



## **Standard organizacyjny**

opieki zdrowotnej  
w Centrum  
Zdrowia  
Psychicznego  
założenia projektu





Biuro ds. pilotażu  
Narodowego Programu  
Ochrony Zdrowia Psychicznego

---

**STANDARD ORGANIZACYJNY  
OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W CENTRUM ZDROWIA  
PSYCHICZNEGO**

Warszawa, 4 stycznia 2022



„Standard organizacyjny centrum zdrowia psychicznego” jest ważnym dokumentem określającym podstawowe wymagania organizacji pracy w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W ramach wdrażanej reformy standard gromadzi określone wspólnie w gronie eksperckim oraz przetestowane kryteria organizacji i jakości pracy w centrach zdrowia psychicznego (CZP). Dokument opisuje podstawowe wymagania, które powinny zostać upowszechnione we wdrażanym systemie.

Nadrzędnym celem transformacji systemu jest wyjście naprzeciw zidentyfikowanemu potrzebom zdrowotnym i ustalenie strategii poprawy organizacji systemu opieki psychiatrycznej, a w szczególności poprawy efektywności i wyrównanie dostępności różnych form opieki oraz ich skoordynowanie. Bardzo ważnym źródłem proponowanych rozwiązań są praktyczne doświadczenia programu pilotażowego CZP toczącego się w Polsce od roku 2018. Kluczowymi elementami wspierającymi systemowy rozwój opieki psychiatrycznej powinny być dalsze działania zapobiegające stygmatyzacji i dyskryminacji w tym obszarze z szeroko pojętym dążeniem do włączenia społecznego osób chorych, jak również działania profilaktyczne służące w perspektywie poprawie zdrowia psychicznego całego społeczeństwa.

Opracowany przez ekspertów na podstawie analizy transformacji systemów w wielu krajach na świecie projekt Standardu był zarówno testowany, jak i dyskutowany przez szeroko rozumiane środowisko użytkowników zgłaszających uwagi. Mamy świadomość, że wraz z zapełnianiem mapy CZP w Polsce dokument będzie ewoluował. Jednak aktualny dokument Standardu uwzględnia postulowane korekty związane z optymalizacją działań i propozycje przełamania nadal obecnych barier systemowych. Jest efektem zaangażowania wielu osób i instytucji oraz dowodem wagi podjętych działań.

**Dr n. med. Anna Depukat**  
Kierownik Biura ds. Pilotażu  
Narodowego Programu  
Ochrony Zdrowia Psychicznego



Reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce umożliwiającą rozwój psychiatrii środowiskowej mającą na celu zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, jest jednym z priorytetowych działań Ministerstwa Zdrowia. Wdrażanie modelu psychiatrii środowiskowej w oparciu o program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego stanowi realizację strategicznego dokumentu kierunkowego jakim jest rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Opracowanie założeń standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej jest niezwykle istotnym krokiem w kierunku upowszechnienia modelu centrów zdrowia psychicznego. Bardzo ważnym etapem opracowywania przedmiotowego dokumentu była jego konsultacja z wiodącymi towarzystwami naukowymi w dziedzinie psychiatrii. Umożliwiło to wypracowanie odpowiednich założeń zgodnie z najlepszą wiedzą z zakresu organizacji opieki zdrowotnej w centrach zdrowia psychicznego.

Pragnę wyrazić przekonanie, iż wdrożenie poszczególnych rozwiązań zawartych w dokumencie w już funkcjonujących centrach zdrowia psychicznego pozwoli na zagwarantowanie jednolicie wysokiego poziomu opieki oraz umożliwi jego ewentualne dopracowanie w kontekście doświadczenia poszczególnych centrów zdrowia psychicznego w realizacji kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

**Maciej Miłkowski**  
Podsekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia



<b>1</b>	<b>Wprowadzenie</b>	10
<b>2</b>	<b>Słowniczek</b>	14
<b>3</b>	<b>Organizacja, formy pomocy i struktura CZP</b>	20
<b>4</b>	<b>Pomoc czynna</b>	26
<b>5</b>	<b>Personel CZP</b>	30
<b>6</b>	<b>Dodatkowe warunki dotyczące pomieszczeń CZP</b>	33
<b>7</b>	<b>Kierowanie CZP</b>	35
<b>8</b>	<b>Oddział psychiatryczny (całodobowy) i pomoc doraźna</b>	37
<b>9</b>	<b>Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowy</b>	41
<b>10</b>	<b>Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK)</b>	43
<b>11</b>	<b>Koordynatorzy opieki</b>	48
<b>12</b>	<b>Asystenci zdrowienia</b>	52
<b>13</b>	<b>Plan terapii i zdrowienia</b>	55
	<b>Załączniki</b>	57

# 1



**Wprowadzenie**

- 1.1. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Minister określając standardy kieruje się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.<sup>1</sup>
- 1.2. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym także właściwych struktur organizacyjnych i procedur, lecz już nie strictly medycznej strony działania lekarskiego (patrz pkt. 1.4). Podmiot wykonujący działalność leczniczą przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosuje standardy organizacyjne opieki zdrowotnej, jeżeli zostały określone dla dziedziny medycyny objętej zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten podmiot lub dla rodzaju wykonywanej przez niego działalności leczniczej.<sup>2</sup>
- 1.3. Niezależnie od standardów „zewnętrznych” wdrażanych w podmiocie leczniczym każda osoba wykonująca zawód medyczny jest zobowiązana w zakresie sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych do postępowania zgodnego z regulaminem organizacyjnym podmiotu leczniczego, czyli do poddania się standaryzacji „wewnętrznej” podmiotu leczniczego.<sup>3</sup>
- 1.4. Ponadto minister właściwy do spraw zdrowia może ogłosić w drodze obwieszczenia, po zasięgnięciu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny.<sup>4</sup> Schematy postępowania

1 Art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej: „Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.”

2 Art. 22 ust. 4b–4c ustawy o działalności leczniczej:

„4b. Podmiot wykonujący działalność leczniczą przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosuje standardy organizacyjne opieki zdrowotnej, jeżeli zostały określone na podstawie ust. 5 dla dziedziny medycyny objętej zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten podmiot wykonujący działalność leczniczą lub dla rodzaju wykonywanej przez niego działalności leczniczej.

4c. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.”

3 Art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej: „Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika.”

4 Art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (T.j.

medycznego tworzone w formie wytycznych lub zaleceń przez odpowiednie towarzystwa naukowe, zgodnie z zasadami Evidence Based Medicine, stanowią istotne wskazówki w codziennej praktyce medycznej, a możliwość ich publikowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia powinna przyczynić się do stosowania jednolitych wzorców postępowania medycznego w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Przebieg konsultacji nad niniejszym opracowaniem wskazuje na pilną potrzebę opracowania przez odpowiednie towarzystwa naukowe zaleceń odnoszących się do niektórych zagadnień dotyczących diagnostyki i terapii zaburzeń psychicznych.

- 1.5. Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (NPOZP)<sup>5</sup> zadaniem ministra właściwego do spraw zdrowia – w ramach celu szczegółowego „Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej” – jest przygotowanie standardów dotyczących centrów zdrowia psychicznego (CZP). Zgodnie z NPOZP standardy te powinny zostać przygotowane we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach zdrowia psychicznego oraz podmiotami uczestniczącymi w ochronie zdrowia psychicznego.

Niniejsze opracowanie było konsultowane z przedstawicielami pilotażowych centrów zdrowia psychicznego oraz Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym i Polskim Towarzystwem Psychologicznym.

- 1.6. Przedmiotem niniejszego opracowania są założenia projektu standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej w centrum zdrowia psychicznego dla osób dorosłych, o którym mowa w art. 5a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.<sup>6</sup> Funkcję przyszłego rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego w centrum zdrowia psychicznego (CZP) pełni obecnie częściowo rozporządze-

---

Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) w zakresie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i leczenia mającego na celu wyłączenie tego nowotworu ogłoszenie obwieszczenia ma charakter obligatoryjny.

5 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458).

6 „Art. 5a. Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej.” – ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685).

nie pilotażowe,<sup>7</sup> które utraci moc wraz z zakończeniem programu pilotażowego. Opracowany dokument zostanie uwzględniony jako załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia.

- 1.7.** Niektóre z proponowanych rozwiązań wymagają zmian legislacyjnych. Takie podejście jest zgodne z treścią NPOZP, w którym mówi się o niezbędnych działaniach legislacyjnych polegających na:
- wprowadzeniu regulacji ułatwiających objęcie kompleksową opieką osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym dotyczących centrów zdrowia psychicznego (CZP), zawieraniu umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej oraz monitorowaniu efektywności opieki medycznej;
  - określeniu zasad współpracy jednostek opieki zdrowotnej, systemu pomocy społecznej, jednostek systemu oświaty przy koordynacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.
- 1.8.** Dla celów niniejszego opracowania przyjęto założenie, że program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego zostanie przedłużony do 31 grudnia 2022 r., a pełne wdrożenie zmian systemowych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla osób dorosłych nastąpi do 31 grudnia 2027 r. Przez zmiany systemowe rozumie się tu w szczególności:
- 1) w zakresie podstawowej opieki psychiatrycznej – objęcie całego obszaru Polski siecią centrów zdrowia psychicznego;
  - 2) w zakresie wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej (II poziom referencyjny) – funkcjonowanie programów zdrowotnych lub sprofilowanych oddziałów specjalistycznych uruchamianych zgodnie z zidentyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi;
  - 3) w zakresie opieki wysokospecjalistycznej (III poziom referencyjny) – działanie sieci psychiatrycznych ośrodków klinicznych z określonymi zasadami współpracy z centrami zdrowia psychicznego.

Przedstawione w opracowaniu rozwiązania stanowią propozycje minimalnego standardu organizacyjnego. Oznacza to, że w miarę posiadanych możliwości i potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności, CZP powinno zapewniać pomoc w wyższym standardzie.

<sup>7</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 852, z późn. zm.).

# 2

**Słowniczek**

## **Użyte w opracowaniu określenia oznaczają:**

- 2.1. asystent środowiskowy** – proponowany w niniejszym opracowaniu nowy zawód mający zastąpić zawód terapeuty środowiskowego w opiece psychiatrycznej osób pow. 18 r.ż. i oznaczający osobę, która posiada co najmniej wykształcenie średnie (wariantowo – licencjat) i ukończyła szkolenie z zakresu pomocy środowiskowej określone w zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia ramowym programie szkolenia z zakresu pomocy środowiskowej (patrz niżej);
- 2.2. bliski dostęp** – zapewnienie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej nie dalej niż w sąsiednim powiecie w stosunku do miejsca udzielania świadczeń (obszaru działania CZP);
- 2.3. CZP** – centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym dla osób powyżej 18 r.ż.;
- Typ A – w formie pomocy doraźnej, stacjonarnej, szpitalnej, dziennej, ambulatoryjnej i środowiskowej;
- Typ B – w formie pomocy dziennej, ambulatoryjnej i środowiskowej;
- 2.4. kategorie medyczne** – w zależności od stopnia pilności udzielenia świadczenia:
- 1) stan nagły (stan nagłego zagrożenia zdrowotnego) – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia;<sup>1</sup>
  - 2) przypadek pilny – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze

1 Zgodnie z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (T.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 882). Patrz Załącznik nr 3 do niniejszego materiału.

Z orzecznictwa sądowego:

– Z definicji stanu nagłego wynika, że chodzi o przypadek, w odniesieniu do którego istnieje niemożność (przeciwskazanie) odłożenia (przesunięcia) w czasie pomocy lekarskiej, mogącej według wiedzy i doświadczenia medycznego zapobiec powstaniu u pacjenta niekorzystnych skutków (zagrożenia) dla jego życia i zdrowia. Należy więc uznać, że pojęcie stanu nagłego obejmuje swoim zakresem pomoc lekarską, która ma zapobiec ciężkim (poważnym) skutkom. W kontekście ziszczenia się przesłanek realizacji świadczenia w trybie określonym w art. 19 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych istotne znaczenie ma więc „natychmiastowość” i „bezpośredniość” zagrożenia, które uzasadniają niezwłoczne udzielenie pomocy poprzez natychmiastowe udzielenie świadczenia. (Wyrok NSA z 3.10.2012 r., II GSK 1369/11, LEX nr 1233974.)

– Działanie w warunkach nagłych ze swej istoty ma w zasadzie charakter jednorazowy (nawet gdy mieści w sobie szereg czynności), nie zaś charakter ciągłej opieki medycznej z bliżej nieokreślonym terminem jej zakończenia. (Wyrok SN z 25.02.2015 r., IV CSK 343/14, LEX nr 1663417).

- względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;<sup>2</sup>
- 3) przypadek stabilny – przypadek inny niż stan nagły i przypadek pilny;<sup>3</sup>

**2.5. kontakt** – świadczenie zdrowotne (porada, wizyta lub sesja) lub interwencja (także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych), które oznaczają:

- 1) porada – świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) przez lekarza lub psychologa;<sup>4</sup>
- 2) wizyta – świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, psycholog;<sup>5</sup>
- 3) sesja – oddziaływanie terapeutyczne indywidualne albo grupowe;<sup>6</sup>
- 4) interwencja – działanie inne niż porada, wizyta lub sesja podejmowane w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) przez osoby zatrudnione w centrum w ramach działalności podstawowej, w tym przez koordynatora opieki;

**2.6. lekarz specjalista psychiatra** – lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży;

**2.7. lekarz psychiatra** – posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży;

**2.8. lekarz w trakcie specjalizacji:**

- 1) w przypadku świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych – lekarz, który rozpoczął specjalizację z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży,

<sup>2</sup> Zgodnie z par. 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 200 poz. 1661).

Szczegółowe wytyczne dotyczące kwalifikowania do poszczególnych kategorii (przypadki pilne i stabilne) wykraczają poza ramy standardu organizacyjnego. Wytyczne w tej sprawie opracowane przez Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii zawiera [Załącznik nr 1](#) do niniejszego materiału. Pomocna byłaby niewątpliwie aktualizacja tych wytycznych.

<sup>3</sup> Zgodnie z par. 2 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 200 poz. 1661).

<sup>4</sup> Zgodnie z objaśnieniami do kodów jednostek statystycznych świadczeń zawartych w [Załączniku nr 1](#) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1207 z późn. zm.).

<sup>5</sup> tamże

<sup>6</sup> tamże

2) w przypadku świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych – lekarz, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży,

**2.9. lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń;

**2.10. miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych;

**2.11. osoba prowadząca psychoterapię** – osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) posiada tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, lub magistra po ukończeniu studiów na kierunku psychologii, pedagogiki, resocjalizacji, socjologii albo spełnia warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026),
- 2) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia,
- 3) posiada zaświadczenie poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w punkcie 2, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w skład której nie wchodzi przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”;

**2.12. osoba zatrudniona w działalności podstawowej** – osoba:

- 1) wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.),
- 2) inna niż wymieniona w pkt. 1, której praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności: pracownik socjalny, osoba, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie zdrowia publicznego lub uzyskała tytuł licencjata lub magistra na kierunku studiów w zakresie zdrowia publicznego, asystent zdrowienia;

**2.13. pielęgniarka psychiatryczna** – pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego;**2.14. psycholog** – psycholog w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie psychologów;**2.15. psycholog kliniczny** – psycholog, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychologii klinicznej; psycholog, który przed wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, ukończył specjalizację I stopnia w dziedzinie psychologii klinicznej;**2.16. asystent zdrowienia** – osoba, która przeżyła poważny (głęboki) kryzys zdrowia psychicznego oraz ukończyła odpowiednie szkolenie i uzyskała poświadczenie kwalifikacji lub zdobyła wystarczające doświadczenie w trakcie staży i zatrudnienia w placówkach psychiatrycznych (poświadczone przez podmiot leczniczy);**2.17. rozporządzenie koszykowe** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1285 z późn. zm.);**2.18. specjalista psychologii klinicznej** – psycholog, który posiada tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej lub tytuł specjalisty II stopnia z psychologii klinicznej;

- 2.19. terapeuta środowiskowy** – osoba, która posiada co najmniej wykształcenie średnie i ukończyła szkolenie z zakresu terapii środowiskowej określone w zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia ramowym programie szkolenia z zakresu terapii środowiskowej lub osoba, która posiada wiedzę i umiejętności w zakresie terapii środowiskowej osób z zaburzeniami psychicznymi potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez kierownika podmiotu leczniczego, w którym wykonuje obowiązki na stanowisku terapeuty środowiskowego;
- 2.20. ustawa o działalności leczniczej** – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (T.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.);
- 2.21. ustawa o ochronie zdrowia psychicznego** – ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685);
- 2.22. ustawa o prawach pacjenta** – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849);
- 2.23. ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia** – ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (T.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 666 z późn. zm.).

# 3



**Organizacja, formy  
pomocy i struktura CZP**

- 3.1.** CZP zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi powyżej 18 r.ż. na określonym obszarze terytorialnym (obszarze działania), z podziałem na następujące dwa typy CZP:  
 CZP TYP A w formie pomocy doraźnej, stacjonarnej, dziennej ambulatoryjnej, środowiskowej.  
 CZP TYP B w formie opieki dziennej, ambulatoryjnej i środowiskowej. Leczenie stacjonarne jest realizowane na zasadach ogólnych w oddziałach ogólnopsychiatrycznych kontraktowanych przez NFZ w standardzie 25 łóżek na 100 tys. populację osób pow. 18 r.ż. zamieszkałą na obszarze działania CZP.
- 3.2.** CZP stanowi zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje kompleksową, ciągłą i koordynowaną działalność leczniczą w zakresie opieki psychiatrycznej w rodzajach:
- 3.2.1.** w ramach CZP typu A:
- 1) stacjonarnych
    - a) psychiatrycznych,
    - b) w miejscu udzielania pomocy doraźnej;
  - 2) dziennych psychiatrycznych;
  - 3) ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego).
- 3.2.2.** w ramach CZP typu B:
- 1) dziennych psychiatrycznych;
  - 2) ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego).
- 3.3.** CZP może kierować pacjentów, w zależności od ich szczególnych potrzeb zdrowotnych, do:
- 1) II poziomu referencyjnego czyli planowej opieki psychiatrycznej, realizowanej w ramach specjalistycznych produktów lub programów zdrowotnych świadczonych w trybie stacjonarnym, dziennym lub ambulatoryjnym przez sprofilowane oddziały i poradnie psychiatryczne i finansowanych na zasadach odrębnych (poza ryczałtem CZP);
  - 2) opieki wysokospecjalistycznej (III poziom referencyjny) realizowanej przez psychiatryczne oddziały dysponujące odpowiednią określoną w odrębnym dokumencie kadrami medycznymi, programami oraz aparaturą i sprzętem medycznym i finansowanych na zasadach odrębnych (poza ryczałtem CZP);

3) Dodatkowo CZP typu B może kierować pacjentów do leczenia stacjonarnego realizowanego w oddziałach ogólnopsychiatrycznych finansowanych przez NFZ na zasadach ogólnych.

**3.4.** W zakresie pomocy udzielanej pacjentom z obszaru swojego działania CZP współpracuje z lokalnymi organami administracji samorządowej i rządowej (w tym pomocy społecznej), instytucjami (w tym placówkami opieki zdrowotnej), organizacjami i stowarzyszeniami społecznymi działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, a także z grupami samopomocy pacjentów i ich rodzin. Współpraca ta może polegać m.in. na podejmowaniu wspólnych działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, w tym promocji zdrowia i edukacji społecznej.

**3.5.** W ramach współpracy (w tym pomocy konsultacyjnej, także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych – m.in. wideo i telefonicznie) z lekarzami POZ zalecane jest imienne wskazanie swojego lekarza rodzinnego przez pacjenta objętego opieką CZP. Zaleca się kontakt personelu CZP z lekarzem rodzinnym wskazanym przez pacjenta.

**3.6.** W ramach współpracy z ośrodkami pomocy społecznej nie rzadziej niż raz w miesiącu organizuje się spotkania pracowników modułu podstawowego CZP (patrz dalej) z pracownikami (przedstawicielami) pomocy społecznej w celu omawiania i uzgadniania współdziałania wobec pojawiających się spraw i problemów. W zależności od istniejących okoliczności, spotkania te mogą być organizowane również za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.

**3.7.** Proponowane jest ogłoszenie w drodze obwieszczenia ministra zdrowia<sup>1</sup> zaleceń postępowania opracowanych przez odpowiednie towarzystwo (towarzystwa) naukowe dotyczących:

- 1) opieki domowej w warunkach ambulatoryjnych;
- 2) leczenia środowiskowego (domowego).

<sup>1</sup> Chodzi o zalecenia, o których mówi art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.). W zakresie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i leczenia mającego na celu wyleczenie tego nowotworu ogłoszenie obwieszczenia ma charakter obligatoryjny.

- 3.8.** Rodzaje pomocy udzielanej przez CZP w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (mobilnych lub domowych):
- 1) czynna (długoterminowa czynna) – opisana dalej;
  - 2) długoterminowa – udzielana (w ramach CZP) ponad 4 tygodnie pacjentom z innymi zaburzeniami psychicznymi, którzy nie wymagają pomocy czynnej;
  - 3) krótkoterminowa – udzielana pacjentom z zaburzeniami epizodycznymi i zakończona (w ramach CZP) w okresie 4 tygodni;
  - 4) konsultacyjna – udzielana pacjentom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porady, w szczególności na zlecenie lekarza POZ lub innego lekarza, nie zakończona kwalifikacją do pomocy czynnej, długoterminowej lub krótkoterminowej w CZP.
- 3.9.** Pomoc doraźna jest udzielana w stanach nagłych i przypadkach pilnych w miejscu udzielania pomocy doraźnej (np. izba przyjęć psychiatryczna albo dział przyjęć<sup>2</sup> przy oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnym).
- 3.10.** Wyróżnia się dwa typy CZP, w zależności od posiadania własnego oddziału psychiatrycznego (całodobowego):
- 1) CZP typ A – z oddziałem psychiatrycznym w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego CZP;
  - 2) CZP typ B – bez zapewnienia opieki stacjonarnej w ramach struktury własnej, z zapewnieniem opieki szpitalnej w oddziałach ogólnopsychiatrycznych kontraktowanych na warunkach ogólnych przez NFZ.
- 3.11.** W skład CZP wchodzi co najmniej następujące komórki organizacyjne potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą – część VIII kodu resortowego:
- 3.11.1.** w ramach CZP typu A:
- 1) 4700 Oddział psychiatryczny – nie dotyczy CZP typ B;
  - 2) 2700 Oddział dzienny psychiatryczny (ogólny);
  - 3) 1700 Poradnia zdrowia psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym (PZK);
  - 4) 2730 Zespół leczenia środowiskowego (domowego).

<sup>2</sup> Patrz: Załącznik Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

**3.11.1.** w ramach CZP typu B:

- 1) 2700 Oddział dzienny psychiatryczny (ogólny);
- 2) 1700 Poradnia zdrowia psychicznego;
- 3) 2730 Zespół leczenia środowiskowego (domowego)

**3.12.** Obok dotychczasowego kodu w Części VIII systemu: „1700 Poradnia zdrowia psychicznego” konieczne jest wprowadzenie nowego kodu charakteryzującego działalność komórki organizacyjnej dla poradni zdrowia psychicznego z PZK: „1702 Poradnia zdrowia psychicznego z PZK”.

**3.13.** Poradnia zdrowia psychicznego z PZK tworzy z zespołem leczenia środowiskowego (w tej samej lokalizacji) moduł podstawowy CZP. Odpowiednio – modułem podstawowym CZP będzie również nowa komórka organizacyjna pn. Zespół pomocy ambulatoryjnej i środowiskowej z PZK [łącząca działalność poradni zdrowia psychicznego z PZK i zespołu leczenia środowiskowego (domowego)]. W skład modułu podstawowego CZP może wchodzić również oddział dzienny (w przypadku tej samej lokalizacji).

**3.14.** Na jeden moduł podstawowy CZP nie może przypadać więcej niż 100 tys. mieszkańców pow. 18 r.ż. (w zaokrągleniu do pełnego tysiąca). Kolejny moduł podstawowy CZP organizuje się (w zależności od potrzeb) w innej lokalizacji przy uwzględnieniu lokalnych uwarunkowań społecznych, demograficznych, komunikacyjnych i organizacyjnych. Ocena potrzeb powinna dotyczyć obszaru jaki opiekuje dane CZP oraz czasu dotarcia pacjenta do modułu podstawowego.

**3.15.** Moduł podstawowy może obejmować swoim działaniem określoną część obszaru działania CZP.

**3.16.** Przy module podstawowym CZP tworzone lub wspierane są grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin (bliskich).

**3.17.** W skład CZP mogą wchodzić inne komórki organizacyjne, m.in.:

- 1) 1700 Poradnia zdrowia psychicznego (bez PZK);
- 2) 2720 Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowy<sup>3</sup>;
- 3) 2702 Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny.

<sup>3</sup> Należy utworzyć nowy kod resortowy dla Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowy

- 3.18.** Poradnia zdrowia psychicznego z PZK jest czynna co najmniej od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, w godzinach od 8:00 do 18:00. Poradnia bez PZK (tj. nie wchodząca w skład modułu podstawowego CZP) jest czynna w dniach i godzinach odpowiednich do potrzeb.
- 3.19.** W ramach CZP prowadzona jest zintegrowana dokumentacja medyczna, z dopuszczalnym wyjątkiem przypadków, w których jeden z wymienionych zakresów świadczeń jest realizowany przez podwykonawcę.
- 3.20.** CZP zapewnia superwizję (kliniczną) indywidualną i zespołową osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zasadami ustalonymi przez właściwe towarzystwa naukowe.
- 3.21.** Komórki organizacyjne wchodzące w skład CZP są zlokalizowane na obszarze działania centrum, z wyjątkiem oddziału psychiatrycznego i miejsca udzielania pomocy doraźnej, które mogą mieścić się poza obszarem działania centrum, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia odpowiedniej dostępności publicznym transportem zbiorowym, jednak nie dalej niż w warunkach bliskiego dostępu.
- 3.22.** W przypadku lokalizacji na obszarze działania CZP domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, zaleca się organizowanie zespołu terapeutycznego (lub w zależności od potrzeb – zespołów) udzielającego świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej ich mieszkańcom. Alternatywnym rozwiązaniem organizacyjnym może być wydzielenie w ramach struktury CZP komórki organizacyjnej (poradnia zdrowia psychicznego) w celu udzielania ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej mieszkańcom domu pomocy społecznej zlokalizowanej na terenie tego domu, o czym mówi art. 3 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.
- 3.23.** CZP prowadzi stronę/witrynę internetową (lub podstronę strony podmiotu leczniczego) dla mieszkańców obszaru swojego działania. Poza informacjami dotyczącymi działania CZ, danych kontaktowych oraz zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, strona/witryna powinna umożliwiać dostęp do informacji dotyczących zdrowia psychicznego, jak również ułatwiać korzystanie z pomocy zdalnej.

# 4

**Pomoc czynna**

- 4.1. Pomoc czynna – obejmuje leczenie i wsparcie świadczeniobiorców z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi wymagających ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów. Pomoc czynna jest realizowana w warunkach ambulatoryjnych: psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego). Pomoc czynna oznacza aktywne i zorganizowane postępowanie zespołu terapeutycznego, w tym koordynatora opieki, mające na celu przywrócenie bądź poprawę stanu zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego pacjentów oraz ułatwienia im samodzielnego życia w środowisku.
- 4.2. Pomocą czynną obejmuje się pacjentów, których stan zdrowia wymaga interdyscyplinarnej terapii i aktywnego wsparcia w procesie zdrowienia, a w szczególności pacjentów:
- 1) z nasilonymi, utrzymującymi się objawami zaburzeń psychotycznych,
  - 2) z częstymi zaostrzeniami i nawrotami zaburzeń,
  - 3) wymagających w okresie remisji systematycznego leczenia zapobiegającego nawrotom,
  - 4) o ograniczonej samodzielnej egzystencji, a pozbawionych dostatecznej opieki osób bliskich,
  - 5) pozostających w konfliktowej sytuacji środowiskowej.
- 4.3. Decyzję o kwalifikacji pacjenta do pomocy czynnej oraz o zmianie tej formy pomocy na inną podejmuje zespół osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi, w skład którego wchodzi co najmniej lekarz i koordynator opieki. Ocena kwalifikacji do pomocy czynnej jest dokonywana okresowo, nie rzadziej jednak niż raz w roku. Na objęcie opieką czynną zgodę wyraża pacjent po zapoznaniu z zasadami udzielania tej formy opieki.
- 4.4. W przypadku hospitalizacji na oddziale całodobowym podjęcie decyzji kwalifikującej pacjenta do pomocy czynnej następuje najpóźniej w dniu wypisu. Przed wypisaniem pacjenta z oddziału zapewniony jest kontakt pacjenta z członkiem (członkami) zespołu terapeutycznego, w szczególności z koordynatorem opieki, celem zapoznania pacjenta z planem dalszego postępowania oraz ustalenia terminu i miejsca pierwszego kontaktu po wypisie z oddziału.

- 4.5. Każdy pacjent objęty pomocą czynną ma sporządzony plan terapii i zdrowienia oraz wyznaczonego koordynatora opieki.
- 4.6. W ramach pomocy czynnej zapewnia się odpowiednią częstość kontaktów koordynatora opieki oraz zespołu terapeutycznego z pacjentem, ze środowiskiem społecznym pacjenta, z placówką podstawowej opieki zdrowotnej (w razie potrzeby placówkami opieki specjalistycznej) oraz z organizacjami zajmującymi się aktywizacją zawodową, a także pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalno-bytowych, jeśli zachodzi taka potrzeba.
- 4.7. Rozwiązaniu problemów środowiskowych pacjenta służyć może organizowanie sesji wsparcia psychospołecznego, sesji rodzinnych, prowadzenie rozmów o charakterze konsultacyjnym z bliskimi pacjenta oraz w niezbędnym zakresie z jego sąsiadami bądź współpracownikami. Wskazane jest prowadzenie różnych form pomocy i interwencji psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych. Wykonywanie tych zadań pozostaje w kompetencji całego zespołu terapeutycznego, a zwłaszcza psychologa, asystenta środowiskowego (terapeuty środowiskowe), pracownika socjalnego oraz pielęgniarki.
- 4.8. W stosunku do wszystkich pacjentów objętych opieką czynną obowiązuje zasada zorganizowania co najmniej jednego kontaktu z pacjentem w ciągu tygodnia – bezpośredniego, telefonicznego lub za pośrednictwem innych systemów teleinformatycznych.<sup>1</sup> Przy każdym kontakcie ustalany jest termin i miejsce następnego kontaktu. W przypadku pacjentów wypisywanych z oddziału psychiatrycznego z zaleceniem pomocy czynnej termin pierwszego kontaktu ustala się w okresie nie przekraczającym jednego tygodnia od daty wypisu.
- 4.9. W przypadku niezgłaszania się pacjenta w wyznaczonych terminach koordynator opieki, w porozumieniu z lekarzem (lub zespołem), podejmuje co najmniej jeden spośród następujących sposobów nawiązania kontaktu:
- 1) kontakt telefoniczny z pacjentem lub jego rodziną,
  - 2) kontakt mailowy bądź listowny (na kopercie nie należy przystawiać pieczętki CZP),
  - 3) kontakt bezpośredni w postaci wizyty domowej.

<sup>1</sup> Zgodnie z definicją kontaktu obejmuje on również działania podejmowane przez koordynatora opieki.

- 4.10. Nie podejmuje się nawiązania kontaktu telefonicznego (lub za pośrednictwem innych systemów teleinformatycznych), listownego bądź bezpośredniego w przypadku wyraźnego sprzeciwu pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
  
- 4.11. W przypadku wystąpienia sytuacji, w której zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może on zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolny do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, czemu można zapobiec poprzez niezwłoczną interwencję, podejmowane są stosowane działania z udziałem lekarza – zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego.

5

**Personel CZP**

**5.1.** Liczba i kwalifikacje osób wykonujących zawód medyczny w CZP niezbędnych dla zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej są ustalane z uwzględnieniem potrzeb w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej wynikających w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności powyżej 18. r.ż. zamieszkałej na obszarze działania centrum. CZP spełnia łącznie warunki realizacji świadczeń dotyczące osób wykonujących zawód medyczny, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie lecznictwa psychiatrycznego dla:

**5.1.1.** w ramach CZP typu A:

- 1) świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych;
- 2) świadczeń w izbie przyjęć;
- 3) świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dorosłych;
- 4) świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych;
- 5) leczenia środowiskowego (domowego).

**5.1.2.** w ramach CZP typu B:

- 1) świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dorosłych;
- 2) świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych;
- 3) leczenia środowiskowego (domowego);

**5.2.** Liczba osób wykonujących zawód medyczny zatrudnionych w CZP stanowi sumę osób zatrudnionych w komórkach organizacyjnych CZP oraz komórkach organizacyjnych podwykonawcy.

**5.3.** W załączniku nr 1 określono minimalne wymogi personelu zatrudnionego w CZP (poza oddziałem stacjonarnym dla którego minimalne wymogi określa rozporządzenie koszykowe)<sup>1</sup>.

**5.4.** Łączna liczba osób zatrudnionych w CZP typu A w ramach działalności podstawowej nie może być mniejsza niż równoważnik 0,6 etatu przeliczeniowego na 1000 świadczeniobiorców powyżej 18. r.ż. zamieszkałych na jego obszarze działania. Natomiast w CZP typu B nie mniejsza niż 0,4 etatu przeliczeniowego.

**5.5.** Osoby zatrudnione w CZP mają jeden łączny harmonogram godzinowy dla wszystkich zakresów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez CZP.

<sup>1</sup> Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 19 czerwca 2019r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. Zm.)

- 5.6.** Poszczególne komórki i zespoły osób zatrudnionych w CZP utrzymują między sobą stały kontakt bezpośredni i z wykorzystaniem systemów informatycznych, m.in. w formie:
- systematycznej wymiany informacji dot. pacjentów objętych pomocą CZP;
  - wzajemnych konsultacji w rozwiązywaniu trudnych problemów zdrowia psychicznego pacjentów;
  - okresowych spotkań zespołów oddziału psychiatrycznego, oddziałów dziennych, zespołów modułów podstawowych CZP i innych.

# 6

**Dodatkowe  
warunki dotyczące  
pomieszczeń CZP**

- 6.1.** PZK lokalizuje się na poziomie wejścia dla pieszych. Co najmniej jedno wejście wraz z dojściem jest dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami ruchowymi (pochylnie, podjazdy). W miarę możliwości zapewnia się bezkolizyjny dojazd samochodem osobowym lub środkiem transportu sanitarnego pod wejście do PZK.
- 6.2.** PZK dysponuje co najmniej jednym gabinetem o powierzchni zapewniającej możliwość realizacji sesji wsparcia psychospołecznego (do 6 osób).
- 6.3.** W CZP wydziela się pomieszczenie o charakterze klubowo-socjalnym dla pacjentów CZP funkcjonujące w godzinach wyznaczonych w danym CZP jednak nie krócej niż 5 godzin dziennie w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, na zasadzie swobodnego „wstąp, wpadnij, zajrzyj”<sup>1</sup>. Pomieszczenie jest wyposażone w krzesła i stoliki, umywalkę oraz jest w nim możliwość sporządzania ciepłych napojów.

---

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz.U. z 2018 r. poz. 822).

7



# Kierowanie CZP

**7.1.** Odpowiedzialność za zarządzanie CZP ponosi jego kierownik, który podlega bezpośrednio kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego CZP. Kierownik CZP może być jednocześnie kierownikiem podmiotu leczniczego, jeśli CZP jest jedynym zakładem leczniczym wchodzącym w skład podmiotu leczniczego. Kierownik spełnia warunki, o których mowa niżej.

**7.2.** Kierownikiem CZP jest osoba, która:

- 1) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika;
- 2) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 3) jest:
  - a) lekarzem specjalistą psychiatrą lub
  - b) specjalistą psychologii klinicznej, lub
  - c) psychologiem posiadającym kwalifikacje osoby prowadzącej psychoterapię, lub
  - d) magistrem pielęgniarstwa i specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego;
- 4) ma 8-letnie doświadczenie zawodowe w psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla osób dorosłych.

Zalecane jest ukończenie studiów podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia lub prawa medycznego.

**7.3.** W przypadku, gdy kierownik CZP nie jest lekarzem specjalistą psychiatrą, obligatoryjne jest utworzenie stanowiska zastępcy kierownika CZP, którym jest lekarz specjalista psychiatra.

**7.4.** W przypadku modułu podstawowego CZP łączy się funkcję kierownika poradni zdrowia psychicznego z PZK z funkcją kierownika Zespołu leczenia środowiskowego lub oddziału dziennego, jeśli wchodzi w skład modułu.

# 8



**Oddział psychiatryczny  
(całodobowy)  
i pomoc doraźna**

- 8.1.** Zalecany wskaźnik liczby łóżek psychiatrycznych CZP typu A z wynosi 25 łóżek na 100 tys. osób powyżej 18 r.ż. zamieszkałych na jego obszarze działania. Oddział psychiatryczny CZP typu A może mieć inną niż wynikająca z powyższego wskaźnika liczbę łóżek – w zależności od lokalnych uwarunkowań oraz etapu rozwoju opieki pozaszpitalnej, w tym np. uruchomienia hostelu i zwiększania zasięgu opieki środowiskowej (domowej).
- 8.2.** W przypadku CZP typu A miejsce udzielania pomocy dorażnej organizuje się w lokalizacji oddziału psychiatrycznego. Zalecanym miejscem udzielania pomocy dorażnej jest izba przyjęć psychiatryczna albo dział przyjęć<sup>1</sup> przy oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnym.
- 8.3.** W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane niezwłocznie w miejscu udzielania pomocy dorażnej CZP typu A przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni tygodnia.
- 8.4.** W przypadku hospitalizacji z powodu poważnego zaburzenia psychicznego pacjenta zamieszkałego na obszarze działania CZP typu A lub typu B informacja o hospitalizacji przekazywana jest kierownikowi właściwego CZP typu A lub typu B (dla miejsca zamieszkania pacjenta), za zgodą pacjenta w najbliższym możliwym terminie, nie później niż w ciągu pierwszych 5 dni roboczych hospitalizacji, co odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta. Zasadę tę stosuje się odpowiednio w przypadku pacjentów, którym udzielono porady niezakończony przyjęciem do szpitala w ramach pomocy dorażnej.
- 8.5.** Oddział psychiatryczny zapewnia dostęp do niezbędnych konsultacji specjalistycznych oraz badań diagnostycznych.

1 Patrz: Załącznik Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą: „7. Oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym wyposaża się także w:

1) osobny dział przyjęć, składający się z:  
a) poczekalni,  
b) punktu rejestracji,  
c) gabinetu lekarskiego,  
d) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego”.

- 8.6.** W warunkach stacjonarnych szpitalnych (oddział psychiatryczny i miejsce udzielania pomocy doraźnej) CZP typu A zapewnia całodobowe udzielanie świadczeń przez lekarza specjalistę psychiatrę lub lekarza psychiatrę lub lekarza w trakcie specjalizacji we wszystkie dni tygodnia w miejscu udzielania świadczeń. Poza normalnymi godzinami pracy udzielanie tych świadczeń przez lekarza jest zapewnione w ramach wyodrębnionego na potrzeby CZP dyżuru medycznego.
- 8.7.** Jeśli świadczenia oddziału psychiatrycznego i pomocy doraźnej są udzielane przez inny podmiot leczniczy (CZP typ B) zasady, o których mowa wyżej stosuje się odpowiednio<sup>2</sup>.
- 8.8.** Jeśli podmiot prowadzący CZP prowadzi więcej niż jedno CZP, dopuszcza się łączenie wyodrębnionego dyżuru medycznego lekarza na potrzeby tych centrów. Na jednego lekarza dyżurnego nie może jednak przypadać więcej niż 200 tysięcy osób pow. 18. r.ż. zamieszkałych na obszarach działania tych centrów. Zasadę tę stosuje się odpowiednio, jeśli świadczenia oddziału psychiatrycznego i pomocy doraźnej są udzielane przez inny podmiot leczniczy (wyłącznie) dla kilku CZP typu B. Dopuszcza się zapewnienie opieki lekarskiej przez lekarza dyżurnego CZP również dla łóżek opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oddziałów niewchodzących w skład CZP w podmiocie leczniczym prowadzącym CZP (z tym zastrzeżeniem, że łączna liczba łóżek przypadających na lekarza dyżurnego nie może być większa niż 150 a opieka doraźna jest realizowana w ramach odrębnego dyżuru medycznego)
- 8.9.** Jeżeli łączna liczba łóżek opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w tej samej lokalizacji w podmiocie prowadzącym CZP wynosi nie więcej niż 60 (w tym: łóżek na oddziale psychiatrycznym ogólnym (kod 4700), oddziale psychiatrycznym dla chorych somatycznie [kod 4710], oddziale psychogeriatrycznym [kod 4712], oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych / detoksykacji [kod 4742] – razem nie więcej niż 40), a średnie wykorzystanie tych łóżek w poprzednim okresie rozliczeniowym nie przekroczyło 100%, dopuszcza się zapewnienie opieki lekarskiej przez lekarza dyżurnego CZP również dla łóżek opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oddziałów niewchodzących w skład

<sup>2</sup> Konieczność określenia zasad funkcjonowania i rozliczania pomocy doraźnej pomiędzy CZP typu B.

CZP (łącznie liczba łóżek przypadających na lekarza dyżurnego nie może być jednak większa niż 150). Jeśli liczba łóżek przypadająca na lekarza dyżurnego jest większa niż 150, nie może on wykonywać zadań na potrzeby innych oddziałów niż oddział CZP.

Wymogi opisane w pkt 8 powyżej nie dotyczą CZP typu B.

# 9

**Hostel dla osób  
z zaburzeniami  
psychicznymi  
– kryzysowy**

- 9.1.** Rekomendowane jest tworzenie oddziałów interwencyjnych i hosteli kryzysowych w ramach CZP z tym zastrzeżeniem że konieczne jest opracowanie i przeprowadzenie pilotażu w tym zakresie.
- 9.2.** Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kryzysowy pełni funkcję interwencyjnych miejsc noclegowych dla pacjentów, którzy w stanie kryzysu psychicznego wymagają okresowego pobytu poza warunkami domowymi, a nie wymagają hospitalizacji psychiatrycznej ze wskazań bezwzględnych.<sup>1</sup>
- 9.3.** Hostel jest czynny całą dobę przez 7 dni w tygodniu. Przyjęcia do hostelu odbywają się w godzinach 8:00–18:00 na podstawie skierowania wydanego przez lekarza CZP – nie wcześniej niż w przeddzień przyjęcia.
- 9.4.** W ramach pobytu w hostelu zapewnione jest kompleksowe postępowanie terapeutyczne wraz ze wsparciem psychospołecznym – odpowiednio do potrzeb pacjenta. Pacjenci w czasie pobytu w hostelu otrzymują wyżywienie – uczestnicząc w przygotowywaniu posiłków.

---

<sup>1</sup> Przez bezwzględne wskazania do hospitalizacji psychiatrycznej rozumie się stan, w którym dotychczasowe zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

# 10



**Punkt Zgłoszeniowo-  
-Koordynacyjny (PZK)**

- 10.1.** PZK organizuje się w ramach poradni zdrowia psychicznego. PZK jest czynny co najmniej od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, w godzinach od 8:00 do 18:00. Każdy PZK posiada do wyłącznej dyspozycji co najmniej dwa numery telefoniczne oraz skrzynkę mailową, do której dostęp mają osoby wykonujące zadania w PZK.
- 10.2.** Zadania PZK są realizowane przez osoby zatrudnione w działalności podstawowej niebędące lekarzami, które posiadają kwalifikacje wymagane na stanowisku koordynatora opieki (patrz pkt 11.2).
- 10.3.** Liczba pracowników jednocześnie obsługujących (dostępnych) PZK powinna zapewniać ciągłą gotowość (możliwość) reakcji na zgłoszenia (osobiste, telefoniczne, teleinformatyczne). Minimalną obsadę PZK stanowi jedna osoba. W zależności od obciążenia zadaniami obsada PZK powinna być powiększona w godzinach nasilonego obciążenia.
- 10.4.** Nadzór merytoryczny nad wykonywaniem zadań w PZK sprawuje kierownik poradni zdrowia psychicznego z PZK (kierownik modułu podstawowego CZP).
- 10.5.** Zadań PZK nie wykonują asystenci zdrowienia, z wyjątkiem udzielania wsparcia osobom zgłaszającym się do PZK.
- 10.6.** Osoby wykonujące zadania w PZK nie mogą mieć w tym czasie zaplanowanych innych obowiązków ani wykonywać zadań realizowanych poza PZK (np. porad, sesji, wizyt, interwencji), z wyjątkiem zadań koordynatorów opieki.
- 10.7.** PZK wykonuje zadania na rzecz osób powyżej 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP. Zadania te wykonywane są bezpośrednio po zgłoszeniu się osoby zainteresowanej, bez wcześniejszego umawiania terminu – niezależnie od sposobu zgłoszenia (tj. również telefonicznie lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych).
- 10.8.** Do zadań PZK należy:
  - 1) udzielanie informacji o zakresie działania CZP i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej;

- 2) wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej w przypadkach tego wymagających;
- 3) przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK z problemami zdrowia psychicznego, udzielenie możliwego wsparcia w zakresie ustalonych potrzeb oraz uzgodnienie wstępnego planu dalszego postępowania;
- 4) uzgodnienie terminu i miejsca uzyskania świadczenia w ramach CZP zgodnie ze wstępnym planem dalszego postępowania. W przypadkach pilnych termin porady lekarskiej nie może być uzgodniony później niż 72 godziny od zgłoszenia;
- 5) udzielanie świadczeń zdrowotnych (porad, wizyt i sesji wsparcia psychospołecznego) zgodnie z warunkami rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego.

**10.9.** Zalecane narzędzia do stosowania w ramach wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych w PZK m.in.:

- 1) Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych (PHQ-9) – do badania przesiewowego w kierunku rozpoznania i oceny nasilenia zaburzeń depresyjnych (ZAŁĄCZNIK NR 3)
- 2) Geriatryczna Skala Oceny Depresji – do przesiewowej samooceny zaburzeń depresyjnych po 65 r.ż. (ZAŁĄCZNIK NR 4)
- 3) Formularz zgłoszeniowy pacjenta – karta interwencji w Punkcie Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym (ZAŁĄCZNIK NR 5)
- 4) Arkusz pomocniczy (przyjęciowy) w Punkcie Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym (ZAŁĄCZNIK NR 6)

**10.10.** Dopuszcza się możliwość dodatkowego kontaktu z pacjentem w ramach PZK w kolejnych dniach celem uzgodnienia wstępnego planu dalszego postępowania. W przypadkach pilnych termin 72 godzin na wyznaczenie terminu porady lekarskiej biegnie od pierwszego zgłoszenia się pacjenta do PZK.

**10.11.** W przypadku zgłoszenia się do PZK pacjenta, u którego wstępna ocena potrzeb zdrowotnych wskazuje na stan nagły związany z zaburzeniem psychicznym:

- jeśli PZK ma lokalizację inną niż lokalizacja miejsca udzielania pomocy doraźnej CZP – organizuje się niezwłocznie przewiezienie pacjenta do tego miejsca;

- przewiezienie pacjenta w stanie nagłym (nagłego zagrożenia zdrowotnego) zapewnia zespół ratownictwa medycznego w ramach swoich zadań statutowych<sup>1</sup>;
- jeśli PZK ma taką samą lokalizację jak miejsce pomocy doraźnej CZP, następuje przekazanie pacjenta w stanie nagłym do tego miejsca – zgodnie z obowiązującymi w podmiocie leczniczym procedurami (np. do izby przyjęć psychiatrycznej albo działu przyjęć oddziału psychiatrycznego);
  - jeśli jest możliwe niezwłoczne badanie pacjenta przez lekarza poradni zdrowia psychicznego, w ramach której działa PZK, to o dalszym postępowaniu decyduje ten lekarz po osobistym badaniu pacjenta.

**10.12.** W poradni zdrowia psychicznego z PZK prowadzony jest w formie elektronicznej wykaz zgłoszeń do PZK. Wykaz nie stanowi dokumentacji medycznej zbiorczej w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Wykaz, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) numer kolejny zgłoszenia;
- 2) datę i godzinę zgłoszenia się osobistego (bezpośredniego) lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych;
- 3) rodzaj kontaktu (bezpośredni, telefoniczny, mailowy, aplikacja komputerowa i in.);
- 4) imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie;
- 5) imię i nazwisko osoby zgłaszającej się, numer PESEL, adres zamieszkania, dane kontaktowe (np. telefon, adres e-mail);
- 6) krótki opis wykonanego zadania (zgłoszony problem, udzielona pomoc, dalsze postępowanie);
- 7) datę i godzinę zakończenia realizacji zadania;
- 8) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, podpis).
- 9) w przypadku braku możliwości uzyskania danych – zapis odmowa podania danych osobowych lub NN.

**10.13.** Niepodanie przez osobę zgłaszającą się do PZK pełnych danych osobowych nie może być podstawą odmowy realizacji zadań 1–3 z katalogu zawartego w 10.8, ale w przypadku punktów 4–5 wymagane jest podanie danych osobowych (choćby do celów sprawozdawczych).

<sup>1</sup> Na zasadzie analogicznej, jak np. w przypadku rozpoznania podejrzenia ostrej niewydolności wieńcowej podczas wizyty pacjenta w placówce POZ.

- 10.14.** W przypadku zadania polegającego na przeprowadzeniu wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osoby zgłaszającej się z problemami zdrowia psychicznego, udzieleniu możliwego wsparcia w zakresie ustalonych potrzeb oraz uzgodnieniu wstępnego planu dalszego postępowania – poza wpisem do ww. wykazu zgłoszeń, sporządza się kartę zgłoszenia do PZK załączaną do wykazu (ZAŁĄCZNIK NR 6). Karta zgłoszenia do PZK jest załączana do dokumentacji medycznej pacjenta po jej założeniu. Zaleca się formę elektroniczną karty.
- 10.15.** W przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach PZK prowadzona jest dokumentacja medyczna zgodnie z obowiązującymi przepisami (niezależnie od odnotowania zgłoszenia w wykazie zgłoszeń do PZK).
- 10.16.** Wszystkie czynności w ramach zadań PZK są objęte obowiązkiem tajemnicy wynikającym z art. 50 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.<sup>2</sup> Nie przekazuje się danych charakteryzujących osoby, na rzecz których wykonano zadania PZK (wymienione wyżej w pkt. 1–4) niebędące świadczeniami zdrowotnymi instytucji płatnika (NFZ).

<sup>2</sup> Art. 50. 1. Osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezną wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów, a nadto z zachowaniem przepisów niniejszego rozdziału.

2. Od obowiązku zachowania tajemnicy osoba wymieniona w ust. 1 jest zwolniona w stosunku do:

1) lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi;

2) właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej, co do okoliczności których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej;

3) osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne;

4) Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Służby Ochrony Państwa i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych;

5) policjanta upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób.

# 11

**Koordynatorzy  
opieki**

- 11.1.** Koordynację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych zgodnie z planem terapii i zdrowienia w ramach pomocy czynnej zapewniają koordynatorzy opieki. W uzasadnionych przypadkach koordynator opieki może być wyznaczony również dla pacjenta objętego pomocą długoterminową.
- 11.2.** Koordynatorzy opieki są wyznaczeni przez kierownika CZP spośród osób zatrudnionych w ramach działalności podstawowej niebędących lekarzami, które ukończyły szkolenie z zakresu terapii środowiskowej określone w zatwierdzonym przez ministra zdrowia ramowym programie szkolenia z zakresu pomocy (terapii) środowiskowej dla kandydatów na stanowisko asystenta środowiskowego (terapeuty środowiskowego).  
Wymóg ukończenia ww. szkolenia stanie się obowiązujący począwszy od 31.12.2027 r.
- 11.3.** Obowiązek ukończenia ww. szkolenia nie dotyczy:
- 1) specjalistów psychologii klinicznej,
  - 2) psychologów klinicznych,
  - 3) psychologów z minimum 6-miesięcznym doświadczeniem pracy w opiece psychiatrycznej,
  - 4) osób prowadzących psychoterapię,
  - 5) pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego,
  - 6) pielęgniarek z 2-letnim doświadczeniem pracy w psychiatrycznej opiece środowiskowej,
  - 7) pielęgniarek z 5-letnim doświadczeniem pracy w opiece psychiatrycznej,
  - 8) osób, które posiadają certyfikat specjalisty terapii środowiskowej wydany przez Sekcję Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego,
  - 9) osób, które posiadają certyfikat terapeuty środowiskowego wydany przez Sekcję Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przed 2020 r. i legitymują się co najmniej pięcioletnim stażem pracy w opiece środowiskowej.
- 11.4.** Koordynatorzy opieki wykonują swoje zadania w ramach działalności modułu podstawowego CZP. Nadzór merytoryczny sprawuje kierownik modułu.

- 11.5.** Koordynatorzy opieki są wskazywani spośród personelu CZP zatrudnionego w pełnym wymiarze zatrudnienia (obejmującym ponadto wykonywanie zadań w PZK). Koordynatorzy opieki mogą łączyć funkcję koordynatora opieki z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (poza PZK). W takim przypadku harmonogram pracy (grafik)<sup>1</sup> koordynatora opieki powinien jasno określać podział czasu pracy na funkcje koordynatora opieki i na udzielanie świadczeń zdrowotnych bądź inne zadania (z wyj. PZK). W sytuacjach wyjątkowych (urlopy, zwolnienia lekarskie itp.) czasowo funkcję koordynatora opieki mogą pełnić osoby zatrudnione w niepełnym wymiarze czasu pracy.
- 11.6.** Koordynator opieki dla określonego pacjenta jest wskazywany wraz z decyzją objęcia go pomocą czynną. W przypadku hospitalizacji na oddziale całodobowym wskazanie określonego koordynatora opieki następuje w czasie nie dłuższym niż 8 dni od przyjęcia, jeśli planowane jest objęcie pacjenta pomocą czynną po wypisaniu ze szpitala. Koordynator opieki niezwłocznie nawiązuje kontakt z pacjentem.
- 11.7.** Do zadań koordynatora opieki należy:
- 1) identyfikacja potrzeb zdrowotnych (w tym „somatycznych”), potrzeb w zakresie funkcjonowania społecznego i zawodowego oraz możliwych sposobów ich zaspokojenia w oparciu o zasoby istniejące w lokalnej społeczności;
  - 2) udział w zebraniach zespołu terapeutycznego oraz współpraca członkami zespołu terapeutycznego;
  - 3) przekazywanie zespołowi terapeutycznemu bieżących informacji o działaniach związanych z pacjentem;
  - 4) udzielanie pacjentowi informacji o przysługujących mu świadczeniach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i innych formach zabezpieczenia społecznego;
  - 5) współudział w tworzeniu i ewaluacji planów terapii i zdrowienia oraz bieżące monitorowanie ich realizacji;
  - 6) udzielanie pacjentowi wsparcia i informacji o organizacji procesu terapii i zdrowienia oraz jego koordynacja;
  - 7) zagwarantowanie współpracy i wymiany informacji między osobami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej (w szczególności z właściwym lekarzem rodzinnym) oraz wsparcia społecznego;

<sup>1</sup> W rozumieniu prawa pracy, a nie harmonogramu zgłaszanego do NFZ.

- 8) pomoc i wsparcie świadczeniobiorcy w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi;
  - 9) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym świadczeniobiorcy;
  - 10) zapewnianie odpowiednio wysokiej i możliwie trwałej motywacji do leczenia
- 11.8.** Pacjent ma zapewnioną możliwość zdalnego kontaktu (telefon komórkowy lub inny system teleinformatyczny) ze swoim koordynatorem w godzinach pracy pracownika wyznaczonego do pełnienia funkcji koordynatora.
- 11.9.** Na jednego koordynatora opieki nie może przypadać więcej niż 30 pacjentów objętych pomocą czynną w przeliczeniu na równoważnik 1 etatu przeliczeniowego.

# 12

**Asystenci  
zdrowienia**



- 12.1. W CZP zatrudnia się asystentów zdrowienia, którzy udzielają wsparcia psychicznego jego pacjentom, a także osobom zgłaszającym się do PZK.
- 12.2. Asystentami zdrowienia są osoby, które przeżyły poważny (głęboki) kryzys zdrowia psychicznego oraz ukończyły odpowiednie szkolenie i uzyskały poświadczenie kwalifikacji lub zdobyły wystarczające doświadczenie w trakcie staży i zatrudnienia w placówkach psychiatrycznych.
- 12.3. Centrum zapewnia asystentom zdrowienia niezbędną pomoc terapeutyczną oraz wsparcie szkoleniowe – indywidualnie i zespołowo (w grupie asystentów).
- 12.4. Asystent zdrowienia jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej w pełnym zakresie wymaganym w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego
- 12.5. Rekomendowany zakres zadań Asystentów zdrowienia w CZP:
  - udzielanie wsparcia pacjentom poprzez: uczestniczenie w spotkaniach z lekarzem, wysłuchanie, rozmowę, dzielenie się osobistym doświadczeniem związanym z chorowaniem i zdrowieniem. Dzielenie się praktyczną wiedzą na temat przezwyciężania kryzysu, postawach i działaniach pomocnych w odzyskiwaniu zdrowia;
  - uczestniczenie w zajęciach terapeutycznych poprzez: prowadzenie, współprowadzenie lub towarzyszenie uczestnikom w tych zajęciach, motywowanie pacjentów do udziału w nich;
  - współpraca z profesjonalistami poprzez współprowadzenie zajęć warsztatowych i edukacyjnych;
  - udzielanie wsparcia rodzinom pacjentów poprzez: pokazywanie perspektywy osoby chorującej, podstawową psychoedukację, dzielenie się doświadczeniem chorowania i zdrowienia;
  - uczestniczenie w zajęciach Klubu Pacjenta poprzez: prowadzenie lub współprowadzenie, motywowanie do udziału oraz towarzyszenie uczestnikom w zajęciach;
  - prowadzenie i/lub współprowadzenie grupy wsparcia dla pacjentów i rodzin;
  - uczestniczenie w spotkaniach zespołu CZP, dzielenie się swoimi spostrzeżeniami z zespołem terapeutycznym;

- towarzyszenie pacjentowi na oddziale w wyjściach indywidualnych lub grupowych;
- informowanie pacjenta o zakresie możliwości pomocy ze strony profesjonalistów z różnych dziedzin, zatrudnionych w ramach CZP;
- asystent zdrowia nie wykonuje obowiązków: asystenta osoby niepełnosprawnej, opieki społecznej, salowych;
- wspieranie i motywowanie pacjenta ale nie wyręczanie w codziennych obowiązkach;
- dokumentowanie wykonywanych czynności pomocowych w sposób uzgodniony z kierownikiem CZP.

# 13

**Plan terapii  
i zdrowienia**

- 13.1.** Plan terapii i zdrowienia sporządza się w ramach pomocy czynnej [w warunkach ambulatoryjnych – psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego)] celem określenia indywidualnego postępowania terapeutycznego i innych związanych z nim oddziaływań na rzecz pacjenta. Plan ten może być sporządzony również w ramach innych form pomocy niż pomoc czynna [w ramach ambulatoryjnej i leczenia środowiskowego (domowego)], w szczególności pomocy długoterminowej.
- 13.2.** Plan terapii i zdrowienia zawiera: zwięzłą część diagnostyczną, część planistyczną oraz podpisy osób uzgadniających plan. Część diagnostyczna zawiera w szczególności: podsumowanie oceny problemów zdrowotnych (w tym somatycznych), oceny etapu i składników procesu zdrowienia oraz listy potrzeb społecznych. Część planistyczna zawiera listy: celów podejmowanych działań oraz planowanych metod ich osiągnięcia.
- 13.3.** Plan terapii i zdrowienia sporządza zespół osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, w skład którego wchodzi co najmniej lekarz i koordynator opieki. Plan podlega okresowej ewaluacji przez zespół, nie rzadziej jednak niż raz w roku.
- 13.4.** Plan terapii i zdrowienia oraz każda jego zmiana są przedstawiane świadczeniobiorcy w celu ich uzgodnienia.
- 13.5.** Plan terapii i zdrowienia jest dołączany do dokumentacji medycznej pacjenta.
- 13.6.** W przypadku sporządzenia planu terapii i zdrowienia odstępuje się od ustalania odrębnych planów: terapeutycznego lub leczenia, o których mowa w Załączniku Nr 6 do rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego.<sup>1</sup>
- 13.7.** W przypadku niesporządzenia planu terapii i zdrowienia w ramach innych form pomocy niż pomoc czynna sporządza się odpowiednio plan terapeutyczny lub plan leczenia, o których mowa w Załączniku Nr 6 do rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego.
- 13.8.** W przypadku hospitalizacji (całodobowej) oraz pobytu na oddziale dziennym wyznaczony lekarz przedstawia świadczeniobiorcy plan postępowania terapeutycznego obejmujący ten etap leczenia oraz odnotowuje go w dokumentacji medycznej.

<sup>1</sup> Załącznik Nr 6. Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) oraz warunki realizacji tych świadczeń.

**Załączniki**

## **Rekomendowany minimalny zespół specjalistów (personel) dla CZP o 100 tys. populacji (bez personelu oddziału stacjonarnego)**

### **OBLIGATORYJNY**

Lekarz specjalista psychiatra lub lekarz w trakcie specjalizacji <sup>1</sup>	3,5 etatu (w tym min., 2 etaty specjalisty psychiatry)
Psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty <sup>2</sup>	3 etaty
Psycholog, w tym: 1) specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub 2) psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub 3) psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej.	3 etaty
Psychoterapeuta/psycholog	2 etaty
Terapeuta środowiskowy	2 etaty
Terapeuta zajęciowy	1 etat
Pielęgniarka (w tym także pielęgniarki psychiatryczne)	2,5 etaty
Rejestratorka/sekretarka medyczna	2 etaty
Psychoterapeuta/psycholog/pielęgniarka psychiatryczna	2,5 etatu (do PZK)
Pracownik socjalny*	1 etat

### **FAKULTATYWNY\*\***

Asystent zdrowienia***	1 etat
Specjalista psychoterapii uzależnień	0,5 etatu
Doradca zawodowy	0,25 etatu
Dietetyk	0,5 etatu

\* finansowany ze środków urzędu gminy/powiatu

\*\* posiadanie niżej wymienionych specjalistów powinno być obligatoryjne w przypadku dążenia podmiotu do otrzymania akredytacji.

\*\*\* fakultatywnie jedynie do końca 2023 r. później jako personel obligatoryjny.

### **Parametry dodatkowe:**

- 2 zespoły leczenia środowiskowego składającego się z: pracownika socjalnego, lekarza psychiatry, pielęgniarki, psychologa, psychoterapeuty i 2 terapeutów środowiskowych;
- w oddziale dziennym z 15 łózkami

### **To wymagania minimalne; rekomendowane dla 1000 pacjentów pod opieką CZP (czyli min. 3 wizyty w skali roku)**

1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień § 2., pkt. 2 i 3

2 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień § 2., pkt. 5 i 8

## Ministerstwo Zdrowia

### Wytyczne – kategorie medyczne: przypadki pilne i stabilne Psychiatria, 2007 r.

TRYB LECZENIA	RODZAJ ŚWIADCZENIA / ROZPOZNIANIE KLINICZNE	KOD ICD - 10	SUGEROWANY CZAS OCZEKIWANIA
PRZYPADKI NAGLE	Ostre zaburzenia psychotyczne przebiegające z pobudzeniem, zachowaniami zagrażającymi niezależnie od etiologii	F05, F06.0–F06.2, F10–19.4, F10–19.5, F20–F29	–
	Zaburzenia nastroju przebiegające z zachowaniami zagrażającymi, tendencjami samobójczymi – niezależnie od etiologii	F06.3, F30–F39	–
	Reakcja na stres, zaburzenia adaptacyjne, dysocjacyjne przebiegające z zachowaniami zagrażającymi, tendencjami samobójczymi	F43, F44	–
	Zachowania zagrażające w przebiegu otępienia	F00–F03	–
	Zachowania zagrażające w przebiegu upośledzenia umysłowego	F70–F79	–
PRZYPADKI PILNE	Zaburzenia psychotyczne – pozostałe	F06.0, F06.2, F20–F29, F10–19.4, F10–19.5	> 1 tydzień
	Zaburzenia nastroju pozostałe	F30–F39, F06.3	
	Zaburzenia odżywiania ze znacznym wyniszczeniem	F50	
	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)	F42	> 4 tygodnie
	Zaburzenia zachowania w przebiegu upośledzenia umysłowego	F70–F79	
PRZYPADKI STABILNE	Zaburzenia psychotyczne i nastroju – rehabilitacja psychiatryczna i psychoterapia	F06.0–F06.2, F20–F29, F30–F39, F06.3	> 3 miesiące
	Zaburzenia odżywiania przypadki stabilne	F50	
	Uzależnienia	F10–F19	
	Zaburzenia osobowości i zachowania	F07, F60–F69	> 6 miesięcy
	Zaburzenia nerwicowe – pozostałe	F40–F48	

Opracowane przez: **prof. dr hab. med. Marek Jarema**  
Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii  
Wersja z dnia 10 lipca 2007 r.

<http://www.usk.umed.lodz.pl/doc/dokumenty/2015/Wytyczne%20Ministerstwa%20Zdrowia%20dot.%20kolejek%20oczekuacych.pdf>  
[dostęp 10.11.2020]

## Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych (PHQ-9)

Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy? (Proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem „√”)	Wcale nie dokuczały	Kilka dni	Więcej niż połowę dni	Niemal codziennie
1. Niewielkie zainteresowanie lub nieodczuwanie przyjemności z wykonywania czynności	0	1	2	3
2. Uczucie przygnębienia, ztroskania lub beznadziejności	0	1	2	3
3. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen albo zbyt długi sen	0	1	2	3
4. Uczucie zmęczenia lub brak energii	0	1	2	3
5. Brak apetytu lub przejadanie się	0	1	2	3
6. Poczucie niezadowolenia z siebie lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę	0	1	2	3
7. Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji	0	1	2	3
8. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć. Albo wręcz przeciwnie – niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle	0	1	2	3
9. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy	0	1	2	3

**Całkowity wynik: \_\_**

NASILENIE OBJAWÓW DEPRESJI:  
brak (0–4 pkt),  
łekkie (5–9 pkt),  
średnie (10–14 pkt),  
średnio ciężkie (15–19 pkt),  
ciężkie (20–27)

## **Geriatryczna skala oceny depresji** (Yesavage J. A. i wsp. 1983)

**Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź:**

	TAK	NIE
1. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z całego swojego życia?		
2. Czy zmniejszyły się Pana/Pani zainteresowania lub liczba zajęć?		
3. Czy ma Pan/Pani poczucie pustki w życiu?		
4. Czy często czuje się Pan/Pani znudzony/a?		
5. Czy zwykle jest Pan/Pani pogodny/a?		
6. Czy obawia się Pan/Pani, że stanie się z Panem/Panią coś złego?		
7. Czy przez większą część czasu czuje się Pan/Pani szczęśliwa?		
8. Czy często czuje się Pan/Pani bezradna?		
9. Czy woli Pan/Pani zostać w domu niż wyjść i spotkać się z ludźmi?		
10. Czy uważa Pan/Pani, że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni?		
11. Czy uważa Pan/Pani, że wspaniale jest żyć?		
12. Czy czuje się Pan/Pani gorszy od innych ludzi?		
13. Czy czuje się Pan/Pani pełen/pełna energii?		
14. Czy uważa Pan/Pani, że sytuacja jest beznadziejna?		
15. Czy myśli Pan/Pani, że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani?		

**Wynik końcowy: \_\_/15**

PUNKTACJA:

0–5 stan prawidłowy

6–10 depresja umiarkowana

11–15 depresja ciężka



/pieczętka komórki organizacyjnej/

**ARKUSZ POMOCNICZY (PRZYJĘCIOWY) w PZK**

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

**INFORMACJE OGÓLNE****1. Stan cywilny**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kawaler/panna       | <input type="checkbox"/> w separacji    |
| <input type="checkbox"/> związek nieformalny | <input type="checkbox"/> rozwiedziony/a |
| <input type="checkbox"/> żonaty/zamężna      | <input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa  |

**2. Wykształcenie**

- |                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> podstawowe  | <input type="checkbox"/> zawodowe |
| <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> wyższe   |
| <input type="checkbox"/> średnie     |                                   |

**3. Źródło utrzymania**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> praca etatowa                       | <input type="checkbox"/> rodzina                         |
| <input type="checkbox"/> praca dorywcza                      | <input type="checkbox"/> pomoc społeczna: renta, zasiłek |
| <input type="checkbox"/> samodzielna działalność gospodarcza | <input type="checkbox"/> inne                            |
| <input type="checkbox"/> emerytura                           |  |

**4. Sytuacja mieszkaniowa**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> samotnie              | <input type="checkbox"/> z rodzicem/rodzicami                                |
| <input type="checkbox"/> z mężem/żoną          | <input type="checkbox"/> z innymi krewnymi                                   |
| <input type="checkbox"/> z partnerem/partnerką | <input type="checkbox"/> z osobami nie spokrewnionymi (np. akademik, stacja) |
| <input type="checkbox"/> z dziećmi             | <input type="checkbox"/> dom pomocy spot. / inne ośrodki                     |

**5. Opieka Ośrodka Pomocy Społecznej** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Sytuacja rodzinna** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DANE OGÓLNOMEDYCZNE**

- 1. Schorzenia współistniejąc** .....
- .....
- .....
- 2. Leki przyjmowane na stałe** .....
- .....
- .....
- 3. Uczulenia** .....
- .....
- .....
- 4. Inne istotne dane medyczne (urazy, operacje, zabiegi, itp.)** .....
- .....
- .....

**DANE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA**

- 1. Czy dotychczas leczony/a psychiatrycznie?**                      **TAK    NIE**
- 2. Przebieg leczenia** (pierwsza konsultacja psychiatryczna, ostatnia konsultacja psychiatryczna) .....
- .....
- .....
- 3. Aktualnie pod opieką** .....
- .....
- .....
- 4. Pomoc psychologa (grupy wsparcia, AA, AN, psychoterapia)** .....
- .....
- .....
- 5. Przymusowe leczenie** .....
- .....
- .....



## OCENA STANU PSYCHICZNEGO

<b>Kontakt z pacjentem</b>	<input type="checkbox"/> Prawidłowy	<input type="checkbox"/> Utrudniony	<input type="checkbox"/> Brak	
<b>Orientacja autopsychiczna</b>	<input type="checkbox"/> Prawidłowa	<input type="checkbox"/> Zaburzona		
<b>Orientacja allopsychiczna</b>	<input type="checkbox"/> Prawidłowa	<input type="checkbox"/> Zaburzona		
<b>Kontakt wzrokowy</b>	<input type="checkbox"/> Normalny	<input type="checkbox"/> Intensywny	<input type="checkbox"/> Unikający	
<b>Wygląd</b>	<input type="checkbox"/> Zadbany	<input type="checkbox"/> Zaniedbany	<input type="checkbox"/> Inne	
<b>Budowa ciała</b>	<input type="checkbox"/> Niedowaga	<input type="checkbox"/> Normalna	<input type="checkbox"/> Nadwaga	<input type="checkbox"/> Otyłość
<b>Uwaga</b>	<input type="checkbox"/> Prawidłowa	<input type="checkbox"/> Zaburzenia uwagi obecne		
<b>Mowa</b>	<input type="checkbox"/> Prawidłowa	<input type="checkbox"/> Wielomówność	<input type="checkbox"/> Małomówność	<input type="checkbox"/> Inne
<b>Niepokój psychoruchowy</b>	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Obecny		
<b>Napęd</b>	<input type="checkbox"/> W normie	<input type="checkbox"/> Wzmożony	<input type="checkbox"/> Obniżony	
<b>Nastroj</b>	<input type="checkbox"/> W normie	<input type="checkbox"/> Podwyższony	<input type="checkbox"/> Obniżony	<input type="checkbox"/> Zmienny
<b>Afekt</b>	<input type="checkbox"/> Prawidłowy/adekwatny		<input type="checkbox"/> Nieadekwatny	
<b>Lęk</b>	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Napadowy	<input type="checkbox"/> Wolnoptynący	
<b>Kompulsje/Natręctwa</b>	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Obecne		
<b>Urojenia</b>	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Obecne	<input type="checkbox"/> Podejrzanie obecności	
<b>Zab. formy myślenia</b>	<input type="checkbox"/> Brak		<input type="checkbox"/> Rozkojarzenie/niespójne wątki	
	<input type="checkbox"/> Rozwlekłość/drobiazgowość		<input type="checkbox"/> Inne	
<b>Pamięć</b>	<input type="checkbox"/> Prawidłowa	<input type="checkbox"/> Zaburzenia pamięci obecne		
<b>Wgląd</b>	<input type="checkbox"/> Pełny	<input type="checkbox"/> Częściowy	<input type="checkbox"/> Brak wglądu w chorobę	
<b>Omamy</b>	<input type="checkbox"/> Brak		<input type="checkbox"/> Obecne – słuchowe	
	<input type="checkbox"/> Obecne – wzrokowe		<input type="checkbox"/> Obecne – inne	
<b>Zaburzenia snu</b>	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Obecne		
<b>Apetyt</b>	<input type="checkbox"/> W normie	<input type="checkbox"/> Wzmożony	<input type="checkbox"/> Obniżony	

Data ..... Podpis i pieczęć pracownika PZK:



