

Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)

Kolektiv autorů:

Mgr. Marek Fiala

MUDr. Zuzana Foitová

MUDr. Petr Hejzlar

Jaroslav Hodboď

MUDr. Martin Hollý

PhDr. Karel Koblic

MUDr. Jan Lorenc

MUDr. Ondřej Pěč

Mgr. Tomáš Petr

MUDr. Juraj Rektor

Mgr. Pavel Řičan

MUDr. Zdeněk Šolle

Petr Šturma, DiS.

Informace o tvorbě standardu Center duševního zdraví

Ministerstvo zdravotnictví ČR zadalo Psychiatrické společnosti (PS) vypracovat standard péče Center duševního zdraví, která se mají stát klíčovým novým prvkem systému péče o osoby se závažným duševním onemocněním. Cílem bylo definovat standard péče Center duševního zdraví do konce roku 2014.

Obsazení pracovních skupin bylo navrženo na jedné ze schůzek Sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP věnované tvorbě standardu CDZ.

Struktura realizačního týmu:

Koordinací tvorby standardu péče CDZ bylo výborem Psychiatrické společnosti pověřeno Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s. (CRPDZ).

Pracovní skupina byla rozdělena na „*užší pracovní tým*“ a „*širší pracovní tým*“. Užší pracovní tým se pravidelně scházel a tvořil standard po obsahové stránce. Širší pracovní tým byl přizván k připomínkování, oponování a diskusi nad vytvořenými materiály. O připomínkování podkladových materiálů byli dále požádáni dva zahraniční experti doporučení Světovou zdravotnickou organizací – profesor Tom Burns (Velká Británie) a profesor Roberto Mezzina (Itálie). Připomínky širšího pracovního týmu i zahraničních odborníků byly pečlivě zvažovány v užším pracovním týmu a promítly se do výsledné podoby standardu.

Personální obsazení skupin:

Užší pracovní tým:

- Psychiatrická společnost ČLS JEP: Martin Hollý
- Sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP: Ondřej Pěč, Zuzana Foitová, Juraj Rektor, Petr Hejzlar
- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Pavel Řičan, Pavla Šelepová,
- Asociace denních stacionářů a krizových center: Karel Koblic, Jan Lorenc
- Česká asociace sester: Tomáš Petr
- Sociální služby: Marek Fiala, Jaroslav Hodboď, Petr Šturma
- Sekce ambulantní péče PS ČLS JEP: Zdeněk Šolle

Širší pracovní tým:

- Lůžková psychiatrie: Libor Macák
- Psychiatrické nemocnice: Dagmar Dvořáková
- Ministerstvo práce a sociálních věcí: Jan Vrbický
- Asociace komunitních služeb: Aleš Lang
- Asociace klinických psychologů: Oldřich Ďurech
- Zástupce uživatelů: Jan Jaroš
- Zástupce rodinných příslušníků: Jana Poljaková

V Praze, prosinec 2014

Obsah

1. Preambule.....	4
2. Služby poskytované Centrem duševního zdraví (CDZ).....	8
3. Personální kritéria	11
4. Materiálně technická kritéria	13
5. Organizační kritéria	15
6. Ostatní kritéria	16

Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)

1. Preambule

Kontext

Péče o duševně nemocné v ČR je charakteristická nízkým podílem na celkových zdravotních výdajích, koncentrací péče v psychiatrických léčebnách, nerovnoměrně rozmístěnou akutní lůžkovou péčí a nedostatečně rozvinutou komunitní péčí.

Problémem, na který poukazuje řada studií, je nízká koordinace péče o duševně nemocné. Například zpráva Mapování stavu psychiatrické péče (2012) konstatuje, že pětina příjmů do lůžkových zařízení probíhá bez jakéhokoliv doporučení. Tato skutečnost svědčí o relativní absenci včasných intervencí, které mohly hospitalizacím předejít.

Strategie reformy psychiatrické péče schválená Ministerstvem zdravotnictví ČR na podzim 2013 definovala potřebu sítě Center duševního zdraví (CDZ), jejichž úkolem bude poskytování péče a její koordinace zvláště vůči osobám se závažným duševním onemocněním. Centra duševního zdraví byla popsána jako zařízení, která poskytují zdravotní i sociální služby, pracující na týmovém základě, orientují se na terénní i ambulantní práci a jsou dobře dostupná v čase a také co nejbližší přirozenému prostředí – domovu klientů.

Česká republika je vázána řadou dokumentů, které definují podmínky péče o osoby se zdravotním postižením a některé i specificky pro osoby s duševním onemocněním. V lednu 2005 se Česká republika zavázala plnit závěry Evropské konference ministrů zdravotnictví k otázkám duševního zdraví v Helsinkách prostřednictvím Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu. V roce 2008 na tuto helsinkou deklaraci navázal European Pact for Mental Health and Wellbeing. Česká republika v roce 2009 ratifikovala Úmluvu OSN o právech lidí se zdravotním postižením, která se od února 2010 stala součástí našeho právního řádu.

Evropský Akční plán duševního zdraví odsouhlasený členskými státy v září 2013 stanoví mezi svými cíly uzavření velkých institucí a rozvoj komunitně orientovaných služeb poskytovaných multidisciplinárními týmy.

Předkládaný standard CDZ se dále zabývá cílovou skupinou závažně duševně nemocných, která je níže definována. Tento přístup je odůvodněný potřebou specializované sítě služeb pro tuto populaci. Rozvoj sítě služeb pro další cílové skupiny – děti, staří duševně nemocní lidé a osoby trpící závislostmi je nepochybně žádoucí a bude vyžadovat vytvoření koordinovaného systému obdobného jako u osob se závažným duševním onemocněním.

Cílová skupina

V zahraniční literatuře a praxi je běžně používána kategorie SMI, tedy Serious/severe Mental Illness (závažné duševní onemocnění). Právě osoby z tohoto okruhu jsou při neadekvátní péči ohroženy chronifikací nemoci, opakovanými hospitalizacemi a sociálním vyloučením. V předloženém standardu z důvodu včasné intervence specifikujeme cílovou skupinu CDZ jako SMI rozšířenou o osoby ohrožené rozvojem závažného duševního onemocnění a v segmentu krizových služeb také na osoby v krizové situaci obecně.

Na základě porovnání se zahraničními modely regionálních center (model Trieste v Itálii nebo FACT v Nizozemí) lze cílovou skupinu kvantifikovat na 1 000 osob/100 000 obyvatel ročně, přičemž většina služeb bude poskytnuta 200 osobám se závažným duševním onemocněním.

Ehler (2013) odhadl součet přímých (zdravotnických i nezdravotnických) a nepřímých nákladů na duševní nemoci v České republice v roce 2010 na více než 100 miliard korun. Nepřímé náklady jsou způsobené invaliditou, pracovní neschopností a zkrácením střední délky života u duševně nemocných. Více než čtvrtina invalidních důchodů III. stupně je zapříčiněna duševní poruchou.

Závažnost problematiky duševních onemocnění z okruhu SMI lze dokumentovat na datech ÚZIS (2012). Podle těchto údajů bylo v roce 2012 v péči ambulantních psychiatrů 46 893 pacientů s diagnózou F20 - F29), z čehož bylo 4 970 případů nových onemocnění. S diagnózou afektivních poruch (F30 - 39) se ambulantně léčilo 107 273 osob (z toho 19 219 nově diagnostikovaných onemocnění). V r. 2012 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních ukončeno 11 058 hospitalizací pro diagnózu F2 a 5 032 hospitalizací pro diagnózu F3. Průměrná ošetrovací doba činila 115 dní (23 dní v psychiatrických odděleních nemocnic, 153 dní v psychiatrických léčebnách) u pacientů s diagnózou F2 a 42 dní (26 dní v psychiatrických odděleních nemocnic a 56 dní dne v psychiatrických léčebnách) pro pacienty s diagnózou F3. 431 pacientů s diagnózou F2 a 20 pacientů s diagnózou F3 bylo propuštěno po hospitalizaci delší než 1 rok. Po ukončení hospitalizace pro dg. F2 byla v 12 % doporučena další ústavní léčba nebo ústavní sociální služba, v 78 % trvalá nebo dočasná ambulantní péče, v 8 % jiný typ péče a pouze v necelých 2 % žádná následná péče. Po ukončení hospitalizace pro diagnózu F3 nebyla další péče doporučena v 3 % případů. Celkem se tedy v r. 2012 léčilo 154 166 osob s diagnózou F2 anebo F3. Vycházíme z odhadu, že 90 % ambulantně léčených osob s diagnózou F2 a 30 % s diagnózou F3 potřebuje další zdravotní nebo sociální péči.

Zdravotní, psychologické i sociální faktory výrazně ovlivňují míru postižení navozeného duševní poruchou. Těživá sociální situace může mít výrazný vliv na míru projevu onemocnění. Proto podpora a pomoc musí být komplexně bio-psycho-sociální. Postižení může znevýhodňovat klienta v řadě oblastí (práce, sociální vztahy, volný čas atd.). Nezbytné je tedy úzké týmové propojení různých profesí, včetně propojení stávajících nebo nově vytvořených sociálních a zdravotních služeb. Vzhledem ke komplexnosti potřeb i vzhledem k důležitosti pracovní aliance (vztahu) jako nástroje pomoci je zapotřebí systému dlouhodobého případového vedení - case managementu.

Centrum duševního zdraví

Centrum duševního zdraví 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 Centrum duševního zdraví jednak vytváří potřebné programy, jednak zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Tým Centra duševního zdraví pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům ze spádové oblasti bez čekací doby.

K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního (recovery) zotavení klientů, spolupracuje Centrum duševního zdraví 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.

Jednotlivé prvky péče poskytované CDZ jsou odvozeny od takzvané praxe založené na důkazech (evidence based practice). Patří k nim krizová intervence s prokazatelným zlepšením klinického stavu, větší spokojeností s léčbou, snížení zátěže rodin, snížení opakovaného přijetí k hospitalizaci a vypadávání z léčby oproti standardní léčbě (Murphy et al 2012), dále asertivní komunitní léčba prokazatelně snižující frekvence relapsu onemocnění, potřebu hospitalizace, vedoucí ke stabilizaci v oblasti bydlení, zaměstnání a zvyšující spokojenost pacientů (Marshall et al 2011). Dalším postupem je podporované zaměstnání, u něhož je ověřeno zvyšování zaměstnanosti duševně nemocných (Kinoshita et al 2013).

V CDZ se propojují zdravotní a sociální služby. Veškerá činnost se řídí platnou legislativou, zejména Zákonem 372/2011 Sb., o zdravotních službách a Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Status CDZ na rozhraní zdravotní a sociální oblasti bude vymezen zvláštním předpisem.

V tomto standardu jsou definována *Centra duševního zdraví* a *Centra duševního zdraví s nepřetržitou krizovou službou*.

Zdroje:

Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním, TRASS, 2013

Ehler, E, a další. Náklady na poruchy mozku v České republice. *Česká a Slovenská Neurologie*. 2013, 3, stránky 282–291.

Evropský Akční plán duševního zdraví, 2013

Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I. M., Marshall, M., ... & Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. (2011) *Cochrane Database of Systematic Reviews*,4:CD001089.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Pojistněmatematická zpráva o důchodovém pojištění 2012. [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13783/PMZ-2012.pdf). [Online] <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13783/PMZ-2012.pdf>.

Murphy S. et al. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. (2012) *Cochrane Database of Systematic Reviews*,; 5:CD001087

Raboch J., et al. (eds.) *PSYCHIATRIE Doporučené postupy psychiatrické péče III*. Praha: Tribun, 2010.

Raboch J., Wenigová B. et al. *Mapování stavu psychiatrické péče*, ČPS, 2012

Strategie reformy psychiatrické péče, MZ ČR, 2013

Ústav zdravotnických informací a statistiky. *Psychiatrická péče 2011*. Praha: ÚZIS ČR, 2012

Ústav zdravotnických informací a statistiky. *Psychiatrická péče 2012*. Praha: ÚZIS ČR, 2013

Winkler, Petr (ed.). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenosti a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013.

2. Služby poskytované Centrem duševního zdraví (CDZ)

I. Cílová skupina

1) pacienti se závažným duševním onemocněním (SMI – Serious/severe Mental Illness)

Charakteristika SMI:

- a) diagnostické okruhy (F2, F3, eventuálně F4 a F6)
- 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 započetí léčby.

a dále jen pro CDZ s nepřetržitou krizovou službou:

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

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

Cílem je krátkodobá intervence a předání do další péče.

II. Minimální rozsah služeb poskytovaných multidisciplinárním týmem CDZ

Multidisciplinární tým

Veškeré služby CDZ jsou poskytovány multidisciplinárním týmem. Ten je tvořen profesionály různých odborností (viz kapitola Personální kritéria), kteří spolu velmi úzce spolupracují. Všichni členové týmu pracují ambulantně i v terénu, sdílí klienty/pacienty, průběžně si předávají důležité informace a většinu svých intervencí provádějí v přirozeném prostředí klientů/pacientů.

Poskytované služby:

A) Mobilní služby - pro cílovou skupinu 1 a 2

Služby jsou poskytovány prostřednictvím mobilních multidisciplinárních týmů v přirozeném prostředí pacientů, a po vzájemné dohodě také v institucích, kde jsou pacienti aktuálně umístěni (např. psychiatrická nemocnice, vězení, ústav...), za účelem jejich přípravy na propuštění. Mají charakter dlouhodobé péče formou psychiatrické a sociální rehabilitace, může jít o poskytování krizové intervence v domácnosti pacienta se SMI a také o plánované včasné intervence v případě dosud nediodagnostikovaných nebo aktuálně neléčených onemocnění. Ve spolupráci s ambulantními psychiatry se podílí na péči o pacienty se SMI, kteří mají ambulantní ochrannou

léčbu. Hlavním cílem mobilních služeb je poskytování péče v přirozeném prostředí pacientů a předcházení stavů, které by vyžadovaly hospitalizaci.

Mobilní tým CDZ neplní roli Zdravotnické záchranné služby. Neplánované/krizové mobilní služby jsou dostupné klientům CDZ do 24 hodin, novým, v CDZ neregistrovaným klientům do 48 hodin.

B) Denní služby - pro cílovou skupinu 1

CDZ provozuje centrum denních aktivit pro SMI pacienty orientované na jejich podporu a sociální rehabilitaci. Denní služby jsou dostupné nejméně 10 hodin denně a zahrnují jak strukturované aktivity, tak prostor pro trávení volného času. Vedle toho CDZ realizuje nebo zajišťuje služby denního stacionáře s psychoterapeutickým programem.

C) Krizové služby

a) Krizové služby CDZ

Krizové služby určené pro cílovou skupinu 1 a 2.

Jejich cílem je podpora při zvládnutí rozvíjející se krize a předcházení hospitalizaci.

Intervence jsou poskytovány především v prostředí pacienta, případně v místě CDZ.

CDZ disponuje 2 - 8 lůžky¹ pro odlehčovací/stabilizační pobyt nepřesahující 10 dnů.

Časová dostupnost krizových služeb CDZ:

Telefonicky - 24/7

Ambulantně - od 8 do 20 hodin

Příjem na odlehčovací lůžka - od 8 do 20 hodin

Pro zvládnutí akutních stavů v nočních hodinách (od 20 do 8 hodin) avizovaných telefonicky nebo nastalých u klienta na lůžku CDZ musí mít CDZ dohodu se zařízením poskytujícím akutní psychiatrickou péči nebo s CDZ s nepřetržitou krizovou službou.

b) Krizové služby CDZ s nepřetržitou krizovou službou.

Krizové služby určené pro cílové skupiny 1, 2 a 3.

Jejich cílem je poskytnout nízkoprahovou pomoc osobám, které se nacházejí v psychické krizi, která je ohrožuje.

CDZ s nepřetržitou krizovou službou disponuje 2 - 8 lůžky pro stabilizační pobyt nepřesahující 10 dnů.

Tento typ služeb se zřizuje v regionu pro 200 - 500 tis. obyvatel

U CDZ s nepřetržitou krizovou službou jsou počty personálu navýšeny tak, aby mohla být nepřetržitá dostupnost zajištěna.

Časová dostupnost krizových služeb CDZ s nepřetržitou krizovou službou

Krizové služby jsou dostupné nepřetržitě (24/7)

¹ Ošetřovatelská lůžka nebo krizová pomoc - pobytová forma dle § 60 Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách nebo lůžka psychiatrické krizové péče dle přílohy 1 Vyhlášky 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

D) Další služby

V rámci CDZ jsou poskytovány služby psychiatrické a klinickopsychologické ambulance. Tyto služby jsou určeny zejména pro pacienty s cílové skupiny 1 a 2. Pacientům z cílové skupiny 3 jsou ambulantní služby poskytovány pouze v CDZ s nepřetržitou krizovou službou a přechodně do doby předání do další péče.

3. Personální kritéria

CDZ je personálně a technicky vybavené zdravotně-sociální zařízení zajišťující služby pro cílovou skupinu SMI ve spádovém regionu se 60 - 140 000 obyvateli, což dle předpokládané prevalence odpovídá 120 - 280 registrovaným klientům/pacientům. Personální složení týmu CDZ je dáno počtem klientů/pacientů, kterým tým poskytuje své služby. Velikost regionu a tím i počet klientů/pacientů je omezen jak v dolní, tak i horní hranici, aby bylo zajištěno optimální a efektivní fungování týmu CDZ. Na jednoho pracovníka terénního týmu je počítáno s 20 registrovanými klienty/pacienty².

Referenční hodnotou je spádový region se 100 000 obyvateli a 200 registrovanými klienty/pacienty. Standardem pro takto definovaný spádový region je personální obsazení CDZ v počtu 9 všeobecných zdravotních sester a 9 sociálních pracovníků/pracovníků v sociálních službách. V případě spádového regionu s menším počtem obyvatel nebo registrovaných klientů/pacientů nesmí počet personálu (zdravotních sester a personálu zajišťujícího sociální služby) klesnout pod 7/7.³ Personální zajištění psychiatrů a klinického psychologa je v níže uvedeném rozsahu povinné vždy.

Personálně je nutné počítat s fixací 8⁴ pracovníků na pozicích zdravotní sestra, sociální pracovník a pracovník v sociálních službách na každodenní chod lůžkové části a centra denních aktivit, 10 pracovníků na pozicích zdravotní sestra, sociální pracovník a pracovník v sociálních službách na terénní práci s klienty.

Personál zajišťující zdravotní služby spádového regionu se 100 000 obyvateli:

Personál zajišťující zdravotní služby.....celkem 11,5 úvazků

Psychiatr⁵ 1,0 úvazku

- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb.

Psychiatr 0,5 úvazku

- nemusí být kmenovým zaměstnancem CDZ, může být nasmlouván v jiném pracovněprávním vztahu, zajišťuje on call v mimopracovní době pro krizové centrum
- splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb.

Klinický psycholog⁵ 1,0 úvazek

- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 22 zákona č. 96/2004 Sb.

² Mimo profesí psychiatr a klinický psycholog a rovněž mimo management (o manažerském zabezpečení viz Organizační kritéria).

³ Při samotném vzniku CDZ nesmí být tento počet menší než 4/4, přičemž na 7/7 musí stoupnout do 1 roku provozu CDZ.

⁴ V případě CDZ s nepřetržitou krizovou službou je nutné počítat s fixací 14 pracovníků.

⁵ Minimálně jeden z kmenových zaměstnanců CDZ s odborností psychiatr či klinický psycholog musí splňovat požadavek na úplnou psychoterapeutickou kvalifikaci (specializaci v systematické psychoterapii).

Všeobecná zdravotní sestra^{6,7} 9,0 úvazků

- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb.

Personál zajišťující sociální služby spádového regionu se 100 000 obyvateli:

Personál zajišťující sociální služby.....9,0 úvazků

Z toho:

Sociální pracovník^{7,8,9,10} minimálně 5,0 úvazků

- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 110 zákona č. 108/2006 Sb.

Pracovník v sociálních službách^{9,10} maximálně 4,0 úvazky

- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje požadavky dle § 116 zákona č. 108/2006 Sb.

⁶ Minimálně 2/3 úvazků zdravotních sester se specializací psychiatrická sestra. Sestra bez specializace psychiatrická sestra si může tuto specializaci doplnit v průběhu 3letého období po uzavření pracovní smlouvy se zaměstnavatelem. Můžeme vycházet z obdobné situace v rámci sociálních služeb, kdy zákon č. 108/2006 ukládá pracovníkům doplnit si kvalifikaci do 18 měsíců od nástupu do soc. služby.

⁷ Jeden z pracovníků s odborností všeobecná sestra či sociální pracovník se specializuje na problematiku práce s lidmi s duální diagnózou.

⁸ Minimálně 1/2 úvazků pracovníků zajišťující sociální služby jsou sociální pracovníci.

⁹ Jeden z pracovníků splňující kvalifikační kritéria dle zákona č. 108/2006 pracuje nejméně na 0,5 úvazku v roli peer konzultanta. To vyžaduje vlastní zkušenost pracovníka s onemocněním z okruhu SMI, stabilizovaný zdravotní stav a zachování jedinečnosti jeho role (nemůže vykovávat jinou profesi v týmu CDZ).

¹⁰ Jeden z pracovníků splňující kvalifikační kritéria dle zákona č. 108/2006 Sb. se zabývá problematikou zaměstnávání osob se SMI.

4. Materiálně technická kritéria

I. struktura CDZ a prostorové vybavení

a) krizové služby

- příjem/ambulantní část
- lůžková část – minimálně dva pokoje vybavené lůžky, maximálně dvě lůžka na pokoji
- denní místnost – může být sdílená s centrem denních aktivit
- *zázemí viz níže*

b) terénní služby

- minimálně 1 kancelář
- minimálně 1 konzultační místnost

c) denní stacionář (DS) a centrum denních aktivit

- místnost pro skupinovou psychoterapii
- minimálně jedna denní místnost

d) ordinace psychiatra

e) ordinace klinického psychologa a psychoterapeuta

f) místnost pro schůzky týmu – *může využívat místnost DS*

g) další prostory a zázemí (dle vyhlášky č. 92/2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a dalších platných norem – dále jen vyhláška č. 92/2012, a v případě sociálních služeb dle platné legislativy)

- pro klienty - koupelna, kuchyně, WC, čekárna
- pro personál – koupelna, WC, sklad
- kancelář managementu
- úklidová místnost

II. materiálové a přístrojové vybavení

a) vybavení místností popsaných v bodě I. adekvátním nábytkem

b) přístrojové a jiné vybavení - adekvátní vybavení, které zajistí možnost poskytování mobilních terénních služeb, sdílení informací, bezpečí pracovníků a klientů

Poznámky

V tomto standardu je stanoveno jen minimální prostorové a věcné vybavení. Reálné vybavení se bude lišit dle konkrétního typu CDZ. Rozdíly v typech CDZ mohou být dány:

- velikosti spádové oblasti
- typem regionu (horská oblast, městská aglomerace)
- organizací CDZ – např. DS může být součástí CDZ nebo může být smluvně zajištěn jiným subjektem

Pro CDZ je charakteristický týmový způsob práce – prostorové vybavení tomu musí odpovídat (např. dostatečným prostorem pro schůzky týmu a kooperaci pracovníků)

Minimální výměra místností se řídí vyhláškou č. 92/2012.

Příklad přístrojového a věcného vybavení:

- osobní vůz nižší střední třídy, větší vůz - dodávka/mikrobus;
- počítače + SW, mobilní telefony, pevné linky, internet
- EZS, napojení na pult centrální ochrany; kamery
- zdravotnické vybavení – tonometr, fonendoskop, teploměr, váha, ambuvak, (defibrilátor);
- skříň/sklad na léky...
- online systém sdílení informací
- zdravotnický materiál a léky; úklidový materiál

5. Organizační kritéria

Centrum duševního zdraví je zřizováno právnickou osobou. Na přechodné období 3 let může také vzniknout smlouvou mezi dvěma subjekty – poskytovatelem zdravotních a poskytovatelem sociálních služeb.¹¹

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 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.

CDZ má pro sociální oblast své činnosti platnou registraci služby sociální rehabilitace (dle § 70 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách), případně dalších sociálních služeb dle uvedeného zákona.¹²

¹¹ CDZ musí vzniknout jako jeden multidisciplinární tým, který je v každodenním kontaktu a sdílí jedny prostory minimálně pro společné porady a kooperaci.

¹² Do budoucna se jeví jako vhodné legislativně zakotvit sociální část CDZ jako druh služby v zákoně o sociálních službách

6. Ostatní kritéria

CDZ je umístěno v běžné občanské zástavbě, v mimonemocničním prostředí.

CDZ je dále zavázáno:

- podílet se na pregraduálním i postgraduálním vzdělávání lékařů, klinických psychologů, psychiatrických sester a sociálních pracovníků;
- podílet se na vzdělávání pracovníků dalších sociálních služeb, které s CDZ spolupracují;
- vytvořit program celoživotního vzdělávání pro své lékaře a nelékařské zdravotnické pracovníky a sociální pracovníky;
- podílet se na osvětových edukačních aktivitách pro obyvatelstvo;
- podílet se na výzkumu duševních poruch;
- pravidelně odesílat data do informační databáze, zřízené pro sledování péče v CDZ;
- pravidelně kontrolovat kvalitu CDZ pomocí nástrojů na hodnocení jakosti práce v rámci jednotlivých činností CDZ.

Požadované počty ošetřovaných pacientů nebo výkonů:

- Minimální počet pacientů v kontinuální péči multidisciplinárního týmu je 150/rok.
- Podíl přímé práce odborných pracovníků s pacienty/klienty je minimálně 50 % vzhledem k celkové jejich vykonávané činnosti.
- Přímá práce s pacienty/klienty je u odborných pracovníků alespoň v 50 % realizována v jejich přirozeném prostředí (nikoliv v prostorách zařízení).
- Rozhodující pro hodnocení výkonnosti je údaj v příslušné informační databázi.