Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta so závažnou psychickou poruchou v zariadení komunitnej psychiatrickej starostlivosti

Autorský kolektív:
doc. Mgr. Martina Dubovcová, PhD., MPH
doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.
PhDr. Oľga Lukačovičová, MPH
PhDr. Katarína Samecová
PhDr. Renáta Lachová
Mgr. Silvia Bodnárová

Špecializačný odbor:
Ošetrovateľstvo

Recenzenti:
doc. MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.; MUDr. Zuzana Matzová, PhD.; doc. Mgr.Martina Tomagová, PhD. (hodnotitelia AGREE II.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Sekcia zdravia MZ SR; Sekcia farmácie a liekovej politiky MZ SR; Sekcia financovania MZ SR; Sekcia legislatívy a práva MZ SR; Odbor zdravotníckeho vzdelávania MZ SR.
Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: Mgr. Daniela Bukšárová; PharmDr. Gabriela Cveková Švecová; Mgr. Miloš Čakloš, PhD.; doc. MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH; MUDr. Ingrid Dúbravová; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Marta Kullačová; doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc., FRCP; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Daniela Ondrčková, MPH; PharmDr. Ivana Pankuchová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Petra Páneková; MUDr. Darina Sedláková, MPH; PhDr. Mgr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH; MUDr. Marianna Šestinová; Mgr. Andrej Vyskoč, PhD., MPH
Stanoviská: Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Slovenská komora psychológov, Asociácia klinických psychológov Slovenska, Slovenská komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce

Národný projekt s názvom „Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podporu prevencie“ (kód ITMS21+: 401405B874) je spolufinancovaný z prostriedkov Programu Slovensko.
Odborný garant projektu: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FEFIM, FRCP
Odborný koordinátor: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

Číslo ŠP	Dátum predloženia Komisii MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0319	*9. október 2025*	*schválený*	*1. november 2025*

1 Kľúčové slová

Duševná choroba, príznaky duševnej poruchy, duševné zdravie, psychická porucha, komunitná psychiatrická/ zdravotná starostlivosť, multidisciplinárny tím, terénny mobilný tím, posudzovanie, diagnostika, plánovanie, terapeutický plán, individuálny ošetrovateľský plán, ošetrovateľské intervencie, sociálne intervencie, realizácia, vyhodnotenie, posudzovacie meracie nástroje, hodnotiace škály.

2 Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

AQoL-6D	Assessment of Quality of Life (6 Dimensions) / Hodnotenie kvality života súvisiace so zdravím (6 dimenzií)
CAN	Camberwell assessment of need / Camberwellský formulár pre hodnotenie potrieb
CT	Počítačová tomografia
DSS	Domov sociálnych služieb
EEG	Elektroencefalografia
EKG	Elektrokardiografia
FB	FACT board / tabuľa faktov
GAF	Global Assessment of Functioning Scale/ Hodnotenie globálneho fungovania klienta
GDPR	General data protection regulation / Všeobecné nariadenie o ochrane údajov
HoNOS	Health of the National Outcome Scales / Zdravie podľa národnej stupnice výsledkov
KO	Krvný obraz
KOM	Komplexný ošetrovateľský manažment
KOS	Komplexná ošetrovateľská starostlivosť
KPS	Komunitná psychiatrická starostlivosť
MDT	Multidisciplinárny tím
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb
MMSE	Mini mental state examination / Folsteinov test kognitívnych funkcií
MR	Magnetická rezonancia
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NANDA	American Nursing Diagnosis Association / Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy
P	Pulz
POO	Plán obnovy a odolnosti
PS	Psychiatrický stacionár
PZS	Pracovná zdravotná služba
RTG	Röntgenové vyšetrenie
SMI	Serious/severe Mental Illness/Závažná psychická porucha
SR	Slovenská republika
ŠAS	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
TK	Tlak krvi
TT	Telesná teplota
USG	Ultrasonografia
ÚZS	Ústavná zdravotná starostlivosť
VAS	Visual analogue scale/ Vizuálna analógová škála

3 Kompetencie členov multidisciplinárneho tímu

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom komplexného ošetrovateľského manažmentu pacientovi so závažnou psychickou poruchou v zariadení komunitnej psychiatrickej starostlivosti je realizované prostredníctvom výkonov multidisciplinárneho tímu.

Multidisciplinárny tím je základným článkom efektívnej komunitnej psychiatrickej starostlivosti Jeho členovia spolupracujú pri poskytovaní komplexného ošetrovateľského manažmentu pacientovi, pri jeho plánovaní, poskytovaní a hodnotení komplexnej a individualizovanej starostlivosti. Členovia multidisciplinárneho tímu podporujú princípy zotavenia, rešpektu, participácie a integrácie do komunity. Základné kompetencie členov multidisciplinárneho tímu sú uvedené v ***Tabuľke č. 1.***

Tabuľka č. 1

Členovia multidisciplinárneho tímu a ich základné kompetencie		
P. č.	**Člen multidisciplinárneho tímu**	**Kompetencie**
1.	Psychiater	Diagnostika, tvorba terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny plán členov multidisciplinárneho tímu, farmakoterapia, supervízia
2.	Klinický psychológ	Psychodiagnostika, psychoedukácia, psychoterapia, komunitná starostlivosť
3.	Sestra	Posudzovanie deficitov potrieb s využitím metódy hodnotenia potrieb u pacientov s duševnou chorobou a vypracovanie ošetrovateľského plánu, realizácia ošetrovateľských postupov, podávanie liekov, vzdelávanie, edukácia, psychoedukácia,psychosociálna rehabilitácia
4.	Praktická sestra - asistent	Výkon pracovných činností v rozsahu vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z.z..
5.	Sociálny pracovník	Sociálno-právna podpora, prevencia, podpora integrácie
6.	Liečebný pedagóg	Funkčná diagnostika, priebežná diagnostika, prevencia, aktivácia (tréning kognitívnych schopností a zručností), psychosociálna rehabilitácia, sprevádzanie (krízová intervencia, poradenstvo), práca s príbuznými, participácia.
7.	Ostatní odborníci	Podpora podľa individuálnych potrieb pacienta

Kompetencie jednotlivých členov multidisciplinárneho tímu:

3.1 Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria – psychiater

Prijatie a vstupné posúdenie pacienta

- Posúdi prvotný stav pacienta.
- Zhodnotí fyzický a psychický stav, sociálne zázemie a rizikové faktory.
- Identifikuje akútne ohrozenie (napr. suicidálne sklony, agresivita).

Administratíva a dokumentácia

- Vypracuje terapeutický plán, ktorý obsahuje individuálny plán členov multidisciplinárneho tímu, v spolupráci s pacientom a jeho rodinou/blízkymi osobami.

3.2 Klinický psychológ

Psychodiagnostika

- Realizuje komplexné psychologické vyšetrenia s cieľom stanoviť presnú diagnózu, posúdiť osobnosť, kognitívne funkcie a psychosociálne zručnosti pacienta.
- Využíva štandardizované testy, dotazníky, rozhovory a projektívne metódy na získanie komplexného obrazu o stave pacienta.

Psychoterapia a intervencie

- Vykonáva psychoterapeutické intervencie (individuálne, skupinové, krízové), ak má absolvované špecializované psychoterapeutické vzdelanie; inak poskytuje bazálnu psychoterapiu a podporné rozhovory.
- Zameriava sa na podporu zvládania symptómov, stabilizáciu stavu a rozvoj copingových stratégií.
- Realizuje psychoedukáciu pacienta a jeho blízkych osôb, vysvetľuje podstatu ochorenia, možnosti liečby a prevencie relapsu.

Krízová intervencia

- Poskytuje akútnu psychologickú intervenciu v prípade psychickej dekompenzácie, suicidálnych tendencií alebo iných krízových situácií.
- Spolupracuje pri tvorbe bezpečnostných plánov a zabezpečení kontinuity starostlivosti.

Administratíva a dokumentácia

- Vypracováva klinicko-psychologické nálezy, vedie dokumentáciu o priebehu diagnostiky a terapie, pripravuje odborné správy pre potreby ďalších členov multidisciplinárneho tímu alebo inštitúcii.

3.3 Sestra

Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zmysle zákona č. 574/2004 Z.z. a v rozsahu ošetrovateľskej praxe sestry podľa vyhlášky MZ SR č. 208/2024 Z.z. a poskytovanie špecializovanej ošetrovateľskej starostlivosti samostatne v rozsahu získanej odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných pracovných činností.

Posudzovanie a diagnostika

- Posúdi zdravotný stav pacienta s využitím hodnotiacich nástrojov, posudzovacie a hodnotiace škály a dotazníky.
- Posúdi možnosti podpory blízkych osôb.
- Posúdi prostredie, v ktorom pacient žije, prípadne prostredia blízkych osôb.
- Identifikuje riziká vplývajúce na destabilizáciu stavu pacienta.
- Posúdi prejavy pacienta s identifikáciou výskytu prejavov zmenených psychických procesov.
- Posúdi prítomnosť rizikového správania pacienta s identifikáciou nebezpečného správania pre seba a svoje okolie.
- Posúdi a hodnotí psychický a fyzický stav pacienta v prirodzenom prostredí (domácnosť, komunita).
- Identifikuje sesterskú diagnózu súvisiacu s duševným zdravím (napr. riziko sebapoškodenia, porucha spánku, neadherencia k liečbe).
- Podporí a sleduje adherenciu k farmakoterapii (napr. podávanie depotných antipsychotík, dohľad pri užití liekov).
- Posúdi skríning rizika agresie a autoagresie so zabezpečením opatrení.

Plánovanie a realizácia intervencií

- Spolupracuje s rodinou/blízkymi osobami.
- Vedie podporný psychoterapeutický rozhovor s využitím psychoterapeutických techník a intervencií.
- Podporuje adaptáciu na zmenu životného štýlu súvisiacu s potrebou podpory duševného zdravia pacienta.
- Poskytuje krízové intervencie.
- Plní rolu case manažéra.
- Plní rolu poradcu v zdravotníckom zariadení, ale aj v prirodzenom prostredí pacienta.

- Poskytuje krízovú intervenciu v prípade zhoršenia psychického stavu, identifikuje varovné signály a kontaktuje multidisciplinárny tím.
- Monitoruje riziká, najmä suicidálneho správania, agresivity, zneužívania návykových látok.
- Edukuje a realizuje psychoedukáciu pacienta a blízkych osôb v oblasti prevencie a liečby duševných porúch (napr. zvládanie symptómov, liekový režim, prevencia recidív, relaxácia), zvládania stresu, sebaregulácie, hygienických návykov, stravovania, spánkového režimu, sociálneho vzdelávania.
- Realizuje nácvik zručností v každodennom živote v oblasti finančného plánovania, nakupovania, starostlivosti o domácnosť.
- Podporuje zotavenie (recovery-oriented care) v oblasti posilňovania autonómie, zmysluplného trávenia času, cieľov pacienta.
- Facilituje peer konzultantov a podpornéskupiny alebo komunitné stretnutia.

Koordinácia starostlivosti

- Spolupracuje v multidisciplinárnom tíme (psychiater, psychológ, sestra, sociálny pracovník, peer konzultant).
- Prepája pacienta so sieťou služieb: sociálne služby, poradenské centrá, zariadenia sociálnej starostlivosti, zamestnanecké agentúry..
- Tvorí a realizuje individuálny ošetrovateľský plán, pravidelne ho reviduje.
- Vedie záznamy a dokumentáciu v súlade s platnou legislatívou a General data protection regulation (ďalej len „GDPR“).

Administratíva a dokumentácia, vyhodnotenie

- Zbiera, analyzuje a vyhodnocuje údaje o zdravotnom stave a funkčnosti pacienta.
- Vyhodnocuje plán ošetrovateľskej starostlivosti, úroveň dosiahnutia cieľov, spoluúčasť na plánovacích poradách.
- Vyhodnocuje efektivitu intervencií podľa cieľov v pláne starostlivosti.
- Identifikuje potreby pacienta a návrh odporúčaní na ďalšiu starostlivosť alebo úpravu režimu.

3.4 Praktická sestra-asistent

- Poskytuje a vykonáva pracovné činnosti v rozsahu definovanom vyhláškou MZ SR č. 321/2005 Z.z..
- Spolupracuje so sestrou pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v rámci svojich kompetencií.

3.5 Sociálny pracovník

Posúdenie a plánovanie

- Posudzuje sociálny stav pacienta a blízkych osôb s identifikáciou problémových a rizikových oblastí.
- Zostavuje plán sociálnej starostlivosti spoločne s pacientom.

Intervencie

- Poskytuje registrované sociálne služby v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnych službách).
- Poskytuje odborné činnosti, najmä sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, školenie sociálnych zručností.
- Poskytuje sociálnu prácu v zmysle zákona č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o sociálnej práci“).
- Realizuje preventívne postupy na zabránenie vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, rieši

nepriaznivú sociálnu situáciu alebo zmierňuje nepriaznivé sociálne situácie osoby, rodiny alebo komunity.

- Podporuje zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopností osoby viesť samostatný život, jej začlenenia do spoločnosti, zabezpečuje nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby, rieši krízové sociálne situácie fyzickej osoby a rodiny, realizuje prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.

Vyhodnotenie

- Vyhodnocuje plán a identifikuje potreby a mieru sebestačnosti v spolupráci s pacientom.
- Zabezpečuje pacientovi v spolupráci s blízkymi osobami potrebné sociálne zázemie, ktoré zahŕňa finančné príspevky na bývanie, starostlivosť, invalidný dôchodok, či rieši dlhové problémy.

3.6 Liečebný pedagóg

- Využíva diagnostiku oslabených funkcií pre orientáciu a pochopenie ťažkostí jednotlivca (oslabenia, potreby, hodnoty, potenciály).
- Uplatňuje preventívne opatrenia (primárne, sekundárne terciárne) a poradenstvo, aj pre príbuzných.
- Podporuje aktiváciu, participáciu, kreativitu.
- Ponúka interaktívne liečebnopedagogické cvičenia a programy pri funkčných oslabeniach (pre zlepšenie vnímania, orientácie, komunikácie, spolupráce), pričom využíva výtvarné umenie, hudbu, pohyb, hru, literatúru, tvorivé zamestnania a skupinové aktivity.
- Poskytuje pomoc pri konkrétnych ťažkostiach, individuálne poradenstvo a sprevádzanie (v kríze, pri príprave na zmenu...).
- Spolupracuje v tíme pri dosahovaní cieľov u klientov, v zariadení a jeho sociálnom prostredí (inklúzia).

3.7 Fyzioterapeut

- Plánuje časovania a vykonávanie fyzioterapeutickej starostlivosti samostatne podľa jasných guidelines s cielenou fyzioterapiou podľa aktuálneho klinického stavu a individuálnych potrieb pacienta – efektívne využitie.
- Realizácia a vykonávanie činností v rozsahu svojich kompetencií v súlade so získanou odbornou spôsobilosťou.

3.8 Ergoterapeut

- Zmysluplne zamestnáva pacienta za účelom zachovania úrovne sebestačnosti v aktivitách denného života a zároveň využívania schopností jedinca, ktoré potrebuje pre zvládnutie bežných denných činností.
- Podporuje zdravie a celkovú pohodu pacienta, pomáha maximalizovať účasť na aktivitách bežného života s rešpektovaním jeho možností.

Využíva:

- Diagnostické prostriedky: Odhalenie disability, postihnutia alebo handicapu a zistení zvyšného pracovného potenciálu daného pacienta.
- Prostriedky pre rozvoj kreativity: Jedná sa o činnosti pracovné, herné a rekreačné. Často sa používa výtvarná činnosť, napríklad práca s papierom, textilom, drevom alebo keramikou.
- Terapeutické prostriedky: Spolu s pacientom stanoviť ciele ergoterapeutického plánu, ktoré smerujú k zlepšeniu alebo aspoň zachovaniu sebestačnosti, pracovných aktivít alebo aktivít vo voľnom čase.

- Preventívne prostredie: Prispieť pomocou cieleného ergoterapeutického plánu na prevenciu vzniku handicapu.

3.9 Klinický logopéd

- Diagnostikuje, realizuje klinicko - logopedickú liečbu (terapia) pacienta s narušenou komunikačnou schopnosťou.
- Poskytuje poradenstvo blízkym osobám, napríklad životnému partnerovi pacienta.
- Realizácia a vykonávanie činností v rozsahu svojich kompetencií v súlade so získanou odbornou spôsobilosťou.

3.10 Peer konzultant

Osoba, ktorá má vlastnú skúsenosť s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy a procesom uzdravenia, je dôležitou súčasťou multidisciplinárneho tímu a poskytuje tímu spätnú väzbu z pohľadu konzumentov služieb. Musí byť vyškolený v kurze, kde získa skúsenosti a kompetencie potrebné pre prácu a jej organizáciu v multidisciplinárnom tíme, tiež sa zoznámi s konceptom uzdravenia, jeho využitím v práci peer konzultanta, získa schopnosti pre komunikáciu s pacientom a jeho blízkymi osobami. Naučí sa byť súčasťou tímových rozhodnutí. Peer konzultant musí pracovať pod supervíziou.

4 Úvod

Komplexný ošetrovateľský manažment (ďalej len „KOM“) pacienta so závažnou psychickou poruchou v zariadení komunitnej psychiatrickej starostlivosti (ďalej len „KPS“) vychádza z princípov multidisciplinárnej spolupráce, individualizovaného prístupu a dôrazu na komunitnú a rehabilitačnú starostlivosť a sociálnu podporu. Pri poskytovaní KPS sa postupuje podľa štandardizovaných odporúčaní a v súlade s legislatívou a odporúčaniami Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“).

Závažná psychická porucha je stav, ktorý podstatne ovplyvňujú vnímanie, myslenie, náladu a správanie osoby s následkom narušenia sociálnych funkcií a vyžaduje dlhodobú liečbu, ktorý majú diagnostikovanú duševnú chorobu, alebo príznaky duševnej poruchy. Duševná porucha je porucha psychického fungovania a vedie k poklesu výkonu a poruchám správania sa, zároveň závažne obmedzuje schopnosť človeka cítiť sa dobre a fungovať v súlade so sebou a okolím, pričom ju môže zapríčiniť kombinácia rôznych rizikových faktorov, ako sú osobnostné črty, sociálne faktory a životné prostredie. Táto porucha si môže vyžadovať pomoc odborníka, pričom liečba sa zameriava na zlepšenie príznakov, fungovania a nastolenie psychickej pohody. Diagnostické kritériá pre jednotlivé duševné poruchy sú definované v aktuálne platnej revízii Medzinárodnej klasifikácii chorôb.

KPS predstavuje moderný model poskytovania zdravotných a sociálnych služieb osobám so závažnými duševnými poruchami mimo veľkokapacitných lôžkových zariadení. Ide o prístup zameraný na zotavenie, rešpektovanie ľudských práv, podporu nezávislosti a integráciu do bežného života v prirodzenom prostredí pacienta – doma, v komunite alebo na pracovisku. Tento model vychádza z princípov deinštitucionalizácie a medzinárodných odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie a podporuje prechod od pasívneho prijímateľa služieb k aktívnemu účastníkovi vlastného zotavenia.

KPS predstavuje základný spôsob poskytovania zdravotnej starostlivosti v prirodzenom prostredí pacienta, podporuje jeho samostatnosť a integráciu do spoločnosti. Pri starostlivosti o pacienta so závažnou psychickou poruchou je jej význam zameraný na stabilizáciu psychického stavu, prevenciu relapsov, minimalizáciu hospitalizácií a edukáciu pacienta a jeho blízkych osôb v súlade s právnymi a etickými normami Slovenskej republiky (ďalej len „SR“).

Ciele

- Podporovať zotavenie a zlepšovať kvalitu života osôb so psychickými poruchami.
- Zabezpečovať prístupnosť, kontinuitu a individualizáciu starostlivosti v prirodzenom prostredí.
- Predchádzať hospitalizáciám a relapsom, znižovať potrebu dlhodobého pobytu v ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ÚZS“).
- Podporovať inklúziu, samostatnosť a aktívne občianstvo pacientov.
- Posilňovať zapojenie rodiny/ blízkych osôb a komunity do procesu starostlivosti a zotavenia.
- Poskytovať zdravotnú starostlivosť v súlade s aktuálne platnými právnymi predpismi.
- Dodržiavať práva osôb a etické normy a princípy.

Úlohy

- Včasné rozpoznávanie a intervencia pri psychických poruchách v teréne.
- Tvorba a realizácia terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny plán členov multidisciplinárneho tímu (ďalej len „MDT“) a individuálny plán zotavenia, v spolupráci s pacientom.
- Koordinácia MDT a prepojenie služieb (zdravotné, sociálne, komunitné).
- Podpora adherencie k liečbe a psychoedukácia.
- Práca s rizikami (suicidalita, násilie, zanedbávanie starostlivosti o seba).
- Rozvoj funkčných, sociálnych a pracovných zručností pacienta.
- Pomoc pri návrate do práce, bývania a spoločnosti.
- Odborné vedenie pacienta a jeho blízkych osôb a poskytovateľov.

Vstupy

- Odborne vyškolený MDT (psychiater, psychológ, sestra, praktická sestra-asistent, sociálny pracovník, terapeut, peer konzultant).
- Zhodnotenie potrieb pacienta: psychický a fyzický stav, sociálne zázemie, vývinové špecifiká, rizikové faktory.
- Prístup k liečbe, terapiám a rehabilitácii v komunitnom prostredí.
- Prepojenie so zdravotným a sociálnym systémom.
- Účasť pacienta, blízkych osôb a ďalších zástupcov v rozhodovaní o starostlivosti.
- Informačné systémy, metodické návody, štandardy a legislatívny rámec.

Výstupy

- Zníženie počtu relapsov a hospitalizácií.
- Zvýšenie miery zotavenia, spokojnosti a kvality života pacientov.
- Zlepšenie funkčného a sociálneho fungovania (samostatné bývanie, práca, vzťahy).
- Zvýšená spolupráca pacienta s MDT a adherencie k liečbe.
- Zapojenie pacienta do komunity a posilnenie jeho autonómie.
- Úspešné prepojenie starostlivosti medzi zdravotným a sociálnym sektorom.

5 Prevencia

Duševné zdravie je neoddeliteľnou súčasťou zdravia osoby a spoločnosti. Chronické duševné poruchy, ako napr. schizofrénia, bipolárna porucha a iné, významne ovplyvňujú kvalitu života postihnutých osôb, ich rodín, blízkych osôb a komunít. Vzhľadom na závažnosť týchto ochorení a ich dopad na spoločnosť je kľúčové venovať pozornosť preventívnym opatreniam. V prevencii duševných porúch a v starostlivosti o duševné zdravie a závažne duševne chorých má nezastupiteľné miesto KPS.

KPS hodnotí Höschl (2006), ako vyváženú, navzájom prepojenú nemocničnú aj mimonemocničnú starostlivosť, ktorá zahŕňa všetky biologické a psychosociálne postupy.

Prevencia je poskytovaná v prirodzenom prostredí pacienta v jeho komunite, čo najbližšie k jeho bydlisku, bez vytrhnutia z pôvodných sociálnych väzieb, s možnosťou integrovať sa do pôvodnej komunity s hendikepom ako dôsledok duševnej poruchy. Ľudia so závažnými duševnými chorobami, alebo príznakmi duševnej poruchy si vyžadujú kontinuálnu a dlhodobú starostlivosť. Rozvoj a podpora komunitných služieb môže vytvoriť podmienky pre pracovnú a sociálnu rehabilitáciu, znižuje nepriaznivý dopad choroby. Je nápomocná pri obnove sociálnych kompetencii, uľahčuje návrat pacienta do spoločnosti, znižuje riziko relapsu choroby a celkovo pomáha znižovať náklady na liečbu.

Koncept KPS prepája ÚZS s ambulantnou starostlivosťou. Kľúčovými prvkami v koncepte poskytovania starostlivosti vrátane prevencie sú členovia MDT z rôznych oblasti, ako sú psychiatri, psychológovia, sociálni pracovníci, sestry, liečební pedagógovia, peer konzultanti. Zriadenie zariadení KPS umožňuje pacientovi zotrvať v jeho prirodzenom prostredí a zároveň pokračovať v uzdravovacom procese. Podpora rodiny a komunity dáva možnosti zapojenia blízkych osôb do procesu liečby a rehabilitácie.

Sestra je kľúčovým článkom v MDT a realizuje výkony prevencie v rámci poskytovania špecializovanej ošetrovateľskej starostlivosti, plní rolu podpory pacienta a jeho rodiny a blízkych osôb.

Sestra realizuje preventívne opatrenia a intervencie v rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu s cieľom:

- stabilizovať psychický stav pacienta, monitoring funkčnosti v domácom prostredí;
- identifikovať rizikové správanie;
- podporovať pacienta v dodržiavaní liečebného režimu, užívania liekov, hodnotenie účinkov liekov;
- hodnotiť domáce prostredie z hľadiska bezpečnosti a vhodnosti pre duševne chorého;
- podporovať pacienta pri hľadaní zmysluplných cieľov, začleňovať sa do bežného života;
- ochraňovať pacienta pred sociálnym dopadom v dôsledku choroby;
- edukovať v prevencii relapsov, o varovných signáloch;
- vzdelávať blízke osoby o ochorení, zvládať krízové situácie;
- vypracovať krízový plán s pacientom a blízkymi osobami v prípade zhoršenia ochorenia;
- minimalizovať dopad stigmy duševných chorôb v komunite;
- zabezpečiť bezpečné prostredie.

Prevencia vo všetkých svojich krokoch je zameraná na:

- prevenciu komplikácií;
- znižovanie rizikových faktorov;
- podporu zdravého prostredia;
- podporu zdravého životného štýlu;
- vytváranie podmienok na prevenciu stresu a duševných problémov;
- včasné odhalenie a zásah pri počiatočných príznakoch duševnej poruchy.

Prevencia zahŕňa skríningové programy, včasnú diagnostiku a dostupnosť odborných služieb. Pri už existujúcej duševnej chorobe je kladený dôraz na minimalizáciu následkov, na podporu sprevádzaním pacienta na ceste zotavenia a uzdravenia. V komunite to môže znamenať poskytovanie rehabilitačných

služieb, dohľad nad liečebným režimom, podporu sociálnej integrácie, psychoterapeutickú starostlivosť, podporu v samostatnosti a prevenciu relapsov .

Prevencia je kľúčovým prvkom starostlivosti a moderného prístupu k duševnému zdraviu za účelom zlepšenia kvality života osoby a celkovej spoločenskej pohody. V SR sa v posledných rokoch kladie dôraz na rozvoj KPS, ktoré ponúkajú podporu pacientovi v jeho prirodzenom prostredí a znižujú potrebu hospitalizácie. Rozvoj a podpora komunitných služieb, vzdelávanie odborníkov a zvyšovanie povedomia verejnosti sú kľúčové kroky k dosiahnutiu cieľa.

5.1 Primárna prevencia

Zohráva zásadnú úlohu v znižovaní rizika vzniku týchto porúch. Predstavuje súbor opatrení a aktivít, ktorých cieľom je zabrániť vzniku duševnej choroby, alebo príznakom duševnej poruchy znižovaním rizikových faktorov a posilňovaním ochranných faktorov.

Nástroje primárnej prevencie

Psychoedukácia a osveta

- zvyšovanie povedomia o duševnom zdraví v spoločnosti;
- odstraňovanie stigmy duševných porúch;
- podpora vyhľadávania odbornej pomoci;

Zameranie sa na rizikové skupiny

- jedincov s genetickým rizikom (napr. deti rodičov so schizofréniou);
- ľudí vystavených dlhodobému stresu, traume alebo zneužívaniu;
- prejavy porúch správania alebo sklonom k izolácii u mladistvých;

Podpora zdravého životného štýlu

- pravidelný spánok, fyzická aktivita, zdravá strava;
- zníženie užívania návykových látok (alkohol, drogy);
- budovanie pozitívnych sociálnych vzťahov a podpora komunity;

Rozvoj psychickej odolnosti

- tréning zvládania stresu, riešenia konfliktov a emocionálnej regulácie;
- programy zamerané na prevenciu šikanovania a podporu duševného zdravia;

Preventívna starostlivosť v primárnej zdravotnej starostlivosti

- pravidelný skríning duševného zdravia v ambulanciách všeobecných lekárov;
- včasné zachytenie prvých symptómov a preventívne intervencie.

Primárna prevencia predstavuje kľúčový pilier v boji proti vzniku chronických duševných chorôb. Investícia do prevencie nie je len finančne efektívna, ale prináša aj dlhodobé benefity pre kvalitu života osoby a celú spoločnosť. Dôležité je budovať systémové opatrenia, podporovať medziodborovú spoluprácu a zapojiť celú spoločnosť do ochrany a podpory duševného zdravia.

5.2 Sekundárna prevencia

Cieľom sekundárnej prevencie je včasná detekcia ochorenia a rýchla intervencia, ktorá výrazne môže ovplyvniť ďalší priebeh a prognózu pacienta. V kontexte chronických duševných chorôb má sekundárna prevencia zásadný význam pre obmedzenie ich rozvoja a zníženia rizika chronifikácie. Prioritné zameranie je na záchyt prvých príznakov duševnej poruchy alebo zmien duševnej choroby a začatie liečby v počiatočných štádiách - v období, keď príznaky sú ešte mierne, reverzibilné. Cieľom je predísť rozvoju závažnej formy duševnej poruchy, znížiť závažnosť priebehu a minimalizovať následky. Čím neskôr sa s liečbou začne, tým je horšia prognóza.

Úlohy sekundárnej prevencie:

- oddialiť alebo zabrániť rozvoju závažnej formy duševnej poruchy;
- znížiť frekvenciu hospitalizácii;
- obmedziť psychosociálne následky (strata zamestnania, izolácia, suicidálne správanie);
- zvýšiť šance na stabilizáciu stavu a udržanie kvality života.

Kľúčové prvky sekundárnej prevencie

Včasný záchyt

- rozpoznanie varovných príznakov duševnej poruchy (prodromálne štádium);
- školenia pre všeobecných lekárov, pedagógov a komunitných pracovníkov na identifikáciu prvotných symptómov;
- sebaskríningové nástroje pre verejnosť (dotazníky úzkosti, depresie a.i);

Rýchla a dostupná diagnostika

- skríningové programy v ambulanciách alebo komunitách;
- MDT: psychiatri, psychológovia, sestry, sociálni pracovníci, liečební pedagógovia, peer konzultanti;
- prístup k diagnostickým službám bez dlhého čakania;

Včasné intervencie

- zahájenie farmakologickej a psychoterapeutickej liečby čo najskôr po diagnostikovaní;
- podpora funkčných schopností pacienta (práca, rodina);
- využitie komunitných a nízkoprahových služieb.

V sekundárnej prevencii je potrebné zapojenie inštitúcií v rezortoch:

Zdravotníctva

- všeobecní lekári ako "prvý kontakt" - schopnosť rozpoznať varovné príznaky;
- psychiatrické a psychologické ambulancie (dostupnosť a koordinácia starostlivosti);

Práce, sociálnych vecí a rodiny

- edukácia o príznakoch a možnostiach právomoci;
- podpora pri rozhodovaní a vyhľadávaní odbornej pomoci.

Včasné rozpoznanie problémov a okamžitá odborná intervencia výrazne znižujú riziko vážnych následkov duševnej choroby, zlepšujú prognózu a uľahčujú návrat pacienta do normálneho života. Je potrebné posilňovať skríning, zvyšovať dostupnosť starostlivosti a vzdelávať verejnosť o varovných signáloch duševných porúch.

5.3 Terciárna prevencia

Zameriava sa na zmiernenie dôsledkov už rozvinutej duševnej poruchy a na zabránenie jej zhoršovaniu a recidívy. Jej cieľom je zlepšiť kvalitu života, funkčnosť a integráciu pacienta do spoločnosti a zároveň znížiť riziko relapsu a opakovaných hospitalizácií.

Intervencie terciárnej prevencie:

- znižujú dopad trvalých porúch na kvalitu života;
- pomáhajú predchádzať komplikáciám a relapsom;
- podporujú sociálne začlenenie a sebestačnosť pacienta.

Chronické duševné choroby bývajú recidivujúce a dlhodobé. Ak sa neliečia môžu viesť k zhoršeniu funkčných schopností, sociálnemu vylúčeniu, zvýšeniu rizika suicídia, vyčerpaniu rodiny a systému

starostlivosti. Efektívna terciárna prevencia môže výrazne znížiť celospoločenské náklady a zároveň zlepšiť prognózu osoby.

Ciele terciárnej prevencie:

- predchádzať relapsom;
- minimalizovať následky choroby (postihnutia, závislosť od systému);
- zvyšovať kvalitu života a autonómie pacienta;
- rehabilitovať a resocializovať, podporovať rodinu, blízke osoby a komunitu.

Podporné programy terciárnej prevencie:

- chránené dielne a sociálne podniky - podpora zamestnávania ľudí s chronickou duševnou chorobou;
- komunitné MDT, ktoré pracujú s pacientmi v prirodzenom prostredí;
- podporované bývanie - samostatné bývanie s pravidelným dohľadom odborníkov;
- podporné skupiny a podpora peer konzultanta (podpora zo strany ľudí s vlastnou skúsenosťou s duševnou poruchou);
- rehabilitácia a reintegrácia - zaradenie do bežného života, pracovného a sociálneho prostredia.

Terciárna prevencia je kľúčová pre udržanie funkčnosti, autonómie a dôstojnosti pacienta s chronickými duševnými chorobami. Nie je len medicínskou výzvou, ale aj spoločenskou zodpovednosťou. Kvalitná a dostupná starostlivosť o chorých v zariadení KPS dokáže výrazne znížiť dlhodobé následky duševných porúch a umožniť pacientovi viesť zmysluplný a aktívny život.

6 Epidemiológia

V SR zatiaľ neprebieha systematický zber dát o výskyte duševných porúch. Stav duševného zdravia možno hodnotiť len na základe cieleného zberu údajov v špecifických oblastiach.

Národné centrum zdravotníckych informácií vo svojej správe o psychiatrickej starostlivosti v SR za rok 2023 uvádza, že v psychiatrických ambulanciách bolo v roku 2023 vyšetrených 427 764 osôb (788,6 na 10 000 obyvateľov) so stanovenou diagnózou, čo bolo zároveň najviac od roku 2009. V porovnaní s predchádzajúcim rokom prišlo k nárastu o 2,5 %. Z hľadiska pohlavia prevládali vyšetrené ženy (890,8 na 10 000 žien) nad mužmi (681,7 na 10 000 mužov). Najčastejšou príčinou hospitalizácie v ústavnej psychiatrickej starostlivosti boli poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním alkoholu (27,2 % zo všetkých hospitalizácií). Nasledovali schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi (19,5 % hospitalizácií), ktoré boli zároveň najčastejšou príčinou prijatia žien do ústavnej psychiatrickej starostlivosti. Pri afektívnych poruchách (13,9 % hospitalizácií) dominovali hospitalizácie žien. Pri organických duševných poruchách vrátane symptomatických (13,6 % hospitalizácií) sa tri štvrtiny hospitalizácií týkali pacientov vo veku 65 a viac rokov.

Útvar hodnoty za peniaze Ministerstva financií (2020) uvádza, že duševné poruchy sú tretím najčastejším dôvodom priznania dôchodku v SR. Invalidné dôchodky kvôli duševným poruchám sú priznávané najmä ľuďom vo veku 19 - 39 rokov.

Hewlett, E a Moran, V., (2014,s.45) konštatujú, že ľudia s duševnými poruchami sú pravdepodobnejšie nezamestnaní, oproti ľuďom bez akejkoľvek poruchy, a preto sa často spoliehajú na nezamestnanosť, alebo invalidný dôchodok. Ľudia so závažnými duševnými chorobami budú pravdepodobne častejšie nezamestnaní ako ľudia s miernejšou duševnou poruchou.

7 Klasifikácia

Klasifikačný systém ošetrovateľskej starostlivosti formou sesterských diagnóz upravuje vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.

Najčastejšie sesterské diagnózy u pacienta s duševnou chorobou

A 100 – 117 Adaptácia

A 100 Narušená adaptácia jednotlivca

A 101 Riziko narušenej adaptácie jednotlivca

A 102 Narušená adaptácia rodiny

A 103 Riziko narušenej adaptácie rodiny

- v súvislosti s *príjmom na oddelenie, *so zmenenou životnou situáciou;

A 117 Únava

- v súvislosti so základným ochorením prejavujúca sa: verbalizovaním nedostatku energie, *vyčerpaním, *zvýšenou potrebou odpočinku;

B 100 – 102 Bezmocnosť, beznádej

B 100 Bezmocnosť

B 101 Beznádej

B 102 Duchovná tieseň

E 100 – 104 Edukácia a vedomosti

E 100 Nedostatok informácií

E 101 Riziko deficitu informácií

E 102 Nezáujem o informácie

E 103 Nedostatok vedomostí

E 104 Riziko nedostatku vedomostí

I 110 – 111 Izolácia sociálna

I 110 Sociálna izolácia

- v súvislosti so *základným ochorením, prejavujúca sa: *zdržiavaním sa na izbe, *nezúčastňovaním sa na aktivitách.*strachom z ľudí;

I 111 Riziko sociálnej izolácie

- v súvislosti s *neprijateľnými spoločenskými prejavmi,*neschopnosťou nadviazať uspokojivé osobné kontakty, *zážitkami vyvolávajúcimi duševnú tieseň, *zmenami telesnej alebo duševnej úrovne;

K 100 – 104 Komunikácia

K 100 Narušená verbálna komunikácia

K 101 Riziko narušenia verbálnej komunikácie

K 102 Narušená neverbálna komunikácia

K 103 Riziko narušenia neverbálnej komunikácie

K 104 Narušená sociálna interakcia

- v súvislosti so základným ochorením prejavujúca sa: *neschopnosťou vyjadriť sa, *poruchou tvorby slov, zajakavosťou;

P 100 – 112 Psychické stavy a procesy

P 100 Narušená pamäť

- v súvislosti so základným ochorením, prejavujúca sa neschopnosťou vybaviť si konkrétne informácie;

P 101 Zmena poznávacích funkcií

P 102 Zmenený myšlienkový proces

- súvislosti so základným ochorením, prejavujúce sa: *nevhodným správaním, *vzťahovačnými myšlienkami, *bludmi, *konfabuláciami;

P 103 Zmenený psychický stav

P 104 Riziko zmeny psychického stavu
P 105 Nadmerná duševná záťaž
P 106 Citová tieseň
P 107 Zmena správania
- v súvislosti so základným ochorením prejavujúca sa: *agresívnym správaním, *rituálnym vykonávaním činností, *striedaním nálad;

P 108 Psychické zneužívanie
P 109 Smútok
P 110 Anticipačný smútok
P 111 Strach
- v súvislosti so *základným ochorením, *s elektrokonvulzívnou terapiou, *neznámou situáciou prejavujúci sa: *somaticky: búšenie srdca, nauzea, nespavosť a pod., *emocionálne: napätie, nervozita, plač, smiech, *kognitívne: neschopnosťou koncentrovať sa;

P 112 Úzkosť
- v súvislosti so základným ochorením, prejavujúca sa *verbalizovaním obáv a úzkosti, *zvýšeným vnútorným, napätím;

R 110 – 112 Rodina
R 110 Narušené vzťahy v rodine
R 111 Riziko narušenia vzťahov v rodine
R 112 Neúčinné riešenie problémov rodiny
R 120 – 124 Rola
R 120 Porucha prijatia roly
R 121 Riziko neakceptovania roly
R 122 Narušené plnenie roly
R 123 Riziko neplnenia roly
R 124 Odmietanie plnenia roly
S 100 – 115 Sebaopatera
S 100 Nedostatočná sebaopatera v osobnej hygiene
S 101 Deficit sebaopatery v osobnej hygiene
S 102 Riziko deficitu sebaopatery v osobnej hygiene
S 103 Nedostatočná sebaopatera v prijímaní potravy
S 104 Deficit sebaopatery v prijímaní potravy
S 105 Riziko deficitu sebaopatery v prijímaní potravy
S 106 Nedostatočná sebaopatera vo vyprázdňovaní
S 107 Deficit sebaopatery vo vyprázdňovaní
S 108 Riziko deficitu sebaopatery vo vyprázdňovaní
S 109 Nedostatočná sebaopatera v úprave zovňajšku
S 110 Deficit sebaopatery v úprave zovňajšku
S 111 Riziko deficitu sebaopatery v úprave zovňajšku
S 112 Nedostatočná sebaopatera v úprave okolia
S 113 Deficit sebaopatery v úprave okolia
S 114 Riziko deficitu sebaopatery v úprave okolia
S 115 Deficit sebaopatery v aktivitách denného života
S 120 – 124 Sebakoncepcia
S 120 Narušená sebakoncepcia
S 121 Riziko narušenia sebakoncepcie
S 122 Sebapoškodzovanie
S 123 Riziko sebapoškodzovania
S 124 Porucha prijatia vzhľadu vlastného tela

- v súvislosti so základným ochorením, *manickými prejavmi, *suicidálnymi tendenciami, *stavmi neodolateľnej zúrivosti, *pôsobením negatívneho príkladu, *toxickej liekovej reakcie, resp. alkoholu prejavujúci sa: *seba poškodzujúcimi činmi, *záchvatmi zlosti a zúrivosti, *otvoreným agresívnym správaním, *nepriateľskými výrokmi, hrozbami;

S 140 – 142 Spánok

S 140 Narušený spánok
S 141 Spánková deprivácia
S 142 Riziko poruchy spánku

S 150 – 153 Spolupráca

S 150 Nedostatočná spolupráca jednotlivca
S 151 Nedostatočná spolupráca rodiny
S 152 Neschopnosť spolupráce
S 153 Neochota spolupracovať

- v súvislosti so *základným ochorením prejavujúca sa: *nekritickosťou, *neochotou spolupracovať, *odmietaním liekov, potravy, aktivít, nedodržiavaním denného režimu.

Pri jednotlivých sesterských diagnózach sú uvedené viaceré alternatívy súvisiacich faktorov. Tým sme chceli zdôrazniť rôznorodosť znenia sesterskej diagnózy v časti súvisiacich faktorov a určujúcich znakov, ktoré sú u pacienta s duševnou chorobou identifikovateľné. Napriek rovnako identifikovanému problému pacienta, sa súvisiace faktory a určujúce znaky môžu u jednotlivých pacientov líšiť. Sestra má mať dostatok vedomostí a zručností na identifikáciu súvislostí medzi výskytom deficitov potrieb u pacienta a súvisiacimi a určujúcimi faktormi.

8 Klinický obraz

Sestra v rámci posudzovania potrieb pacienta s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy, uplatňuje metódu priameho pozorovania. Veľkou pomôckou pri posudzovaní môže byť využitie posudzovacích škál. Posudzovacia škála je merací nástroj, ktorý umožňuje sestrám zisťovať frekvenciu, intenzitu meraného javu, vlastnosti ľudí, rôznych stránok osobností. Meranie pomocou meracích nástrojov je jedna z metód posudzovania kognitívnych funkcií a získavania objektívnych parametrov. Nenahrádza klinické vyšetrenie a je chápaná ako doplnková metóda k iným metódam zberu údajov (Bóriková, Žiaková, 2007).

8.1 Pozorovanie v posudzovaní

Sestra pri posudzovaní ošetrovateľských potrieb u pacienta s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy, uplatňuje metódu pozorovania pacienta. Pozorovanie znamená sledovanie činností, vlastností pacienta, opis pozorovaných javov a ich hodnotenie. Pozorovaním sestra získava dôležité informácie o správaní pacienta, jeho psychickom prežívaní, o jeho konaní a úprave zovňajšku a pod.. Priamym pozorovaním je možné získať široké spektrum informácií. Pozorovanie môže byť náhodné, zámerné, mimovoľné alebo účelové. Cieľom pozorovania je zaregistrovať dôležité javy, ktoré môžu súvisieť s problémami pacienta. Ako uvádza Petr, Marková a kol. (2014), okrem všeobecných somatických stavov sestra hodnotí:

Reakcie pacienta na mimoriadne udalosti

Sestra pri kontakte s pacientom má zohľadniť spôsob jeho reakcie na situácie. Pozorovaním jeho reakcií môže identifikovať predovšetkým riziko hroziacej agresie, autoagresie, koľko času má na intervencie, či aktuálne hrozí alebo nehrozí riziko výskytu agresívneho správania sa u pacienta.

Schopnosť nadviazať kontakt, stav vedomia
Prítomnosť kvalitatívnych porúch vedomia u pacienta významne ovplyvňuje schopnosť pacienta nadviazať primeraný kontakt s okolím. Sestra sa pri pozorovaní zameriava hlavne na identifikáciu narušeného vnímania vlastnej osoby pacienta, jeho okolia, prítomnosť iluzórnej interpretácie reality. Zmenené vedomie môže byť prezentované v správaní pacienta výskytom zmätenosti, dezorganizácie, delíria a mrákotných stavov.

Orientáciu v čase, mieste, situácii, osobe, stav pamäte
Zhodnocovanie orientácie pacienta sestra zisťuje v čase, mieste, priestore a osobe. Otázkami sestra zisťuje, či je pacient správne orientovaný. Na posúdenie orientácie môže sestra využiť škály a iné nástroje, ako napr.: Test hodín, MMSE test, ale aj bežné otázky týkajúce sa dňa, roku, miesta, kde sa pacient nachádza.

Vnímanie - halucinatórne správanie
Charakterizované je prítomnosťou načúvacích postojov pacienta, vykrikovanie, samorozprávanie, nezvyklé správanie, bizarné grimasy, neadekvátne reakcie v správaní pacienta. Zhodnocovaním prítomnosti porúch vnímania sestra zisťuje prítomnosť halucinácií u pacienta. Pri pozorovaní si sestra všíma neverbálne prejavy pacienta, ktorých zistenie môže dopĺňať otázkami, aby porozumela správaniu sa pacienta. Pacient je vysoko rizikový v súvislosti s agresívnym správaním, halucinujúci, zmätený a dezorientovaný.

Psychomotorické tempo, reč
Zhodnocovanie psychomotoriky sestre udáva informáciu o spomalenom alebo zrýchlenom psychomotorickom nekľude. Mimovoľné pohyby, celkové držanie tela, postoj, mimika tváre môže veľa povedať o psychickom stave pacienta. Zhodnocovanie obsahu rečového prejavu sestre umožní posudzovať prítomnosť halucinácií, bludov. Rýchlosť reči, trysk myšlienok, latentnosť odpovedí umožňuje zhodnotiť psychomotorické tempo pacienta.

Nálada
Zhodnocovanie emócií umožňuje pacientovi prejaviť svoj pocitový stav. Jeho verbálne vyjadrenia sestra zhodnocuje s pacientovými neverbálnymi prejavmi. Poruchy nálady často sprevádzajú aj somatické symptómy, preto sa má sestra zaujímať aj o prípadné poruchy spánku, nechutenstva, či prejedania sa (Höschl, 2004). U depresívneho pacienta posudzujeme kognitívnu triádu depresie: negatívny pohľad na seba, negatívny pohľad na svet a negatívny pohľad na budúcnosť. U každého depresívneho pacienta je riziko suicidia. Druhým pólom depresie je mánia, ktorý sa často označuje ako zrkadlový obraz depresie. Pri posudzovaní manického pacienta musí sestra analyzovať súvislosti medzi jeho správaním a protichodnými pocitmi (Janosikova, Daviesová,1999, s.150).

Postoj k ochoreniu, očakávania, spolupráca
Zhodnocovanie náhľadu pacienta na ochorenie je dôležitým prvkom pre budovanie spolupráce. V starostlivosti o pacienta s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy v komunite sa skôr stretávame s popieraním potreby liečby, čo často súvisí s absenciou pocitu chorobnosti u pacienta. Pre zlepšenie adherencie k liečbe je kľúčová podpora pacienta pri získavaní náhľadu na ochorenie, čo kladie vysoké nároky na sestru pri budovaní terapeutického vzťahu.

Prejavy agresie
Základom starostlivosti je pozorovanie rizikových pacientov a posúdenie ich potencionálne násilného správania za účelom prevencie vzniku agresívneho správania a incidentov. Súčasťou posúdenie rizika výskytu agresie u pacienta s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy, má byť posúdenie

úrovne prežívania tenzie pacienta, ale aj faktory prostredia, ktoré môžu ovplyvňovať tenziu pacienta. Starostlivé posúdenie potencionálne násilného správania pacienta umožňuje sestre zmierniť nebezpečenstvo skôr, akoby pacient stratil kontrolu nad svojím správaním. Sestra musí mať schopnosť spozorovať zvyšovanie intenzity hnevu a odhadnúť moment predpokladaného útoku pacienta.
Agresia je manifestné, pozorovateľné chovanie vedené úmyslom poškodiť iný organizmus (človeka alebo zviera) alebo neživý predmet. Agresívne správanie je spravidla pozorovateľné ako epizódy agresie. Každá epizóda má svoj jasný začiatok, jasný koniec a krátke trvanie (sekundy, minúty). Násilie (violence) – je zameniteľný pojem s agresiou, ale je vymedzený pre interakciu medzi ľuďmi. Pojem agresia je viac používaný biológmi, zoológmi a pojem násilie skôr kriminológm, sociológmi a politikmi. Hostilita – najčastejšie sa používa vo význame nepriateľských postojov.
Diagnostické skupiny, u ktorých dochádza k psychomotorickej agitovanosti a agresivite sú najmä závislosti od alkoholu, poruchy osobnosti, psychózy, intoxikácie, demencie, schizofrénie a pod..
Postup pri zvládaní agresívneho incidentu zahŕňa vyhodnotenie situácie a zhodnotenie rizika (risk assessment), deeskaláciu násilia – verbálna intervencia, medikáciu a prípadne fyzické obmedzenie.

8.2 Posudzovacie škály

Pre objektivizáciu zistení je neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľského posúdenia v psychiatrii využívanie posudzovacích škál, ktoré treba vyberať vzhľadom na charakter zariadenia a poskytovania KPS a musia splniť účel, indikáciu a cieľ poskytovanej psychiatrickej starostlivosti. Vo všeobecnosti sa odporúčajú všeobecne dostupné validizované nástroje a škály pre psychiatrickú starostlivosť v SR, vhodné pre KPS, ktoré sú v kompetencii sestier ako poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti.
Alternatívou sú validizované nástroje z Českej republiky, ktoré vzišli z praxe ako „best practicies“ a na základe odporúčania Národného ústavu duševného zdravia, so sídlom Klecany, ktorý je centrom pre výskum, implementáciu, vzdelávanie a klinickú starostlivosť v oblasti duševného zdravia. Medzi odporúčané posudzovacie škály, vhodné pre implementovanie do praxe z hľadiska náročnosti a výstupov patrianapr. CAN, GAF, HoNOS.
Sestra pri poskytovaní KPS pacientovi s duševnou chorobou môže využívať nasledovné posudzovacie škály, ktoré sú určené pre identifikáciu výskytu prejavov príznakov duševnej poruchya sú nenáročné z hľadiska ich distribúcie a vyhodnotenia.

Odporúčame nasledovné:

Vybrané škály sú inšpiratívne a nenáročné na implementáciu v podmienkach SR, a ich distribúcia a použitie je v kompetencii sestier; pričom sa pripúšťa možnosť použiť aj inú škálu, ktorú lekár zváži ako vhodnú.

A/ Test kreslenia hodín – *Príloha č. 1*
Rýchly a jednoduchý test používaný u pacienta s demenciou. Pri realizácii testu hodín môžeme sledovať aj poruchy motorických výkonných funkcií, predovšetkým apraxie.

B/ Mini-Mental-State-Examination (MMSE) - Folsteinov test kognitívnych funkcií - *Príloha č. 2*
Stručne meria orientáciu v čase a priestore, okamžité spomienky, krátkodobú verbálnu pamäť, výpočet, jazyk a schopnosť konštruovať. **Mini -** MMSE obsahuje 19 položiek s maximálnym skóre 30 bodov a hraničným skóre 24 bodov. Test kognitívnych funkcií hodnotí orientáciu pacienta, chápanie reality, schopnosť reprodukovať, počítanie a grafomotorické funkcie (Kociová, Peregrinová, 2003).

C/ Geriatrick Depresion Scale – *Geriatrická škála depresie - Príloha č. 3*
Škála depresie u geriatrického pacienta má 15 položiek, ktoré mapujú prežívanie pacienta. K jednotlivým položkám je určená bodová hodnota pre odpoveď áno a nie. Bodový výstup od 0-7 bodov

je hodnotené bez depresie, 8-12 bodov mierna depresia, nad 13 bodov je hodnotených ako manifestná depresia vyžadujúca odborné vyšetrenie.

D/ Beckov dotazník úzkosti – *Príloha č. 4*

Vörošová, Solgajová, Archauosová (2015) uvádza, že dotazník patrí medzi sebaposudzovacie škály pre samoposúdenie úzkosti u dospelých a adolescentov. Pozostáva z 21 otázok, 14 položiek mapuje výskyt somatických symptómov a 7 sa týka subjektívnych aspektov úzkosti, alebo paniky. Pre posúdenie úrovne úzkosti u pacienta je možné použiť vizuálnu analógovú škálu Visual Analogue Scale (ďalej len „VAS“), ktorá pozostáva z vodorovnej či zvislej čiary, zvyčajne dlhej 10 cm, na ktorej je na jednom konci označené "žiadna úzkosť" a na druhom "najvyššia možná úzkosť" alebo "najväčšia intenzita úzkosti". Pacient označí na tejto čiare miesto, ktoré najlepšie zodpovedá jeho aktuálnemu prežívaniu pocitu úzkosti. Táto metóda je veľmi populárna vďaka svojej jednoduchosti, rýchlosti a schopnosti zachytiť subjektívne pocity s vysokou citlivosťou.

E/ Broset Violence Checklist - *Vyhodnotenie rizika agresie – Príloha č. 5*

Pre rýchle zhodnotenie rizika agresie je možné využiť Broset Violence Checklist - **Vyhodnotenie rizika agresie.** Posudzovacia škála obsahuje rizikové faktory, zhrnuté do piatich položiek. Pri spozorovaní výskytu posudzovanej oblasti sa pridelí 1 bod. Ak je identifikovaná prítomnosť dvoch a viac rizikových faktorov je vysoké riziko výskytu agresívneho správania u pacienta.

Suicidálna aktivita predstavuje určitý druh agresie namierenej proti sebe. Ako uvádza Dušek (2005) samovražda je pokladaná za prejav psychopatológie, ale existujú aj krajné názory, ktoré ju považujú za negatívny sociálny jav. Sestra je s pacientom v častom a intenzívnom kontakte, preto by schopnosť rozpoznať signály suicidálneho správania mali byť súčasťou kompetencie, ktorú sestra pri posudzovaní uplatňuje.

F/ Nurses Global Assesment of Suicide Risk – Škála hodnotenia rizika suicidálneho správania - *Príloha č. 6*

Vhodný nástroj pre odhad suicidálenho správania.

G/ HoNOS (Health of the National Outcome Scale) – Zdravie podľa národnej stupnice výsledkov - *Príloha č. 7*

Na systematické hodnotenie pacientov so závažnými duševnými poruchami v KPS sa odporúča používanie štandardizovaných hodnotiacich nástrojov. Škála Health of the Nation Outcome Scales (ďalej len „HoNOS“) poskytuje multidimenzionálny profil psychiatrických symptómov, správania a sociálneho fungovania a bola validovaná v podmienkach komunitnej starostlivosti (James et al. 2020; Whittemore et al. 2021; Hunter et al. 2024). Dotazník používaný na meranie zdravia a sociálneho fungovanie ľudí so závažnou duševnou chorobou, vyvinutý v roku 1993. Obsahuje 12 otázok, ktoré po sčítaní tvoria celkové skóre. Nástroj je vhodný ako na posudzovanie zdravotného stavu pacientov v praxi, tak na sledovanie výsledkov liečby. Je zameraný na hodnotenie symptómov i sociálnych funkcií. Pre používanie HoNOS je nutné absolvovať, pokiaľ možno akreditované školenia na zabezpečenie inter-reliability. Nástroj má dve verzie - verzia pre externého hodnotiteľa (profesionála) a sebaposudzovacia verzia (pre pacienta). Nástroj je hodnotený ako relevantný nástroj pre oblasť KPS. Vo verzii pre externých hodnotiteľov sa navyše nachádza **glosár**, ktorý obsahuje konkrétne návody na bodovanie jednotlivých položiek. **Sebahodnotiaca verzia** obsahuje doplňujúcu položku, v ktorej môže respondent uviesť **5 svojich najzávažnejších problémov** (môžu to byť aj iné problémy, než na ktoré sa dotazník zameriava).

H/ GAF (Global Assessment of Functioning Scale) – Hodnotenie globálneho fungovania klienta - *Príloha č. 8*

Globálna hodnotiaca škála fungovania (ďalej len „GAF“) zostáva praktickým globálnym ukazovateľom psychosociálneho fungovania. Napriek svojej jednoduchosti jej revidovaný manuál a metodologické zlepšenia zvýšili spoľahlivosť medzi hodnotiteľmi a klinickú využiteľnosť v psychiatrickej ošetrovateľskej praxi (Pedersen et al. 2020; Aas et al. 2021). Škála používaná na meranie celkového fungovania pacienta. Medzi sledované oblasti patrí závažnosť symptómov, pozorovateľné správanie, ťažkosti pri vykonávaní sociálnych rolí, či pri vykonávaní každodenných činností, čím je vyššie skóre na GAF škále.

I/ AQoL – 6D (Assessment of Quality of Life) - Hodnotenie kvality života súvisiace so zdravím - *Príloha č. 9*

Na zachytenie výsledkov reportovaných pacientmi sa odporúča škála Assessment of Quality of Life (AQoL), najmä skrátená verzia nástroja AqoL-8D, ktorým je nástroj AQoL-6D, ktorý poskytuje citlivé hodnotenie kvality života v rôznych psychosociálnych doménach. Preukázal vysokú psychometrickú validitu u populácií s duševnými poruchami a je v súlade s princípmi orientovanými na zotavenie a komunitné modely starostlivosti (Richardson et al. 2020; Maxwell et al. 2021; Hawthorne et al. 2022). Dotazník používaný na meranie kvality života súvisiacej so zdravím bol vyvinutý za účelom využitia v ekonomických analýzach (najmä analýzy užitočnosti nákladov). AQoL-6D obsahuje celkom 20 otázok rozdelených do šiestich dimenzií. Skrátená verzia nástroja je vhodná pre pacienta v prípade, že nie je schopný samostatne vyplniť dotazník.Zásadou je, že nikdy pacienta nenútime k vypísaniu pri odmietnutí. Odporúčame preškolenie zdravotníckeho pracovníka k vypĺňaniu dotazníka s pacientom.

J/ CAN (Camberwell assessment of need) - Camberwellský formulár pre hodnotenie potrieb – krátka verzia - *Príloha č. 10*

Camberwellské šetrenie potrieb je metódou, ktorá zachytáva zdravotné a sociálne potreby a problémy so zvládaním sociálnych rolí u ľudí so závažnou duševnou chorobou. Nástroj bol prvýkrát publikovaný v príručke Phellanom et al. v roku 1999. Potreby upozorňujú na oblasti, v ktorých môže starostlivosť alebo terapia pomôcť. Metóda CAN existuje v troch základných verziách: krátka verzia CANSAS, verzia klinická CAN-C (Clinical Version) a výskumná verzia CAN-R (Research Version).

CAN-C obsahuje 22 oblastí zdravotných a sociálnych potrieb. Každá oblasť je rozdelená do štyroch sekcií. Inštrument je vyplňovaný samostatne poskytovateľom a užívateľom starostlivosti. Sekcia 1 hodnotí mieru potrieb (potreba neexistuje, naplnená potreba, nenaplnená potreba, nie je známe) v danej oblasti (tab. 1). Ciele sekcie 1 sú dvojaké: po prvé zistiť, či v danej oblasti existuje potreba a či bola poskytnutá efektívna pomoc. Po druhé sa tu rozhodujeme, či bude potrebné sa danou oblasťou ďalej zaoberať. Sekcia 2 zisťuje množstvo pomoci od "neformálnych" zdrojov (od priateľov, príbuzných atď.) za obdobie posledného mesiaca. Sekcia 3 zisťuje množstvo pomoci poskytovanej a potrebnej od formálnych poskytovateľov starostlivosti alebo služieb za obdobie posledného mesiaca. Pre všetky hodnotenia sú definované pravidlá. Sekcia 4 obsahuje používateľovo vnímanie oblastí a informácie, ktoré neboli zaznamenané počas skórovania, a plán starostlivosti navrhnutý poskytovateľom.

Administrácia trvá asi 30 minút. Respondentom môže byť užívateľ alebo poskytovateľ starostlivosti (napríklad kľúčový pracovník, terapeut) (Probstová et.al., 2011).

Ako uvádza Kilíková (2017) meracie nástroje sa v súčasnosti stávajú súčasťou procesuálnych štandardov, ošetrovateľských formulárov, stávajú sa štandardnou súčasťou ošetrovateľskej praxe. Dokumentovanie merateľných údajov zvyšuje profesionálne kompetencie sestier (URL: https://sites.google.com/view/merrps/zdroje?authuser=0).

9 Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Sestra v procese sesterskej diagnostiky stanoví a formuluje sesterskú diagnózu zo zoznamu sesterských diagnóz uvedených vo vyhláške MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz, na základe identifikovania problému u pacienta s duševnou chorobou pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Pre získanie spolupráce pacienta, má v ošetrovateľskej praxi nezastupiteľné miesto správna komunikácia (Hrindová, 2015). Komunikácia je základný činiteľ interakcie medzi pacientom a sestrou. Jednou z úloh sestier poskytujúcich starostlivosť pacientovi s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy v komunite je ovplyvňovať ich správanie pozitívnym spôsobom.

10 Liečba

Liečba o pacienta s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy sa chápe ako systém terapie, pomoci a podpory, ktorý je po obsahovej a organizačnej stránke usporiadaný tak, aby bol schopný pomôcť ľuďom s vážnejším psychickým postihnutím žiť v podmienkach bežného života subjektívne, čo najuspokojivejším spôsobom (Höschl a kol., 2004).

KPS je vyvážená, navzájom prepojená ÚZS a ambulantná zdravotná starostlivosť, ktorá zahŕňa všetky druhy a formy terapie a liečby, vrátane biologických a psychosociálnych postupov. Je poskytovaná v prirodzenom prostredí pacienta, v komunite, čo najbližšie k jeho bydlisku, bez vytrhnutia z pôvodných sociálnych väzieb s možnosťou integrovať sa do pôvodnej komunity.

Súčasťou liečby v KPS je koncept recovery, ktorý je založený na princípe zotavenia, čo znamená žiť kvalitný plnohodnotný život aj napriek prítomnosti duševnej choroby, ktorá je jeho súčasťou. Tento princíp starostlivosti je v súčasnosti inovatívnym prístupom v starostlivosti o duševne chorých, v zmysle humanizácie predstavuje významný míľnik v prístupe v rámci komunitnej starostlivosti (Dubovcová, 2022).

Základné princípy liečby:

- mobilita služieb;
- prepojenosť služieb;
- starostlivosť v prirodzenom prostredí pacienta;
- orientácia na ľudské práva a potreby pacienta.

Ciele liečby

- Včas diagnostikovať prvé príznaky ochorenia alebo zhoršenia zdravotného stavu za účelom predchádzania hospitalizácii.
- Zmierniť príznaky duševnej choroby.
- Znížiť symptómy ochorenia na minimum, redukcia a eliminácia deficitov, ktoré vznikli chronifikáciou duševných chorôb a porúch.
- Zvýšiť samostatnosť, sebestačnosť a kvalitu života osoby a rozvíjať jej schopnosti.
- Dosiahnuť decentralizovanú, plynulú, kvalitnú a efektívnu liečbu v komunite.
- Zlepšiť kvalitu života pacientov s duševnými poruchami, dosiahnuť ich najvyššiu možnú reintegráciu do spoločnosti a do pracovného procesu.
- Rozvíjať u pacienta vlastné zdroje zvládania stresu, znovunadobudnúť zdravé fungovanie pacienta formou podpornej terapie s psychoedukáciou.
- Dosiahnuť podporu blízkych osôb pri liečbe, naučiť včasne rozpoznávať varovné signály, rozpoznať a redukovať stresory v domácom prostredí využitím metód rodinnej terapie.

- Upraviť negatívne vzorce komunikácie v rodine.
- Zlepšiť sociálne fungovanie pacienta.
- Predchádzať relapsom ochorenia.
- Zlepšiť chronickú pozitívnu aj negatívnu symptomatiku formou tréningu sociálnych spôsobilostí, techniky sebainštrukcie a tréningu izolovaných deficitov.

10.1 Formy poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rámci liečby

Zdravotná starostlivosť sa poskytuje pacientovi so závažnými psychickými poruchami formou špecializovanej ambulantnej starostlivosti a ÚZS, ktoré vzájomne prepájajú a dopĺňajú zdravotnú starostlivosť poskytovanú v psychiatrickom stacionári (ďalej len „PS“). V zhode s aktuálnymi vedeckými poznatkami o multifaktoriálnej determinácii a bio-psychosociálnym modelom chápania psychických porúch, kladú nové prístupy v psychiatrii dôraz na komplexnú liečbu, ktorá zahŕňa zdravotnú starostlivosť (psychofarmakoterapiu, psychoterapiu, psychosociálnu rehabilitáciu, preventívne programy) a s tým súvisiace služby, sociálnu prácu a podporu. V terapii pacienta je dôležitá spolupráca blízkych osôb na dosiahnutie podpory pri liečbe, rozpoznávaní včasných varovných príznakov, pri redukcii stresorov, ktoré by mohli viesť k relapsu ochorenia.

A/ Zdravotná starostlivosť poskytovaná v ambulancii – základná zložka psychiatrickej starostlivosti, ktorá sa poskytuje pacientovi s duševnou poruchou, ktorý nevyžaduje ÚZS a poskytuje sa na komunitnom princípe.

Sestra pri poskytovaní KOS v ambulancii

1. Poučí pacienta pri prvom kontakte o systéme a organizácii práce v ambulancii (ordinačné hodiny, včasná dostupnosť informácií, možnosti objednávania, telefonických konzultácií..).
2. Posudzuje zdravotný stav, identifikuje problémy pacienta súvisiace so zdravotným stavom jednotlivca, rodiny a komunity, identifikuje zdravotné problémy a riziká.
3. Vypracuje na základe posúdenia a identifikácie deficitných potrieb individuálny ošetrovateľský plán, ktorý zahŕňa ošetrovateľské zásahy, edukáciu a podporu.
4. Koordinuje a sleduje účinnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti v rámci individuálneho terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny plán členov MDT.
5. Koordinuje zdravotnú a sociálnu starostlivosť poskytovanú pacientovi v prospech realizácie terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny plán členov MDT.
6. Identifikuje a hodnotí rizikové faktory pre zdravie pacienta, rodiny a komunity.
7. Realizuje preventívne opatrenia na zníženie rizika recidívy a relapsu ochorenia a opatrenia na posilnenie zdravia.
8. Vzdeláva pacienta a blízke osoby o potrebe zmeny životného štýlu v súvislosti s ochorením, podporuje pacienta v spolupráci pri liečbe , prevencii a starostlivosti o seba.
9. Zapája pacienta a blízke osoby do procesu rozhodovania o liečbe.
10. Poskytuje informácie, ktoré zabezpečia autonómiu pacienta a schopnosť postarať sa o seba a podporiť svoje zdravie.
11. Poskytuje pomoc pri zmierňovaní strachu a úzkosti, ktorú môže pacient a blízke osoby pociťovať v súvislosti s ochorením a liečbou.
12. Zabezpečí plánovanie a organizáciu činnosti ambulantnej starostlivosti –plánovanie a dostupnosť termínov, prípadne konzília k špecialistom, špeciálnym službám.
13. Posudzuje a vyhodnocuje, či je pacient nebezpečný pre seba a svoje okolie podľa štandardizovaných ošetrovateľských meracích techník (skríning rizika agresie a autoagresie), v prípade potreby zabezpečí potrebné opatrenia.
14. Vedie podporné psychoterapeutické rozhovory a využíva súvisiace psychoterapeutické techniky.

15. V spolupráci s terapeutickým tímom poskytuje psychoterapeutické krízové intervencie (riešenie krízových situácií, náhlych psychických dekompenzácií, suicidálnych zámerov, závažných udalostí v rodine a pod.).
16. Posudzuje správanie pacienta po terapeutickej intervencii.
17. Vykonáva poradenstvo a plní úlohu case manažéra.
18. Poučí a vedie pacienta pri opakovanom kontakte – krátke overenie porozumenia systému a organizácie práce v ambulancii, základné psychohygienické opatrenia, verbálna príprava na vyšetrenie.
19. Spolupracuje na preventívnych programoch a na liečebno-výchovnom poradenstve.
20. Monitoruje výskyt nežiadúcich účinkov liekov, výskyt extrapyramídových príznakov a ich závažnosť.
21. Na základe ordinácie lekára sleduje hodnoty vitálnych funkcií, BMI, parametre z laboratórnych vyšetrení krvi, moču, stolice a iné, nálezy EKG, EEG, USG, MR, CT, RTG a ďalších vyšetrení.
22. Posúdi potrebu poskytovania dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti, odporučí ďalšiu zdravotnú starostlivosť v rozsahu KOS.

B/ Zdravotná starostlivosť poskytovaná v PS sa realizuje čo najbližšie k prirodzenému prostrediu pacienta, bez dlhodobého vyňatia z jeho sociálneho prostredia. Rešpektuje potrebu dostupnosti a komplexnosti liečby podľa individuálnych potrieb pacienta. Takýto systém je destigmatizačný, zlepšuje kvalitu života pacienta, umožňuje rýchlejšiu integráciu do spoločnosti, predchádza recidívam a relapsom ochorenia. Komplexná liečba v PS je poskytovaná MDT vrátane peer konzultanta, ktorého súčasťou je terénny mobilný tím. V terapii pacienta je dôležitá spolupráca blízkych osôb na dosiahnutie podpory pri liečbe, rozpoznávaní včasných varovných príznakov, pri redukcii stresorov, ktoré by mohli viesť k relapsu ochorenia. KOS v PS poskytuje sestra v spolupráci s členmi MDT. Sestra plánuje ošetrovateľské intervencie a aktivizačné techniky na základe posúdenia so zohľadnením rizika a individuálnych potrieb pacienta, ktoré dokumentuje v súlade s internými postupmi/zvyklosťami pracoviska.

Sestra pri poskytovaní KOS v PS

- Vypracuje vstupný formulár posúdenia zdravotného stavu zahrňujúci posúdenie jednotlivých domén, ktoré sú realizované štruktúrou taxonómie NANDA, zohľadňujúcej bio-psycho-socio-spirituálne potreby pacienta. Posúdenie zdravotného stavu, fyzikálne vyšetrenie a použitie rôznych hodnotiacich a meracích techník (Folsteinov test kognitívnych funkcií – MMSE, Geriatrick Depresion Scale, Beckov dotazník úzkosti, Broset Violence Checklist - Vyhodnotenie rizika agresie, Nurses Global Assesment of Suicide Risk).
- *Posúdi fyzický stav pacienta* – hygienický stav, stav výživy, vylučovanie, močenie, spánok, mobilitu (používanie kompenzačných pomôcok), defekty na koži, cirkuláciu (TK, P, TT) a dýchanie.
- *Posúdi psychický stav pacienta* – psychické potreby, stres, toleranciu, zvládanie záťažových situácií – ochorenia, sebakoncepciu, reakciu na ochorenie, mentálny stav pacienta, zhodnotí jeho vedomosti, zručnosti a postoje, psychomotorické tempo (spomalené, zrýchlené), reč (rýchlosť reči, trysk myšlienok, latentnosť odpovedí), obsah rečového prejavu. Na posúdenie vyberie najvhodnejší štandardizovaný dotazník zameraný na celkové fungovanie pacienta alebo na kvalitu života.
- Na základe záverov posúdenia stanovuje sesterské diagnózy a vypracováva ošetrovateľský plán ako súčasť terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny plán členov MDT, ktorý zahŕňa ošetrovateľské zásahy, edukáciu a podporu formou stanovenia sesterských diagnóz, cieľov, kritérií a intervencií.

- Pri vypracovaní ošetrovateľského plánu, ktorý je súčasťou terapeutického plánu definuje ciele dosiahnuteľné pre pacienta, berie do úvahy priania pacienta a blízkych osôb. Ciele sú merateľné, zohľadňujúce ciele liečby. Pri zmene potreby pacienta sa menia aj ciele.
- Priebežne hodnotí poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, psychický stav pacienta, jeho motiváciu k liečbe, jeho celkovú funkčnosť. Plánované ošetrovateľské intervencie priebežne prehodnocuje.
- Vedie podporné psychoterapeutické rozhovory a využíva súvisiace psychoterapeutické techniky.
- V spolupráci s terapeutickým tímom poskytuje psychoterapeutické krízové intervencie (riešenie krízových situácií, náhlych psychických dekompenzácií, suicidálnych zámerov, závažných udalostí v rodine a pod.).
- Realizuje bazálnu terapeutickú intervenciu s využitím špeciálnych metód a prostriedkov (terapia hrou, arteterapia, muzikoterapia, biblioterapia, ergoterapia, dramatoterapia a pod., zameranú na rozvoj záujmovej sféry, interpersonálnych kontaktov a komunikácie.
- Realizuje tréning pamäti a ostatných kognitívnych funkcií, tréning základných samoobslužných, psychosociálnych a komunikačných spôsobilostí a tréning riešenia problémov.
- Vykonáva poradenstvo a plní úlohu case manažéra.
- Spolupracuje s blízkymi osobami, vedie podporné psychoterapeutické rozhovory, využíva psychoterapeutické techniky, zapája pacienta a blízke osoby do procesu rozhodovania o liečbe.
- Vzdeláva pacienta a blízke osoby o potrebe zmeny životného štýlu, správnom užívaní liekov, význame vplyvu režimu dňa na duševné zdravie, o prevencii, liečbe a starostlivosti o seba, poskytuje informácie, ktoré zabezpečia autonómiu pacienta a schopnosť postarať sa o seba a podporiť svoje zdravie, spolupracuje pri rodinnej terapii.
- Poskytuje pomoc pri zmierňovaní strachu a úzkosti, ktoré môžu pacient a blízke osoby pociťovať v súvislosti s ochorením a liečbou.
- Aktívne spolupracuje s peer konzultantom.
- Koordinuje zdravotnú a sociálnu starostlivosť poskytovanú pacientovi v prospech realizácie terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny plán členov MDT.
- Spolupracuje s nutričným terapeutom pri zostavení individuálnej liečebnej výživy a personalizovanom jedálničku pre pacienta s cieľom zmeniť stravovacie návyky a dosiahnuť pozitívne výsledky v oblasti zdravia a pohody.

10.2 Starostlivosť orientovaná na pacienta a blízke osoby/komunitu

- Vytvára terapeutický plán, ktorý obsahuje individuálny plán členov MDT v súčinnosti s pacientom a blízkymi osobami, zapája pacienta ako aktívneho partnera v zdravotnej starostlivosti.
- Povzbudzuje pacienta k spolurozhodovaniu o vhodných intervenciách a rešpektuje názory, postoje a preferencie pacienta.
- Naučí blízke osoby včasne rozpoznať varovné príznaky a signály, spôsoby predchádzania relapsom, rozpoznať a redukovať stresory v domácom prostredí využitím metód rodinnej terapie.
- Monitoruje stav blízkych osôb so zameraním na prah ich psychického a fyzického vyčerpania.
- Posúdi, či blízke osoby zabezpečia adekvátnu starostlivosť, edukuje a pomáha s bezodkladným zabezpečením starostlivosti prostredníctvom vhodnejšej, dostupnejšej alternatívy (ÚZS, DSS).
- Poskytuje starostlivosť pacientovi bez vytrhnutia z pôvodných sociálnych väzieb s možnosťou integrovať sa čo najskôr do pôvodnej komunity.

- Spolupracuje s terénnym mobilným tímom, poskytuje odborné činnosti a poradenstvo v prirodzenom prostredí pacienta, jeho rodiny a komunity s cieľom začleniť pacienta do aktívneho života v jeho prirodzenom prostredí.
- Navštevuje pacienta počas poskytovania ÚZS, poskytuje pacientovi potrebnú edukáciu, zabezpečuje jeho motiváciu k liečbe, s cieľom zlepšiť jeho adaptáciu po prepustení.

10.3 Požadované prístupy sestry k pacientovi v špecifických situáciách

- Sestra pri **výskyte podozrievavosti a paranoje:**
  - uplatňuje jasnú komunikáciu, komunikuje konkrétne, zrozumiteľne, vyhýba sa šepkaniu,
  - upozorní okolie pacienta na možnosť vzniku konfliktov a nezhôd,
  - paranoidné prežívanie sestra akceptuje ako súčasť ochorenia, zachováva nadhľad a pochopenie.
- Sestra pri **výskyte agresie u pacienta:**
  - monitoruje úroveň emočného prežívania u pacienta, posudzuje mimiku tváre pacienta, gestikuláciu, verbálny a neverbálny prejav,
  - uplatňuje komunikačné techniky na zmiernenie napätia (spomalenie tempa reči, pokojný tón hlasu, jemná gestikulácia),
  - využíva deeskalačné techniky na elimináciu napätia pacienta,
  - posudzuje a zaznamenáva výskyt agresie do dokumentácie,
  - pri eskalácii napätia, prípadne identifikácii prítomnosti halucinácií u pacienta konzultuje vhodnosť aplikácie farmakoterapie s lekárom,
- posúdi a vyhodnotí, či je pacient nebezpečný pre seba a svoje okolie podľa štandardizovaných ošetrovateľských meracích techník (skríning rizika agresie a autoagresie), v prípade potreby zabezpečí náležité opatrenia, do dokumentácie zaznamenáva efekt prístupov k redukcii porúch správania sa pacienta. Sestra pri **výskyte depresie a úzkosti u pacienta:**
  - uplatňuje individuálny a empatický prístup,
  - vzdeláva pacienta o uplatňovaní relaxačných techník na zníženie úzkosti,
  - aktivizuje pacienta využívaním aktivizačných činností na odpútanie pozornosti,
  - venuje dostatok času na rozhovor.
- Sestra pri **výskyte bludov a halucinácií:**
  - dodržiava špecifický prístup ku psychotickým pacientom, ako empatia, konzistentnoť, nekonfrontačný štýl (nepresviedča pacienta o svojej pravde), rešpektovanie limitov a trpezlivosť,
  - vzdeláva pacienta o metóde odvedenia pozornosti (napr. počúvanie hudby, zaujímavá činnosť a pod.),
  - podporuje pacienta pri zmene postoja k psychotickým intrúziám, (napr. inštruuje pacienta, aby im nepodliehal, nereagoval na ne, nenechal sa nimi vyviesť z miery)),
  - podporuje pacienta k dosiahnutiu aspoň parciálnej kritickosti a náhľadu na poruchu,
  - uplatňuje techniku tzv. „periférneho pýtania sa“, t. j. pýtať sa na menej významné zložky bludného presvedčenia a len postupne sa prepracovávať až k jadru bludu alebo využíva v spolupráci s psychoterapeutom metódu spoločného testovania reality.

Moderná psychiatrická starostlivosť je zameraná nielen biologicky, ale aj sociálne, preto liečbu, doliečovanie a rehabilitáciu zabezpečujeme s cieľom pacienta integrovať späť do spoločnosti. V súčasnosti v procese rehabilitácie a resocializácie pacienta so závažnými psychickými poruchami majú veľký význam psychoedukačné programy zamerané na celú rodinu, ako aj programy zamerané na nácvik sociálnych spôsobilostí.

11 Prognóza

Prognóza pacienta so závažnou psychickou poruchou je do istej miery úmerná úrovni efektívneho manažmentu rizika v kontexte zodpovedného preventívneho a aktívneho prístupu MDT v KPS. Súčasťou efektívneho manažmentu KPS musí byť intenzívna psychosociálna rehabilitácia s cieľom dosiahnuť deinštitucionalizáciu starostlivosti o pacienta. Jednou z priorít v rámci pozitívnej prognózy duševnej choroby je zabezpečiť starostlivosť, vrátane prevencie a liečby v čo najprirodzenejšom prostredí, v ktorom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti založené na vzájomnej dôvere, rešpekte, dôstojnosti a dobrom terapeutickom vzťahu.

Závažné psychické poruchy spravidla znižujú pacientovu spôsobilosť k plneniu rolí a taktiež jeho funkcie v práci a spoločnosti. Je nutné špecifikovať rozsah a mieru funkčného postihnutia u pacienta, posúdiť stupeň disimulácie, nekritickosti a anozognózie. Plná alebo čiastočná invalidizácia sa síce javí ako pomerne bezpečné riešenie situácie pacienta, avšak podporuje negatívnu symtomatiku a vedie k pasivite pacienta, a postupne k úplnej strate aktívnych vzťahov k okolitému svetu (Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, 2004).

Vo všeobecnosti väčšina závažných psychických porúch má chronický priebeh a to buď periodický, alebo dlhodobo kolísavý. Symptomatika sa často mení. Spontánna remisia je výnimkou. Niektorí pacienti reagujú na farmakologickú liečbu dobrou terapeutickou odpoveďou a príznaky poruchy sú výrazne redukované. Avšak určitá časť pacientov napriek liečbe prechádza do chronicity, čo vedie k invalidite pacienta.

Prognóza akútnych a prechodných psychotických porúch (zvlášť pri abruptnom nástupe) je väčšinou priaznivá. Aj napriek tomu ich prítomnosť predstavuje najmä pri ich náhlom vzniku zvýšené riziko suicídia. Dôležitým faktorom ovplyvňujúcim prognózu je dĺžka udržiavacej liečby, ktorá by mala byť aspoň dva roky. Horšiu prognózu majú psychické poruchy s dominanciou psychotických príznakov z oblasti schizofrénneho spektra. Prediktormi horšieho priebehu schizoafektívnej poruchy sú perzistujúce psychotické symptómy, vyššia miera príznakov pretrvávajúcich medzi epizódami, horšie premorbidné fungovanie, vyššie zastúpenie schizofreniformných príznakov a prítomnosť zmiešaných epizód. Schizoafektívna porucha je celoživotným ochorením prebiehajúcim typicky v atakoch. Podľa novely Prílohy č. 4 - percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnym poistení v znení neskorších predpisov, ktorá je v platnosti od 1. augusta 2023, ľahké formy duševných chorôb nepodmieňujú invaliditu. Pri stredne závažných formách je rozpätie miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť určené hodnotou 45 % - 60 % a pri závažných formách v rozpätí 65 % - 80 %.

Na systematické poskytovanie individualizovanej a komplexnej, vzájomne prepojenej KPS o pacientov so závažnými psychickými poruchami, zameranej na zotavenie, je nevyhnutná spolupráca medzi rezortami, najmä s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR a Ministerstvom financií SR. Dôležitá je aj spolupráca s Radou vlády pre duševné zdravie SR, stavovskými organizáciami, vládnymi a mimovládnymi organizáciami, angažujúcimi sa v oblasti duševného zdravia.

Na prepojenie zdravotných a sociálnych služieb pre pacientov s psychickou poruchou je nutné zabezpečiť regionálnu sieť služieb poskytovaných v jeho prirodzenom prostredí, kde veľmi dôležitú úlohu zohrávajú samosprávy (Izáková a kol, 2022).

Presunutie psychiatrickej starostlivosti z ÚZS do KPS vedie k zlepšeniu kvality života pacienta, znižuje riziko rehospitalizácií a skracuje celkovú dĺžku ústavnej liečby.

12 Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Posúdenie a hodnotenie efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej prostredníctvom KOM pacientom so závažnými psychickými poruchami v zariadení KPS odporúčame poskytovateľom hodnotiť na základe individuálneho posúdenia plnenia cieľov ošetrovateľskej starostlivosti ako súčasť terapeutického plánu, ktorý obsahuje individuálny liečebný plán a plán zotavenia, vybranými hodnotiacimi nástrojmi, meraním a hodnotením vybraných ukazovateľov tzv. indikátorov kvality.

12.1 Odporúčania pre implementáciu v praxi

1. Terapeutický plán, ktorý obsahuje Individuálny liečebný plán zotavenia

a) vypracovať v spolupráci s pacientom podľa jeho individuálnych potrieb za účelom podpory a posilnenia jeho kompetencií v súlade s princípmi zotavenia;
b) poskytnúť komplexné informácie case manažérom, aké konkrétne služby mu môžu byť poskytnuté za účelom dosiahnutia stanovených cieľov;
c) posilniť dôveru pacienta a jeho kompetencie aktívnym zapájaním sa do procesu zotavenia;
d) vyhodnocovať priebežne plán a podľa aktuálnej situácie a potrieb pacienta plán flexibilne upravovať za aktívnej spolupráce pacienta;
e) zapojiť do procesu plnenia plánu všetkých členov MDT.

2. Vybrané hodnotiace nástroje klinického stavu pacienta

a) vypracovať pri vstupnom a priebežnom hodnotení klinického stavu pacienta;
b) vybrať najvhodnejší štandardizovaný dotazník zameraný na celkové fungovanie pacienta alebo na kvalitu života, posudzovanie potrieb.

3. Hodnotenie ukazovateľov kvality

a) Terapeutický plán - individuálny liečebný plán, plán zotavenia, krízový plán
b) Zníženie rehospitalizácii
c) Skrátenie dĺžky hospitalizácie
d) Skrátenie čakacej doby
e) Zvýšenie spokojnosti pacienta s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou
f) Pokles suicidality
g) Pokles počtu suicidálnych pokusov
h) Edukácia
i) Počet výkonov

12.2 Proces prijatia pacienta do starostlivosti zariadenia KPS

12.2.1 Diagnostické kritérium:

a) **Pacient spĺňa podmienky cieľovej skupiny** a žije/má vzťah k regiónu v pôsobnosti zariadenia, začína hlbšie mapovanie jeho potrieb vrátane jeho silných stránok a prirodzených zdrojov podpory, zisťovanie jeho očakávaní a formulovanie/pomenovanie jeho potrieb a cieľov k plánu zotavenia a spolupráce.
b) **Pacient nespĺňa kritériá,** odporučíme mu iné pracovisko alebo iné služby pre neho vhodné v oblasti miesta bydliska, na základe dostupnosti zmapovaných služieb v jednotlivých regiónoch. Odporučenie pacienta nikdy neodmietneme a ponúkneme mu individuálne stretnutie k riešeniu jeho situácie.
c) **Pacient spĺňa kritériá iba čiastočne**, hľadáme pre pacienta vhodné služby, ktoré mu môžeme poskytnúť.

Prijatie je na základe odporúčania, bez formálneho odporúčania samotným pacientom; blízkymi osobami; aktívnym vyhľadávaním MDT v regióne na základe spolupráce s ambulantným psychiatrom, všeobecným lekárom, úradmi a pod.; aktívnou spoluprácou s lôžkovými zariadeniami v regióne.

12.2.2 Určenie kľúčového pracovníka – zväčša je to sestra, v prípade prevahy sociálnych potrieb to môže byť sociálny pracovník.

12.2.3. Nadväzovanie kontaktu s pacientom - nadviazať dobrý, partnerský a rešpektujúci vzťah založený na dôvere, najmä v prípade nepožiadania o starostlivosť a jej odmietania. Ide o dlhodobejšiu, veľmi citlivú prácu, ktorá môže trvať až niekoľko mesiacov, ako je vzťah nadviazaný. Je potreba nájsť individuálny a vhodný spôsob komunikácie, ktorý podporí vzájomnú dôveru. Pri nadväzovaní kontaktu sa odporúča zapojiť blízke osoby.

12.2.4. Vstup pacienta do starostlivosti – vyšetrenie lekárom.

12.2.5. Zaradenie pacienta na FACT board – tabuľu faktov (ďalej len „FB“) – 1. fáza intenzívnej starostlivosti - nástroj na koordináciu starostlivosti podľa stavu pacienta**.** Jedná sa o tabuľu, kde sú prehľadne usporiadané najdôležitejšie informácie o pacientovi, ktoré slúžia MDT najmä počas tímových porád za účelom stanovenia plánu služieb, rozdelenia činností a návštev medzi členov MDT.

Značenie pacientov na FB:

- **NP - nový pacient -** prijatý do starostlivosti lekárom, označenie po dobu 14 dní pre oboznámenie sa členmi MDT a do vytvorenia individuálneho plánu, referovanie 1x týždenne na porade;
- **HP – hospitalizovaný pacient –** v zariadení ÚZS, referovanie 1x týždenne;
- **PHP – prepustenie hospitalizovaného pacienta –** označenie 14 dní po prepustení z hospitalizácie, referovanie 1x týždenne na porade;
- **OP – ohrozenie pacienta –** označenie v prípade zlyhávania vo viacerých oblastiach pod vonkajším vplyvom (úmrtie v rodine, strata bývania a príjmov, problémy vo vzťahoch, vysadenie liekov a i.), nejedná sa o zhoršenie stavu, referovanie minimálne 2x týždenne;
- **ZHP - zhoršenie stavu pacienta** – označenie v prípade **vnútorného** zhoršenia celkového zdravotného stavu (nespavosť, zhoršenie symptómov - bludná produkcia, paranoja, poruchy vnímania, afektívne výkyvy, vedľajšie účinky liekov a i.), referovanie minimálne 2x týždenne;
- **OL – ochranná liečba –** všetci pacienti s nariadenou ochrannou liečbou, referovanie 1x za dva týždne na porade;
- **PP – potenciálny pacient** - záujemca o zaradenie sa do poskytovaných služieb, rozhodujúce je možnosť voľby prostredia stretávania, záujem zo strany pacienta o informácie o službe, priebehu prijatia, MDT spoločne zdieľa informácie o situácii a stave pacienta a spoločne rozhoduje o jeho prijatí do starostlivosti. Ak je to možné sú do spolupráce zapojené blízke osoby/okolie pacienta.

Stĺpce FB sú označené prioritou v stave pacienta nasledovne:

✓ **Červená** znamená akútne;

✓ **Oranžová** znamená zvýšenú starostlivosť u existujúcich pacientov;

✓ **Zelená** znamená potenciálny pacient.

Koordináciu starostlivosti podľa stavu pacienta **v 2. fáze stabilizovanej starostlivosti preberá už len case manažér a je odstránený z tabule FB.**

12.2.6. Terapeutický plán, ktorý obsahuje individuálny plán a krízový plán pacienta - vypracovaný a následne monitorovaný na každodenných stretnutiach MDT s individuálnym prístupom ako flexibilne

reagovať na potreby pacienta za účelom prevencie zhoršenia stavu a plnenia plánu zotavenia. Súčasťou individuálneho plánovania je vytvorenie krízového plánu na prevenciu a riešenie prípadnej krízy. Súčasťou plánovania je pacient, s ktorým preberieme jeho možnosti ako krízu zvládnuť tak, aby mal sám situáciu čo najviac pod kontrolou. V pláne sú zaznamenané inštrukcie ohľadom toho, aké intervencie a postupy si pacient praje pre prípad krízy.
Cieľom krízových služieb je predísť hospitalizácii a zhoršeniu situácie pacienta ako to zvládnuť v jeho prirodzenom prostredí.

Kritériá na hodnotenie plánu:

- priebežne revidovaný a aktualizovaný, minimálne 1 x za dva týždne;
- aktualizovaný vždy po prebehnutej kríze;
- dostupný pre pacienta;
- spolupráca s inými osobami.

12.2.7. Plán prepúšťania pacienta – plánujeme tak, aby bol prepustený bezpečne so stanovením podporných mechanizmov pre prípad zhoršenia stavu a situácie, pre prípad opakovanej hospitalizácie a prijatia do starostlivosti. Do plánu treba zahrnúť spoluprácu so všeobecným lekárom, ambulantným psychiatrom atď. Ukončovací proces zvyčajne trvá 3 až 6 mesiacov. V rámci prepustenia je pacient poučený o ďalšej liečbe a odovzdaný do ďalšej starostlivosti psychiatra alebo klinického psychológa.

Prepustenie pacienta je indikované, ak:

- prestal spĺňať kritériá cieľovej skupiny – obvykle dôjde k zlepšeniu, teda zotaveniu pacienta; rozhoduje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria v psychiatrickej ambulancii;
- bude postačovať ambulantná zdravotná starostlivosť;
- pacient sám požiada o ukončenie a nie je medicínsky indikovaná potreba pokračovania;
- sa zhorší zdravotný stav a je potrebná ÚZS (Bähler, M., 2010).

13 Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Základnou funkciou KPS je flexibilná a kontinuálna starostlivosť, spolu s podporou osôb s duševnou chorobou, alebo príznakmi duševnej poruchy aj v ich prirodzenom prostredí; asertívne vyhľadávanie a kontaktovanie osôb za účelom poskytnutia KPS; včasné identifikovanie a prevencia duševnej choroby; poskytovanie starostlivosti MDT, vrátane terénneho mobilného tímu; poskytovanie informácií duševne chorým a edukácia pri ich starostlivosti.

Princípy KPS

a) asertívny prístup;
b) určenie oblasti pôsobenia;
c) vymedzenie dostupnosti;
d) stanovenie poskytovaných služieb;
e) definovanie formy spolupráce s ďalšími špecifickými službami;
f) multidisciplinárny prístup;
g) prípadové vedenie;
h) zapojenie a podpora peer konzultanta;
i) spolupráca s blízkymi osobami s rešpektovaním zásad etiky a ľudských práv.

Ciele KPS poskytovanej MDT

a) podporiť uzdravenie pacienta z psychickej poruchy,
b) redukovať príznaky a následky spôsobené psychickými poruchami,
c) predchádzať rozvoju trvalých následkov psychických porúch,
d) predchádzať recidívam psychických porúch,
e) skrátiť dĺžku hospitalizácie alebo predchádzať hospitalizácii,

f) zlepšiť funkčnosť a posilniť kompetencie pacienta v zvládaní životných situácií,
g) podporiť samostatnosť pacienta,
h) dosiahnuť reintegráciu pacienta s psychickou poruchou do jeho prirodzeného prostredia a do pracovného procesu,
i) predchádzať invalidizácii pacienta,
j) zvýšiť kvalitu života ľudí s psychickými poruchami,
k) psychoedukovať pacientov a ich blízke osoby,
l) vykonávať odborné činnosti sociálnej práce a podpory pacienta a jeho blízkych s cieľom riešiť nepriaznivú sociálnu situáciu pacienta, ktorá vznikla v dôsledku jeho zdravotného obmedzenia, alebo ktorá viedla k jeho zdravotnému obmedzeniu.

Cieľová skupina

KPS sa poskytuje pacientom s psychickými poruchami formou špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorá vzájomne prepája a dopĺňa ambulantnú zdravotná starostlivosť s ÚZS, s dôrazom na poskytovanie aj v prirodzenom prostredí pacienta, bez dlhodobého vyňatia z jeho sociálneho prostredia. Zároveň rešpektuje potrebu dostupnosti a komplexnosti liečby podľa individuálnych potrieb konkrétneho pacienta. Tento systém zdravotnej starostlivosti je destigmatizačný, zvyšuje funkčnosť a zlepšuje kvalitu života pacienta, umožňuje mu rýchlejšiu opätovnú integráciu do spoločnosti.

Liečba v zariadeniach poskytujúcich KPS s príslušným odborným zameraním je indikovaná pre pacienta s psychickými poruchami

a) bez potreby hospitalizácie, ktorému z hľadiska jeho zdravotného stavu nepostačuje iná ambulantná psychiatrická starostlivosť,
b) s preukázateľnou poruchou a poklesom funkčnosti a samostatnosti v dôsledku psychickej poruchy, čo znamená bez diagnostického obmedzenia.

Odporúčaný okruh prijímateľov KPS

1. Vo vybraných zariadeniach poskytujúcich KPS s príslušným odborným zameraním môže byť indikovaná liečba u ***pacienta so závažnou psychickou poruchou (SMI-Serious/severe Mental Illness)***

a) z diagnostických kategórií Medzinárodnej klasifikácie chorôb (ďalej len „MKCH-10“) začínajúce s kódom diagnózy F20, F30, F42, F60,
b) pri trvaní ochorenia dlhšie ako 2 roky, na základe celkového posúdenia aktuálnej úrovne fungovania prostredníctvom klinického nástroja na hodnotenie globálnej úrovne fungovania a závažnosti duševných chorôb skóre GAF ≤ 60.

2. ***Osoba s potrebou včasnej intervencie***, kde hrozí riziko rozvoja SMI. Môžu to byť akútne stavy a dekompenzácia chronických ochorení, s výnimkou akútnych intoxikácií. Cieľom je skorá diagnostika ochorenia alebo relapsu a rýchle začatie liečby.
3. ***Osoba s potrebou krízovej intervencie***, ktorá sa ocitla v krízovej situácii s akútnymi psychickými ťažkosťami a nevyžaduje hospitalizáciu. Cieľom je krátkodobá intervencia a odovzdanie do ďalšej starostlivosti.

Zariadenia poskytujúce KPS

1. Zriadené ako právny subjekt samostatne alebo ako súčasť iného zdravotníckeho zariadenia:

a) psychiatrická ambulancia,
b) ambulancia detskej psychiatrie,
c) ambulancia klinickej psychológie,
d) ambulancia klinickej logopédie,
e) ambulancia liečebnej pedagogiky,

f) ambulancia fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie,
g) neuropsychiatrická ambulancia,
h) ambulancia medicíny závislostí,
i) psychiatrický stacionár,
j) agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti,
ktorých určujúce znaky upravuje osobitný predpis.[1]

2. Špecifickú skupinu zariadení poskytujúcich KPS s dôrazom na zdravotno-sociálne služby poskytované MDT, vrátane práce terénneho mobilného tímu v prirodzenom prostredí pacienta sú stacionáre s odborným zameraním psychiatria, stacionáre s odborným zameraním klinická psychológia alebo agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré v prípade spolupráce so špecializovanými ambulanciami uvedenými v ods. 2 písm. a) až h) môžu poskytovať starostlivosť v psychosociálnom centre.
3. Zariadenia poskytujúce KPS sú zaradené do verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti upravenej v osobitnom predpise[2] a fungujú na princípe spolupráce s psychiatrickými ambulanciami a s ústavnými psychiatrickými zariadeniami, s všeobecnými lekármi pre dospelých, s úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny, pacientskymi organizáciami a s ďalšími zariadeniami v oblasti prevencie a podpory duševného zdravia, neformálnymi komunitnými službami a organizáciami pacientov a ich blízkych, ktoré poskytujú svojpomoc a vzájomnú pomoc a s mimovládnymi organizáciami v oblasti iniciatívy prevencie a podpory duševného zdravia, s poskytovateľmi sociálnych služieb, so všetkými zamestnávateľmi, so Sociálnou poisťovňou, so samosprávnymi krajmi a so zariadeniami na výkon rozhodnutia súdu.

Poskytovateľ pri zabezpečení a organizácii KPS

a) postupuje v zmysle platných právnych predpisov upravujúcich poskytovanie KPS;
b) zabezpečuje prevádzku zariadenia v závislosti od druhu, typu a odborného zamerania;
c) poskytuje sociálne služby ako obligatórnu súčasť, môže ju poskytovať prostredníctvom oprávneného poskytovateľa sociálnej služby podľa osobitného predpisu[3], ktorým je fyzická alebo právnická osoba, ktorá plánuje poskytovanie sociálnej služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa sociálnej služby, vedie individuálne písomné záznamy o identifikácii potrieb pacienta, o stanovení cieľov, o priebehu poskytovania sociálnej služby a plnení a zároveň ho aj hodnotí za účasti prijímateľa sociálnej služby;
d) zabezpečuje minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zariadení poskytujúcich KPS podľa osobitného predpisu[4];
e) zabezpečuje kontinuálny prechod starostlivosti o pacienta z ÚZS alebo ambulantnej zdravotnej starostlivosti do prirodzeného prostredia pacienta;
f) vytvára možnosti a priestor pre poskytovanie aktivít a služieb členmi MDT;
g) vzdeláva pacienta, jeho blízke osoby, komunitu o možnostiach multidisciplinárnej spolupráce s inými poskytovateľmi, zabezpečuje niektoré služby prostredníctvom iného poskytovateľa;
h) zabezpečuje sústavné vzdelávanie všetkých členov MDT a vzdelávanie v oblasti poskytnutia predlekárskej pomoci v život ohrozujúcich situáciách;

---

[1] *Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 84/2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení [1)] §*

[2] *Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov*

[3] *Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov*

[4] *Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 236/2025 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie vybraných druhov ambulantných zdravotníckych zariadení*

i) má stanovený postup pre riešenie nežiaducich situácií, vrátane sťažností, pričom pacienti a ich blízke osoby vedia, že majú právo podávať sťažnosť;
j) implementuje interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta, ktorý upravuje osobitný predpis[5], na základe vypracovaného interného postupu;
k) kontroluje kvalitu poskytovanej starostlivosti za účelom prevencie výskytu závažných chýb a nedostatkov pri poskytovaní starostlivosti.

Poskytovateľ pri zabezpečení a organizovaní ošetrovateľskej starostlivosti

a) používa individuálne plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti so zohľadnením potrieb pacienta;
b) vykonáva činnosti podľa ošetrovateľského procesu;
c) realizuje ošetrovateľské zdravotné výkony pri poskytovaní KPS podľa platného katalógu zdravotných výkonov;
d) uplatňuje psychoterapeutické postupy na základe individuálneho posúdenia;
e) postupuje podľa platných štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pri zohľadnení individuálnych potrieb a aktuálneho zdravotného stavu pacienta;
f) poskytuje informácie pacientovi o jeho zdravotnom stave, o navrhovanej liečbe, o dôsledkoch nedodržiavania a odmietnutia liečby v rámci svojich kompetencií;
g) zaznamenáva poučenie a informovanie pacienta alebo jeho zákonného zástupcu o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, súhlas je potvrdený podpisom pacienta, alebo jeho zákonného zástupcu a zamestnanca, ktorý vykonal poučenie;
h) posudzuje riziká podľa štandardizovaných škál, ktoré sú súčasťou zdravotnej dokumentácie;
i) zaznamenáva priebeh poskytovanej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti do zdravotnej dokumentácie v zmysle platných právnych predpisov; súčasťou je terapeutický plán, ktorý obsahuje individuálny plán ošetrovateľskej starostlivosti so zohľadnením potrieb pacienta; individuálny plán poskytnutých služieb, informácia o GDPR, krízový plán a plán zotavenia;
j) zabezpečuje koordináciu a plynulosť poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti komunikáciou s pacientom, najmä pred prvým vyšetrením lekárom alebo osobnou návštevou v zariadení alebo v prirodzenom prostredí pacienta;
k) prehodnocuje priebežne poskytovanú starostlivosť najmä pri identifikácii rizika a výskyte akútneho problému ako je napr. destabilizácia, symptómy novovzniknutého ochorenia, zhoršenie psychických ťažkosti, prejavy exacerbácie chronickej choroby, pretrvávanie príznakov infekcie, prípadne zhoršovanie somatického stavu, prepustenie z nemocnice a pod..

14 Ďalšie odporúčania

14.1 Minimálny rozsah služieb poskytovaných MDT

14.1.1 Časová dostupnosť v pracovných dňoch v rozsahu minimálne 6 hodín denne, zdieľanie informácií o pacientoch, práca ambulantne aj v teréne, odovzdávanie dôležitých informácií o vykonaných intervenciách v prirodzenom prostredí pacienta.

14.1.2 Mobilné služby poskytované v prirodzenom prostredí pacienta, po vzájomnej dohode aj v inštitúciách, kde sú osoby aktuálne umiestnené, za účelom ich prípravy na prepustenie. Hlavným cieľom mobilných služieb je poskytovanie starostlivosti v prirodzenom prostredí pacienta a predchádzanie stavov, ktoré by vyžadovali hospitalizáciu. Možnosť intervencií dvakrát za deň po dobu aspoň troch dní, maximálne však po dobu 10 za sebou nasledujúcich dní. Ide o alternatívu umiestnenia alebo príjmu na psychiatrické lôžkové oddelenie podľa stavu pacienta. Celý MDT poskytuje služby v teréne, teda v prirodzenom prostredie pacienta. Práca v prirodzenom prostredím

[5] *Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta*

je hlavnou zložkou poskytovaných služieb. Nejedná sa pritom iba o priamu prácu s pacientom, ale i s jeho okolím (rodina, blízki, susedia, úrady). Pomer poskytovaných služieb v teréne by mal byť väčší ako 50 % z celkovej kapacity poskytovaných služieb.

14.1.3 Krízové služby za účelom podpory osôb pre zvládnutie rozvíjajúcej sa krízy a predchádzanie hospitalizácii. Krízové telefónne služby sú dostupné aj prostredníctvom liniek pomoci. Týkajú sa najmä zhoršenia stavu s rizikom hospitalizácie. Poskytnutie celodenných krízových služieb môže byť opakované u pacienta maximálne po dobu 10 za sebou nasledujúcich dní. Služba je poskytovaná pacientom, ktorí sú už zaradení do starostlivosti zariadenia.

14.1.4 Zdravotné služby zahŕňajú služby psychiatra a klinického psychológa, vrátane psychoterapeutickej starostlivosti, vo forme ambulantnej starostlivosti a ďalej vo forme zdravotnej starostlivosti vo vlastnom sociálnom prostredí pacienta. Úloha psychiatra a klinického psychológa v MDT zahŕňajú aj metodické vedenie MDT a koordináciu starostlivosti o pacientov. Cieľom týchto služieb je podpora a sociálna rehabilitácia pacientov. Obsahom služby je ambulantná psychiatrická rehabilitácia, špecifické psychoterapeutické programy a edukácia vedúca k zvládaniu základných zručností bežného života pacienta.

1. **14.1.5 Služby včasnej intervencie** je včasná detekcia ochorenia s rizikom ďalšieho rozvoja SMI. Súčasťou týchto služieb je tiež spolupráca s organizáciami v regióne. Tieto činnosti prebiehajú prevažne ambulantne.
2. **14.1.6 Kontaktovanie pacienta** – návštevná služba v prirodzenom prostredí alebo v zariadení ÚZS za účelom intervencií u osôb s už prebiehajúcim, avšak doposiaľ nediagnostikovaným alebo aktuálne neliečeným SMI, ktoré majú nedostatočný náhľad na svoje ochorenie, v dôsledku ktorého horšie nadväzujú spoluprácu. Cieľom je dosiahnutie spolupráce s osobou a nadviazanie ďalšej starostlivosti v zariadení KPS za prípadnej spolupráce blízkych osôb, príp. opatrovníka.
3. **14.1.7 Denné skupinové alebo individuálne služby** zdravotno-sociálne môžu byť zabezpečené zmluvne u iného poskytovateľa služieb orientované na ich podporu a sociálnu rehabilitáciu. Je treba zaistiť, aby ponuka týchto služieb zodpovedala potrebám pacientov a dostupnosti iných denných služieb v regióne. Zahŕňajú štruktúrované aj neštruktúrované aktivity, slúžiace k prelomeniu sociálnej izolácie.
4. **14.1.8 Prepojenie zdravotno-sociálnych služieb** s inými službami a relevantnými poskytovateľmi preventívnych, podporných služieb, s úradmi a ďalšími zdrojmi komunitnej podpory v rámci svojho regiónu.

14.1.9 Služby systematickej spolupráce s poskytovateľmi akútnej aj následnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ÚZS k plánovanému odovzdaniu hospitalizovaného pacienta do ďalšej starostlivosti po ukončení hospitalizácie, k udržaniu kontaktu MDT s hospitalizovaným pacientom, indikované odovzdanie pacienta na hospitalizáciu v prípade potreby.

5. **14.1.10 Služby kontaktného miesta** v regióne pre verejnosť a ďalšie spolupracujúce organizácie pre vyhľadanie včasného zásahu a pomoci pre osoby so SMI, ktoré neboli doteraz liečené alebo prestali využívať podpory zdravotných a sociálnych služieb. Kontaktovanie osobne alebo telefonicky v lehote 2 pracovných dní.

14.2 Odporúčané terapeutické postupy

Využívajú najnovšie a vedecky overené poznatky medicínskej praxe s dôrazom na efektívne, klinicky zmysluplné a integrované využívanie jednotlivých postupov, ako sú:

a) posúdenie – odoberanie anamnézy, vyšetrenie, hodnotenie funkčnosti, individuálny prístup,
b) diagnostika – identifikovanie potrieb,
c) plánovanie – terapeutický plán a jeho súčasť individuálny plán zotavenia, krízový plán, case manažment, koordinácia a porady MDT, sesterská vizita, návšteva pacienta počas hospitalizácie v ústavnom psychiatrickom zariadení, ktorému je po prepustení odporúčaný pobyt,

d) *realizácia – zdravotné výkony, terapeutická komunita, kognitívna rehabilitácia, pohybová terapia, ergoterapia, arteterapia, animoterapia, aromaterapia, biblioterapia, muzikoterapia, milieuterapia, socioterapia, psychoterapia, preventívne programy, edukácia, pohybová terapia, relaxácia, psychosociálna rehabilitácia, nácvik psychosociálnych zručností, krízová intervencia, sociálna práca a podpora, sociálna intervencia a starostlivosť, tréningové programy, fyzioterapia, rodinná terapia a práca s blízkymi osobami, farmakoterapia, zapojenie peer konzultanta a špecifické intervencie pre podporu duševného zdravia, edukácia a podpora blízkych osôb pacienta, poradenstvo, výchovno-vzdelávacia činnosť, nutričné poradenstvo a ďalšie poskytované v rámci kompetencií jednotlivých členov MDT,*
e) *vyhodnotenie – overenie funkčnosti hodnotiacimi nástrojmi.*

15 Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Poskytovaná starostlivosť v zariadení KPS funguje na princípe ***case manažmentu tzv. prípadového vedenia,*** ktoré začalo vznikať v 70. rokoch 20. storočia v Spojených štátoch amerických. Hlavným cieľom je riešenie individuálnych potrieb pacienta a zároveň zabezpečenie prepojenia zdravotnej starostlivosti, sociálnych služieb a iných služieb poskytovaných v prirodzenom prostredí pacienta. Systém case manažmentu je v MDT zásadným a efektívnym prístupom. Reaguje na individuálne potreby pacienta, prepája a zaisťuje dostupnosť, koordináciu, komplexnosť a kontinuitu všetkých využívaných služieb.

Medzi základné prvky case manažmentu patrí:

a) prehľad o potrebách a schopnostiach pacienta;
b) plánovanie starostlivosti;
c) uskutočňovanie plánu pomoci pacientovi aj v jeho vlastnom sociálnom prostredí;
d) monitorovanie a zaznamenávanie dosiahnutého alebo naopak nedosiahnutého pokroku;
e) vyhodnocovanie práce a výsledkov MDT.

Zásady case manažmentu sú zamerané na:

a) zdravé stránky pacienta viac ako na psychopatológiu;
b) budovanie vzťahu pacienta a case manažéra;
c) intervencie zamerané na pacientovo rozhodnutie;
d) podporu pacienta pri zmene, edukácii a zlepšovaní kvality života;
e) sprístupňovanie dostupných služieb v prirodzenom prostredí pacienta, prepojenie a nadväzovanie spolupráce pri poskytovaní služieb;
f) podporu zotavenia rodinného prostredia;
g) multidisciplinárnu spoluprácu.

Pre zaistenie a prepojenie multidisciplinárnej práce je potrebné, aby mal každý pacient svojho case manažéra (kľúčového pracovníka) jedného konkrétneho člena MDT, ktorý zapája ďalších členov MDT alebo ďalšie subjekty do spolupráce podľa aktuálnych individuálnych potrieb pacienta. Práca metódou case manažmentu úzko súvisí tiež s individuálnym plánovaním smerujúcim k zotaveniu pacienta a je jedným z posudzovaných indikátorov kvality. MDT pracuje s pacientom individuálne metódou case manažmentu.

16 Alternatívne odporúčania

Sociálne služby sú poskytované v rámci KOM pacienta so závažnými psychickými poruchami v zariadení KPS na základe posúdenia odkázanosti alebo ako samostatné odborné činnosti (základné sociálne poradenstvo, špecializované poradenstvo, pomoc pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej

fyzickej osoby, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, sociálna rehabilitácia, rozvoj pracovných zručností, pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností, výchova, preventívne aktivity, pomoc pri pracovnom uplatnení, pomoc pri prevádzke domácnosti, hospodárení s peniazmi, podpora pri organizovaní času, podpora pri zapojení sa do spoločenského a pracovného života, podpora rozvoja osobných záujmov, predchádzanie a riešenie krízových situácií a podpora spoločensky primeraného správania v rámci podpory samostatného bývania) na základe identifikovanej individuálnej potreby pacienta.

Formy sociálnych služieb sú pobytové, terénne, ambulantné a iné (najmä použitím telekomunikačných technológií). Pobytové sociálne služby sa poskytujú ako celoročná alebo týždenná sociálna služba (ubytovanie). Terénne sociálne služby sa poskytujú fyzickej osobe v jej prirodzenom sociálnom prostredí alebo v domácom prostredí (terénne programy).

17 Špeciálny doplnok štandardu

Vzhľadom na reformu psychiatrickej starostlivosti v SR odporúčame zdravotníckym zariadeniam KPS mať vypracovaný interný predpis minimálne v rozsahu:

a) cieľová skupina;
b) režim aktivít a služieb;
c) región, v ktorom zaisťuje komunitné služby;
d) spôsob prijímania do starostlivosti a prepustenie z nej;
e) spôsob zdieľania a odovzdávania informácií v rámci zariadenia;
f) kompetencie a zodpovednosti pracovníkov;
g) spôsob spolupráce s rodinou a ďalšími relevantnými subjektami v prirodzenom prostredí;
h) spôsob kontroly kvality poskytovaných služieb pomocou nástrojov na hodnotenie kvality a bezpečnosti práce v rámci jednotlivých poskytovaných služieb.

18 Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

ŠDTP odporúčame revidovať raz za dva roky z hľadiska posúdenia potreby aktualizácie vo vzťahu k:

- aktuálnym publikovaným poznatkom a výsledkom výskumu v dotknutých oblastiach;
- najnovším poznatkom vo vzťahu k problematike v zahraničnej praxi;
- výsledkom indikátorov kvality v rámci dobrej praxe pracovísk v SR;
- posúdeniu efektivity;
- podnetom zo strany zdravotných poisťovní a ďalších zainteresovaných strán;
- platnej legislatíve.

19 Literatúra

1. AAS, I.H.M., et al. Improving the reliability of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale: recent developments and future directions. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2021, 30(3), e1879. DOI: 10.1002/mpr.1879.
2. ANDERS M., et al. (eds.) *Doporuēené postupy psychiatrické péēe Psychiatrické společnosti* LS JEP, 2018, [Online] https://postupyŤpece.psychiatrie.cz/
3. BÄHLER, M., VAN VELDHUIZEN, R., VAN VUGT, M., DELESPAUL, P., KROON, H., LARDINOIS, J., & MULDER, N. 2010. *Fidelity Scale FACT. Certification Centre for ACT and FACT (CCAF).* České vydání: 2017. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
4. BENDOVÁ,P DVOŘÁKOVÁ, D. 2021. *Duševné zdraví v prevencii.* Praha: Grada - Praktický prehľad na školskú a komunitnú prevenciu, 2021.
5. BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K. 2007. *Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovateľstve.*
6. BOTÍKOVÁ, A. (ed.). 2011. *Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve.* 2. vyd. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce., 2011.
7. DROBNÝ,I., ŠVUDA, J. A KOL. 2019. *Psychiatria pre psychiatrov*. Univerzita Komenského v Bratislave, Lekárka fakulta - praktický prehľad psychiatrických porúch, vrátanie liečby a rehabilitácie.
8. DUBOVCOVÁ, M. 2022. *Recovery - princíp zotavenia v psychiatrii.* Sestra. Odborná príloha. Bratislava: Silvia Hodálová - VIUSS, 2022, 21(7-8), 27-29.
9. DULCAN, M. K., MARTINI, R. D. 2004. *Detská a dorastová psychiatria* (Stručný sprievodca). Trenčín: Vydavateľstvo F, 2004.
10. DUŠEK, K.-VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. 2005. *První pomoc v psychiatrii.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005.

11. HAWTHORNE, Graeme, et al. Measuring quality of life in community mental health: use of the AQoL instruments in recovery-oriented services. BMC Psychiatry, 2022, 22, 184. DOI: 10.1186/s12888-022-03872-1.
12. HEWLETT, E. A V. MORAN. 2014. *Ako zohľadňovať duševné zdravie: Sociálne a ekonomické náklady zanedbávania starostlivosti o duševné zdravie.* Štúdie zdravotnej politiky OECD, OECD Publishing, Paríž, 2014.
13. HÖSCHL,C., LIBINGER,J., ŠVESTKA,J. 2004. *Psychiatrie.* Praha: TIGIS spol. s.r.o., 2004.
14. HRINDOVÁ,T. 2015. *Vybrané kapitoly zo psychiatrického ošetrovateľstva.* Bratislava: SILVIA HODÁLOVÁ –VIUSS. 2015.
15. HUNTER, Nicola, et al. Reliability testing of HoNOS 2018 in clinical practice. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2024, 31(2), 145–155. DOI: 10.1111/jpm.13001.
16. IZÁKOVÁ, Ľ., A KOL. 2022. *Základné princípy reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku*. Nové Zámky: Psychoprof, spol. s.r.o., 2022.
17. JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J.L. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť.* Martin : Osveta, 1999.
18. JAMES, Michelle, et al. A review and update of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). BJPsych Bulletin, 2020, 44(1), 30–36. DOI: 10.1192/bjb.2019.66.
19. KILÍKOVÁ,M. 2017: *Metaparadigmy teórie ošetrovateľstva I.* 1.vyd. Příbram: Ústav Jana Nepomuka Neumanna, 2017.
20. KOCIOVÁ, K.,PEREGRINOVÁ, Z. 2003. *Fyzioterapia v geriatrii*. Martin: Osveta, 2003.
21. MAXWELL, Alexandra, et al. Population norms for the AQoL-6D and AQoL-8D instruments in Australia: implications for mental health outcome measurement. Health and Quality of Life Outcomes, 2021, 19, 231. DOI: 10.1186/s12955-021-01854-4.
22. PĚČ, O., ŠELEPOVÁ, P., PĚČOVÁ,J., DRAGOMIRECKÁ, E.,ČECHOVÁ,D., PROBSTOVÁ, V., BUBELA, M. 2007. HoNOS: Hodnocení zdravotního stavu. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2007.
23. PEDERSEN, Geir, et al. The revised manual for the Global Assessment of Functioning scale (GAF): psychometric properties and clinical utility. European Psychiatry, 2020, 63(1), e28. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2020.28.
24. PETR, T., MARKOVÁ,E., a kol. 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2014.
25. RICHARDSON, Jeff, et al. Psychometric validation of the AQoL-8D multi-attribute utility instrument in mental health populations. Quality of Life Research, 2020, 29(8), 2095–2107. DOI: 10.1007/s11136-020-02463-2.
26. VÖRÖŠOVÁ, G, SOLGAJOVÁ,A., ARCHALOUSOVÁ,A. 2015. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry.* Praha: Grada Publishing a.s., 2015.
27. Hodnotiace nástroje HoNOS - konkrétna škála v češtine.2018 https://www.researchgate.net/publication/329512994_HoNOS_Hodnoceni_zdravotniho_stavu_Health_of_the_Nation_Outcome_Scales_manual_ceske_verze_Autori_ceske_verze>. URL: < https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2024-10/Priloha2_HoNOS_pokyny.pdf>.
28. Hodnotiace nástroje GAF 2018 URL: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/35203/Manu%C3%A1l%20registr%20CDZ_verze_2a.pdf>.
29. Komplexný manažment pacienta s akútnymi a prechodnými psychotickými poruchami. Bratislava : Ministerstvo zdravotníctva SR. 2019. URL:https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/Psychiatria/KM_s_akutnymi_a_prechodnymi_psychotickymi_poruchami.pdf>.
30. Komplexný manažment pacienta s trvalými poruchami s bludmi. Bratislava : Ministerstvo zdravotníctva SR. 2019. URL: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/Psychiatria/KM_s_trvalymi_poruchami_s_bludmi.pdf>.
31. Komplexný manažment pacienta so schizoafektívnymi poruchami – 1. Revízia. Bratislava : Ministerstvo zdravotníctva SR. 2023. URL: <https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/15-11-2023/Psychiatria_KM-pacienta-so-schizoafektivnymi-poruchami_1_revizia.pdf>.
32. PROBSTOVÁ, V., ŠELEPOVÁ, P., DRAGOMIRECKÁ, E., KALVODA, H., SOCHOROVÁ, G., PĚČ, O. Manuál CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných. Praha : Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011 URL: < http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=803)>.
33. Standardy jako takové jsou pro tzv. bazální a komlexní CDZ – více info zde a v citovaném věstníku:2021 URL: <https://mzd.gov.cz/vydani-noveho-standardu-sluzeb-poskytovanych-v-centrech-dusevniho-zdravi-cdz-pro-osoby-se-zavaznym-chronickym-dusevnim-onemocnenim-smi/>.
34. Standardy kvality a bezpečí v CDZ. 2023 URL: < https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/standardy-kvality-bezpeci-metodiky-hodnoceni>.
35. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) duševné zdravie a prevencia. URL: <https://www.who.int/mental.health>.
36. Úrad verejného zdravotníctva SR - Prevencia a duševné zdravie. URL: <https:// www.uvzsr.sk>.
37. WHITTEMORE, Rachel, et al. Routine outcome measurement in community mental health: clinical engagement with HoNOS 2018. BJPsych Bulletin, 2021, 45(4), 220–227. DOI: 10.1192/bjb.2021.23.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii a diagnostike ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília. Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. novembra 2025.

Kamil Šaško
minister zdravotníctva

Zoznam príloh:

Príloha č. 1: Test kreslenia hodín – vzor
Príloha č. 2: Mini-Mental-State-Examination (MMSE) - Folsteinov test kognitívnych funkcií – vzor
Príloha č. 3: Geriatrick Depresion Scale – Geriatrická škála depresie - vzor
Príloha č. 4: Beckov dotazník úzkosti - vzor
Príloha č. 5: Broset Violence Checklist - Vyhodnotenie rizika agresie - vzor
Príloha č. 6: Nurses Global Assesment of Suicide Risk - Škála hodnotenia rizika suicidálneho správania - vzor
Príloha č. 7: HoNOS (Health of the National Outcome Scale) - Zdravie podľa národnej stupnice výsledkov - vzor
Príloha č. 8: GAF - Global Assesment of Functioning - Hodnotenie globálneho fungovania klienta - vzor
Príloha č. 9: AQoL - 6D – Assessment of Quality of Life - Hodnotenie kvality života súvisiace so zdravím - vzor
Príloha č. 10: CAN (Camberwell assessment of need) - Camberwellský formulár pre hodnotenie potrieb – krátka verzia - vzor