

Ochrana a podpora duševného zdravia v SR

Úvod

Duševné zdravie predstavuje základnú hodnotu života. Stále však stúpa počet ľudí s duševnými poruchami, ktoré prinášajú nesmierne utrpenie nielen im, ale aj ich najbližšiemu okoliu. Na Slovensku navštívi psychiatra ročne 250 000 ľudí, ak každý z nich pochádza zo štvorčlennej rodiny, má každý rok s duševnou chorobou bezprostrednú skúsenosť milión ľudí.

Duševné zdravie má veľký význam aj pri vzniku mnohých závažných telesných ochorení ako sú napr. srdcovo- cievne alebo nádorové choroby a podieľa sa tak na predčasnej úmrtnosti. Napriek tomu, že duševné poruchy sú také isté choroby ako telesné, chorí sú v porovnaní s telesne chorými naďalej diskriminovaní nielen pri možnostiach primeranej liečby, ale aj pri návrate späť do spoločnosti. Veľká väčšina verejnosti nemá o duševných poruchách dostatočné vedomosti, má o nich skreslené predstavy a predsudky, čo vedie k strachu vyhládať pomoc psychiatra. Hoci posledné roky priniesli mnohé nové vedomosti o duševných poruchách a ich liečbe, z najrôznejších príčin sa prehĺbuje priepasť medzi tým, čo by sme pacientom vedeli poskytnúť a medzi tým, čo im skutočne poskytujeme.

Tieto dôvody a snaha upozorniť na význam duševného zdravia viedli Svetovú zdravotnícku organizáciu k vyhláseniu 7. apríla 2001 za Svetový deň duševného zdravia.

Duševné zdravie

Duševné zdravie podľa WHO: „stav telesnej a duševnej pohody, v ktorom si jednotliviec uvedomuje svoje schopnosti, dokáže zvládnuť obvyklý životný stres, môže pracovať produktívne a úspešne a dokáže byť prínosom pre svoju spoločnosť“.

Duševné poruchy sú podľa odborníkov u nás na treťom mieste medzi chorobami spôsobujúcimi invalidizáciu. To je situácia, ktorá robí nešťastných aj ľudí, ktorí sa dobrovoľne stávajú celoživotnými psychiatrickými pacientmi, a zároveň aj veľmi zatťažuje štátny rozpočet nákladmi na ich liečbu.

Liga za duševné zdravie vo všetkých svojich komunikačných kampaniach prezentuje názor, že je nevyhnutné dobudovať u nás ešte stále riedku sieť služieb, ktorá je pre predpokladom ich úspešnej liečby, ktorá pomáha ľuďom s duševnými poruchami vrátiť sa z choroby späť k práci, k rodinám a do života vôbec.

Komplexná sieť starostlivosti na Slovensku buď chýba alebo je sieť neúplná. Pritom vďaka nej by mohli ľudia s duševnými problémami nachádzať príležitosti obnoviť svoje sociálne väzby a zručnosti, nájsť stratené sebavedomie a schopnosť znovu viesť plnohodnotný život. Cez neúplnú sieť môže človek ľahko prepadnúť na dno a ostať so svojimi problémami osamelý a bez pomoci. Na Slovensku úplne chýbajú denné stacionáre a rehabilitačné strediská pre deti, mládež, je nedostatočný počet služieb: denných stacionárov a rehabilitačných stredísk, agentúr psychiatrickej domácej starostlivosti, krízových centier s mobilnými tímami, chránených a podporovaných bývaní, chránených a podporovaných zamestnaní (chránených dielní), a úplne chýba celoslovenská nízkoprahová telefonická linka krízovej intervencie.

Najčastejšie duševné poruchy v SR:

depresia,
samovražda,
Schizofrénia,
Alzheimerova choroba,
úzkostné a fóbické poruchy,
poruchy príjmu potravy,

Depresia

Depresia je bežná porucha, ktorá postihne niekedy počas života takmer každého piateho človeka. Rôzne príznaky depresie sa môžu vyskytnúť až u tretiny obyvateľstva. Môže zahŕňať pocity smútku, beznádeje, únavy, znížené sebahodnotenie a pokles sebavedomia, poruchy spánku a rôzne, často mnohopočetné bolesti. Smútok určite pozná každý z nás. Obyčajne vzniká po nepríjemnom zážitku či strate niekoho dôležitého. Vtedy je psychologicky zrozumiteľný, odôvodniteľný, jeho intenzita a trvanie sú zvyčajne úmerné vyvolávajúcej príčine. Depresia je však na rozdiel od bežného smútku chorobný stav, ktorý môže vzniknúť aj bez zjavného dôvodu. Depresia je vážny stav, ktorý si vyžaduje liečbu.

Samovražda

V roku 1999 zomrelo na Slovensku následkom samovraždy 465

ľudí a v roku 2008 to bolo 631 ľudí. Vo vekovej skupine detí a mladých ľudí do 30 rokov zomrelo v roku 2008 následkom samovraždy 103 ľudí a bolo zaznamenaných až 368

samovražedných pokusov! Podľa prieskumov Eurostatu v EÚ zomrelo v roku 2006 takmer 58 000 ľudí v dôsledku samovraždy, pričom na následky dopravných nehôd niečo vyše 50 000. Na následky dopravných nehôd, prevencii ktorých sa venuje značná pozornosť, zomrie teda

ročne menej ľudí ako v dôsledku samovrážd.

Občan EÚ má 10x vyššiu šancu, že zomrie v dôsledku samovraždy ako v dôsledku HIV/AIDS (podľa štatistiky Eurostatu z roku 2006).

Štatistiky o samovražedných pokusoch nie sú presné, ale odhaduje sa, že ich je asi 9-násobne viac než dokonaných samovrážd. To by na Slovensku znamenalo asi 5000 - 6000 ľudí ročne.

Až 82 percent ľudí, ktorí dokonajú samovraždu, je v produktívnom veku (najčastejšie vo vekovej skupine 40 - 50 rokov).

Ak berieme do úvahy, že každý z ľudí, čo sa pokúsi alebo dokoná samovraždu žije len v 4 - člennej rodine, s fenoménom samovraždy sa musí vyrovať ročne najmenej 30 000 ľudí. Ak berieme do úvahy širšie okolie - širšiu rodinu, priateľov, spolupracovníkov, je počet ľudí, ktorí sa na vlastnej koži stretnú

s problémom samovraždy, niekoľkonásobne vyšší. Pritom samovraždy sú stále obostreté závojom tabu, hriechu, previnenia, pocitmi strachu a viny. V rozhovoroch s ľuďmi, ktorí sú samovraždou ohrození, alebo s ľuďmi, ktorí samovraždou stratili svojho blízkeho, sa téme samovraždy zvyčajne radšej vyhýbame. Avšak práve otvorenie tejto témy, možnosť rozprávať o nej, je najdôležitejšou formou prevencie samovraždy. Na Slovensku program boja proti samovraždám nie je zatiaľ vypracovaný, hoci ich prevencia by mala byť vecou celej spoločnosti.

Schizofrénia

Schizofrénia je vážne duševné ochorenie, ktorým trpí asi jedno percento obyvateľstva, teda na Slovensku asi 50 tisíc ľudí. Ide o ochorenie spôsobené poruchou činnosti mozgu, ktoré najčastejšie začína v najnádejnejšom období života človeka, na prahu dospelosti, a výrazne zasiahne nielen život chorého, ale celej rodiny. Táto porucha spôsobuje, že chorý sa odcudzuje svojmu okoliu, pociťuje chaos, stiesnenosť a stratu kontroly nad sebou. Udalosti každodenného života získavajú pre neho nenormálny, často zlovestný význam. Okolité svet sa pre neho stáva cudzím, nedokáže sa v ňom zorientovať, má zvláštne pocity, vníma, rozmýšľa a robí závery neobvykle, neobjektívne, pre okolie nepochopiteľne. Takýto stav sa odborné označuje ako psychóza. Výskum posledných desaťročí nielen veľa poodhalil o samotnej poruche v mozgu, ale priniesol aj účinné lieky, takzvané antipsychotiká, pomocou ktorých je schizofrénia v súčasnosti porovnateľne liečiteľná, tak ako iné vážnejšie telesné ochorenia. Aj keď presnú príčinu schizofrénie nepoznáme, naše najnovšie poznatky o mozgových mechanizmoch tejto poruchy v poslednom období výrazne narástli a ovplyvnili vývoj nových, účinnejších liekov.

Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je progresívne degeneratívne ochorenie mozgu, ktoré sa prejavuje postupnou stratou pamäti a rozumu v takej miere, že to ovplyvňuje každodenný život jedinca. Alzheimerova choroba je najčastejšou príčinou demencie. Demencia je všeobecný výraz na označenie straty pamäti a rozumových schopností.

Najviac postihuje starších ľudí, ale ako včasný typ sa môže začať po 40 roku. Vo veku nad 65 rokov postihuje asi 10% ľudí vo veku nad 85 rokov asi 50% ľudí. Častejšie sa vyskytuje u žien. Odhaduje sa, že na svete ňou trpí asi 20 miliónov ľudí (v USA asi 4 milióny, medzi nimi známe osobnosti, mali ju napríklad americký prezident Roland Reagan i známa herečka Rita Hayworth). Na Slovensku je postihnutých asi 50 000 ľudí.

Úzkostné a fóbické poruchy

Generalizovaná úzkostná porucha,
Panická porucha,
Agorafóbia,
Sociálna fóbia,
Špeciálne fóbie,
Strach,
Úzkosť,
Strach zo strachu,
Extrémna úzkosť či nervozita.

Poruchy príjmu potravy

- **mentálna anorexia**: úmyselné znižovanie hmotnosti vyvolané a udržiavané diétami, nadmerným cvičením, zvracaním a zneužívaním liekov (najmä preháňadiel). Hmotnosť je podpriemerná až extrémne nízka, napriek tomu je snaha ďalej chudnúť.

- **mentálna bulímia**: opakované záchvaty prejedania veľkým množstvom jedla, po ktorom nasleduje zvracanie alebo kompenzácia iným spôsobom (nadmerné cvičenie, zneužívanie liekov - najmä preháňadiel, obdobia hladovania). Hmotnosť je zväčša normálna alebo na spodnej hranici normy.

Začiatok: najčastejšie vo veku 14-18 rokov

Výskyt: mentálna anorexia - ženy: 0,5-1%

mentálna bulímia - ženy: 1-3%

Muži tvoria menej ako 10% všetkých prípadov. Len menšia časť pacientov a pacientiek - asi 10% - vyhľadá lekársku pomoc.

Úmrtnosť:

- pri dlhodobej mentálnej anorexii podľa rôznych prieskumov 3-18%,
- pri mentálnej bulímii 3,9%.

Príčinou smrti sú zväčša samovraždy a zdravotné komplikácie spojené s hladovaním alebo zvracaním.

Národný program duševného zdravia

Národný program duševného zdravia vypracovaný v zmysle uznesenia vlády SR č.911 zo dňa 21. augusta 2002 je komplexným programom starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku.

Je vytvorený na princípe systémového prístupu k starostlivosti, so snahou zabezpečiť rovnaký prístup k starostlivosti o duševné zdravie tak, ako k starostlivosti o telesné zdravie.

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

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

a) kontinuálny,

b) oddelený.

Podľa **kontinuálneho modelu** sa na duševné zdravie a duševnú poruchu pozerá ako na dva proti sebe ležiace póly jedného kontinua. Väčšina ľudí sa nachádza niekde medzi týmito krajnými polohami. Hranica medzi zdravím a chorobou nie je rigidná, ale skôr plynulá

a podlieha spoločenským vplyvom a vplyvom prostredia. Podľa tohto modelu môže ochoriť ktokoľvek, ak je vo svojom psychosociálnom prostredí vystavený dostatočne silnému stresu. Podľa **oddeleného modelu** duševného zdravia a duševnej poruchy sa na zdravie a na chorobu pozerá ako na dva protipóly, ktoré tvoria dichotomické rozdelenie. Podľa tohto modelu

je človek buď zdravý, alebo chorý, teda napĺňa diagnostické kritériá určitého ochorenia. Tento model zdôrazňuje biologický prístup k skúmaniu duševných porúch a predpokladá, že tieto poruchy majú genetickú, biologickú alebo neurochemickú príčinu.

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

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

Východiska politiky duševného zdravia

V súčasnej dobe neexistuje na Slovensku úplný prehľad o epidemiologickej situácii v oblasti duševného zdravia. Stav duševného zdravia možno hodnotiť len na základe cieleného zberu údajov v špecifických oblastiach.

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

Vláda SR preto prijala rezolúciu na odstránenie zistených nedostatkov a zároveň schválila program MZ SR "**Realizácia dlhodobej starostlivosti o občanov s duševnými poruchami a poruchami správania v špecializovaných zariadeniach**". Pre tento účel sa na obdobie roku 2004 vypracoval skúšobný projekt pre 90 klientov z domov sociálnej starostlivosti, ktorí sa presunú do nových zdravotno–sociálnych oddelení, ktoré boli zriadené v psychiatrických posteľových zariadeniach.

V rámci skvalitnenia starostlivosti o duševné zdravie vznikla národná Asociácia príbuzných a priateľov duševne chorých Opora a Slovenská asociácia pacientov a patientských organizácií Premeny. Zároveň bola založená Liga za duševné zdravie a v tom istom roku Asociácia na boj proti stigme a diskriminácii kvôli duševným poruchám „Otvorme dvere - otvorme srdcia“, ktorá realizuje **destigmatizačný program** Svetovej psychiatrickej asociácie podporovaný Ministerstvom zdravotníctva SR.

V roku 2002 vládou uznesením č. 911 z 21. augusta 2002 uložila vypracovať Národný program duševného zdravia, ktorý komplexne rieši diagnostiku, prevenciu, terapiu, rehabilitáciu až po integráciu v spoločnosti a pracovnom procese v regiónoch štandardnej psychiatrickej starostlivosti. Vláda vyššie citovaným uznesením uložila vypracovať tento program ministerstvu zdravotníctva, ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny a ministerstvu školstva /Súhrnná správa o realizácii opatrení Národného programu rozvoja

životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života za rok 2001 a 2002/.

V septembri 2002 sa začal trojročný projekt „Transformácia na integrovaný systém starostlivosti o duševné zdravie“ za spoluúčasti MZ SR a MPSV a R SR. Jeho prvotným cieľom je vytvoriť modelový región štandardnej starostlivosti o duševné zdravie pomocou Regionálneho plánu starostlivosti o duševné zdravie pre región Michalovce, ktorý vstúpil do platnosti 1.1.2004. V júni 2003 bol vykonaný audit Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) v organizáciách pracujúcich v oblasti duševného zdravia. Integrácia psychiatrických služieb do služieb predovšetkým na úrovni primárnej starostlivosti sa ešte v potrebnom rozsahu nezačala. K tomu kroku je potrebné zabezpečiť vzdelávacie programy, predovšetkým na vybrané okruhy liečby ako napríklad: liečba depresí a úzkostných porúch.

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

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

Starostlivosť o duševné zdravie zahŕňa aj oblasť problematiky násilia v rodinách, na ženách /týrané ženy, týrané deti/, agresivitu, nevyjasnenú násilnú trestnú činnosť, samovražednosť a iné. V rámci prípravy už vzniklo mnoho aktivít a v súlade s odporúčaním WHO sú navrhované tri hlavné oblasti /Bratislava, Trenčín a Michalovce/, v ktorých sa zavedie stratégia Národného programu duševného zdravia do praxe.

Zámery NPDZ

V zmysle uvedeného programu je potrebné zabezpečiť:

1. V oblasti prevencie

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

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

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

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

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

3. adekvátne zdroje a rozhodujúce právomoci tých, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o duševné zdravie a zohľadniť potreby užívateľov služieb. Predpokladom je

decentralizácia a riadenie služieb podľa dopytu. V konečnom dôsledku sa očakáva z celonárodného hospodárskeho hľadiska efektívne využitie finančných zdrojov, ktoré spoločnosť vynakladá na duševné zdravie.

STRATÉGIA POLITIKY DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

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

1. Zlepšenie zdravia obyvateľstva – populácie

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

2. Zohľadňovanie očakávania ľudí

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

3. Zabezpečenie reálneho financovania

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

Hlavné ciele transformácie starostlivosti o duševné zdravie

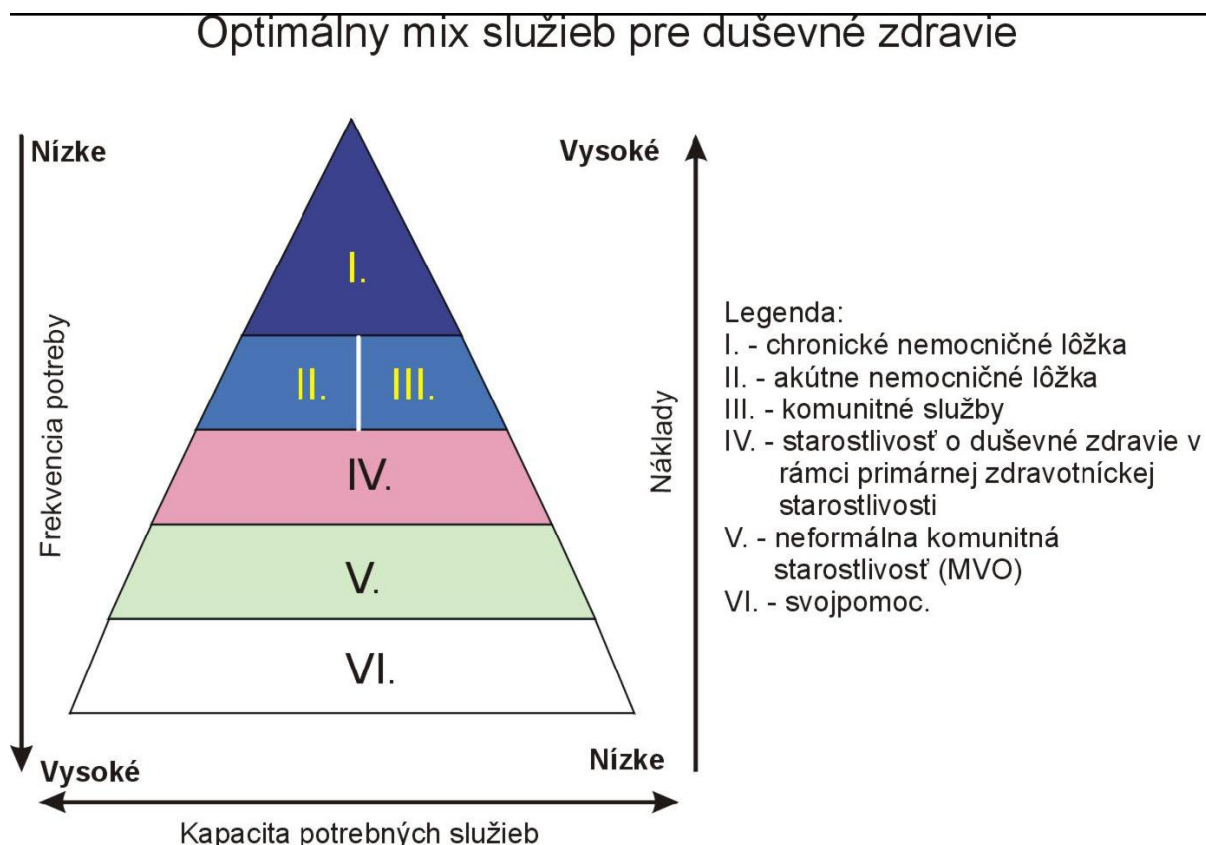
Dôsledným uskutočňovaním zmien systému starostlivosti o duševné zdravie sa očakáva:

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

NÁSTROJE POLITIKY DUŠEVNÉHO ZDRAVIA FINANCOVANIE

Jednou z ciest na zvýšenie efektivity využitia finančných prostriedkov je decentralizácia poskytovania starostlivosti. Pri tejto zmene systému je dôležitý neziskový sektor a inštitúcie, ktoré sú schopné v krátkom čase zistiť potreby určitých sledovaných skupín. Aktivitami neziskového sektora sa predpokladajú ďalšie zdroje financovania, ktoré budú prispievať k zlepšeniu fungovania starostlivosti o klienta. Ide o financovanie služieb z viacerých verejných a súkromných zdrojov a vytváranie podmienok pre efektívne a funkčné financovanie so

zabezpečením spoluúčasti klienta, zohľadňujúc jeho príjmové a majetkové možnosti.



Systém financovania starostlivosti o duševné zdravie

V súčasnosti je financovanie starostlivosti o duševné zdravie zabezpečené prevažne zo zdrojov zdravotného poistenia, súkromné zdroje tvoria stále iba zanedbateľnú časť.

Výsledkom

je nespokojnosť všetkých zúčastnených strán (užívateľov, poskytovateľov i platcov).

Z uvedeného vyplýva potreba zmeny systému financovania a prijatie vhodnej stratégie financovania založenej na viac zdrojovom financovaní starostlivosti o duševné zdravie.

Nový systém financovania je možné zabezpečiť v súčinnosti nasledujúcich zdrojov:

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

ORGANIZOVANIE SLUŽIEB PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

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

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

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

PODPORA, PREVENCIA, LIEČBA A REHABILITÁCIA

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

Podpora a prevencia

a/ Školské programy podpory duševného zdravia

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

b/ Prevencia samovraždy

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

c/ Preventívne programy v rezorte kultúry

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

LIEČBA A REHABILITÁCIA

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

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

drogové závislosti a demencie.

V rámci zabezpečenia komplexnej liečby je potrebné vypracovať:

a/ Zoznam esenciálnych liekov používaných v primárnej starostlivosti

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

b/ Štandardy používania psychofarmák.

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

ADVOKÁCIA

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

Prekonanie stigmy a diskriminácie

Jednou z najzávažnejších prekážok pri riešení otázok duševného zdravia je stigma a s ňou spojená diskriminácia ľudí s duševnou poruchou. Slovensko je od roku 2000 zapojené do celosvetového programu Svetovej psychiatrickej asociácie na prekonanie stigmy a diskriminácie

kvôli schizofrénii. V roku 2001 bola založená celoslovenská organizácia proti stigmatu a diskriminácii kvôli duševným poruchám „Otvorme dvere, otvorme srdcia“ (ODOS), ktorý by v spolupráci s Ligou za duševné zdravie, Psychiatrickou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti a ďalšími organizáciami pôsobiacimi v oblasti duševného zdravia uľahčil implementáciu NPDZ v regiónoch štandardnej starostlivosti o duševné zdravie.

VÝSKUM A HODNOTENIE

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

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

Pravidelné hodnotenie /evaluácia/ a monitoring výrazne prispieva ku kvalite služieb. Pri hodnotení /evaluácii/ sa stretávajú dve základné požiadavky na fungovanie služieb v oblasti duševného zdravia, a to efektívne intervencie, ktoré majú pozitívny dosah na duševné zdravie užívateľa a zároveň sú aj ekonomicky efektívne. Úspešný prístup však vyžaduje individuálne

riešenia, ktoré sa prispôbia lokálnej situácii a aj klientovi. Miestne problémy sa nedajú riešiť

centrálne. Preto sú veľmi dôležité pilotné projekty a najmä legislatíva, ktorá umožní rôznym lokálnym komunitám experimentovať v rámci legislatívne určeného rámca.

Ciele:

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

MEDZISEKTOROVÁ SPOLUPRÁCA

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

V zásade možno vymedziť hlavné skupiny pri implementácii NPDZ nasledovne:

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

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

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

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

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

Regionálne rady duševného zdravia podľa regionálneho členenia samosprávnych krajov.

Stratégia medzisektorovej spolupráce

Subjekty zapojené do plánovania a zabezpečenia služieb vykonávajú aktivity:

- výmeny informácií o aktivitách, úspechoch, problémoch a o potrebách, formulovania politiky
- delegovanie zodpovednosti - niektoré regionálne nemocnice môžu prebrať zodpovednosť za tréning a supervíziu zdravotníckych pracovníkov pre duševné zdravie vo svojom regióne. Profesionálne organizácie vytvoria edukačné alebo tréningové materiály a zabezpečia kontrakty s inštitúciami alebo jednotlivcami na univerzitách pre

monitorovanie a hodnotenie /evaluáciu/ aktivít. Je to finančne efektívnejšie ako vytvorenie výskumných organizácií v rámci MZ SR,

- zachovanie komunikácie medzi všetkými účastníkmi, elektronickými médiami a časopismi - informácie a koordinácie programu duševného zdravia,
- vytvorenie informácií a komunikačných stratégií alebo sietí .

Stratégia realizácie NPDZ

Kľúčovými bodmi pri realizácii medzirezortnej politiky v rámci NPDZ sú:

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

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

Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2006 – 2008

Hospitalizovanosť na duševné poruchy

V roku 2007 bolo hospitalizovaných pre duševné poruchy a poruchy správania 40 800 obyvateľov, čo tvorilo 3,9 % z celkového počtu hospitalizovaných v zdravotníckych zariadeniach (743,7 na 100 000 obyvateľov). V tom 23 562 mužov a 17 238 žien. V roku 2007 bolo 297 úmrtí hospitalizovaných pacientov, najviac úmrtí v sledovanom období je vo vekovej skupine 65+ (226). Najčastejšie sú hospitalizovaní pacienti pre diagnózu F10 (poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím alkoholu, prevažovali vo výraznej miere muži), potom nasledujú diagnózy F20 – F29 (schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi, rovnaký podiel oboch pohlaví), ďalej nasledujú diagnózy F00 – F09 (organické duševné poruchy vrátane symptomatických, prevažujú ženy), ďalej F30 – F39 (afektívne poruchy, výrazne prevažujú ženy). Z hľadiska veku v skupine do 15 rokov sú najviac zastúpené diagnózy F90 – F98 (poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania, výrazne prevažujú chlapci nad dievčatami), v produktívnom veku prevažujú už spomenuté diagnózy F10 a F20 – F29, v poproduktívnom veku diagnózy F00 – F09. Najviac hospitalizovaných pacientom v roku 2007 bolo v Košickom, Bratislavskom a Nitrianskom kraji. Hospitalizovanosť má stúpajúci trend, v roku 2003 bolo v psychiatrických zariadeniach hospitalizovaných 37 696 pacientov v roku 2007 to už bolo 40 800 pacientov, viac mužov ako žien.

Dispenzarizácia pacientov s psychiatrickými poruchami, vývoj počtu vyšetrených v psychiatrických ambulanciách

Odkedy sa realizuje štatistické zisťovanie v psychiatrických ambulanciách (rok 2000), sledujeme plynulý nárast počtu psychiatrických vyšetrení i počtu prvýkrát v živote vyšetrených pacientov s výnimkou mierneho poklesu duševných porúch mužov v roku 2007 oproti roku 2006. V roku 2007 bolo vykonaných 1 642 857 vyšetrení v 376 ambulanciách (t. j. na jednu psychiatrickú ambulanciu v priemere 17,48 na jeden pracovný deň), pri ktorých bola pacientovi zistená psychiatrická diagnóza, čo je takmer o 326 000 vyšetrení viac ako v roku 2000. Na 100 obyvateľov tak pripadá približne 30 vyšetrení, pričom v Bratislavskom kraji návštevnosť ambulancií vysoko prevyšuje slovenský priemer (66 vyšetrení na 100 obyvateľov), s väčším odstupom nasledujú ambulancie Košického kraja s počtom 34 vyšetrení na 100 obyvateľov. Počet osôb s prvou zistenou duševnou poruchou v živote bol 96 737, čo je o 34 514 osôb viac ako v roku 2000. Najviac vyšetrení bolo na afektívne poruchy (F30 – F39), najviac pacientov bolo vyšetrených prvýkrát v sledovanom roku a prvýkrát v živote v sledovanom roku na neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy (F40 – 48). V roku 2007 bol počet pacientov prvýkrát vyšetrených

v živote vo veku 0 – 15 rokov 6 308 pacientov, v tom 3 888 chlapcov a 2 420 dievčat, najčastejšie príčiny návštevy psychiatra boli poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania (F90 – F98). Vývoj incidencie duševných porúch a porúch správania zobrazuje v prílohe č. 4. graf č. 32.

Počet osôb prijatých do ambulantnej ochrannnej liečby v roku 2007 bol v Slovenskej republike 2 402 osôb, v tom psychiatrickej 1 049, protialkoholickéj 1 023, toxikomanickej 296 a sexuologickej 34 osôb.

Vývoj samovrážd, samovražedných pokusov, vývoj počtu užívateľov drog liečených v zdravotníckych zariadeniach

V roku

2007 bolo hlásených 490 samovrážd, čo je 9,1 na 100 000 obyvateľov, v tom 427 mužov (16,3/100 000 obyvateľov) a 63 žien (2,3/100 000 obyvateľov). Najviac vo vekovej skupine 40 – 59 rokov. V posledných piatich rokoch nedošlo k výraznejším zmenám, okrem roku 2005, kedy bolo hlásených 576 samovrážd, čo bolo 10,7 na 100 000 obyvateľov. Najčastejším spôsobom vykonania samovraždy bolo u mužov aj u žien úmyselné sebapoškodenie obesením, zaškrtením a zadusením. Vo väčšine prípadov však motív činu nie je známy. V roku 2007 bolo hlásených 829 samovražedných pokusov, čo predstavovalo 15,4 na 100 000 obyvateľov. V tom 446 mužov (17/100 000 obyvateľov) a 383 žien (13,8/100 000 obyvateľov). Najviac vo veku 20 – 29 rokov. Od roku 2003 ide o pozvoľný sústavný pokles samovražedných pokusov. V roku 2007 bolo v zdravotníckych zariadeniach liečených 1 985 užívateľov drog. V tom 1 586 mužov a 399 žien vrátane cudzincov. Čo je viac ako v roku 1995, odkedy dochádza k nárastu až po rok 2000, potom sa pozvoľna počet užívateľov drog znižuje. Najpočetnejšia v roku 2007 bola veková skupina 20 – 24 a 25 – 29-ročných, najčastejším spôsobom užívania primárnej drogy bolo injekčné podanie. Zaznamenávame postupne sa znižujúci počet užívateľov drog od roku 2003 vo vekovej skupine 15 – 19-ročných (328 - rok 2003, 273 - rok 2007). Táto skupina preferuje spôsob užívania primárnej drogy fajčením (najmä muži). Naďalej dominantnou drogou zostáva heroín, 694 liečených osôb v roku 2007, ďalej látky stimulujúce CNS, z nich najmä pervitín, 457 liečených osôb.

Rada duševného zdravia SR

- predseda Rady duševného zdravia
MZSR MUDr. Adam Hochel

1. Rada duševného zdravia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, jej účel a poslanie

Činnosť Rady duševného zdravia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ) sa v roku 2008 vykonávala na základe Štatútu Rady duševného zdravia, uverejneného vo Vestníku MZ, ročník 55, 2007, čiastka 8 – 10, z 22.3.2007. Podľa štatútu je Rada poradným orgánom ministra a MZ pri tvorbe a realizácii Národného programu duševného zdravia (ďalej len „národný program“). Rada sleduje, koordinuje a vyhodnocuje plnenie úloh národného programu a analyzuje jeho realizáciu. Zriaďuje ju minister a jej činnosť upravuje Štatút rady a Rokovací poriadok, ktorý je neoddeliteľnou súčasťou tohto štatútu. Rada ako poradný orgán ministra a ministerstva koordinuje a spolupracuje pri vypracúvaní úloh národného programu, ktorých plnenie je v pôsobnosti jednotlivých rezortov, príslušných organizácií a mimovládnych organizácií na obdobie dvoch rokov. Jej členov vymenúva a odvoláva minister, má minimálne 15 a maximálne 25 členov. Prítomnosť člena rady na jej rokovaní je nezastupiteľná. Rokovanie rady sa zvoláva dvakrát ročne, mimoriadne sa zvoláva podľa potreby na návrh predsedu.

2. Zasadnutia Rady duševného zdravia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

Rada duševného zdravia je kolektívnym orgánom MZ, ktorý sa skladá z predsedu, podpredsedu a členov rady. Jej členov nominujú ministri jednotlivých rezortov a príslušných

organizácií, pričom ich menuje minister MZ. Členmi Rady sú aj zástupcovia mimovládnych organizácií, samosprávnych krajov a združení. Hlavným zámerom a činnosťou Rady je sledovať, koordinovať a vyhodnocovať plnenie úloh Národného programu duševného zdravia.

Novela Štatútu rady duševného zdravia bola schválená uznesením gremiálnej porady ministra MZ č. 57/GP z 19.2.2007 s účinnosťou od 15.3.2007. Predsedom Rady je generálny riaditeľ Sekcie zdravia MZ MUDr. Adam Hochel. V druhom polroku 2008 boli vymenovaní noví členovia rady, menovaní z rezortov jednotlivých ministerstiev, mimovládnych organizácií, samosprávnych krajov a združení.

Minister zdravotníctva vymenoval v júli 2008 nového hlavného odborníka MZ pre odbor psychiatria Doc. MUDr. Ivana Dóciho, PhD., ktorý je taktiež členom Rady.

V súvislosti s plnením jednotlivých úloh Národného programu duševného zdravia vyplývajúcich z unesenia vlády SR č. 344 z 28.5.2008, vláda prijala a schválila „Správu o plnení úloh Národného programu duševného zdravia za obdobie rokov 2006 – 2007“. Rada zasadala 5.6. a 3.7.2008 a zaoberala sa úlohami k „Plánu realizácie úloh Národného programu duševného zdravia na obdobie rokov 2008 – 2010“. Za jednotlivé ministerstvá, mimovládne organizácie a združenia predložila úlohy na rokovanie vlády č. 117/2008 z 15.10.2008. „Plán realizácie úloh Národného programu duševného zdravia na obdobie rokov 2008 – 2010“ schválila vláda uznesením č. 739 z 15.10.2008. Plnenie úloh bude priebežne kontrolovať Rada duševného zdravia a správu o plnení úloh predloží na rokovanie vlády k 30.11.2011.

3. Vykazovanie činnosti Rady duševného zdravia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

Podľa ustanovení Štatútu Rady jej predseda každoročne predkladá ministrovi do 31. marca správu o činnosti za predchádzajúci rok. Výročná správa v skrátenej podobe sa zverejňuje na internetovej stránke, prípadne v dennej tlači v spolupráci s Komunikačným odborom MZ.

4. Financovanie činnosti Rady duševného zdravia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

Podľa ustanovení Štatútu Rady uverejneného vo Vestníku MZ, ročník 55, 2007, čiastka 8 - 10 z 22.3.2007:

- MZ priestorovo, technicky, administratívne a finančne zabezpečuje činnosť rady.
- MZ v rámci schváleného rozpočtu rady finančne zabezpečuje jej činnosť, vrátane preplácania cestovných náhrad (s výnimkou leteckej dopravy a taxi služby). A to refundáciou alebo priamou platbou v prípade použitia súkromného motorového vozidla, vlaku alebo autobusu do výšky cestovných výdavkov. Prepláca aj náklady na primerané občerstvenie počas rokovania rady a náklady na primerané množstvo kancelárskeho materiálu pri jej zasadnutiach.
- Predseda rady predkladá v určenom termíne ministrovi Návrh rozpočtu rady.

Duševné zdravie –programy a občianske združenia

Slovenská republika je členom OSN, OECD, Stredoeurópskeho voľného obchodu, Rady Európy, Centrálnej Európskej iniciatívy pre mier a NATO partnerstva pre mier a Slovensko sa stane členom Európskej Únie v roku 2004.

Zbierka "Dni nezábudiek".

Prvá patientska organizácia - Združenie pacientov VIKTÓRIA – vznikla v Bratislave v roku 1997 z iniciatívy pacientov psychiatrického stacionára HESTIA za veľkej podpory profesionálov tohto zariadenia. V tom istom roku 1997 založili pacienti ďalšiu organizáciu „Pozdrav“ v Michalovciach a vznikli postupne tri združenia príbuzných v Bratislave, v Košiciach a v Michalovciach.

V priebehu nasledujúcich štyroch rokov sa ukázala potreba lepšie koordinovať prácu v oblasti duševného zdravia a preto vznikli občianske združenia s celoslovenskou pôsobnosťou, ktoré sú členmi Ligy.

Otvorme dvere, otvorme srdcia - ODOS (r.2001)

Slovenská asociácia pacientov a patientskych organizácií – PREMENY (r.2000)

Slovenské združenie príbuzných a priateľov duševne chorých - OPORA (r.1999)

V súčasnosti sú členmi ODOS

občianske združenia ľudí s duševnými poruchami (názov, sídlo, rok založenia)

OZ VIKTÓRIA (Bratislava, 1997)

OZ TREND G+N(R. Sobota, 2001)

OZ POZDRAV (Michalovce, 1997)

OZ DELFÍN (Zvolen, 2001)

OZ SANARE (B. Bystrica, 1998)

OZ POHĽAD (Košice, 2001)

OZ OMEGA (Trenčín, 1998)

OZ ZDRAVÁ DUŠA (P. Bystrica, 2002)

OZ DOTYK (Pezinok, 1999)

OZ MOZAIKA (Žilina, 2003)

OZ ŠŤASTIE SI TY (Prievidza, 2001)

OZ PRVOSIENKA (Partizánske, 2005)

OZ OPORA - VEDIEŤ ŽIŤ (Bratislava, júl 1997)

OZ RADOSTĚ (Kořice, november 1997)

OZ OPORA (Michalovce, december 1997)

OZ OPORA G+N (Rimavská Sobota, február 2001)

OZ KRÍDLA - (Bratislava,)

OZ OPORA (Zvolen, december 2000)

OZ INTEGRA (Michalovce, február 1994)

Dom sociálnych služieb – MOST, n. o. (Bratislava, február 2003)

Programy a projekty

Štúdio Open - Art Pohybom k zdraviu Podpora na ceste Program Literárna dielňa Rozhl'ady

Program Kontinual Duřevné zdravie na stredných školách

Kričím telom- vzdelávací projekt

Linky pomoci:

Košice

Linka dôvery, ktorá pôsobí pod II. Psychiatrickou klinikou FN L. Pasteura Kořice.

Telefónne číslo 055/ 622 2323.

Linka nádeje, ktorá pôsobí pod I. Psychiatrickou klinikou FN L. Pasteura Kořice.

Telefónne číslo 055/ 644 115

Prešov Linka dôvery (vřeobecná), Telefónne číslo 051 / 7731 000

Linky detskej istoty pri SV UNICEF Linka detskej istoty, LDI:

Telefónne číslo: 116 111, non-stop

Linka pre nezvestné a sexuálne zneužívané deti

Telefónne číslo: 116 000

Rodičovská LDI

Telefónne číslo: 0800 500 500, v stredu od 14:00 - 20:00 hod.

Sociálno-právna poradňa

Telefónne číslo: 0800 500 500, štvrtok a sobotu od 14:00 - 20:00 hod.

Ambulantné krízové stredisko

Telefónne číslo: 0800 500 500, non-stop

Duřevné zdravie – politika EU

Dobré duřevné zdravie je stále viac dôležité pre hospodársky rast a sociálny rozvoj v Európe.

1. Akcie v oblasti duřevného zdravia

Duřevné zdravie je riešené na viacerých úrovniach:

EÚ (politiky Komisie, Európsky parlament, Rada ministrov),

Vnútroštátne orgány (národná úroveň, regionálna úroveň),

Národná úroveň: Mnohé členské štáty prijali vlastné stratégie alebo akčné plány, zatiaľ čo iné štáty to riešia prostredníctvom svojich všeobecných politík v oblasti zdravia. Zbierka kľúčových národných dokumentov SR:

Predchádzanie samovraždám a depresii

Duševné zdravie mládeže a vzdelávania

Duševné zdravie na pracovisku

Duševné zdravie starších ľudí

Boj proti stigmatizácii a sociálnemu vylúčeniu

Medzinárodné organizácie

Partnerstvo s WHO, Rada Európy, OECD Práca v starostlivosti o duševne chorých (OECD Health Technický dokument č 17: Výber ukazovateľov pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie na úrovni zdravotníckych systémov v krajinách OECD), Medzinárodná organizácia práce (Duševné zdravie na pracovisku).

Zainteresované strany

Veľký počet mimovládnych organizácií z rôznych sektorov objavuje význam duševného zdravia pre úspech ich činnosti. Sú to rôzne zdravotné organizácie, mládež a vzdelávanie, duševné zdravie na pracovisku.

2. EÚ konzultácie

V novembri 2005 Komisia uverejnila **zelenú knihu** - Zlepšovanie duševného zdravia obyvateľstva. Na ceste k stratégii duševného zdravia pre EÚ ako prvú reakciu na vyhlásenie Svetovej zdravotníckej organizácie duševného zdravia pre Európu.

Účelom tejto zelenej knihy bolo začať diskusiu s celou radou príslušných subjektov.

3. Európsky pakt za duševné zdravie

Dňa 13. júna 2008 sa začal Európsky pakt za duševné zdravie a pohodu, ktorý nadväzoval na zelenú knihu.

Európsky pakt bol realizovaný prostredníctvom **konferencií na 5 priorít**.

Výstupy z týchto priorít sa oznamovali prostredníctvom **Compass EÚ pre akciu v oblasti duševného zdravia a pohody**.

Tematické konferencie	Organizátori
<u>Duševné zdravie mládeže a vzdelávania</u> <u>29-30 septembra 2009 (Štokholm)</u>	Komisia / Švédsko
<u>Prevenencia depresie a samovraždy</u> <u>10-11 decembra 2009 (Budapešť)</u>	Komisia / Maďarsko
<u>Duševné zdravie starších ľudí</u> <u>28 - 29 júna 2010 (Madrid)</u>	Komisia / Španielsko

<u>Boj proti stigmatizácii a sociálnemu vylúčeniu</u> <u>8-9 novembra 2010 (Lisabon)</u>	Komisia / Portugalsko
<u>Duševné zdravie na pracovisku</u> <u>3-4 03. 2011 (Berlín)</u> NEW	Komisia / Nemecko

EÚ kompas



EÚ Kompas je nástroj pre zdieľanie informácií v oblasti duševného zdravia situácií a činností v rámci celej EÚ.

Kompas obsahuje informácie o 5 prioritných problémov v Európskom pakte za duševné zdravie a pohodu.

Informácie sú rozdelené do 4 kategórií:



Indikátory duševného zdravia

Indikátor je kvantitatívnym alebo kvalitatívnym meradlo, toho ako blízko sme k dosiahnutiu stanoveného cieľa. Pomáhajú nám analyzovať a porovnávať výkonnosť v rámci skupiny obyvateľstva alebo v zemepisných oblastiach, a môžu byť užitočné pri určovaní politických priorít.

Projekty EÚ - 2010

- Európske regióny presadenie opatrení proti samovražde v EUREGENAS)
- Prevencia depresie a zlepšenie informovanosti prostredníctvom sietí v EÚ (Pred-NU)
- Podpora duševného zdravia mladých ľudí prostredníctvom podpory technológií personalizáciu starostlivosti (PRO-MLÁDEŽ)

Bibliografické údaje

www.dusevnezdravie.sk/files/audit_preklad_2003.doc

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/slovakia.pdf

<http://www.health.gov.sk/Clanok?rada-dusevneho-zdravia>

www.dusevnezdravie.sk/

[http://www.zdravie.sk/sz/content/674-41770/sprava-o-zdravotnom-stave-obyvatelstva-sr-za-roky-2006-2008.html#2.2.6.](http://www.zdravie.sk/sz/content/674-41770/sprava-o-zdravotnom-stave-obyvatelstva-sr-za-roky-2006-2008.html#2.2.6)

<http://www.sappress.sk/psychiatria/12-01-01.pdf>