktní místo

CDZ-S slouží jako kontaktní místo v přirozeném regionu pro veřejnost a další spolupracující organizace pro vyhledání včasného zásahu a pomoci, které nebyly dosud léčeny nebo přestaly využívat podpory zdravotních a sociálních služeb. Na takto poskytnuté podněty obvykle navazují služby asertivního kontaktování CDZ pro seniory, který osobně nebo telefonicky kontaktuje klienta ve lhůtě 72 hodin v rámci pracovních dnů.

B) Doplnkové sociální služby v ambulantní formě:

Denní skupinové nebo individuální služby zahrnují jak strukturované, tak nestrukturované aktivity, sloužící mj. k prolomení sociální izolace, dále k podpoře stabilizace, zachování soběstačnosti, uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb, udržení a podpoře zdraví.

Jde o: Odlehčovací služba v ambulantní formě dle § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, případně Denní stacionář dle § 46 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – poskytující ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Shrnutí:

Poskytované služby CDZ-S vedou k naplnění hlavních cílů, setrvání v přirozeném prostředí a zvládnutí života s onemocněním, prevence hospitalizace a podpora adaptace na změnu prostředí.

Služby, činnosti vedoucí k daným cílům jsou realizovány formou terénní a/nebo ambulantní s maximálním důrazem na zmocňování klienta, princip subsidiarity, využití běžných systémových zdrojů pomoci a podpory (rodina, existující síť zdravotních služeb, sociálních služeb, služeb občanské vybavenosti apod.).

5.2. Case management

Rozvoj postupů označovaných jako case management (případové vedení) začal vznikat v 70. letech 20. století v USA. Hlavním cílem tohoto rozvoje bylo, aby pro klienty opouštějící lůžkovou zařízení (deinstitucionalizace), byla při řešení jejich individuálních potřeb zároveň zabezpečena propojenost služeb a návaznost poskytované péče v jejich přirozeném prostředí.¹² Systém case managementu se u nás začal používat v 90. letech 20. století a je v multidisciplinárním týmu CDZ zásadním a efektivním přístupem. Reaguje na individuální potřeby klienta, propojuje a zajišťuje dostupnost, koordinaci, komplexnost a kontinuitu všech služeb, které klient využívá.

Mezi základní prvky case managementu patří:¹³

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

Zásady case managementu:

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

¹² Matoušek, O., Kolářková, J., & Kodymová, P. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.

¹³ Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. (2001). Praha: Fokus Praha.

- multidisciplinární spolupráce.¹⁴

Pro zajištění a propojení multidisciplinární práce s klientem CDZ-S je zapotřebí, aby měl každý klient jako svého case managera (klíčového pracovníka) jednoho konkrétního člena týmu, který zapojuje další členy týmu CDZ-S či další subjekty do spolupráce podle aktuálních individuálních potřeb klienta.¹⁵

Standardní fáze case managementu CDZ-S:

- Mapování – zjišťování zdravotních a sociálních potřeb, přehled stakeholderů
- Plánování – vytváření individuálního plánu komplexní péče
- Zjednání přístupu ke službám, v případě potřeby zajištění odpovídající péče CDZ-S
- Monitoring po dobu vedení klienta v péči CDZ-S¹⁶

¹⁴ *Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví.* (2017). Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

¹⁵ *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním.* (2021). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

¹⁶ *Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy duševního zdraví pro seniory.* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

6. Financování

6.1. Financování zdravotní části

Financování zdravotní části probíhá výhradně pomocí úhrad zdravotních výkonů zdravotní pojišťovnou. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování stanovuje vyhláškou MZ ČR, a to na základě zmocnění z § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Postup je s účinností od 1. ledna 2016 specifikován § 17b zákona.

Jakékoliv změny – zařazení výkonu, zrušení výkonu, úpravu bodové hodnoty nebo podmínek vykazování, schvaluje MZ ČR na základě podaného návrhu o změnu. Návrhy změn předkládají buď jednotlivé zdravotní pojišťovny nebo jiné odborné společnosti (např. Psychiatrická společnost ČLS JEP, Česká psychiatrická společnost z.s.) nebo různé profesní organizace (např. ČLK). Návrhy změn jsou vždy po odborné stránce pečlivě zhodnoceny „Pracovní skupinou k seznamu zdravotních výkonů“, což je poradní orgán zřízený MZČR k tomuto účelu. Pracovní skupina má 12 stálých členů a k jednání o daném návrhu je vždy přizván zástupce odborné společnosti, která návrh podala. Implementaci nových výkonů a revizi dosavadních výkonů provádí MZ ČR průběžně tak, aby výkony korespondovaly ve vývoji v poskytované zdravotní péči, a hlavně jejich nákladovosti.

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

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

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

Každý výkon hrazený zdravotní pojišťovnou má svůj specifický číselný kód. V seznamu je vždy uvedeno, jaký zdravotnický pracovník si může tento výkon vykazovat. Nositelem výkonu je vždy zdravotnický pracovník, který získal

specializovanou způsobilost (je schopen samostatné práce a je k ní plně kvalifikován). V některých ojedinělých případech je možné, vždy po předchozí dohodě s konkrétní zdravotní pojišťovnou uzavřít dohodu o krátkém, přesně časově určeném období, kdy může být zdravotní výkon vykazován i jiným odborným zdravotnickým pracovníkem, a to za předpokladu, že nositel výkonu není aktuálně v regionu dostupný a došlo by k omezení péče na úkor pacientů.

V registračním listu je možno dále vidět, jak dlouho výkon trvá. Další vyplývající informací je omezení frekvence výkonu. Což znamená, jak často lze výkon vykazovat.

U většiny výkonů je omezení frekvence na 1x denně nebo 1x měsíčně. Vykazovací měsíc má jen 28 dní. Tudíž 1 vykazovací rok je 12 x 28 dní.

„Nejdůležitější“ hodnotou uvedenou v registračním listu je aktuální bodové hodnocení výkonu. Hodnota bodu je různá, odvíjí se od základní stanovené hodnoty a od množství bonifikací, (za získání diplomu celoživotního vzdělání, za délku pracovní doby apod.)

Každý registrační list také obsahuje popis jednotlivého výkonu, jeho obsah a rozsah a popis všech úkonů, které by měly být během něj provedeny.

Výkony, které budou hrazené v daném pracovišti zdravotní pojišťovnou, je nutné vždy předem písemně dojednat smlouvou. Pokud dochází k přibývání, ubývání nebo změně výkonů, je nutné tuto změnu postihnout dodatkem. V omezeném počtu případů kontaktuje zdravotní pojišťovna poskytovatele služeb, ve většině případů musí poskytovatel požádat zdravotní pojišťovnu o dodatek k úpravě výčtu placených zdravotních výkonů.¹⁷

Výběrová řízení o poskytování a úhradě hrazených služeb pojišťovnami

Výběrové řízení pro poskytovatele zdravotních služeb, fyzickou či právnickou osobu se koná před uzavřením smlouvy s příslušnou pojišťovnou. Informace ke způsobu vyhlášení výběrových řízení je definováno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, na

¹⁷ *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ.* (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb se zdravotními pojišťovnami, odborem zdravotnictví, sociální péče a prevence.¹⁸

Konání výběrového řízení může navrhnout, obec, zdravotní pojišťovna nebo uchazeč.¹⁹

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

Výběrová řízení jsou zveřejněna na úřední desce daného krajského úřadu po dobu nejméně 30 pracovních dnů. Jednání výběrové komise probíhá na krajském úřadě. Výsledek výběrového řízení, který bude rovněž zveřejněn na úřední desce krajského úřadu, obdrží i uchazeč. Vyhlášovatel je povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení včetně počtu získaných hlasů. Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem, pokud bylo uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno.²⁰

¹⁸ Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

¹⁹ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

²⁰ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Smlouvy se zdravotními pojišťovnami

Uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou záleží na charakteru daného regionu a struktuře klientů/pacientů. Nejprve je nutné podat žádost na zdravotní pojišťovnu o nasmlouvání odbornosti 370 pro CDZ-S. Bezpodmínečnou přílohou je výsledek výběrového řízení, kterým žadatelé prošli na krajském úřadě. Pokud daná pojišťovna souhlasí s uzavřením smlouvy, je nutné vyčkat na přidělení IČZ neboli identifikační číslo zařízení a IČP neboli identifikační číslo pracoviště. Identifikační údaje o novém pracovišti si další pojišťovny mezi sebou předají. Po přidělení IČZ a IČP je nutné vyřídít podpisový certifikát, s tímto většinou pomáhá dodavatel zdravotního systému, ve kterém bude CDZ vykazovat své výkony. Podpisový certifikát je důležitý pro lékaře psychiatra i lékaře geriatra. Zdravotní pojišťovna pošle rámcovou smlouvu, která určuje parametry systematické spolupráce mezi zdravotnickým zařízením s odborností 370 a danou pojišťovnou. Společně s rámcovou smlouvou bude zaslán úhradový dodatek, který bude určovat cenu bodu k odbornosti 370.

Úhradový dodatek je každý rok aktualizován. Těmito dokumenty se nastavuje spolupráce mezi pojišťovnou a zdravotní částí týmu zařízení na jeden celý rok. V případě rámcové smlouvy na delší úsek.

K vyúčtování zdravotní péče je žádoucí využívat portál zdravotních pojišťoven. Ten slouží k vyúčtování zdravotní péče. V případě, že zdravotnické zařízení bude provozovatelem i sociální části je nutné doložit registraci odlehčovací služby. Pro případ, že na zřízení se budou podílet dvě organizace, tak je nutné doložit pojišťovně partnerskou smlouvu mezi organizacemi a registraci odlehčovací služby u sociálního partnera CDZ-S.²¹

6.2. Financování sociální části

Způsob financování služeb je stanoven Zákonem 108/2006 o sociálních službách. Hlavní poskytovatelé zdrojů pro sociální služby jsou kraje, které mají podle § 95 tohoto zákona povinnost zajišťovat dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. Kraje rozhodují podle zvláštního právního předpisu zákona 250/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech

²¹ *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR*

územních rozpočtů a předpisů Evropské unie o veřejné podpoře o poskytnutí finančních prostředků z dotace poskytovatelů sociálních služeb. V současné době je možné prostřednictvím veřejných zdrojů, a to z kapitoly 313 - MPSV státního rozpočtu. Na rok 2022 je také připraven dotační titul MZ ČR v rámci dotačního programu pro financování sociální části center duševního zdraví. Jako doplňující alternativní způsob financování pak mohou být různé granty, nadační příspěvky, dary fyzických i právnických osob.

Dotačního řízení se mohou zúčastnit pouze sociální služby, které jsou zapsány v registru Poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 Zákona o sociálních službách. Postup pro registraci sociální služby je popsán výše v kapitole 3.2. O poskytnutí finančních prostředků na jednotlivé sociální služby a jejich výši rozhoduje zastupitelstvo kraje v souladu s podmínkami stanovenými zastupitelstvem kraje. Kromě platné registrace sociální služby je druhou důležitou podmínkou pro získání dotace zařazení registrované služby do tzv. krajské sítě sociálních služeb. Podmínky pro definování sítě služeb v rámci tzv. krajského střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb stanoví vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách.

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

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

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

Ministerstvo práce a sociálních věcí má zákonnou povinnost na vlastní náklady zajistit software pro podávání žádosti o dotace a poskytovat bezplatně tento program krajským úřadům a poskytovatelům sociálních služeb zapsaných v registru podle § 85 odst. 1 Zákona o sociálních službách. Krajské úřady a poskytovatelé sociálních služeb jsou mimo povinnost používat tento program pro podávání žádostí o dotace, též povinni používat tento program pro posouzení žádostí o dotace poskytovatelů a stanovení výši finanční podpory²². V současnosti Ministerstvo práce a sociálních věcí poskytuje krajům a registrovaným službám k používání aplikaci „OKsystem“ pro poskytovatele „OKslužby-poskytovatel“.²³

Dotační řízení vyhlašuje vždy příslušně místní krajský úřad, který stanovuje termín odevzdání žádosti o dotaci. Informace o dotačních řízeních jsou k dispozici s předstihem k dispozici na internetových stránkách a úředních deskách příslušně místních úřadů. Žádost o dotaci se podává na kalendářní rok, a to vždy v roce tomuto roku předcházejícím.²⁴

²² Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.

²³ <https://www.mpsv.cz/web/cz/informace-o-aplikaci>

²⁴ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

7. Přímá práce s klienty CDZ-S

7.1. Příjem klientů

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

- tým CDZ-S kontaktují sami klienti
- na tým CDZ-S se obracejí rodinní příslušníci
- klienti jsou asertivně vyhledáváni týmy CDZ-S v lůžkových zařízeních v rámci přirozeného regionu
- tým CDZ-S osloví personál psychiatrické nemocnice ve spádové oblasti nebo ambulantní psychiatr, praktický lékař, jiná sociální služba, úřady, policie.

Pokud klient nebo rodina kontaktuje CDZ-S, ptáme se citlivě na jeho/jejich potřeby, na adresu a diagnózu. Jako optimální postup se ukazuje probrání informací o potenciálním novém klientovi na nejbližším setkání týmu. (V ideálním případě probíhají krátké týmové porady každý pracovní den.) Určí se jeden pracovník, který bude mít za úkol kontaktovat klienta, případně jeho rodinu, a získat dostatek podkladů pro rozhodnutí, zda klient splňuje kritéria cílové skupiny, či nikoliv. Při kontaktu s klientem, jeho rodinou a případně dalšími zdroji informací je důležité srozumitelně a vnímavě reagovat na jednotlivé situace, ve kterých se klient, nebo rodina nachází. Dávat zřetelně a citlivě najevo, že zatím dochází k mapování situace a sbírání informací a rozhodnutí o přijetí do služby proběhne týmovým rozhodnutím. Po rozhodnutí o přijetí do služby je nutné s klientem, příp. s opatrovníkem uzavřít písemnou smlouvu o poskytování odlehčovací služby²⁵. Proces rozhodování by neměl trvat příliš dlouho. Týmy by měly mít vždy volnou kapacitu, a být schopné reagovat na oslovení klientem do týdne od prvního kontaktu s klientem.²⁶

²⁵ Povinnost uzavřít smlouvu v písemné formě je stanovena §91 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách.

²⁶ *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ.* (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

7.2. Plán zotavení

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

Plán je potřeba průběžně vyhodnocovat a podle aktuální situace a potřeb klienta flexibilně upravovat. Společné hodnocení plánu by mělo probíhat nejméně jednou za půl roku.

Při tvorbě individuálního plánu zotavení se používá princip sdíleného rozhodování, který znamená, že klíčový pracovník společně s klientem a pečujícím zkoumají možné postupy na základě svých zkušeností k dosažení společného rozhodnutí k nastavení následné podoby spolupráce. Společné rozhodování je tedy modelem dvou expertů: odborník a odborník se zkušeností s duševním onemocněním.

Individuální plánování je základním metodickým nástrojem, který zajišťuje nastavení poskytování podpory, intervencí a služeb CDZ-S s ohledem na potřeby, cíle, hodnoty, možnosti a schopnosti klienta, jehož spolupodílení se na individuálním plánování posiluje jeho motivaci a pomáhá mu k rozvoji jeho dovedností a schopností řídit svůj život.

Při individuálním plánování různými plánovacími nástroji je důležité neodklonit se od základní metodologie:

- vychází z filozofie zotavení,
- podporuje zplnomocňování klientů,
- do vytváření je klient aktivně zapojen,
- je využívána všemi zainteresovanými stranami,
- reflektuje silné stránky klienta a jeho přání,
- obsahuje nástroje pro mapování potřeb a přání, nástroje pro individuální plánování včetně krizového plánování,

- nástroje jsou využívány opakovaně, pravidelně revidovány a vždy společně se zapojenými pracovníky a klientem.

V praxi se klíčový pracovník s pečujícím, případně klientem, podílí na individuálním plánu zotavení, který následně konzultuje s týmem, případně s konkrétními členy týmu, kteří jsou do spolupráce s klientem zapojeni a společně s ním směřují k naplňování plánu, a to s jeho průběžným vyhodnocováním.

7.3. Krize a krizový plán

Pro zvládnutí krize je zapotřebí připravenosti celého týmu CDZ-S. Je důležité stav klientů monitorovat na každodenních setkáních týmu. V případě prvních známek krize tak s individuálním přístupem flexibilně reagovat na potřeby klienta, a tím předejít situacím, které by vedly k prohloubení krize. Pokud je klient v krizi, je nutné zintenzivnit a přizpůsobit podporu. Podle potřeby zapojit do spolupráce další členy týmu, v případě CDZ-S je také třeba zapojit do plánování okolí klienta, tedy rodinu, blízké a pečující osoby.

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

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

- zdravotní služby: zdravotní péče ve formě ambulantní a zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí klienta
- sociální služby: odlehčovací služba v ambulantní a terénní formě

V praxi jsou klienti se zvýšenými potřebami podpory a péče na pravidelných poradách týmu CDZ-S konzultováni častěji. V některých centrech se pro tyto účely osvědčilo

používat FACT board jako podpůrný nástroj pro výměnu informací a koordinaci péče mezi členy týmu CDZ.²⁷

7.5. Plán rozvolňování, propouštění klienta ze služby

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

V ideální případě jsou během šesti měsíců hlavní cíle služby CDZ-S z významné části naplněny a je možné intenzitu podpory snižovat. CDZ-S směřuje k zajištění podpory stabilizovaného klienta cestou ostatních existujících služeb a k ukončení služby.²⁸

Z dobré praxe jednoznačně nejlépe vychází domluvená spolupráce, včetně určení jejího období na počátku, jako předpoklad pro úspěšné ukončení poskytování péče v CDZ-S. Ukončení poskytování péče v CDZ-S by mělo být předmětem a diskusí na týmových poradách. Osvědčuje se vnímat ukončení služby jako proces, nikoliv jednorázovou akci, na který je potřeba se s klientem připravit a pečlivě plánovat jeho kroky, včetně napojení na zdroje podpory mimo CDZ-S. Důležité je informovat osobu blízkou, pečujícího, případně klienta, že ukončení neznámá, že službu CDZ-S již není možné v budoucnu využít.

Některá fungující centra duševního zdraví uvádějí následující důvody pro ukončení:

- Osoba přestane splňovat kritéria cílové skupiny – obvykle dojde ke zlepšení, tedy zotavení klienta.

²⁷ *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ.* (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

²⁸ *Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy duševního zdraví pro seniory.* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

- Osoba nebude potřebovat poskytování intenzivní komplexní péče v CDZ-S, bude dostačující poskytování přirozených zdrojů pomoci či pouze ambulantní zdravotní služby či pouze sociální služby bez zdravotní komponenty.
- Naplnění sjednané zakázky.
- Ukončení ze strany klienta (třeba v případě nebude-li považovat službu za užitečnou)
- Ve velmi výjimečných případech pro porušení ustanovení smlouvy o poskytování sociální služby).²⁹

²⁹ *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ.* (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

8. Dokumentace

8.1. Zdravotní dokumentace

Zdravotničtí pracovníci mají přesná pravidla na vedení dokumentace. Záznamy o vedení dokumentace musí být v souladu s platnou legislativou (Zákon č. 372/2011 Sb.). Existují různé programy elektronického vedení dokumentace (nejčastěji používaný software Hippo). Kromě vedení elektronické dokumentace je třeba vést dokumentaci také v papírové podobě.³⁰

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

Obsah zdravotnické dokumentace:

- Identifikační údaje poskytovatele (jméno, příjmení/název poskytovatele, adresa místa poskytování zdravotních služeb/adresa sídla, název oddělení) v případě fyzické osoby

³⁰ *Základní principy péče poskytované Adiktologickými multidisciplinárními týmy (AMT).* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

- Identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, datum narození, číslo pojištěnce, kód zdravotní pojišťovny, adresa trvalého pobytu)
- Pohlaví pacienta
- Jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace
- Datum provedení zápisu, datum a čas poskytnutí neodkladné zdravotní péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta
- Razítko poskytovatele, jde-li o součást zdravotnické dokumentace, která je předávána pacientovi (nebo jiné fyzické nebo právnické osobě, která je oprávněna zdravotnickou dokumentaci převzít)
- Informace o tom, zda jde o pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům³¹

8.2. Sociální dokumentace

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

- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
- Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby.
- Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.³²

Sociální dokumentace je vedena paralelně se zdravotní dokumentací, obě složky jsou částečně odděleny. Každý klient má v uzamčené kartotéce svoji „kapsu“ na dokumentaci a v té má obsaženy obě složky. Dokumentace je vedena částečně v písemné podobě a částečně v elektronické podobě.

³¹ Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách.

³² Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Vedení dokumentace sociálních služeb u služeb sociální péče neumožňuje vést anonymní evidenci jednotlivých osob, kterým je služba poskytnuta.

Optimální je spojení zadání pro zdravotní a sociální služby do funkční podoby dokumentace, která bude úplná, srozumitelná, vedená v reálném čase a dostupná všem členům týmu.

Požadovaný obsah dokumentace vedený ve spolupráci s klienty:

- Souhlas s poskytnutím osobních a citlivých údajů pro využívání služeb CDZ-S dle Zákona o ochraně osobních údajů³³
- Smlouva o spolupráci – Smlouva obsahuje tyto náležitosti:
 - a) označení smluvních stran,
 - b) druh sociální služby,
 - c) rozsah poskytování sociální služby,
 - d) místo a čas poskytování sociální služby,
 - e) výši úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanovené v § 73 až 77 a způsob jejího placení, včetně způsobu vyúčtování,
 - f) ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb,
 - g) výpovědní důvody a výpovědní lhůty,
 - h) dobu platnosti smlouvy.
- Seznámení klientů s předpisy – Pravidla poskytování služby, Předpis řešení stížností
- Individuální plán - dle zákona o soc. službách č. 108/2006 Sb., jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni: plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést

³³ Zákon č. 101/2000 Sb. *Zákon o ochraně osobních údajů.*

písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů.

- Protikrizový plán³⁴

Sdílení dokumentace celým týmem je umožněno souhlasem klienta/zákonného zástupce (podepsáním souhlasu o sdílení informací). Pokud nelze souhlas klienta zajistit, je i tak služba CDZ-S klientovi poskytována a dokumentace je sdílena v rozsahu umožněném legislativou platnou pro sociálně-zdravotnická zařízení. Nezbytným kritériem pro fungování služby CDZ-S je mlčenlivost.³⁵ Kromě vedení dokumentace pro různé formy evidence, je důležité mít dokumentaci o klientech jasnou, přehlednou, obsahující všechny důležité údaje, avšak nezahlcenou zbytečnými detaily. Jednotná dokumentace práce s klienty je nutnou podmínkou týmového přístupu a vzájemné zastupitelnosti.³⁶

³⁴ Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.

³⁵ Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, § 100

³⁶ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

9. Spolupráce s ostatními subjekty

K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení klientů, spolupracuje CDZ-S ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami, jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci seniorů. V rámci přirozeného regionu zajišťuje CDZ-S jak funkční propojení ambulantní a lůžkové péče, tak konsiliární služby pro poskytovatele zdravotních služeb jiných odborností, aktivně se podílí na propojování a spolupráci všech relevantních služeb, úřadů a dalších zdrojů komunitní podpory klientů.³⁷

Spolupráce s ostatními subjekty má povahu multidisciplinární mezioborové spolupráce. Předpokládá mít navázané osobní kontakty se zástupci služeb v rámci přirozeného regionu, dovednost vyjednávat podmínky spolupráce, ze které budou benefitovat jak klienti, tak ostatní aktéři v systému. Pro budování a udržování sítě kontaktů jsou třeba specifické kompetence pracovníků CDZ-S (znalost systémů služeb, společný slovník, znalost mechanismů úhrad apod.). Klíčová je spolupráce s lékaři primární péče, zejména s praktickými lékaři pro dospělé. Tato spolupráce by měla lépe propojit psychiatrickou a primární péči a vést k lepší organizaci zdravotního systému. V oblasti péče o somatické zdraví (včetně stomatologického) je u geriatrických pacientů s duševním onemocněním vyšší riziko bagatelizace obtíží (z důvodu „přiměřeného věku“), než je tomu u majoritní společnosti. Praktický lékař hraje klíčovou roli při navázání na další zdroje podpory (organizace pro domácí péči, předepsání potřebných pomůcek, posudek pro řízení o příspěvku na péči apod.). Možností je i tak zvaná „joint work“, tedy paralelní práce, respektive asistence týmu praktickému lékaři podle potřeby, a to zejména v situaci, když je již pacient z péče týmu propuštěn, ale i v situaci, kdyby do péče týmu ani vstoupit nemusel, díky dobrému vedení praktickým lékařem, respektive díky odborné podpoře ze strany týmu CDZ-S. Tato spolupráce je žádoucí a efektivní. Neméně důležitá je i spolupráce s poskytovateli lůžkových zařízení (psychiatrická oddělení a psychiatrické nemocnice, pobytové sociální služby) v rámci přirozeného regionu. Spolupráce s lůžkovým zařízením by

³⁷ *Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví pro seniory (CDZ-S).* (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

měla být takového charakteru, aby se překonal zasetý stereotyp váš – náš pacient a aby byla zajištěna kontinuita péče o společného klienta.

Důležitá je spolupráce s pracovníky místní samosprávy odpovědnými např. za příspěvky na péči, invalidní důchod, dávky na bydlení, spolupráce s opatrovníky apod.

Podpora a spolupráce s rodinou a blízkými klienta je velmi důležitým faktorem v léčbě duševně nemocných. Rodina klienta a jeho blízké okolí hraje v péči o něj často významnou roli. Jde o nejpřirozenější a hlavní zdroj pomoci a podpory. Péče o člena rodiny s duševním onemocněním může být spojena se značnou psychickou zátěží a zodpovědností. Velmi často se právě rodina obrací na tým s žádostí o pomoc. Řada prokazatelně efektivních přístupů péče o osoby s duševním onemocněním je založena na intenzivním zapojení členů rodiny do procesu léčby (jde o postupy: otevřený dialog, systemický přístup, práce s vyjádřením emocí – express emotions, přístup včasné intervence atd.). Je zapotřebí podporovat rodinu tak, aby byla schopna se s tím, že jeden její člen je osobou s duševním onemocněním, co nejlépe vyrovnat a aby měla dostatek kapacit na jeho potřebnou podporu.

Rodinní příslušníci osob s demencí budou z podpory týmu CDZ-S rovněž profitovat, protože často jsou oni hlavním pečujícím. Péče o osoby s pokročilou demencí je však velice náročná, zátěž s ní spojená má negativní dopad na psychické zdraví blízkých pečujících i celkovou kvalitu jejich života. Podpora týmu CDZ-S pracující formou case managementu však může snížit míru depresivity blízkých pečujících a mít příznivý dopad na kvalitu jejich života. Podpora blízkých pečujících v jejich péči může rovněž přispět ke snížení počtu hospitalizací klientů.

Změna směřující k větší propojenosti všech složek péče o duševně nemocné je otázkou změny přístupu a postupně celkové filozofie péče o duševně nemocné v ČR. Z příkladů z dobré praxe je zřejmé, že samotné týmy mohou svojí proaktivitou a otevřeností dosáhnout pozitivních výsledků a změn v oblasti propojení, sladění a koordinace s dalšími službami.³⁸

³⁸ *Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy duševního zdraví pro seniory.* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

Seznam užitečných kontaktů

Krizové linky

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

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

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

Linka seniorů (Elpida): 800 200 007 denně 8-20 hodin bezplatná, anonymní telefonická krizová pomoc pro seniory, pečující o seniory a osoby v krizi

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

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

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

Krizová centra

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

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

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

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

Seznam zdrojů

- Kolitsch. K., Horová. E., Spálenková. M., Dvořáková. M., Teslíková. A., Jamarová. L., Pfeifer. J. 2022. *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha. [online] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/doporucene-postupy-pro-vznik-novych-cdz/>
- Matoušek, O., Koláčková, J., & Kodymová, P. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2022. *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro seniory (CDZ-S)*. Praha.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2017. *Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví*. [online]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_2_2017_CDZ.pdf/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2019). *Průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha. [online]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2021). *Podpora zavedení nových služeb v oblastech péče o gerontopsychiatrické pacienty s demencí*. Praha.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2020. *Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy duševního zdraví pro seniory - principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz*. Praha.
- Papežová, S., Pfeiffer, J., Mašíňová Krbcová, L., Urbánková, M., Fišarová, Z., & Herbstová, H. (2020). *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním – Reforma psychiatrie*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>



- Pfeiffer. J., Svačina. G., Povolná. K., Mikulénka. J., Loudová. M., Říčánková. S. 2022. *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/centrum-dusevniho-zdravi-jeho-role-v-systemu-pece>
- Psychiatrická společnost ČLS JEP. (2017). *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha. Galén, spol. s r.o., [online]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
- Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. (2001). Praha: Fokus Praha.
- Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Zákon č. 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách*.
- Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách*.
- Zákon č. 101/2000 Sb. *Zákon o ochraně osobních údajů*.
- Zákon č. 48/1997 Sb., *Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*.
- <https://www.mpsv.cz/web/cz/informace-o-aplikaci>
- <https://www.reformapsychiatrie.cz>

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



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY