

# Malý průvodce Centry duševního zdraví



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



## Úvod

Ve většině zemí s demokratickým režimem začalo v druhé polovině minulého století docházet k proměně systému péče o lidi s duševním onemocněním. K pojmenování těchto procesů se povětšinou používá termín „deinstitucionalizace“.

Tímto pojmem je myšlen odklon od institucionální – ústavní péče, zároveň však i změna institucionální kultury<sup>1</sup>, jako přístupu k lidem s duševním onemocněním, na kulturu komunitní, v jejímž středu je člověk, jeho potřeby a důraz na kvalitu jeho života.

Také Česká republika se v posledních letech vydala na cestu proměny psychiatrické péče, která měla – a dosud má – své hlavní těžiště v psychiatrických nemocnicích. Ty byly stavěny dle konceptu, který byl moderní v první polovině minulého století. Hovoří se o reformě psychiatrické péče, která má představovat zásadní změnu celého systému péče o lidi s duševním onemocněním.

---

<sup>1</sup> *Institucionální kultura je charakteristická paternalistickým přístupem, důrazem na kontrolu symptomů a chování, rutinou v léčebných postupech. Pravidla instituce jsou upřednostňována před potřebami lidí, kterým má sloužit. Výzkum i klinická zkušenost ukazují, že institucionální kultura může samozřejmě vznikat/být i v komunitních typech péče, jelikož i zde mohou být upřednostňována pravidla instituce (organizace) před potřebami osob, kterým má pomáhat.*

Ministrem zdravotnictví byla 7. října 2013 schválena Strategie reformy psychiatrické péče. Tato Strategie zdůrazňuje, že hlavním motivem je důraz na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv lidí s duševním onemocněním v nejširším možném výkladu. A právě deinstitutionalizace je jednou z nezbytných podmínek naplňování práv lidí s duševním onemocněním.

Přestože ve Strategii není explicitně vyjádřen záměr deinstitutionalizace, tedy plného odklonu od péče soustředěné do psychiatrických nemocnic, je zde uveden záměr snižování jejich kapacit a přesun akutní péče do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic. Dlouhodobá péče je označována za přechodnou. Tedy je obsažen záměr, aby v těchto zařízeních nedocházelo k dlouhodobým hospitalizacím lidí s duševním onemocněním. Jeden z nových a hlavních prvků (pilířů) v novém systému péče o duševní zdraví, který Strategie zavádí a popisuje, a který by k naplnění tohoto záměru měl významně přispět, jsou právě **Centra duševního zdraví**.

Termín Centrum duševního zdraví je ve světě užíván pro nejrůznější typy služeb. Užším a přesnějším pojmem by mohl být název Komunitní týmy duševního zdraví (Community Mental Health Teams). Jejich podoba je ve světě různá. Odlišují se zaměřením na specifickou klientelu dle věku a situace. Existují vše-

obecné týmy, týmy krizové, týmy asertivní (určené pro lidi s vážným duševním onemocněním, kteří nespolupracují s běžnými službami), týmy pro klienty/pacienty s prvním projevem psychotického onemocnění atd. Odlišnost týmů je i ve velikosti spádové oblasti, kterou obsluhují. Vedle řady odlišností však existuje řada společných rysů. Mimo jiné to, že komunitní týmy jsou hlavní specializovanou mimonemocniční službou v zemích prošlých reformou psychiatrické péče.

V České republice se Ministerstvo zdravotnictví stalo od roku 2017 realizátorem projektů zaměřených na podporu vzniku a pilotního provozu Center duševního zdraví. V rámci těchto projektů by mělo vzniknout po celé České republice prvních 30 pilotních Center duševního zdraví financovaných po dobu 18 měsíců evropskými strukturálními fondy. Optimálním stavem je pak síť až 100 Center duševního zdraví, která budou rovnoměrně rozmístěna po celé České republice.

Cílem tohoto textu je stručně představit základní charakteristiky Center duševního zdraví tak, jak je jim nyní rozuměno v kontextu probíhajících změn v České republice. V období, kdy tento dokument vzniká, jsou Centra duševního zdraví stále novým prvkem (v provozu je prvních 5 pilotních center pod-

pořených projektem) a existují tři oficiální dokumenty, ve kterých jsou popsána:

- Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví zveřejněném ve Věstníku MZ ČR, č. 5/2016 (dále v textu jen Standard péče CDZ)
- Základní principy péče poskytované v CDZ, aktualizovaný 2017<sup>2</sup> (vytvořený v rámci pracovní skupiny Tvorba standardů a metodik, který je v upravené verzi přílohou Výzvy na podporu vzniku Center duševního zdraví I a Center duševního zdraví II)
- Metodika programu podpory Center duševního zdraví (příloha Výzvy na
- podporu vzniku Center duševního zdraví I a Center duševního zdraví II)

Obsah těchto dokumentů se ne vždy a ve všech bodech shoduje. Důvodem není jen to, že vznikaly v různých kontextech v období turbulentních změn, ale i to, že každý je psán za jiným účelem a má různou závaznost (např. Standard je psán z perspektivy 3 let od zahájení provozu CDZ, zatímco pilotní provoz CDZ počítá pouze s obdobím 18 měsíců.

Dokument Základní principy péče měl být spíše vodítkem pro vznik CDZ, Metodika musela v sobě in-

---

<sup>2</sup> K dispozici na [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)

tegrovat požadavky Operačního programu Zaměstnanost a aktuální legislativní úpravu, apod.). Pokud tedy existují v základní charakteristice Center duševního zdraví v některých oblastech rozdíly, v textu na ně upozorňujeme. Současně považujeme na tomto místě za důležité uvést, že právě pilotní provoz prvních Center duševního zdraví přinese důležité podněty na nastavení jejich koncepce v dalších obdobích. Stále se hledá vlastní podoba komunitních týmů, která bude odpovídat místní specifické situaci.

## Centrum duševního zdraví

CDZ = Centrum duševního zdraví

- nový nízkoprahový prvek v systému péče o lidi s duševním onemocněním
- zdravotně-sociální služba poskytovaná jedním multidisciplinárním týmem

CDZ-K = Centrum duševního zdraví s nepřetržitou krizovou službou

- poskytuje služby/činnosti shodně s CDZ, dále pak nepřetržité krizové služby osobám, které se nacházejí v psychické krizi

*Pozn.: Programy na pilotní provoz Center duševního zdraví počítají pouze s podporou CDZ.*

## Cíle CDZ

- podpora klienta/pacienta na jeho cestě (k) zotavení
- prevence hospitalizací či jejich zkracování
- včasná diagnostika onemocnění a rychlé započítí léčby
- podpora ve (znovu) zapojení osob v dlouhodobé hospitalizaci do běžné komunity



## Cílová skupina CDZ

Cílovou skupinou CDZ jsou:

- 1) lidé s vážným duševním onemocněním  
(SMI = Severe Mental Illness)

charakteristika SMI:

- diagnostické okruhy (F2 – schizofrenní onemocnění, F3 – afektivní poruchy, eventuálně F42 – obsedantně-kompulzivní poruchy a F6 – specifické poruchy osobnosti)
  - trvání onemocnění (déle než 2 roky)
  - funkční narušení (skóre GAF  $\leq$  70, kde GAF je klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění)
- 2) osoby s potřebou včasné intervence (tzv. Early Intervention), tzn. osoby s rizikem rozvoje SMI

A dále jen pro CDZ-K:

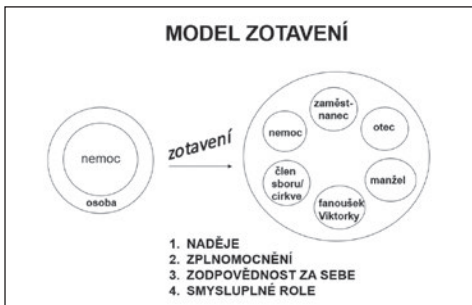
- 3) lidé v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi nevyžadující hospitalizaci (s výjimkou akutních intoxikací)

## Základní filozofie CDZ

**Propojení sociální a zdravotní péče** v jednom multidisciplinárním týmu, jehož práce je zaměřená na podporu klienta/pacienta v jeho cestě (k) **zotavení**.

### Zotavení (Recovery)

*„Zotavení (recovery) 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)



zdroj: [www.zotaveni.cz](http://www.zotaveni.cz)

## Hlavní zásady přístupu zaměřeného na zotavení:

- práce s nadějí
- zplnomocňování
- zodpovědnost za sebe
- smysluplné role

## Další zdroje uvádějí<sup>3</sup>:

- zaměření na silné stránky
- celostní přístup
- respekt
- individuální přístup
- podpora v zastávání smysluplných životních rolí (tj. ne pouze role „klient/pacient“)
- důraz na příběh daného člověka (příběh se vztahuje k životu, ne k nemoci)

---

<sup>3</sup> *Základní principy péče poskytované v CDZ, Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví, Malý průvodce reformou psychiatrické péče*

## Složení týmu CDZ

V CDZ pracuje jeden multidisciplinární tým, který je složen z pracovníků různých zdravotních a sociálních profesí.

V pilotních CDZ bylo minimální personální složení týmu stanoveno takto:

- Psychiatr
- Sestra pro péči v psychiatrii/všeobecná sestra
- Sociální pracovník/pracovník v sociálních službách
- Klinický psycholog
- Peer pracovník<sup>4</sup>

Jeden ze členů týmu musí mít specializaci v systematické psychoterapii.

Standard CDZ navíc hovoří o pozicích:

- Pracovní konzultant/IPS specialista<sup>5</sup>
- Specialista na práci s lidmi s duální diagnózou

---

<sup>4</sup> Pracovník s vlastní zkušeností s duševním onemocněním splňující kvalifikaci nutnou pro pracovníka v sociálních službách či sociálního pracovníka dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Někdy také označován termínem „peer konzultant“.

<sup>5</sup> IPS = Individual Placement Support, tj. podpora v oblasti zaměstnávání.

## Principy CDZ

### Multidisciplinarita

- Úzká spolupráce všech pracovníků v týmu (všech profesí) je základem práce CDZ.
- Každý z odborníků přináší do týmu specifické znalosti a dovednosti, čímž je zajištěna široká škála nabídky pomoci.
- Členové týmu pracují společně, pravidelně se setkávají, sdílejí informace o potřebách klientů/pacientů CDZ, v týmu funguje sdílené rozhodování i sdílená odpovědnost<sup>6</sup>.

### Spádovost

- Tým CDZ pracuje v jasně definované spádové oblasti, za kterou je zodpovědný (hovoří se o regionální odpovědnosti).
- Dle Standardu CDZ se jedná o oblast definovanou 60 000 - 140 000 obyvateli na jedno CDZ<sup>7</sup>.

### Případové vedení (někdy je používán termín **case management**)

- Každý klient/pacient má jednoho konkrétního člena týmu jako svého klíčového pracovníka (case managera).
- Role klíčového pracovníka (case managera)

---

<sup>6</sup> Podrobněji o specifikách týmové práce dále v tomto dokumentu.

<sup>7</sup> V případě CDZ-K se ve Standardu CDZ hovoří o spádové oblasti (regionu) pro 200–500 tis. obyvatel.

spočívá v přímé péči klienta/pacienta a zároveň v koordinaci naplňování jeho plánu zotavení.

- Klíčový pracovník (case manager) zapojuje další členy týmu podle aktuální situace (potřeb) klienta/pacienta, včetně osob či služeb mimo CDZ.

## **Respektování a naplňování lidských práv**

- Poskytovatelé služeb musí mít vždy na zřeteli respektování a naplňování základních lidských práv a důstojnost klientů/pacientů.
- Pro Českou republiku je Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením závazným dokumentem.

## **Asertivní kontaktování**

- Jedná se o podporu a vyhledávání osob (z cílové skupiny CDZ), které službu samy nekontaktují či ji v určité fázi (kvůli vlivu nemoci na jejich schopnost jednání a rozhodování) i odmítají, ale bez podpory se jejich situace stále zhoršuje a ony se propadávají do sociální exkluze.
- Vyhledávání takovýchto osob znamená dostatečné informování a úzkou spolupráci se všemi relevantními subjekty, které o situaci či existenci těchto „potřebných“ osob mohou vědět (např. rodinné příslušníky, místní samosprávu, sociální služby, policii, lůžková (psychiatrická) oddělení atd.).

- Asertivní přístup však neznamená činění kroků proti vůli dané osoby, ale hledání cest, jak ji všemi možnými prostředky a přístupy ke spolupráci motivovat a podporovat její schopnosti přejímat zodpovědnost za své zotavení a pracovat s ní pak dále v partnerském způsobu spolupráce.

### **Nepřetržitá péče bez čekací doby**

- Žádná čekací doba je důležitým principem péče CDZ. Osoby (z cílové skupiny CDZ) by měly dostat adekvátní podporu právě v době, kdy ji potřebují. Tým CDZ proto musí aktivně pracovat se svou kapacitou.
- Ve Standardu CDZ je požadavek na nepřetržitou péči CDZ – tj. 24/7. Pro pilotní CDZ však tento požadavek není, minimální provozní doba je podmínkami projektu stanovena v rozsahu 40 hodin týdně a v jednotlivých CDZ je individuální.

### **Práce s rodinou**

- Podpora rodiny klienta/pacienta a spolupráce s ní (s nejbližším sociálním zázemím) je běžnou a důležitou činností CDZ.
- Rodina klienta/pacienta a jeho blízké okolí hraje v péči významnou roli. Jde o nejpřirozenější a hlavní zdroj pomoci a podpory. Významnou roli hraje v podpoře začlenění osoby do běžné komunity.

## **Využívání zdrojů komunity**

- Programy nabízené v rámci CDZ mají být v podstatě minimální a jasně cílené na individuální potřeby klienta/pacienta.
- CDZ se mají maximálně snažit, aby to, co klienti/pacienti potřebují ke svému kvalitnímu životu (včetně denních programů, tréninku dovedností atd.), probíhalo v co nejběžnějších podmínkách a místech.

## **Peer podpora**

- Peer pracovníci jsou osoby s vlastní zkušeností s duševním onemocněním.
- Podstatná je zejména jejich osobní zkušenost s vlastním procesem zotavení (nikoli vyléčením), pracují s vlastním příběhem, otevírají téma naděje.

## **Spolupráce s dalšími specifickými službami**

- Za účelem vyhledávání potřebných klientů/pacientů, zajištění kontinuity péče, předcházení a zkracování hospitalizací, zajištění bezpečného odchodu z péče týmu CDZ je zapotřebí intenzivní spolupráce s dalšími sociálními a zdravotními službami v dané spádové oblasti.
- Jedná se například o ambulantní psychiatry, spádová lůžková zařízení, praktické lékaře, pracovníky místní samosprávy, kurátory, opatrovníky, policii a jiné.



## **Spolupráce s návaznými službami**

- Návaznost na další služby – například služby podpory bydlení, volnočasové programy, programy zaměstnávání atd.
- CDZ s nimi za tímto účelem aktivně spolupracuje a je s nimi v kontaktu.

## Služby poskytované v CDZ

V CDZ se propojují zdravotní a sociální služby poskytované společně jedním multidisciplinárním týmem<sup>8</sup>.

Služby CDZ jsou alespoň v 50 procentech realizovány v přirozeném prostředí klienta/pacienta (tj. nikoliv v prostorách CDZ).

- Dle Základních principů péče v CDZ a dle Metodiky programu podpory Center duševního zdraví mají být v pilotních CDZ poskytovány<sup>9</sup>:
- *služby terénního týmu* – služby poskytované v přirozeném prostředí klienta/pacienta. Jedná se o přímou práci s klientem/pacientem, ale i o práci s jeho okolím (rodina, sousedé, úřady apod.). V terénu pracuje kterýkoli člen týmu s cílem **zdravotní a sociální nebo sociální intervence**.

---

<sup>8</sup> Veškerá činnost CDZ se řídí platnou legislativou – zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

<sup>9</sup> Standard CDZ hovoří o poskytování „mobilních služeb“, „deníčních služeb“ a „krizových služeb“. Předpokládáme, že toto téma bude ještě diskutováno na základně zkušeností s realizací pilotních CDZ.

- *služby denní péče* – *služby* orientované na podporu klientů/pacientů se SMI, sociální rehabilitaci, zdravotní a sociální poradenství, podporu zaměstnávání a edukaci (případně další). Jedná se o aktivity podporující nácvik praktických dovedností běžného života. Uskutečňují se v objektu CDZ. Jedná se o služby připravené pro klienty/pacienty s využitím zdravotních i sociálních pracovníků.
- *služby krizové* – *služby*, jejichž cílem je podpora zvládnutí rozvíjející se krize a předcházení hospitalizaci. Intervence jsou poskytovány především v prostředí klienta/pacienta, případně v místě CDZ.
- *služby psychiatrické* – *zdravotní služby* poskytované psychiatrem a všeobecnými/psychiatrickými zdravotními sestrami v rozsahu preventivní intervence, diagnostiky, terapie, práce s rodinou klienta/pacienta, psychiatrické rehabilitace, podpůrné terapeutické a edukační činnosti, ošetrovatelské péče v přirozeném prostředí, prevence a screeningu, telefonické intervence a účasti na asertivním vyhledávání.
- *služby klinického psychologa* – *služby* poskytované klinickým psychologem v rozsahu diagnostiky, konzultace a intervize týmu.
- *služby psychoterapeutické* – *služby* poskytované psychiatrem či klinickým psychologem s úpl-

nou psychoterapeutickou kvalifikací (specializace v systematické psychoterapii).

- *podpora svépomocných činností* – podpora klientů/pacientů v činnostech vedených a organizovaných svépomocí. Jedná se o podpůrné programy pro klienty/pacienty, rodiče nebo jejich blízké, je možná spolupráce s peer pracovníky. Tým je k dispozici pro konzultace, radu; svépomocné aktivity neorganizuje a neřídí.

## Tým versus skupina

Základem práce Center duševního zdraví je „multidisciplinární tým“. Proto je důležité být si vědom, co pojem tým jako takový obsahuje a do praxe centra zavést skutečnou týmovou práci.

Řada pracovních uskupení, která v péči o lidi s duševním onemocněním existují, se nazývají týmem (case management tým, tým pracovníků lůžkového oddělení), ale ve skutečnosti se nejedná o tým, ale o pracovní skupinu.

Práce v týmu se kvalitativně značně liší od práce ve skupině. Výsledný dopad na podobu podpory konkrétního klienta/pacienta samozřejmě závisí na profesních a osobních kvalitách pracovníků, ale také na tom, jestli je jejich práce organizována v týmu či ve skupině.

Tým jsou lidé, kteří pracují společně za účelem dosažení společného cíle. Jejich schopnosti a dovednosti se vzájemně doplňují. Týmové hodnoty a pocit sounáležitosti jsou významnými faktory.

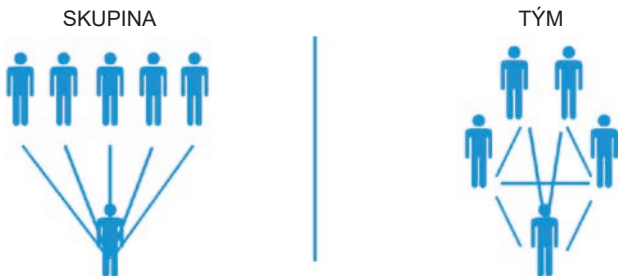
Skupina jsou lidé, kteří pracují dohromady za účelem dokončení svého úkolu. Ve skupině má každý člen přidělenou svoji pracovní roli. Za výkon této role odpovídá přímo vedoucímu skupiny.

Skupinu můžeme sestavit v podstatě jednorázově, tým je potřeba budovat. Tým prochází různými vývojovými fázemi. O tým, jeho kulturu, vazby a vztahy je

potřeba kontinuálně pečovat.

Skupinu je možno vytvořit daleko jednodušeji a rychleji než vybudovat tým. Skupinu můžeme sestavit v podstatě jednorázově. Stačí manažer a běžné systémy a struktury orientované na prostředí, chování a schopnosti. Při krátkodobých cílech, kde je výsledek víceméně jasný, je skupina dobrý způsob, jak organizovat pracovníky. Nicméně tam, kde je výsledek nejistý, nebo se neví, jak výsledku dosáhnout, povětšinou organizace formou skupiny selhává. Na takovéto úkoly je potřeba sofistikovanější sociálně-organizační struktura – tedy tým.

Mezi členy týmu jsou rozděleny potřebné role, každý má svůj status, a proto mohou jednotliví členové pracovat poměrně samostatně. Vedoucí týmu zaujímá spíše roli facilitační než roli vlastního vedení. **(než roli vedoucí)**



OBLAST	TÝM	SKUPINA
Identita	Týmový duch, pocit sounáležitosti a identity významně ovlivňuje chování celého týmu i každého jednotlivce. Členové týmu mezi sebou pocítují sounáležitost, uznávají a oceňují individualitu druhého. Členové týmu vnímají velmi osobně napadení identity týmu.	Pocit identity a sounáležitosti nejsou pro funkci skupiny významné. Pokud vznikají osobní vazby, mají náhodný charakter dle osobních sympatií a antipatií.
Hodnoty	V týmu jsou sdílené představy o tom, co je důležité a co ne. Každý člen týmu ví, proč je to důležité (sdílená přesvědčení). Ví také, co je správné a co ne (sdílená kritéria).	Členy skupiny zajímá, jakým způsobem a jak moc druzí plní své úkoly. Pro funkci skupiny není důležité sdílet společné hodnoty.
Dovednosti	V týmu je důležitý společný cíl a jeho společné dosažení. Je důležitý každý jedinec, jeho individuální cíle, hodnoty, kritéria a přesvědčení. Týmové nastavení umožňuje a významně podporuje u jednotlivých členů týmu rozvoj či doplnění schopností ve prospěch celého týmu.	Ve skupině je důležité zastávat přidělenou roli. V rámci této role si pak každý rozvíjí své schopnosti, dovednosti a znalosti. Skupinové role se rozdělují podle schopností daného jedince.
Chování	Týmy mají společnou představu toho, jak se jednotliví členové týmu podílí na úsilí při dosahování cíle. Týmové role jsou sekundární, primární je společný cíl a společný postup. V týmech se neseťkáte s tvrzením „to není moje práce“. Týmy jsou poměrně flexibilní. Je důležité věci uskutečnit, ale kdo je uskutečňuje, je podružné.	Ve skupině je primární individuální role každého člena skupiny. Každý člen skupiny má stanovenou, co má dělat a jak se má chovat (popis práce). Skupinové role nastavují určitá očekávání, která řídí vztahy mezi členy skupiny. Díky své orientaci na role jsou skupiny většinou rigidní, přičemž tuto rigiditu často podporuje i nevhodný způsob odměňování – lidé jsou placeni za svoji roli – za to, aby dělali to, co mají dělat, a aby to dělali tak, jak to dělat mají.

## Slovo na závěr

Vytvoření Center duševního zdraví je aktivita vycházející ze Strategie reformy psychiatrické péče, která má za cíl přesunout těžiště péče do komunity, a snížit tak sociální vyloučení lidí s duševním onemocněním.

Základem Center duševního zdraví je multidisciplinární tým, který poskytuje zdravotní i sociální služby (ev. zdravotně-sociální služby) v přirozeném prostředí klienta/pacienta. Podporuje klienta/pacienta na jeho cestě (k) zotavení, napomáhá k předcházení hospitalizacím či jejich zkracování, umožňuje včasnou diagnostiku onemocnění a rychlé započetí léčby, podporuje (znovu) zapojení osob v dlouhodobé hospitalizaci do běžné komunity

Správně fungující Centra duševního zdraví musí být spolupracující a nedílnou součástí široké sítě poskytované péče. Pouze samotná Centra duševního zdraví reformu psychiatrie nezajistí. Plnit svou funkci, vytvořit a smysluplně poskytovat akutní zdravotní a sociální podporu lidem s duševním onemocněním v přirozené komunitě, mohou pouze společně s ostatními složkami nejširších zdravotních, sociálních i běžných služeb. Základním principem této podpory je úcta k člověku, jeho důstojnosti a respekt k lidským právům.

Vytvoření sítě CDZ představuje systémovou změnu v poskytování péče o duševní zdraví. Zajistí dostupnost psychiatrické péče, dojde ke zlepšení kvality péče a kvality života lidí s duševním onemocněním.



## Zdroje:

- Základní principy péče poskytované v CDZ, aktualizované v dubnu 2017
- Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví, uveřejněn ve Věstníku MZČR č. 5/2016
- Malý průvodce reformou psychiatrické péče, vydala Psychiatrická společnost ČLS JEP v dubnu 2019
- Strategie reformy psychiatrické péče, MZ ČR, 2013
- [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)
- [www.zotaveni.cz](http://www.zotaveni.cz)
- Tomáš Bujna, David Müller, Jan Bloudek, Sláva Kubátová: SPOJOVAT, ČI ROZDĚLOVAT? ORGANIZOVÁNÍ, KOORDINOVÁNÍ A SDÍLENÍ INFORMACÍ. PUBLIKACE TC Business School. 2014

## Další užitečné odkazy

- [www.psychiatrie.cz](http://www.psychiatrie.cz)
- [www.reformapsychiatrie.cz](http://www.reformapsychiatrie.cz)
- [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)
- [www.zotaveni.cz](http://www.zotaveni.cz)



## Kontakty a poznámky



**Na textu se podíleli:**

Mgr. Hana Goldmanová, Bc. Ladislav Brynych,  
PhDr. Ivana Strossová, Mgr. et Mgr. Drahomíra  
Franzová, MUDr. Jan Pfeiffer

**Editorka:**

Ing. Veronika Cézová



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

*Projekt „Podpora vzniku Center duševního zdraví I“, (reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0004672) je realizován Ministerstvem zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost financovaného z Evropského sociálního fondu.*