



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče

Základní principy péče poskytované v CDZ
(principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)

Obsah

| | | |
|------|---|----|
| 1. | Úvod..... | 4 |
| 2. | Charakteristika Centra duševního zdraví | 4 |
| 3. | Základní filozofie a principy péče poskytované v CDZ..... | 5 |
| 3.1. | Základní filozofie péče poskytované v CDZ | 5 |
| 3.2. | Základní principy péče poskytované v CDZ..... | 7 |
| 4. | Složení a kompetence týmu CDZ..... | 13 |
| 4.1. | Složení týmu CDZ..... | 13 |
| 4.2. | Kompetence členů týmu CDZ | 16 |
| 5. | Provoz CDZ a řízení multidisciplinárního týmu | 17 |
| 5.1. | Vytvoření týmu | 17 |
| 5.2. | Vedení týmu | 18 |
| 5.3. | Rozhodování v týmu..... | 18 |
| 5.4. | Komunikace v týmu | 18 |
| 5.5. | Zajištění bezpečnosti..... | 19 |
| 5.6. | Dokumentace | 20 |
| 5.7. | Organizační řád a pravidla | 20 |
| 6. | Služby poskytované v CDZ | 21 |
| 6.1. | Služby terénního týmu | 21 |
| 6.2. | Služby denní péče..... | 21 |
| 6.3. | Služby krizové | 22 |
| 6.4. | Služby psychiatrické | 22 |
| 6.5. | Služby klinického psychologa..... | 22 |
| 6.6. | Služby psychoterapeutické | 23 |
| 6.7. | Podpora svépomocných činností | 23 |
| 7. | Práce s klientem/pacientem | 23 |
| 7.1. | Rozhodování o přijetí klienta/pacienta | 23 |
| 7.2. | Určení klíčového pracovníka..... | 24 |
| 7.3. | Navazování kontaktu s klientem/pacientem | 24 |
| 7.4. | Vypracování plánu zotavení..... | 24 |
| 7.5. | Krizová intervence | 25 |
| 7.6. | Krizový (protikrizový) plán klienta/pacienta | 25 |

| | |
|---|----|
| 7.7. Propouštění klienta/pacienta | 25 |
| 8. Vznik CDZ | 25 |
| 8.1. Zakotvení v systému..... | 26 |
| 9. Podmínky pro poskytování zdravotních a sociálních služeb | 26 |
| 9.1. Podmínky pro poskytování sociálních služeb v CDZ | 26 |
| 9.2. Podmínky pro poskytování zdravotních služeb v CDZ:..... | 27 |
| 10. Činnosti zdravotní a sociální | 28 |
| 10.1. Činnosti zdravotní..... | 28 |
| 10.2. Činnosti sociální..... | 31 |
| 11. Systém kontroly..... | 31 |
| 12. Sběr dat..... | 31 |

1. Úvod

Cílem textu je pomoci se zorientovat v krocích nutných k realizaci Centra duševního zdraví (dále jen CDZ) v souladu se Strategií reformy psychiatrické péče (dále jen SRPP) a standardy péče. Materiál je určen pro provozovatele CDZ, pracovníky krajských úřadů a zdravotních pojišťoven.

Dokument si neklade ambice na pojmenování všech možností a výjimek, ale shrnuje a odkazuje na základní principy nutné k zřízení a zajištění bezpečného provozu v tomto zařízení.

Tento dokument byl vytvořen v rámci pracovní skupiny Tvorba standardů a metodik.

2. Charakteristika Centra duševního zdraví

CDZ jsou novým nízkoprahovým pilířem pro poskytování zdravotně-sociálních služeb. Právě tímto pilířem se rozšiřuje systém péče v ČR a přibližuje ji tak blíže duševně nemocným. Poskytuje individualizovanou péči zejména vážně duševně nemocným – Severe Mental Illness (SMI), koordinuje dostupné služby s ohledem na potřeby klientů/pacientů v jejich přirozeném prostředí.

CDZ je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou - akutní i specializovanou - péčí. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Za tímto účelem CDZ vytváří potřebné programy, zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Multidisciplinární tým CDZ pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům/pacientům ze spádové oblasti bez čekací doby.

K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení klientů/pacientů (recovery), spolupracuje CDZ ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit aj.

CDZ je soubor vzájemně propojených lékařských, klinickopsychologických a navázaných sociálních služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujícími v dané oblasti plnění (60 – 140 000 obyvatel) služby osobám s vážným duševním onemocněním.

Cílovou skupinou CDZ jsou:

- 1) klienti/pacienti se závažným duševním onemocněním (SMI – Serious/severe Mental Illness), či osoby ohrožené SMI) tak, aby mohli žít jako ostatní (většina společnosti) v podmínkách běžného života. Cílem činnosti je tedy i předcházení hospitalizací či jejich zkracování. Pokud jde o osoby dlouhodobě hospitalizované nebo kvůli duševní nemoci dlouhodobě umístěné ve zdravotnických či sociálních zařízeních, je cílem jejich reintegrace do normálního, běžného života.

Charakteristika SMI:

- a) diagnostické okruhy (F2¹, F3², eventuálně F42³ a F6⁴);
- b) trvání onemocnění (déle než 2 roky);
- c) funkční narušení (skóre GAF \leq 70, kde GAF je klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění; upraveno dle Ruggeri et al., 2000).

CDZ poskytuje dlouhodobou péči zahrnující psychiatrickou a sociální rehabilitaci.

- 2) osoby s potřebou včasné intervence, tzn. osoby s rizikem rozvoje SMI.

Cílem CDZ je včasná diagnostika onemocnění a rychlé započítí léčby.

- 3) lidé v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi nevyžadující hospitalizaci.

Akutní stavy nebo dekompenzace chronických psychiatrických onemocnění s výjimkou akutních intoxikací.

Cílem CDZ je krátkodobá intervence a předání do další péče.

3. Základní filozofie a principy péče poskytované v CDZ

3.1. Základní filozofie péče poskytované v CDZ

V ČR pracovaly v oblasti komunitní, mobilní podpory klientů/pacientů SMI převážně týmy složené zejména ze sociálních pracovníků. Tyto týmy se méně intenzivně angažovaly v krizové práci s klientem/pacientem. Jejich modus operandi byl limitován metodami sociální práce. Míra jejich asertivity byla do značné míry limitována filozofií sociální služby. Sociální pracovníci byli zvyklí pracovat jen s jasnou "zakázkou" od klienta/pacienta. Zdravotničtí pracovníci pracovali v terénních týmech spíše ojedinele. Zdravotničtí pracovníci jsou v podmínkách ČR, zvláště ti v lůžkových zařízeních, zvyklí na práci spíše v "medicinském modelu". Propojení, sladování filozofie (hodnot a způsobu práce) sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků je důležitou součástí změny systému péče. Společné vytvoření stylu práce týmu, kde se oba přístupy spíše podporují, než by byly ve vzájemném konfliktu, je jedním z klíčových momentů úspěšnosti funkce multidisciplinárního týmu.

Práce multidisciplinárního - komunitního týmu by měla být primárně zaměřena na holistický bio-psycho-sociální model. Musí být orientována na celostní podporu klienta/pacienta v jeho cestě k úzdavě⁵. Úzdavou není myšlena jen absence symptomů nemoci, ale udržení či znovunaplnění rodinných, sociálních, společenských i pracovních rolí klienta/pacienta.

¹ Schizofrenní onemocnění

² Afektivní poruchy

³ Obsedantně – kompulzivní poruchy

⁴ Specifické poruchy osobnosti

⁵ **Definice Recovery (úzdavy/zotavení) dle Anthonyho:** „Zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.“ (Anthony, 1993).

Recovery přístup bere vážně ztrátu smyslu a trauma z následků onemocnění jako zásadní překážku v zotavení z duševního onemocnění. Cílem péče nemá být pouze odstranit symptomy onemocnění, ale soustředit se i na obnovení běžných sociálních rolí a prožívání smysluplného života. Je to především dopad onemocnění v podobě stigmatizace, který negativně ovlivňuje kvalitu života nemocného, jeho sebevědomí, postoje, víru ve smysluplnou budoucnost, vztahy i fungování v běžných rolích (partnera, rodiče, zaměstnance, souseda atd.). Všechny tyto okolnosti zároveň výrazně zvyšují stresovou zátěž a tím i riziko relapsu onemocnění. Recovery zabraňuje vzniku bludného kruhu, který prognózu onemocnění a kvalitu života dále zhoršuje.

Hlavní principy přístupu údravy:

- Práce s nadějí. Důležitá je otevřenost ke všem možnostem budoucí životní dráhy klienta/pacienta. Ne apriorní uzavírání některých možností proto, že klient/pacient prochází či procházel zkušeností s duševním onemocněním. Posilování naděje jako silného motivačního faktoru je klíčovým prvkem.
- Rozvoj silných stránek. Pozornost je věnována rozvoji potenciálu klienta/pacienta nikoliv zaměřením na limity omezení.
- Celostní/holistický/ přístup. Podpora klienta/pacienta je zaměřena na všechny oblasti života, na posilování klienta/pacienta ve zvládnutí jeho životních rolí (bydlení, práce, volný čas, společenský, partnerský - rodinný život, osobnostní a profesionální růst atd.), tedy nejen na zdravotní oblast (duševní nemoc a kontrola symptomů). „Jde o znovunastolení pozitivní identity - nalezení nové identity, která zahrnuje nemoc, ale ponechává základní, pozitivní smysl sebe sama. Vybudování smysluplného života - najít v nemoci smysl, najít navzdory nemoci smysl života, zapojit se do života“ (Andersen, Pares & Caputi, 2003)
- Zplnomocňování. Klíčová je podpora klienta/pacienta tak, aby sám byl schopen rozhodovat a řídit svůj život. Asertivní přístup, proaktivní intervence (intervence, které nemusí být primárně vyžádány samotným klientem/pacientem) jsou realizovány jen v situacích, kdy klient/pacient (kvůli své nemoci) není schopen plného kontaktu s realitou a přebírání plné zodpovědnosti za své rozhodování a jednání. Tyto intervence jsou však realizovány po co nejkratší dobu a způsobem, který umožňuje klientovi/pacientovi přebírat co nejrychleji a co nejvíce plnou zodpovědnost. Pracovníci podporují klienta/pacienta v jeho rozhodování. Hlavním vodítkem v práci s klientem/pacientem je to, co klient/pacient sám pokládá za podstatné ve své cestě k zotavení.
- Respekt. Práce s klientem/pacientem je založena na partnerském vztahu (dospělý - dospělý) a všechna jeho práva (například, jak jsou definována v Úmluvě o právech lidí se zdravotním postižením, OSN 2006, 2008) jsou plně respektována, podporována a naplňována.
- Individualizovaný přístup. Každý klient/pacient má svou specifickou cestu k zotavení. Proto je práce s každým klientem/pacientem jedinečná a není možno uplatňovat stereotypní přístupy. Proto je s každým klientem/pacientem vypracováván jeho individuální plán spolupráce s týmem.

3.2. Základní principy péče poskytované v CDZ

3.2.1. Prioritní skupina klientů/pacientů

Vážně duševně nemocní (SMI) jsou tou skupinou klientů/pacientů z celé oblasti psychiatrie - péče o osoby s duševním onemocněním, která je nejvíce ohrožena důsledky vlastní nemoci i okolnostmi s nemocí spojenými (včetně předsudků společnosti). Jsou nejvíce ohroženi tím, že jejich lidská práva, včetně práva na život v běžné komunitě, nebudou naplněna. Jsou skupinou nejvíce ohroženou syndromem "otáčivých dveří", tj. opakovaných hospitalizací v psychiatrických zařízeních, a jsou i nejvíce ohroženi dlouhodobým či trvalým pobytem v ústavní péči (psychiatrické nemocnice či pobytová sociální ústavní zařízení - domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem). Zkušenost ukazuje, že bude existovat větší poptávka po službách mobilního - multidisciplinárního týmu, než jakou budou tyto týmy schopny uspokojit. Proto je zapotřebí dbát o to, aby kapacity týmu byly k dispozici cílové (nejvíce potřebné) skupině. Tedy je třeba dobře zvažovat, jestli klient/pacient, který o službu žádá, (či je o službu pro něj někým žádáno) skutečně patří do prioritní skupiny. Nejsložitější rozhodování většinou bývá u skupiny osob diagnostikovaných jako hraniční poruchy osobnosti (s případným výskytem přechodné psychotické symptomatologie). Je také zapotřebí vždy zvažovat, jestli klient/pacient, kterého má tým v péči, je již schopen kvalitního života bez podpory týmu, a s takovým klientem/pacientem intenzivně pracovat na jeho bezpečném propuštění - předání do péče méně intenzivního charakteru (péče ambulantního psychiatra, obvodního lékaře). Zároveň je však potřeba mít mechanismy, které v případě akutní potřeby takovému klientu/pacientu umožní, aby spolupráce s týmem byla obnovena. Je nezbytné, aby tým měl i dostatek kapacit na práci při včasné identifikaci a rychlé pomoci a podpoře klientům/pacientům (a jejich rodinám), povětšinou osobám mladšího věku, u kterých se vážné duševní onemocnění rozvíjí, či u kterých je značné riziko jeho propuknutí. V takových případech jde o to, aby dotyčná osoba "kariéru" duševně nemocného v podstatě nenastoupila.

3.2.2. Asertivita

Tým podporuje nejen klienty/pacienty (dané cílové skupiny), kteří se sami k službě dostaví či se o pomoc přihlásí, ale i ty, kteří službu nevyhledávají či ji v určité fázi (kvůli vlivu nemoci na jejich schopnost jednání a rozhodování) i odmítají, ale bez podpory (služby) se jejich situace stále zhoršuje a oni se propadávají do sociální exkluze. Tento přístup umožňuje i klientům/pacientům, kteří z "běžně dostupných služeb" (včetně služeb ambulantního psychiatra) vypadávají, jsou výrazně ohroženi dekompenzací svého duševního stavu i úpadkem své životní situace, aby nezůstávali ve svých problémech bez pomoci. Tento přístup v sobě tedy zahrnuje i aktivní vyhledávání osob trpících vážným duševním onemocněním a nemajících aktuálně žádnou adekvátní pomoc. Vyhledávání takovýchto osob znamená dostatečné informování a úzkou spolupráci se všemi relevantními subjekty, které o situaci či existenci "potřebných" klientů/pacientů mohou vědět. Jde o rodinné příslušníky, místní samosprávu, sociální služby, policii, lůžková (psychiatrická) oddělení atd. Asertivita však neznamená činění kroků proti vůli klienta/pacienta, ale hledání cest, jak klienta/pacienta všemi možnými prostředky a přístupy ke spolupráci motivovat a podporovat jeho schopnosti přejímat zodpovědnost za své zotavení a pracovat s ním pak dále v partnerském způsobu spolupráce. Učinění kroků proti vůli klienta/pacienta (nedobrovolná hospitalizace v psychiatrickém zařízení) je posledním řešením krizové situace (klient/pacient výrazně

ohrožuje sebe či své okolí). I v takové situaci je však klíčové dbát o lidskou důstojnost dotyčného, maximálně zapojovat klienta/pacienta do spolurozhodování a posilovat jeho schopnosti adekvátně řídit svůj životaběh. Tento způsob práce může výrazně snižovat množství i délku hospitalizací osob z cílové skupiny a může významně podpořit “normalizaci” jejich života. Tento způsob práce je jedinečný pro multidisciplinární (mobilní) týmy a není zastoupen v obsahu práce žádné jiné služby v systému péče o duševně nemocné v ČR.

3.2.3. Regionalita

Pro zajištění i proaktivního vyhledávání potřebných klientů/pacientů je zapotřebí definovat jasnou spádovou oblast, za kterou je daný tým zodpovědný. Definování regionu je nutné i proto, aby bylo zřetelné, s jakými subjekty, včetně služeb běžné komunity, tým má a může spolupracovat. Jak je region definován, je prozatím dáno jednak rozhodnutím samotného týmu a jednak podmínkami definovanými plátcí služeb (povětšinou krajský odbor sociálních služeb či různé granty). V některých případech prozatím jde o regionalitu v podstatě výrazně přesahující stávající personální kapacitu týmu; je pak problém, aby byl schopen skutečně intenzivní a asertivní práce o všechny potřebné klienty/pacienty v dané oblasti. Definování realistického spádu je proto klíčové pro potřebnou kvalitu a intenzitu práce. Panuje shoda v tom, že je lepší (vzhledem k počtu členů týmu) mít definovanou menší spádovou oblast a v ní se intenzivně starat o všechny “potřebné”, než mít definovanou širší spádovou oblast a v ní se starat jen o některé klienty/pacienty ze skupiny SMI. V takovém případě povětšinou vypadne péče o komplikovanější, avšak právě proto nejpotřebnější klienty/pacienty. Rozšíření regionu (do velikosti definované ve standardu péče poskytované v Centrech duševního zdraví /CDZ/, tj. 60 000 – 140 000 obyvatel) je pak možno dosáhnout při kapacitním rozšíření týmu. Existuje shoda v tom, že je většinou výhodné, pokud se spádový region shoduje s oblastí bývalých okresů. V diskuzích byla zvažována i možnost, že v mimoměstských oblastech s menší hustotou obyvatel a většími vzdálenostmi dojezdu ke klientovi/pacientovi může mít jeden tým hlavní sídlo a případně ještě sídlo své pobočky. Avšak stále bude jednou funkční jednotkou.

3.2.4. Spolupráce s dalšími specifickými službami

Za účelem vyhledávání potřebných klientů/pacientů, zajištění kontinuity péče, předcházení a zkracování hospitalizací, zajištění bezpečného propuštění z péče týmu je zapotřebí intenzivní spolupráce s dalšími sociálními a zdravotními službami v dané spádové oblasti. Klíčová je spolupráce s ambulantními psychiatry v oblasti a spolupráce se spádovými lůžkovými zařízeními (psychiatrická oddělení a psychiatrické nemocnice). Jsou různé způsoby spolupráce s ambulantními psychiatry týmu (ošetřujícím specialistou) klienta/pacienta. Existuje praxe, že klient/pacient zůstává v plné péči svého ambulantního psychiatra a psychiatr týmu je jakýmsi stínovým psychiatrem po dobu péče týmu. Existuje i praxe opačná, že po dobu, kdy je klient/pacient v péči týmu, je psychiatr týmu jeho “hlavním ošetřujícím psychiatrem”. Nadále však existuje průběžná spolupráce a informování původního psychiatra klienta/pacienta (pokud takový existuje). Většina týmů dává spíše přednost druhé variantě. Varianta první (plná péče ambulantního psychiatra) byla častou praxí zvláště proto, že týmy svého vlastního psychiatra postrádaly. Před organizačními principy je však vždy zapotřebí respektovat preference klienta/pacienta, u kterého psychiatra se léčit. Spolupráce s lůžkovým zařízením by měla být takového charakteru, aby se překonal zajetý stereotyp váš - náš klient/pacient a aby byla zajištěna kontinuita a logika podpory klienta/pacienta, ideálně tak, jak je nastavena v rámci dlouhodobější práce s ním v rámci komunitního - multidisciplinárního týmu. Pokud

klient/pacient zatím není v péči týmu (a spadá do cílové skupiny), měl by s ním být už během jeho hospitalizace navázán potřebný intenzivní kontakt, a to tak, aby, mimo jiné, jeho hospitalizace mohla být pokud možno zkrácena na nezbytně nutnou dobu. V případě dlouhodobě hospitalizovaných je nutno společně s lůžkovým zařízením (pobytovým zařízením sociálních služeb) pracovat na klientově/pacientově včasném, avšak bezpečném propuštění. Aktuálně existují příklady různých forem spolupráce týmu s lůžkovými zařízeními. Jde o spolupráci ad hoc. Jsou to pravidelná setkávání v rozmezí jednoho i více měsíců v rámci primářských porad a o poměrně intenzivní setkávání i jednou týdně, s intenzivní spoluprací s celým týmem lůžkového poskytovatele zdravotní péče. Tento typ intenzivní spolupráce je prozatím spíše jen výjimkou a je to většinou spolupráce mezi týmem a psychiatrickými odděleními všeobecných nemocnic (popřípadě fakultních nemocnic). Intenzivnější spolupráci s psychiatrickými nemocnicemi často komplikuje fakt, že v rámci nemocnice neexistuje systém spádové příslušnosti jednotlivých pavilonů. Tým pak musí jednak vyhledávat, na kterém pavilonu je klient/pacient z jeho regionu umístěn, a jednak potom musí spolupracovat s více týmy. Taková situace intenzivnější spolupráci příliš neumožňuje.

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

V neposlední řadě je důležitá i spolupráce s praktickým lékařem klienta/pacienta. Je důležité zajistit péči o jeho celkový zdravotní stav. Je známo, že péče o somatické zdraví (včetně stomatologického) je zvláště u klientů/pacientů ze skupiny SMI často více zanedbávána, než je tomu u majoritní společnosti. Praktický lékař může i zajišťovat z velké míry následnou péči o klienta/pacienta po jeho propuštění z péče týmu (případně i jeho rychlé napojení na tým, pokud by bylo v budoucnu potřeba). Možností je i tak zvaná "joint work", tedy paralelní práce, respektive asistence týmu praktickému lékaři podle potřeby, a to zejména v situaci, když je již klient/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 (případně i ze strany ambulantního specialisty - psychiatra). Tato spolupráce je žádoucí a efektivní. Pro její posílení by však bylo potřeba motivovat zúčastněné prostřednictvím zdravotních pojišťoven.

3.2.5. Využívání všech zdrojů komunity

Podstatným rysem práce týmu je to, aby klienti/pacienti službu týmu potřebovali po co nejkratší dobu a aby mohli využívat všechny možnosti pomoci a podpory, které jsou běžně dostupné v daném území (komunitě) pro všechny ostatní obyvatele. To jednak znamená, aby tyto zdroje byly klientům/pacientům přístupné (aby klienty/pacienty neodmítaly), a jednak aby se je klienti/pacienti naučili využívat (a měli na jejich využívání i potřebné prostředky - doprava, finance atd. - pokud je jich zapotřebí). Je obecná shoda v tom, že programy v CDZ mají být v podstatě minimální a jasně cílené na individuální potřeby konkrétního klienta/pacienta. Má být maximální snaha o to, aby to, co klienti/pacienti potřebují ke svému kvalitnímu životu (včetně denních programů, tréninku dovedností atd.), probíhalo v co nejběžnějších podmínkách a místech. Tým má co nejvíc předcházet tomu, aby klienti/pacienti žili v paralelním světě "služeb duševního zdraví" (denní programy, denní centra, chráněné bydlení, chráněné dílny, sociálně terapeutické dílny atd.), ba dokonce aby na nich byli v podstatě závislí. Závislost lze tolerovat pouze dočasně s perspektivou budoucí nezávislosti. Za tímto účelem tým musí pracovat na identifikování potřebných zdrojů komunity a i pracovat s nimi tak, aby k jejich klientům/pacientům byly vstřícné a potřebně podpůrné (včetně práce na odstraňování stigmatu a předsudků). Důležitá je spolupráce s pracovníky místní samosprávy odpovědnými např. za posuzování příspěvku na bydlení, přidělování sociálních bytů, s kurátory, opatrovníky, s místní i státní policií i s dalšími místními službami. Osvědčila se např. pravidelná setkání se zástupci samosprávy a místních služeb, při kterých se hledají řešení konkrétních i modelových situací.

3.2.6. Spolupráce s návaznými službami

Návaznost na další služby, například služby podpory bydlení, programy volnočasové, programy zaměstnávání, denní stacionáře, atd.

3.2.7. Multidisciplinarita

Úzká spolupráce všech nezbytných - základních profesí (psychiatrii, kliničtí psychologové, všeobecné/sestry pro péči v psychiatrii, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách) včetně IPS (Individual Placement and Support) pracovníků a peer konzultantů v rámci jednoho funkčního týmu je základem úspěšnosti Center duševního zdraví (role jednotlivých profesí je pojednána v samostatné kapitole). Přínosem je, že každá profese přináší specifické znalosti a dovednosti. Tým je zajištěna pluralita pohledu i široká škála nabídky pomoci. Ukazuje se však, že je zapotřebí, aby všichni členové týmu (od začátku či v průběhu existence týmu) sdíleli určité penzum společných znalostí a dovedností. Sociální pracovníci by měli být obeznámeni se základy psychiatrické diagnostiky a se základy biologické léčby a naopak zdravotničtí pracovníci by měli mít jisté penzum znalostí sociální práce, práce s komunitou, prostředím klienta/pacienta atd. Některé týmy pracují tak, že v začátku s jedním klientem/pacientem pracuje jak zdravotnický, tak sociální pracovník. Takto by měl být zajištěn komplexní přístup a vzájemné učení. V pokročilejší fázi propojení je možno tento přístup opustit a začít pracovat běžnou formou případového vedení, se zapojováním dalších členů týmu (profesí) do práce s klientem podle aktuální potřeby a situace.

3.2.8. Případové vedení

Klíčový pracovník/koordinátor péče (case management- key worker- care coordinator). Pro zajištění individualizované práce s klientem/pacientem je zapotřebí, aby každý klient/pacient

měl jednoho konkrétního člena týmu jako svého klíčového pracovníka. Role klíčového pracovníka je jednak v přímé péči o klienta/pacienta, jednak v koordinaci naplňování individuálního plánu údravy (recovery plan) klienta/pacienta. Klíčový pracovník zapojuje další členy týmu podle aktuální situace (potřeb) klienta/pacienta a podle jejich speciálních znalostí a dovedností. Pro práci s klientem/pacientem je zapotřebí, aby klíčový pracovník navázal potřebný vztah se svým klientem/pacientem. Na druhou stranu je zapotřebí se vyhnout přesměřování silné vazby či poutu mezi klientem/pacientem a jedním členem týmu (patologické "symbiotické vazby"). Pro lepší zvládnutí těchto vazeb lze pracovníkům doporučit absolvování alespoň sebezkušnostní části psychoterapeutického výcviku či obdobné psychoterapeutické systematické vzdělávání. Zapojení více členů týmu umožňuje klientovi/pacientovi rozšíření škály sociálních kontaktů. Je taktéž potřebné zajistit vzájemnou zastupitelnost klíčového pracovníka jiným členem týmu, pokud klíčový pracovník není přítomen. Ze všech těchto důvodů je zapojování dalších členů týmu do práce s jedním klientem/pacientem důležité. Nepanuje zcela jasná shoda, jestli všichni klienti/pacienti mají být po celou dobu klienty/pacienty celého týmu, a být tak pravidelně společně diskutováni a uvedeni na společné tabuli. Přístup FACT board (vyvinutý v Holandsku v rámci FACT týmů) je založen na dvouúrovňovém přístupu k práci s klienty/pacienty týmu. Se stabilizovanými klienty/pacienty pracuje jen jeho klíčový pracovník. O klienta/pacienta se stará celý tým jen v případě, pokud je klient/pacient v krizi, či z jiného důvodu potřebuje intenzivnější zapojení více osob. (Tím se více orientuje tým medicínsky, což pravděpodobně souvisí s tím, že FACT týmy vznikaly jako zdravotní týmy bez sociálních pracovníků.) Spíše však převládal názor, že je důležité, aby klient/pacient věděl, že není klientem/pacientem jen "klíčového" pracovníka, ale celého týmu. Celý tým by měl být průběžně informován o vývoji toho kterého klienta/pacienta. Kdokoliv z týmu by měl být kdykoliv připraven se zapojit do práce i s klientem/pacientem, u kterého není klíčovým pracovníkem. Role psychiatra týmu se do značné míry odlišuje od ostatních pracovníků v tom, že nese specifickou "odpovědnost" jako ošetřující lékař a měl by být automaticky zapojen do péče o všechny klienty/pacienty týmu. Z tohoto důvodu by neměl mít roli klíčového pracovníka. O snížení počtu klientů/pacientů, kterým by měl být klíčovým pracovníkem, se diskutuje také u klinického psychologa a pracovního konzultanta. To souvisí s jejich větší specializací a tím, že by měli být do značné míry k dispozici všem klientům/pacientům. Z podobných důvodů se uvažovalo o snížení počtu klientů/pacientů (či plného odbřemenění role klíčového pracovníka) u peer konzultantů. U nich to také souvisí s většinou nižším pracovním úvazkem a popřípadě tím, že nemusejí mít plnou kvalifikaci sociálního pracovníka.

3.2.9. Zapojení a podpora "peer" pracovníků.

Vlastní zkušenost s duševním onemocněním (včetně zkušenosti být klientem/pacientem psychiatrických služeb - či služeb péče o duševní zdraví, procházet různými formami péče) a hledáním vlastní cesty k zotavení je jedinečná zkušenost, kterou není možno získat žádným "profesionálním" tréninkem. Proto podpora ze strany "peer" pracovníků (osob, které sami zažili zkušenost klienta/pacienta, prošli procesem údravy a mají dovednosti tuto zkušenost předávat a pozitivně využívat při komunikaci s klienty/pacienty týmu) je důležitou součástí při pomoci klientům/pacientům k údravě. Pohled člověka, který má vlastní zkušenost s duševním onemocněním jako člena týmu je důležitá i v nastavení „recovery orientovaného“ přístupu týmu.

3.2.10. Práce s rodinou

Podpora rodiny klienta/pacienta a spolupráce s ní (s nejbližším sociálním zázemím). Rodina klienta/pacienta a jeho blízké okolí hraje v péči o něj často významnou roli. Jde o nejvíce přirozenější a hlavní zdroj pomoci a podpory. Péče o člena rodiny s duševním onemocněním může však 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 lidi s těžkou duševní nemocí (SMI) 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 /early intervention/ atd. Je jistě zapotřebí podporovat rodinu tak, aby se byla schopna s tím, že jeden její člen trpí duševním onemocněním, co nejlépe vyrovnat a aby měla dostatek kapacit na potřebnou podporu. Ne vždy jsou zájem rodiny a zájem klienta/pacienta zcela shodné. Může docházet i k odlišným představám, jak kterou situaci řešit. Může docházet i k situacím, kdy si klient/pacient nepřeje, aby členové jeho rodiny byli informováni o tom, jak probíhá jeho léčba, spolupráce s týmem. Dochází i k situacím, kdy rodina (či klíčový rodinný příslušník) nechce pomoci k uzdravě klienta/pacienta. I při maximální podpoře rodiny a spolupráci s ní je nutné respektovat přání klienta/pacienta i ohledně toho, jak a do jaké míry rodinu do jeho plánu uzdravy zapojovat. Je třeba mít na zřeteli, že hlavním posláním týmu je starost o klienta/pacienta a hájení jeho zájmů. Je nezbytné se vyhnout situaci, kdy tým naplňuje potřeby rodiny na úkor naplňování potřeb klienta/pacienta.

3.2.11. Ohled na etiku a lidská práva

Pomoc znevýhodněným osobám je v demokratickém prostředí poskytována na základě uznání základních lidských práv. Poskytovatelé služeb musí mít vždy na zřeteli základní lidská práva uživatelů. Služby, které podporují jedince společensky znevýhodněné s cílem zlepšit kvalitu jejich života a v maximální míře je začlenit do společnosti jsou klíčovými nástroji pro zabezpečení základních lidských práv a lidské důstojnosti.

Garantem dodržování lidských práv je stát, který vychází z paradigmatu, že každý člověk má jako jednotlivec hodnotu, kterou nelze odvodit z jeho postavení a zásluh. Za jedno z nejdůležitějších lidských práv je považováno právo na svobodné rozhodnutí. Se svobodným rozhodováním je nedílně spojena také odpovědnost za své rozhodnutí. Je tedy nutné s uživateli péče pracovat na tom, aby si při rozhodování uvědomovali také svou odpovědnost, možná rizika a následky. Je nutné dbát ze strany personálu CDZ na informovanost nezbytnou k svobodnému rozhodování se zohledněním toho, že u lidí s narušenou komunikační schopností může být otázka komunikace spojená s podáváním informací obtížnější a je nutné na ni cílit pozornost, aby nedošlo k zanedbávání jedné ze základních potřeb duševně nemocných. Vždy je třeba dbát na vyjádření vlastní vůle uživatele. Nedílnou součástí standardu při péči poskytované v CDZ je dodržování lidské důstojnosti a respektu autonomie člověka. Zdravotníci i nezdravotníci pracovníci CDZ by se měli řídit etickým kodexem svých profesí.

Součástí práce by měl být individuální plán stanovený case managerem spolu s uživatelem péče. Tyto plány by měly být pravidelně vyhodnocovány, revidovány a měly by se vyvíjet v čase podle potřeb uživatele a jeho preferencí.

Je třeba zajistit, aby ochrana práv klientů/pacientů byla zjištěna také v praxi. Tomu by měl napomoci systém kontroly kvality poskytované péče a kontrol ochrany práv uživatelů.

Pro zachování kvality péče v CDZ je třeba zajistit, aby se pracovníci seznámili s patřičnými standardy péče, metodikami práce, aby byli také prakticky zaškoleni. Mezi jejich základní dovednosti patří znalost a ochrana lidských práv, dodržování platné legislativy a dodržování etických principů. V CDZ musí být vytvořeny podmínky umožňující dodržování lidských práv a respektování lidské důstojnosti.

Veškeré činnosti v CDZ musí být prováděny s ohledem na Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením a listinu základních práv a svobod.

4. Složení a kompetence týmu CDZ

4.1. Složení týmu CDZ

4.1.1. Psychiatr

Pro komplexní funkci týmu je důležité, aby psychiatr byl jeho integrální součástí. Psychiatr je garantem zdravotní péče. V jeho kompetenci je posouzení rizikovosti stavu, indikace hospitalizace. Nese odpovědnost za nastavení postupů v krizi a relapsu onemocnění klienta/pacienta. Nestačí, aby byl jen externím spolupracovníkem.

Měl by být k dispozici všem klientům/pacientům i členům týmu. Role konzultační (být k dispozici všem členům týmu) a jeho role přímého kontaktu s klienty/pacienty by měly být dobře vyvážené. Kontakt s klienty/pacienty by se neměl omezovat na prostředí ambulance, ale spíše preferovat přirozené prostředí klienta/pacienta. Měl by mít dostatek prostoru a flexibility na intervence ad hoc. Psychiatr by neměl být v roli klíčového pracovníka.

Mezi dovednosti psychiatra 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/pacienty i členy týmu.

4.1.2. Sestra pro péči v psychiatrii / všeobecná sestra

Obecně jsou kompetence a odpovědnosti popsány ve Vyhlášce č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků.

Velká část činností vyplývá také z jejich role case managerů v týmu. Tyto činnosti jsou popsány níže.

Provádí vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti klientů/pacientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů. Spolu s klientem/pacientem identifikuje jeho potřeby. Je schopna rozpoznat známky zlepšení či zhoršení psychického stavu klienta/pacienta. Vyhodnocuje, zda klient/pacient 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. screening rizika agrese a autoagrese).

Napomáhá klientovi/pacientovi při adaptaci na životní podmínky změněné duševním onemocněním. Je schopná používat cílené aktivity (trénink kognitivních funkcí, edukace, nácvik sociálních dovedností, relaxace) k podpoře a zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí klienta/pacienta. Dokáže pacientovi poskytovat psychoterapeutickou podporu.

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/pacienta. Zná a používá pomocné psychoterapeutické techniky, včetně podpůrných psychoterapeutických rozhovorů.

Provádí edukaci klienta/pacienta a jeho okolí v otázkách péče o jejich zdraví a prevence zdravotních rizik, a to nejen v oblasti duševního zdraví, ale i somatické stránky.

4.1.3. Sociální pracovník (pracovník v sociálních službách)

Obecně jsou jeho kompetence a odpovědnosti popsány v Zákoně č. 108/2006, Sb. o sociálních službách v platném znění.

Velká část činností vyplývá z jejich role case managerů v týmu. Tyto činnosti jsou popsány níže.

Provádí sociální šetření, sociální poradenství, nácvik sociálních dovedností. Pracuje s celou komunitou, mobilizuje sociální zdroje komunity, vytváří prostředí pro inkluzi klientů/pacientů do podmínek běžného života. Pokud je třeba, přímo zařizuje pro klienta/pacienta potřebné sociální zázemí (bydlení, sociální dávky) a pracuje s rodinou klienta/pacienta.

Provádí vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti klientů/pacientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů, zejména v jejich sociálním poli. Spolu s klientem/pacientem identifikuje jeho potřeby.

Napomáhá klientovi/pacientovi při adaptaci na životní podmínky, změněné duševním onemocněním. Je schopen používat cílené aktivity (nácvik kognitivních funkcí, edukace, nácvik sociálních dovedností) k podpoře a zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí klienta/pacienta. Dokáže pacientovi poskytovat interpersonální podporu.

Pomáhá klientovi/pacientovi řešit jeho základní finanční potřeby (invalidní důchod, dávky v bydlení, příspěvek na péči), příp. problémy dluhů či předlužení, kontakty na úřady.

Podporuje klienta/pacienta v jeho vlastním rozhodování, využívá metodu podporovaného rozhodování. V budoucnu možná budou plnit i roli podpůrce dle občanského zákoníku.

4.1.4. Klinický psycholog

Klinický psycholog (dále jen psycholog) je neodmyslitelnou součástí multidisciplinárního týmu. Těžištěm jeho práce je přímá práce s klienty/pacienty CDZ, zejména ve formě individuální psychoterapie a poradenství. Psycholog také nabízí vedení skupinové psychoterapie, rodinné či párové psychoterapie a jiných terapeutických či rehabilitačních programů (např. kognitivní trénink, relaxace, edukativní skupiny, nácviky sociálních dovedností apod.). Psycholog se může podílet i na vedení programů pro širší veřejnost či širší okolí klientů/pacientů. Měl by se vyjadřovat ze svého profesního úhlu ke stanovování léčebných postupů, způsobů rehabilitace i konkrétních intervencí. Provádí v případě potřeby též komplexní psychodiagnostickou činnost. Psycholog se též může zúčastnit výjezdů do terénu (přirozeného prostředí klientů/pacientů). Zejména tehdy, když se jedná o prvokontakt či situaci, kdy je třeba posoudit aktuální stav klienta/pacienta, může tvořit důležitou součást výjezdního týmu spolu s lékařem či jiným zdravotníkem. Psycholog může rovněž poskytovat intervizní podporu ostatním členům týmu a metodické vedení interpersonálního a psychoterapeutického přístupu členů týmu ke klientům/pacientům. Klinický psycholog by neměl být v roli klíčového pracovníka.

4.1.5. Peer konzultant

V ČR v souvislosti s řešenou problematikou probíhají „peer konzultační“ kurzy pro osoby se zkušeností s duševním onemocněním. Pokud jsou peer pracovníci zaměstnáni v týmu registrovanou sociální službou, musí dle stávající legislativy (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) splňovat požadavky tohoto zákona, což obvykle znamená absolvovat rekvalifikační kurs pro pracovníka v sociálních službách.

Obsah práce peer konzultantů se mezi jednotlivými týmy liší. Výjimečně jsou v některých týmech zaměstnáni jako sociální pracovníci a mají i roli klíčových pracovníků.

V každém případě jejich klíčová role je jednak v tom, že dávají týmu zpětnou vazbu z pohledu uživatelů služeb, a jednak jsou specificky zapojováni do práce s klienty/pacienty. Využívající své osobní zkušenosti podporují klienty/pacienty v hledání jejich osobní cesty zotavení. V situaci krize mohou být někdy jediným členem týmu, kterému se podaří navázat s klientem/pacientem kontakt, bezpečný vztah. Jde o neformální a asertivní formu práce s klienty/pacienty, včetně jejich vyhledávání např. v nemocnicích.

Pokud je peer konzultant v týmu sám, může pro něj být těžké prosazovat svůj úhel pohledu. Proto by měli mít zajištěnu specifickou individuální podporu a supervizi peer konzultantů.

4.1.6. Pracovní konzultant - IPS pracovník- podporované zaměstnávání

Ve Standardu péče poskytované v CDZ (Věstník MZ č. 5/2016) je uvedeno, že jeden z pracovníků splňujících kvalifikaci pro práci v sociálních službách se zabývá problematikou zaměstnávání.

Profesně se jedná o sociální pracovníky či pracovníky v sociálních službách.

Dle zahraničních zkušeností (evidence based practise – praxe podložená důkazy) se ukazuje jako nejefektivnější metoda tzv. IPS (individual placement and support) – v ČR označované jako podporované zaměstnávání formou IPS. Posláním pracovních konzultantů pracujících touto metodou je co nejrychleji klientům/pacientům pomoci získat či udržet práci na normálním trhu/případně chráněném trhu práce (SF, zaměstnavatelé OZP).

Vyhodnocují pracovní dovednosti klienta/pacienta, zejména jeho silných stránek, pracovních preferencí i příp. rizik. Oslovují a potenciální zaměstnavatele, vyjednávají s nimi.

Podporují klienta/pacienta přímo na pracovišti, resp. v době jeho zapracování a adaptaci na nové pracovní místo. Obvykle neplní funkci case managerů.

4.2. Kompetence členů týmu CDZ

4.2.1. Dovednosti všech členů týmů

- Porozumění znakům a symptomům vážných duševních onemocnění a tomu, jak se osoby s duševním onemocněním mohou cítit a jak mohou vnímat okolní svět.
- Neodsuzující, nenálepkující postoj.
- Schopnost dobře komunikovat s klienty/pacienty, dalšími členy týmu, dalšími subjekty a partnery (další psychiatrické služby, veřejné služby atd.)
- Schopnost pozorovat, monitorovat stav klienta/pacienta a rozpoznat, kdy je potřeba do péče zapojit další osobu, expertízu.
- Schopnost vytvořit, udržet i ukončit “pracovní” vztah s klientem/pacientem.
- Porozumění, znalost základních farmakologických, psychologických, sociálních léčebných metod a intervencí.
- Schopnost holisticky ohodnotit potřeby klienta/pacienta (včetně vyhodnocovacího nástroje, např. CAN - Camberwelský dotazník potřeb) a schopnost flexibilně provádět, zařizovat potřebnou podporu a pomoc ve všech základních oblastech (sociální potřeby, bydlení, finance, práce atd.)
- Schopnost podporovat klienta/pacienta i jeho blízké sociální okolí ve vyjadřování jeho vlastních názorů, rozpoznávání potřeb jím samotným.
- Umět přijmout roli „nezávislého advokáta“ klienta/pacienta (někoho, kdo bude plně na straně klienta/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 klienta/pacienta, které je ohrožující pro něj či pro jeho okolí.
- Porozumění problematice závislostí, jak ji rozpoznat, monitorovat, řešit.

- Přesné, srozumitelné, klienta/pacienta respektující vedení záznamů. Pokud možno, většina dokumentace by měla být přístupná klientům/pacientům, respektive měly by být vedena tak, aby bylo možno umožnit k ní klientům/pacientům přístup, a zároveň aby v ní byly všechny potřebné informace.
- Používání nástroje pro hodnocení schopností klienta/pacienta v různých životních rolích, situacích – např. nástroje míry zotavení (Recovery scale), funkčních schopností - GAF (Global Assessment of Functioning).
- Zvládání krize včetně základů krizové intervence, včetně telefonické či v terénu.

4.2.2. Kompetence klíčového pracovníka/case managera

- Schopnost tvořit plán úzdravy (zotavení), naplňovat a vyhodnocovat jej ve spolupráci jak s klientem/pacientem, tak s celým týmem.
- Schopnost efektivní mobilizace a napojování, vytváření spolupráce s dalšími potřebnými subjekty.
- Schopnost zapojovat, koordinovat další pomoc a podporu (včetně dalších členů týmů) potřebnou k naplnění potřeb klienta/pacienta (plánu úzdravy).
- Kontinuální sebevzdělávání ve všech moderních metodách péče o duševně nemocné (včetně základních informací o trendech v psychofarmakoterapii).
- Schopnost psát relevantní a jasné zprávy, doporučení atd.
- Schopnost provádět osvětu pro klienty/pacienty a jejich rodinné příslušníky v klíčových tématech duševního zdraví.
- Schopnost zapojovat klienta/pacienta (jeho sociální zázemí) do všech podstatných rozhodovacích procesů, včetně vytváření a naplňování plánu úzdravy.
- Schopnost rozvíjet a vytvářet podmínky pro zavádění praxe založené na důkazech (evidence based) v rámci svých aktivit i praxe celého týmu.

Důležité je, aby všichni pracovníci přebírali osobní odpovědnost „profesní“, tedy odpovědnost za splnění povinností, které vycházejí z jejich profese, za úkoly, které v rámci týmu plní (včetně sdílených činností a kompetencí uvedených výše) z titulu role case managera/klíčového pracovníka nebo „jen“ člena týmu.

5. Provoz CDZ a řízení multidisciplinárního týmu

5.1. Vytvoření týmu

Tým CDZ může být vytvořen v rámci jedné organizace nebo jej mohou vytvořit na smluvním základě 2 – 3 organizace. Klíčové je naplnění základních parametrů daných Standardem péče

poskytované v CDZ: multidisciplinarita týmu, jeho mobilita, rychlá dostupnost, vymezení spádu, umístění v běžné zástavbě, ad.).

5.2. Vedení týmu

Formální statut týmů je různý. V některých případech je celý tým pod jednou organizací, v jiných je složen ze zaměstnanců více než jedné organizace. V každém případě je důležité, aby všichni členové týmu (bez ohledu na to, kým jsou zaměstnání a jakého typu profese jsou) společně tvořili funkční jednotku. (Více viz kapitola Vytvoření týmu.)

Povětšinou má tým jednoho vedoucího. Vedoucí týmu je spíše koordinátor a mediátor, než osobou direktivně uplatňující svou moc. Existuje i model vedení týmu ve dvojici - jeden zdravotník a jeden sociální pracovník, nebo model, kdy je sice jeden vedoucí týmu, ale zároveň existuje vedoucí sociálních pracovníků a vedoucí všeobecných/psychiatrických sester.

V každém případě pracovní společenství všech členů týmů nějak zapojených do jeho vedení (vedoucího týmu sociálních pracovníků, vedoucího zdravotnických pracovníků - psychiatr) je klíčové pro dobrý chod týmu. Jejich vzájemné role a nastavení by měly být komplementární, nikoli kompetitivní.

5.3. Rozhodování v týmu

Práce jednotlivých členů týmu vyžaduje poměrně velkou samostatnost na jedné straně a schopnost spolupráce na straně druhé. Jde o dost jiný způsob práce a rozhodování, než je zvykem v lůžkových poskytovatelích zdravotnické péče, kde stále existuje poměrně hierarchický systém vedení.

Většina existujících týmů je založena na demokratickém principu. V podstatných věcech je snaha definitivního rozhodnutí dosáhnout konsensem, spíše než hlasováním či přehlasováním. Nicméně je definována zodpovědnost jednotlivých osob, rolí, za některé typy rozhodnutí (např. potřeba hospitalizovat klienta/pacienta, řešení opatrovnictví, apod.). Ale i v tomto případě je zvykem, že tým o konkrétní věci diskutuje a každý člen týmu přináší svoje poznatky. Rozhodnutí, která byla učiněna mimo společný prostor (z dobrých důvodů) jsou do společného prostoru vnesena při nejbližší příležitosti.

5.4. Komunikace v týmu

Je zapotřebí definovat, kdy a o čem (na jakých setkáních) bude probíhat diskuze a rozhodování.

Pro zajištění komplexní funkce týmu, včetně funkce krizové (případně domácí hospitalizace, či hospitalizace na krizovém lůžku) je zapotřebí alespoň krátkého, avšak každodenního setkání týmu. Ideální je ranní společnou poradou začít. V některých týmech je však porada, vzhledem ke dvanáctihodinovým službám, v poledních hodinách. Obsahem každodenní porady je orientace v dění přes noc, rychlý přehled situace nejakutnějších klientů/pacientů, přehled eventuálních příjmů na lůžkové oddělení atd. Tým může používat tabuli (některé týmy používají tabuli pouze pro klienty/pacienty vyžadující intenzivnější podporu - FACT board,

některé týmy mají na tabuli všechny klienty/pacienty), kde jsou jména klientů/pacientů a jména klíčových pracovníků a vyznačený stav potřeby klienta/pacienta (např. červená - krize, oranžová - potřeba větší intenzity, zelená - stabilizovaný stav, černá – klient/pacient je v lůžkovém zařízení atd.). V případě používání tabule je třeba ohlídat, aby se tým nedostal do rozporu s ochranou osobních údajů. (na Tabuli zveřejnit pouze iniciály či křestní jména, zakrývat tabuli, apod.).

Porada je vhodné místo pro domluvu na nadcházející den. Kdo, s kým, co potřebuje společně činit, na co nezapomenout (odběry, injekční medikace, návštěva soudu, jednání atd.).

Jedenkrát týdně je dobré mít čas na společné setkání, kde je možno se věnovat alespoň několika klientům/pacientům podrobněji. V takovém setkání je dobré jasně oddělit práci s klienty/pacienty a ohledně nich, a provozní, technické a další věci. Většinou je potřeba chránit společný čas věnovaný přemýšlení nad klienty/pacienty před tím, aby nebyl pohlcen diskuzí o technických či jiných organizačních otázkách.

Užitečnou pomůckou může být mobilní aplikace pro terénní pracovníky, kde na tabletu je možné mít základní potřebné údaje o navštěvovaném klientovi/pacientovi. Taková mobilní aplikace může sloužit i při sdílení některých informací s klientem/pacientem - např. jeho individuální plán, domluvy z minulé schůzky apod. či zjišťování jiných potřebných informací.

Další komunikace o klientech/pacientech probíhá mezi jednotlivými členy týmu či v menších skupinkách vytvořených ad hoc k danému problému či situaci klienta/pacienta.

Pro stimulaci vzájemné komunikace je výhodné, pokud tým má zázemí typu open space. Důležitá je také společná týmová supervize zaměřená na komunikaci týmu i kazuisticky, což napomůže sladění ve filozofii týmu. Supervizor by měl být externí odborník se supervizorským výcvikem. Cca dvouhodinová supervize by se měla konat minimálně 1 x za 3 měsíce, při vzniku týmu spíše častěji.

5.5. Zajištění bezpečnosti

Je dobré, pokud existuje systém, ze kterého se dá jednoduše zjistit, kde který člen týmu právě je a jakému problému se věnuje a kdy asi dorazí nazpět (např. zápis na tabuli). Toto je mimo jiné důležitá součást péče o bezpečnost. Pokud dotyčný není v danou dobu nazpět z návštěvy klienta/pacienta a neozval se, je potřeba se zajímat, jestli je v pořádku.

Je důležité mít systém odhadu rizikovosti chování klienta/pacienta. Pokud hrozí riziko ze strany klienta/pacienta, je zapotřebí nezbytnou návštěvu realizovat ve dvou lidech, případně za účasti policie.

Je potřeba mít stále možnost vzájemného spojení (být si jist, že na výjezd jedu s telefonem a telefon je dostatečně nabitý atd.). Obdobně tak může pomoci mobilní aplikace, např. s tlačítkem „alert“ v případě nouze terénního pracovníka či vysledování místa pohybu terénního pracovníka.

5.6. Dokumentace

Sociální pracovníci a zdravotničtí pracovníci mají jiná pravidla a jiné požadavky na vedení dokumentace. Záznamy o vedení dokumentace musí být v souladu s platnou legislativou (Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon č. 108/2006 Sb.). Existují různé programy elektronického vedení dokumentace. Existují překážky v tom, aby zdravotničtí pracovníci mohli nahlížet do sociální dokumentace a naopak. Některé týmy zatím nemají jedno místo, jednu složku, kde by byla všechna dokumentace týkající se jednoho klienta/pacienta pohromadě. Jeden tým řeší problém sdílení informací mezi zdravotním a sociálním personálem (který je každý pod jiným zaměstnavatelem) tak, že zdravotnický personál je na malý úvazek zaměstnán sociální službou a naopak. Je potřeba, aby si každý tým našel řešení, které zajistí, že dokumentace a samozřejmě i informace o jednotlivých klientech/pacientech je možno napříč týmem jednoduše, svobodně sdílet. Součástí pilotování CDZ by mělo být vytvoření společné dokumentační platformy, např. mobilní aplikace propojující oba elektronické dokumentační systémy zdravotní i sociální (příprava a testování v CDZ 8). V takovém případě bude potřeba mít upravený souhlas klienta/pacienta se sdílením osobních a citlivých údajů v týmu.

Kromě vedení dokumentace pro různé formy evidence, je důležité mít někde dokumentaci o klientech/pacientech jasnou, přehlednou, obsahující všechny důležité údaje, avšak nezahlcenou zbytečnými detaily.

Je dobré někde dokumentovat všechny podstatnější telefonáty, tak jak za sebou do týmu přicházejí.

5.7. Organizační řád a pravidla

CDZ má platný organizační řád.

CDZ má definovaná a veřejně dostupná písemná pravidla, která stanoví:

- cílovou skupinu;
- spádové území CDZ ;
- způsob přijímání do péče a propuštění z ní;
- způsob sdílení a předávání informací v rámci CDZ;
- kompetence a odpovědnosti jednotlivých pracovníků CDZ;
- způsob spolupráce se všemi relevantními subjekty ve spádovém regionu CDZ.

V případě, že zřizovatel/é provozuje/í další činnosti mimo CDZ, musí být CDZ účetně samostatným střediskem.

Spektrum služeb CDZ zajišťují zaměstnanci, kteří jsou v pracovněprávním vztahu se zřizovatelem/li nebo smluvními subjekty, které zřídily CDZ.

Konkrétní manažerská struktura je věcí zřizovatele/ů, ale musí mít dostatečnou kapacitu pro strategické, finanční, personální a provozní řízení, aby pracovníci v přímé péči o

klienty/pacienty CDZ nebyli přetěžováni úkoly organizační a administrativní povahy. Management zodpovídá také za plánování a vyhodnocování činnosti včetně kontroly kvality v souladu s posláním a cíli CDZ.

CDZ oslovuje k systematické spolupráci všechny relevantní subjekty v síti zdravotních i sociálních služeb v regionu, kde působí. Je žádoucí s těmito subjekty vytvořit dohody o spolupráci definující vzájemné kompetence, návaznost a koordinaci služeb a způsoby řešení sporných situací.

Ve spolupráci s krajskou či místní samosprávou CDZ iniciuje vytvoření regionální pracovní skupiny za účelem systémové koordinace služeb pro osoby s duševním onemocněním.

6. Služby poskytované v CDZ

Veškeré služby CDZ jsou poskytovány multidisciplinárním týmem. Multidisciplinární tým poskytuje v souladu se Strategií reformy psychiatrické péče minimálně následující služby:

- Služby terénního týmu
- Služby denní péče
- Služby krizové
- Služby psychiatrické
- Služby klinického psychologa
- Služby psychoterapeutické
- Podpora svépomocných činností

6.1. Služby terénního týmu

Hlavním cílem služby terénního týmu je poskytování služby v přirozeném prostředí klienta/pacienta. Jedná se nejenom o přímou práci s klientem/pacientem, ale i o práci s okolím klienta/pacienta (rodina, sousedé, úřady apod.). V přirozeném prostředí klienta/pacienta působí všichni pracovníci CDZ, a to buď samostatně, nebo v týmu. Služby terénního týmu vycházejí z individuálního plánu uzdravy klienta/pacienta (recovery plan), který zahrnuje kategorizaci stavu klienta/pacienta, účel návštěv u klienta/pacienta a jejich frekvenci. Dle aktuálního stavu klienta/pacienta tým operativně vyhodnocuje další postup intervencí. O službách se provádí záznam do dokumentace klienta/pacienta.

6.2. Služby denní péče

Služby denní péče jsou orientované na podporu pacientů se SMI a sociální rehabilitaci. Obsahem služby je především ambulantní psychiatrická rehabilitace, specifické nízkoprahové psychoterapeutické programy a edukace. Jedná se o služby připravené pro klienty/pacienty tak, aby ji v případě potřeby mohli využít, nebo je denní služba přímo indikována terénním týmem. Jedná se o aktivity podporující nácvik praktických dovedností běžného života klienta/pacienta. Péči může poskytovat každý člen týmu dle potřeby klienta/pacienta a dle

časových možností členů týmu. O službách denní péče se provádí záznam do dokumentace klienta/pacienta.

6.3. Služby krizové

Cílem krizové služby je podpora zvládnutí rozvíjející se krize a předcházení hospitalizaci. Intervence jsou poskytovány především v prostředí klienta/pacienta, případně v místě CDZ. Krize je identifikována buď na základě průběžného monitorování klienta/pacienta klíčovým pracovníkem nebo jiným členem týmu, ale také například upozorněním člena rodiny či jiné osoby z okolí klienta/pacienta a samozřejmě i klientem/pacientem samotným. Zhodnocení stavu klienta/pacienta provede klíčový pracovník spolu s lékařem, případně všeobecnou /sestrou pro péči v psychiatrii. Tým vytvoří krizový plán klienta/pacienta, který má písemnou podobu a je součástí dokumentace klienta/pacienta. Klient/pacient je přeřazen do kategorie „krizová intervence“, jeho situace v krizi je diskutována v týmu minimálně 1x týdně a po skončení krize je z kategorie „krizová intervence“ vyřazen. Služby krizové jsou ambulantní, telefonické či mobilní.

6.4. Služby psychiatrické

Služby psychiatrické jsou poskytovány psychiatrem nebo středním zdravotnickým personálem (všeobecná/ sestra pro péči v psychiatrii). Psychiatr i střední zdravotnický personál jsou členy multidisciplinárního týmu. Služby poskytují ve vlastním sociálním prostředí pacienta i v místě CDZ (v rámci denních aktivit), péči poskytují samostatně či v rámci týmu.

Psychiatr se účastní všech zásadních porad týmu a podílí se na rozhodování týmu o přijetí klienta/pacienta do péče, je účasten při vytváření jeho individuálního plánu úzdravy (recovery plan), spolupodílí se na vytváření terapeutického plánu a jeho hodnocení. Provádí preventivní intervenci, diagnostiku a terapii klienta/pacienta a pracuje s rodinou a osobami z pacientova prostředí. Psychiatr je především k dispozici ostatním členům týmu pro odborné a metodické vedení, konzultace a supervize.

Služby poskytované středním zdravotnickým personálem (všeobecná/ sestra pro péči v psychiatrii) jsou psychiatrická rehabilitace, podpůrné terapeutické činnosti, podpůrné edukační rozhovory s klientem/pacientem a s rodinou, ošetrovatelská péče v prostředí klienta/pacienta, aplikace depotních injekcí, prevence a screeningy, telefonické intervence, asertivní vyhledávání klienta/pacienta apod.

6.5. Služby klinického psychologa

Služby klinického psychologa jsou poskytovány klinickým psychologem. Klinický psycholog je součástí multidisciplinárního týmu. Služby poskytuje ve vlastním sociálním prostředí pacienta i v místě CDZ, péči poskytuje samostatně či v rámci týmu.

Mezi služby klinického psychologa v CDZ patří především diagnostika a systematická psychoterapie. Spolupodílí se na vytváření terapeutického plánu a jeho hodnocení, je k dispozici ostatním členům týmu pro konzultace a supervize.

6.6. Služby psychoterapeutické

Na základě indikace psychiatra či psychologa je vytvořen psychoterapeutický plán, který je součástí individuálního plánu úzdravy (recovery plan) klienta/pacienta. Služby systematické psychoterapeutické jsou poskytovány pracovníky s úplnou psychoterapeutickou kvalifikací (specializace v systematické psychoterapii). Průběh psychoterapií je zaznamenán do dokumentace klienta/pacienta. Hodnocení a aktualizace psychoterapeutického plánu se provádí čtvrtletně.

6.7. Podpora svépomocných činností

Jedná se o podporu klientů/pacientů poskytovanou tak, aby v terapii pokračovali svépomocí. Jedná se o podpůrné programy pro klienty/pacienty, rodiče, edukace, sdílení zkušeností, spolupráce s „peer“ konzultanty. Tým je k dispozici pro konzultace, radu, supervizi, svépomocné aktivity neorganizuje a neřídí.

7. Práce s klientem/pacientem

7.1. Rozhodování o přijetí klienta/pacienta

V současném fragmentovaném systému se klienti/pacienti do péče týmů dostávají nejrůznějšími cestami, často bez formálního doporučení. Na tým se obracejí rodinní příslušníci. Samy týmy vyhledávají klienty/pacienty ze spádového regionu na lůžkových zařízeních. Klienti/pacienti přicházejí i na doporučení ambulantních specialistů i jinými cestami.

Jako nejlepší se ukazuje praxe probrat informace o potenciálním novém klientovi/pacientovi na nejbližším setkání týmu. Určí se jeden pracovník, který bude mít za úkol kontaktovat klienta/pacienta, případně jeho rodinu, a získat dostatek podkladů pro rozhodnutí, jestli klient/pacient splňuje kritéria cílové skupiny, či nikoliv. Při kontaktu s klientem/pacientem, jeho rodinou a případně dalšími zdroji informací je důležité neživit nerealistická očekávání, dát zřetelně najevo, že zatím jde o sbírání a vyhodnocování informací a ne o vlastní práci týmu s klientem/pacientem.

Proces rozhodování by neměl trvat příliš dlouho. Dostatek informací je povětšinou možno získat během jednoho či dvou týdnů. Rozhodnutí o příjmu by mělo proběhnout na týmovém setkání. Pro proces rozhodování je užitečné mít vypracovaný systém, definující, jaká kritéria má klient/pacient splňovat a jak je vyhodnocovat.

Pokud je rozhodnuto, že klient/pacient nesplňuje kritéria a není vhodné, aby se o něj tým staral, je nutno tuto informaci klientovi/pacientovi sdělit tak, aby to nevnímal jako osobní odmítnutí. Je zapotřebí přijít i s nějakým konstruktivním řešením, nápadem co jiného může být klientovi/pacientovi k dispozici a být užitečné.

7.2. Určení klíčového pracovníka

Pokud je rozhodnuto, že tým klienta/pacienta přijímá, je zapotřebí určit klíčového pracovníka. Může to být člen týmu, který kontaktoval klienta/pacienta ve fázi sběru informací, může to být jiný člen týmu. Je výhodné, pokud klíčovým pracovníkem je osoba, která má kompetence v oblastech pro klienta/pacienta nejvíce potřebných. Pokud půjde o pomoc hlavně v zdravotnické oblasti (práce na náhledu, sebekontrola medikace, řešení zdravotních obtíží atd.) je výhodné, když klíčovým pracovníkem je všeobecná/ sestra pro péči v psychiatrii. Pokud jde více o sociální problematiku, sociální pracovník. Potřeby klienta/pacienta se však během práce s ním mohou značně proměňovat. To nicméně neznamená, že je potřeba měnit klíčového pracovníka. Rozhodnutí o tom, kdo bude klíčový pracovník, by mělo brát zřetel na volnou kapacitu toho kterého pracovníka a "kompatibilitu" mezi pracovníkem a klientem/pacientem.

7.3. Navazování kontaktu s klientem/pacientem

Prvním úkolem určeného klíčového pracovníka je navázat dobrý, partnerský kontakt s klientem/pacientem. Zvláště v případech, kdy klient/pacient sám o péči týmu nežádá, možná ji dokonce odmítá, může jít o dlouhodobější, velmi citlivou práci. Je potřeba najít způsob komunikace, který podpoří klientovu/pacientovu důvěru v pracovníka, tým.

Často se stává, že cesta ke klientovi/pacientovi vede přes jeho rodinu. Například když klient/pacient bydlí s rodiči, sám by pracovníku týmu neotevřel. Dveře do bytu otvírá jeden z jeho rodičů. Je potřeba si uvědomit, že takto již vstupujeme do systému rodiny, do rodinných "her". O to více je potřeba mít na mysli "kdo je náš klient/pacient" a co je, či může být, jeho nejlepší zájem, ten pak sledovat a hájit.

7.4. Vypracování plánu zotavení

Plán toho, co tým může klientovi/pacientovi nabídnout, v čem jej bude podporovat, nazývají týmy různě. Rehabilitační plán, terapeutický plán, plán podpory a pomoci, osobní plán klienta/pacienta atd. Není až tak důležitý název, ale proces, jak se takový plán vypracuje.

Aktivní zapojení klienta/pacienta na vypracování plánu je klíčové. Měl by to být klientův/pacientův plán úzdravy, ne plán naší představy, co je potřeba s klientem/pacientem udělat.

Avšak v situacích, kdy klient/pacient žije silně mimo kontakt s realitou a jeho životní situace (bydlení, příjem atd.) je varující, je zapotřebí větší asertivity. Přitom však hned, jak je to jen možné, předáváme zodpovědnost do rukou klienta/pacienta.

V některých případech už jen to, že se nám podaří s klientem/pacientem komunikovat a postupně navazovat pro něj bezpečný vztah, je samo o sobě výrazným pokrokem. Toto samo o sobě může být obsahem první verze plánu.

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

7.5. Krizová intervence

Tým musí být připraven a schopen rychle a flexibilně reagovat na měnící se situaci klienta/pacienta. Je potřeba citlivě monitorovat stav klientů/pacientů a reagovat na první známky krize tak, aby se co nejvíce předešlo těžkým situacím, do kterých se klient/pacient může během krize dostat. Cílem je, pokud možno, předejít hospitalizaci v lůžkovém zařízení.

K průběžnému monitorování stavu klientů/pacientů slouží i každodenní setkání týmu. Pokud je zřetelné, že klient/pacient je v krizi, je nutno bezodkladně přizpůsobit, zintenzívnit jeho podporu. Pověšinou je zapotřebí, aby se do péče o něj intenzivněji zapojilo více členů týmu, včetně psychiatra. Takovýto ad hoc tým by si měl vytvořit plán krizové pomoci. Podle možností týmu je možno zahájit režim domácí hospitalizace, umístění klienta/pacienta na krizové lůžko atd.

7.6. Krizový (protikrizový) plán klienta/pacienta

Obzvláště poté, co klient/pacient projde krizí, je dobré s ním pracovat na jeho krizovém plánu. Jak příští krizi předejít, případně jí projít tak, aby klient/pacient sám měl co nejvíce situaci pod kontrolou. V plánu je nutno zaznamenat, jak klient/pacient může sám rozpoznat blížící se krizi, a co kdo v té situaci má a může činit. Klient/pacient může do takového plánu dopředu vložit své instrukce pro druhé pro případ, kdy nebude plně schopen být v kontaktu s realitou.

7.7. Propouštění klienta/pacienta

V řadě týmů existuje praxe držet klienty/pacienty ve své péči po neomezenou dobu, popřípadě existuje kategorie klientů/pacientů, o které se tým stará intenzivně, a kategorie "spících" klientů/pacientů.

Pokud však týmy CDZ mají být efektivní, schopné rychle poskytnout podporu a pomoc potřebným klientům/pacientům, musí dobře zacházet se svými kapacitami, musí zvažovat priority.

Je důležité mít různé nástroje na hodnocení toho, jak dalece klient/pacient stále potřebuje péči týmu. Je nutné proces propouštění plánovat tak, aby klient/pacient byl propuštěn bezpečně. Je potřeba zvažovat, jak dalece mohou být běžné zdroje v komunitě využity na klientovu/pacientovu podporu. V rámci plánu propouštění je dobré stanovit mechanismy, kterými může tým poskytnout potřebnou podporu v budoucnu; pokud bude třeba, i formou rychlého znovupřijetí do péče týmu. V rámci plánu propouštění může být zmíněna i fáze spolupráce mezi týmem a službou či službami, do jejichž péče klient/pacient přejde. Například spolupráce s obvodním lékařem, ambulantním psychiatrem atd.

8. Vznik CDZ

Byly definovány následující varianty vzniku CDZ:

1. Poskytovatel zdravotních a zároveň sociálních služeb – jedno IČ

Poskytovatel zdravotních služeb, který se zaregistruje zároveň jako poskytovatel sociálních služeb a přijme do pracovního poměru zaměstnance poskytovatele sociálních služeb (sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách),

(poskytovatel zdravotních služeb může být žadatelem o financování z EF).

a) Poskytovatel sociálních služeb, který se zaregistruje zároveň jako poskytovatel zdravotních služeb a přijme do pracovního poměru zaměstnance poskytovatele zdravotních služeb (vymezené Standardem CDZ),

(poskytovatel sociálních služeb může být žadatelem o financování z EF).

2. Dva max. 3 subjekty - poskytovatel zdravotních služeb a poskytovatel sociálních služeb, každý s vlastním IČ, uzavřou transparentní smlouvu o spolupráci,

(jeden z poskytovatelů může být zároveň žadatelem o financování z EF).

Smlouvou může být např. Smlouva o spolupráci dvou subjektů či Smlouva o vytvoření společnosti bez právní subjektivity.

Formální statut týmu je různý. V některých případech je celý tým pod jednou organizací, v některých je složen ze zaměstnanců více než jedné organizace. V každém případě je důležité, aby všichni členové týmu (bez ohledu na to, kým jsou zaměstnání a jakého typu profese jsou) společně tvořili funkční jednotku.

8.1. Zakotvení v systému

Současná právní úprava nevyklučuje možnost poskytování péče multidisciplinárními týmy.

Na tvorbě a zakotvení v síti poskytovatelů služeb bude probíhat průběžně na základě potřeb jednotlivých regionů a rozhodování krajských samospráv a zdravotních pojišťoven.

9. Podmínky pro poskytování zdravotních a sociálních služeb

9.1. Podmínky pro poskytování sociálních služeb v CDZ

Poskytovatel sociálních služeb, který má zkušenosti s terénní službou pro danou cílovou skupinu, má na tuto službu registraci - vždy registrovanou službu sociální rehabilitace prováděné terénní formou dle §70 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Do balíčku sociálních služeb v rámci CDZ je možné dále zakomponovat ambulantní službu, která naplní požadovanou funkci denních programů, což může být např. ambulantní forma sociální rehabilitace, služba následné péče, sociálně aktivizační služba pro osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutická dílna, příp. telefonická krizová pomoc a krizová pomoc. Komplementárně k terénní sociální rehabilitaci je možné připojit i službu podpory samostatného bydlení. U všech těchto služeb je nezbytné respektovat podmínky zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, zejména týkajících se vymezení těchto služeb a mít služby registrované.

Kromě registrace je důležité, aby služby byly uvedeny v tzv. krajské síti sociálních služeb, kterou schvaluje kraj. Pokud není služba zahrnuta v této krajské síti nebo pokud je zde nižší než potřebná kapacita, je nezbytné vyjednávání na úrovni kraje o jejím zařazení, resp. navýšení. To se neděje automaticky, výhodu má poskytovatel, který již takové služby poskytuje. Obvykle je navýšení kapacity možné až v následujícím dotačním období (kalendářní rok), proto od požadavku na navýšení a jeho realizace může uplynout i 1,5 roku. Služby, které nejsou uvedeny v krajské síti sociálních služeb, nemohou být financovány z prostředků státní či krajské dotace (formou vyrovnávací platby) na sociální služby.

9.2. Podmínky pro poskytování zdravotních služeb v CDZ:

- **Oprávnění k poskytování zdravotních služeb**

V případě poskytování zdravotních služeb, musí mít poskytovatel zdravotních služeb oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Podmínky pro udělení tohoto oprávnění k poskytování zdravotních služeb jsou upraveny v § 11 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů.

Formy zdravotní péče, které budou poskytovány, jsou uvedeny v §7 a §9 výše uvedeného zákona.

Požadavky na personální zabezpečení zdravotní péče a na technické a věcné vybavení musí být splněny i v případě ambulantní péče.

Zároveň musí být splněny požadavky na personální zabezpečení zdravotní péče a na technické a věcné vybavení a to i v případě ambulantní a krizové péče (technické a věcné vybavení dle přílohy 2 Vyhlášky 92/2012 Sb. (1.40.2. Psychiatrická krizová péče) a personální vybavení dle Vyhl. č. 99/2012 Sb. (1.43.2. Psychiatrická krizová péče).

- CDZ poskytuje následující druhy zdravotní péče:

podle časové naléhavosti: akutní a plánovanou

podle účelu: preventivní, diagnostická, dispenzární, léčebná, léčebně rehabilitační, ošetřovatelská.

- CDZ poskytuje následující formy zdravotní péče: ambulantní péče, péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta a v případě zřízení lůžek (CDZ-K) i krizová péče.

- **Výběrové řízení**

Výběrová řízení na jednotlivé obory zdravotní péče probíhají nezávisle na sobě.

Jedná se o následující obory péče:

305 – psychiatr

901 – klinický psycholog

914 – sestra pro péči v psychiatrii

911 – všeobecná sestra

10. Činnosti zdravotní a sociální

10.1. Činnosti zdravotní

Zdravotní činnosti vykonávají zdravotničtí pracovníci se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání.

Poskytnutá péče je dle návrhu udržitelného financování obsahem dne vykázané péče (24/7,"Osoboden" /denní platba za registrovaného pacienta v CDZ) a doplňujících výkonů pro jednotlivé odbornosti. Zahrnuje činnosti uvedené v následující tabulce:

Osoboden:

| |
|--|
| Vedení týmu – koordinace |
| Každodenní porada týmu |
| Telefonická, mailová,... skype komunikace, konzultace s rodinou,... |
| Prohlídka osoby dispenzarizované |
| Vyšetření alкотestem |
| Odběr krve ze žíly |
| Ošetrovatelská péče v prostředí pac. |
| Denní podpora, poradenství |
| Screening somatického vyšetření (metabolický screening) |
| Pomoc při každodenním životě, prevence sebezanedbávání, pozornost na hygienu |
| Podpora (dohled) při užívání medikace v domácím prostředí |
| Vyhodnocení léčebného plánu |
| Telefonické konzultace s pracovníky CDZ v mimopracovní době |
| Telefonická intervence poskytovaná sestrou |
| Vyhodnocení psychického stavu pacienta sestrou pro péči v psychiatrii v denní službě |
| Podpůrně-edukační rozhovor s rodinou, s osobami významnými -blízkými z pac. prostředí |
| Příprava na asertivní vyhledávání a kontaktování (např. sociálním pracovníkem a terénní sestrou) |
| Provedení asertivního vyhledávání a kontaktování |
| Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie |

| |
|---|
| Vyšetření ergoterapeutem kontrolní |
| Individuální ergoterapie základní |
| Individuální ergoterapie s využitím dílen |
| Nácvik všedních denních činností |
| Ergoterapie skupinová základní |
| Ergoterapie skupinová s využitím dílen |

Výkonový způsob úhrady u jednotlivých profesí

Zahrnuje výkony uvedeny v následující tabulce

Odb.305:

| |
|--|
| Komplexní vyšetření psychiatrem |
| Cílené vyšetření psychiatrem |
| Kontrolní vyšetření psychiatrem |
| Emergentní psychoterapie á 60 min. |
| Psychoterapie individuální systematická |
| Psychoterapie skupinová typ I á 120 min. |
| Psychoterapie skupinová typ II á 120 min. |
| Psychoterapie skupinová typ III á 30 min. (komunita) |
| Rodinná systematická psychoterapie |
| Rozhovor psychiatra, psychologa,... s rodinou pacienta a dalšími osobami z pac. prostředí |
| Preventivní intervence a dálková kontrola u psychos |
| Roční zhodnocení provozu preventivního telemonitoringu (ITAREPS) |
| Minimální kontakt |
| Ošetření handicapovaného pacienta |
| Povinná léčení a monitoring pacientů v soudem nařízené ochranné léčbě - pouze pod vedením psychiatra |

Odb. 901

| |
|-----------------------------------|
| Komplexní psychologické vyšetření |
| Cílené psychologické vyšetření |
| Kontrolní psychologické vyšetření |
| Krizová intervence |

| |
|--|
| Psychodiagnostika s náročným psychoterap. zásahem |
| Psychoterapie individuální systematická |
| Psychoterapie skupinová typ I á 120 min. |
| Psychoterapie skupinová typ II á 120 min. |
| Psychoterapie skupinová typ III á 30 min. (komunita) |
| Rodinná systematická psychoterapie |

Odb.914

| |
|--|
| Zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost sestry pro péči v psychiatrii |
| Psychiatrická rehabilitace individuální |
| Terénní krizová intervence prováděná sestrou pro péči v psychiatrii |
| Psychoterapeutické činnosti poskytované sestrou (pod odborným vedením a indikací psychiatra či psychologa) |
| Sociální šetření a objektivní anamnéza v pacientově prostředí |
| Edukace sestrou pro péči v psychiatrii |
| Reedukace sestrou pro péči v psychiatrii |
| Aplikace (depotních) injekcí |

Výhledově lze uvažovat o dalších odbornostech - odb.919, 916, 918 a ev. další

| |
|---|
| Vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče |
| Vyšetření adiktologem kontrolní |
| Minimální kontakt adiktologa s pacientem |
| Adiktologická terapie individuální |
| Adiktologická terapie rodinná |
| Adiktologická terapie skupinová I, 120 min. |

Ev. Odb.916

| |
|---|
| Edukačně terap. aktivity související se zdravotním stavem – nutriční poradenství: |
| Výkon: Vyšetření a zhodnocení nutričního stavu nutričním terapeutem |
| Výkon: Sestavení nutričního plánu pacienta |
| Výkon: Edukace nutričním terapeutem |
| Výkon: Reedukace nutričním terapeutem |

10.2. Činnosti sociální

Služby odpovídají sociální rehabilitaci dle § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Doporučené postupy jsou ve fázi tvorby a budou dokončeny v gesci MPSV v listopadu 2016.

11. Systém kontroly

- Kontrola sociální péče

Péče v Centru duševního zdraví podléhá při poskytování sociální péče inspekci sociálních služeb podle Zákona o sociálních službách (108/2006 Sb.).

- Kontrola zdravotní péče

Pojišťovny kontrolují provedenou vs. vykázanou péči. Ministerstvo zdravotnictví a krajské úřady v nepravidelných intervalech kontrolují, zda jsou plněny zákonné povinnosti institucemi, kterým daly oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

12. Sběr dat

Sběr o službách poskytovaných CDZ bude prováděn na základě parametrů stanovených ÚZIS, krajskými úřady a zdravotními pojišťovnami. Data o poskytovaných sociálních službách jsou v rámci CDZ také evidována prostřednictvím webové aplikace a na vyžádání předávána krajským úřadům.

Sběr dat je součástí náplně CDZ. Data jsou potřebná jak pro účely evaluace, tak pro účely zpětné vazby multidisciplinárního týmu.