

Zoznam použitých skratiek

Dohovor	Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím
MS SR	Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
MPSVaR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
MTZ	Materiálno technické zabezpečenie
NPDZ	Národný program duševného zdravia
OSN	Organizácia spojených národov
POO	Plán obnovy a odolnosti
RVDZ	Rada vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie
SPsS SLS	Slovenská psychiatrická spoločnosť, o.z. Slovenskej lekárskej spoločnosti
SR	Slovenská republika
ŠDTP	Štandardné diagnostické a terapeutické postupy
ŠOP	Štandardný operačný postup
Výbor CPT	Európsky výbor na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia (World health organisation)

1 UVEDENIE DO PROBLEMATIKY

Zdravotná starostlivosť o pacientov, trpiacich duševnými poruchami na Slovensku, si vyžaduje systémovú zmenu, pretože sa do jej rozvoja dlhé roky neinvestoval dostatok finančných prostriedkov. Napriek tomu sa pracovníci, poskytujúci starostlivosť v odbore psychiatria, snažia pristupovať k svojim pacientom s rešpektom a úctou. Pri svojej práci však musia zohľadniť osobitosti duševných porúch, ktoré zahŕňajú aj agresívne prejavy a iné poruchy správania, potenciálne nebezpečné pre samotných pacientov a ich okolie. Časť obmedzovacích prostriedkov, ktoré sa používajú na Slovensku, je možné nahradiť modernejšími alternatívami. Tieto zahŕňajú nielen samotné obmedzovacie prostriedky, ale aj dostatočné materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení, vrátane rozšíreného vzdelávania personálu v tejto oblasti.

Humanizácia psychiatrickej starostlivosti predstavuje vytvorenie čo najprirodzenejšieho prostredia, v ktorom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti založené na vzájomnej dôvere, rešpekte, dôstojnosti a spolupráci medzi pacientom (v prípade neplnoletého pacienta aj jeho zákonným zástupcom alebo blízkou osobou) a zdravotníckym pracovníkom. Najdôležitejším aspektom humanizácie je minimalizovať utrpenie pacienta a maximalizovať jeho pohodu počas hospitalizácie, čím sa optimalizujú podmienky pre jeho úspešnú liečbu.

Humanizácia v sebe zahŕňa také nastavenie systému a spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti a prostredia, ktoré bude uspokojovať potreby pacientov a zároveň dodržiavať ich základné ľudské práva. Tento proces upravuje nielen podmienky samotnej hospitalizácie pacienta, ale predovšetkým smeruje k prevencii hospitalizácií, ich skráteniu a tiež k deinštitucionalizácii.

Ústavná psychiatrická starostlivosť v Slovenskej republike nebola systémovo niekoľko desaťročí modernizovaná a neboli pre ňu vypracované presnejšie štandardné postupy, ktoré definujú pravidlá jej poskytovania. V súlade s najnovšími trendmi, odporúčaniami odbornej spoločnosti a požiadavkami Európskej Únie je v súčasnosti potrebné zvýšiť úroveň kvality poskytovanej ústavnej psychiatrickej starostlivosti vo viacerých jej aspektoch, ktoré opisuje táto koncepcia. Najvhodnejším spôsobom ako to dosiahnuť je realizovanie najmodernejšej diagnostiky a liečby vo vhodných priestoroch s moderným materiálno – technickým a prístrojovým vybavením a odborne spôsobilým personálom v súlade s platnými Štandardnými diagnostickými a terapeutickými postupmi (ďalej len „ŠTDP“), ktoré sú zárukou správne a kvalitne poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Niektoré časti Koncepcie humanizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti budú realizované prostredníctvom napĺňania cieľov POO, Komponentu 12, ktorý zabezpečí financovanie a zároveň ustanovuje podmienky pre ich realizáciu. Nie je možné očakávať, že humanizácia psychiatrickej ústavnej starostlivosti bude ukončená, resp. sa dosiahne len implementáciou POO. Humanizácia je dlhoročný proces, ktorého realizácia bude prebiehať dlhodobo a bude vyžadovať financovanie z viacerých zdrojov (štrukturálne fondy Európskej Únie, štátny rozpočet, zdravotné poistenie a samosprávy).

Rozhodujúcu úlohu bude zohrávať aj spôsob prijatia zmeny myslenia a prístupu pracovníkov pri poskytovaní starostlivosti, ich vzájomná spolupráca a tiež trpezlivosť. Súčasťou humanizácie psychiatrickej starostlivosti musí byť aj zmena postoja celej spoločnosti a dotknutých spolupracujúcich rezortov k ľuďom trpiacim duševnými poruchami, ktorí si zasluhujú rešpekt k ich ľudským právam a destigmatizujúci prístup ako ktorýkoľvek iný občan Slovenskej republiky (ďalej len „SR“).

Odbor psychiatria nie je jediným medicínskym odborom, ktorý si vyžaduje humanizáciu zdravotníckych zariadení, ale týka sa aj všetkých ostatných medicínskych odborov. Mnohé z nich znášajú nedostatky v materiálno-technickom vybavení, personálnom zabezpečení a vzdelávanie personálu v oblasti dodržiavania ľudských práv je nedostatočné.

2 ĽUDSKÉ PRÁVA A HUMANIZÁCIA ÚSTAVNEJ PSYCHIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI

Ľudské práva sú základné práva a slobody, ktoré patria každému človeku od narodenia bez ohľadu na jeho rasu, pohlavie, etnickú, národnostnú alebo štátnu príslušnosť. Sú definované v národných a medzinárodných právnych predpisoch a jednotlivé štáty ich vo vzťahu k svojim občanom musia rešpektovať, chrániť a naplňovať.

Ochrana základných ľudských práv a slobôd je v podmienkach SR zakotvená v druhej hlave Ústavy SR¹. Okrem toho sa SR ratifikáciou Dohovoru Organizácie spojených národov o právach osôb so zdravotným postihnutím² zaviazala podporovať, chrániť a zabezpečovať

¹ zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov;

² Dohovor pre Slovenskú republiku nadobudol platnosť dňa 25. júna 2010 v súlade s článkom 45 ods. 2 Ústavy SR a bol prebratý do Zbierky zákonov SR, ako príloha k čiastke 122, Oznámením Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 317/2010 Z. z. – Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (dostupný online:

plnohodnotné a rovnaké užívanie všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami so zdravotným postihnutím a podporovať úctu k ich dôstojnosti. Osoby so zdravotným postihnutím zahŕňajú aj osoby s duševnou poruchou, ktorá bráni ich plnému a účinnému zapojeniu do života spoločnosti.

Organizácia spojených národov (ďalej len „OSN“) vytvorila aj samostatný Dohovor OSN o právach dieťaťa³, ktoré nemá spôsobilosť na právne úkony, ale napriek tomu disponuje právom rozhodovať o tých právnych úkonoch, ktoré sú svojou povahou primerané rozumovej a vôľovej vyspelosti zodpovedajúcej jeho veku. Rovnako ako v Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím sa má s dieťaťom zaobchádzať s ľudskosťou, úctou a spôsobom, ktorý berie ohľad na potreby osoby daného veku.

Oba vyššie uvedené Dohovory OSN majú v zmysle čl. 7 ods. 5 Ústavy SR⁴ prednosť pred zákonmi SR, a preto musia byť ich ustanovenia uplatňované v každom styku s orgánmi verejnej správy a a ich inštitúciami, t. j. aj počas ústavnej psychiatrickej liečby. Svetová zdravotnícka organizácia (World health organisation, ďalej len „WHO“) na základe Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím vytvorila súbor nástrojov, tzv. „WHO QualityRights Tool Kit“, ktorý poskytuje krajinám praktické informácie a nástroje na hodnotenie a zlepšovanie štandardov kvality a ľudských práv v zariadeniach poskytujúcich starostlivosť o duševné zdravie a sociálnu starostlivosť (resp. sociálne služby). „WHO QualityRights Tool Kit“ možno vnímať aj ako podklad pre formulovanie cieľov Konceptie humanizácie ústavných psychiatrických zariadení s prihliadnutím na vek a rod osoby so zdravotným postihnutím a tiež druh a stupeň jej zdravotného postihnutia.

Najdôležitejšie ciele Konceptie humanizácie ústavných psychiatrických zariadení sú rozdelené podľa jednotlivých práv pacienta definovaných v Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len „Dohovor“):

- **Primeraná životná úroveň a sociálna ochrana (Článok 28 Dohovoru):**

- Vytvorenie lepších podmienok pre pacienta z hľadiska modernizácie **materiálne technického zabezpečenia** (ďalej len „MTZ“) ústavných psychiatrických zariadení (napr. vytvorenie dvojlôžkových izieb so sociálnym zariadením, zabezpečenie bezpečného vonkajšieho priestoru, zabezpečenie voľnočasových aktivít pre pacientov, umožnenie ich komunikácie s okolím aj s využitím informačno-komunikačných technológií).
- Zavedenie **vnútorného poriadku** v ústavných psychiatrických zariadeniach, ktorý definuje práva pacienta hospitalizovaného v ústavnom psychiatrickom zariadení. Riadi sa ním každodenný život pacienta v zariadení. Musí byť upravený podľa individuálneho liečebného plánu pacienta.

<https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialnapomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/kontaktne-miesto-prava-osob-so-zdravotnym-postihnutim/dohovor-osn-pravach-osob-sozdravotnym-postihnutim.htm>);

³ Dohovor nadobudol platnosť na základe svojho článku 49 ods. 1 dňom 2. septembra 1990. Pre Českú a Slovenskú Federatívnu Republiku v súlade so svojím článkom 49 ods. 2 dňom 6. februára 1991 a bol prebratý do Zbierky zákonov ČSFR Oznámením Federálneho ministerstva zahraničných vecí č. 104/1991 Zb. o Dohovore o právach dieťaťa, zmena (uverejnená pod č. 50/2003 Z.z.) nadobudla platnosť 18. novembra 2002 na základe článku 50 ods. 2 Dohovoru (dostupný online: <https://www.employment.gov.sk/sk/ministerstvo/NKSpreRPNnD/dokumenty.html>).

⁴ zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov;

- Integrácia psychiatrickej starostlivosti so sociálnymi službami a prepojenie ústavnej liečby so službami komunitnej psychiatrie s cieľom podporiť samostatnosť pacienta a dosiahnuť jeho deinštitucionalizáciu.
- Umožnenie hospitalizácie dieťaťa spolu s rodičom, prípadne blízkou osobou.
- Zabezpečenie priestoru na hranie a spoločenské aktivity detí, na vzdelávanie, na voľnočasové aktivity dospelých.

- **Zdravie (Článok 25 Dohovoru):**

- Zabezpečenie kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých hospitalizovaných pacientov, vrátane diagnostiky a liečby telesných ochorení: implementácia moderných diagnostických a liečebných metód, rozvoj komunitnej psychiatrickej starostlivosti, snaha o prevenciu inštitucionalizácie a skrátenie doby hospitalizácie, zameranie liečby na zotavenie sa z psychickej poruchy a na dosiahnutie čo najvyššej kvality života.
- Vzdelávanie pracovníkov poskytujúcich starostlivosť v odbore psychiatria a v oblasti duševného zdravia zahŕňajúce štandardné diagnostické a terapeutické postupy (ďalej len „ŠDTP“), štandardné ošetrovateľské postupy, štandardné postupy pre výkon prevencie, verifikovanú pracovnú činnosť a špecializačné štúdiá v príslušných špecializačných odboroch pre všetky profesie pracujúce v ústavných zariadeniach, prevenciu a manažment agresívneho správania.
- Zvyšovanie povedomia personálu o ľudských právach, dôstojnosti, nezávislosti a o potrebách osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom odborného vzdelávania a zverejňovania etických noriem.

- **Rovnosť pred zákonom, sloboda a osobná bezpečnosť (Články 12 a 14 Dohovoru):**

- Snaha o získanie informovaného súhlasu pacienta s hospitalizáciou, diagnostickým procesom a liečbou, implementácia Štandardného postupu pre procesný manažment v súvislosti s hospitalizáciou dospelého pacienta bez informovaného súhlasu na psychiatrickom oddelení (nedobrovoľná hospitalizácia)⁵, vrátane vzdelávania v tejto oblasti pre pacientov aj personál.
- Zapojenie pacienta do rozhodovania o diagnostickom postupe a liečbe, umožnenie výberu liečebnej metódy.
- Uplatňovanie opatrení zabraňujúcich zneužitiu spôsobilosti na právne úkony hospitalizovaných pacientov.
- Presadzovanie nemoralizujúceho, nestigmatizujúceho a nediskriminujúceho prístupu k hospitalizovaným pacientom.

⁵ Štandardný operačný proces pri nedobrovoľnej hospitalizácii - Hospitalizácia bez informovaného súhlasu (dostupný online: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-psychiatria/>).

- **Ochrana pred mučením alebo krutým, neľudským či ponižujúcim zaobchádzaním alebo trestaním a ochrana pred vykorisťovaním, násilím a zneužívaním (Články 15 a 16 Dohovoru):**

- Poznanie práv pacienta ako súčasť vzdelávania pracovníkov poskytujúcich starostlivosť v odbore psychiatria a v oblasti duševného zdravia a ich rešpektovanie.
- Monitoring kvality poskytovanej starostlivosti (indikátory kvality v ústavnom psychiatrickom zariadení, Úrad komisára pre osoby so zdravotným znevýhodnením, Úrad komisára pre deti, Výbor CPT a i.), vrátane jej hodnotenia užívateľmi zdravotnej starostlivosti a rešpektovania ich práva podať sťažnosť a práva na jej riešenie.
- Definovanie manažmentu agresivity a porúch správania u pacientov s duševnou poruchou, ktorý bude zahŕňať register o agresívnych prejavoch a ich manažmente v ústavnom psychiatrickom zariadení, vytvorenie seklúzných izieb a bezpečnostných jednotiek pre psychiatrických pacientov so závažnými poruchami správania, edukáciu personálu s praktickým nácvikom a vytvorením algoritmov pre postup v prevencii a manažmente agresie v konkrétnom ústavnom psychiatrickom zariadení.
- Snahu o redukcii ochranných lôžok (siet'ových postelí) a zákaz používania klietkových postelí. Nahradenie týchto obmedzovacích prostriedkov modernejšími.
- Vytvorenie špecializovaných ústavných forenzných psychiatrických zariadení pre realizáciu forenznej expertízy (t. j. vyšetrenia duševného stavu pozorovaním v ústave), ochranných liečení a detencie u páchatel'ov trestných činov s duševnou poruchou.

- **Nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti (Článok 19 Dohovoru):**

- Podpora destigmatizácie duševných porúch a psychiatickej starostlivosti.
- Podpora prevencie inštitucionalizácie a podpora deinštitucionalizácie pacientov, prepojenie ústavných psychiatrických zariadení s komunitnou psychiatrickou starostlivosťou.
- Zapojenie pacientov a ich rodinných príslušníkov do všetkých podstatných rozhodovacích procesov, týkajúcich sa liečby, pomoci a podpory. Spolupráca s patientskymi organizáciami.

Súčasne je dôležité mať na pamäti aj ľudské práva personálu, ktorý pracuje v ústavných psychiatrických zariadeniach v náročných podmienkach, vyplývajúcich nielen z charakteru duševných porúch pacientov, ale aj z nedostatočného materiálno-technického a personálneho zabezpečenia. Nevyhnutné je sústrediť sa aj na ich vzdelávanie. Tieto zmeny spoločne prispejú k ich ochrane a k zlepšeniu pracovných podmienok.

3 VECNÝ POPIS SITUÁCIE VRÁTANE HISTÓRIE

Slovenská republika vo financovaní starostlivosti o duševné zdravie významne zaostáva za vyspelejšími krajinami⁶. Poskytovaná zdravotná a sociálna starostlivosť v oblasti duševného zdravia na Slovensku je nedostatočná a málo dostupná.

⁶ UHP: Duševné zdravie a verejné financie, <https://dusevnezdravie.sk/wp-content/uploads/2020/10/dusevnezdravie.sk-dusevne-zdravie-verejne-financie-uhp-1.pdf>

V ústavnej psychiatrickej starostlivosti je dostatok lôžkových kapacít, avšak tieto je potrebné humanizovať a reprofelizovať, nakoľko existujú nedostatky v oblasti starostlivosti o deti, mladistvých a seniorov. Ďalším problémom je materiálne - technické vybavenie ústavných zdravotníckych zariadení. Podľa poslednej správy Európskeho výboru na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania (Committee for the Prevention of Torture, ďalej len „Výbor CPT“) z roku 2018 sa veľkosť izieb v ústavných zdravotníckych zariadeniach v psychiatrickej starostlivosti pohybuje od 21 m² do 24 m² pre troch a niekde aj štyroch pacientov⁷. Vo viacerých zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú liečbu na Slovensku je však bežné, že jednu izbu zdieľajú aj 5 – 6 pacienti spoločne. Sanitárne zariadenia sú umiestňované prevažne na chodbe oddelenia a sú spoločné pre viacero pacientov (v závislosti od ich pohlavia). Uvedené podmienky sú pre pacientov z hľadiska liečby nevyhovujúce a nedôstojné. Z tohto dôvodu je v rámci humanizácie psychiatrickej starostlivosti potrebné humanizovať prostredie a reprofelizovať aspoň časť súčasných lôžok v zdravotníckych zariadeniach, v ktorých to je možné, a teda zriadiť pre pacientov jednolôžkové a dvojlôžkové izby, ktorých súčasťou bude aj samostatné sociálne zariadenie. V detskej psychiatrickej starostlivosti je potrebné rešpektovať špecifiká veku (príp. pohlavia a diagnózy) pacientov a podľa nich definovať priestorové požiadavky.

Ochranné lôžka sú jedným z obmedzovacích prostriedkov, ktorý sa používa u pacientov s poruchami správania v rámci klinických prejavov psychických porúch. Manažment týchto pacientov je pri súčasnom vybavení ústavných psychiatrických zariadení náročný a rizikový z hľadiska rizika agresívneho správania voči samotnému pacientovi a jeho okoliu. Vylúčenie používania ochranných lôžok (sieťových, resp. klietkových postelí) odporučil Slovenskej republike Výbor pre ľudské práva OSN už v roku 2008. Na túto problematiku taktiež upozorňoval Slovenskú republiku aj Výbor CPT, po prvýkrát v roku 2005. Aj napriek týmto upozorneniam a odporúčaniam sa však sieťové postele v ústavnej zdravotnej starostlivosti naďalej používajú bez redukcie ich počtu a doposiaľ nebol identifikovaný ani humánnejší spôsob ich náhrady. V oblasti používania obmedzovacích prostriedkov a manažmentu agresívneho správania však existujú možnosti ich humanizácie. Dôležitým aspektom, ktorý treba zohľadniť pri identifikácii vhodnejších (humánnejších) alternatív, je skutočnosť, že v ústavných psychiatrických zariadeniach v súčasnosti predstavujú ochranné lôžka, resp. sieťové postele pre niektoré špecifické skupiny pacientov tú najhumánnejšiu alternatívu na ich ochranu pred zranením (napr. pacienti s kvalitatívnou poruchou vedomia a pacienti s poruchou autistického spektra). Bez zavedenia iných alternatív (napr. špeciálne postele pre seniorov, snoezelen miestnosti, edukácia a navýšenie počtu personálu) ochranné lôžka nie je možné redukovat'.

Potenciálne vyššie riziko agresívneho správania sa vyskytuje u pacientov, ktorí v súvislosti s psychickou poruchou spáchali trestný čin a bolo im súdom nariadené ochranné opatrenie. Pre súdom nariadené ochranné liečenie sa využívajú bežné lôžka v psychiatrických nemocniciach a liečebniach. Nie sú zriadené špeciálne jednotky s osobitným režimom pre výkon ochranného liečenia. V SR doteraz absentuje detenčné zariadenie. Aj keď je vo výstavbe detenčný ústav s kapacitou 75 osôb, ktorý má byť uvedený do prevádzky k 01.10.2022, je už v súčasnosti zrejmé, že tento kompletne nevyrieši situáciu so zabezpečením realizácie detencie.

Problémom v ústavných zdravotníckych zariadeniach je aj nedostatok personálu a absencia vzdelávania tohto personálu, ktorá rozširuje pracovné kompetencie. Zariadenia

⁷ Rada Európy: Správa pre vládu Slovenskej republiky o návšteve Slovenskej republiky, ktorú uskutočnil Európsky výbor na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania v dňoch 19. až 28. marca 2018 č. CPT/Inf (2019) 20 (dostupná online na: <https://rm.coe.int/168094fd72>);

nemajú vytvorené podmienky na vykonávanie psychoterapie, psychodiagnostiky, psychoedukácie a psychosociálnej rehabilitácie. Z dôvodu nízkych personálnych noriem a z toho vyplývajúceho nedostatočného ekonomického zabezpečenia rôznych odborných profesií v zdravotníckych zariadeniach, je problémom aj nedostatok pracovných miest pre vyvzdelanie dostatočného počtu ďalších odborníkov, napr. z oblasti klinickej psychológie, klinickej logopédie, liečebnej pedagogiky, psychoterapie a i., čo v budúcnosti povedie k ďalšiemu zhoršeniu v dostupnosti týchto služieb. Chýba taktiež koordinácia a systematický prístup nielen v multidisciplinárnych pracovných tímoch, ale aj v nadrezortných témach. Slovensko trpí nedostatkom odborníkov vykonávajúcich psychoterapiu, ktorú dnes môžu poskytovať iba odborníci v rezorte zdravotníctva.

Investície do vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, modernizácie ústavnych psychiatrických zariadení a postupov používaných v zdravotnej starostlivosti sú dlhodobou nedostatok.

Aktuálnosť problematiky a naliehavá potreba riešenia používania ochranných lôžok, resp. sieťových (klietkových) postelí sa po poslednej návšteve Výboru CPT v psychiatrických zariadeniach v SR opätovne otvorila. Vláda SR sa preto v roku 2018 opätovne zaviazala situáciu riešiť.

SR sa v nadväznosti na závery a odporúčania medzinárodných subjektov zaviazala v rámci POO, Komponentu 12, Investícia 3.3 - Humanizácia oddelení ústavnej starostlivosti „zlepšiť kvalitu poskytovanej psychiatrickej zdravotnej starostlivosti humanizáciou oddelení ústavnej psychiatrickej starostlivosti, a to prostredníctvom nasledovných dvoch cieľov:

- ✓ **rekonštrukciou lôžkového fondu ústavnych psychiatrických zariadení dosiahnuť humanizáciu podmienok pre hospitalizáciu pacientov. Zabezpečiť redukciu počtu pacientov na izbe so samostatným sanitárnym zariadením. Dôležitou skutočnosťou však je, že cieľom nemá byť znižovanie počtu lôžok.**
- ✓ **vylúčením používania sieťových postelí a ich nahradením miestnosťami pre izoláciu, čo v ideálnom prípade predstavuje dve miestnosti na jedno psychiatrické akútne oddelenie s príslušným zariadením podľa odporúčaní Výboru CPT. Cieľom je destigmatizácia a optimalizácia bezpečnostného režimu ústavnych zariadení poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť.“⁸**

Uvedené ciele riešia problematiku humanizácie ústavnej psychiatrickej zdravotnej starostlivosti iba parciálne, nakoľko je komplexnejšia. K naplneniu jej cieľa prispievajú aj ďalšie reformy a investície z POO, Komponentu 12, najmä:

- rozvoj akútne poddimenzovaných kapacitných oblastí v starostlivosti o duševné zdravie,
- modernizácia diagnostických metód a liečebných postupov,
- vykonanie prvej epidemiologickej štúdie v oblasti duševných porúch,
- zriadenie fondu psychodiagnostických metód,
- obnova materiálo-technického vybavenia,
- prehodnotenie vzdelávania personálu v starostlivosti o duševné zdravie (vzdelávanie personálu v zdravotníctve a vzdelávanie odborníkov mimo rezortu zdravotníctva).

⁸ úplné znenie dostupné online: <https://www.planobnovy.sk/kompletny-plan-obnovy/lepsie-zdravie/> ;

4 HUMANIZÁCIA ÚSTAVNEJ PSYCHIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI

Ústavná psychiatrická starostlivosť sa poskytuje v odboroch psychiatria (vrátane gerontopsychiatrie a sexuológie), detská psychiatria a medicína drogových závislostí. Jednotlivé typy ústavných zariadení sú: psychiatrické oddelenia/kliniky všeobecných nemocníc, detské psychiatrické oddelenia/kliniky všeobecných nemocníc, psychiatrické nemocnice, detské psychiatrické oddelenia/kliniky psychiatrických nemocníc, psychiatrické liečebne, detské psychiatrické liečebne a centrá pre liečbu drogových závislostí.

Téma humanizácie ústavnej psychiatrickej starostlivosti je širokospektrálna a zahŕňa:

- Modernizáciu diagnostických a liečebných metód a vypracovanie ŠDTP/Štandardných operačných postupov (ďalej len „ŠOP“) pre ne.
- Zlepšenie materiálno-technického vybavenia zdravotníckych zariadení.
- Optimalizáciu počtu personálu, podporu spolupráce v multidisciplinárnych tímoch.
- Zavedenie vnútorného poriadku v jednotlivých ústavných psychiatrických zariadeniach.
- Zapojenie pacienta do rozhodovacieho procesu v diagnostike a liečbe duševných porúch.
- Prevenciu agresívneho správania – nácvikom sociálnych a komunikačných zručností pacientov a deeskalačných techník personálu.
- Modernizáciu obmedzovacích prostriedkov (redukcia počtu ochranných lôžok, vytvorenie seklúzných izieb a bezpečnostných jednotiek pre pacientov so závažnými poruchami správania, vytvorenie registra agresívnych prejavov a použitých obmedzovacích prostriedkov).
- Optimalizáciu podmienok pre ochranné opatrenia – ochranné liečenia a detencia.
- Zabezpečenie aktívneho trávenia voľného času pre pacientov v interiéri aj exteriéri, zabezpečenie voľnočasových aktivít pre pacientov a umožnenie ich komunikácie s okolím aj s využitím informačno-komunikačných technológií.
- Prepojenie ústavnej – komunitnej – ambulantnej starostlivosti, vrátane spolupráce so sociálnymi a výchovno-vzdelávacími službami.
- Vzdelávanie personálu.
- Zabezpečenie optimálnych pracovných podmienok pre personál pracujúci v ústavných zdravotníckych zariadeniach. Monitoring kvality poskytovanej starostlivosti.

Veľmi dôležité je taktiež vnímať rôznorodosť jednotlivých ústavných psychiatrických zariadení a ich odlišné možnosti zapojenia sa do procesu humanizácie. Humanizácia bude dlhodobý a postupný proces, ktorý nebude prebiehať súčasne a rovnako vo všetkých zariadeniach. Potrebné je však jednotlivé položky procesu humanizácie zadefinovať, aby sa mohla realizovať podľa plánu spoločného pre všetky zariadenia. Zvláštnu pozornosť treba venovať špeciálnym skupinám pacientov – deťom a seniorom, ktorí si vyžadujú špecifické podmienky a prístup. Zo strany štátu je nevyhnutné proces humanizácie systémovo nastaviť, legislatívne ukotviť a finančne zabezpečiť.

4.1 Humanizácia materiálo-technického zabezpečenia ústavnej psychiatrickej starostlivosti pre dospelých pacientov

Minimálne materiálo-technické vybavenie ústavných psychiatrických zariadení v súčasnosti definuje Výnos MZ SR č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálo-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení⁹. Očakáva sa však jeho zmena. Prebiehajúca optimalizácia siete nemocníc zaradila program Psychiatria do 2 úrovni – koncovej a regionálnej (aktuálne preň prebieha príprava minimálnych noriem). V nich bude zohľadnená aj humanizácia ústavnej psychiatrickej starostlivosti, ktorá zahŕňa viacero oblastí. Vyžaduje si rekonštrukciu veľkokapacitných izieb pacientov na izby s maximálnou kapacitou 4 pacienti v jednej izbe. Preferujú sa však dvojlôžkové izby so samostatným sociálnym zariadením. Takiež majú byť zriadené vhodné miestnosti na psychoterapiu. Na realizáciu elektrokonvulzívnej liečby je potrebné zriadenie samostatnej zákrokovej miestnosti s adekvátnym vybavením. Nemenej dôležité je tiež zabezpečenie priestorov a vybavenia na ergoterapiu, muzikoterapiu, biblioterapiu, arteterapiu a pohybovú terapiu pre pacientov. Pacienti majú mať možnosť aktívneho trávenia voľného času v bezpečne upravenom interiéri aj exteriéri. Vytvorené by mali byť aj návštevne priestory. Zariadenie by malo podporiť komunikáciu pacienta s okolím aj s využitím informačno-komunikačných technológií. Humanizácia ústavných psychiatrických zariadení má zlepšiť aj pracovné podmienky personálu, ktoré sú v súčasnosti taktiež na nedostatočnej úrovni (pracovné miesto, pracovné pomôcky a odev, bezpečnosť zamestnanca, miestnosť na regeneráciu, šatňa, hygiena, stravovanie a pod.).

V mesiacoch september – november 2021 vykonalo MZ SR prieskum aktuálnej situácie v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti v SR, zameraný na lôžkový fond a možnosti jeho humanizácie. Podriadené organizácie MZ SR celkovo pokrývajú **23 psychiatrických oddelení/kliník vo všeobecných nemocniciach, 6 špecializovaných psychiatrických nemocníc** (Hronovce, Kremnica, Michalovce, Pezinok, Veľké Zálužie, Rožňava) a **6 psychiatrických liečební** (Hraň, Sučany, Plešivec, Svidník, Rožňava, Trebišov). Prieskum sa nerealizoval sa v Centrách pre liečbu drogových závislostí a ani na Psychiatrickom oddelení Nemocnice pre obvinených a odsúdených v Trenčíne. Oslovené boli štátne, aj súkromné zdravotnícke zariadenia, poskytujúce ústavnú psychiatrickú starostlivosť.

Zo všetkých oslovených subjektov v rámci prieskumu nepredložilo žiadne stanovisko 9 zariadení. Z výsledkov prieskumu vyplynulo, že na Slovensku ústavná psychiatrická starostlivosť disponuje cca 4000 lôžkami v 4 až viac lôžkových izbách, a že sa aktuálne využíva 221 sieťových postelí. Odhadované náklady na rekonštrukcie a humanizáciu lôžkovej časti predstavujú sumu 45 607 400 EUR.

Iba 4 zariadenia v prieskume uviedli, že sú schopné vytvoriť samostatnú seklúznu miestnosť bez potreby ďalšej dostavby/rekonštrukcie oddelenia a pri zachovaní aktuálnej lôžkovej kapacity. Celková odhadovaná investícia na zriadenie jednej seklúznej miestnosti bola vyčíslená tromi zo štyroch zariadení vo výške cca 51.000 EUR. 19 zariadení je schopných vytvoriť samostatnú seklúznu miestnosť/viac seklúzných miestností a zriadiť izby so zredukovanými lôžkami iba za cenu zníženia kapacity lôžok, resp. iba ako súčasť nákladnej stavebnej rekonštrukcie zariadenia. Celková odhadovaná investícia vrátane rekonštrukcií/dostavby zariadení je vo výške cca 30 970 000 EUR.

⁹ Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálo-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení (dostupný online: <https://www.health.gov.sk/?vzdelavanie-normativ-mtz-vynos-09812-2008>);

4.2 Špecifiká humanizácie ústavnej detskej psychiatrickej starostlivosti

V oblasti zdravotnej starostlivosti v odbore detská psychiatria v SR je potrebná nielen modernizácia a humanizácia, ale predovšetkým doplnenie chýbajúcich lôžok pre detských pacientov. Vybudovanie adekvátnych lôžkových kapacít umožní štruktúrované poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre jednotlivé vekové a diagnostické skupiny pacientov s ohľadom na fázu ich liečby (akútne a doliečovacie lôžka). Základom humanizácie v detskej psychiatrii by malo byť poskytovanie štandardnej zdravotnej starostlivosti na akútnom lôžku s následným doliečovaním pacienta v detskom psychiatrickom stacionári, či zariadení komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti alebo na špecializovanom doliečovacom lôžku v psychiatrickej nemocnici alebo liečebni.

Na Slovensku je však v tejto oblasti situácia dlhodobo kritická. Okrem lôžkových kapacít, psychiatrických stacionárov pre deti a komunitných detských psychiatrických zariadení chýba aj vyškolený zdravotnícky personál, ktorý by bol deťom k dispozícii a rýchlejšie a komplexnejšie reagoval na individuálne potreby a aktuálny stav pacientov.

Chýba tiež dostatočné priestorové a materiálno-technické vybavenie umožňujúce pacientom dostatok pohybu a fyzickej aktivity na zníženie nadbytku energie, či umožňujúce kreatívne rozvíjať svoje zručnosti a zmysluplne tráviť čas. Pacienti, ktorí majú voľný čas vyplnený možnými aktivitami, do ktorých sa môžu zapájať, mávajú výrazne zredukované problematické správanie a rýchlejšie dochádza k stabilizácii ich stavu.

Z hľadiska používania obmedzovacích prostriedkov je nutné brať ohľad na jednotlivé vekové kategórie a vývinovú etapu dieťaťa. V detskej psychiatrii nie je možné pri používaní obmedzovacích prostriedkov aplikovať rovnaké pravidlá ako u dospelých pacientov. Vhodné je umožniť aj hospitalizáciu dieťaťa spolu s rodičom, prípadne blízkou osobou, zabezpečiť priestor na vzdelávanie, hranie a spoločenské aktivity detí.

Nízky počet lôžok (1-2) a samostatné sociálne zariadenie na izbe nemusia byť vyhovujúce pre všetky skupiny pacientov. Organizácia oddelenia sa má odvíjať aj od počtu lôžok, ktorými oddelenie disponuje. Ak to priestorové možnosti oddelenia umožňujú, je vhodné oddeliť menšie deti od adolescentov alebo od pacientov s vysokou mierou agresivity a problematického správania.

4.3 Pravidlá hospitalizácie pacienta v ústavnom psychiatrickom zariadení

Vytvorenie čo najprirodzenejšieho prostredia, v ktorom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti založené na vzájomnej dôvere, rešpekte, dôstojnosti a spolupráci medzi pacientom (v prípade neplnoletého pacienta aj jeho zákonným zástupcom alebo blízkou osobou) a lekárom/zdravotníckym personálom, je predpokladom úspešnej liečby. Každé zdravotnícke zariadenie by malo mať vypracovaný „**Vnútorňý poriadok**“, ukotvený v platnej legislatíve, ktorý definuje práva pacienta hospitalizovaného v ústavnom psychiatrickom zariadení a povinnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Je nevyhnutné, aby vnútorňý poriadok zdravotníckeho zariadenia reflektoval potreby pacienta, nakoľko sa ním riadi pacientov každodenný život v zariadení.

Jednotlivé ustanovenia vnútorňého poriadku musia byť koncipované tak, aby sa predišlo zlému zaobchádzaniu s hospitalizovanými pacientmi a aby odzrkadľovali ich práva zakotvené v osobitných predpisoch.

S vnútorným poriadkom musia byť pacienti (v prípade nepľnoletých pacientov aj ich zákonní zástupcovia) preukázateľne oboznámení pri prijatí do zdravotníckeho zariadenia. Pacient musí byť opätovne oboznámený s vnútorným poriadkom v prípade, ak bol do nemocnice prijatý v stave, v ktorom toto oboznámenie nebolo možné realizovať, resp. by mu z objektívnych príčin nebol schopný plne porozumieť. Po oboznámení sa s obsahom tohto poriadku dostane pacient jednu kópiu, ktorú si môže nechať pri sebe na izbe, aby ju mal kedykoľvek k dispozícii. Poriadok je taktiež umiestnený na viditeľnom a prístupnom mieste tak, aby bol kedykoľvek pacientom dostupný, napr. na nástenke na chodbe.

V ústavnom psychiatrickom zariadení môžu existovať rôzne typy ošetrovacích jednotiek (oddelení) s odlišným režimom starostlivosti, čo musí byť zohľadnené vo vnútornom poriadku. Súčasne je potrebné režim upraviť s ohľadom na aktuálny zdravotný stav podľa individuálneho liečebného plánu pacienta. Konkrétne znenie vnútorného poriadku si bude môcť poskytovateľ zdravotnej starostlivosti upraviť podľa existujúcich možností v danom ústavnom psychiatrickom zariadení.

Návrh vnútorného poriadku ústavného psychiatrického zariadenia je prílohou tejto koncepcie a bude z legislatívneho hľadiska upravený v osobitnom predpise (Vyhláske).

4.4 Problematika nedobrovoľných hospitalizácií

Nedobrovoľná hospitalizácia je zákonnou a potrebnou možnosťou v manažmente pacientov, trpiacich psychickými poruchami. Napriek tomu ide o významný zásah do ľudských práv a slobôd. Malo by ísť o krajnú možnosť, po ktorej zdravotnícki pracovníci siahajú až po vyčerpaní všetkých možností poskytnutia zdravotnej starostlivosti pacientovi dobrovoľne. A to v situáciách, kedy je medzi duševnou poruchou a nebezpečným konaním vzťah príčiny a následku. Výskyt nedobrovoľnej hospitalizácie na Slovensku sa v roku 2018 pohyboval v jednotlivých zariadeniach od 0,4% po 33,2%, čo svedčí o veľkej variabilite využívania tejto možnosti, ktorú umožňuje nejasne formulovaná, prípadne vykonávaná legislatíva.¹⁰

Aktuálnosť problematiky a potreba ju riešiť vyplynula z poslednej správy Výboru CPT z roku 2018¹¹, v ktorej Výbor CPT odporučil, aby slovenské orgány prijali kroky, vrátane krokov na legislatívnej úrovni, na zabezpečenie toho, aby pacienti, ktorí boli prevzatí do psychiatrických zariadení nedobrovoľne, boli vypočutí sudcom v rámci konania o prípustnosti prevzatia a aby im bola doručovaná kópia každého uznesenia súdu o ich nedobrovoľnom umiestnení. Výbor CPT taktiež odporučil, aby sa prijali kroky, ktoré zabezpečia, aby kolízni opatrovníci plnili svoju úlohu účinne.¹²

Výbor CPT ďalej Slovenskej republike odporučil, aby sa v situáciách, kedy pacient, ktorý vyjadril súhlas s hospitalizáciou podpísaním informovaného súhlasu (bol dobrovoľne hospitalizovaný), žiada o prepustenie a lekár vyhodnotí, že sú splnené podmienky pre jeho hospitalizáciu bez súhlasu (nedobrovoľnú hospitalizáciu), uplatňoval zákonom stanovený postup konania o prípustnosti prevzatia pacienta do ústavnej starostlivosti.¹³

¹⁰ Izáková L., Breznoščáková D., Turček M., Krenická V.: Nedobrovoľná hospitalizácia na Slovensku v európskom kontexte. Čes a slov Psychiat 2020; 116(2): 74–79 (online: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2020_2_74_79.pdf);

¹¹ Rada Európy: Správa pre vládu Slovenskej republiky o návšteve Slovenskej republiky, ktorú uskutočnil Európsky výbor na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania v dňoch 19. až 28. marca 2018 č. CPT/Inf (2019) 20 (dostupná online na: <https://rm.coe.int/168094fd72>);

¹² Id.

¹³ Id.

Po poslednej správe Výboru CPT z roku 2018¹⁴ odborná pracovná skupina ŠDTP pre psychiatriu MZ SR v spolupráci so Slovenskou psychiatrickou spoločnosťou, o. z. Slovenskej lekárskej spoločnosti (ďalej len „SPsS SLS“) vytvorila Štandardný postup pre procesný manažment v súvislosti s hospitalizáciou dospelého pacienta bez informovaného súhlasu na psychiatrickom oddelení (nedobrovoľná hospitalizácia), ktorý bol schválený MZ SR¹⁵. V tomto postupe sú ukotvené pravidlá pre rôzne situácie sprevádzajúce hospitalizáciu pacienta bez súhlasu.

Za účelom naplnenia odporúčaní Výboru CPT však bude potrebné zakomponovať ich požiadavky do platnej právnej úpravy spoločne s Ministerstvom spravodlivosti Slovenskej republiky (ďalej len „MS SR“).

4.5 Problematika forenznej psychiatickej starostlivosti

Problematika forenznej psychiatickej starostlivosti je ďalšou oblasťou, ktorá je na Slovensku dlhodobo zanedbávaná. Jej riešenie si vyžaduje nadrezortnú spoluprácu viacerých subjektov, predovšetkým MZ SR, MS SR a Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (ďalej len „MPSVaR SR“). Potrebné je vytvoriť nielen štandardné diagnostické a liečebné postupy, ale aj zrealizovať legislatívne zmeny v tejto oblasti.

Forezné psychiatrické zariadenia sú určené na realizáciu forenznej expertízy (t. j. vyšetrenia duševného stavu pozorovaním v ústave), ochranných liečení a detencie u páchatel'ov trestných činov s duševnou poruchou. V súčasnosti špecializované ambulantné ani ústavné forezné psychiatrické zariadenia neexistujú. Tieto činnosti sa bez diferenciacie starostlivosti realizujú v bežných podmienkach psychiatickej praxe. Páchatelia trestnej činnosti, u ktorých boli pre prítomnosť psychickej poruchy nariadené vyššie spomenuté ochranné opatrenia, sú hospitalizovaní spolu s ostatnými pacientmi a nie je im poskytovaná špecializovaná liečba či osobitné režimové opatrenia, čo môže znižovať ich účinnosť a tiež bezpečnosť ostatných pacientov a personálu.

S cieľom skvalitniť starostlivosť o túto skupinu pacientov a poskytnúť im osobitný diagnostický a liečebný prístup je potrebné vytvoriť nové špecializované zariadenia. Forezná psychiatrická ambulancia bude zameraná na výkon ochranných liečení ambulatnou formou. Môže byť ďalej špecializovaná podľa druhu ochranného liečenia – psychiatrického, sexuologického, pre liečbu závislostí. Forezné psychiatrické ústavné zariadenia a jednotky zabezpečia foreznú expertízu a výkon jednotlivých druhov ochranného liečenia ústavnou formou. Detenčný ústav je zriaďovaný pre umiestnenie páchatel'ov trestných činov s psychicou poruchou, u ktorých nie je možné realizovať ochranné liečenie v ústavných zdravotníckych zariadeniach typu psychiatrických nemocníc a liečební a riadi sa Trestným zákonom¹⁶ a Zákonom o výkone detencie¹⁷. Diferenciácia forenznej starostlivosti v každej forme musí rešpektovať aj podmienky odlišného režimu pre mladistvých. Poskytovaná zdravotná starostlivosť vo forenznych psychiatrických zariadeniach má byť prepojená na služby komunitnej psychiatrie s cieľom dosiahnutia deinstytucionalizácie pacienta.

Riešenie problematiky forenznej psychiatickej starostlivosti si súčasne vyžaduje zavedenie nových vzdelávacích programov. Potrebné je zintenzívniť a rozšíriť pregraduálne vzdelávanie a špecializačné štúdium zamerané na foreznú psychiatriu a foreznú sexuológiu

¹⁴ Id.

¹⁵ Štandardný operačný proces pri nedobrovoľnej hospitalizácii - Hospitalizácia bez informovaného súhlasu (dostupný online: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-psychiatria/>).

¹⁶ zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov;

¹⁷ zákon č. 231/2019 Z. z. o výkone detencie a o zmene a doplnení niektorých zákonov;

pre detský aj dospelý vek a zároveň vytvoriť špeciálne vzdelávacie programy pre znalcov-
psychiatrov a sexuológov.

Súčasne je nevyhnutné realizovať legislatívne zmeny tak, aby nariadenie, výkon
a ukončovanie ochranných opatrení ako sú ochranné liečenie a detencia boli v súlade s cieľmi
humanizácie a destigmatizácie psychiatrickej starostlivosti (napr. aby nedochádzalo
k predlžovaniu ochranného liečenia, k ukladaniu dvojitého trestu, aby bolo možné ukončenie
ochranného liečenia pri opakovanom porušovaní vnútorného poriadku a pod.).

4.6 Problematika manažmentu agresivity a porúch správania u pacientov trpiacich psychickými poruchami

Manažmentu agresivity a porúch správania u pacientov s duševnou poruchou sa na
Slovensku nevenuje dostatočná pozornosť. Agresívni pacienti sú hospitalizovaní v
psychiatrických zariadeniach spolu s ostatnými duševne chorými pacientmi a potenciálne
riziko ich agresívneho správania voči iným pacientom a/alebo personálu je vysoké. Výskyt
agresívneho správania u hospitalizovaných pacientov v Psychiatrickej nemocnici Hronovce v
rokoch 2006 – 2008 predstavoval 5,2% pacientov¹⁸ a v rokoch 2018 – 2019 sa dokonca mierne
zvýšil na 6,3%¹⁹. Navyše, sa v bežných ústavných psychiatrických zariadeniach vykonávajú
aj ochranné liečenia, prípadne sú tu hospitalizovaní páchatelia násilných trestných činov,
u ktorých bolo pre nepričetnosť zastavené trestné stíhanie a čakajú na rozhodnutie súdu
o nariadení ochranného liečenia. Situáciu komplikuje aj skutočnosť, že doteraz nebol na
Slovensku zriadený detenčný ústav, a teda sa umiestňovanie týchto pacientov do ústavných
psychiatrických zariadení stalo bežnou praxou.

Napriek tomu, že ide o problematiku zasahujúcu do ľudských práv pacientov, nemáme
v SR špecificky zameraný a implementovaný manažment pacientov s duševnou poruchou
s prejavmi agresívneho správania. Právne predpisy, ktoré sa týkajú používania obmedzovacích
prostriedkov v psychiatrickej praxi nepostačujú. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej
starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a
doplnení niektorých zákonov doposiaľ neobsahuje žiadne nariadenia týkajúce sa
koordinovaného používania obmedzovacích prostriedkov v psychiatrických zdravotníckych
zariadeniach v SR. Odo dňa 30.6.2009 je účinné Odborné usmernenie MZ SR k používaniu
obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich
psychiatrickú starostlivosť²⁰ a tiež Odborné usmernenie MZ SR o prevencii násillia medzi
pacientmi hospitalizovanými v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú
starostlivosť²¹.

¹⁸ Zelman M., Das A. Ch., Hudec J., Priščáková A. Agresívne prejavy u psychiatrických pacientov hospitalizovaných v PN
Hronovce v rokoch 2006 – 2008 – analýza výskytu. Psychiatr. prax; 2010; 11 (4): 127–130 (online:
<https://www.solen.sk/storage/file/article/742de9ffc8cd0a68ffd6535ea6c7bdb.pdf>).

¹⁹ Sádovská K. Forenzné aspekty závažných duševných porúch. Diplomová práca. LF UK Bratislava, 2021, 97.

²⁰ Odborné usmernenie MZ SR k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach
poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť č. 13787/2009 – OZS, zo dňa 27. 5. 2009, zverejnené vo Vestníku MZ SR č. 25/2009
dňa 30.06.2009, 185 – 186 (dostupné online:

²¹ Odborné usmernenie MZ SR o prevencii násillia medzi pacientmi hospitalizovanými v zdravotníckych zariadeniach
poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť č. 26380/2009 - OZS, zo dňa 10.05.2010, zverejnené vo Vestníku MZ SR č. 12-
18/2010 dňa 28.05.2010, 89 – 90 (online: [https://www.google.sk](https://www.google.sk/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.health.gov.sk/Zdroje%3F/Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2009/vestnik_1)
[url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.health.gov.sk/Zdroje%3F/Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2009/vestnik_1](https://www.health.gov.sk/Zdroje%3F/Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2009/vestnik_1)

Podrobnejšie usmernenie obsahujú revidované normy Výboru CPT z roku 2017²², ktoré upravujú používanie obmedzovacích prostriedkov v psychiatrických zariadeniach pre dospelých a sú sumárnou publikáciou o typoch obmedzovacích prostriedkov v psychiatrických zariadeniach pre dospelých, manipulácii s nimi a komplexnom manažmente ich používania. Výbor CPT odporúča jednotlivým štátom v tejto publikácii zavedenie viacerých pravidiel do praxe.

4.7 Vedenie registra o agresívnych prejavoch a ich manažmente v ústavnom psychiatrickom zariadení

Podľa Výboru CPT má byť každé použitie obmedzovacích prostriedkov zaznamenané v osobitnom registri na zaznamenávanie všetkých prípadov použitia obmedzovacích prostriedkov (vrátane farmakologického obmedzenia) a záznamom v zdravotnej dokumentácii pacienta. Záznam v registri by mal byť vykonaný dôkladne a kompletne s uvedením času začiatku aj ukončenia obmedzenia pacienta, okolností prípadu, dôvodov použitia, mena lekára, ktorý nariadil alebo schválil jeho vykonanie a opisu každého ublíženia na zdraví pacientov alebo personálu. Vytvorenie registra samo osebe nie je prevenciou ani riešením danej situácie, ale umožní jej zmapovanie, poskytne podklady pre zmenu postupov v zdravotníckom zariadení, a teda prispeje k zlepšeniu manažmentu agresívnych prejavov.

Vymenované obmedzovacie prostriedky ako účinné opatrenia majú viesť k tvorbe systematického dohľadu nad výskytom takýchto prejavov a k zlepšeniu zvládania podobných situácií v budúcnosti. Aj napriek tomu, že je účinné Odborné usmernenie MZ SR k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť²³, ktoré obsahuje požiadavku vedenia podrobnej dokumentácie o používaní obmedzovacích prostriedkov, zo súhrnnej správy Úradu komisára pre osoby so zdravotným postihnutím o monitoringoch vykonaných v zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú liečbu v roku 2019 vyplynulo, že viacero zariadení poskytujúcich psychiatrickú liečbu podrobné záznamy o používaní obmedzovacích prostriedkov nevedie. Z tohto dôvodu je potrebné vytvoriť právne záväznú a vymožiteľnú formu upravujúcu postupy pri používaní obmedzovacích prostriedkov.

4.8 Používanie obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich ústavnú psychiatrickú starostlivosť

V rámci humanizácie v oblasti používania obmedzovacích prostriedkov a manažmentu agresívneho správania pacientov bude potrebné aktualizovať Odborné usmernenie MZ SR k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach

[2-18_2010.pdf&ved=2ahUKEwieuuvt0N71AhXqRPEDHdXrCD4QFnoECAYQAg&usq=AOvVaw1oR_ELH84UswyKQTXqonRPQ](#)),

²² Revidované normy CPT: Obmedzovacie prostriedky v psychiatrických zariadeniach pre dospelých č. CPT/Inf(2017)6 z 27.03.2017 (online: <https://rm.coe.int/168092ea72>).

²³ Odborné usmernenie MZ SR k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť č. 13787/2009 – OZS, zo dňa 27. 5. 2009, zverejnené vo Vestníku MZ SR č. 25/2009 dňa 30.06.2009, 185 - 186 (dostupné online: https://www.google.sk/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.health.gov.sk/Zdroje%3F/Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2009/vestnik_25_2009.pdf&ved=2ahUKEwiSnPXizt71AhWDzqQKHVe0CYyQFnoECAQQAg&usq=AOvVaw3Uef9vZlN50AJDBb1pnEzq);

poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť²⁴. Zadefinované obmedzovacie prostriedky budú nahradené modernejšími alternatívami:

„Medzi obmedzovacie prostriedky patria:

- a) fyzické (manuálne) obmedzenie: ide o pridržiavanie alebo imobilizáciu pacienta personálom pomocou fyzickej prevahy / špeciálnych hmatov – manuálna kontrola.
- b) mechanické obmedzenie: použitie obmedzovacích pomôcok, ako napr. popruhov, na imobilizáciu pacienta.
- c) farmakologický obmedzovací prostriedok nedobrovoľné podávanie liekov s cieľom zabezpečenia kontroly nad pacientovým správaním.
- d) izolácia: nedobrovoľné umiestnenie pacienta v seklúznej miestnosti.“

Výbor CPT v tejto súvislosti opakovane zdôrazňuje, že obmedzenie pacientov sa má používať ako posledná možnosť (*ultima ratio*) na docielenie odvrátenia nebezpečenstva plynúceho z emergentnej situácie a akonáhle jej existencia pomíne, pacient má byť z obmedzovacích prostriedkov uvoľnený. Tieto prostriedky totiž nemajú žiadne terapeutické benefity a slúžia výlučne ku kontrole pacientovho správania. Regulované používanie týchto prostriedkov má byť zakotvené v zákone jednotlivých krajín, ako aj vo vnútornom poriadku, či predpise každého psychiatrického zariadenia tak, aby nedochádzalo k ich svojvoľnému zneužívaniu v prípadoch, ak si chce personál zjednodušiť prácu, pri nedostatku zamestnancov, ako náhrada adekvátnej starostlivosti alebo liečby a za žiadnych okolností ako druh potrestania. Cieľom kontroly nad používaním obmedzovacích prostriedkov by mala byť prevencia ich používania v maximálnej možnej miere. A ak je nevyhnutné ich použiť, musí byť jednoznačne určené, ktoré obmedzovacie prostriedky a za akých podmienok je vhodné aplikovať, akým spôsobom vykonať ich podanie, aký dohľad má byť zabezpečený a čo je potrebné urobiť po ukončení ich použitia. Samozrejmosťou má byť aj relevantné informovanie samotných pacientov o dôvodoch a zásadách ich aplikácie pred aj po ich použití, čím možno zmiernovať psychické následky z tohto zážitku a poskytnúť priestor na hľadanie alternatívnych riešení, ako dostať pacientovo správanie pod kontrolu. Praktická aplikácia by mala byť vykonaná zručne a šetrne, aby sa znižovala možnosť vzniku telesnej ujmy alebo bolesti a rešpektovala dôstojnosť pacienta, čomu musí predchádzať náležitý tréning a nadobúdanie skúseností. K jednotlivým zásadám používania patrí zákaz vykonania manuálneho obmedzenia spôsobom, ktorý by viedol k stlačeniu dýchacích ciest, k mechanickému obmedzeniu, pričom sa preferujú pomôcky typu popruhov s penovou výplňou a primeranou voľnosťou pre minimalizovanie rizika

²⁴ Odborné usmernenie MZ SR k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť č. 13787/2009 – OZS, zo dňa 27. 5. 2009, zverejnené vo Vestníku MZ SR č. 25/2009 dňa 30.06.2009, 185 - 186 (dostupné online: https://www.google.sk/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.health.gov.sk/Zdroje%3F/Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2009/vestnik_25_2009.pdf&ved=2ahUKEwiSnPXizt71AhWDzqQKHVe0CYYYQFnoECAQQAg&usq=AOvVaw3Uef9vZlN50AJDBb1pnEzq);

nepriaznivých účinkov. Dýchanie a schopnosť komunikácie nesmú byť za žiadnych okolností obmedzované a má byť vynaložená snaha na umožnenie vykonávania fyziologických potrieb samotným pacientom. Výbor CPT neodporúča používanie ochranných lôžok (sieťových postelí), pretože pokiaľ ide o izoláciu pacienta, počas nej má byť pacient umiestnený v miestnosti zaisťujúcej bezpečnosť a upokojujúci vplyv. Doba trvania použitia mechanických obmedzovacích prostriedkov a izolácie by mala byť čo najkratšia, len do dosiahnutia účelu ich použitia, nie ako prevencia. Farmakologický obmedzovací prostriedok musí byť podľa Výboru CPT použitý *lege artis* a preferovať je potrebné lieky s krátkodobým pôsobením. Vyber vhodného a najbezpečnejšieho obmedzovacieho prostriedku má byť korigovaný okrem iného aj predchádzajúcimi skúsenosťami a preferenciami pacienta. Čo sa týka kombinovaného použitia farmakologického obmedzenia s izoláciou, fyzickým alebo mechanickým obmedzením, je riadne odôvodniteľné, iba ak sa tým dosiahne skrátenie dĺžky trvania obmedzenia alebo sa ním predíde hroziacej vážnej zdravotnej ujme pacienta či iných osôb. Nepretržitý priamy dohľad personálu nad pacientom, ktorému bol aplikovaný mechanický obmedzovací prostriedok alebo bol umiestnený do izolačnej miestnosti, nemožno nahrádzať dohľadom sprostredkovaným iba prostredníctvom video zariadenia.

Na Slovensku čelíme pri implementácii týchto pravidiel viacerým nedostatkom: chýba personál, nie je zabezpečené vzdelávanie zamerané nielen na zvládnutie agresívneho prejavu, ale najmä na jeho prevenciu, chýbajú registre agresívneho správania, nemáme vybudované seklúzne miestnosti, ani špeciálne ošetrovacie bezpečnostné jednotky pre psychiatrických pacientov so závažnými poruchami správania. Iný prístup k redukcii používania obmedzovacích prostriedkov môže predstavovať začlenenie nácviku sociálnych zručností a komunikačných spôsobilostí počas hospitalizácie do terapeutických aktivít ako prevenciu pocitov frustrácie, vedúcich k agresívnemu správaniu formou hrania rolí, videotréningu a spätnej väzby pod vedením psychológa alebo psychoterapeuta vzdelaného v tomto postupe.

Výsledky z monitorovania dodržiavania základných ľudských práv a slobôd pacientov umiestnených v zariadeniach poskytujúcich ústavnú psychiatrickú starostlivosť nezávislými štátnymi inštitúciami, ktorých úlohou je chrániť základné ľudské práva a slobody (Verejný ochranca práv, Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím) upozornili na nejednotné postupy v jednotlivých zariadeniach pre dospelých aj detských pacientov. Potrebné je vypracovať legislatívne ukotvenú jednotnú stratégiu a postup pre používanie obmedzovacích prostriedkov.

4.8.1 Charakteristika seklúznej miestnosti

Seklúzna miestnosť je jedným z obmedzovacích prostriedkov. Určená je pre pacientov so závažnými poruchami správania, ktorými ohrozujú sami seba a/alebo svoje okolie. Ide o uzamknuteľnú, materiálne-technicky pre pacienta bezpečnú miestnosť, z ktorej pacient nemôže sám vyjsť. Pre túto miestnosť sa používajú aj označenia izolačná a bezpodnetová. Vzhľadom k tomu, že termín izolačná miestnosť v súčasnosti označuje miestnosť určenú najmä na izoláciu pacienta s infekčným ochorením, je dôležité odlišenie zámeru izolácie. Ako synonymum sa v tejto súvislosti používa aj termín bezpodnetová miestnosť. Tento termín naznačuje, že počas pobytu pacienta v nej nemá byť vystavený žiadnym podnetom. Upokojujúce podnety v seklúznej miestnosti sú však pre pacienta prospešné. Z tohto dôvodu je aj tento termín nevhodný. Seklúzna miestnosť má predstavovať pre pacienta bezpečné a upokojujúce miesto v ústraní.

Pre materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie seklúznej miestnosti bude potrebné vytvoriť osobitný predpis, ktorého návrh je uvedený v prílohe.

4.8.2 Charakteristika bezpečnostnej jednotky pre psychiatrických pacientov so závažnými poruchami správania

Agresia u pacientov vyplývajúca z prítomnosti duševnej poruchy kladie vysoké nároky na organizáciu ústavnej psychiatrickej starostlivosti. Hoci na základe publikovaných údajov sa vyskytuje len u asi 5% osôb v psychiatrických zariadeniach, ide o závažný fenomén. Násilné útoky nezriedka končia poranením pacientov či personálu. V podmienkach štandardného psychiatrického oddelenia je manažment týchto pacientov náročný, preto si kladie vysoké, často neriešiteľné, požiadavky na personálne a materiálno-technické zabezpečenie.

Potrebné je preto vybudovanie bezpečnostných jednotiek určených pre túto skupinu pacientov. Ide o vyčlenené priestory s možnosťou bezpečného zvládnutia porúch správania a následného kontinuálneho monitorovania pacienta a jeho ďalšej liečby. Špecifiká bezpečnostnej jednotky zahŕňajú maximálne 2-lôžkové izby pre pacientov s vhodným vybavením. Minimálne polovica izieb má mať možnosť kontinuálneho monitorovania kamerovým systémom. Súčasťou bezpečnostnej jednotky má byť aj seklúzna miestnosť, systém okamžitého zvolania personálu (napr. bezpečnostné náramky, signalizačné zariadenia) a kamerový systém v spoločných priestoroch, rovnako ako miestnosť pre voľnočasové aktivity a bezpečný prístup k čerstvému vzduchu (vstup do bezpečného vonkajšieho priestoru). Personál má byť k dispozícii v dostatočnom počte podľa jednotlivých kompetencií a pravidelne školený v technikách prevencie a verbálneho i nonverbálneho manažmentu agresivity a porúch správania. Pre materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie bezpečnostnej jednotky pre psychiatrických pacientov so závažnými poruchami správania bude potrebné vytvoriť osobitný predpis, ktorého návrh je uvedený v prílohe.

V roku 2019 sa realizovala diskusia s riaditeľmi psychiatrických nemocníc a liečební zriadených MZ SR k možnosti vytvorenia bezpečnostných jednotiek, na základe ktorej sa identifikovala potreba vytvorenia cca 100 lôžok v rámci celej SR (15-20 lôžok v jednom zariadení).

4.9 Vzdelávanie pracovníkov poskytujúcich starostlivosť v odbore psychiatria a v oblasti duševného zdravia

Vzdelávanie pracovníkov poskytujúcich starostlivosť v odbore psychiatria a v oblasti duševného zdravia by malo byť neoddeliteľnou súčasťou všetkých moderných zdravotníckych systémov. Malo by zahŕňať všetky oblasti determinujúce základnú kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, a to najmä ŠDTP, štandardné ošetrovateľské postupy, štandardné postupy pre výkon prevencie, verifikovanú pracovnú činnosť a špecializačné štúdiá v príslušných špecializačných odboroch pre všetky profesie pracujúce v ústavných zariadeniach. Za účelom zabezpečenia dostatočného počtu pracovných miest pre vzdelávanie odborníkov v oblasti certifikovanej pracovnej činnosti a v špecializačných odboroch však bude potrebné upraviť personálne normatívy tak, aby mali pracovné miesta v ústavných zariadeniach ekonomické zabezpečenie.

Súčasťou všetkých typov vzdelávania (pregraduálneho aj postgraduálneho) pracovníkov poskytujúcich starostlivosť v odbore psychiatria a v oblasti duševného zdravia musí byť problematika manažmentu agresivity a porúch správania, ktorá je prílohou tejto koncepcie. Jej dôležitou súčasťou je poznanie práv a povinností pacienta aj poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Špeciálnu pozornosť je potrebné venovať nácviku prevencie agresívneho správania, používania deeskalačných techník a správneho používania obmedzovacích prostriedkov. Ďalšiu možnosť predstavuje vzdelávanie personálu v technikách

nácviku sociálnych zručností a komunikačných spôsobilostí pacientov ako prevencie pocitov frustrácie, vedúcich k ich agresívnemu správaniu.

Takéto vzdelávanie by malo byť neoddeliteľnou súčasťou všetkých moderných zdravotníckych systémov. Na Sekcii vzdelávania a riadenia ľudských zdrojov v zdravotníctve MZ SR v súčasnosti prebieha proces schvaľovania predloženej žiadosti SPsS SLS na zavedenie minimálnych štandardov pre sústavné vzdelávanie v študijnom programe: „Manažment agresivity a porúch správania v psychiatrii“ pre viaceré zdravotnícke povolania: lekár, sestra, zdravotnícky asistent – praktická sestra, psychológ, zdravotnícky záchranár, sanitár. Študijný program je zameraný na získanie vedomostí o verbálnych a non-verbálnych intervenciách, využívajúcich špecifické komunikačné techniky a zručnosti na stabilizáciu psychického stavu pacienta, trpiaceho psychickou poruchou, ktorý sa prejavuje agresívne a má poruchy správania ohrožujúce jeho samého alebo jeho okolie. Zahŕňajú prevenciu rozvoja agresie a porúch správania, ich riešenie, ak sa vyskytnú, a tiež intervencie, ktoré nasledujú po ich zvládnutí, smerované k pacientovi aj jeho okoliu, vrátane zdravotníckeho personálu. Cieľom je získanie a následne obnovovanie teoretických vedomostí a praktických zručností v manažmente agresivity a porúch správania v psychiatrii a ich adekvátne uplatňovanie v odbornej praxi. Plánuje sa nielen vyvzdelanie odborníkov, preferenčne v multidisciplinárnych tímoch v jednotlivých ústavných psychiatrických zariadeniach, ale aj ich pravidelné preškolenie.

5 ZÁVER

Zámerom reformy psychiatrickej starostlivosti je presadzovanie nemoralizujúceho, nestigmatizujúceho a nediskriminujúceho prístupu k ľuďom s duševnými poruchami, ku ktorému významnou mierou prispeje humanizácia ústavnej psychiatrickej starostlivosti. Povedie k vytvoreniu čo najprirodzenejšieho prostredia, v ktorom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti založené na vzájomnej dôvere, rešpekte, dôstojnosti a dobrom terapeutickom vzťahu. Najdôležitejším aspektom humanizácie je minimalizovať utrpenie pacienta a maximalizovať jeho pohodu počas hospitalizácie, čím sa optimalizujú podmienky pre jeho úspešnú liečbu. Zároveň je dôležité zlepšiť aj pracovné podmienky personálu, aby mohol svoju prácu vykonávať v prostredí, kde má zabezpečené svoje potreby a bezpečnosť.

Zdravotnícke zariadenia ústavnej psychiatrickej starostlivosti si vyžadujú zvýšenie úrovne kvality poskytovanej ústavnej psychiatrickej starostlivosti vo viacerých aspektoch. Najvhodnejším spôsobom ako to dosiahnuť je realizovanie najmodernejšej diagnostiky a liečby vo vhodných priestoroch s moderným materiálo – technickým a prístrojovým vybavením a odborne spôsobilým personálom v súlade so ŠTDP a ŠOP, ktoré sú zárukou správne a kvalitne poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti sú realitou ústavnej psychiatrickej starostlivosti mnohopostel'ové izby, veľmi často sú ochranné lôžka (siet'ové posteľe) v izbách spolu s bežnými posteľami a nerešpektujú intimitu pacientov v situácii, kedy je v dôsledku prítomnosti duševnej poruchy u pacientov nutné použiť obmedzovacie prostriedky. Preto je potrebná snaha o rekonštrukciu lôžkového fondu, vytvorenie bezpečného vonkajšieho priestoru, zabezpečenie voľnočasových aktivít pre pacientov a umožnenie ich komunikácie s okolím aj s využitím informačno-komunikačných technológií. Rovnako dôležité je vylúčenie používania ochranných lôžok, vybudovanie seklúzných miestností a tiež bezpečnostných jednotiek určených pre pacientov so závažnými poruchami správania v rámci prejavov duševných porúch. Ide o vyčlenené priestory s možnosťou bezpečného zvládnutia porúch správania u pacientov a ich následného kontinuálneho monitorovania a liečby. Na tieto nedostatky upozorňuje opakovane vládu SR aj Výbor CPT. Páchatelia trestných činov, ktorí súčasne trpia psychickou poruchou a bolo im súdom nariadené ochranné liečenie, ale aj tí, ktorí čakajú na jeho uloženie, sú hospitalizovaní v bežných zdravotníckych zariadeniach v odbore

psychiatria a často sa u nich vyskytuje agresívne správanie. Túto situáciu je potrebné na Slovensku riešiť. SPsS SLS na tieto nedostatky v psychiatickej starostlivosti dlhodobo poukazuje a uskutočnila viacero krokov na ich riešenie. Vzhľadom k tomu, že ide o aktuálnu tému, stala sa aj predmetom POO, Komponentu 12, z ktorého sú na tento účel alokované finančné prostriedky. MZ SR realizovalo analýzu súčasného stavu v ústavných psychiatických zariadeniach, zameranú aj na potenciál riešenia problematiky humanizácie. Predkladaná koncepcia humanizácie mapuje problematiku a stanovuje podmienky pre jej riešenie.

Na základe celkového lôžkového fondu ústavných psychiatických zariadení na Slovensku disponujeme dostatočnými kapacitami lôžok pre potreby minimálnej siete. Je však potrebné ich humanizovať, reprofiliť kapacity pre špecifické populácie pacientov, t. j. najmä deti a seniorov, pretože tieto sú nedostatočné a vytvoriť vhodné kapacity pre ochranné liečenie a detenciu. Historicky je v rámci ústavnej psychiatickej starostlivosti Slovensko pomerne deinštitucionalizované, napr. v porovnaní s Českou republikou. Deinštitucionalizácia v zmysle presunu ľudí z veľkokapacitných pobytových zariadení je potrebná najmä v rámci sociálnych služieb. So znižovaním počtu psychiatických lôžok zatiaľ nerátali ani koncepcie ústavnej starostlivosti na Slovensku (napr. bývalý návrh stratifikácie nemocníc, plánovanie podľa špecializácií v rámci novej reformy siete nemocníc prebieha v rámci POO, Komponentu 11). Napriek existencii Stratégie deinštitucionalizácie a legislatívneho rámca je proces deinštitucionalizácie sociálnych služieb veľmi pomalý, v uplynulých rokoch kapacity niektorých komunitných služieb dokonca ubúdali. Urýchlenie tohto procesu je preto hlavným cieľom POO, Komponentu 12, ktorý zahŕňa aj vybudovanie komunitnej psychiatickej starostlivosti a POO, Komponentu 13, najmä reformy financovania sociálnych služieb a investícií do rozvoja komunitných služieb. Súčasťou riešenia problematiky agresívneho správania pacientov v psychiatických ústavných zariadeniach na Slovensku je zriadenie detenčného ústavu. Vo výstavbe je detenčný ústav s obsadenosťou 75 osôb, ktorý po uvedení do prevádzky k 01.10.2022 však problematiku detencie dostatočne nevyrieši z dôvodu nedostatočnej kapacity a zamerania výhradne pre mužov. Preto súčasťou POO, Komponentu 12 je aj výstavba druhého detenčného zariadenia s kapacitou 75 osôb so zameraním na mladistvých a ženy s uvedením do prevádzky 4Q 2025.

Humanizácia ústavných psychiatických zariadení predpokladá rekonštrukciu izieb na 1-2 lôžkové izby (ideálne so sociálnym zariadením) a nahradenie sieťových postelí seklúznymi miestnosťami a bezpečnostnými jednotkami pre psychiatických pacientov so závažnými poruchami správania.

Nevyhnutné je však vnímanie komplexnosti humanizácie a potreby zmeny postoja celej spoločnosti, vrátane myslenia dlhodobo poddimenzovaného a agresívnymi prejavmi pacientov atakovaného personálu a súčasného manažmentu psychiatickej starostlivosti, čo bude dlhodobejší a náročný proces. Jeho dôležitým aspektom je uvedenie si skutočnosti, že nielen vo svete, ale aj na Slovensku sú zdravotnícke zariadenia, ktoré nedisponujú ani jednou ochrannou (sieťovou) posteľou a manažment agresívneho správania realizujú úspešne aj bez nich. Nejde teda o nerealizovateľnú zmenu.

6 PRÍLOHY

6.1. Návrh vnútorného poriadku ústavného psychiatického zariadenia (pre dospelého pacienta)

Návrh, ktorý si zdravotnícke zariadenie upraví podľa svojich možností pre svoje podmienky.

ČLÁNOK 1: Základné ustanovenia

Obsahuje základnú charakteristiku zdravotníckeho zariadenia a opis typu a režimu ošetrovacej jednotky / oddelenia.

ČLÁNOK 2: Práva hospitalizovaných pacientov

1. Pacient má právo na dôstojné a ohľaduplné zaobchádzanie. Má právo byť oslovaný menom a tiež má právo poznať meno zdravotníckeho personálu, s ktorým prichádza do styku.
2. Pacient má právo prijímať zdravotné služby v čo najmenej obmedzujúcom prostredí a na náležitej odbornej úrovni. Informácie o pravidlách používania obmedzovacích prostriedkov sú súčasťou prílohy vnútorného poriadku.
3. Pacient, ak to jeho aktuálny stav umožňuje, má právo nosiť počas pobytu v nemocnici vlastné domáce oblečenie. Pacient môže využiť nemocničnú práčovňu na pranie svojho oblečenia (ak je dostupná). Cenník za služby je vyvesený na nástenke na chodbe. Zdravotnícky personál môže z hygienických dôvodov vyžadovať, aby sa pacient pred spaním prezliekol do pyžama. Z hygienických dôvodov sa vyžaduje, aby si návštevy nesadali na pacientove lôžko.
4. Pacient musí mať možnosť dbať o svoju osobnú hygienu, a to ráno aj večer. Pacienti sa môžu sprchovať minimálne 3x týždenne, inak kedykoľvek v prípade potreby. Ak je potrebné v záujme bezpečnosti dohliadať pri sprchovaní na pacientov zdravotníckym personálom, má ísť o osobu rovnakého pohlavia (to platí aj pri potrebe asistencie zdravotníckym personálom pri prezliekaní pacienta). Pacienti môžu požiadať o sprchovanie sa bez prítomnosti ostatných pacientov.
5. Pacient má právo na ochranu súkromia. To sa vzťahuje najmä na priestory toaliet a kúpeľní, na informácie o zdravotnom stave (najmä pri vizitách), návštevy, telefonické hovory (na dennej báze) a osobnú korešpondenciu. Pacientom musí byť umožnené, aby v prípadoch, keď o to požiadajú a ich aktuálny stav umožňuje, mohli byť chvíľu osamote.
6. Pacient má mať k dispozícii uzamykateľnú skrinku na svoje osobné veci. Cennosti si pacient môže uložiť do trezoru zdravotníckeho zariadenia. Potraviny podliehajúce rýchlej skaze, je pacient povinný označiť svojím menom a dať personálu na uloženie do chladničky.
7. Pacient, ak to jeho aktuálny stav umožňuje, má právo prijímať návštevy, a to vrátane návštev detí, pokiaľ pacient aj deti s návštevou súhlasia (pre deti pod 15 rokov majú byť vytvorené vhodné podmienky). Právo na súkromie pacienta nesmie byť narúšané. Na prijímanie návštev sú vyhradené izby, návštevne miestnosti, bezpečný vonkajší priestor (nemocničný park či záhrada, podľa dostupnosti). Pre návštevy pacientov pripútaných na lôžko sa môžu využiť zásteny medzi jednotlivými lôžkami. Návštevne hodiny by mali byť stanovené na dennej báze. Mimo uvedené hodiny možno návštevu povoliť len so súhlasom ošetrojúceho lekára.
8. Pacientovi má byť na dennej báze, s ohľadom na jeho želania a aktuálny zdravotný stav, umožnený pobyt v bezpečnom chránenom vonkajšom priestore (nemocničný park, záhrada, krytý balkón, terasa, a pod., podľa dostupnosti).

9. Pacient má právo na informácie, napr. na podrobné a jemu zrozumiteľné vysvetlenia týkajúce sa liekov, ktoré je povinný užívať, zdravotného stavu a prognózy, liečebného postupu. Pacient má byť zapojený do tvorby individuálneho liečebného plánu, a to vrátane jeho práv a povinností. Pacientovi musí byť umožnené nahliadať do svojej zdravotnej dokumentácie či urobiť si z nej fotokópiu (v súlade s platnou legislatívou, berúc do úvahy potenciálne vysoké riziko negatívneho ovplyvnenia liečby v súvislosti s týmito informáciami v zmysle § 25 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov).

10. Pacient má právo určiť osoby, ktorým budú poskytované informácie ohľadom jeho zdravotného stavu. Rovnako tak má právo určiť osoby, ktorým nesmú byť podané informácie o jeho zdravotnom stave (v zmysle § 18 ods. 4, § 24 a § 25 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov).

11. Pacient má právo požiadať zdravotnícky personál, aby mu bola podávaná upravená strava, ak to nie je v rozpore so stanoveným individuálnym liečebným postupom. Upravenou stravou sa má na mysli najmä bezmäsitá strava. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti má pacientovi vyhovieť, ak vie tento typ stravy zabezpečiť (spolufinancovanie môže znášať pacient). Ak hospitalizovaný pacient trpí ochorením, ktoré si vyžaduje úpravu stravy (najmä strava bezlepková), je zdravotnícky personál povinný mu takúto stravu zabezpečiť.

12. Pacient má právo prijímať duchovné služby. Pacient, ak to jeho aktuálny stav umožňuje, má právo navštevovať nemocničnú kaplnku a zúčastňovať sa bohoslužieb v nej, ak sa nachádza v areáli zdravotníckeho zariadenia.

13. Pacient má právo prijímať a odosielať poštové zásielky. Pri čítaní a písaní listov má právo na súkromie. Informácie týkajúce sa odosielania a prijímania poštových zásielok sú zverejnené na viditeľnom mieste zdravotníckeho zariadenia.

14. Na izbách, chodbách a v iných priestoroch, ktoré nie sú označené ako „FAJČIARENĽ“, platí zákaz fajčenia. Fajčiarne majú využívať iba pacienti a sú pre nich prístupné aj počas návštev.

15. Pacient má právo podať sťažnosť v prípade, že je s niečím nespokojný. Informácie o spôsoboch podávania sťažností a ich riešenia sú uvedené v článku 3 vnútorného poriadku.

ČLÁNOK 3: Podávanie sťažností

1. Pacient má právo podať sťažnosť. Sťažnosť môže podať kedykoľvek, a to písomnou alebo ústnou formou.
2. Písomne podaná sťažnosť sa vhadzuje do schránky označenej „SŤAŽNOSTI PACIENTOV“. Schránka na sťažnosti je umiestnená na chodbe daného oddelenia a musí byť dostupná 24 hodín denne.
3. Ústna sťažnosť môže byť podaná zdravotníckemu pracovníkovi, ktorý je povinný sťažnosť zaznamenať do knihy sťažností, ktorá je pravidelne kontrolovaná. Náležitosti vedenia knihy sťažností upravuje iný vnútorný predpis.
4. Riešenie sťažnosti musí byť pacientovi oznámené do 7 dní od jej podania. Pacient má právo na vysvetlenie a odôvodnenie vybavenia sťažnosti jemu zrozumiteľným spôsobom.

5. Sťažnosti vybavuje vedenie zdravotníckeho zariadenia, t. j. osoby, ktoré pacienta - sťažovateľa neošetrujú, aby sa zaručila objektivita a nestrannosť pri vybavovaní sťažnosti. Viac informácií ohľadom spôsobu a procese riešenia sťažnosti poskytne zdravotnícky personál v súlade s platnou legislatívou.

ČLÁNOK 4: Záverečné ustanovenia

1. Pacient a zdravotnícky personál sú povinní riadiť sa týmto vnútorným poriadkom a ďalšími vnútornými predpismi daného zdravotníckeho zariadenia.
2. Pri výkone všetkých práv a povinností uvedených v článku 2 vnútorného poriadku je pacient povinný si počínať tak, aby nedochádzalo k porušovaniu práv ostatných pacientov. Tiež má právo rovnaké správanie vyžadovať od ostatných pacientov a návštev.
3. Informácie o ďalších hospitalizáciou dotknutých práv a povinností je vhodné pacientovi poskytnúť v podobe informačných brožúrok, ktoré sú pre takéto prípady zrozumiteľným spôsobom spracované. V prípade potreby je k dispozícii zdravotnícky personál, ktorý poskytne podrobnejšie informácie.
4. Ak pacient úmyselne porušuje vnútorný poriadok, môže dostať napomenutie, v krajnom prípade môže byť z nemocnice prepustený z disciplinárnych dôvodov. Toto neplatí pre pacientov, ktorí sú v ohrození zdravia a života, vykonávajú ochranné liečenie, podstupujú vyšetrovanie duševného stavu pre potreby trestného konania či sú nedobrovoľne hospitalizovaní.
5. Ak zdravotnícky personál úmyselne či sústavne porušuje vnútorný poriadok, môže byť sankcionovaný v súlade s platnou legislatívou (zákon č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce v znení neskorších predpisov).
6. Kontakty zdravotníckeho zariadenia majú byť zverejnené na mieste prístupnom pre pacienta a jeho blízkych.

6.2. Návrh MTZ a PN pre seklúznu miestnosť

Definícia: seklúzna miestnosť je jedným z obmedzovacích prostriedkov, ktorý je určený pre pacientov so závažnými poruchami správania, ktorými ohrozujú sami seba a/alebo svoje okolie. Ide o uzamknuteľnú, materiálne-technicky pre pacienta bezpečnú miestnosť, z ktorej pacient nemôže sám vyjsť.

Jednolôžková seklúzna miestnosť o rozlohe min. 10 m² má byť vybavená:

- pevným lôžkom s možnosťou prípadnej fixácie remeňmi (predpripravené úchyty na lôžku),
- špeciálnym bezpečným upevneným nábytkom s mäkkým povrchom,
- observačným oknom alebo aj možnosťou kontinuálneho monitorovania kamerovým systémom,
- mechanizmom na zabezpečenie cirkulácie a teploty vzduchu,
- prístupom denného aj umelého svetla,
- toaletou za zástenou, umývadlom a pevnou zabudovanou sprchou,
- zariadením (mikrofón, reproduktor) na obojsmernú komunikáciu s pacientom (umiestneným na bezpečnom mieste),
- rádiom a/alebo televízorom (umiestnenými na bezpečnom mieste),

- zoznamom práv a povinností pacienta a tiež liečebným poriadkom (umiestnenými na bezpečnom a viditeľnom mieste),
- možnosťou pobytu v bezpečnom vonkajšom priestore (nie je nevyhnutný).

Požiadavky na personál: Kompetentnými zdravotníckymi pracovníkmi indikujúcimi pobyt v seklúznej miestnosti sú preferenčne: lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore detská psychiatria, v prípade ich nedostupnosti na pracovisku aj lekár bez špecializácie. Kompetentnými zdravotníckymi pracovníkmi na monitoring pacienta pod supervíziou indikujúceho lekára môže byť aj sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii, v prípade ich nedostupnosti aj sestra, alebo zdravotnícky asistent. Personál, ktorý používa obmedzovacie prostriedky, má byť v pravidelných intervaloch školený v technikách verbálneho i neverbálneho manažmentu agresivity a porúch správania.

Indikácie: Závažné poruchy správania spojené s agresiou voči sebe a/alebo okoliu u pacienta s psychickou poruchou alebo s príznakmi psychickej poruchy po vyčerpaní iných možností (verbálne a neverbálne techniky na zvládnutie takéhoto stavu).

Kontraindikácie:

- zdravotný stav závažný zo somatického hľadiska,
- nemôže ísť o preventívne alebo sankčné opatrenie, resp. riešenie prevádzkových nedostatkov.

Dĺžka pobytu: Pobyt v seklúznej miestnosti je možné použiť iba v indikovaných prípadoch a na nevyhnutnú dobu, tzn. s pravidelným monitoringom v minimálne 30 minútových intervaloch môže pobyt v seklúznej miestnosti trvať nepretržite maximálne 12 hodín, pri kombinácii s fixačnými popruhmi max. 3 hodiny. Po tomto čase je nevyhnutné pokúsiť sa o uvoľnenie pacienta a až po tomto prerušení je v prípade nutnosti možné pacienta opätovne obmedziť.

Monitoring pacienta: nepretržité monitorovanie pacienta (možnosť použiť observačné okno, príp. aj kamerový systém) a v minimálne 30 minútových intervaloch prezenčné monitorovanie (zahŕňa monitoring telesného a duševného stavu, vitálnych funkcií, rizika agresívneho správania).

Priebeh hospitalizácie na seklúznej izbe:

- Počas pobytu pacienta je dbané o jeho hydratáciu, stravovanie a vyprázdňovanie, hygienu, tepelný a svetelný komfort a o prevenciu komplikácií z obmedzenia.
- Informovanie pacienta o dôvodoch pobytu v seklúznej miestnosti, vysvetlenie postupu – najlepšie priebežne, príp. v bezprostrednej nadväznosti na ukončenie pobytu v takejto miestnosti formou terapeutického pohovoru.
- Pokiaľ je pacient obmedzený v spôsobilosti na právne úkony, týkajúce sa zdravotnej starostlivosti, je potrebné pokúsiť sa o bezodkladné informovanie jeho opatrovníka o pobyte pacienta v seklúznej miestnosti, resp. v odôvodnených prípadoch jeho zákonného zástupcu.
- Nesmú byť používané bolestivé hmaty ani iné nehumánne postupy, musí byť dbané o dôstojnosť pacienta a jeho súkromie.
- Pacient je vizuálne oddelený od ostatných pacientov a návštev v zdravotníckom zariadení. Návštevu pacienta, ktorý je umiestnený v seklúznej miestnosti, je možné zrealizovať po indikácii lekárom (o forme a dĺžke návštevy rozhodne lekár).

- Pacient má možnosť obojsmerne komunikovať s ošetrojúcim personálom cez zariadenie, ktoré je bezpečne umiestnené v seklúznej miestnosti.
- V prípade, ak je to v zariadení uskutočniteľné (t. j. seklúzna miestnosť má samostatný vyhradený bezpečný chránený priestor), musí mať pacient zabezpečený aj bezpečný prístup k čerstvému vzduchu (vstup do bezpečného vonkajšieho priestoru).

Čo môže mať pacient pri sebe:

- pacient nemá k dispozícii osobné veci (vrátane mobilného telefónu),
- oblečený je v bezpečnom nemocničnom oblečení,
- pri najvyššom stupni sebaohrozenia alebo sebaopoškodenia má mať pacient oblečený špeciálny bezpečný odev, ktorý je určený na tento účel.

Vedenie dokumentácie:

Záznamy o pacientovi, umiestnenom v seklúznej miestnosti, musia byť vedené bez zbytočného odkladu:

- a) v zdravotnej dokumentácii pacienta,
- b) v registri o obmedzovacích prostriedkoch, vedenom v danom zdravotníckom zariadení.

Záznam o agresívnom správaní a jeho manažmente musí obsahovať:

- indikáciu pobytu pacienta v seklúznej miestnosti vrátane zdôvodnenia a účelu (v prípade, že bolo súčasne použitých viac obmedzovacích prostriedkov musí byť urobený separátny záznam o každom z nich, vrátane dôvodu použitia kombinácie obmedzovacích prostriedkov, ak bola indikovaná; tiež záznam o miernejších obmedzovacích prostriedkoch, ktoré boli predtým použité, ale nedostatočne účinné),
- záznam o informovaní pacienta o nutnosti aplikácie postupu na zvládnutie agresie a po ukončení pobytu záznam o realizácii terapeutického pohovoru o dôvodoch umiestnenia v seklúznej miestnosti,
- záznam o informovaní opatrovníka, resp. zákonného zástupcu pacienta (v odôvodnených prípadoch),
- stanovenie intervalu kontrol (môžu byť častejšie ako 30 min.),
- čas začatia a ukončenia pobytu pacienta v seklúznej miestnosti,
- záznamy pravidelného monitoringu zdravotného stavu pacienta (telesného a duševného stavu, vitálnych funkcií, rizika agresívneho správania),
- meno a podpis lekára zodpovedného za indikovanie pobytu pacienta v seklúznej miestnosti,
- mená a podpisy zdravotníckeho personálu monitorujúceho pobyt pacienta v seklúznej miestnosti,
- v prípade realizácie návštevy pacienta – záznam o osobe, ktorá pacienta navštívila, čase a priebehu návštevy, meno lekára, ktorý o návšteve rozhodol.

Odporúčanie:

- implementácia usmernenia do MTZ,
- vypracovanie vnútorného predpisu pre konkrétne pracovisko pre použitie obmedzovacích prostriedkov (vrátane osobitného predpisu pre seklúznú miestnosť),
- vypracovanie návrhu povinného sústavného vzdelávania pre pracovníkov poskytujúcich starostlivosť v odbore psychiatria v technikách verbálneho i

neverbálneho manažmentu agresivity a porúch správania a následné zaškolenie a pravidelné preškoľovanie personálu ústavných psychiatrických zariadení.

6.3. Návrh minimálnych noratívov pre bezpečnostné jednotky

Priestorové požiadavky:

Vychádzajúc z Výnosu MZ SR č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení²⁵, funkčné priestory oddelenia tvoria:

- 1) vyšetrovňa,
- 2) zákroková miestnosť,
- 3) miestnosť pre personál,
- 4) izby pre pacientov,
- 5) jedáľenský priestor a čajová kuchynka,
- 6) mliečna kuchynka,
- 7) miestnosti určené na osobnú hygienu pacientov,
- 8) sklad zdravotníckych pomôcok,
- 9) sklad sterilných zdravotníckych pomôcok,
- 10) čistiaca miestnosť a miestnosť na odkladanie prostriedkov určených na upratovanie,
- 11) miestnosť pre psychoterapiu / psychiatrickú rehabilitáciu,
- 12) miestnosť pre voľnočasové aktivity,
- 13) bezpečný prístup k čerstvému vzduchu (vstup do bezpečného vonkajšieho priestoru).

Špecifiká bezpečnostného oddelenia:

- Izby pre pacientov - max 2- lôžkové s upevneným nábytkom - minimálne polovica izieb má možnosť kontinuálneho monitorovania kamerovým systémom,
- seklúzna miestnosť s pevným lôžkom a možnosťou fixácie remeňmi,
- monitorovanie spoločných priestorov kamerovým systémom,
- systém okamžitého zvolania personálu (napr. bezpečnostné náramky, signalizačné zariadenia).

Personálne noratívy (cca 2-násobok personálu oproti bežným odd.)

Minimálny počet ľudí v smene pre potrebu zvládnutia emergentnej situácie, na manuálnu fixáciu, resp. nútené podanie medikácie - 7 osôb:

- pre bezpečnú manuálnu fixáciu pacienta - 5 osôb (pravidlo každá končatina 1 osoba, hlava 1 osoba),
- pre podanie medikácie fixovanému pacientovi - 1 osoba,
- pre starostlivosť o ostatných pacientov počas zákroku - 1 osoba.

Kategória	Počet: personál/pacienti
Lekár	1 / 12

²⁵ Výnos MZ SR č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení (dostupný online: <https://www.health.gov.sk/?vzdelavanie-normativ-mtz-vynos-09812-2008>);

Sestra	1 / 7 – denná zmena
	1 / 10 – nočná zmena
Sanitár	1 / 10 – denná zmena
	1 / 15 – nočná zmena

Taktiež bude potrebné zabezpečiť úväzok pre klinického psychológa, liečebného pedagóga a sociálneho pracovníka.

V súčasnosti prebieha iba aktualizácia personálnych normatífov, ktoré budú bližšie zadefinované v osobitnom predpise.

Technické vybavenie:

Bezpečnostná jednotka pre psychiatrických pacientov so závažnými poruchami správania bude vybavená ako štandardné psychiatrické oddelenie, vrátane dostupnosti prístroja pre podávanie elektrokonvulzívnej terapie s potrebným komplementom.

6.4. Návrh minimálnych štandardov pre študijný program sústavného vzdelávania

MINIMÁLNY ŠTANDARD PRE ŠTUDIJNÝ PROGRAM SÚSTAVNÉHO
VZDELÁVANIA
MANAŽMENT AGRESIVITY A PORÚCH SPRÁVANIA V PSYCHIATRII PRE
LEKÁROV, SESTRY, ZDRAVOTNÍCKYCH ASISTENTOV – PRAKTICKÉ
SESTRY, PSYCHOLÓGOV A ZDRAVOTNÍCKYCH ZÁCHRANÁROV

a) Charakteristika študijného programu sústavného vzdelávania

Študijný program je zameraný na získanie vedomostí o verbálnych a non-verbálnych intervenciách, využívajúcich špecifické komunikačné techniky a zručnosti na stabilizáciu psychického stavu pacienta, trpiaceho psychickou poruchou, ktorý sa prejavuje agresívne a má poruchy správania ohrožujúce jeho samého alebo jeho okolie. Zahŕňajú prevenciu rozvoja agresie a porúch správania, ich riešenie, ak sa vyskytnú, a tiež intervencie, ktoré nasledujú po ich zvládnutí, smerované k pacientovi aj jeho okoliu, vrátane zdravotníckeho personálu.

b) Cieľ študijného programu sústavného vzdelávania

Cieľom je získanie a následne obnovovanie teoretických vedomostí a praktických zručností v manažmente agresivity a porúch správania v psychiatrii a ich adekvátne uplatňovanie v odbornej praxi.

c) Určenie cieľovej skupiny študijného programu sústavného vzdelávania

Lekár, sestra, zdravotnícky asistent – praktická sestra, psychológ, zdravotnícky záchranár.

d) Celkový rozsah vzdelávacieho programu

Dĺžka študijného programu sústavného vzdelávania je 30 hodín. Pozostáva z teoretickej časti v dĺžke trvania 10 hodín a praktickej časti v rozsahu 20 hodín. Teoretické a praktická zložka programu sú vzájomne prepojené.

Dĺžka vzdelávacieho programu je najmenej 30 hodín, preškolenie raz za 2 roky po 4 hodiny.

e) Obsah a rozsah teoretických vedomostí a praktických zručností

Položka 1

Teoretické vedomosti v manažmente agresivity a porúch správania v psychiatrii (10 hodín)

1. zdroje agresívneho správania, prevencia agresívneho správania,
2. právne otázky (použitie obmedzovacích a donucovacích prostriedkov, ľudsko-právne otázky, legislatíva),
3. metódy hodnotenia rizika agresívneho správania,
4. proaktívne stratégie (napr. bezpečné prostredie, safewards),
5. formy netelesného a telesného obmedzenia a pravidiel ich používania,
6. verbálna a neverbálna komunikácia s pacientom, trpiacim psychickou poruchou, ktorý má vysoké riziko rozvoja alebo vykazuje príznaky agresívneho správania a porúch správania,
7. vytváranie algoritmov pre postup v manažmente agresie na pracovisku,
8. farmakoterapia (pre zdravotnícky personál),
9. správanie po agresívnom incidente (debríting zameraný na identifikáciu rizikových faktorov udalosti a ich elimináciu v budúcnosti),
10. metódy zvládania stresu, práca s vlastnými emóciami,
11. vedenie registra výskytu agresie a použitia obmedzovacích prostriedkov.

Položka 2

Praktické zručnosti

Praktické skúsenosti a zručnosti v manažmente agresivity a porúch správania v psychiatrii (20 hodín)

1. praktický nácvik metód deeskalácie agresívneho správania:
 - a. verbálne techniky,
 - b. non-verbálne (fyzické) techniky: základy sebaobrany, obrana proti útokom, špeciálne úchopy, držanie, používanie donucovacích prostriedkov (popruhy),
2. tímové aktivity,
3. tréning podľa štandardizovaných scenárov (hranie rolí).

Školenie končí testom, ktorý zahŕňa teoretické riešenie prípadových štúdií.

f) Materiálno-technické zabezpečenie vzdelávacieho programu

- telocvičňa, žienky,
- obmedzovacie prostriedky (popruhy a iné),
- prezentačná a dokumentačná technika (didaktická technika).

MINIMÁLNY ŠTANDARD PRE ŠTUDIJNÝ PROGRAM SÚSTAVNÉHO VZDELÁVANIA MANAŽMENT AGRESIVITY A PORÚCH SPRÁVANIA V PSYCHIATRII PRE SANITÁROV

a) Charakteristika študijného programu sústavného vzdelávania

Študijný program je zameraný na získanie vedomostí o verbálnych a non-verbálnych intervenciách, využívajúcich špecifické komunikačné techniky a zručnosti na stabilizáciu psychického stavu pacienta, trpiaceho psychickou poruchou, ktorý sa prejavuje agresívne a má poruchy správania ohrozujúce jeho samého alebo jeho okolie. Zahŕňajú prevenciu rozvoja

agresie a porúch správania, ich riešenie, ak sa vyskytnú, a tiež intervencie, ktoré nasledujú po ich zvládnutí, smerované k pacientovi aj jeho okoliu, vrátane zdravotníckeho personálu.

b) Cieľ študijného programu sústavného vzdelávania

Cieľom je získanie a následne obnovovanie teoretických vedomostí a praktických zručností v manažmente agresivity a porúch správania v psychiatrii a ich adekvátne uplatňovanie v odbornej praxi.

c) Určenie cieľovej skupiny študijného programu sústavného vzdelávania

sanitár

d) Celkový rozsah vzdelávacieho programu

Dĺžka študijného programu sústavného vzdelávania je 25 hodín. Pozostáva z teoretickej časti v dĺžke trvania 5 hodín a praktickej časti v rozsahu 20 hodín. Teoretické a praktická zložka programu sú vzájomne prepojené.

Dĺžka vzdelávacieho programu je najmenej 25 hodín, preškolenie raz za 2 roky po 4 hodiny.

e) Obsah a rozsah teoretických vedomostí a praktických zručností

Položka 1

Teoretické vedomosti v manažmente agresivity a porúch správania v psychiatrii (5 hodín)

12. zdroje agresívneho správania, prevencia agresívneho správania,
13. právne otázky (použitie obmedzovacích a donucovacích prostriedkov, ľudsko-právne otázky, legislatíva),
14. metódy hodnotenia rizika agresívneho správania,
15. proaktívne stratégie (napr. bezpečné prostredie, safewards),
16. formy netelesného a telesného obmedzenia a pravidiel ich používania,
17. verbálna a neverbálna komunikácia s pacientom, trpiacim psychickou poruchou, ktorý má vysoké riziko rozvoja alebo vykazuje príznaky agresívneho správania a porúch správania,
18. vytváranie algoritmov pre postup v manažmente agresie na pracovisku,
19. zásady liečby agresivity a porúch správania v psychiatrii,
20. správanie po agresívnom incidente (debrífung zameraný na identifikáciu rizikových faktorov udalosti a ich elimináciu v budúcnosti),
21. metódy zvládania stresu, práca s vlastnými emóciami,
22. vedenie registra výskytu agresie a použitia obmedzovacích prostriedkov.

Položka 2

Praktické zručnosti

Praktické skúsenosti a zručnosti v manažmente agresivity a porúch správania v psychiatrii (20 hodín)

4. praktický nácvik metód deeskalácie agresívneho správania:
 - a. verbálne techniky,
 - b. non-verbálne (fyzické) techniky: základy sebaobrany, obrana proti útokom, špeciálne úchopy, držanie, používanie donucovacích prostriedkov (popruhy),
5. tímové aktivity,
6. tréning podľa štandardizovaných scenárov (hranie rolí).

Školenie končí testom, ktorý zahŕňa teoretické riešenie prípadových štúdií.

f) Materiálno-technické zabezpečenie vzdelávacieho programu

- telocvičňa, žienky,
- obmedzovacie prostriedky (popruhy a iné),
- prezentačná a dokumentačná technika (didaktická technika).