

# **NÁRODNÝ PROGRAM DUŠEVNÉHO ZDRAVIA**

|  |    |
|--|----|
| OBSAH.....   | 2  |
| Úvod.....  | 3  |
| 1. VÝCHODISKÁ POLITIKY DUŠEVNÉHO ZDRAVIA.....        | 6  |
| 2. NÁRODNÝ PROGRAM DUŠEVNÉHO ZDRAVIA.....            | 8  |
| 2.1. Zámer.....                                      | 8  |
| 2.2. Stratégia politiky duševného zdravia.....       | 8  |
| 3. NÁSTROJE POLITIKY DUŠEVNÉHO ZDRAVIA.....          | 11 |
| 3.1. Financovanie.....                               | 11 |
| 3.2. Legislatíva a ľudské práva.....                 | 12 |
| 3.3. Organizovanie služieb pre duševné zdravie.....  | 12 |
| 3.4. Ľudské zdroje a tréning.....                    | 16 |
| 3.5. Podpora, prevencia, liečba a rehabilitácia..... | 18 |
| 3.6. Advokácia.....                                  | 19 |
| 3.7. Kvalita služieb.....                            | 19 |
| 3.8. Informačné systémy.....                         | 21 |
| 3.9. Výskum a hodnotenie politiky a služieb.....     | 22 |
| 3.10. Medzisektorová spolupráca.....                 | 23 |
| Záver.....   | 25 |

## ÚVOD

Národný program duševného zdravia vypracovaný v zmysle uznesenia vlády SR č.911 zo dňa 21. augusta 2002 je komplexným programom starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku. Je vytvorený na princípe systémového prístupu k starostlivosti, so snahou zabezpečiť rovnaký prístup k starostlivosti o duševné zdravie tak, ako k starostlivosti o telesné zdravie.

V doterajšej histórii sa duševnému zdraviu priznávala dôležitosť často iba verbálne. V praxi starostlivosť o duševné zdravie a o chorých s duševnými poruchami bola často vzdialená od deklarovanej starostlivosti a zaostávala za starostlivosťou o telesne chorých.

Psychiatrická liečba sa poskytovala v zariadeniach, ktoré nemali ani po formálnej stránke rovnaké postavenie ako ostatné zdravotnícke zariadenia (psychiatrické liečebne v porovnaní so všeobecnými nemocnicami). V praxi to znamenalo, že psychiatrické inštitúcie boli a ešte vo väčšine prípadov aj sú umiestnené v nevyhovujúcich, starých priestoroch. Psychiatrické zariadenia boli dislokované od bydliska chorých, takže práve v čase najväčšej potreby komunikovať boli obmedzené ich kontakty s najbližšou rodinou. Dodnes zostáva ako dedičstvo z minulosti poddimenzované personálne vybavenie psychiatrických zariadení, ich nevyhovujúce priestorové vybavenie a materiálne technické zabezpečenie. Z hľadiska geografického je nerovnomerne a nedostatočne rozvinutá sieť zdravotníckych zariadení poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť ambulantného a ústavného typu. Na rozdiel od mnohých iných medicínskych odborov sa v oblasti psychiatrie prehlbujú rozdiely medzi vedeckým poznaním, teoretickými možnosťami starostlivosti a ich skutočnou aplikáciou.

Podobne ako nie je dostatočne zabezpečená starostlivosť o psychiatrických pacientov, nie je venovaná dostatočná pozornosť ani podpore duševného zdravia a prevencii duševných porúch v spoločnosti.

Nedostatočná výchova a vzdelávanie v oblasti duševného zdravia vedú k neúplnej informovanosti spoločnosti, čím sa nielenže nepodporuje lepšia kvalita života ľudí, ale nezabraňuje sa ani zbytočnému nárastu duševných porúch. Málo rozvinutá starostlivosť o ľudí s duševnými poruchami a nízka informovanosť populácie o duševných poruchách vedú k tomu, že v spoločnosti pretrváva a niekedy sa aj posilňuje **stigmatizácia** ľudí s duševnými poruchami a ich **diskriminácia** v spoločnosti.

Jednou zo základných príčin súčasného stavu je doteraz nevyriešená otázka, čo je duševné zdravie a duševná choroba.

V zásade existujú dva základné modely duševného zdravia a duševnej choroby, a to:

- a) kontinuálny,**
- b) oddelený.**

Podľa **kontinuálneho modelu** sa na duševné zdravie a duševnú poruchu pozerá ako na dva proti sebe ležiace póly jedného kontinua. Väčšina ľudí sa nachádza niekde medzi týmito krajnými polohami. Hranica medzi zdravím a chorobou nie je rigidná, ale skôr plynulá a podlieha spoločenským vplyvom a vplyvom prostredia. Podľa tohto modelu môže ochoriť ktokoľvek, ak je vo svojom psychosociálnom prostredí vystavený dostatočne silnému stresu.

Podľa **oddeleného modelu** duševného zdravia a duševnej poruchy sa na zdravie a na chorobu pozerá ako na dva protipóly, ktoré tvoria dichotomické rozdelenie. Podľa tohto modelu je človek buď zdravý, alebo chorý, teda napĺňa diagnostické kritériá určitého ochorenia. Tento model zdôrazňuje biologický prístup k skúmaniu duševných porúch a predpokladá, že tieto poruchy majú genetickú, biologickú alebo neurochemickú príčinu.

Pri úsilí definovať duševnú poruchu sa nemôžeme vyhnúť definícii duševného zdravia. Duševné zdravie nie je len neprítomnosť duševnej poruchy. Má mnoho dimenzií, pomocou

ktorých ho dokážeme opísať, ale jednoznačná definícia neexistuje. K jeho základným znakom patrí :

- vedomie vlastnej hodnoty,
- uvedenie si vlastných možností,
- schopnosť vytvárať a udržiavať hodnotné vzťahy,
- psychický pocit pohody.

Rôzne teórie vyzdvihujú osobnostnú zrelosť, sebaaktualizáciu, sebaaprijatie, pozitívne vzťahy s inými, nezávislosť, schopnosť prispôbiť sa prostrediu, naplnenie zmyslu života, osobnostný rozvoj, pocit spolupatričnosti. Aspekty duševného zdravia alebo choroby sú teda sociálne a kultúrne podmienené.

Aj keď na Slovensku je už akceptovaný pohľad na človeka ako **bio – psycho – socio - environmentálnu** bytosť, jeho uvádzanie do bežného života je obtiažne a neodráža sa v praktickom prístupe k duševnému zdraviu. Práve oblasť duševného zdravia a duševnej poruchy je tou oblasťou, kde sa stretávajú a vzájomne na seba pôsobia všetky aspekty ľudskej existencie: biologická, psychologická, sociálna a environmentálna. Je všeobecne známe, že väčšina ľudí má ďaleko od optimálneho stavu duševného zdravia. Duševné zdravie nie je teda štatistickou normou, ale len cieľom, ktorý je potrebné dosiahnuť.

Z uvedených dôvodov intervencie a služby cielené na zlepšenie duševného zdravia, musia byť zamerané na celú populáciu, a nielen na postihnutých ľudí. Opatrenia na zlepšenie duševného zdravia preto nemôže efektívne zabezpečiť iba rezort zdravotníctva, a nebudú účinné ani ak budú zabezpečované izolovane viacerými rezortmi. Duševné zdravie nie je len kategória týkajúca sa odboru psychiatrie, ale má medicínsky interdisciplinárny charakter a zasahuje do všetkých oblastí spoločenského života. Človek je bytosť, v ktorej sa všetky aspekty existencie neustále a veľmi dynamicky ovplyvňujú. Vzhľadom na to úspešná starostlivosť o duševné zdravie musí byť výsledkom dynamickej a vzájomne sa doplňujúcej spolupráce všetkých zainteresovaných oblastí spoločnosti.

Z tohto poznania dnes vychádzajú aj odporúčania Svetovej zdravotníckej organizácie, z ktorých vychádza predložený Národný program duševného zdravia na Slovensku.

Štátna politika zdravia v Slovenskej republike bola prijatá vládou SR v novembri roku 2000 so zámerom napomôcť v mobilizovaní spoločnosti pri podpore a ochrane zdravia a snaží sa pri tejto aktivite získať občanov ako tvorcov vlastného zdravia. Jednou z jej základných priorít je zlepšenie duševného zdravia. V rámci tejto priority sa kladie dôraz na:

- vytváranie podmienok psychosociálnej pohody,
- zlepšenie schopnosti ľudí vyrovnáť sa so stresujúcimi životnými udalosťami,
- zníženie výskytu a nepriaznivého dosahu psychických problémov na zdravie,
- iniciovanie medzirezortných projektov duševného zdravia v spoločnosti,
- odstránenie všetkých foriem diskriminácie duševne chorých a hendikepovaných.

V roku 1991 bola prijatá Reforma psychiatrickej starostlivosti v Slovenskej republike a v roku 1997 Koncepcia odboru psychiatria. Oba materiály riešia starostlivosť o duševné zdravie v nových socio-ekonomických a spoločenských podmienkach. Uvedené dokumenty však nemali rozpracovaný časový harmonogram, zodpovednosť zainteresovaných rezortov, ani financovanie uvedených opatrení. Odhaduje sa, že opatrenia realizované v rámci rezortu zdravotníctva sa na celkovom zdraví obyvateľstva podieľajú približne **20%**, v prípade duševného zdravia je táto miera pravdepodobne ešte nižšia. V dôsledku uvedených skutočností sa význam a ciele týchto závažných dokumentov nenaplnili a nezačala sa realizovať štátna politika zameraná na duševné zdravie.

Svetová zdravotnícka organizácia odporúča krajinám Európskej únie vypracovať národné programy duševného zdravia. Vstup do EÚ, rozsiahle reformy zdravotníctva, reformy v sociálnej

oblasti, nové spoločensko–ekonomické podmienky, zvýšený výskyt niektorých somatických ochorení, prevalencia obyvateľstva s duševnými poruchami, sú dôvody, pre ktoré bolo potrebné vypracovať **Národný program duševného zdravia** na podmienky Slovenska, berúc do úvahy vyspelosť krajiny, jej ekonomickú situáciu, kultúrne dedičstvo, demografické zvláštnosti, sociálne možnosti a celkové smerovanie vývoja spoločnosti.

Národný program duševného zdravia je strategickým materiálom popisujúcim rámcové opatrenia v 10 kľúčových oblastiach, ktorých cieľom je zlepšenie duševného zdravia slovenskej populácie. Uvedenie týchto opatrení do praxe si vyžiada vypracovanie podrobného Plánu realizácie Národného programu duševného zdravia v spolupráci s ostatnými rezortmi, s určením časového harmonogramu, zodpovednosti a spôsobu financovania navrhovaných opatrení..

## 1. VÝCHODISKÁ POLITIKY DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

V súčasnej dobe neexistuje na Slovensku úplný prehľad o epidemiologickej situácii v oblasti duševného zdravia. Stav duševného zdravia možno hodnotiť len na základe cieľeného zberu údajov v špecifických oblastiach. Podrobnejšie informácie o výskyte depresie boli získané z výskumného projektu Epidemiológia depresie na Slovensku (EPID). Epidemiologickej situácii v spotrebe alkoholu a drog sa venuje štúdia ESPAD. Informácie o chorobnosti získané z Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky sa týkajú len tej časti populácie, ktorá navštívi odborníkov (psychiatra, psychológa). Skrytá chorobnosť nie je skúmaná a nie sú známe informácie o iných súvisiacich ochoreniach, ako sú napríklad somatické a psychosomatické poruchy. Na meranie celkovej chorobnosti sa na Slovensku zatiaľ nepoužíva jednotka DALY /disability - adjusted life years/.

Na Slovensku bolo v roku 2001 evidovaných približne 200 000 ľudí s duševnou poruchou. Za poslednú dekádu roku 2002 sa na Slovensku výrazne **zvýšil počet nových prípadov** zaevidovaných duševných porúch. Kým v roku 1992 bolo v SR zaevidovaných 58 119 nových prípadov ľudí s duševnou poruchou, v roku 2000 to bolo už 66 346 a v roku 2002 stúpol počet nových prípadov až na 76 915. Z toho asi 70% predstavovali ľudia v produktívnom veku od 18 do 65 rokov<sup>1</sup>.

V roku 2002 bolo hospitalizovaných celkom:

- v psychiatrických nemocniciach 9 731 pacientov,
- v psychiatrických liečebniach 2 025 pacientov,
- na psychiatrických oddeleniach nemocníc 17 000 pacientov.

Mnohí ľudia s chronickou a ťažkou duševnou poruchou sú umiestnení v domovoch sociálnych služieb alebo na chronických psychiatrických oddeleniach.

Na Slovensku doposiaľ nebol vypracovaný program ani plány starostlivosti o duševné zdravie a plány komplexnej psychiatrickej starostlivosti. V r. 1991 bola vypracovaná reforma psychiatrickej starostlivosti, ktorá slúžila ako podklad pre rozšírenie siete psychiatrických ambulancií a denných psychiatrických stacionárov. Päť psychiatrických liečební sa pretransformovalo na psychiatrické nemocnice. Koncepciu psychiatrie vypracovalo MZ SR v roku 1997. Vládou SR boli prijaté parciálne programy: **Národný program boja proti drogám, Národný akčný plán pre problémy s alkoholom, Národný program podpory zdravia a Štátna politika zdravia.**

Európsky výbor na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania zistil v roku 2000 závažné porušovania ľudských práv z domovov sociálnej starostlivosti u klientov s psychickými poruchami. Vláda SR preto prijala rezolúciu na odstránenie zistených nedostatkov a zároveň schválila program MZ SR "**Realizácia dlhodobej starostlivosti o občanov s duševnými poruchami a poruchami správania v špecializovaných zariadeniach**". Pre tento účel sa na obdobie roku 2004 vypracoval skúšobný projekt pre 90 klientov z domov sociálnej starostlivosti, ktorí sa presunú do nových zdravotno–sociálnych oddelení, ktoré boli zriadené v psychiatrických postel'ových zariadeniach.

V rámci skvalitnenia starostlivosti o duševné zdravie vznikla národná Asociácia príbuzných a priateľov duševne chorých Opora a Slovenská asociácia pacientov a patientských organizácií Premeny. Zároveň bola založená Liga za duševné zdravie a v tom istom roku Asociácia na boj proti stigme a diskriminácii kvôli duševným poruchám „Otvorme dvere –

---

<sup>1</sup> WHO, Regional Office for Europe, European health for all database (HFA-DB)

otvorne srdcia“, ktorá realizuje **destigmatizačný program** Svetovej psychiatrickej asociácie podporovaný Ministerstvom zdravotníctva SR.

V roku 2002 vláda uznesením č. 911 z 21. augusta 2002 uložila vypracovať Národný program duševného zdravia, ktorý komplexne rieši diagnostiku, prevenciu, terapiu, rehabilitáciu až po integráciu v spoločnosti a pracovnom procese v regiónoch štandardnej psychiatrickej starostlivosti. Vláda vyššie citovaným uznesením uložila vypracovať tento program ministerstvu zdravotníctva, ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny a ministerstvu školstva /Súhrnná správa o realizácii opatrení Národného programu rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života za rok 2001 a 2002/.

V septembri 2002 sa začal trojročný projekt „Transformácia na integrovaný systém starostlivosti o duševné zdravie“ za spoluúčasti MZ SR a MPSV a R SR. Jeho prvotným cieľom je vytvoriť modelový región štandardnej starostlivosti o duševné zdravie pomocou Regionálneho plánu starostlivosti o duševné zdravie pre región Michalovce, ktorý vstúpil do platnosti 1.1.2004.

V júni 2003 bol vykonaný audit Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) v organizáciách pracujúcich v oblasti duševného zdravia. Integrácia psychiatrických služieb do služieb predovšetkým na úrovni primárnej starostlivosti sa ešte v potrebnom rozsahu nezačala. K tomu kroku je potrebné zabezpečiť vzdelávacie programy, predovšetkým na vybrané okruhy liečby ako napríklad: liečba depresí a úzkostných porúch.

Starostlivosť o ľudí s chronickými psychickými poruchami, predovšetkým so schizofréniou v komunite je zabezpečená iba v niektorých regiónoch na Slovensku. Zatiaľ neexistuje koncepcia komunitnej psychiatrickej starostlivosti formou **case manažmentu** /manažment jednotlivých prípadov/

V súčasnosti nie je zrovnoprávnené duševné zdravie s telesným zdravím medzi urbanizovanými a vidieckymi oblasťami. Ministerstvo zdravotníctva SR vytvára podmienky na prekonanie marginalizácie problémov duševného zdravia. Prijatím Národného programu duševného zdravia vládou SR sa začnú riešiť priority v oblasti duševného zdravia, zavedie sa informačný monitorovací systém a vytvoria sa také legislatívne podmienky, ktoré budú chrániť ľudské práva ľudí s duševnou poruchou. Uvedené vyžaduje vytvorenie podmienok pre medzisektorovú spoluprácu zriadením Národnej rady duševného zdravia a jej poradných orgánov. V súčasnosti je funkčný Národný plánovací výbor, Miestny koordinačný výbor a Poradný výbor pre sociálnu medicínu v rámci spomínaného pilotného projektu v Michalovciach.

Starostlivosť o duševné zdravie zahŕňa aj oblasť problematiky násilia v rodinách, na ženách /týrané ženy, týrané deti/, agresivitu, nevyjasnenú násilnú trestnú činnosť, samovražednosť a iné.

V rámci prípravy už vzniklo mnoho aktivít a v súlade s odporúčaním WHO sú navrhované tri hlavné oblasti /Bratislava, Trenčín a Michalovce/, v ktorých sa zavedie stratégia Národného programu duševného zdravia do praxe.

## 2. NÁRODNÝ PROGRAM DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

### ZÁMERY

Zámerom Národného programu duševného zdravia je vytvoriť taký systém starostlivosti o duševné zdravie, ktorý na jednej strane umožní účinne posilniť duševné zdravie, a tak predchádzať duševným poruchám, a na strane druhej vedie k oslobodeniu ľudí s duševnou poruchou od izolácie a paternalizmu, či už formou sociálneho vylúčenia z komunity, alebo prehlbovania závislostí od inštitúcií. Tým sa vytvoria predpoklady na to, aby ľudia s duševnými poruchami žili dôstojne a kvalitným životom tak, ako ostatná populácia v komunite.

V zmysle uvedeného programu je potrebné zabezpečiť:

#### 1. V oblasti prevencie

a/ **podporu duševného zdravia** - chrániť duševné zdravie jednotlivcov, rodín a skupín v komunite,

b/ **primárnu prevenciu** - vytvárať podmienky, ktoré vedú k zníženému výskytu duševných porúch, a tým aj poklesu hospitalizácií,

c/ **sekundárnu prevenciu** - zabezpečiť liečbu, ktorá vedie k úprave zdravotného stavu respektíve predchádzaniu opakovaných hospitalizácií,

d/ **terciárnu prevenciu** - vytvárať podmienky pre sociálnu a pracovnú integráciu jednotlivca do komunity, a tak predchádzať dlhodobým hospitalizáciám a redukovať chronifikáciu duševných porúch.

2. účasť ľudí s duševnou poruchou a ich príbuzných na plánovaní, realizácii a hodnotení procesu starostlivosti o duševné zdravie.

3. adekvátne zdroje a rozhodujúce právomoci tých, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o duševné zdravie a zohľadniť potreby užívateľov služieb. Predpokladom je decentralizácia a riadenie služieb podľa dopytu. V konečnom dôsledku sa očakáva z celonárodného hospodárskeho hľadiska efektívne využitie finančných zdrojov, ktoré spoločnosť vynakladá na duševné zdravie.

### STRATÉGIA POLITIKY DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

Politika duševného zdravia na Slovensku je založená na troch základných strategických pilieroch, ktorými sú: zlepšenie zdravia obyvateľstva, zohľadňovanie očakávaní ľudí, zabezpečenie reálneho financovania.

#### 1. Zlepšenie zdravia obyvateľstva – populácie

Politika duševného zdravia určuje ciele pre zlepšenie zdravia populácie. Pri hodnotení používa indikátory výsledkov (outcomes), ako sú kvalita života, postihnutie, chorobnosť a mortalita. Ak nie sú dostatočne rozvinuté informačné systémy, môžu byť použité pre hodnotenie indikátory procesu (prístupnosť a využitie služieb).



| <b>HODNOTY</b>   | <b>PRINCÍPY</b>  |
|--|--|
| <b>PSYCHICKÁ POHODA</b><br><br><b>DUŠEVNÉ ZDRAVIE JE NEODDELITELNOU SÚČASŤOU CELKOVÉHO ZDRAVIA</b><br><br><b>KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Podpora duševného zdravia musí byť integrovaná do sociálnych a vzdelávacích služieb.</li> <li>- Musí existovať medzisektorová spolupráca a napojenie na rozvoj komunity.</li> <li>- Duševné zdravie musí byť integrované do primárnej starostlivosti.</li> <li>- Ľudia s duševnými poruchami majú byť liečení vo všeobecných nemocniciach.</li> <li>- Ľudia s duševnými poruchami majú dostať starostlivosť v zariadeniach s čo najmenšou reštriktívnou zložkou.</li> <li>- Pred prijatím do nemocničnej starostlivosti by mali byť posúdené možnosti poskytnúť alternatívne riešenia, napríklad komunitné formy starostlivosti.</li> </ul> |

## 2. Zohľadňovanie očakávania ľudí

Dôležité je rešpektovať človeka a jeho ľudské práva, dôstojnosť, právo na zachovanie lekárskej mlčanlivosti, jeho autonómia a možnosť výberu služieb, s orientáciou na klienta (spokojnosť pacienta, kvalita vybavenia, prístup k sieti sociálnych služieb a možnosť výberu poskytovateľa služieb) s dosiahnutím rešpektovania nasledujúcich hodnôt a princípov.

| <b>HODNOTY</b>  | <b>PRINCÍPY</b>  |
|---|--|
| <b>KOMUNITNÁ PARTICIPÁCIA</b><br><br><b>KULTÚRNY RELATIVIZMUS</b><br><br><b>OCHRANA ZRANITEĽNÝCH SKUPÍN</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ľudí s duševnými poruchami treba zahrnúť do procesu plánovania, poskytovania a hodnotenia služieb.</li> <li>- Treba podporovať vzájomnú pomoc a advokáciu (advokačné skupiny).</li> <li>- Rôzne kultúrne skupiny majú prispievať svojimi víziami.</li> <li>- Neformálne sektory hrajú významnú úlohu.</li> <li>- Ochránovať ľudské práva osôb s duševnými poruchami.</li> <li>- Ženy, deti, starí ľudia a veľmi chudobní budú cieľom špecifických stratégií.</li> </ul> |

### 3. Zabezpečenie reálneho financovania

Cieľom je zabezpečiť rovnosť distribúcie finančných zdrojov v rôznych geografických lokalitách, dostupnosť základnej medicíny a určenie príslušného % pre duševné zdravie z celkového rozpočtu na zdravotníctvo.

| HODNOTY              | PRINCÍPY   |
|----------------------|--|
| DOSTUPNOSŤ A ROVNOSŤ | <ul style="list-style-type: none"><li>- Zabezpečiť dostupnosť služieb pre všetkých ľudí bez ohľadu na geografickú lokalitu, ekonomické postavenie, rasové alebo sociálne podmienky.</li><li>- Zabezpečiť rovnocennosť služieb v oblasti duševného zdravia (chorôb) s ostatnými službami zdravotníctva.</li></ul> |

#### Hlavné ciele transformácie starostlivosti o duševné zdravie

Dôsledným uskutočňovaním zmien systému starostlivosti o duševné zdravie sa očakáva:

1. vyššia kvalita služieb a kvalita života užívateľa a jeho rodiny,
2. presun čo možno najväčšieho počtu od pasívnych príjemcov dávok a služieb k aktívnym prispievateľom,
3. pozitívny ekonomický dosah
  - a) celospoločenské prínosy  
nižšia záťaž na financovanie užívateľov v dôsledku prechodu mnohých z nich na prispievateľov, ktorí sú zároveň schopní platiť dane a sociálne odvody.
  - b) prínosy pre jednotlivca
    - vyššia finančná sebestačnosť užívateľa, viac disponibilných zdrojov užívateľa; zvýšená osobná sloboda, zodpovednosť a sebaúcta užívateľov; nižšia záťaž rodiny.

### **3. NÁSTROJE POLITIKY DUŠEVNÉHO ZDRAVIA**

#### **FINANCOVANIE**

Jednou z ciest na zvýšenie efektivity využitia finančných prostriedkov je decentralizácia poskytovania starostlivosti. Pri tejto zmene systému je dôležitý neziskový sektor a inštitúcie, ktoré sú schopné v krátkom čase zistiť potreby určitých sledovaných skupín. Aktivitami neziskového sektora sa predpokladajú ďalšie zdroje financovania, ktoré budú prispievať k zlepšeniu fungovania starostlivosti o klienta. Ide o financovanie služieb z viacerých verejných a súkromných zdrojov a vytváranie podmienok pre efektívne a funkčné financovanie so zabezpečením spoluúčasti klienta, zohľadňujúc jeho príjmové a majetkové možnosti (Graf č.1, kapitola 3.3: Optimálny súbor služieb pre duševné zdravie).

#### **3.1.1. Reálne ohodnotenie služieb**

Podstatným predpokladom funkčného a efektívneho fungovania starostlivosti o duševné zdravie je jeho stabilita a finančná udržateľnosť. Systém starostlivosti o duševné zdravie bude finančne udržateľný, ak bude „schopný“ neúverovo financovať služby poskytujúce starostlivosť o duševné zdravie. To predpokladá stanovenie pravidiel, ktoré budú akceptované poskytovateľmi a platcami služieb. Na základe týchto pravidiel budú určené reálne ceny poskytovaných služieb.

Podmienkou na reálne ohodnotenie služieb pre duševné zdravie je určenie minimálnej siete, ktorá umožní dostupnosť potrebných a čo najmenej reštriktívnych služieb v regiónoch štandardnej starostlivosti o duševné zdravie. Určenie minimálnej siete uľahčí transformáciu na taký systém, ktorý poskytuje potrebné služby v komunite a v domácom prostredí (pozri graf 1 Optimálny súbor služieb duševného zdravia, kapitola 3.3.).

#### **3.1.2. Systém financovania starostlivosti o duševné zdravie**

V súčasnosti je financovanie starostlivosti o duševné zdravie zabezpečené prevažne zo zdrojov zdravotného poistenia, súkromné zdroje tvoria stále iba zanedbateľnú časť. Výsledkom je nespokojnosť všetkých zúčastnených strán (užívateľov, poskytovateľov i platcov). Z uvedeného vyplýva potreba zmeny systému financovania a prijatie vhodnej stratégie financovania založenej na viac zdrojovom financovaní starostlivosti o duševné zdravie.

Nový systém financovania je možné zabezpečiť v súčinnosti nasledujúcich zdrojov:

1. aktívna spoluúčasť užívateľa a jeho rodiny podľa princípu závažnosti duševnej poruchy,
2. presun podstatnej časti financovania služieb na miestnu a regionálnu samosprávu,
3. zníženie objemu povinného zdravotného poistenia na financovaní starostlivosti o duševné zdravie, s ponechaním jeho dominantnosti na celkových zdrojoch financovania,
4. vyčlenenie finančných zdrojov na financovanie projektov.

## LEGISLATÍVA A ĽUDSKÉ PRÁVA

### 3.2.1. Legislatívne úpravy zákonov, ktoré vymedzujú práva ľudí s duševnými poruchami

Zaručenie ľudských práv a slobôd je zakotvené v ústave SR. V súčasne platnom zákone NR SR č. 277/ 1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov je upravená starostlivosť o duševné poruchy v piatej časti citovaného zákona „Osobitná zdravotná starostlivosť“. Z dôvodov zabezpečenia adekvátnej zdravotnej starostlivosti o osoby s duševnými poruchami uvedený zákon upravuje aj poskytnutie zdravotnej starostlivosti bez súhlasu pacienta. Citovaný zákon v § 14 ustanovuje povinnosť liečby pacienta aj bez jeho súhlasu. Je potrebné doriešiť formy a zabezpečenie donucovacích prostriedkov pred a počas hospitalizácie u ľudí s duševnou poruchou, ktorí odmietajú liečbu. Taktiež je nedostatočne doriešená podpora a prevencia duševných porúch. V prípade obmedzenia alebo pozbavenia spôsobilosti na právne úkony neexistuje možnosť kontroly dodržiavania povinnosti opatrovateľa voči opatrovanej osobe.

MZ SR v záujme odstránenia diskriminácie pacientov s duševnými poruchami upravilo poskytovanie zdravotnej starostlivosti o duševne chorých tak, ako u pacientov s inými ochoreniami.

V rámci zabezpečenia realizácie Národného programu duševného zdravia je nevyhnutná spolupráca s inými rezortmi, najmä v oblasti vzdelávania, sociálnej, bezpečnostnej a v oblasti spravodlivosti, tak ako to vyplýva aj z uznesenia vlády č. 911 z 21. 8.2002.

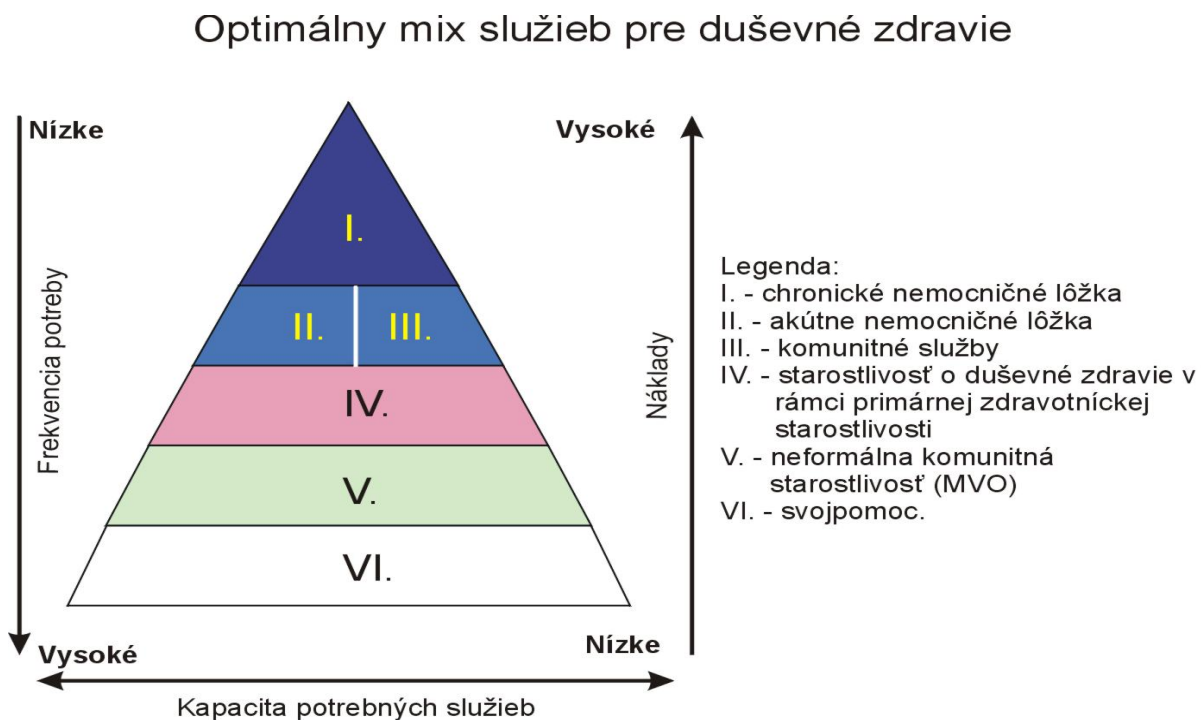
### 3.2.2. Vytvorenie orgánov na ochranu práv ľudí s duševnou poruchou

MZ SR navrhuje vytvoriť Národnú radu duševného zdravia, ktorá bude nadrezortne sledovať, koordinovať a analyzovať existujúcu ochranu práv ľudí s duševnou poruchou a zabezpečovať tvorbu a realizáciu navrhovaných legislatívnych úprav v oblasti duševného zdravia. Národná rada duševného zdravia bude poradným orgánom vlády SR. Jednou z jej činností bude aj sledovanie používania donucovacích prostriedkov pri nedobrovoľnej hospitalizácii.

## ORGANIZOVANIE SLUŽIEB PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

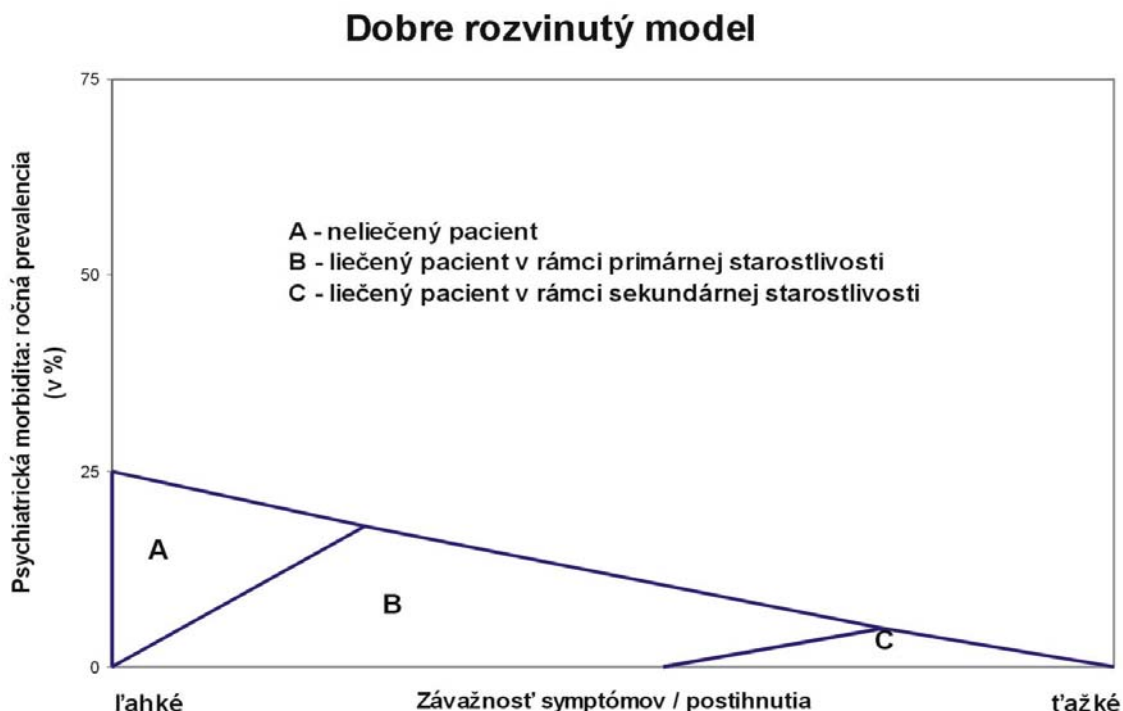
Hodnota duševného zdravia musí byť postavená na rovnakú úroveň ako hodnota telesného zdravia. Človek s duševnou poruchou má právo na to, aby mu bola v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti zabezpečená kvalitná a včasná diagnostika, adekvátna liečba a rehabilitácia, ktorá zahŕňa celý komplex biologickej terapie, psychoterapie a socioterapie.

**Graf č.1 Optimálny súbor služieb pre duševné zdravie**



**Graf č. 2 Slabo rozvinutý model starostlivosti o duševné zdravie.**

**Graf č. 3 Dobře rozvinutý model starostlivosti o duševné zdravie.**



Neodmysliteľnou súčasťou riešenia problematiky duševného zdravia bude zainteresovanosť samosprávy na rozvíjaní starostlivosti o duševné zdravie od podpory duševného zdravia, cez prevenciu, liečbu a rehabilitáciu až po integráciu do komunity a pracovného procesu z dosiahnutím nasledovných cieľov:

- integrácia starostlivosti o duševné zdravie do všeobecných zdravotníckych a sociálnych služieb,
- presun starostlivosti z psychiatrických liečební do psychiatrických oddelení nemocníc a do komunitnej starostlivosti vrátane starostlivosti o deti a dorast ako aj o starších ľudí,
- rozvoj komunitných služieb v oblasti duševného zdravia,
- starostlivosť o duševné zdravie v regiónoch štandardnej starostlivosti,
- regionálne plány starostlivosti o duševné zdravie,
- plánovanie starostlivosti o duševné zdravie orientované na osobu a nie na služby.

Plánovanie starostlivosti o duševné zdravie sa orientuje na osobu a nie na služby. Homogénne vytvorený sieťový model starostlivosti zabezpečí pomoc v nasledovných troch oblastiach, ktoré sa týkajú vždy dvoch funkčne prepojených činností:

1. sebestačnosť a bývanie,
2. štruktúrovanie dňa a rozvoja sociálnych kontaktov,
3. práca a vzdelávanie.

Centrálny proces pre plánovanie a plynulé prepájanie pomoci do integrovaných programov bude zabezpečený individuálnymi plánmi a ich koordinovanou realizáciou. Pri ich vypracovaní je potrebné brať do úvahy bytovú, životnú a pracovnú situáciu.

Individuálne plány vypracuje užívateľ spolu s manažérom a ďalšími relevantným spolupracujúcimi osobami. Služby budú zabezpečené case - manažmentom bez časového obmedzenia. Tým sa umožní štruktúrovaná podpora zabezpečujúca integrovanú rehabilitáciu a reintegráciu. Realizácia plánu sa zabezpečí pomocou služieb, ktoré sú k dispozícii v životnom prostredí klienta a pri zapojení jeho samotného a jeho blízkych osôb.

### **3.3.1. Deinštitucionalizácia a rozvoj siete komunitnej a domácej starostlivosti o duševné zdravie**

V priebehu nasledujúcich piatich rokov predpokladáme zrušenie väčšej časti súčasných chronických lôžok v psychiatrických liečebniach a psychiatrických nemocniciach, resp. ich transformáciu na sociálno-zdravotné lôžka. V týchto zariadeniach sa uvažuje s vytvorením špecializovaných bezpečnostných oddelení pre nespôlpracujúcich užívateľov.

Súčasne s deinštitucionalizáciou je potrebný rozvoj siete komunitnej a domácej starostlivosti. Ľuďom s ťažkým duševným postihnutím bude zabezpečená kontinuálna a komplexná starostlivosť v regióne štandardnej starostlivosti o duševné zdravie pomocou Agentúry psychiatrickej domácej starostlivosti (APDS), rehabilitačného strediska, chránenej a podpornej práce a chráneného a podporného bývania. Koherentné individuálne plány case-manažérov prispievajú k predchádzaniu, riešeniu krízových situácií a k lepšej koordinácii starostlivosti, týmto sa sleduje, aby starostlivosť bola vedená **potrebami** namiesto **službami**. U tých, ktorí nie sú schopní prijať takúto starostlivosť, sa uvažuje s ich umiestnením na sociálno - zdravotných lôžkach.

Pre úspešne fungovanie kvalitnej siete komunitnej starostlivosti o duševné zdravie je nevyhnutná tímová spolupráca v rámci psychiatrických multidisciplinárnych komunitných tímov, koordinovaných APDS alebo denným stacionárom, psychiatrickou ambulanciou. Do tímovej spolupráce sú zapojení aj užívatelia, bývalí užívatelia aj ich príbuzní. Pri zabezpečovaní starostlivosti o duševné zdravie je aj kooperácia s neformálnymi komunitnými službami /napr. Liga za duševné zdravie, ODOS, Premeny a Opora/, svojpomoc a vzájomná pomoc užívateľov a ich príbuzných (pozri graf č. 1), s následným zmenšením potreby formálnych komunitných služieb. Multidisciplinárne psychiatrické tímy sú prepojené s inými miestnymi a regionálnymi sektormi (školské zariadenia, zamestnávateľia, dobročinnosť, nápravno-výchovná činnosť (kurátori), a mimovládny organizácie v oblasti iniciatívy prevencie a podpory duševného zdravia. Uvedenými krokmi sa zlepšuje dostupnosť služieb a kontinuita starostlivosti, či už longitudinálna (nepretržité kontakty po potrebnú dlhú dobu) alebo prierezová (medzi rôznymi tímami podieľajúcimi sa na starostlivosti).

### **3.3.2. Vytvorenie mechanizmov na zapojenie primárnej zdravotnej starostlivosti do starostlivosti o duševné zdravie**

Na liečbu ľahších duševných porúch predpokladáme aj spoluúčasť aj praktických lekárov a psychológov (liečba úzkostných a depresívnych porúch, drogových závislostí) s cieľom znížiť zaťaženosť ambulantných psychiatrov. (grafy 2 a 3). Spolupráca s pediatriami a dorastovými lekármi umožní včasnú liečbu schizofrénie. Do programov podpory a prevencie duševného zdravia odporúčame zapojiť aj úrady verejného zdravotníctva.

### 3.3.3. Vytvorenie služieb krízovej intervencie

V prípade akútneho ochorenia alebo krízy je potrebné zabezpečiť krízovú intervenciu, ktorá umožní včasné začatie liečby. Podľa možnosti sa na nej môžu podieľať: **mobilný krízový tím, centrum krízovej intervencie a mimonemocničné lôžka.**

Do krízovej intervencie v demonštračných oblastiach a v ďalších regiónoch štandardnej psychiatrickej starostlivosti budú zapojení aj case-manažéri, ktorí vykonávajú asertívnu komunitnú starostlivosť.

#### ĽUDSKÉ ZDROJE A TRÉNING

Starostlivosť v oblasti duševného zdravia budú zabezpečovať:

- všeobecní lekári (praktickí lekári)
- psychiatri
- ďalší profesionáli z oblasti duševného zdravia, ako sú zdravotné sestry, psychológovia, case-manažéri, liečební pedagógovia, pracovní terapeuti a sociálni pracovníci

Navrhované personálne vybavenie denných psychiatrických stacionárov s kapacitou maximálne 30 miest:

2 LM,

2-3 klinických psychológov, alebo iných VŠ.

Celkový počet LM pri dobudovaní siete denných psychiatrických stacionárov by bol 60 LM a 60-90 psychológov, alebo iných VŠ.

Zvýšenie počtu LM v denných psychiatrických stacionároch o 57,0 LM

Zvýšenie počtu iných VŠ o 46,2 psychológov, alebo iných VŠ

V rámci transformačných krokov je nevyhnutné navýšiť sieť ambulantných zariadení ako aj sieť špecializovanej starostlivosti, denných psychiatrických stacionárov /DPS/. Sieť denných psychiatrických stacionárov navrhujeme riešiť na princípe regionálnej štandardnej psychiatrickej starostlivosti, za ktorú sa považuje oblasť so 100 000 až 150 000 obyvateľmi tak, aby bola zabezpečená dostupnosť pre všetkých obyvateľov vrátane detí a mládeže. Podľa počtu obyvateľov v jednotlivých regiónoch odporúčame rozšíriť sieť z existujúcich 230 denných miest na 900 denných miest v rámci Slovenska. DPS vytvárať v regiónoch so spádovou oblasťou nad 30 000 obyvateľov, kde počty denných miest sa upravujú úmerne veľkosti regiónu. DPS by sa mali zriaďovať v okresných mestách, kde nie je dostupné lôžkové psychiatrické zariadenie, predovšetkým v lokalitách Lučenec, Piešťany, Komárno, Zvolen, Čadca, Trnava a pod. Zriaďovať DPS pre gerontopsychiatrickú populáciu. V rámci SR v regióne so 150 000 obyvateľmi 10 - 20 denných miest.

Na zabezpečenie domácej starostlivosti o ľudí s ťažkou duševnou poruchou sú potrebné psychiatrické zdravotné sestry, ktoré pracujú v psychiatrických agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Pre 20 užívateľov jedna sestra. V modelovom regióne štandardnej starostlivosti o duševné zdravie predpokladáme na 100 000 obyvateľov 310 užívateľov, čo v prepočte na celú SR predstavuje 15 800 užívateľov s potrebou 790 psychiatrických sestier. Psychiatrické sestry budú spolupracovať s ostatnými profesionálmi v ambulantných službách (psychiatri, psychológovia, sociálni pracovníci) v rámci multiprofesionálneho tímu. Tento tím koordinuje vedúci lekárom denného stacionára alebo ambulantný psychiater, ktorý spolupracuje s ostatnými komunitnými službami.



### **3.4.1. Vyrovnanie súčasného stavu ľudských zdrojov v oblasti duševného zdravia s predpokladanou potrebou ľudských zdrojov**

V súčasnej dobe je v zdravotníckych zariadeniach nedostatočný počet lekárov – psychiatrov poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť. Podľa štatistických zistení pripadá na 1 lekára viac ako 15 postelí, čo je v porovnaní s ostatnými medicínskymi odbormi najvyšší počet postelí. Predpokladáme, že k naplneniu potrebného počtu lekárov dôjde v priebehu 10 rokov. Prednostne je nutné zabezpečiť doplnenie odborníkov v tých regiónoch štandardnej starostlivosti, kde nie sú zabezpečené ani ústavné ani ambulantné služby. Zvýšenú pozornosť je potrebné venovať najmä odborom detskej psychiatrie a gerontopsychiatrie a medicíne drogových závislostí.

Nedostatočný počet stredných odborných pracovníkov v niektorých oblastiach Slovenska je alarmujúci. Prvoradou úlohou je zabezpečiť stabilizáciu týchto profesií so súčasným zameraním na trvalé zvyšovanie ich odbornej úrovne. Nevyhovujúca situácia v komplexnosti poskytovaných služieb je v odborných profesiách sociálni pracovníci. Jednou z prvých úloh v tejto oblasti bude posúdenie súčasného stavu ľudských zdrojov a vypracovanie normatívov optimálneho počtu vo všetkých kategóriách zdravotníckych pracovníkov.

### **3.4.2. Vzdelávacie programy v oblasti komunitnej starostlivosti vrátane primárnej zdravotnej starostlivosti.**

MZ SR navrhuje zakomponovať aj v pregraduálnom vzdelávaní komunitné služby duševného zdravia u študentov medicíny, ošetrovateľstva, sociálnej práce a stredných zdravotníckych škôl. Bude potrebné vypracovať plány vzdelávania v oblasti moderných trendov komunitnej starostlivosti o duševné zdravie, definovať nové pracovné kategórie a zaradiť ich do katalógu pracovných činností (sociálno-zdravotný pracovník, case-manažér, lekár primárnej starostlivosti liečiaci ľahšie duševné ochorenia, pracovník svojpomocnej skupiny, patientský dôverník, odborník v oblasti advokácie).

Pre pracovníkov novovytvorenej profesie case-managmentu je nutné vypracovať kvalifikačné a špecializačné štandardy vzdelávania. Takisto je potrebné zabezpečiť kvalifikáciu lekárov prvého kontaktu so zameraním na liečbu ľahších duševných ochorení. Prostredníctvom Slovenskej zdravotníckej univerzity budú realizované tematické kurzy pre všetky skupiny pracovníkov v oblasti duševného zdravia.

### **3.4.2. Vzdelávanie expertov, užívateľov služieb a ich príbuzných v oblasti hodnotenia (evaluácie) služieb a hodnotenia kvality starostlivosti o duševné zdravie.**

Jedným z predpokladov úspešnej realizácie regionálnych plánov starostlivosti o duševné zdravie je hodnotenie ich implementácie. Na to sú potrebné hodnotiace /evalvačné/ tímy, ktorých členmi sú aj užívatelia a ich príbuzní. Tým sa zabezpečí účinná spätná väzba, na základe ktorej je možné vypracovať ďalšie regionálne plány v súlade s podloženými údajmi (evidence based) z daného regiónu. Preto je dôležité, aby títo odborníci boli včas vyškolení.

### **3.5 PODPORA, PREVENCIA, LIEČBA A REHABILITÁCIA**

Politika duševného zdravia musí zahŕňať široké spektrum aktivít od podpory až po rehabilitáciu. Mala by zahŕňať boj proti šikanovaniu, zneužívaniu a týraníu detí, opustenosti starších ľudí, podporu budovania vzťahu matka – dieťa v populácii v hmotnej núdzi, akými sú napríklad rómske komunity. Ďalej sú dôležité školské programy podpory duševného zdravia a prevencia samovražednosti.

#### **3.5.1. Podpora a prevencia**

##### **a/ Školské programy podpory duševného zdravia**

V záujme podpory rozvoja duševného zdravia je dôležité, aby otázky duševného zdravia boli zakomponované do učebných osnov základných a stredných škôl. Ide predovšetkým o výučbu schopnosti zvládať rôzne psychicky náročné situácie a rozvíjať dobré vzťahy k spolužiakom. Ďalej je dôležité väčšie pochopenie pre menšiny vrátane rómskej populácie. V období dospievania sú deti dost' otvorené otázkam duševného zdravia, pretože vtedy sami cítia, že tieto otázky sú pre nich dôležité. Odporúča sa realizácia odborne garantovaných preventívno-výchovných programov zameraných na optimalizáciu osobnostného vývinu.

##### **b/ Prevencia samovražednosti**

WHO v rámci svojho auditu na Slovensku odporúčala zintenzívniť aktivity v tejto oblasti. V rámci realizácie Národného programu duševného zdravia budú organizované prednášky, diskusné fóra a iné aktivity pre stredoškolskú mládež a verejnosť v oblasti prevencie samovražednosti.

##### **c/ Preventívne programy v rezorte kultúry**

Pri preventívnych programoch spolupracovať s kultúrnymi inštitúciami na všetkých úrovniach a vo všetkých vhodných oblastiach ich činnosti. (Národné osvetové centrum – oddelenie sociálnych prevencie, knižnice, galérie, múzea, osvetové zariadenia, hvezdárne, divadlá a atď. )

#### **3.5.2. LIEČBA A REHABILITÁCIA**

V súčasnosti liečba duševných porúch sa zabezpečuje predovšetkým v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť. V navrhovanom programe duševného zdravia zabezpečenie zdravotnej starostlivosti osobám s duševnými poruchami sa čiastočne presúva do náplne primárnej zdravotnej starostlivosti – praktický lekár pre dospelých a praktickým lekárom pre deti.

V tejto oblasti je nevyhnutné vytvoriť a zaviesť do praxe vymedzené okruhy ochorení pre primárnu starostlivosť, ako sú úzkostné a psychosomatické poruchy, depresívne poruchy, drogové závislosti a demencie.

V rámci zabezpečenia komplexnej liečby je potrebné vypracovať:

### **a/ Zoznam esenciálnych liekov používaných v primárnej starostlivosti**

Zoznam esenciálnych liekov bude obsahovať tie lieky, ktoré sú indikované na vymedzené diagnostické okruhy zaradené do starostlivosti praktických lekárov.

### **b/ Štandardy používania psychofarmák.**

Psychiatrická spoločnosť Slovenskej lekárskej spoločnosti bude koordinovať vypracovanie štandardov, aby neprevažovali záujmy iných účastníkov, ktorí majú vplyv na liečebný proces. Ide o štandardy pre závažné duševné poruchy, afektívne poruchy, organické poruchy v starobe, psychické poruchy detského a adolescentného veku, úzkostné a psychosomatické poruchy.

## **ADVOKÁCIA**

Pod advokáciou duševného zdravia rozumieme zavedenie aktívnej spolupráce so službami primárnej zdravotnej starostlivosti, spoluprácu s psychiatrickými zariadeniami (každého typu a vo všetkých regiónoch) a spoluprácu so službami v oblasti starostlivosti o duševné zdravie.

### **3.6.1. Podpora organizáciám užívateľov služieb, príbuzným a mimovládny organizáciám**

Vzhľadom na to, že starostlivosť o ľudí s ťažkou duševnou poruchou je z dlhodobého hľadiska málo efektívna, nákladná a diskriminujúca, je potrebné získať užívateľov a ich rodinných príslušníkov k spolupráci. Chýba fungujúca, vzájomne prepojená sieť zariadení a odborníkov rôznych profesií, ktorí spolupracujú a sú schopní včas, cielene, efektívne a hlavne dlhodobo finančne menej nákladne a kvalitnejšie poskytnúť pomoc.

Užívateľské, príbuzenské a iné mimovládne organizácie, ktoré sa venujú advokácii v oblasti duševného zdravia, by mali mať potrebnú podporu, aby mohli účinne rozvíjať svoju činnosť. Tieto organizácie sú totiž najviac motivované, aby sa zúčastnili plánovania, realizácie, monitorovania, hodnotenia a kontrole riešenia problematiky duševného zdravia v jednotlivých regiónoch.

Monitoring dodržiavania práv ľudí s duševnou poruchou (ako napr. právo rovnosti, právo na súkromie, právo individuálnej autonómie, telesnej celistvosti, právo na sebarozhodovanie, slobodnú voľbu a výber služieb, právo na informácie o liečbe a dostupných službách ako aj právo na spoluúčasť na liečbe, efektívnosti distribúcie zdrojov atď.) umožňuje dôležitú spätnú väzbu, ako sa realizuje starostlivosť o duševné zdravie.

Je potrebné vypracovať systém dlhodobej partnerskej spolupráce profesionálnych organizácií (zdravotníckych vrátane psychiatrických, sociálnych, legislatívnych) s týmito svojpomocnými organizáciami.

### **3.6.2. Prekonanie stigmy a diskriminácie**

Jednou z najzávažnejších prekážok pri riešení otázok duševného zdravia je stigma a s ňou spojená diskriminácia ľudí s duševnou poruchou. Slovensko je od roku 2000 zapojené do celosvetového programu Svetovej psychiatrickej asociácie na prekonanie stigmy a diskriminácie kvôli schizofrénii. V roku 2001 bola založená celoslovenská organizácia proti stigme a diskriminácii kvôli duševným poruchám „Otvorme dvere, otvorme srdcia“ (ODOS), ktorý by

v spolupráci s Ligou za duševné zdravie, Psychiatrickou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti a ďalšími organizáciami pôsobiacimi v oblasti duševného zdravia uľahčil implementáciu NPDZ v regiónoch štandardnej starostlivosti o duševné zdravie.

## KVALITA SLUŽIEB

Najkvalitnejšia starostlivosť je tá, ktorá maximalizuje výhody pre klienta a minimalizuje riziká a náklady. To znamená, že pre klienta by mal existovať vyvážený systém starostlivosti, ktorý by maximalizoval výhody a minimalizoval riziká. Kvalita starostlivosti nie je definovaná okom pozorovateľa, ale faktami a údajmi získanými výskumnými štúdiami, štatistickými zisťovaniami a dátami získanými od lekárov, pacientov a poisťovní. Dôležité je vytvoriť jednotný systém merania kvality a zároveň podporovať hľadanie nových metód. Pri posudzovaní kvality starostlivosti poskytovaných služieb v oblasti duševného zdravia môžeme vychádzať zo štyroch oblastí:

- a) **Štruktúra a organizácia** - zdroje na poskytovanie služieb, profesionalita a náležitá kvalifikácia
- b) **Proces** - interpersonálny aspekt, technický aspekt
- c) **Výsledky (Outcomes)** – subjektívne výsledky starostlivosti a objektívne výsledky starostlivosti
- d) **Nákladová efektívnosť (cost-effectiveness)** - žiadané výsledky verzus náklady (cost / benefit analýza)

Pre posudzovanie kvality je potrebné stanoviť tzv. indikátory kvality, ktoré budú zodpovedať uvedeným oblastiam.

Potreba manažmentu kvality v psychiatrii vyplýva zo zvýšeného záujmu o kvalitu starostlivosti o duševné zdravie, akceptácie manažmentu kvality ako metóda sústavného zlepšovania kvality zdravotnej starostlivosti. Evidence based medicine (EBM) hrá stále dôležitejšiu úlohu v zlepšovaní zdravotnej starostlivosti a manažment kvality sa stáva akceptovanou metódou pri implementácii EBM štandardov.

Zabezpečenie procesu hodnotenia kvality poskytovanej psychiatrickej starostlivosti pozostáva z definovania princípov:

- definovania princípov zlepšenia kvality, prijatie štandardných materiálov,
- definovania akreditačných postupov a princípov,
- monitorovania zariadení poskytujúcich starostlivosť o duševné zdravie využívajúc definovanie princípov hodnotenia kvality,
- integrovania zlepšovania kvality do prebiehajúceho manažovania a poskytovania starostlivosti,
- revidovania mechanizmov sledovania kvality

### Ciele:

- Prijatť reformu zlepšovania kvality služieb starostlivosti o duševné zdravie,
- Vypracovať praktické návody pre implementáciu mechanizmov zlepšujúcich kvalitu,
- Vypracovať s tým súvisiacu stratégiu diseminácie nových poznatkov a technológií,
- Vytvoriť jednotný systém merania kvality pre všetky služby v oblasti duševného zdravia,
- Zodpovedať potrebám klienta,
- Definovať štandardy a akreditačné postupy, princípy,

- Integrovať zlepšovanie kvality do prebiehajúceho manažovania a poskytovania starostlivosti v jednotlivých službách,
- Revidovať mechanizmy sledovania kvality.

### **3.7.1. Štandardy a akreditácie pre zdravotnícke a sociálne služby duševného zdravia**

Súčasťou rady duševného zdravia bude komisia, ktorá sa bude zaoberať problematikou zlepšovaním kvality v oblasti služieb duševného zdravia, vypracovaním jednotných štandardov na hodnotenie kvality služieb, vypracovaním akreditačných postupov pre služby duševného zdravia v súlade s kritériami štandardov, monitoringom a zlepšovaním kvality s vytvorením manuálu.

### **3.7.2. Monitorovanie zariadení poskytujúcich starostlivosť o duševné zdravie**

Pri monitorovaní kvality služieb budeme vychádzať z nasledovných pravidiel:

- monitorovanie a hodnotenie kvality služieb každoročne,
- využívanie štandardov a procesu akreditácie na posúdenie nových zariadení a prehodnotenie už fungujúcich zariadení,
- vytvorenie súboru dotazníkov a štruktúrovaných nástrojov na zisťovanie a meranie kvality,
- prostriedky merania kvality budú použiteľné v každej oblasti starostlivosti o duševné zdravie,
- vytvorenie štandardizovaných postupov hodnotenia kvality a podávanie správ zohľadňujúcich klinickú prax v nemocniciach, komunitných službách a u individuálnych poskytovateľov klinických služieb,
- zbieranie informácií prostredníctvom existujúcich informačných systémov, využívanie konzultácií s nezávislými organizáciami (organizácie užívateľov a príbuzných) na získanie ich hodnotenia jednotlivých zariadení.

Pravidelné monitorovanie zariadení sa musí stať bežnou praxou vo všetkých službách. Na základe splnenia štandardov bude udelená akreditácia.

## **INFORMAČNÉ SYSTÉMY**

Zber údajov je možné zabezpečiť rutinne zavedenými spôsobmi prostredníctvom ÚZIS a cieľovými epidemiologickými štúdiami. Na základe zistených údajov a ich dynamiky je možné sústavné pružné prispôbovanie politiky duševného zdravia aktuálnym potrebám a dajú sa vyhodnotiť uskutočnené aktivity.

Pre epidemiologické štúdie potrebné pre výskum chýbajú mnohé štatistické údaje. Z uvedeného vyplýva, že je obtiažne vykonávať analýzu epidemiologickej situácie na Slovensku, potrebnú pre plánovanie starostlivosti v rámci regionálnych plánov.

Incidencia a prevalencia duševných porúch je skreslená, keďže mnohí v dôsledku stigmy nevyhľadávajú odbornú pomoc. Veľký počet z takto chorých sa lieči na somatické diagnózy u iných špecialistov alebo u praktických lekárov.

Informačný systém má zbierať informácie nielen o chorobnosti, ale aj o pozitívnych aspektoch duševného zdravia, o rizikových faktoroch pre duševné zdravie (spotreba alkoholu,

drogy, množstvo obetí násilia, domáceho násilia a pod.), morbiditu spoločnosti (incidencia a prevalencia duševných porúch, počet samovrážd, počet návštev u všeobecných lekárov s duševnými problémami, u psychiatrov), o dôsledkoch duševných porúch (invalidita, mortalita, samovražednosť) o počte zdrojov pre duševné zdravie/ochorenia, o kvalite služieb a ich využití, o nákladoch na liečbu.

Duševné zdravie úzko súvisí s demografickou a socioekonomickou situáciou. Preto je dôležité:

- vytvorenie databázy validných a reliabilných dát,
- definovanie presného obsahu a formy systému zdravotnej štatistiky

## VÝSKUM A HODNOTENIE

Výskum rozširuje vedomosti o rozsahu a príčinách duševných porúch, o možnostiach ich prevencie, zlepšení liečby a služieb. Pre vývoj politiky duševného zdravia sú z hľadiska výskumu podstatné tieto oblasti sledovania:

- zisťovanie epidemiologických údajov o duševnom zdraví populácie, identifikácia rizikových a protektívnych faktorov, určovanie priorit a hodnotenie intervencií v oblasti verejného zdravotníctva,
- výskum výsledkov liečby, prevencie a podpory na rozvoj efektívnejších farmakologických, psychologických a psychosociálnych intervencií,
- výskum v oblasti politiky a služieb a ďalšie usmernenie reformy systému duševného zdravia a deinštitucionalizácie,
- rozšírenie výskumu v oblasti ekonomického hodnotenia liečby, preventívnych a podporných programov,
- medzinárodné porovnanie s cieľom lepšie pochopiť spoločné aspekty a rozdiely, účinnosť reformných krokov.

Pravidelné hodnotenie /evaluácia/ a monitoring výrazne prispieva ku kvalite služieb. Pri hodnotení /evaluácii/ sa stretávajú dve základné požiadavky na fungovanie služieb v oblasti duševného zdravia, a to efektívne intervencie, ktoré majú pozitívny dosah na duševné zdravie užívateľa a zároveň sú aj ekonomicky efektívne. Úspešný prístup však vyžaduje individuálne riešenia, ktoré sa prispôbia lokálnej situácii a aj klientovi. Miestne problémy sa nedajú riešiť centrálné. Preto sú veľmi dôležité pilotné projekty a najmä legislatíva, ktorá umožní rôznym lokálnym komunitám experimentovať v rámci legislatívne určeného rámca.

### Ciele:

- Podpora výskumu pre potreby hodnotenia /evaluácie/ a zlepšovanie kvality.
  - Vytvoriť jednotný systém pravidelného hodnotenia a monitoringu pre všetky služby v oblasti duševného zdravia.
  - Vytvoriť jednotné a štandardizované postupy hodnotenia.
  - Integrácia hodnotenia do prebiehajúceho manažovania a poskytovania starostlivosti v jednotlivých službách (sebaevaluácia a sebamonitoring).
- 3.9.1. Výskum v oblasti politiky a služieb a jeho ďalšie usmernenie reformy systému duševného zdravia a deinštitucionalizácie.
- 3.9.1. Výskum v oblasti politiky a služieb a jeho ďalšie usmernenie reformy systému duševného zdravia a deinštitucionalizácie.

- **3.9.1. Výskum v oblasti politiky a služieb a jeho ďalšie usmernenie reformy systému duševného zdravia a deinštitucionalizácie.**

K naplneniu tejto priority je potrebné zisťovanie epidemiologických údajov o duševnom zdraví populácie, identifikácia rizikových a protektívnych faktorov, určovanie priorít a hodnotenie intervencií v oblasti verejného zdravotníctva. Pravidelné meranie prístupu verejnosti k ľuďom s duševnou poruchou ma prispieť k zefektívneniu destigmatizačného programu.

Ďalej je potrebný výskum výsledkov liečby, rehabilitácie, prevencie a podpory na rozvoj efektívnejších farmakologických, psychologických a psychosociálnych intervencií. Rovnako dôležitý je výskum je v oblasti ekonomického hodnotenia liečby, rehabilitácie preventívnych a podporných programov. Aby sa lepšie pochopili spoločné aspekty a rozdiely riešenia problematiky duševného zdravia, je potrebné ich medzinárodné porovnanie.

**3.9.2. Pravidelné hodnotenie a monitoring zariadení poskytujúcich starostlivosť o duševné zdravie využívajúc definované indikátory hodnotenia.**

Predovšetkým je potrebné zistiť, do akej miery sa napĺňajú nasledovné dve základné požiadavky na fungovanie služieb v oblasti duševného zdravia:

- **Hodnotenie /evaluácia/** výsledkov: zisťovanie a hodnotenie efektivity terapeutických intervencií, organizačného modelu, subjektívneho pohľadu a objektívnych dosahov na klinický stav a sociálne fungovanie užívateľa.
- **Ekonomické hodnotenie /evaluácia/** : výsledky a výstupy (outcomes) musia byť hodnotené aj z hľadiska nákladov na poskytovanie služieb. Ekonomická evaluácia zisťuje, ktoré terapeutické postupy a intervencie prinášajú pre užívateľa najlepšie výsledky (outcomes) pri najnižších nákladoch. Potom hovoríme o nákladovej efektívnosti služieb duševného zdravia.

Zisťovaním súvislostí medzi vstupmi, procesom a výsledkami (outcomes) získame informácie o rozdieloch medzi efektívnosťou intervencií v jednotlivých službách. Vykonaním ekonomického hodnotenia poskytovaných služieb sa zistí v lokálnych podmienkach, ktoré služby prinášajú pre klienta najlepšie výsledky (outcomes) pri najnižších nákladoch. Pritom je možné nadviazať na takéto hodnotenie v hlavnej oblasti Michalovce.

**3.9.3. Pravidelné hodnotenie a monitorovanie NPDZ v pilotnej oblasti pre národnú politiku duševného zdravia**

Podmienkou pre zistenie miery úspešnosti implementácie Národného programu duševného zdravia v praxi je jeho pravidelné hodnotenie (evaluácia) a monitorovanie. Pomocou nich bude zabezpečené overovanie výsledkov v praxi, získanie informácií, ktoré faktory vplývajú na situáciu, zdôraznia sa neočakávané konzekvencie, doporučia sa akcie na zlepšenie realizácie.

Súčasťou experimentov v rámci skúšobných projektov bude pravidelné hodnotenie a monitorovanie, ktoré zaistí dôkazy o dosahu a výsledkoch použitých postupov a intervencií. Regionálne plány starostlivosti o duševné zdravie budú obsahovať pravidelné hodnotenie a monitoring zariadení poskytujúcich starostlivosť o duševné zdravie s využitím definovaných indikátorov hodnotenia.

## **MEDZISEKTOROVÁ SPOLUPRÁCA**

Zapojenie vládnych orgánov do starostlivosti o duševné zdravie je základnou podmienkou vybudovania dobrého základu pre integrovanú starostlivosť a spoluprácu. Prijatie Národného programu duševného zdravia vládou SR dáva predpoklad pre vytvorenie finančného krytia nutných výdavkov, ktoré prináša odporúčaná transformácia v systéme starostlivosti o duševné zdravie. Ciele medzirezortnej spolupráce v rámci Národného programu duševného zdravia sú totožné z odporúčaniami WHO.

V zásade možno vymedziť hlavné skupiny pri implementácii NPDZ nasledovne:

- štátne a verejné organizácie
- podnikateľské organizácie
- mimovládne organizácie.

Pri určovaní úloh a zodpovednosti za ich plnenie v NPDZ je potrebné brať do úvahy aj spomenuté zainteresované strany. Je potrebné koordinovať postup realizácie NPDZ tak, aby nedochádzalo k presadzovaniu záujmov jednej skupiny na úkor inej z neželanými dosahmi na užívateľov.

Na čele politiky v oblasti duševného zdravia je podpredseda vlády SR, ktorý predsedá Národnej Rade duševného zdravia. Členmi rady sú zástupcovia všetkých celoštátnych inštitúcií vrátane podnikateľského a tretieho sektora, ktoré sa podieľajú na realizácii Národného programu duševného zdravia.

Na zabezpečenie fragmentácie starostlivosti o duševné zdravie je nevyhnutné vytvoriť Rady duševného zdravia aj na krajskej a regionálnej úrovni, ktoré koordinujú plánovanie, implementáciu, hodnotenie a kontrolu NPDZ a Regionálnych plánov duševného zdravia. Koordinácia je potrebná horizontálnej aj vertikálnej úrovni.

Krajské rady duševného zdravia na úrovni samosprávnych krajov (VÚC).

Regionálne rady duševného zdravia podľa regionálneho členenia samosprávnych krajov.

### **3.10.1. Stratégia medzisektorovej spolupráce**

Subjekty zapojené do plánovania a zabezpečenia služieb vykonávajú aktivity:

- výmeny informácií o aktivitách, úspechoch, problémoch a o potrebách, formulovania politiky
- delegovanie zodpovednosti - niektoré regionálne nemocnice môžu prebrať zodpovednosť za tréning a supervíziu zdravotníckych pracovníkov pre duševné zdravie vo svojom regióne. Profesionálne organizácie vytvoria edukačné alebo tréningové materiály a zabezpečia kontrakty s inštitúciami alebo jednotlivcami na univerzitách pre monitorovanie a hodnotenie /evaluáciu/ aktivít. Je to finančne efektívnejšie ako vytvorenie výskumných organizácií v rámci MZ SR,
- zachovanie komunikácie medzi všetkými účastníkmi, elektronickými médiami a časopismi - informácie a koordinácie programu duševného zdravia,
- vytvorenie informácií a komunikačných stratégií alebo sietí .

### **3.10.2. Stratégia realizácie NPDZ**

Kľúčovými bodmi pri realizácii medzirezortnej politiky v rámci NPDZ sú:

- získavanie, rozdeľovanie a využitie finančných zdrojov,



- legislatíva chrániaca práva osôb s duševnými poruchami a práva pracovníkov a organizácií podieľajúcich sa na práci v tejto oblasti,
- aktívna účasť užívateľov služieb duševného zdravia a ich rodiny pri plánovaní, implementácii, hodnotení a kontrole NPDZ ,
- integrácia služieb duševného zdravia do všeobecnej zdravotnej starostlivosti a systémov komunitnej starostlivosti,
- zabezpečenie systémových zmien vypracovaním koncepcie podporovaného bývania a zamestnanosť,
- posilňovanie duševného zdravia a prevencie duševných porúch u detí a mládeže.

Rozpracovaný Národný program duševného zdravia jasne určí úlohy pre štátne a verejné inštitúcie, poskytovateľov, užívateľov, mimovládne organizácie a zdravotníckych pracovníkov a ich zodpovednosť.

## **ZÁVER**

Národný program duševného zdravia je vypracovaný na základe uznesenia vlády SR. V predložennom návrhu je vypracovaný ideový zámer, ktorý je spracovaný na základe podnetov zainteresovaných odborníkov z oblasti duševného zdravia.

Do materiálu boli zakomponované podnety odborných spoločností, medzinárodných expertov, ktorí vykonali audit zariadení na Slovensku a mimovládnych organizácií.

Materiál bol predmetom rokovania konferencie MZ SR v spolupráci so Slovenským Helsinským výborom a podnety z pracovného stretnutia boli taktiež zakomponované do predkladaného materiálu. Ideový zámer je podnetom pre otvorenie širokej spolupráce všetkých organizácií a skupín, ktoré spolupracujú zatiaľ bez systémového prístupu v oblasti duševného zdravia.

Program je potrebné následne rozpracovať zainteresovanými rezortmi a organizáciami na konkrétne úlohy a časové úseky, ako aj finančné krytie jednotlivých krokov, ktoré sú potrebné pre jeho realizáciu.