



MATERIÁL
NA ZASADNUTIE RADY
č. S27462-2024-S-RVDZ-007

Názov	Návrh na prerokovanie a schválenie uznesenia k vypracovaniu metodického usmernenia k výkonu činnosti v oblasti ochrany dodržiavania ľudských práv v zdravotníckych zariadeniach v podmienkach Slovenskej republiky
Predkladateľ	Mgr. Barbora Maliarová, PhD. predsedníčka Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie
Schválil	Kamil Šaško, MSc. predseda rady
Dátum predloženia	27. júna 2024
Dátum prerokovania	12. decembra 2024
Na rokovanie sa odporúča prizvať	-

I. Odôvodnenie predloženia materiálu

Výbor pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády SR pre duševné zdravie (ďalej len „VKSDZ“) dňa 24. júna 2024 prerokoval a schválil uznesenie k výkonu činnosti v oblasti ochrany dodržiavania ľudských práv v ústavných zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria a v odbornom zameraní detská psychiatria (ďalej len „zdravotnícke zariadenia“) v podmienkach Slovenskej republiky (ďalej len „SR“), ktorým odporúča Rade vlády SR pre duševné zdravie (ďalej len „RVDZ“) prijať uznesenie, na základe ktorého Ministerstvo zdravotníctva SR (ďalej len „MZ SR“) v spolupráci s ochrancami ľudských práv a zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vypracuje metodické usmernenie k výkonu činnosti v oblasti ochrany dodržiavania ľudských práv v zdravotníckych zariadeniach v podmienkach Slovenskej republiky, a tak prispeje k humanizácii poskytovania zdravotnej starostlivosti. Prijatiu predmetného uznesenia predchádzala účasť podpredsedníčky VKSDZ na rokovaní pri okrúhlym stole, ktorý organizoval Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím, kde sa diskutovalo o národnom preventívnom mechanizme pri návštevách zdravotníckych zariadení, ktoré u nás ochrancovia ľudských práv realizujú, o tom, že zdravotnícke zariadenia v podstate nevedia, ako postupovať pri týchto návštevách, a kde boli zároveň odprezentované skúsenosti českých kolegov, ktorí obdobnú situáciu v Českej republike (ďalej len „ČR“) vyriešili prijatím metodického usmernenia k výkonu týchto návštev. Záverom diskusií pri okrúhlym stole bolo zvolenie obdobného postupu ako v ČR, a teda potreba vypracovania metodického usmernenia k výkonu týchto návštev.

II. Vlastný materiál s predkladacou správou

A. Predkladacia správa

RVDZ predkladá prostredníctvom podpredsedníčky VKSDZ na VIII. riadne zasadnutie RVDZ návrh materiál na prerokovanie a schválenie v podobe uznesenia k výkonu činnosti v oblasti ochrany dodržiavania ľudských práv v zdravotníckych zariadeniach v podmienkach SR za účelom odporúčania RVDZ prijať uznesenie, na základe ktorého MZ SR v spolupráci s ochrancami ľudských práv a zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vypracuje metodické usmernenie k výkonu činnosti v oblasti ochrany dodržiavania ľudských práv v zdravotníckych zariadeniach v podmienkach SR, a tak prispeje k humanizácii poskytovania zdravotnej starostlivosti.

B. Vlastný materiál

Vypracovanie ***Metodického usmernenia k výkonu činnosti v oblasti ochrany dodržiavania ľudských práv v ústavných zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria a v odbornom zameraní detská psychiatria v podmienkach Slovenskej republiky***, na základe spolupráce Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky s ochrancami ľudských práv a zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, za účelom humanizácie poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Cieľ:

1. Zavedenie jednotných pravidiel pri výkone činnosti v oblasti ochrany dodržiavania ľudských práv v zdravotníckych zariadeniach v podmienkach Slovenskej republiky.
2. Usmernenie zdravotníckych zariadení pri výkone činnosti v oblasti ochrany dodržiavania ľudských práv.
3. Jednoznačné stanovenie právomocí a povinností, kompetencií a zodpovednosti všetkých zainteresovaných pri výkone činnosti v oblasti ochrany dodržiavania ľudských práv.

Výstup – vypracované ***Metodické usmernenie k výkonu činnosti v oblasti ochrany dodržiavania ľudských práv v ústavných zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria a v odbornom zameraní detská psychiatria v podmienkach Slovenskej republiky***.

III. Návrh uznesenia



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

NÁVRH

UZNESENIA RADY VLÁDY SLOVENSKEJ REPUBLIKY PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

č.

z 12. decembra 2024

k vypracovaniu metodického usmernenia k výkonu činnosti v oblasti ochrany dodržiavania ľudských práv v ústavných zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria a v odbornom zameraní detská psychiatria v podmienkach Slovenskej republiky

Číslo materiálu:

Predkladateľ: Mgr. Barbora Maliarová, PhD., predsedníčka Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie

Rada

A. odporúča

- A. 1. prijať uznesenie, na základe ktorého Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky v spolupráci s ochrancami ľudských práv a zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vypracuje metodické usmernenie k výkonu činnosti v oblasti ochrany dodržiavania ľudských práv v ústavných zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria a v odbornom zameraní detská psychiatria v podmienkach Slovenskej republiky, a tak prispeje k humanizácii poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Vykoná: OMPPS, SZ MZ SR



MATERIÁL
NA ZASADNUTIE RADY
č. S27462-2024-S-RVDZ-008

Názov	Návrh na prerokovanie a schválenie uznesenia k vypracovanému štandardnému operačnému postupu „Cesta pacienta psychiatrickou starostlivosťou v podmienkach Slovenskej republiky“
Predkladateľ	Mgr. Barbora Maliarová, PhD. predsedníčka výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie
Schválil	Kamil Šaško, MSc. predseda rady
Dátum predloženia	28. novembra 2024
Dátum prerokovania	12. decembra 2024
Na rokovanie sa odporúča prizvať	-

I. Odôvodnenie predloženia materiálu

V súlade a za účelom plnenia Memoranda o spolupráci medzi Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“) a Slovenskou psychiatrickou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti, o. z. (ďalej len „Slovenská psychiatrická spoločnosť“), podľa „Základných princípov reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku“ s cieľom implementácie integrovaného modelu poskytovania starostlivosti o duševné zdravie, ktorý bude vychádzať z potrieb obyvateľstva, zohľadňovať požadovaný počet personálu a kapacít vrátane územnej a časovej dostupnosti (napr. ako má vyzeráť poskytovanie služieb v oblasti duševného zdravia, sieť služieb, personálne normatívy, komunitná starostlivosť), a s tým súvisiacej „Reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku“, strategických cieľov Národného programu duševného zdravia a nadväzujúceho akčného plánu bola zriadená pod Výborom pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády pre duševné zdravie „*Pracovná skupina pre komunitnú psychiatrickú starostlivosť*“ (ďalej len „PSK“), ktorá sa zaoberá problematikou kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní psychiatria a detská psychiatria, definovaním zariadení komunitnej psychiatrickej starostlivosti pre multidisciplinárnu spoluprácu, siete komunitných psychiatrických zariadení, ktoré budú prepájať ambulantnú a ústavnú zdravotnú starostlivosť a zabezpečia kompletnú zdravotnú starostlivosť o duševné zdravie prepojenú so sociálnymi službami, ktorá sa bude poskytovať spolu so službami aj v prirodzenom prostredí. Dôležitou súčasťou systému starostlivosti o pacienta s psychickou poruchou je aj neformálna pomoc, ktorá je ľahko dostupná a integruje pacienta v komunite v jeho prirodzenom prostredí.

Základnou zmenou v systéme starostlivosti o ľudí s duševnou poruchou je systematické poskytovanie individualizovanej komplexnej vzájomne prepojenej starostlivosti zameranej na zotavenie sa (recovery) pacienta, previazaním kontinuálnej a koordinovanej siete zdravotných a sociálnych služieb s multidisciplinárnou spoluprácou v tímoch.

Za účelom naplnenia poskytovania individualizovanej starostlivosti vypracovala PSK v súlade s problematikou integrácie a koordinácie služieb a starostlivosti v rôznych rezortoch „*Cestu pacienta psychiatrickou starostlivosťou v podmienkach Slovenskej republiky*“ (ďalej len „*cesta pacienta*“) pre odbor psychiatria a pre odbor detská psychiatria, ktorá umožní zdravotníckym zariadeniam poskytovať komplexný prípadový manažment z jedného miesta a umožní vykonávanie a vzájomnú akceptáciu odborných činností v rôznych zariadeniach.

Neoddeliteľnou súčasťou cesty pacienta je poskytovanie podpory a rehabilitácie pacientom s psychickými poruchami a tiež poskytovanie sociálnych služieb prostredníctvom sociálneho pracovníka so zreteľom na možnosti prepojenia v systéme zdravotnej starostlivosti.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti na základe cesty pacienta budú poskytovať liečbu v súlade so zdravotným stavom, rešpektujúc možnosť voľby pacienta s individuálnym prispôbením na osobu pacienta tzv. „ušiť pacientovi na mieru“. Zapojením a podporou regiónov do cesty pacienta bude mať pacient a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti na výber zo spektra liečebných a ďalších podporných metód a prístupov. Človek môže žiť spokojný a kvalitný život napriek tomu, že sa nedokáže úplne vyliečiť zo svojho ochorenia.

II. Vlastný materiál s predkladacou správou

A. Predkladacia správa

Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie (ďalej len „RVDZ“) predkladá prostredníctvom podpredsedníčky výboru na VIII. riadne zasadnutie RVDZ „*Cestu pacienta psychiatrickou starostlivosťou v podmienkach Slovenskej republiky*“ (ďalej len „*cesta pacienta*“) za účelom plnenia Memoranda o spolupráci medzi Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“) a Slovenskou psychiatrickou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti, o. z. (ďalej len „Slovenská psychiatrická spoločnosť“), Reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku a strategických cieľov Národného programu duševného zdravia a nadväzujúceho akčného plánu.

Cieľom predkladaného materiálu je definovanie cesty pacienta v ambulantnej a ústavnej psychiatrickej starostlivosti v odbore psychiatria a v odbore detská psychiatria s dôrazom na poskytovanie individualizovanej starostlivosti.

Účelom je previazanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti s poznaním cesty pacienta jednotlivými poskytovateľmi a jasným definovaním kompetencií a zodpovednosti v rámci poskytovania starostlivosti.

B. Vlastný materiál

A/ CESTA PACIENTA PSYCHIATRICKOU STAROSTLIVOSŤOU V PODMIENKACH SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Cesta pacienta s psychickou poruchou do a v psychiatrickej starostlivosti musí byť bezbariérová, čo významnou mierou prispieva k destigmatizácii psychických porúch. Z dôvodu nízkej adherencie pacienta k liečbe musia byť poskytované služby vzájomne prepojené a koordinované. Ich základom je bio-psycho-sociálny prístup k pacientovi, preto je dôležité súčasné poskytovanie zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb. Iba týmto spôsobom je možné dosiahnuť zotavenie pacienta z psychickej poruchy v zmysle dosiahnutia čo najkvalitnejšej remisie stavu a zároveň prekonania či prijatia možných trvalých následkov psychickej poruchy, čo vedie k zlepšeniu kvality života pacienta a zvyšuje potenciál jeho samostatného fungovania.

1. Do psychiatrickej ambulancie:

- pacient prichádza sám
- pacienta odporúča:
 - VLD/VLDD
 - CKI
 - ŠAS
 - všetky typy komunitnej psychiatrickej starostlivosti: zariadenia komunitnej psychiatrickej starostlivosti – PS komunitný typ, PSC, terénny mobilný tím komunitnej psychiatrie – cez ambulanciu komunitnej psychiatrickej starostlivosti, psychiatrický stacionár pre dospelých (tzv. všeobecný typ), psychiatrický stacionár pre dospelých pre liečbu závislostí
 - ústavná psychiatrická starostlivosť
 - psychologická starostlivosť – klinický psychológ
 - PST
 - centrum pre liečbu PAS
 - zariadenia špecializovanej starostlivosti liečby závislostí (KDZ, CPLDZ, OLÚP)

2. Pacient sám (bez poukazu) môže navštíviť:

- VLD/VLDD
- Psychiatrickú ambulanciu
- CKI
- Psychologickú starostlivosť
- Psychoterapiu
- Rehabilitačnú starostlivosť
- Pohotovostnú službu v ústavnej starostlivosti

3. **Psychiatrická ambulancia** odporúča pacienta do:
 - zariadenia komunitnej psychiatrickej starostlivosti cez ambulanciu komunitnej psychiatrickej starostlivosti (PS komunitný typ, PSC, terénny mobilný tím komunitnej psychiatrie)
 - psychiatrického stacionára pre dospelých (tzv. všeobecný typ)
 - psychiatrického stacionára pre dospelých pre liečbu závislostí
 - psychologickéj starostlivosti
 - PST
 - ŠAS
 - rehabilitačnej starostlivosti
 - ústavnej starostlivosti (PO/PK všeobecných nemocníc, PN, PL)
 - špecializovanej starostlivosti liečby závislostí (KDZ, CPLDZ, OLÚP)
 - centra pre liečbu PAS

4. **Zariadenie komunitnej psychiatrickej starostlivosti** (PS komunitný typ, PSC, terénny mobilný tím komunitnej psychiatrie) cez **ambulanciu komunitnej psychiatrickej starostlivosti** odporúča pacienta do:
 - psychiatrického stacionára pre dospelých
 - psychiatrického stacionára pre dospelých pre liečbu závislostí
 - psychologickéj starostlivosti
 - PST
 - ŠAS
 - rehabilitačnej starostlivosti
 - ústavnej starostlivosti (PO/PK všeobecných nemocníc, PN, PL)

5. **Do zariadenia komunitnej psychiatrickej starostlivosti** odporúčajú:
 - Psychiatrická ambulancia
 - Ústavná psychiatrická starostlivosť
 - VLD/VLDD len do PS pre dospelých komunitného typu

6. **Ústavná psychiatrická starostlivosť** odporúča pacienta do:
 - psychiatrickej ambulancie
 - zariadenia komunitnej psychiatrickej starostlivosti cez ambulanciu komunitnej psychiatrickej starostlivosti (PS komunitný typ, PSC, terénny mobilný tím komunitnej psychiatrie)
 - psychiatrického stacionára pre dospelých
 - psychiatrického stacionára pre dospelých pre liečbu závislostí
 - špecializovanej starostlivosti liečby závislostí (KDZ PN, CPLDZ, OLÚP)
 - centra pre liečbu PAS
 - PST

- rehabilitačnej starostlivosti
 - ŠAS
 - psychologickej starostlivosti – klinická psychológia
7. **Špecializovaná starostlivosť liečby závislostí** (KDZ PN, CPLDZ, OLÚP) odporúča pacienta do:
- psychiatrickej ambulancie
 - psychiatrického stacionára pre dospelých pre liečbu závislostí
 - ústavnej psychiatrickej starostlivosti
8. Do **psychiatrického stacionára pre dospelých** môže odporučiť (podľa Metodického pokynu MZ SR pre zriadenie a prevádzku PS, 2023):
- PS PRE DOSPELÝCH psychiater, ktorý poskytuje špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť, ošetrojúci lekár ústavného psychiatrického zariadenia alebo klinický psychológ,
 - PS PRE DOSPELÝCH PRE LIEČBU ZÁVISLOSTI psychiater, ktorý poskytuje špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť, ošetrojúci lekár ústavného psychiatrického zariadenia alebo klinický psychológ,
 - PS PRE DOSPELÝCH KOMUNITNÉHO TYPU psychiater, ktorý poskytuje špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť, ošetrojúci lekár ústavného psychiatrického zariadenia, VLD/VLDD alebo klinický psychológ
9. **Psychiatrický stacionár pre dospelých (tzv. všeobecný) a ambulancia komunitnej psychiatrickej starostlivosti** môžu pacienta odporučiť do starostlivosti:
- psychiatrickej ambulancie
 - klinického psychológa
 - ústavného psychiatrického zariadenia
 - rehabilitácie
10. **Psychiatrický stacionár pre dospelých pre liečbu závislostí** môže pacienta odporučiť do starostlivosti:
- psychiatrickej ambulancie
 - psychologickej starostlivosti - klinického psychológa
 - PST
 - ústavného psychiatrického zariadenia
 - špecializovanej ústavnej psychiatrickej starostlivosti pre liečbu závislostí (KDZ, CPLDZ, OLÚP)
 - rehabilitácie

11. Rehabilitačná starostlivosť do nej odporúča pacienta:

- Pacient sám
- Psychiatrická ambulancia
- Ambulancia komunitnej psychiatrickej starostlivosti
- Klinický psychológ
- PST
- Psychiatrický stacionár pre dospelých (všeobecný, komunitný, pre liečbu závislostí)

z nej – nie je potrebné odporúčanie, pacient aj počas rehabilitácie pokračuje v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti

12. Psychologická starostlivosť – klinická psychológia:

Do nej odporúča pacienta:

- Pacient sám
- Psychiatrická ambulancia
- Ambulancia komunitnej psychiatrickej starostlivosti
- VLD/VLDD

Z nej odporúča pacienta:

- do psychiatrickej ambulancie
- do psychiatrického stacionára pre dospelých (všeob., komunitný, pre liečbu závislostí)

13. Do centra krízovej intervencie odporúča pacienta:

- Nie je potrebné odporúčanie
- Psychiatrická ambulancia

14. Centrum krízovej intervencie odporúča pacienta:

- psychiatrická ambulancia
- ústavná psychiatrická starostlivosť

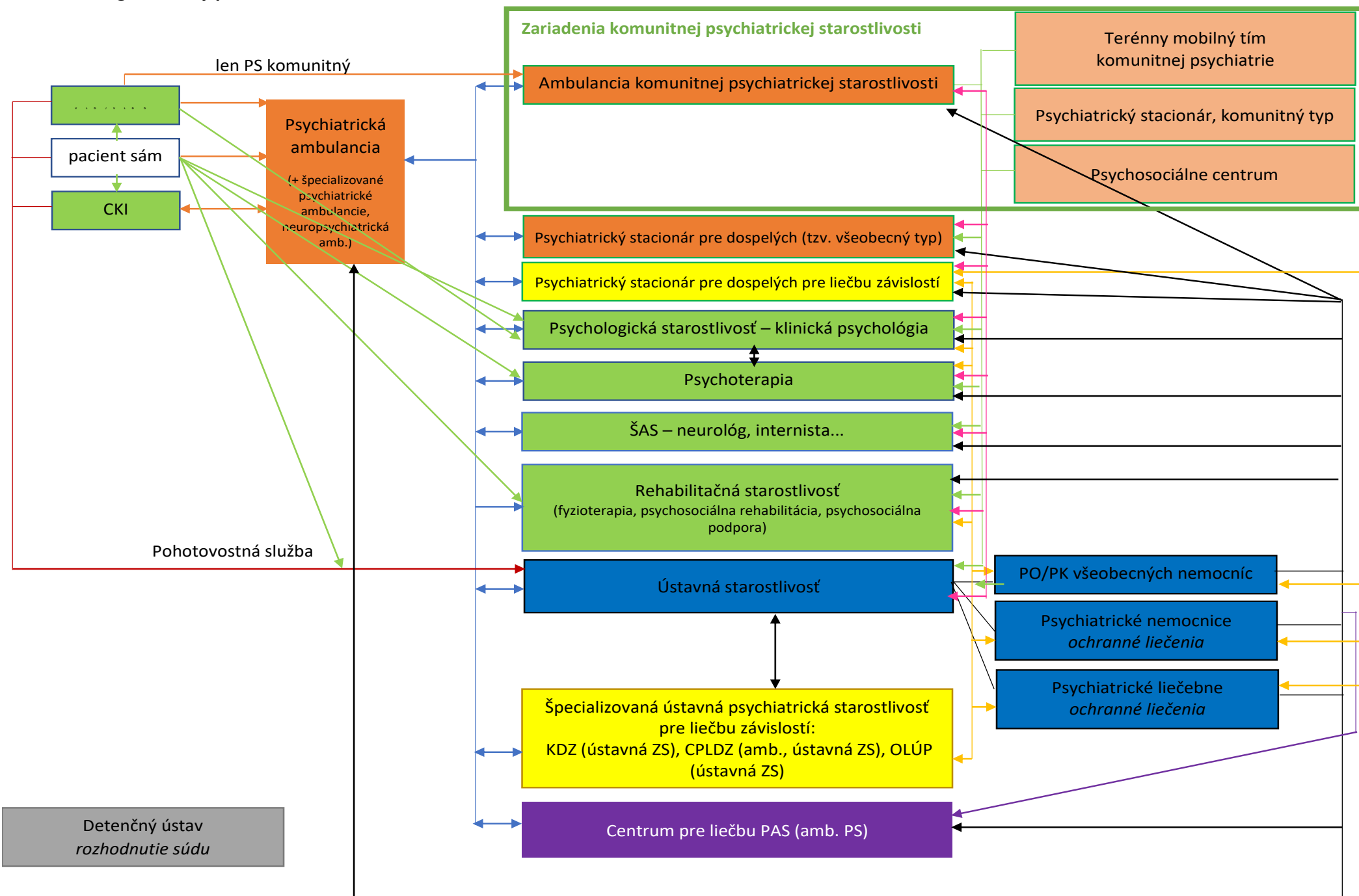
Prílohou k popisu „Cesty pacienta psychiatrickou starostlivosťou v podmienkach Slovenskej republiky“ je diagram uvedený na obrázku č. 1.

Skratky:

<i>CKI</i>	<i>centrum krízovej intervencie</i>
<i>CPLDZ</i>	<i>centrum pre liečbu drogových závislostí</i>
<i>KDZ</i>	<i>klinika drogových závislostí</i>
<i>MZ SR</i>	<i>Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky</i>
<i>OLÚP</i>	<i>odborný liečebný ústav psychiatrický</i>
<i>PAS</i>	<i>poruchy autistického spektra</i>
<i>PCS</i>	<i>psychosociálne centrum</i>

<i>PK</i>	<i>psychiatrická klinika</i>
<i>PL</i>	<i>psychiatrická liečebňa</i>
<i>PN</i>	<i>psychiatrická nemocnica</i>
<i>PO</i>	<i>psychiatrické oddelenie</i>
<i>PS</i>	<i>psychiatrický stacionár</i>
<i>PST</i>	<i>psychoterapeutická starostlivosť</i>
<i>ŠAS</i>	<i>špecializovaná ambulantná starostlivosť</i>
<i>VLD</i>	<i>všeobecný lekár pre dospelých</i>
<i>VLDD</i>	<i>všeobecný lekár pre deti a dorast</i>

Obrázok č. 1 Diagram cesty pacienta



B/ CESTA PACIENTA DETSKOU PSYCHIATRICKOU STAROSTLIVOSŤOU V PODMIENKACH SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Služby v detskej psychiatrii sa poskytujú pacientom do veku 18 rokov + 364 dní. Musia byť vzájomne prepojené a koordinované. Dôležitá je koordinácia zdravotnej starostlivosti, sociálnych služieb a výchovno-pedagogických služieb. Po dosiahnutí dospelého veku je nevyhnutný bezbariérový a koordinovaný prechod pacienta do psychiatrickej starostlivosti.

▪ **Do detskej psychiatrickej ambulancie:**

Zákonný zástupca pacienta prichádza sám (môže kontaktovať ambulanciu priamo bez odporúčania) alebo pacienta odporúča:

- Všeobecný lekár pre deti a dorast (VLDaD)
- Iná špecializovaná ambulancia
- Lekár z ústavnej psychiatrickej starostlivosti (detské psychiatrické oddelenie/klinika všeobecnej nemocnice; detské psychiatrické oddelenie psychiatrickej nemocnice; detská psychiatrická liečebňa)
- Psychologická starostlivosť
- Psychoterapeutická starostlivosť (PST)
- Centra pre deti s PAS (CDPAS)
- Centrum pre liečbu závislostí (CPLZ)

▪ **Zákonný zástupca s pacientom sám (bez poukazu) môže navštíviť:**

- Detskú psychiatrickú ambulanciu
- Jednotku krízovej intervencie pre deti (JKID)
- Psychologickú starostlivosť
- Psychoterapeutickú starostlivosť (PST)
- Rehabilitačnú starostlivosť
- Rôzne ambulancie s vlastnými pravidlami cesty pacienta
- Pohotovostnú službu v ústavnej starostlivosti
- Centrum pre liečbu závislostí (CPLZ)

▪ **Detská psychiatrická ambulancia odporúča pacienta do:**

- Zariadenia komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti cez ambulanciu komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti
- Psychiatrického stacionára pre deti (PSD) rôzne typy (PSD, PSD so zameraním na liečbu PPP, PSD so zameraním na liečbu PAS)
- Psychologickej starostlivosti
- Psychoterapeutickej starostlivosti (PST)
- Špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS)
- Ústavnej starostlivosti (PO/PK všeobecných nemocníc, PN, PL)
- Centra pre liečbu závislostí (CPLZ)

- Centra pre deti s PAS (CDPAS)
- Detského psychosociálneho centra (DPSC)
- **Zariadenie komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti (ZKDPS) cez ambulanciu komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti** odporúča pacienta do:
 - Psychiatrického stacionára pre deti (PSD) rôzne typy (PSD, PSD so zameraním na liečbu PPP, PSD so zameraním na liečbu PAS)
 - Psychologickej starostlivosti
 - Psychoterapeutickej starostlivosti (PST)
 - Špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS)
 - Ústavnej starostlivosti pre deti (PO/PK všeobecných nemocníc, PN, PL)
 - Centra pre liečbu závislostí (CPLZ)
 - Centra pre deti s PAS (CDPAS)
 - Detského psychosociálneho centra (DPSC)
- **Do zariadenia komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti** odporúčajú:
 - Detská psychiatrická ambulancia
 - Ústavná psychiatrická starostlivosť pre deti
 - Centrum pre liečbu závislostí (CPLZ)
- **Ústavná psychiatrická starostlivosť** pre deti odporúča pacienta do:
 - Detskej psychiatrickej ambulancie
 - Zariadenia komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti cez ambulanciu komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti
 - Psychiatrického stacionára pre deti (PSD) rôzne typy (PSD, PSD so zameraním na liečbu PPP, PSD so zameraním na liečbu PAS)
 - Centra pre liečbu závislostí (CPLZ)
 - Centra pre deti s PAS (CDPAS)
 - Detského psychosociálneho centra (DPSC)
 - Psychoterapeutická starostlivosť (PST)
 - Špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS)
 - Psychologickej starostlivosti
- **Centrum pre liečbu závislostí (CPLZ)** odporúča pacienta do:
 - Detskej psychiatrickej ambulancie
 - Ústavnej psychiatrickej starostlivosti pre deti
 - Zariadenia komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti cez ambulanciu komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti
 - Špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS)

- Do **Psychiatrického stacionára pre deti (PSD) rôzne typy (PSD, PSD so zameraním na liečbu PPP, PSD so zameraním na liečbu PAS)** môže odporučiť
 - detský psychiater z ktoréhokoľvek pracoviska (ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti)

- **Psychiatrický stacionár pre deti (PSD) rôzne typy (PSD, PSD so zameraním na liečbu PPP, PSD so zameraním na liečbu PAS)** môže pacienta odporučiť do
 - Detskej psychiatrickej ambulancie
 - Špecializovanej psychiatrickej ambulancie pre deti
 - Centra pre deti s PAS (CDPAS)
 - Centrum pre liečbu závislostí (CPLZ)
 - Ústavného psychiatrického zariadenia pre deti
 - Zariadenia komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti cez ambulanciu komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti
 - Detského psychosociálneho centra (DPSC)
 - Špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS)
 - Psychologickej starostlivosti
 - Psychoterapeutickej starostlivosti (PST)

- **Jednotka krízovej intervencie** pre deti:
 - Nie je potrebné odporúčanie, zákonný zástupca môže kontaktovať JKID priamo, jedná sa o urgentné vyšetrenie

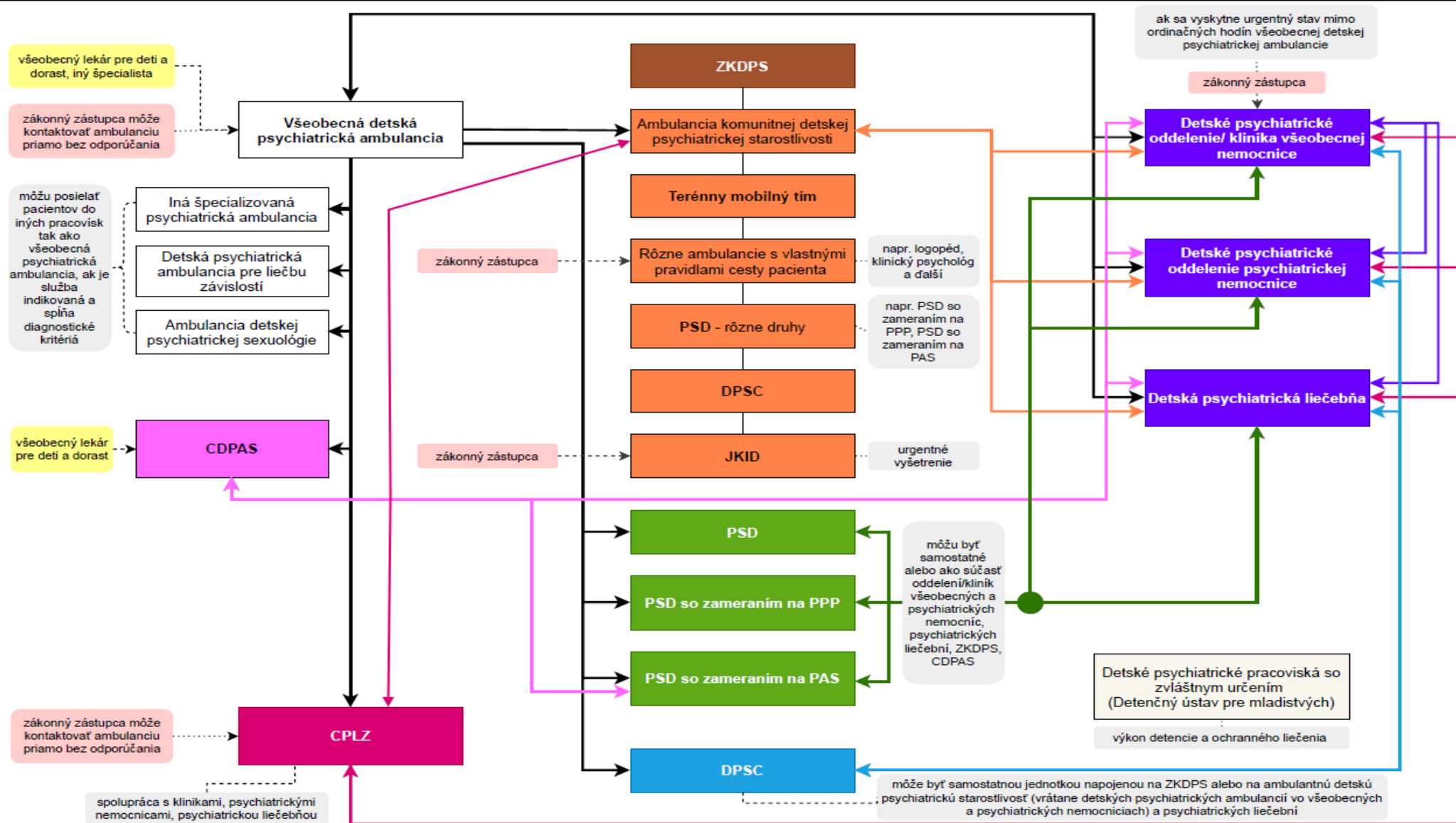
- **Jednotka krízovej intervencie pre deti** odporúča pacienta:
 - Detskej psychiatrickej ambulancie
 - Špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS)
 - Ústavnej psychiatrickej starostlivosti pre deti
 - Centrum pre liečbu závislostí (CPLZ)
 - Detského psychosociálneho centra (DPSC)
 - Psychiatrického stacionára pre deti (PSD) rôzne typy (PSD, PSD so zameraním na liečbu PPP, PSD so zameraním na liečbu PAS)
 - Zariadenia komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti cez ambulanciu komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti
 - Centra pre deti s PAS (CDPAS)

Prílohou k popisu „Cesty pacienta detskou psychiatrickou starostlivosťou v podmienkach Slovenskej republiky“ je diagram uvedený na obrázku č. 2.

Skratky:

<i>CDPAS</i>	<i>Centrum pre deti s poruchami autistického spektra</i>
<i>CPLZ</i>	<i>Centrum pre liečbu závislosti</i>
<i>DPSC</i>	<i>Detské psychosociálne centrum</i>
<i>JKID</i>	<i>Jednotka krízovej intervencie pre deti</i>
<i>PK</i>	<i>Psychiatrická klinika</i>
<i>PL</i>	<i>Psychiatrická liečebňa</i>
<i>PN</i>	<i>Psychiatrická nemocnica</i>
<i>PO</i>	<i>Psychiatrické oddelenie</i>
<i>PPP</i>	<i>Poruchy príjmu potravy</i>
<i>PSD</i>	<i>Psychiatrický stacionár pre deti</i>
<i>PST</i>	<i>Psychoterapeutická starostlivosť</i>
<i>ŠAS</i>	<i>špecializovaná ambulantná starostlivosť</i>
<i>VLDD</i>	<i>Všeobecný lekár pre deti a dorast</i>
<i>ZKDPS</i>	<i>Zariadenie komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti</i>

Obrázok č. 2 Diagram cesty detského pacienta



**C/ CESTA PACIENTA PSYCHIATRICKOU STAROSTLIVOSŤOU
V PODMIENKACH SLOVENSKEJ REPUBLIKY - NEFORMÁLNY SYSTÉM) PODPORY A
REHABILITÁCIE PACIENTOV S PSYCHICKÝMI PORUCHAMI**

1. **Podporné skupiny** – zhromaždenie ľudí, ktorí čelia určitým problémom, zdieľajú svoje skúsenosti a vzájomne si poskytujú podporu, povzbudenie a útechu. Skupina je vedená odborníkom /psychológ, psychoterapeut/.
2. **Svojpomocné skupiny** – neformálne zoskupenie osôb s podobným osudom, životnými situáciami, alebo postihnutých porovnateľnými ťažkosťami. Svoju činnosť svojpomocné skupiny vykonávajú bez profesionálneho vedenia.

Príklady neformálnej pomoci ľuďom s psychickými poruchami a ich blízkych osôb (k 11.11.2024):

- **Vzdelávacie programy zamerané na osoby s psychickou poruchou a ich blízkych:**

Škola zotavenia (o.z. Najdi sa): program pre ľudí so skúsenosťou s duševným ochorením, ktorý čerpá so skúsenosti „peer“ pracovníkov /odborný pracovník s vlastnou skúsenosťou s duševným ochorením/. Účastníci sa naučia lepšie porozumieť problémom duševného zdravia a získajú lepšiu kontrolu nad svojim životom.

Prvá pomoc pre duševné zdravie (Liga za duševné zdravie): program, ktorý učí ľudí hovoriť o duševnom zdraví, rozumieť jeho hraniciam a limitom a zlepšuje orientáciu laikov v oblasti duševného zdravia, rozvíja zručnosti a sebadôveru potrebné na podporu priateľa, člena rodiny alebo spolupracovníka s duševným problémom.

Koalícia Školy za duševné zdravie (Liga za duševné zdravie): program zameraný na prevenciu psychických porúch v školách, má za cieľ destigmatizáciu duševných ochorení a ťažkostí v prostredí školy, zamedzenie patologickému či násilnému správaniu v školských komunitách, minimalizáciu negatívnych dopadov závažných spoločenských javov a udalostí na duševné zdravie mladých ľudí.

Koalícia Zamestnávateľa za duševné zdravie (Liga za duševné zdravie): program zameraný na podporu duševného zdravia zamestnancov.

Discovery College: (Liga za duševné zdravie): praktické zážitkové vzdelávanie v témach duševného zdravia a pohody (wellbeingu) pre mladých ľudí (15 – 24), realizovaný v komunitných podmienkach.

Online kurzy Ligy za duševné zdravie: <https://kurzy.dusevnezdravie.sk>.

- **Programy pre osoby so závislosťami a ich blízkych:**

Resocializačné zariadenia /n.o., o.z./ – centrá pre deti a rodiny sú zriadené za účelom vykonávania resocializačného programu na podporu sociálneho začlenenia dieťaťa alebo plnoletej fyzickej osoby závislých od alkoholu, drog alebo patologického hráčstva a sú uvedené

v § 45 ods. 1 písm. e) zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

- Zoznam akreditovaných subjektov podľa zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov je dostupný na https://www.employment.gov.sk/files/sk/ministerstvo/akreditacie/zoznam-akreditovanych-subjektov-subjektov-akreditaciou/zoznam-akreditovanych-subjektov-socialnopravna-ochrana-deti-socialna-kuratela/zoznam-cpdr-k-11_2024.pdf.
- Resocializačné zariadenia pre osoby so závislosťou sú dostupné na <https://drogy.org/resocializacne-zariadenia/>.

Doliečovanie: skupiny: AA /anonymní alkoholici/, NA /anonymní narkomani/ - svojpomocné skupiny; Kluby abstinentov – svojpomocné alebo podporné skupiny.

- ***V SR sú neformálne služby zastúpené pre osoby s psychickými poruchami, alebo problémami v oblasti duševného zdravia ako sú:***
 - Závislosti (látkové, nelátkové)
 - Ženy zažívajúce násilie
 - Poruchy príjmu potravy
 - Príbuzní ľudí so skúsenosťou s duševným ochorením
 - Ľudia so skúsenosťou s duševným ochorením
 - PAS
 - Rodičia detí s PAS
 - LGBTI
 - Ľudia bez domova
 - Osoby s psychickou poruchou (napr. Peer podpora; Kluby Nezábudka - podporná skupina duševného zdravia pretých, ktorí majú záujem o problematiku duševného zdravia)

Jednotlivé organizácie a podujatia zaoberajúce sa duševným zdravím možno nájsť na stránke Ligy za duševné zdravie www.dusevnezdravie.sk v sekcii Mapa podpory.

D/ CESTA PACIENTA PSYCHIATRICKOU STAROSTLIVOSŤOU V PODMIENKACH SLOVENSKEJ REPUBLIKY – SOCIÁLNE SLUŽBY

1. Sociálne služby podmienené odkázanosťou môžu

- a) vyhľadať osoby z vlastnej iniciatívy
- b) pacientovi odporúčať ktorékoľvek zdravotnícke zariadenie.

Povinnosť uzavrieť zmluvu poskytovateľ nemá, ani fyzickej osobe nie je možné prijímanie sociálnych služieb nariadiť. Pri sociálnych službách v ŠZ, DSS, RS, DS, ZPB, ZPS, ZOS pacient/fyzická osoba musí splniť zákonné povinnosti – musí mať posúdenú odkázanosť na pomoc inej osoby v určitom stupni. V zariadeniach sociálnych služieb (ambulantné a pobytové formy) je povinná úhrada zo strany prijímateľa.

2. Sociálne služby iné ako podmienené odkázanosťou môžu

- a) vyhľadať osoby z vlastnej iniciatívy
- b) pacientovi odporúčať ktorékoľvek zdravotnícke zariadenie.

Ide o sociálne služby ako útulok, domov na polceste, krízové linky pomoci ale aj špecializované poradenstvo a sociálnu rehabilitáciu ako samostatné odborné činnosti.

3. Zo sociálnych služieb prijímateľa sociálnych služieb

- a) navštevujú ambulantnú alebo ústavnú zdravotnú starostlivosť ako ktorýkoľvek iní pacienti
- b) k prijímateľom, ktorí sú umiestnení v pobytových zariadeniach a nie sú schopní navštíviť ambulantné alebo ústavné zdravotnícke zariadenie prichádza lekár (psychiater, všeobecný lekár)
- c) v prípade prijímateľov pobytových foriem by ich poskytovateľ mal byť v kontakte s terénnym mobilným tímom komunitnej psychiatrie.

Okrem registrovaných sociálnych služieb 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), ktoré musia poskytovať konkrétne stanovené odborné činnosti (napr. sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia), môže niektoré odborné činnosti v rámci sociálnej práce vykonávať aj sociálny pracovník 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“). Sociálny pracovník vykonáva sociálnu prácu buď v pracovnoprávnom vzťahu alebo v obdobnom pracovnom vzťahu alebo ako výkon samostatnej praxe sociálneho pracovníka.

4. **Sociálna služba** (§ 2 ods. 1 zákona o sociálnych službách) je definovaná ako odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na:

- a) prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,
- b) zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,
- c) zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,
- d) riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,
- e) prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny,
- f) zabezpečenie starostlivosti o dieťa z dôvodu situácie v rodine, ktorá vyžaduje pomoc pri starostlivosti o dieťa.

Sociálne služby sa rozdeľujú do niekoľkých skupín (§ 12 ods. 2 zákona o sociálnych službách), v závislosti od povahy nepriaznivej sociálnej situácie alebo od cieľovej skupiny, ktorej sú určené, a to:

- sociálne služby krízovej intervencie,
- sociálne služby na podporu rodiny s deťmi,
- sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku,
- sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií,
- podporné služby.

Za poskytovateľov sociálnych služieb sa považujú subjekty zapísané do registra sociálnych služieb vedenom príslušným VÚC, ktorými môžu byť (§ 3 zákona o sociálnych službách):

- obec,
- verejný poskytovateľ sociálnych služieb (právnická osoba zriadená alebo založená obcou alebo VÚC),
- VÚC (iba ak je poskytovateľom základného sociálneho poradenstva),
- iná osoba – napr. občianske združenie, nezisková organizácia, účelové zariadenie cirkvi a podobne (neverejný poskytovateľ sociálnej služby).

5. **Nepriaznivá sociálna situácia** (§ 2 ods. 2 zákona o sociálnych službách) je ohrozenie fyzickej osoby sociálnym vylúčením alebo obmedzenie jej schopnosti sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoje problémy z rôznych dôvodov, napríklad pre ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav.

6. Financovanie

Pôsobnosť pri poskytovaní, zabezpečení a financovaní sociálnych služieb majú obce a VÚC. Zo štátneho rozpočtu je možné poskytnúť finančný príspevok na zariadenia sociálnych služieb krízovej intervencie verejnému poskytovateľovi sociálnych služieb (VPSS) zriadenému obcou a neverejnému poskytovateľovi sociálnych služieb (NPSS) na zariadenie krízovej intervencie,

ktorým je nocľaháreň. MPSVR SR rovnako poskytuje aj finančný príspevok pre zariadenia sociálnych služieb podmienené odkázanosťou – NPSS a VPSS zriadeným alebo založeným obcou.

Tabuľka č. 1 Druhy sociálnych služieb, indikovaná úroveň samosprávy, ktorá má povinnosť spolufinancovať daný druh sociálnej služby, obligatórne poskytovanie poradenstva a sociálnej rehabilitácie v rámci druhu sociálnej služby.

Druh sociálnej služby	FP zo samosprávy	sociálne poradenstvo	sociálna rehabilitácia
Sociálne služby krízovej intervencie (z toho)			
Terénna sociálna služba KI	O/V	x	x
Nízkoprahové denné centrum	O/V	x	
Integračné centrum	O/V	x	x
Komunitné centrum	O/V	x	
Nocľaháreň	O/V	x	
Útulok	O/V	x	
Domov na polceste	O/V	x	
Zariadenie núdzového bývania	O/V	x	
Nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu	O/V	x	x
Sociálne služby na podporu rodiny s deťmi (z toho)			
Pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa	O/V		
Podpora zosúladovania rodinného a pracovného života	O/V		
Zariadenie dočasnej starostlivosti o deti	O/V	x	
Včasná intervencia	O/V	x	x
Zariadenie starostlivosti o deti do troch rokov	O/V		
Sociálne služby podmienené odkázanosťou (z toho)			
Zariadenie podporovaného bývania	O/V	x	x
Zariadenie pre seniorov	O/V	x	x
Zariadenie opatrovateľskej služby	O/V	x	x
Rehabilitačné stredisko	O/V	x	x
Domov sociálnych služieb	O/V	x	x
Špecializované zariadenie	O/V	x	x
Denný stacionár	O/V	x	x
Opatrovateľská služba	O/V		
Prepravná služba	O/V		
Sprievodcovská a predčitateľská služba	O/V		
Tlmočnická služba	O/V		
Sprostredkovanie tlmočnickej služby	O/V		
Sprostredkovanie osobnej asistencie	O/V		
Požičiavanie pomôcok	O/V		
Sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií (z toho)			
Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci	O/V		
Pomoc poskytovaná telekomunikačnými technológiami	O/V		
Podporné sociálne služby (z toho)			
Pomoc pri výkone opatrovníckych práv	O/V	x	
Denné centrum	O/V	x	
Podpora samostatného bývania	O/V	x	x
Jedáleň	O/V		
Práčovňa	O/V		
Stredisko osobnej hygieny	O/V		
Samostatné odborné činnosti (z toho)			
Sociálna rehabilitácia	O/V		
Sociálne poradenstvo – základné	O/V		
Sociálne poradenstvo – špecializované	O/V		

Zdroj: MPSVR SR

Legenda: KI – krízová intervencia, O – obec, V – Vyšší územný celok – ak je písmeno červené, je financovanie z úrovne obce/VÚC obligatórne. Ak je písmeno zelené, je financovanie z úrovne obce/VÚC možné.

7. V závislosti od stavu pacienta sa nevyklučuje návšteva terénneho mobilného tímu komunitnej psychiatrie v každej sociálnej službe.

Žltou farbou sú vyznačené sociálne služby, ktoré majú s najväčšou pravdepodobnosťou pacientov s psychickými poruchami:

- a) Je teda predpoklad, že v rámci týchto sociálnych služieb sa bude s klientami pracovať najčastejšie, resp. budú potrebovať starostlivosť psychiatra.
- b) Zamestnanci zariadení sociálnych služieb (sociálny pracovník, resp. inštruktor sociálnej rehabilitácie alebo asistent sociálnej práce), kde sa nachádzajú klienti s psychickými diagnózami, budú spolupracovať s terénnym mobilným tímom komunitnej psychiatrie.

Modrou farbou sú vyznačené sociálne služby, kde taktiež pôsobí sociálny pracovník a odborný tím, ale tu sú ľudia zriedkavo bez toho, aby nedostali dostatok podpory a sami zvládali záťaž (psychiatrickú diagnózu), ktorá je pravdepodobne pod dohľadom lekára a v tejto sociálnej službe je dostatočne aktivizovaný – predpoklad návštevy terénneho mobilného tímu komunitnej psychiatrie je nižší. Služby sú tu poskytované na kratší čas a môže sa stať, že ľudia z tejto sociálnej služby prejdú do inej.

Zelenou farbou sú vyznačené samostatné odborné činnosti, ktoré je možné po akreditácii na MPSVR SR registrovať ako sociálnu službu.

8. Odborné činnosti, ktoré sú z nášho pohľadu podpory pacienta zásadné.

V súlade so zákonom o sociálnych službách, sa poskytujú aj odborné činnosti, medzi ktoré patrí sociálne poradenstvo (základné a špecializované a sociálna rehabilitácia)

Sociálne poradenstvo

(1) Sociálne poradenstvo je odborná činnosť zameraná na pomoc fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii. Sociálne poradenstvo sa vykonáva na úrovni základného sociálneho poradenstva a špecializovaného sociálneho poradenstva.

(2) Základné sociálne poradenstvo je posúdenie povahy problému fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, poskytnutie základných informácií o možnostiach riešenia problému a podľa potreby aj odporúčania a sprostredkovanie ďalšej odbornej pomoci. Základné sociálne poradenstvo je súčasťou každej sociálnej služby poskytovanej podľa tohto zákona.

(3) Špecializované sociálne poradenstvo je príčinou vzniku, charakteru a rozsahu problémov fyzickej osoby, rodiny alebo komunity a poskytovania konkrétnej odbornej pomoci.

(4) Sociálne poradenstvo možno vykonávať ambulantnou formou prostredníctvom poradní sociálneho poradenstva zriadených na tento účel a terénnou formou prostredníctvom terénnych programov.

Pri poskytovaní základného aj špecializovaného sociálneho poradenstva musí fyzická osoba spĺňať kvalifikačné predpoklady, v súlade s § 84 zákona o sociálnych službách.

Základné sociálne poradenstvo vykonáva fyzická osoba, ktorá má

- a) vyššie odborné vzdelanie získané absolvovaním vzdelávacieho programu akreditovaného podľa osobitného predpisu v odboroch vzdelávania zameraných na sociálnu prácu, sociálnu pedagogiku, špeciálnu pedagogiku, liečebnú pedagogiku,

andragogiku, sociálnu a humanitárnu prácu, sociálno-právnu činnosť a charitatívno-misijnú činnosť,

- b) vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa alebo druhého stupňa v akreditovanom študijnom programe zameranom na sociálnu prácu, sociálne služby a poradenstvo, sociálnu pedagogiku, špeciálnu pedagogiku, liečebnú pedagogiku, psychológiu alebo uznaný doklad o takom vysokoškolskom vzdelaní vydaný zahraničnou vysokou školou,
- c) akreditovaný vzdelávací kurz v oblastiach uvedených v písmenách a) a b) v rozsahu najmenej 150 hodín a prax pri výkone povolania v oblasti sociálnej práce v trvaní najmenej jedného roka, ak má skončené vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa, ktoré nie je uvedené v písmene b).

Špecializované sociálne poradenstvo vykonáva , ktorá má jednoročnú prax v priamom styku s cieľovou skupinou a spĺňa podmienku odbornej spôsobilosti na výkon sociálnej práce sociálnym pracovníkom podľa osobitného predpisu.

Sociálna rehabilitácia

(1) Sociálna rehabilitácia je odborná činnosť na podporu samostatnosti, nezávislosti, sebestačnosti fyzickej osoby rozvojom a nácvikom zručností alebo aktivizáciou schopností a posilňovaním návykov pri rodine sebaobsluhy, pri úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách s veľkým využitím prirodzených zdrojov v komunite.

(2) Ak je fyzická osoba odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, sociálna rehabilitácia podľa odseku 1 je najmä nácvik používania pomôcok, nácvik prác v domácnosti, nácvik priestorovej orientácie a samostatného pohybu, výučba písania a čítania Braillovoho písma, nácvik zrakového vnímania a sociálna komunikácia.

V súlade so zákonom o sociálnych službách sociálnu rehabilitáciu poskytuje inštruktor sociálnej rehabilitácie a to za predpokladu splnenia kvalifikačných predpokladov v súlade s § 84 zákona o sociálnych službách. Túto odbornú činnosť môže poskytovať sociálny pracovník, asistent sociálnej práce, špeciálny pedagóg alebo fyzická osoba s úplným stredným vzdelaním, ktorá absolvovala akreditovaný vzdelávací kurz v oblasti sociálnej rehabilitácie v rozsahu 150 hodín.

MPSVR SR udeľuje akreditácie na špecializované sociálne poradenstvo a sociálnu rehabilitáciu právnickým a fyzickým osobám, ktoré túto činnosť vykonávajú ako samostatnú činnosť, nie v rámci poskytovanej sociálnej služby.

9. Podmienky na výkon sociálnej práce

Podmienky na výkon sociálnej práce sú uvedené v § 3 zákona o sociálnej práci. V súlade s uvedeným ustanovením, podmienkou na výkon sociálnej práce je

- a) odborná spôsobilosť na výkon sociálnej práce,
- b) povolenie na výkon samostatnej praxe sociálneho pracovníka (ďalej len „povolenie“), ak je sociálna práca vykonávaná ako samostatná prax.

10. Fyzická osoba oprávnená na výkon samostatnej praxe sociálneho pracovníka

Sociálny pracovník vykonáva sociálnu prácu buď v pracovnoprávnom vzťahu alebo v obdobnom pracovnom vzťahu alebo ako výkon samostatnej praxe sociálneho pracovníka.

Výkon samostatnej praxe sociálneho pracovníka je ustanovený v § 7 zákona o sociálnej práci, teda je podmienené vydaním povolenia zo strany Slovenskej komory sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce (ďalej len „komora“).

Žiadateľ o vydanie povolenia musí spĺňať najmä kvalifikačné predpoklady, musí zdokladovať to, že vykonával sociálnu prácu najmenej 3 roky a ďalšie zákonom stanovené podmienky.

Žiadateľ musí byť zapísaný do registra povolení, ktorý komora neustále aktualizuje, kde je vedený pod špecifickým číslom. Rozhodnutie sa vydáva na dobu neurčitú, no toto rozhodnutie je odňateľné a nie je možné ho previesť na inú fyzickú osobu. Sociálny pracovník pri výkone samostatnej praxe túto prácu vykonáva buď na základe pracovného vzťahu so zamestnávateľom alebo ako fyzická osoba, ktorá si za výkon práce vystavuje faktúru, teda nie je financovaný z iných verejných zdrojov.

III. Návrh uznesenia



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

NÁVRH

UZNESENIA RADY VLÁDY DUŠEVNÉ ZDRAVIE

č.

z 12. decembra 2024

k vypracovanému štandardnému operačnému postupu „Cesta pacienta psychiatrickou starostlivosťou v podmienkach Slovenskej republiky“

Číslo materiálu:

Predkladateľ: Mgr. Barbora Maliarová, PhD., predsedníčka Výboru pre kvalitu starostlivosti
pre duševné zdravie

Rada

A. berie na vedomie

- A. 1. vypracovaný štandardný operačný postup k ceste pacienta psychiatrickou starostlivosťou v podmienkach Slovenskej republiky

B. odporúča

- B. 1. viesť zoznam vzdelávacích programov, zameraných na osoby s psychickou poruchou a ich blízkych, ktoré poskytujú neformálne skupiny

Vykoná: predsedníčka VKSDZ



MATERIÁL
NA ZASADNUTIE RADY
č. S27462-2024-S-RVDZ-009

Názov	Návrh na prerokovanie a schválenie uznesenia k Štandardnému postupu pre diagnostiku a komplexný manažment zdravotnej starostlivosti parafilných porúch u dospelých mužov, Minimálnemu štandardu pre študijný program sústavného vzdelávania, Intervenciám súvisiacim s manažmentom parafilných porúch a osôb vo zvýšenom riziku problematického sexuálneho správania a Analýze a návrhu riešenia možností efektívneho výkonu ochranného liečenia sexuologického
Predkladateľ	Mgr. Barbora Maliarová, PhD. predsedníčka Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie
Schválil	Kamil Šaško, MSc. predseda rady
Dátum predloženia	28. novembra 2024
Dátum prerokovania	12. decembra 2024
Na rokovanie sa odporúča prizvať	-

I. Odôvodnenie predloženia materiálu

Na základe uznesenia č. 15/2023 Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie (ďalej len „VKSDZ“) zo dňa 27. októbra 2023 bola s účinnosťou od 1. februára 2024 do 31. decembra 2024 zriadená „Pracovná skupina pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality“ (ďalej len „pracovná skupina“) za účelom plnenia Memoranda o spolupráci medzi MZ SR a Slovenskou psychiatrickou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti, Stratégie prevencie kriminality na roky 2023 – 2030 a Národnej koncepcie ochrany detí v digitálnom priestore a nadväzujúcich akčných plánov.

Cieľom pracovnej skupiny bolo

- prepojiť prostredníctvom medzirezortnej a cezhraničnej spolupráce skúsenosti a služby za účelom zlepšenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti a poskytovania krízovej intervencie pre osoby s neobvyklou sexuálnou preferenciou ako prostriedok zvyšovania ich well-beingu a prevencie páchania mravnostných trestných činov prostredníctvom etablovania best practices zo zahraničia,
- zvýšiť kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní sexuológia prostredníctvom vypracovania a následnej implementácie štandardných klinických a terapeutických postupov
- analyzovať možnosti zefektívnenia výkonu ochranných liečení sexuologických.

Rade predkladá spracovaný materiál Štandardný postup pre diagnostiku a komplexný manažment zdravotnej starostlivosti parafilných porúch u dospelých mužov a správa o doterajších výstupoch pracovnej skupiny.

II. Vlastný materiál s predkladacou správou

A. Predkladacia správa

Rada vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie (ďalej len „RVDZ“) predkladá prostredníctvom predsedníčky VKSDZ na VIII. riadne zasadnutie RVDZ materiál Štandardný postup pre diagnostiku a komplexný manažment zdravotnej starostlivosti parafilných porúch u dospelých mužov ako výstup pracovnej skupiny spolu s informáciou o ďalších výstupoch pracovnej skupiny.

B. Vlastný materiál

Pracovná skupina pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality vypracovala nasledovné materiály:

- Štandardný postup pre diagnostiku a komplexný manažment zdravotnej starostlivosti parafilných porúch u dospelých mužov
- Minimálny štandard pre študijný program sústavného vzdelávania -
- Intervencie súvisiace s manažmentom parafilných porúch a osôb vo zvýšenom riziku problematického sexuálneho správania
- Analýza a návrh riešenia možností efektívneho výkonu ochranného liečenia sexuologického.

Pracovná skupina aktuálne pracuje na dopracovaní podkladov pre metodické zastrešenie fungovania štátnej linky pomoci poskytujúci anonymné poradenstvo a krízovú intervenciu pre osoby s neobvyklou sexuálnou preferenciou alebo s problematickým sexuálnym správaním a ich blízke osoby a podkladoch pre web www.parafilik.sk ako platformu pre informovanie o problematike spojenej s neobvyklou sexuálnou preferenciou.

**A.1. ŠTANDARDNÝ POSTUP PRE DIAGNOSTIKU A KOMPLEXNÝ MANAŽMENT ZDRAVOTNEJ
STAROSTLIVOSTIPARAFILNÝCH PORÚCH U DOSPELÝCH MUŽOV**

Názov:

**Štandardný postup pre diagnostiku
a komplexný manažment zdravotnej starostlivostiparafilných porúch u
dospelých mužov**

Autori:

MUDr. Barbora Vašečková, PhD.

MUDr. Marek Zelman

PhDr. Robert Máthé, PhD.

Mgr. Jana Štefániková, PhD.

MUDr. Danica Caisová-Škultétyová

JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD. et. PhD.

Odborná pracovná skupina:

Pracovná skupina pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasťproblematickej
sexuality

Zoznam skratiek

CPA	cyproterónacetát
DSM 5	Piata revízia Diagnostického a štatistického manuálu Americkej psychiatrickej asociácie
FDT	Test kresby ľudskej postavy
GnRH	Gonadotropín uvoľňujúci hormón
GRASSI	Grassiho dotazník sexuálnej spokojnosti
IATSO	International Association for the Treatment of Sexual Offenders
ICD-11	Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov, jedenásta revízia (International Classification of Diseases)
ICL	Dotazník interpersonálnej diagnostiky
MKCH	Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov
MMPI-2	Minesotské multifázické osobnostné inventórium
MPA	medroxyprogesterónacetát
PPG	Penilná pletyzmografia
ROR	Rorschachova metóda
SFŽ	Sexuální funkce žen
SFM	Sexuální funkce mužů
SPC	Súhrn charakteristických vlastností lieku
SSRI	Selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization)
WFSBP	Svetová federácia spoločností pre biologickú psychiatriu (World Federation of Societies of Biological Psychiatry)

Vymedzenie základných pojmov

parafilná porucha - parafilná porucha je parafília, ktorá v zmysle definície duševnej poruchy spôsobuje ťažkosti jedincovi a/alebo jeho okoliu

parafília - parafília je odchýlka v spôsobe dosiahnutia sexuálneho vzrušenia alebo uspokojenia alebo jeho objekte

sexuálny delikvent - páchatel' sexuálne motivovaného trestného činu, nehovorí o prítomnosti parafilnej poruchy

sexuálna deviácia – parafília

Kľúčové slová:

parafilná porucha, sexuálna delikvencia, manažment diagnostiky a liečby, manažment rizík

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater):

psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu v prípade existujúci komorbidných psychických porúch, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie psychofarmakoterapie, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu. V rámci súčasnej forenznej psychiatrickej starostlivosti manažment rizík, poskytovanie lekárskeho správ pre forenzne účely, rozhodovanie o podaní návrhu na zmenu formy, prepustenie alebo ukončenie ochranného liečenia alebo detencie.

Psychiater so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatrická sexuológia (psychiater–sexuológ): sexuologické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie vrátane hormonálnej terapie a indikovania orchiektómie, realizácia PPG vyšetrenia a interpretácia výsledkov, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu. V rámci forenznej starostlivosti manažment rizík, poskytovanie lekárskeho správ pre forenzne účely, rozhodovanie o podaní návrhu na zmenu formy, prepustenie alebo ukončenie ochranného liečenia alebo detencie.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore endokrinológia (endokrinológ): diagnostika a diferenciálna diagnostika iných endokrinopatií a komorbidít, posúdenie vhodnosti hormonálnej liečby, vedenie hormonálnej liečby.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia (urológ), urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore sexuológia (urológ–sexuológ): diagnostika a diferenciálna diagnostika iných urologických ochorení, chirurgická liečba, prevencia a pravidelné sledovanie stavu, informovanie o možnostiach reprodukcie a prevencii sexuálne prenosných infekcií.

Psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia (klinický psychológ): psychodiagnostika, komplexné klinickopsychologické vyšetrenie, diferenciálna diagnostika, poskytovanie podporných psychoterapeutických intervencií, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo (všeobecný lekár pre dospelých, VLD): primárna zdravotná starostlivosť a súčinnosť s ostatnými špecialistami, ktorí sa spolupodieľajú na komplexnom manažmente zdravotnej starostlivosti

Sestra: ošetrovateľská starostlivosť, poskytovanie podporných psychoterapeutických intervencií, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo (internista): Psychológ: podporné psychoterapeutické intervencie

Špecialista (psychológ, klinický psychológ, lekár) s certifikovanou pracovnou činnosťou psychoterapia (psychoterapeut): podporné psychoterapeutické intervencie

Sociálny pracovník: riešenie sociálnych otázok.

Úvod

Parafilné poruchy sú stavy, ktoré sa vyznačujú pretrvávajúcimi a intenzívnymi vzorcami typického sexuálneho vzrušenia, nezvyčajnými alebo neobvyklými sexuálnymi preferenciami, fantáziami alebo správaním, ktoré sa odchyľujú od spoločensky prijatých či legislatívnych noriem. Za poruchu sú považované v prípade, ak objektom sexuálneho záujmu je osoba, či iný živý tvor (zvieratá), ktorý súhlas nedal, alebo z nejakého dôvodu (napríklad veku) dať nemôže, alebo spôsobujú významné utrpenie či riziko poškodenia samotného jedinca (World Health Organization, 2022).

V minulosti používaný pojem „sexuálne deviácie“ dnes považujeme za obsolentný. Dôvodom je okrem iného fakt, že vyvolával nejasnosti o legitimitate týchto diagnostických jednotiek ako reálnych medicínskych stavov a implikoval skôr predstavy sexuálneho životného štýlu, či správania podmieneného osobnostnými charakteristikami či vplyvom vonkajších okolností. Parafilné poruchy sú reálne medicínske entity, ktoré sú zahrnuté v klasifikáciách chorôb a dajú sa diagnostikovať na základe jasne určených symptómov a správania. Potreba dostupnej a na dôkazoch založenej liečby vyplýva okrem charakteru samotného stavu, aj z vysokej miery komorbidít s psychickými ochoreniami a faktu, že môžu byť spojené s rizikom poškodenia jedinca alebo inej osoby (Gordon & Grubin, 2004).

Obdobie vzniku, respektíve prejavu sa parafilnej poruchy je najčastejšie obdobie neskorej adolescencie alebo skorej dospelosti. Parafilná orientácia je vo svojej podstate považovaná za celoživotnú a trvalú charakteristiku jedinca, ktorá je ťažko ovplyvniteľná liečbou, trestom či inými prostriedkami, avšak parafilné záujmy a správanie na liečbu môžu reagovať (Briken et al., 2014; Fedoroff, 2018). Liečba je zameraná na modifikáciu vonkajších prejavov abnormnej sexuálnej motivácie, teda sexuálneho správania.

Optimálna liečba parafilných porúch spočíva v kombinácii farmakologických, psychoterapeutických prístupov a sociálnych opatrení. Cieľom je ovplyvniť správanie jedinca, dosiahnutia náhľadu, poskytnutie informácií, posilnenie vedomej kontroly, zmena postojov, dosiahnutie sexuálnej adaptácie a celkovej sociálnej integrácie (Weiss, 2017). Toto niekedy zjednodušene vyjadrujeme ako „realizáciu sexuality v medziach zákona“.

Pri hodnotení parafilných porúch treba rozlišovať medzi pojmami „sexuálny delikvent“ a „jedinec s parafilnou poruchou“. Sexuálny delikvent označuje páchatel'a sexuálne motivovaného trestného činu, pričom väčšina jedincov v tejto skupine parafilnou poruchou netrpí (Thibaut et al., 2020; Weiss, 2017). Prítomnosť parafilnej poruchy v motivačnej štruktúre sexuality jedinca k páchaniu trestných činov viesť nemusí a zrejme vo väčšine prípadov ani nevedie. Osoby s parafilnými poruchami často trpia len parafilnými sexuálnymi fantáziami alebo nutkaním a ich sexuálne správanie nezahŕňa aktivity bez súhlasu

objektu ich záujmu alebo iné trestné činy. Tento štandardný diagnostický a terapeutický postup (ŠDTP) sa týka liečby dospelých jedincov (mužov) s parafilnými poruchami.

Klasifikačné zatriedenie a pomenovanie jednotlivých kategórií vychádza z Medzinárodnejštatistickej klasifikácie chorôb a príbuzných zdravotných problémov (MKCH) Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), jedenástej revízie (ICD-11), ktorá bola schválená Svetovýmzdravotníckym zhromaždením (World Health Assembly) v máji 2019 (World Health Organization, 2022).

Vzhľadom na komplexnosť a evidence based váhu boli pre vytvorenie odporúčaného liečebného postupu pre starostlivosť o pacientov s parafilnou poruchou použité Guidelines forthe pharmacological treatment of paraphilic disorders (Thibaut 2020). Tieto postupy boli adaptované na podmienky organizácie zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, systémochranných opatrení definovaný Zákomom 300/2005 Z. z. Trestný zákon a slovenský nadnárodný právny a etický kontext.

1 Etické a právne otázky

Parafília ako atypický sexuálny záujem, ktorý nevedie k realizácii parafilného správania anik významnému distresu si vyžiada terapeutickú intervenciu len veľmi zriedkavo. Minimálnepre chýbanie vnútornej motivácie k ich zmene. Výnimkou by mohli byť pravdepodobne len obavy z možného zvýšenia intenzity prejavov na ideatívnej úrovni či zo straty kontroly v špecifických situáciách. Je však otázne, či by v tomto prípade už nenaplnila kritérium parafilnej poruchy. Prejavy parafilnej poruchy bez sexuálne deviantného alebo iného kriminálneho správania však už sú indikáciou k zahájeniu terapeutických intervencií. V tomto prípade sú všetky terapeutické postupy dobrovoľné a podliehajú inštitútu informovaného súhlasu vrátane možnosti jeho odvolania.

Liečba parafilnej poruchy u ľudí, ktorí sa dopustili trestnej činnosti, prebieha obvykle vo forme ochranného liečenia. Ochranné liečenie si v zmysle našej legislatívy nevyžaduje udelenie informovaného súhlasu pacienta. Podľa štandardu pre výkon ochranných liečení je však vyžadované písomne dokumentované poučenie (resp. jeho odmietnutie), ktoré má obsahovať v minimálnom rozsahu: vysvetlenie liečebného postupu podľa spolu s právami a povinnosťami, podmienky liečebného režimu, predpokladanú dĺžku liečby, informácie o možnosti prepustenia z ochranného liečenia, zmene jeho formy, o konaní, ktoré by mohlo viesť k jeho mareniu a jeho konsekvenciách (viď aj kapitolu Informovaný súhlas).

Základné etické princípy liečby u pacientov, ktorí sa dopustili sexuálne delikventného správania definujú publikované štandardy IATSO (International Association for the Treatmentof Sexual Offenders) (IATSO, 2024). Liečba sexuálnych delikventov má zabrániť tomu, aby sa pacient zapájal do ďalšieho sexuálneho delikventného správania. Má byť humánna a viesť k zvýšeniu kvality života pacienta. Títo pacienti rovnako nemôžu byť diskriminovaní na základe veku, pohlavia, rasy, etnickej príslušnosti, národnostného pôvodu, náboženského presvedčenia, sociálno-ekonomického postavenia alebo fyzického či psychického postihnutia. Profesionáli, ktorí liečia sexuálnych delikventov, sa musia na týchto jednotlivcov pozeráť s dôstojnosťou a rešpektom. Sexuálni delikventi majú rovnaké práva na dodržiavanie mlčanlivosti pri poskytovaní lekárskej či psychologickej starostlivosti ako ktorákoľvek iná skupina pacientov, s výnimkou prípadov, keď to zákon vyžaduje inak.

V uvažovaní o trestnoprávnej rovine manažmentu parafilnej poruchy môže dochádzať k situáciám, kde treba vyhodnocovať aspekty mlčanlivosti zdravotníckych pracovníkova zároveň povinnosti oznamovacej povinnosti. Nevyhnutným predpokladom úspešného poskytovania zdravotnej starostlivosti je vzťah dôvery medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom, ktorý spočíva okrem iného aj v zachovaní mlčanlivosti o všetkých údajoch týkajúcich sa zdravotného stavu a o skutočnostiach súvisiacich so zdravotným stavom v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Táto má však niektoré svoje výnimky. Jednou z nich tohto zákona je povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bez odkladu oznamovať orgánu činnému v trestnom konaní (policajný orgán, vyšetrovať, prokurátor) a Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny ako orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately v ktorého obvode sa maloletá osoba zdržiava, podozrenie na sexuálne zneužívanie alebo iné zneužívanie maloletej osoby, znásilnenie maloletej osoby, sexuálne násilie voči maloletej osobe, sexuálne vykorisťovanie maloletej osoby, súlož medzi príbuznými, ktorá sa týka maloletej osoby, týranie alebo zanedbávanie maloletej osoby.

V prípade plnoletej osoby s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony sa podozrenie na znásilnenie, sexuálne násilie, sexuálne vykorisťovanie alebo iné zneužívanie takejto osoby, súlož medzi

príbuznými, ktorá sa týka takejto osoby, týranie alebo zanedbávanie oznamuje u takejto osoby orgánu činnému v trestnom konaní a obci, v územnom obvode ktorej sa zdržiava.

Tiež Trestný zákon č. 300/2005 Z. z. v § 340 a § 341 postihuje úmyselné neoznámenie alebo nepreukázanie niektorých trestných činov, pre ktoré ustanovuje trest odňatia slobody s hornou hranicou trestnej sadzby najmenej desať rokov. Prekaziť trestný čin možno aj jeho včasným oznámením prokurátorovi, vyšetrovateľovi alebo policajnému orgánu (Kováč, 2009). Väčšina trestných činov spomínaných v predchádzajúcej kapitole pri tom takúto hornú hranicu trestnej sadzby dosahuje.

2 Prevencia

Primárna prevencia:

Spadajú sem aktivity zamerané na širokú verejnosť bez ohľadu na jej rizikovosť, napr. osvetové a vzdelávacie aktivity, s ťažiskom na školách či v rámci rodiny, ale aj v online priestore. Cielenejšie zameranie programov primárnej prevencie môže byť zamerané na populácie či jedincov v zvýšenom riziku toho, že sa stanú obeťami či páchatelmi sexuálneho násillia. Účinný preventívny program má obsahovať aj informáciu o tom, kde môže byť adekvátne pomoc či informácia poskytnutá (napr. parafilik.sk).

Sekundárna prevencia:

Pri sekundárnej prevencii sa kladie dôraz na okamžitú redukciu krátkodobých a akútnych rizík sexuálnej delikvencie, čo pre potenciálneho páchatela to znamená okamžité poskytnutie akútnej pomoci prípadne liečby (terapeutickej alebo farmakologickej).

Terciárna prevencia:

Terciárna prevencia sa zameriava na predchádzanie dlhodobým efektom recidívy sexuálneho násillia. Hlavným zameraním je resocializácia páchatela a zníženie rizika jeho recidívy. Kľúčové pre prevenciu sexuálneho násillia je zamerať sa na liečbu delikventov.

3 Epidemiológia

Naše znalosti o výskyte parafilných porúch vo všeobecnej populácii sú obmedzené z dôvodu metodologickej náročnosti získavania dát a biasov vyplývajúcich zo skúmaných populácií (napríklad malé vzorky, výskum na špecifických populáciách – väzenská, s anamnézou deliktua pod.). V prípade páchatelov sexuálne motivovaných trestných činov sa výskyt parafílie udáva v rozmedzí 25-74 % (Bártová et al., 2021; Dunsieith et al., 2004; M. Kafka, 2012; Marsh et al., 2010). V prípade všeobecnej populácie je však prevalencia parafilných porúch signifikantne nižšia. Podľa epidemiologickej štúdie z Českej republiky na vzorke vyše 5 tisíc mužov a žien boli zistené nasledujúce hodnoty prevalencie jednotlivých parafilných porúch: pedofília u 0,3 %, hebefília u 1,6 %, zoofília u 0,5 %, fetišizmus u 6,3 %, voyeurizmus u 11,5%, exhibicionizmu u 2,3 %, frotérsto/tušérstvo u 8,3 %, sexuálny sadizmus u 1,9 %, patologická sexuálna agresia u 1 % a imobilizácia u 3,6 % všeobecnej populácie (Bártová et al., 2021). Parafílie sa výrazne častejšie vyskytujú u mužov, ako u žien (podľa rôznych zdrojov v pomere 5:1 až 20:1, pričom existuje rozdiel v prevalencii hlavných parafilných záujmov medzi pohlaviami. Muži vykazujú vyššiu prevalenciu voyeurizmu, exhibicionizmu, sadizmu a froteurizmu, zatiaľ čo u žien je vyššia prevalencia fetišizmu a masochizmu (Castellini et al., 2018). Údaje o vyššom zastúpení niektorých parafilných porúch u žien v porovnaní s mužmi sa síce v epidemiologickej štúdii z Českej republiky nepotvrdili, ale voyeurizmus, frotérsto/tušérstvo a fetišizmus sa v skupine žien vyskytovali najčastejšie.

4 Etiológia

Presná etiológia parafilných porúch je neznáma. Biologické teórie, vrátane neuroanatomických a neurozobrazovacích štúdií, naznačujú, že u sexuálnych delikventov sú nadmerne zastúpené vrodené alebo získané poškodenia mozgu (Boland & Verduin, 2021). Niektorí pedofilní páchatelia vykazujú štruktúrne poškodenie oblastí mozgu kritických pre sexuálny vývoj. Neurologická hypotéza parafilných porúch predpokladá asociáciu s poškodením frontálneho a/alebo temporálneho laloku. Toto poškodenie sa môže premietnuť do neschopnosti jednotlivca kontrolovať sexuálne impulzy. Genetické populačné štúdie ani výskum nukleotidových polymorfizmov nepriinesli jednoznačné výsledky. Monoamínová patofyziologická

hypotéza (M. P. Kafka, 1997, 2003) je založená na nasledujúcich tézach: (1) monoamíny - noradrenalín, dopamín a sérotonín majú modulačný efekt na apetitívny aspekt sexuálneho správania u zvierat;

(2) farmakologické údaje získané pri skúmaní antidepresív, psychostimulancií a neuroleptík u ľudí naznačujú, že zmena centrálnej monoamínovej neurotransmisie môže mať podstatné účinky na ľudské sexuálne fungovanie vrátane sexuálneho apetítu; (3) zdá sa, že monoamínové neurotransmitery modulujú dimenzie psychopatológie ľudí a zvierat vrátane impulzivity, úzkosti, depresie, kompulzivity a pro/antisociálneho správania, teda dimenzií narušených u mnohých parafilných jedincov a (4) liečivá indikované na psychické poruchy s vyššie uvedenými charakteristikami, najmä látky ovplyvňujúce centrálnu zvýšenie hladín sérotonínu, môžu zlepšiť parafilné sexuálne vzrušenie a správanie. V rámci hormonálnych súvislostí u sexuálnych delikventov bol sledovaný najmä vplyv androgénov, ktoré sú považované za hlavné kauzálne faktory intrauterinnej androgenizácie a neskôr vývoja udržiavania mnohých biologických štruktúr a funkcií. Výsledky výskumov priameho vplyvu testosterónu na sexuálne správanie v dospelosti nie sú jednotné. Zdá sa, že ak vôbec, tak spojenie medzi hladinou plazmatického testosterónu a sexuálnym násilím existuje iba u sexuálnych agresorov s najvyššou mierou použitého násillia. Nie je dôvod domnievať sa, že práve testosterón hrá významnejšiu rolu v etiopatogenéze parafilných porúch, no vo všeobecnosti ovplyvňuje hladinu sexuálnej apetencie a aktivity, preto je oprávnená farmakologická intervencia redukujúca jeho biologický účinok najmä u stavov spojených so zvýšenou sexuálnou potrebou a vzrušením (Weiss, 2017). Psychoanalytický pohľad (Boland & Verduin, 2021) hovorí, že tieto stavy predstavujú regresiu alebo fixáciu na skoršiu úroveň psychosexuálneho vývoja, čo vedie k opakovanému vzoru sexuálneho správania, ktorý nie je zrelý vo svojej aplikácii a vyjadrení. Iná psychoanalytická teória tvrdí, že tieto stavy sú prejavom hostility, v ktorom sú sexuálne fantázie alebo nezvyčajné sexuálne akty reakciou na traumu v detstve. Pretrvávajúca, opakujúca sa povaha parafílie je spôsobená neschopnosťou úplne vymazať základnú traumu. Vskutočnosti sa u jedincov s parafiliou niekedy pozoruje anamnéza sexuálneho zneužívania v detstve. Behavioristický pohľad sa zaoberá najmä procesom podmieňovania (Boland & Verduin, 2021). Nesexuálne predmety sa môžu stať sexuálne vzrušujúcimi, ak sú často a opakovane spájané s príjemnou sexuálnou aktivitou. Rozvoj parafílie nie je zvyčajne len otázkou podmieňovania, zvyčajne musí byť prítomný nejaký predisponujúci faktor, ako napríklad ťažkosti pri vytváraní sexuálnych vzťahov medzi ľuďmi alebo slabé sebavedomie. Z ďalších prístupov k patogenéze je potrebné spomenúť aspoň teóriu sexuálneho motivačného systému (Kolářský, 2008; Weiss, 2017).

5 Klasifikácia

Obe súčasné klasifikácie chorôb piata revízia Diagnostického a štatistického manuálu Americkej psychiatrickej asociácie (DSM-5) i ICD-11 využívajú koncept rozlišovania parafíliev zmysle atypického sexuálneho záujmu a parafilnej poruchy, pri ktorej tento danej túžbe vyhovie alebo táto vedie k výrazným ťažkostiam alebo problémom v interpersonálnych vzťahoch (napr. kritérium B podľa DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). V klinickej praxi sa v prechodnom období používa aj klasifikačné delenie podľa MKCH-10 (WHO, 2009) s predpokladom do roku 2026.

V ICD-11 sú parafilné poruchy (pôvodná diagnostická kategória F65: Poruchy sexuálnej preferencie v MKCH-10) zaradené v kategórii 17: Stavy spojené so sexuálnym zdravím (Conditions related to sexual health). Základnou charakteristikou je prítomnosť vzorcov atypického sexuálneho vzrušenia zahŕňajúce iné osoby, ktoré kvôli svojmu veku či stavu nemôžu alebo nevedia dať súhlas (napr. predpubertálne deti, zvieratá, alebo nesúhlasiaci jedincivystavení exhibicionistovi). Tieto prejavy majú byť prítomné niekoľko mesiacov (MKCH-10 vyžadovala minimálne 6 mesiacov) a sexuálne pudenie či fantázie postihnutej osoby sa premietajú do správania alebo prežívania a zapríčiňujú významné utrpenie alebo problémy v medziľudských vzťahoch (World Health Organization, 2022).

Nie je zriedkavou situáciou, keď jedinec spĺňa podmienky pre diagnózu viacerých parafilných porúch. Rovnako je častá komorbidita s psychickými poruchami, najmä z afektívneho spektra (depresívne a úzkostné poruchy), stavy súvisiace s užívaním návykových látok či poruchami osobnosti. Aj keď parafilné poruchy môžu byť spojené so zadržaním, uväznením či narušením fungovania (napr. v práci či v medziľudských vzťahoch), tieto nie sú podmienkou diagnózy.

Parafilné poruchy sa nediagnostikujú v detskom veku a pri adolescentoch len s maximálnou opatrnosťou. Pre obdobie adolescencie je typická experimentovanie v sexuálnej oblasti a sexuálne akty môžu byť sýtené príležitosťou či impulzivitou viac ako byť prejavom typického sexuálneho vzorca.

Pri diagnostike je dôležité aj posudzovanie kultúrnych noriem, pretože postoje a interpretácia parafilných záujmov môžu líšiť v jednotlivých spoločnostiach.

Opísaných bolo veľké množstvo parafilných motivácií a väčšina z nich by spĺňala kritériá parafilných porúch. Klasifikačné systémy pomenúvajú explicitne len obmedzený počet, pričom kritérium výberu predstavuje ich frekvencia, prípadne závažnosť ich dôsledkov. Toto zároveň posilňuje dôležitosť kategórií iných a nešpecifikovaných parafilných porúch.

ICD-11 rozlišuje nasledovné parafilné poruchy:

- exhibicionistická porucha,
- voyeuristická porucha,
- pedofilná porucha,
- sexuálna sadistická porucha,
- frotérska porucha,
- iná parafilná porucha zahŕňajúca nesúhlasiace osoby,
- parafilná porucha zahŕňajúca sexuálne správanie osamote alebo súhlasiace osoby,
- parafilná porucha, nešpecifikovaná.

Opis jednotlivých diagnóz uvádzame v tabuľke 1.

Tabuľka 1: Parafilné poruchy podľa ICD-11.

Parafilná porucha	Opis
Exhibicionistická porucha	Zahŕňa trvalé, cielené a intenzívne sexuálne vzrušenie, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zahŕňajúcim obnažovanie genitálií pred nič netušiacou osobou na verejných miestach, zvyčajne bez výzvy alebo zámeru bližšieho kontaktu. Aby bolo možné exhibicionistickú poruchu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný.
Voyeuristická porucha	Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zahŕňajúcim pozorovanie nič netušiaceho jedinca, ktorý je nahý, buď v procese vyzliekania alebo počas sexuálnej aktivity. Aby bolo možné voyeuristickú poruchu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Voyeuristickú poruchu výslovne vylučuje konsenzuálne voyeuristické správanie, ku ktorému dochádza so súhlasom pozorovanej osoby alebo osôb.
Pedofilná porucha	Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zameranými na deti pred pubertou. Aby bolo možné pedofilnú poruchu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Táto diagnóza sa nevzťahuje na sexuálne správanie predpubertálnych alebo postpubertálnych detí s rovesníkmi, ktorí sú im vekovo blízki.
Sexuálna sadistická porucha (porucha nátlakového sexuálneho sadizmu)	Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zahŕňajúcim spôsobovanie fyzického alebo psychického utrpenia osobe, ktorá s tým nesúhlasí. Aby bolo možné poruchu nátlakového sexuálneho sadizmu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Porucha nátlakového sexuálneho sadizmu výslovne vylučuje konsenzuálny sexuálny sadizmus a masochizmus.

Frotérska porucha	Vyznačuje sa trvalým, cieľným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktorého prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zahŕňajúcim dotýkanie sa alebo trenie sa o nesúhlasiacu osobu na preplnených verejných miestach. Aby bolo možné frotéristickú poruchu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Frotéristickú poruchu výslovne vylučuje konsenzuálne dotýkanie sa alebo trenie, ku ktorým dochádza so súhlasom zúčastnenej osoby alebo osôb.
Iná parafilná porucha zahŕňajúca nesúhlasiace osoby	Vyznačuje sa trvalým, cieľným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktorého prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zameranými na osoby, ktoré nie sú ochotné alebo schopné dať súhlas, ale ktoré nie sú konkrétne opísané v žiadnej z ostatných pomenovaných kategórií parafilných porúch (napr. vzorce vzrušenia zahŕňajúce mŕtvolu alebo zvieratá). Jednotlivec musí tieto myšlienky, fantázie alebo nutkania uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Táto porucha výslovne vylučuje sexuálne správanie, ktoré sa vyskytuje so súhlasom zúčastnenej osoby alebo osôb za predpokladu, že sa považujú za schopné poskytnúť takýto súhlas.
Parafilná porucha zahŕňajúca sexuálne správanie osamote alebo Parafilná porucha nešpecifikovaná	Vyznačuje sa trvalým, cieľným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktorého prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zameranými na súhlasiace dospelé osoby alebo solitárne sexuálne správanie. Musí byť prítomný jeden z nasledujúcich dvoch prvkov: 1) osoba je výrazne sužovaná povahou vzorca vzrušenia, a tonielen v dôsledku odmietnutia alebo obáv z odmietnutia vzorca vzrušenia inými osobami; alebo 2) povaha parafilného správania zahŕňa významné riziko zranenia alebo smrti buď pre jednotlivca, alebo pre partnera (napr. asfyxiológia).

Zdroj: spracované podľa (World Health Organization, 2022).

Prevod diagnóz medzi ICD-11 a MKCH-10 zobrazuje tabuľka 2.

Tabuľka 2. Prevod diagnóz medzi ICD-11 a MKCH-10.

ICD-11	MKCH-10
6D30 Exhibicionistická porucha	F65.2 Exhibicionizmus
6D31 Voyeuristická porucha	F65.3 Voyeurizmus
6D32 Pedofilná porucha	F65.4 Pedofília
6D33 Sexuálna sadistická porucha	F65.8 Iné poruchy sexuálneho zamerania
6D34 Frotérska porucha	F65.8 Iné poruchy sexuálneho zamerania
6D35 Iná parafilná porucha zahŕňajúca súhlasiace osoby	F65.8 Iné poruchy sexuálneho zamerania
6D36 Parafilná porucha zahŕňajúca sexuálne správanie osamote alebo súhlasiace osoby	F65.8 Iné poruchy sexuálneho zamerania
6D3Z Parafilná porucha nešpecifikovaná	F65.9 Nešpecifikovaná porucha sexuálneho zamerania

Zdroj: spracované podľa (World Health Organization, 2022).

6 Komplexný zdravotný manažment

6.1 Diagnostika

Existujú tri hlavné typy vyšetrovacích metód používaných bez ohľadu na teoretický prístup: anamnestické, psychodiagnostické a psychofyziologické. Výlučne komplexné použitie dostupných vyšetrovacích metód, zahŕňajúce informácie získané z auto- a heteroanamnézy, údajov z dostupnej dokumentácie (chorobopis, spisový materiál, rôzne posudky, odpisy registra trestov), výsledkov projektívnych, testových a pomocných psychofyziologických metód umožňujú maximálne objektívne posúdenie psychického stavu pacienta a jeho sexuálneho motivačného stavu.

Diagnostický postup pozostáva z nasledujúcich častí:

- 1) oboznámenie sa s dostupnou dokumentáciou: chorobopis, spisový materiál, predchádzajúce

vyšetrenia, resp. posudky, odpis z registra trestov atď.;

- 2) úvodný rozhovor;
- 3) pozorovanie – emočné reakcie, mimika, gestikulácia, hlasové prejavy, celkovesprávanie;
- 4) autoanamnéza (na tomto štádiu vyšetrenia neupriamovať pozornosť na sexuálnuanamnézu) a heteroanamnéza;
- 5) psychodiagnostické vyšetrenie – projektívne a testovacie metódy;
- 6) detailná sexuálna anamnéza (s použitím podkladov z doterajších výsledkov vyšetrení, auto- a heteroanamnézy);
- 7) v prípade potreby opätovný cielený rozhovor s vyšetrovaným;
- 8) ak je nutné - doplnujúce psychofyziologické vyšetrenie (PPG).

6.1.1 Anamnéza

Rozebírka anamnestických údajov týkajúcich sa sexuálneho života vyšetrovaného jedinca je zásadnou diagnostickou metódou pri vyšetrovaní sexuálneho zamerania. Dôkladne vedený rozhovor s pacientom a analýza objektívnych údajov sa ukazujú ako najspoločnejšie nástroje na určenie možných odchýlok vo vývoji sexuálnej motivácie. Posudzujeme sexuálne správanie, obsah masturbačných fantázií, erotických (polučných) snov a citovú preferenciu (objekt romantickej lásky). Psychosexuálny vývoj často obsahuje špecifické znaky, ktoré informovaný diagnostik môže identifikovať aj pri bežnom psychologickom a psychiatrickom vyšetrení. Tieto znaky môžu poukazovať na kvalitatívnu odchýlku sexuálnej motivácie.

Znaky sexuálne parafilného vývoja sa často prejavujú už v detstve (napr. prípady týrania zvierat u sadistov, všeobecná agresivita u sexuálnych agresorov, alebo zakladanie ohňov u pyrofilov). Odlišné bývajú aj sexuálne fantázie a sny, ktorých obsahy často nadobúdajú parafilný obsah už v období puberty. Reakciou na pocity viny z „nenormálnosti“ môže byť potlačovanie sexuality alebo naopak zvýšená potreba masturbácie s cieľom aspoň fantazijného uspokojenia sexuálnych potrieb. U niektorých jedincov môžu byť parafilné podnety a stimuly neoddeliteľnou súčasťou sexuálnych praktík nevyhnutných na dosiahnutie vzrušenia. Pre iných však parafilné stimuly a fantázie nemusia zohrávať až takú dôležitú rolu v bežnom sexuálnom živote. Parafilné preferencie môžu mať epizodický charakter a objavovať sa len za istých podmienok, napr. v obdobiach zvýšenej psychickej záťaže. Analýzou partnerského sexuálneho života (dôležité sú aj informácie od sexuálnych partneriek a partnerov) sa často zisťujú rôzne dysfunkcie. Často sa prejavujú už pri prvom pohlavnom styku (typicky problémy s erekciou alebo výrazne oneskorená ejakulácia, obzvlášť pri parafilných zameraných na neobvyklé objekty). Prejavy predčasnej ejakulácie sú častejšie pri parafilných spojených s neobvyklými sexuálnymi aktivitami. Dysfunkcie v partnerskom sexuálnom vzťahu sa môžu objavovať buď epizodicky, najmä v obdobiach zvýšenej frekvencie parafilných aktivít, alebo celoživotne môžu imponovať ako strata alebo zníženie sexuálnej túžby. Ďalšie sexuálne dysfunkcie prejavujúce sa v partnerskom styku môžu byť anorgazmia, anejakulácia, či oneskorená ejakulácia. V anamnéze často zisťujeme slabú motiváciu, či nezáujem o bežné sexuálne aktivity a preferenciu netypických sexuálnych praktík. Typickým je nápadne dlhý časový odstup medzi prvými sexuálnymi skúsenosťami a ďalšími sexuálnymi aktivitami, či špecifické parcialistické zameranie na určitú oblasť tela (napr. jedinci so sadistickou poruchou udávajú typicky zadok alebo stehná, jedinci s pedofilnou poruchou detskú tvár). Neschopnosť správne rozpoznať erotické signály od žien môže byť vnímaná ako nedostatok sexuálnej empatie, egoizmus či bezohľadnosť, čo vedie k neúspechom v partnerských vzťahoch a k neschopnosti udržať dlhodobé citové a partnerské väzby. Ľudia s parafilnou poruchou často nezažili prvú platonickú lásku a neskoršie ani hlbokú romantickú lásku.

Kognitívne charakteristiky sú dôležité pre pochopenie miery kognitívneho skreslenia, charakteristiky obranných mechanizmov, postojov k osobám opačného pohlavia či deťom, a postojov k protispoločenskému konaniu všeobecne.

Zneužívanie a závislosť od alkoholu a nelegálnych drog často vedie k deliberácii prítomných parafilných sklonov a pri vyšetrení sa treba zamerať aj na túto oblasť.

6.1.2 Psychodiagnostické metódy

Psychologické vyšetrenie poskytuje na základe psychodiagnostických metód (klinických aj testových) diferenciálne-diagnosticky významné informácie, ktoré slúžia najmä k rozlíšeniu deviantného sexuálneho správania, ktoré môže mať epizodický charakter v rámci rôznych vývinových období, môže mať

symptomatický charakter pri rôznych psychických poruchách, a napokon môže byť aj prejavom sexuálnej deviácie v zmysle kvalitatívnej odchýlky štruktúrysexuálneho motivačného systému, resp. v zmysle trvalej poruchy sexuálnej preferencie vspôsobe alebo v objekte uspokojovania sexuálnej potreby. V každom prípade je v rámcipsychodiagnostického prístupu k sexuálnym deviantom kladený dôraz na nevyhnutné zachovanie základných princípov psychodiagnostického postupu s osobitným akcentom na aplikáciu klinických metód (pozorovanie, rozhovor, anamnestické interview), ktoré sú doplnené vybranými testovými metódami z okruhu testov osobnosti s dôrazom na projektívne metódy (Rorschachova metóda (ROR), Hand-test, Test kresby ľudskej postavy (FDT), resp. Hárdiho variant dynamického testu kresby ľudskej postavy.

Charakteristické diferenciálno-diagnosticky významné znaky vývinu osôb s parafilnouporuchou uvádza tabuľka 3.

Tabuľka 3. Charakteristické znaky vývinu pri parafilných poruchách

1.	Atypické zameranie a atypické správanie v detstve. Preferencia hračiek a hier, ktoré sú vlastné príslušníkom opačného pohlavia, prezliekanie sa do bielizne a šiat príslušníkov opačného pohlavia, záľuba v týraní zvierat a zvýraznené prejavy agresivity všeobecne už v detskom veku (sadisti, sexuálni agresori)
2.	Odlíšné, neobvyklé obsahy alebo chýbanie masturbačných fantázií a snovsprevádzajúcich polúcie
3.	Výskyt funkčných sexuálnych porúch pri prvých pokusoch o pohlavný styka spravidla posun prvých probatórnych sexuálnych aktivít do vyššieho vekovéhoobdobia, prípadne ich príliš skorý začiatok
4.	Nápadný časový odstup – niekedy trvajúci aj roky– medzi prvým a ďalším pohlavným stykom
5.	Nedostatočná motivácia k obvyklým sexuálnym aktivitám, ktorú spravidla racionalizujú poukazom na nedostatok príležitosti, svojou hanblivosťou, neatraktivitou, zábranami a pod
6.	Nedostatok sexuálnej empatie v zmysle neschopnosti správne dekodovať erotické signály zo strany žien, resp. v zmysle ich mylného dekodovania, neobratnosť v rámci zblížovacích aktivít (dvorenie) a znížená schopnosť či ochota porozumenia a vyhovenia potrebám partnerky
7.	Záujem o neobvyklé časti ženského tela, resp. parciálna zameranosť často nazadok a stehná či iné časti tela, namiesto poprsia a pohlavných orgánov
8.	Chýbanie hlbších citových vzťahov počnúc chýbaním prvých lások v anamnéze, ako aj chýbaním citu zamilovanosti a lásky, neschopnosť vytvoriť a udržať si trvalejší partnerský vzťah (preferencia neosobných kontaktov)

Zdroj: spracované podľa (Kolarsky & Brichcin, 2000; Weiss, 2017)

Z dotazníkových metód sa využívajú osobnostné dotazníky – MMPI-2 (Minnesotské multifázické osobnostné inventórium v jeho slovenskej reštandardizácii) (Butcher, 2004), ICL (Dotazník interpersonálnej diagnostiky) (Koženy & Ganický, 1976), síce priamo neumožňujú diagnostikovanie poruchy sexuálnej preferencie ale poskytujú užitočné informácie

o osobnostných a interpersonálnych charakteristikách vyšetrovaných. Osvedčujú sa tiež dotazníkové metódy, pomocou ktorých mapujeme aj prejavy sexuality nedelegantnej populácie (SFŽ, SFM, GRASSI – Dotazník sexuálnej spokojnosti) (Grassi, 1992; Žourková, 2002). Keďže parafilná porucha spravidla predstavuje závažný celoživotný problém, ktorý často výrazne ovplyvňuje formovanie osobnosti a vzťahy osoby s jeho okolím, je detekovanie sekundárnych adaptačných problémov, ktoré dominujú v psychopatologickom profilejednotlivca, mimoriadne dôležitou súčasťou diagnostického procesu.

Z projektívnych metód má osobitný význam **ROR**. Popri osobnostných charakteristikách, poskytuje aj základné informácie pre porozumenie sexuálnej identity a miery osvojenia si sexuálnej role, ako aj úrovne sexuálnej zrelosti. Taktiež prispieva k pochopeniu schopnosti vytvárať emocionálne naplnené a zrelé vzťahy založené na primeranej spolupráci, resp. možnosti formovania párov s prejavmi vzájomnosti. Reakcie na Rorschachove tabuľky môžu odhaliť traumatické zážitky, obavy a vnútorné konflikty, ktoré môžu byť základom parafilnej orientácie. Napríklad, opakovaný výskyt detských postáv alebo negatívny vzťah k zrelým osobám opačného pohlavia. Určitý typ reakcií môže poukazovať na maladaptívne správanie, ako sú fetišizmus alebo sadomasochizmus (Giacomuzzi, 2014). Interpretácia Rorschachovho testu, ktorá zahŕňa analýzu obsahových a formálnych aspektov odpovedí v kontexte pacienta, umožňuje identifikovať príznaky a vzorce správania súvisiace aj so sexuálnymi deviáciami (Piotrowski, 2013; Weiner, 2001). Osoby s poruchou sexuálnej preferencie sa v ROR metóde prejavuje dvojakým spôsobom – prvá skupina sa svojimi špecifickými reakciami prejavuje priamo, druhá, početnejšia, chýbaním ukazovateľov majoritnej, bezproblémovej sexuality, resp. sexuálnej „normy“, čo indikuje potrebu prehĺbenia cielenej verbálnej exploračie. Významné informácie o sexualite vyšetrovanej osoby poskytuje kvalitatívna analýza

reakcií nasexuálne relevantné tabuľky Rorschachovej metódy v súlade s ich vyzývacími charakteristikami.

Test kresby ľudskej postavy (FDT, HFD test, Hárđiho dynamická varianta kresby ľudskej postavy) vypovedá o sebaobrazu vyšetrovanej osoby, o identifikácii s vlastnou psychosexuálnou rolou, o postojoch a vzťahoch k opačnému pohlaviu a tiež k ľuďomvšeobecne (Altman, 2016). Popri psychopatologických aspektoch kresba postavy odhaľuje osobnostné rysy, úroveň emocionálnej stability a prejavy, ktoré môžu byť spojené s rodovou dysfóriou a s poruchami sexuálnej preferencie. Zmeny v proporciách, detailoch alebo celkovomvýraze postavy môžu naznačovať psychické problémy všeobecne ako aj problémy v sexuálnom živote (Kandeel, 2007).

Hand test (Test apercepce ruky) poskytuje významné informácie o osobnostných charakteristikách a preferovaných stratégiách sebaapresadzovania a v neposlednom rade o „normalite“ osobnosti s určitým diferenciallyno-diagnostickým potenciálom (Altman, 2016). Pomere indikátorov agresívnych tendencií a kompenzačných prosociálnych nastavení nepriamo prispieva aj k diagnostikovaniu istých osobitostí sexuálneho života.

Szondiho test (Szondi, 1972), ako doplnková testová metóda, aj mimo svojho zložitého teoretického pozadia, po štatistickej analýze jeho výsledkov, poskytuje užítkovateľné informácie o maskulinite, feminite, o sexualite ako aj o agresívnych tendenciách, špeciálne ajo možných prejavoch agresie v sexuálnej interakcii v zmysle poruchy sexuálnej preferencie.

MMPI-2 dobre dopĺňa vyšetrenie projektívnymi technikami a poskytuje komplexné informácie o osobnostných rysoch a prítomnosti psychopatologických prejavov. Škály MMPI-2 sú zamerané na špecifické symptómy a môžu byť aplikované na rôzne psychické poruchy, vrátane odchýlok, ktoré môžu súvisieť so sexuálnym životom, resp. s poruchami sexuálnej preferencie (Floyd & Gupta, 2024; Kandeel, 2007; Taylor & Lee, 2015; Weiner, 2001). Test navyše spoľahlivo odhaľuje simulačné, disimulačné a agravačné tendencie.

ICL (Interpersonal Checklist – Dotazník interpersonálnej diagnostiky) meria typ a intenzitu mechanizmov, ktoré používa skúmaná osoba v styku s ľuďmi vo svojom okolí. Dotazník poskytuje obraz o adaptívnych a maladaptívnych formách interpersonálneho správania vyšetrovanej osoby až po ich patologické extrémny – dominujúce psychopatologické príznaky. Testové výsledky tak poskytujú užitočné informácie aj o osobitostiach sexuálnej interakcie (Svoboda, 2022).

V rámci psychodiagnostiky v každom prípade hľadáme prieniky informácií získaných z čo najrôznorodějších zdrojov (auto- a heteroanamnestické údaje, výsledky testových metód rôznych okruhov).

6.1.3 Psychofyziologické metódy

Penilná pletyzmografia (PPG) je fyziologická diagnostická metóda využívaná na meranie sexuálneho vzrušenia prostredníctvom zaznamenávania zmien v objeme alebo obvode penisu počas vystavenia rôznym vizuálnym, zvukovým alebo kombinovaným stimulom. Pri realizácii PPG vyšetrenia sa na penis pacienta umiestňuje prístroj, ktorý zaznamenáva zmeny objemu či prekrvenia penisu počas prezentácie sexuálneho stimulu. Typickými stimulmi sú obrázky, zvuky alebo videá sexuálnych situácií, ktoré sú špecificky vybrané na testovanie pacientových sexuálnych preferencií (žien, mužov, detí, erotických alebo agresívnych scén, obrázky určitých situácií). Využíva sa pri diagnostike parafilných porúch, najčastejšie pedofilnej, sexuálne sadistickej, fetišistickej a exhibicionistickej. Senzitivita PPG sa pohybuje na úrovni 55-61% a špecifickosť 95–96 % (Blanchard et al., 2001). Spoľahlivosť a klinická užitočnosť PPG je však predmetom odborných diskusií, pričom ako hlavné výhrady sú uvádzané nízka test-retest spoľahlivosť, subjektívna interpretácia výsledkov, ovplyvnenie rušivými faktormi (testovacie prostredie, stimul, sociálne žiaduca odpoveď, veľká variabilita odpovedí u toho istého jedinca a pod.) (W. Marshall, 2006; W. L. Marshall, 2014; Murphy et al., 2015; Wilson et al., 2011). I keď PPG môže poskytnúť určité klinické informácie, treba mať na pamäti obmedzenia v jej spoľahlivosti, validite a etike. V súčasnosti ju môžeme použiť len ako pomocnú diagnostickú metódu, s dôrazom na komplexnosť vyhodnotenia všetkých dostupných informácií kompetentným odborníkom (psychiatrom – sexuológom).

Zisťovania parafileného záujmu pomocou falopletyzmografie je diagnostickým úkonom, ktorý však nie je možné využiť na prognostické zhodnotenie. Nakoľko je parafilený záujem trvalý, podmieňovať „negatívnym“ výsledkom falopletyzmografického vyšetrenia napr. prepustenie z ústavnej formy ochranného liečenia nie je z medicínskeho hľadiska odôvodniteľný postup (viď aj Štandardný operačný postup pre ochranné liečenia).

6.1.4 Komorbidity a diferenciálna diagnostika parafilených porúch

Parafilené poruchy vykazujú vysokú úroveň komorbidít s inými psychickými poruchami (Gordon & Grubin, 2004). Napríklad u zadržaných osôb s pedofilnými poruchami boli príznačkyzistené komorbidity s poruchami osobnosti, afektívnymi poruchami, látkovými závislosťami, schizofréniou a inými psychotickými poruchami a kognitívnymi poruchami u 30-50 %. Komorbidity s poruchami kontroly impulzov sa v skupine osôb s pedofilnými poruchami zistiliu 30-55 %, najčastejšie to sú explozívne črty osobnosti, kleptománia, pyrománia alebo patologické hráčstvo (Hall & Hall, 2007). Súbežný výskyt parafilenej poruchy a schizofrenie čibipolárnej afektívnej poruchy nie je častý, udáva sa u 1,7-16 % prípadov (W. L. Marshall, 2006). Aj keď boli opísané prípady, kedy prejavy parafilelie súviseli s psychotickým stavoma odozneli s úspešnou liečbou psychózy, väčšinou sa jedná o nezávislú komorbídnu diagnózu (Smith & Taylor, 1999). Najčastejšie komorbidity vyskytujúce sa s parafilenými poruchami všeobecne sú najmä závislosti (najmä alkoholizmus), osobnostné patológie (najčastejšia antisociálna porucha osobnosti), afektívne poruchy (depresívne a úzkostné poruchy) a poruchysústredenia a pozornosti (M. P. Kafka & Hennen, 2002; M. P. Kafka & Prentky, 1998). Najčastejšie „organické“ poškodenia mozgu, ktoré sú asociované s prejavmi parafilelie sú úrazy mozgu (najmä úrazy limbického systému), epilepsia temporálneho laloku, Klein-Levinovsyndróm, Klüver-Bucyho syndróm a Huntingtonova choroba. Prejavy hypersexualita parafilených porúch môžu byť súčasťou dopamín-dysregulačného syndrómu pri liečbe agonitami dopamínových receptorov (napr. pramipexol, ropinirol a pergolid) u pacientov s Parkinsonovou chorobou, ale aj pri syndróme nepokojných nôh či prolaktinóme. Vzťahy medzi kompulzívnou poruchou sexuálneho správania a parafilenými poruchami sú nateraznedostatočne objasnené. Pri porovnaní skupiny osôb s hypersexuálnym správaním a zdravýmikontrolami sa parafilené poruchy ako exhibicionizmus, voyerizmus, masochizmus, sadizmus, fetišizmus, frotérstvo alebo transvestitizmus vyskytli podstatne častejšie u osôb s hypersexuálnymi prejavmi (47 % vs.3 %) (Engel et al., 2019). Muži s hypersexuálnymi prejavmi v tejto štúdii tiež vykazovali vyššiu mieru sledovania materiálov zahŕňajúcich zneužívanie detí a nátlakové sexuálne správanie. Problematická je diagnostika u osôb s mentálnym postihnutím, ktoré prejavujú parafilené symptómy. Sú ohrození rizikom nesprávnej diagnózy parafilenej poruchy, pričom aj prejavy psychickej poruchy sa môžu prejavovať inak, alebo môže byť pre nich obtiažne rozpoznať alebo opísať psychiatrické príznaky (Fletcher et al., 2016). Pri diferenciálnej diagnostike najmä afektívnych porúch všeobecne treba uvažovať aj opačný vzťah v zmysle, že prejavy parafilenej poruchy u jedinca môžu vyvolávať stres, pocity viny, hanby a zvýšený stres s následkom rozvoja afektívnej poruchy, ktorá v kombinácii so stigmatizáciou zásadne komplikuje schopnosť a ochotu vyhľadať profesionálnu pomoc.

6.2 Terapia

Parafilené poruchy sú stavy prebiehajúce celoživotne. Terapiou je možné ovplyvniť schopnosť kontroly parafilených fantázií, nutkania alebo konania a znížiť úroveň stresu, ktorý vyvolávajú. U ľudí s parafilenou poruchou, ktorí sa nedopustili kriminálneho konania je toto hlavným cieľom liečby. U osôb, ktoré sa dopustili nezákonného konania môže byť súdom nariadená liečba aj bez ich súhlasu, ktorej cieľom je eliminovanie ich nebezpečnosti pre spoločnosť.

Ideálom vo vyústení terapie je dosiahnutie „sexuálnej adaptácie“, čo je stav kedy jedinec netrpížiadnymi psychickými, sociálnymi ani sexuálnymi problémami. Predpokladom je získanie náhľadu na parafilenú sexuálnu motiváciu.

Konkrétnejšie ciele v liečbe parafilených porúch môžeme zadefinovať nasledovne:

- A. kontrolovať parafilené fantázie a konanie, a tak znižovať riziko sexuálneho deliktu;
- B. kontrolovať parafilené sexuálne nutkanie;
- C. znížiť úroveň stresu a utrpenia osôb s parafilenými poruchami;
- D. podporiť neparafilené sexuálne záujmy a správanie.

Pre liečbu pacienta s parafílnou poruchou sa odporúča vytvorenie individualizovaného liečebného plánu zahŕňajúceho psychoterapeutické, farmakologické i režimové postupy, ktorý má byť pravidelne revidovaný a s ktorým má byť táto osoba oboznámená.

Trvanie liečby by malo byť minimálne 2 roky pri menej závažných parafílnych poruchách a najmenej 5 rokov alebo aj dlhšie ak existuje riziko sexuálneho násillia (Pečeňák & Kořínková, 2016; Thibaut et al., 2020). V rámci ochranného liečenia podľa štandardného postupu pre realizáciu ochranných liečení má byť podaný pri ambulantnom ochrannom sexuologickom liečení návrh na jeho ukončenie až po 5 rokoch stabilizovaného stavu a po posúdení znalcom v odvetví Sexuológia.

Liečba komorbidných somatických stavov a psychických porúch má prebiehať podľa príslušných štandardných diagnostických a terapeutických postupov.

Algoritmus sledovania parametrov telesného stavu pred zahájením farmakologickej liečby a aj v jej priebehu zobrazuje tabuľka 4.

Tabuľka 4. Odporúčené hodnotenie a vyšetrenia pacienta pred a počas liečby parafílnych porúch

	Pred liečbou	3 mesiace	6 mesiacov	1 rok	Vždy po 1 roku
SSRI alebo antiandrogény¹ alebo GnRH agonisti					
Hodnotenie sexuálnych fantázií a správania (parafílného aj neparafílného)	+	+	+	+	+ (pri každej ďalšej konzultácii)
Výška, váha, BMI	+	+	+	+	+
TK	+	+	+	+	+
EKG	+	+	+ (ak kardiálne prejavy)	+ (ak kardiálne prejavy)	+ (ak kardiálne prejavy)
Hepatálne funkcie	+	+	+ (ak CPA)	+ (ak CPA alebo agonisti GnRH))	+ (ak CPA alebo agonisti GnRH, ak CPA vždy po 3-6 mesiacoch)
Renálne funkcie	+	+	-	+ (ak agonisti GnRH)	+ (ak agonisti GnRH)
T3, TSH	+	+	-	-	-
KO	+	+	-	-	-
Glykémia	+	+	-	+	+
Lipidový profil	+	+	-	+	+
Antiandrogény alebo GnRH agonisti					
Písomný informovaný súhlas	+	-	-	-	-
Sérové hladiny Ca, P	+	+	-	+	+
Somatické vyšetrenie vrátane genitálu	+	+	+	+	+
Známky feminizácie (najmä gynekomastia)	+	+	+	+	+
Depresia, suicidálne ideácie	+	+	+	+	+
Testosterón ⁴ , SHBG, LH, prolaktín	+	+	-	-	-
Osteodenzitometria	+	+	-	+ ²	+
MR mozgu ³	+	+	-	-	+ (ak CPA)

¹Musí byť ukončená puberta a rast.

²Nevyhnutné v prípade zvýšeného rizika osteoporózy: zlomeniny alebo vek > 50 rokov, kombinácia kortikoidov alebo antikonvulzív, poruchy spojené s požívaním alkoholu, vysoko odporúčané v iných prípadoch. V prípade osteoporózy musia byť predpisované vápnik, vitamín D alebo bifosfonáty, aby sa predišlo zlomeninám kostí.

³Len v prípade liečby CPA: štruktúry mozgu musia byť kontrolované MR v 5. roku a potom každé 2 roky v prípade dlhého trvania liečby (> 6 mesiacov) a vysokého dávkovania. Keď je CPA vysadený, nie je potrebné štruktúrne vyšetrenie mozgu MRI. V prípadoch liečby agonistom GnRH, pred začiatkom liečby skontrolovať aktívne ochorenie hypofýzy a hypotalamu alebo meningeóm.

⁴Hladiny testosterónu v krvi sa môžu merať počas liečby v prípade nekontrolovateľných prerušení liečby alebo v prípade rizika maskovanej suplementácie testosterónu.

Špeciálne varovanie: FDA varovala pred zvýšeným rizikom diabetu a určitých kardiovaskulárnych ochorení (srdcový infarkt, náhla srdcová smrť a mŕtvica) u mužov, ktorí dostávajú lieky s agonistom GnRH na liečbu rakoviny prostaty.

6.2.1 Farmakologická liečba

Pri farmakologickej liečbe parafilných porúch ide vo väčšine prípadov o liečbu off-label (indikácia parafilnej poruchy nie je uvedená ako indikácia v príslušnom Súhrne charakteristických vlastností lieku (SPC)). Indikácia použitia lieku v tomto prípade je podporená výsledkami štúdií a konsenzom odborníkov (nie je non lege artis). Použitie lieku mimo indikačného spektra je potrebné zaznačiť v zdravotnej dokumentácii.

6.2.1.1 Psychofarmaká

Spomedzi skupiny psychofarmák má najvyššiu mieru dôkazov o účinnosti skupina selektívnych inhibítorov spätného vychytávania sérotonínu (SSRI) – úroveň dôkazu C. Existujú klinické dôkazy o tom, že minimálne sertralín a fluoxetín redukujú parafilné sexuálne správanie porúch ako napr. exhibicionizmus či pedofília bez sexuálnych deliktov na deťoch. Táto skupina liečiv je navyše spojená s priaznivým profilom nežiaducich účinkov. SSRI môžu byť použité aj v kombinácii s antiandrogénnou liečbou alebo liečbou agonistami gonadotropín uvoľňujúceho hormónu (GnRH) najmä v úvode liečby pri rozvoji symptómov depresie. SSRI majú preukázaný pozitívny vplyv aj pri pridružených poruchách kontroly impulzov či stavoch obsedantno-kompulzívneho spektra (Thibaut et al., 2020).

Skupina psychofarmák je síce v liečbe parafilných porúch používaná dlhodobo, avšak úroveň dôkazov svedčiacich pre ich účinnosť je naďalej veľmi nízka čo je následkom nedostatku kontrolovaných štúdií najmä v skupine pacientov bez pridružených psychiatrických komorbidít (Thibaut et al., 2020). Spomedzi používaných psychofarmák (okrem skupiny SSRI) majú najviac údajov o možnej účinnosti antipsychotiká (haloperidol, risperidón), antikonvulzíva a lítium, naltrexon resp. antidepresíva iných skupín (tricyklické antidepresíva a mirtazapín). Účinnosť týchto liečiv je hodnotená úrovňou dôkazu E, pričom sa zdôrazňujú možné nežiaduce účinky liečby.

Zhrnutie: spomedzi psychofarmák má opodstatnenie pri liečbe parafilných porúch použitie antidepresív typu SSRI a to najmä pri menej závažných stavoch, pri ktorých nedochádza k fyzickému kontaktu s obeťami a nízkym rizikom sexuálneho násillia. Použitie ostatných skupín psychofarmák je možné, avšak preferenčne pri pridružených psychiatrických komorbiditách.

6.2.1.2 Hormonálna liečba

Indikáciu hormonálnej liečby z bioetického hľadiska pripúšťajú podľa belgického regulačného orgánu pre bioetiku napr. české guideliney resp. doporučený postup Svetovej federácie spoločností pre biologickú psychiatriu (WFSBP – World Federation of Societies of Biological Psychiatry) (Thibaut et al., 2020) pri splnení všetkých nasledujúcich podmienok:

parafília (parafilná porucha) bola u človeka diagnostikovaná po dôkladnom odbornom vyšetrení,

hormonálna terapia je zameraná na špecifické klinické symptómy a spôsoby správania a je prispôbena pacientovmu zdravotnému stavu,

stav pacienta predstavuje vysoké riziko vážneho ohrozenia jeho zdravia alebo fyzickej či morálnej integrity,

nie sú dostupné iné, menej invazívne liečebné prostriedky,

ošetrujúci odborník informuje pacienta a získa jeho súhlas, súhlasí s prevzatím zodpovednosti za indikáciu liečby a za ďalšie sledovanie pacienta vrátane jeho somatického stavu, v odôvodnených prípadoch aj s prirátaním endokrinológa ako konzultanta,

hormonálna liečba je súčasťou písomného terapeutického plánu, ktorý je v adekvátnych intervaloch kontrolovaný a v prípade potreby revidovaný.

Pred začiatkom a v priebehu liečby antiandrogénmi alebo GnRH agonistami je potrebné zhodnotenie a sledovanie stavu pacienta. To zahŕňa vyhodnocovanie sexuálneho správania a fantázií, príznaky depresie, myšlienok na samovraždu, vstupné vyšetrenie a pravidelné sledovanie hmotnosti, BMI, krvného tlaku, EKG (pokiaľ sú hlásené kardiologické ťažkosti), hepatálnych a renálnych funkcií, krvného

obrazu, hladiny glykémie, lipidového profilu, hladiny vápníka a fosfátov, funkcie štítnej žľazy, hladiny hormónov v plazme, telesné vyšetrenie - vrátane genitálií, rizika feminizácie (gynekomastia) a vyšetrenie osteodenzitometrie. Pri liečbe CPA je nutné realizovať MRI vyšetrenie a mozgu, následne spraviť kontrolné vyšetrenie o 2 roky (viď aj tabuľka 4).

Antiandrogény

V indikácii hormonálnej liečby prípravkom s antiandrogénnym pôsobením sa zvyčajne uvádzajú dva prípravky: cyproterónacetát (CPA) a medroxyprogesterónacetát (MPA). Indikáciu na potlačenie patologicky zmeneného pohlavného pudu u muža z dôvodu parafilej poruchy má na Slovensku len CPA (SPC, Androcur). CPA má centrálny inhibičný účinok, ktorý spôsobuje zníženie syntézy testosterónu v testes, znižuje sérové hladiny testosterónu a kompetitívne inhibuje účinok androgénov na androgén-dependentných cieľových orgánoch. Dostupný je v podobe tabliet na perorálne použitie alebo v depotnej forme. Liečba a dávkovanie sa má riadiť podľa platného SPC, pričom maximálna denná dávka je stanovená na 300 mg. Na stabilizáciu terapeutického účinku je potrebná dlhodobá liečba, najmenej 3 roky, pričom v niektorých prípadoch je odporučená aj celoživotná liečba na udržiavacej dávke 12,5 až 25 mg denne (Thibaut et al., 2020). Žiaduce je súbežné psychoterapeutické vedenie. Kontraindikáciami liečby sú ochorenia pečene, Dubinov-Johnsonov syndróm, Rotorov syndróm, nádor pečene, meningeóm, kachektizujúce ochorenia, ťažká chronická depresia, tromboembolické procesy, ťažký diabetes mellitus s cievnyimi zmenami, kosáčikovitá anémia a precitlivosť na liečivo alebo pomocné látky prípravku (SPC, Androcur). Najčastejšími nežiaducimi účinkami pri užívaní sú zníženie libida, erektilná dysfunkcia a reverzibilná inhibícia spermatogenézy, gynekomastia, zvýšenie telesnej hmotnosti, tromboembolické komplikácie a hepatocelulárne poškodenie. Najzávažnejšími nežiaducimi účinkami môže byť hepatálna toxicita, benígne a malígne tumory pečene s následkami ako intraabdominálna hemorágia a tromboembolické príhody.

Úroveň dôkazov pre CPA je C, pričom hodnotenie pomeru rizika a benefitu liečby je stredne veľký (Thibaut et al., 2020).

Analógy GnRH

Spomedzi analógov GnRH sú v Slovenskej republike dostupné triptorelín, leuprorelína goserelín, pričom ani jeden z nich nemá v SPC uvedenú indikáciu parafilej poruchy. Napriek tomu o tejto skupine liečiv treba uvažovať v liečbe jedincov s parafilenými poruchami, pričom najzásadnejším je argument sily dôkazov o ich účinnosti na úrovni B/C (Thibaut et al., 2020).

Podávanie agonistov GnRH po iniciálnej stimulácii s prechodným zvýšením hladín testosterónu vedie k inhibícii sekrécie gonadotropínov s následnou supresiou testikulárnych a ovariálnych funkcií s následkom dosiahnutia kastračnej úrovne pohlavných hormónov

v priebehu 2-4 týždňov od zahájenia liečby. V indikácii liečby parafilených porúch sa používa najčastejšie triptorelín, ktorý je v tejto indikácii schválený vo viacerých krajinách Európskej únie (SPC, Salvacyl). Výhodou analógov GnRH v porovnaní s antiandrogénmi je podstatne nižší profil nežiaducich účinkov. Spomedzi očakávaných nežiaducich účinkov sa vyskytuje úbytok kostných minerálov (osteopénia), erektilná dysfunkcia, zníženie libida, návaly tepla, feminizácia, gynekomastia, priberanie, depresívne prejavy.

6.2.2 Psychoterapeutická liečba

Psychoterapeutické intervencie spočívajú v spektre aktivít individuálnej a skupinovej terapie, poradenstva v sociálnej, pracovnej či iných oblastiach, práci s jednotlivcom a/alebo jehoblízkami či rodinami. Spomedzi používaných psychoterapeutických smerov majú najviac dôkazov o ich účinnosti prístupy kognitívne-behaviorálnej psychoterapie (priekaznosť na úrovni C/D), i keď účinné v jednotlivých prípadoch môžu byť aj ďalšie prístupy, napr. dynamické metódy, resp. psychoanalyticky orientované metódy.

Všeobecná stratégia smerovania psychoterapie osôb, ktoré trpia parafilenými poruchami zahŕňa aj nácvik empatie, prácu s kontrolou sexuálnych impulzov, zvládanie stresu a prevenciu relapsu (Hall & Hall, 2007). Sexuálni delikventi často prezentujú skreslené vzorce myslenia, ktoré im umožňujú racionalizovať si svoje vlastné správanie (napr. že deti môžu súhlasiť s pohlavným stykom s dospelými osobami, alebo že obeť sú zodpovedné za to, že je na nich spáchaný sexuálne motivovaný trestný čin a pod.). Okrem práce

so skreslenými kognitívnymi vzorcami sa v rámci psychoterapeutických programov pracuje s ďalšími faktormi podporujúcimi sexuálne delikventné správanie, ako napr. práca s impulzivitou, schopnosť ovládať zlosť, vyjadrovať pocity a efektívne komunikovať, zvládanie stresu, zneužívanie alkoholu a iných návykových látok, alebo parafilné sexuálne vzrušovanie.

Kognitívne a kognitívne behaviorálne postupy

Kognitívna psychoterapia vychádza z predpokladu primárneho významu vnútorných poznávacích procesov, predovšetkým myslenia a správania daného jedinca. Psychoterapeutické metódy založené na kognitívnej teórii kladú dôraz predovšetkým na vedomú činnosť a zameriavajú sa na využívanie racionálnej, logickej argumentácie.

Cieľom týchto terapeutických postupov je:

- poskytnúť pacientom vedomosti, ktoré im umožnia správať sa adekvátne, alebo savyhýbať situáciám pri ktorých hrozí zvýšené riziko recidivy delikventného správania,
- zmeniť postoje pacientov prosociálnym smerom,
- upozorniť pacientov na negatívne dôsledky ich správania a činov. V súvislosti s nimi samotnými aj vzhľadom na ich okolie,
- upraviť pacientov pohľad na jeho vlastné deviantné správanie,
- edukovať pacienta v súvislosti s uspokojovaním jeho vlastných sexuálnych potrieb akceptovateľnejším spôsobom,
- naučiť pacientov stratégie, ktoré im umožnia lepšie kontrolovať vlastné vzrušenie a kontrolovať rizikové situácie.

6.2.3 Iné liečebné modality - bilaterálna orchiektómia

Bilaterálna orchiektómia (kastrácia) je chirurgickým zákrokom vedúcim k trvalému zníženiu hladín testosterónu. Aj napriek preukázanému efektu na znižovanie recidivy pri sexuálnej delikvencii hľadiska etického sa javí najproblematickejšou terapeutickou modalitou (Weiss, 2017). Výhradami voči kastrácii býva najmä skutočnosť, že ide o ireverzibilný výkon, ku ktorému existujú menej invazívne alternatívy a tiež to, že môže byť vnímaná ako forma trestu či problematika (pseudo)dobrovoľnosti informovaného súhlasu napr. v podmienkach výkonu trestu alebo ochranného liečenia v situácii, ak sa rozhoduje o ich zmiernení. Argumentom za chirurgický zákrok je opäť ireverzibilitnosť z uhla pohľadu nutnosti kontroly kompliance pri použití medikamentózneho liečby.

Kastrácia v našich podmienkach predstavuje chirurgický výkon, ktorý si vyžaduje písomnú formu informovaného súhlasu. V súčasnosti nie je upravená špeciálnou legislatívou (napr. v Českej republike MZd ČR 2012, Zákon 373/2011 v ČR), kde je okrem iného vyžadované komisionálne zhodnotenie indikácie konzíliom. V súlade s medzinárodnými štandardnými postupmi je však vhodnejšie preferovať hormonálnu liečbu. Pokiaľ sa pacient rozhodne pre kastráciu z dôvodu závažnej parafilnej poruchy s nedostatočnou reakciou na hormonálnu liečbu, vykonáva ju lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia (urológ) alebo urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore sexuológie (urológ–sexuológ) na základe písomného odporúčania psychiatra so špecializáciou v špecializačnom odbore sexuológie (psychiater–sexuológ) na základe písomnej žiadosti pacienta. Najčastejšími telesnými zmenami po kastrácii sú obezita, zníženie hmotnosti, redukcia telesného ochlpenia, zvýšená únavnosť a gynekomastia. Pre sklony k osteoporóze sa odporúča pravidelné sledovanie kostnej denzity. Z psychických zmien sú najčastejšie uvádzané astenické a depresívne dysforické symptómy (Weiss, 2017). Indikáciu bilaterálnej orchiektómie z dôvodu vysoko rizikovej parafilnej poruchy stanovuje psychiater–sexuológ na základe posúdenia a súhlasného stanoviska nasledujúcich špecialistov: endokrinológ, klinický psychológ, urológ a na žiadosť pacienta a s jeho písomným súhlasným vyjadrením. V prípade potreby sa odporúča prizvať odborníka z iného odboru (napr. súdneho znalca, právnik a pod.).

6.3 Informovaný súhlas

Pre použitie psychoterapeutických terapeutických metód sa vyžaduje v prípade dobrovoľnej liečby poskytnutie bežného informovaného súhlasu pacientom. V prípade obmedzenej spôsobilosti na právne úkony je potrebné udelenie tohto súhlasu ustanoveným opatrovníkom. V prípade ochranného liečenia a

detencie sa nevyžaduje informovaný súhlas, súčasťou poučenia o priebehu liečby majú byť všetky plánované terapeutické postupy vrátane psychoterapie a možných konsekvencií jej odmietania. Je však pochopiteľné, že terapie, ktoré si vyžadujú aktívnu participáciu pacienta, je ťažko možné vykonať proti jeho vôli.

Pre použitie farmakoterapie SSRI alebo inými psychofarmakami sa vyžaduje v prípade dobrovoľnej liečby poskytnutie bežného informovaného súhlasu pacientom. V prípade ochranného liečenia a detencie sa nevyžaduje informovaný súhlas, súčasťou poučenia o priebehu liečby majú byť všetky plánované terapeutické postupy vrátane farmakoterapie a možných konsekvencií jej odmietania.

Pre použitie hormonálnej liečby (CPA, analógy GnRH) je vyžadovaný informovaný súhlas pacienta (aj v prípade ochranného liečenia).

Vykonanie bilaterálnej orchiektómie z dôvodu vysoko rizikovej parafilnej poruchy možné len na žiadosť pacienta a jeho písomného súhlasného vyjadrenia. Indikáciu výkonu stanovuje psychiater-sexuológ na základe posúdenia a súhlasného stanoviska nasledujúcich špecialistov: endokrinológ, klinický psychológ, urológ (prípade potreby sa odporúča prizvať odborníka z iného odboru (napr. súdneho znalca, právnika a pod.)).

6.4 Algoritmus výberu vhodnej liečby založený na posúdení rizika

Algoritmus liečby podľa WFSBP rozlišuje 5 úrovní liečby podľa závažnosti parafilnej poruchy:

1. minimálna úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom intervencií kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie bez zásahu do konvenčnej sexuálnej aktivity a bez dopadu na sexuálny apetít. Liečbumožno použiť v prípadoch, kde nehrozí riziko znásilnenia alebo sexuálneho zneužívania detí. Príkladom môžu byť niektoré prípady voyeurskej, fetišistickej či frotérskej poruchy. Liečba pozostáva najmä z psychoterapie, odporúčaná je najmä kognitívne behaviorálna psychoterapia.

2. nízka úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie s len malým zásahom do konvenčnej sexuálnej aktivity a bez dopadu na sexuálny apetít. Liečbuje možné použiť vo všetkých menej závažných prípadoch parafilných porúch, kde nedochádza k fyzickému kontaktu s obeťami a je nízke riziko sexuálneho násillia, napr. pri exhibicionistickej poruche bez rizika znásilnenia alebo zneužívania detí, prípadne pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 1. Liečba pozostáva z psychoterapie (najlepšie kognitívne-behaviorálna psychoterapia) a SSRI. Dávky SSRI majú dosahovať dávky používané pri obsedantne- kompulzívnych poruchách (napr. fluoxetín 40 – 60 mg/d alebo sertralín 200 mg/d). Efekt liečby sa dá očakávať za 1–3 mesiace. Účinnosť tejto intervencie je hodnotená ako 70 %, pokiaľ nejde o osoby, ktoré sa dopúšťajú sexuálneho násillia.

3. stredná úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie so značným znížením sexuálnej aktivity a libida. Používa sa u osôb, ktoré vykazujú mierne rizikosexuálneho násillia, ale je u nich intelektuálne postihnutie (neurologické komorbidity ako napr. demencia) a u osôb, kde nie sú prítomné fantázie a/alebo správanie zahŕňajúce sexuálny sadizmus (ak sú prítomné, vid' úroveň 4) a pacient dodržiava liečebný režim. Pri nedodržiavaní liečebného režimu pacientom sa odporúča používať intramuskulárnu formu liekov. Režim úrovne 3 sa používa aj pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 2. Liečba pozostáva z psychoterapie (najlepšie kognitívne-behaviorálnej) a CPA. Dávkovanie CPA pri perorálnom užívaní je 50 – 200 mg/d (max. 300 mg/d) alebo pri intramuskulárnej forme sa podáva 200 – 400 mg raz týždenne a potom v intervaloch každé 2 – 4 týždne. Účinnosť sa udáva na úrovni 80 – 90 % (stredná hodnota recidivizmu 6 %). Nástup účinku sa dá očakávať o 1–3 mesiace. Pri komorbiditách s úzkostnými, depresívnymi alebo obsedantne-kompulzívnymi symptómami možno liečbu CPA doplniť SSRI.

4. vysoká úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie s skoro úplným potlačením sexuálneho apetítu a aktivít. Používa sa u osôb, ktoré vykazujú stredne vysoké až vysoké riziko sexuálneho násillia a závažné parafilné poruchy, rovnako v prípade jedincov s pedofilnými poruchami, u jedincov s fantáziami a/alebo správaním zahŕňajúcim sexuálny sadizmus alebo fyzické násillie. Režim úrovne 4 sa používa aj pri absencii uspokojivých výsledkov alebo nedodržiavaní liečebného

režimu na úrovni 3. Liečba pozostáva z psychoterapie (najlepšie kognitívne-behaviorálnej) a dlhodobého agonistu GnRH. Možno použiť napr. triptorelín alebo leuprolid acetát 3 (alebo 3.75) mg/mesiac alebo 11.25 mg i.m. každé 3 mesiace. Účinnosť sa udáva u viac ako 90% prípadov (recidivizmus < 5%). Nástup účinku možno očakávať o 1–3 mesiace. V prípade potreby možno dodržiavať liečebný režim agonistami GnRH kontrolovať meraním hladiny testosterónu. V úvode liečby agonistami GnRH je potrebné liečbu doplniť o CPA (týždeň pred začiatkom liečby a počas prvého mesiaca užívania agonistov GnRH) pre kontrolu flare-up efektu a kontrolu rizika relapsu parafilného sexuálneho správania s ním spojeného.

5. extrémna úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie priplnom potlačení sexuálneho apetítu a aktivít. Používa sa u osôb, ktoré vykazujú najzávažnejšie parafilné poruchy (katastrofické prípady) a pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 4. Liečba pozostáva z psychoterapie (najlepšie kognitívne-behaviorálnej) a kombinácie agonistov GnRH a CPA, pričom je možnosť pridať aj SSRI. Oproti úrovni 4 sa k liečbe pridávajú antiandrogénne pôsobiace liečivá, napr. CPA. Dávkovanie CPA pri perorálnej liečbe je 50 – 200mg/d (max. 300 mg/d) alebo pri intramuskulárnom podávaní depotnej formy CPA 200 – 400 mg raz týždenne a potom každé 2 – 4 týždne. Jednotlivé skupiny úrovní rizika s terapeutickými intervenciami zobrazuje aj tabuľka 5.

Tabuľka 5. Algoritmus liečby parafilných porúch podľa závažnosti parafilnej poruchy

Úroveň rizika	Cieľ terapie	Indikácia	Typ liečby	Úroveň dôkazov	Dávkovanie	Dobrovoľné liečenie	Ochranné liečenie
minimálna	Kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie bez zásahu do konvenčnej sexuálnej aktivity a bez dopadu na sexuálnu túžbu	Voyeristická porucha Parafilná porucha zahŕňajúca sexuálne správanie osamote alebo súhlasiace osoby Frotérska porucha Ďalšie poruchy, pri ktorých nehrozí znásilnenie a/alebo zneužívanie detí	Psychoterapia	C/D (pre KBT)		Ambulantné	Ambulantné - pri dobrej spolupráci a liečbe trvajúcej viac ako 5 rokov je možné podať návrh na prepustenie
nízka	Kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie len s malým zásahom do konvenčnej sexuálnej aktivity a	Menej závažné parafilné poruchy, pri ktorých nedochádza k fyzickému kontaktu	Psychoterapia + SSRI	C/D (pre KBT) C	Fluoxetín 40-60mg/deň Sertralín 200mg/deň	Ambulantné	Ústavné - pri dobrej spolupráci je možné podať návrh na
	bez dopadu na sexuálnu túžbu	s obeťami a je nízke riziko sexuálneho násillia Exhibicionistická porucha bez rizika znásilnenia a/alebo zneužívania detí Pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 1.					zmenu formy na ambulantné

stredná	Kontrolovať parafrilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie so značným znížením sexuálnej aktivity a libida	Mierne riziko sexuálneho násilia (vývinová porucha intelektu, neurologické komorbidity napr. demencia) Žiadne fantázie a/alebo správanie zahrňujúce sexuálny sadizmus (ak áno – úroveň 4.) Nie je riziko závažných NÚL pre CPA (ak áno – úroveň 4.) Pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 2.	Psychoterapia + CPA	C/D (pre KBT) C	CPA 50-200mg per os/deň alebo 200-400mg i.m. / 7-14 dní	Ambulantné Ústavné	Ambulantné Ústavné - pri dobrej spolupráci je možné podať návrh na zmenu formy na ambulantné
vysoká	Kontrolovať parafrilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie s takmer úplným potlačením sexuálnej túžby a aktivít	Stredne vysoké až vysoké riziko sexuálneho násilia Závažné parafrilné poruchy Pedofilná porucha alebo fantázie a/alebo konanie zahrňujúce sexuálny sadizmus alebo fyzické násilie Nedodržiavanie liečebného režimu alebo absencia uspokojivých výsledkov na úrovni 3.	Psychoterapia + agonisti GnRH (+/- SSRI)	C/D (pre KBT) B/C	triptorelín 11,25 mg i.m./ 3 mesiace leuprorelín	Ústavné (aj nedobrovoľná hospitalizácia)	Ústavné
extrémna	Kontrolovať parafrilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie pri úplnom potlačení sexuálnej túžby a aktivít	Najzávažnejšie parafrilné poruchy (katastrofické prípady)	Psychoterapia + agonisti GnRH + CPA (+/- SSRI)	C/D (pre KBT) nie je pre kombináciu		Ústavné (aj nedobrovoľná hospitalizácia)	Detencia

Zdroj: spracované podľa odporúčaní WFSBP (Thibaut et al., 2020).

7 Hodnotenie rizika

Základným nástrojom pre hodnotenie rizika je klinický úsudok založený na vyhodnotení jednotlivých rizikových faktorov (vrátane použitia štandardizovaných nástrojov), vedomostiach a skúsenostiach s danou skupinou osôb. Hodnotením rizika získavame informácie o potrebe a charaktere liečby (z pohľadu terapeutických intervencií - vid' algoritmusliečebných opatrení – tabuľka 5, frekvencie stretnutí, miere direktivity, oblasti na ktoré sa treba primárne zamerať v terapii a pod.), o riziku recidívy (vrátane spáchania trestného činu) a zároveň slúži na overovanie výsledkov liečby.

Základom pri hodnotení rizika je posúdenie statických a dynamických rizikových faktorov. Statické sú nemenné rizikové faktory (spravidla sa vzťahujú k minulosti) a dávajú informáciu

o miere rizika recidívy problematickeho sexuálneho správania. Patrí sem napr. prítomnosť parafrilnej poruchy, anamnéza sexuálne motivovaného trestného činu/činov, pozitívna kriminálna anamnéza, pridružené psychické ochorenie, intelekt, anamnéza sexuálneho zneužitia v detstve a pod.

Dynamické rizikové faktory sú potenciálne premenlivé a ovplyvniteľné aspekty fungovania osoby vzťahujúce sa k trestnej činnosti. V rámci terapie sa s nimi dá pracovať. Delia sa na akútne a stabilné. Akútne dynamické rizikové faktory sú rýchlo sa meniace a vyplývajú z aktuálnej situácie osoby (napr. prostredie kde sa práve nachádza – prístup k potenciálnym obetiam, psychické rozpoloženie, prípadne zhoršenie psychického stavu –

napr. depresia, rizikosebapoškodenia, suicícia, abúzus návykových látok a pod.). Stabilné dynamické rizikové faktory predstavujú napríklad osobnostné charakteristiky, nedostatočné sociálne zručnosti, izolácia, postoje schvaľujúce trestný čin, negatívne postoje u určitých skupinách všeobecne (napr. deťom, ženám, mužom), impulzivita, zvládanie záťaže a stresu a pod. Akútne dynamické rizikové faktory sú ľahšie ovplyvniteľné terapiou v porovnaní so stabilnými. Najčastejšie používanými škálami na hodnotenie rizika sú Stable 2007 a Acute 2007 (Hanson & Kanada, 2007). Pre použitie v našich podmienkach je potrebné ich preložiť a validizovať na našu populáciu.

V českom štandardnom postupe (Zvěřina & Weiss, 2012) sú uvedené nasledovné kritériá preredivú podľa Zvěřinu (Zvěřina, 2003), pričom ak posudzovaná osoba vykazuje dve a viac spomínaných vlastností, je riziko recidív vysoké:

- prítomnosť sexuálnej deviácie,
- vek do 35 rokov (pedofilný deviant je však nebezpečný doživotne),
- chýbajúci alebo zle fungujúci partnerský vzťah,
- jeden alebo aj viac sexuálnych deliktov v anamnéze,
- mentálny defekt,
- psychopatická štruktúra osobnosti,
- závislosť na alkohole, abúzus.

Pre rozhodovanie o indikácii hormonálnej liečby podľa Odporučených postupov MZ ČR a WFSBP môže slúžiť škála Depo-Provera (Maletzky et al., 2006). Skóre 7 a viac môže podľa autorov byť indikáciou k hormonálnej supresii, avšak hlavným kritériom pre tento druh liečby zostáva klinické posúdenie. Jednotlivé položky škály Depo-Provera sú uvedené v tabuľke 6.

Tabuľka 6. Škála Depo-Provera na hodnotenie indikácie k hormonálnej supresii

Položka	Skóre
Viac ako 1 obeť	1
Viac ako 1 parafília	1
Preferencia deviantného správania	1
Deviantný sexuálny záujem (podľa PPG)	2
Nežije s obeťou	1
Použitie sily pri sexuálnom delikte	1
Obeť mužského pohlavia	2
Vek pod 30 rokov pri prepustení z výkonu trestu	1
Mozgová dysfunkcia	2
Predchádzajúca psychiatrická anamnéza	1
Sexuálny delikt počas ambulantnej liečby	1
Sexuálny delikt počas ústavnej liečby	1
Zlyhanie predchádzajúcej liečby	2

Zdroj: spracované podľa (Maletzky et al., 2006; Thibaut et al., 2020; Weiss, 2017)

8 Zabezpečenie a organizácia zdravotnej starostlivosti

Liečba pacienta s parafilnou poruchou bez anamnézy sexuálne motivovaného trestného činu prebieha spravidla ambulantnou formou. Z pohľadu prevencie sexuálne motivovanej kriminality je žiaduce, aby táto skupina pacientov bola čo najväčšia a k liečbe motivovaná. Nadosiahnutie tohto cieľa je potrebné systematicky pracovať na destigmatizácii jedincov parafilnými poruchami a osвете zameranej na odbornú a laickú verejnosť. Rovnako je potrebné vytvoriť sieť poskytovateľov s kompetenciami na poskytovanie zdravotnej starostlivosti tejto skupine populácie.

Súdom nariadené ochranné sexuologické liečenia ambulantnou formou by mali byť realizované v psychiatrických ambulanciách lekárom s príslušnými kompetenciami (psychiater-sexuológ, alebo psychiater s vzdelaním v poskytovaní intervencií súvisiacim s manažmentom parafílií osôb vo zvýšenom riziku

problematickeho sexuálneho správania. Súčasnú situáciu, v ktorej nie je dostatok poskytovateľov v príslušných kompetenciách možno považovať za prechodnú nie uspokojivú.

Sexuologické ochranné liečenie ústavnou formou ukladá súd v zmysle Trestného zákona popritre, pri upustení od potrestania alebo pri podmienenom upustení od potrestania alebo ak páchatel činu inak trestného nie je pre nepríčetnosť trestne zodpovedný a jeho pobyt na slobode je nebezpečný. Táto forma liečby by mala byť poskytovaná v rámci organizačných jednotiek so sexuologickým zameraním v ústavných psychiatrických zariadeniach. V súčasnosti je jediné špecializované sexuologické pracovisko s adekvátnym personálnym zabezpečením je oddelenie pre výkon ochranných liečení v Ústave pre výkon trestu odňatia slobody Košice – Šaca, kde je možné poskytovať starostlivosť len osobám odsúdeným na výkon trestu odňatia slobody. Je potrebné vytvoriť ústavné sexuologické oddelenia špecializované na liečbu jedincov s parafilnými poruchami s adekvátnym personálnym a materiálno-technickým zabezpečením.

Pre účelnú organizáciu forenznej sexuologickej starostlivosti je ideálnym vytvorenie sexuologických oddelení v rámci špecializovaných psychiatrických zariadení, fungujúcom na základe modelu terapeutickkej komunity, s dostupnou nielen farmakologickou liečbou, ale aj psychoterapeutickými intervenciami, psychosociálnou rehabilitáciou a pod. Takéto oddelenie môže využívať kapacity psychiatrického zariadenia potrebné napr. v prípade inej psychickej komorbidity či závislosti (napr. pre realizáciu kombinovaného ochranného psychiatrického, protialkoholického či protitoxikomanického liečenia). Koncentrácia vysoko špecializovaných personálnych kapacít v spojení s bezpečnostnými prvkami by okrem iného umožnila aj napr. výkon predbežného príkazu na umiestnenie obvineného do zdravotníckeho zariadenia (§ 85 ods. 7 Trestného poriadku) u páchatelov trestných činov spáchaných zo sexuálneho motívu s realizáciou súdno-znaleckej expertízy (i napr. ústavného pozorovania).

Základným predpokladom pre vytvorenie takéhoto modelu je dostupnosť lekárov so špecializáciou v odbore sexuológie (so zabezpečením ich zastupiteľnosti) a ďalších zdravotníckych pracovníkov s potrebnou praxou (najmä sestry so špecializáciou v odbore psychiatria, klinický psychológ, liečebný pedagóg a ďalší) v počtoch analogických požiadavkám pre odbor psychiatrie.

Pre zvýšenie úrovne bezpečnosti je potrebný výcvik a pravidelné obnovovanie kompetencií personálu vo verbálnych deeskalčných technikách a tiež v zvládaní agresívnych prejavov. Žiaducim prvkom je tiež angažovanie bezpečnostných zamestnancov s príslušným zaškolením pre prostredie zdravotníckeho zariadenia.

K nevyhnutnému špecifickému vybaveniu patrí prístrojové vybavenie na sexodiagnostiku – minimálne falopletyzmografia (vulvopletyzmografia).

Forezné sexuologické oddelenie je určené pre ľudí s históriou spáchania trestnej činnosti, vyžaduje si teda aspoň bazálne technické vybavenie:

- Zabezpečenie priestorov oddelenia proti jeho nedovolenému opusteniu
- Samostatné vychádzkové a rekreačné priestory
- Vizualne monitorovanie priestorov
- Ubytovacie kapacity v jedno a dvojposteľových izbách pre zníženie rizika nežiaducich interakcií

Ambulantná sexuologická starostlivosť o pacientov s parafilnými poruchami si vyžaduje nevyhnutné posilnenie kapacít so zabezpečením ich regionálnej dostupnosti. Vysoko žiaduci je aj rozvoj komunitnej starostlivosti s presahom služieb aj do sociálnej oblasti.

9 Prognóza

Väčšina parafilných porúch je chronická a pretrváva celoživotne. Samotná parafília nie je nelegálna, avšak správanie na podklade parafilných pohnútok môže viesť s sexuálnym priestupkom a trestným činom so závažnými následkami pre osobu samotnú a aj obeť. Vážnym problémom liečby parafilných porúch je recidíva. Väznenie síce môže zabrániť páchaniu ďalších činov, avšak nemení samotný parafilný záujem a preto má len obmedzený preventívny potenciál. Kľúčová je liečba a to nielen samotnej parafilnej poruchy, ale aj pridružených rizikových stavov (napr. nadužívanie návykových látok), kde výskumy opakovane dokazujú významný efekt liečby na recidívu delikvencie.

10 Ďalšie odporúčania

Vytvoriť špecializované pracovisko na realizáciu súdom nariadených ochranných sexuologických liečieb.

Vytvoriť Štandardné diagnostické a terapeutické postupy pre ďalšie skupiny pacientov s parafilnými poruchami (adolescenti, ženy).

Vytvoriť Štandardný diagnostický a terapeutický postup pre realizáciu a vyhodnocovanie výsledkov PPG.

Vytvoriť Štandardný diagnostický a terapeutický postup pre realizáciu pre realizáciu a indikáciu bilaterálnej orchiektómie.

Vhodné preložiť a validizovať na našu populáciu vhodnú škálu hodnotenia rizika (napr. Stable 2007 a Acute 2007).

Potrebné je zrušiť indikačné obmedzenia pre hormonálne lieky pre osoby s diagnózou parafilných porúch alebo získať skupinovú výnimku na preskripciu mimo indikačného obmedzenia a pravidelne ju obnovovať (interval každých 6 mesiacov).

Vytvoriť a podporovať preventívne programy zamerané nielen na všetkých zdravotníckych pracovníkov ale aj na všeobecnú populáciu.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť dňa ...

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po dvoch rokoch.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe 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.

11 Literatúra

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Altman, Z., (2016) Test apercpece ruky (TAR), 1. české vydání, Hogrefe – Testcentrum, Praha 2016.
- Bártová, K., Androvičová, R., Krejčová, L., Weiss, P., & Klapilová, K. (2021). The Prevalence of Paraphilic Interests in the Czech Population: Preference, Arousal, the Use of Pornography, Fantasy, and Behavior. *The Journal of Sex Research*, 58(1), 86–96. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1707468>
- Blanchard, R., Klassen, P., Dickey, R., Kuban, M. E., & Blak, T. (2001). Sensitivity and specificity of the phallometric test for pedophilia in nonadmitting sex offenders. *Psychological Assessment*, 13(1), 118–126. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.1.118>
- Boland, R. J., & Verduin, M. L. (Ed.). (2021). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (Eleventh edition). Wolters Kluwer.
- Briken, P., Fedoroff, J. P., & Bradford, J. W. (2014). Why Can't Pedophilic Disorder Remit? *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1237–1239. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0323-1>
- Butcher, J.N., Graham J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G., Kaemmer, B. (2004). MMPI®-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2 SK, Autori slovenskej verzie: Máthé, R., Štefániková, J., 1. slovenské vydanie, Hogrefe – Testcentrum, Praha 2018.
- Castellini, G., Rellini, A. H., Appignanesi, C., Pinucci, I., Fattorini, M., Grano, E., Fisher, A.D., Cassioli, E., Lelli, L., Maggi, M., & Ricca, V. (2018). Deviance or Normalcy? The Relationship Among Paraphilic Thoughts and Behaviors, Hypersexuality, and Psychopathology in a Sample of University Students. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(9), 1322–1335. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.07.015>
- Dunsieth, N. W., Nelson, E. B., Brusman-Lovins, L. A., Holcomb, J. L., Beckman, D., Welge, J. A., Roby, D., Taylor, P., Soutullo, C. A., & McElroy, S. L. (2004). Psychiatric and Legal Features of 113 Men Convicted of Sexual Offenses. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(3), 293–300. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0302>

Engel, J., Veit, M., Sinke, C., Heitland, I., Kneer, J., Hillemacher, T., Hartmann, U., & Kruger, T. H. C. (2019). Same Same but Different: A Clinical Characterization of Men with Hypersexual Disorder in the Sex@Brain Study. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2), 157. <https://doi.org/10.3390/jcm8020157>

Fedoroff, J. P. (2018). More Puzzles: A Response to Seto's (2017) "The Puzzle of Male Chronophilia". *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2171–2173. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1242-3>

Fletcher, R. J., National Association of the Dually Diagnosed, & American Psychiatric Association (Ed.). (2016). *DM-ID 2: Diagnostic manual - intellectual disability; a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability* (Second Edition, 2016). NADD Press.

Floyd, A. E., & Gupta, V. (2024). Minnesota Multiphasic Personality Inventory. V *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557525/>

Giacomuzzi, S. (Ed.). (2014). *Forensisch-psychologische Begutachtung in der Praxis* (1. Aufl). Krammer.

Gordon, H., & Grubin, D. (2004). Psychiatric aspects of the assessment and treatment of sex offenders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(1), 73–80. <https://doi.org/10.1192/apt.10.1.73>

Grassi, J. R. (1992). *Grassiho test organicity*. Psychodiagnostika, Bratislava.

Hall, R. C. W., & Hall, R. C. W. (2007). A Profile of Pedophilia: Definition, Characteristics of Offenders, Recidivism, Treatment Outcomes, and Forensic Issues. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(4), 457–471. <https://doi.org/10.4065/82.4.457>

Hanson, R. K. & Kanada (Ed.). (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project*. Public Safety Canada.

International Association for the Treatment of Sexual offenders (IATSO). (2024). Standards of Care for the Treatment of Adult Sex Offenders of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO). [online]. [cit. 2024-10-23]. Dostupné na: <https://www.iatso.org/phocadownload/standards%20of%20care.pdf>

International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021 <https://icd.who.int/browse11>. Licensed under Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO licence (CC BY-ND 3.0 IGO).

Kafka, M. (2012). Axis I psychiatric disorders, paraphilic sexual offending and implications for pharmacological treatment. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 49(4), 255–261.

Kafka, M. P. (1997). A monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 343–358.

Kafka, M. P. (2003). The monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders: An update. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 86–94; discussion 144–153.

Kafka, M. P., & Hennen, J. (2002). A DSM-IV Axis I Comorbidity Study of Males (n = 120) With Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders. *Sexual Abuse*, 14(4), 349–366. <https://doi.org/10.1177/107906320201400405>

Kafka, M. P., & Prentky, R. A. (1998). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Males With Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders: A Comorbidity Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(7), 388–396. <https://doi.org/10.4088/JCP.v59n0709>

Kandeel, F. R. (Ed.). (2007). *Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment* (Ovyd.). CRC Press. <https://doi.org/10.3109/9781420015089>

Kolarsky, A., & Brichcin, S. (2000). Nezávislá sexodiagnostika / Independent sexodiagnostics. *Psychiatrie*, 4, 97–111.

Kolářský, A. (2008). *Jak porozumět sexuálním deviacím*. Galén.

Kováč, P. (2009). *Mlčanlivosť zdravotníckych pracovníkov a jej prelomenie*. 10(1), 159–163.

Kožený, J., & Ganický, P. (1976). *Dotazník interpersonální diagnózy* In: *Psychodiagnostická didaktická testy*. Bratislava.

Maletzky, B. M., Tolan, A., & McFarland, B. (2006). The Oregon depo-Provera Program: A Five-Year Follow-Up. *Sexual Abuse*, 18(3), 303–316. <https://doi.org/10.1177/107906320601800308>

Marsh, P. J., Odlaug, B. L., Thomarios, N., Davis, A. A., Buchanan, S. N., Meyer, C. S., & Grant, J. E. (2010). Paraphilias in adult psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 22(2), 129–134.

Marshall, W. (2006). Clinical and Research Limitations in the Use of Phallometric Testing with Sexual Offenders. *Sexual Offender Treatment*, 23.

Marshall, W. L. (Ed.). (2006). *Sexual offender treatment: Controversial issues*. J. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470713457>

- Marshall, W. L. (2014). Phallometric Assessments of Sexual Interests: An Update. *Current Psychiatry Reports*, 16(1), 428. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0428-6>
- Murphy, L., Ranger, R., Paul Fedoroff, J., Stewart, H., Gregg Dwyer, R., & Burke, W. (2015). Standardization of Penile Plethysmography Testing in Assessment of Problematic Sexual Interests. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(9), 1853–1861. <https://doi.org/10.1111/jsm.12979>
- Pečeňák, J., & Kořínková, V. (2016). *Psychofarmakológia*. Wolters Kluwer.
- Piotrowski, Z. A. (2013). *Perceptanalysis* (0 vyd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771266>
- Smith, A. D., & Taylor, P. J. (1999). Serious sex offending against women by men with schizophrenia: Relationship of illness and psychotic symptoms to offending. *British Journal of Psychiatry*, 174(3), 233–237. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.3.233>
- SPC Androcur 50mg tablety [online]. [cit. 2024-10-03]. Dostupné na: https://www.sukl.sk/hlavna-stranka/slovenska-verzia/pomocne-stranky/detail-lieku?page_id=386&lie_id=03783
- SPC Salvacyl (2007). Hauté Autorité de Santé (HAS). [online]. [cit. 2024-11-03]. Dostupná na: Salvacyl 2009. Dostupné na: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-05/salvacyl_-_ct-6221.pdf
- Svoboda M. (ed.), Humpolíček P., Šnorek V. (2022). *Psychodiagnostika dospelých*, Praha: Portál; 488s. ISBN 978-80-262-1919-4
- Szondi, L. (1972). *Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. 1: Text-Band* (L. Szondi, Ed.; 3., erw. Aufl). Huber.
- Taylor, W. D., & Lee, C. M. (2015). Human Figure Drawings. V R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Ed.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (1st vyd., s. 1–6). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp141>
- Thibaut, F., Cosyns, P., Fedoroff, J. P., Briken, P., Goethals, K., Bradford, J. M. W., & The WFSBP Task Force on Paraphilias. (2020). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 21(6), 412–490. <https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1744723>
- Weiner, I. B. (2001). Advancing the science of psychological assessment: The Rorschach Inkblot Method as exemplar. *Psychological Assessment*, 13(4), 423–432. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.423>
- Weiss, P. (2017). *Poruchy sexuální preference* (Prvé vydanie). Galén.
- World Health Organization. (Ed.). (2009). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Reprinted). World Health Organization.
- Wilson, R. J., Abracen, J., Looman, J., Picheca, J. E., & Ferguson, M. (2011). Pedophilia: An Evaluation of Diagnostic and Risk Prediction Methods. *Sexual Abuse*, 23(2), 260–274. <https://doi.org/10.1177/1079063210384277>
- Zvěřina, J. (2003). *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Akademické nakladatelství CERM.
- ZVĚŘINA, J., WEISS, P. (2012) Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů. [online]. [cit. 2024-11-03]. Dostupné na: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/12999/28544/Doporu%C4%8Den%C3%A9_postupy_v_terapii_parafiln%C3%ADch_sexu%C3%A1ln%C3%ADch_delikvent%C5%AF.pdf
- Žourková, A. (2002). MĚŘENÍ PORUCH SEXUÁLNÍCH FUNKCÍ PŘI LÉČBĚ PSYCHOFARMAKY. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 50–53.

2. Minimálny štandard pre študijný program sústavného vzdelávania -

Intervencie súvisiace s manažmentom parafilných porúch a osôb vo zvýšenom riziku problematického sexuálneho správania

**INTERVENCIE SÚVISIACE S MANAŽMENTOM PARAFILNÝCH PORÚCH A OSÔB VOZVÝŠENOM RIZIKU
PROBLEMATICKÉHO SEXUÁLNEHO SPRÁVANIA**

a) Charakteristika študijného programu

Študijný program poskytne zdravotníckym pracovníkom potrebné vedomosti a zručnosti pre prácu s osobami s atypickými sexuálnymi preferenciami (parafilné poruchy) a problematickým sexuálnym správaním. Program obsahuje teoretickú a praktickú (tréningovú) časť. Cieľom študijného programu je poskytnúť účastníkom vedomosti a kompetencie nevyhnutné pre prvý kontakt a následnú terapeutickú prácu s cieľovou skupinou osôb s atypickými sexuálnymi preferenciami a problematickým sexuálnym správaním.

b) Cieľ študijného programu

Absolvent študijného programu má základné vedomosti o parafilných poruchách a problematickom sexuálnom správaní a súvisiacich oblastiach. Má zručnosti pre priamy kontakt s osobami z cieľovej skupiny osôb s parafilnými poruchami, pozná štruktúru diagnostického rozhovoru a vie vykonať základné hodnotenie rizika. Pozná rôzne metódy a techniky terapeutической práce s pacientom a dokáže ich vybrať na mieru osobe na základe dohodnutých terapeutických cieľov. Má tiež znalosti v oblasti súvisiacej psychoedukácie, najmä v oblasti legislatívy a zásad oznamovania možného protiprávneho správania zo strany osoby.

c) Určenie cieľovej skupiny študijného programu

Zdravotnícki pracovníci: lekár, sestra, psychológ, liečebný pedagóg.

d) Celkový rozsah študijného programu

Dĺžka študijného programu je najmenej 20 hodín venovaných rozširovaniu teoretických vedomostí, 32 hodín venovaných rozvoju praktických zručností.

e) Obsah a rozsah teoretických vedomostí a praktických zručností Položka 1

Teoretické vedomosti študijného programu Intervencie súvisiace s manažmentom parafilných porúch a osôb vo zvýšenom riziku problematického sexuálneho správania trvajú najmenej 20 hodín a zahŕňajú:

1. Teórie parafilných porúch- definícia, etiológia, epidemiológia, stigmatizácia, psychologické a sociálne (2 hodiny)
2. Špecifiká jednotlivých typov parafilných porúch podľa platného klasifikačného systému (2 hodiny)
3. Systém starostlivosti o osoby s parafilnými poruchami v podmienkach Slovenskej republiky, legislatívne špecifiká, oznamovacia povinnosť (2 hodiny)
4. Prvý kontakt s pacientom a bazálny skrining (2 hodiny)
5. Diagnostika parafilných porúch (diagnostické príručky, štruktúra diagnostického rozhovoru, testové metódy, kazuistiky) (2 hodiny)
6. Posúdenie rizík a vypracovanie terapeutického plánu (2 hodiny)
7. Cesta klienta v rámci systému starostlivosti (motivačný rozhovor, poradenstvo/psychoedukácia, psychoterapia), ciele jednotlivých intervencií a životopis klienta (2 hodiny)

8. Základné terapeutické metódy a techniky (behaviorálna a kognitívna analýza, Good lifes model, bezpečnostný plán, práca s empatiou, impulzivitou, sexuálnymi fantáziami a sexuálnym vzrušením, posilnenie zvládacích stratégií, kognitívna distorzia a kognície podporujúce trestný čin a pod.) (2 hodiny)

9. Farmakoterapia (2 hodiny): aktuálne odporúčané postupy podľa hodnotenia rizikovosti pacienta

10. Ďalšie intervenčné metódy, sieť súvisiacich služieb (internetové/e-mailové poradenstvo; telefonická, chatová a osobná krízová intervencia; platformy svojpomoci) (2 hodiny)

Položka 2

Praktické zručnosti študijného programu Intervencie súvisiace s manažmentom parafilných porúch a osôb vo zvýšenom riziku problematického sexuálneho správania trvajú najmenej 32 hodín. Prebiehajú formou praktických nácvikov, ukázkami kazuistík, metódou hrania rolí so supervíziou a následnou reflexiou a spracovaním zážitkov a zahŕňajú:

1. Diagnostický a motivačný rozhovor (6 hodiny)

2. Risk-assessment, identifikácia a analýza rizikových faktorov (6 hodín)

3. Dissexuálne správanie – behaviorální analýza a tvorba rizikového plánu (4 hodiny)

4. Psychoedukácia (zvládanie stresu a coping, informovaný súhlas v prípade detí dospelých, legislatíva) (2 hodiny)

5. Ďalšie metódy a techniky intervencií (8 hodín)

6. Prípadové analýzy a vypracovanie terapeutického plánu (6 hodín)

Vzdelávanie končí testom teoretických vedomostí a prezentáciou vedenia kazuistického prípadu vrátane vypracovania kompletného diagnostického rozhovoru, zhodnotenia rizík (risk- assesment) a vytvorenia individuálneho terapeutického plánu.

f) Materiálno-technické zabezpečenie študijného programu

- prezentačná a dokumentačná technika (didaktická technika), najmä počítač, projektor, flipchart.

3. Analýza a návrh riešenia možností efektívneho výkonu ochranného liečenia sexuologického

Názov:

**System výkonu ochranných sexuologických liečení -súčasný stav a perspektívy
(analýza)**

Autori:

**MUDr. Barbora Vašečková, PhD. MUDr. Marek Zelman
PhDr. Robert Máthé, PhD. Mgr. Jana Štefániková, PhD.
MUDr. Danica Caisová-Škultétyová JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD. et. PhD.**

Odborná pracovná skupina:

Pracovná skupina pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť
problematickej sexuality

Úvod

Na základe uznesenia č. 15/2023 Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie (ďalej len „výbor“) zo dňa 27. októbra 2023 bola s účinnosťou od 1. februára 2024 do 31. decembra 2024 zriadená „Pracovná skupina pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality“ (ďalej len „pracovná skupina“) za účelom plnenia Memoranda o spolupráci medzi MZ SR a Slovenskou psychiatrickou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti, Stratégie prevencie kriminality na roky 2023 – 2030 a Národnej koncepcie ochrany detí v digitálnom priestore a nadväzujúcich akčných plánov.

Aktuálne v podmienkach Slovenskej republiky absentuje zdravotníckej zariadenie špecializované na výkon ochranného liečenia sexuologického. Špecializované nemocnice spravidla odmietajú vykonávať súdom nariadené ochranné liečenia sexuologické s odkazom na absenciu plne kvalifikovaného zdravotníckeho personálu a nedostatočné materiálno-technické zabezpečenie na jeho realizáciu.

Cieľom pracovnej skupiny bolo okrem iného analyzovať možnosti efektívneho výkonu ochranného liečenia sexuologického.

1. Aktuálny stav

Pri nemožnosti získať špecializáciu v rámci prirodzenej generačnej obmeny počty sexuológov kriticky klesali a boli doplnené iba niekoľkými jednotlivcami, ktorí túto špecializáciu získali v zahraničí. Deficit personálnych kapacít nevyhnutne viedol k situácii, pri ktorej v mnohých regiónoch nie sú satureované potreby pre zabezpečenia adekvátnej zdravotnej starostlivosti v tomto odbore.

V praxi je sexuologická zdravotná starostlivosť v civilných zdravotníckych zariadeniach poskytovaná lekármi s adekvátnymi kompetenciami iba ambulantne. Významná časť súdmi uložených ochranných sexuologických liečení ambulantnou formou je realizovaná v bežných psychiatrických ambulanciách bez dostupnosti špecializovaných psychoterapeutických intervencií.

Na rozdiel od Českej republiky v slovenských ústavných psychiatrických zariadeniach neboli vytvárané organizačné jednotky so sexuologickým zameraním. Jediné špecializované sexuologické pracovisko s adekvátnym personálnym zabezpečením je oddelenie pre výkon ochranných liečení v Ústave pre výkon trestu odňatia slobody Košice – Šaca, kde je z pochopiteľných dôvodov možné poskytovať starostlivosť len osobám odsúdeným na výkon trestu odňatia slobody.

V „civilných“ ústavných zdravotníckych zariadeniach žiadne z nich nemá vydané povolenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v odbore sexuológia. Takéto povolenie nemajú vydané ani tie, ktoré úOLSsex (ochranné liečenie sexuologické ústavnou formou) v súčasnosti realizujú. Rovnako žiadne z ústavných zdravotníckych zariadení momentálne nemá v pracovnom pomere lekára so špecializáciou v odbore sexuológia.

Absencia sexuológov neumožňuje ústavným zdravotníckym zariadeniam realizovať úOLSsex s využitím adekvátnych liečebných metód (napr. špecifické na deviaciu zamerané terapie, terapeutická komunita) a spočíva obvykle iba vo farmakoterapeutických postupoch. Nenapĺňa teda kruciálnu podmienku poskytovania kvalitnej zdravotnej starostlivosti podľa najmodernejších poznatkov.

Podľa autorom dostupných informácií žiadne z ústavných zdravotníckych zariadení nedisponuje ani základným materiálno – technickým vybavením na diagnostiku sexuálnych deviací – falopletyzmografom, resp. vulvopletyzmografom.

Z hľadiska vnútornej organizácie ide o liečbu jednotkových počtov pacientov parafilnými poruchami (teda z hľadiska terapie a prístupu vysoko špecifických pacientov) navšeobecne zameraných psychiatrických oddeleniach. Tento prístup vedie nevyhnutne k rizikám pre spolupacientov z hľadiska ľudsko – právneho, morálneho, etického a tiež až k potenciálnym trestno - právnym konsekvenciám.

2. Ochranné sexuologické liečenia

Sexuologické ochranné liečenie ústavnou formou (ďalej len "úOLSex") ukladá súd v zmysle Trestného zákona popri treste, pri upustení od potrestania alebo pri podmienenom upustení od potrestania alebo ak páchatel činu inak trestného nie je pre nepríčetnosť trestne zodpovedný a jeho pobyt na slobode je nebezpečný.

Podľa Štatistických ročeniek MS SR boli súdmi ročne uložené nasledovné počty úOLSex.

Tabuľka: Prehľad o počte uložených ochranných opatrení:

Rok	2023	2022	2021	2020	2019
úOLSex	21	18	22	22	27

Podľa rovnakého zdroja neboli z dôvodu nedostatku kapacít realizované nasledovné počty sexuologických liečení – prehľad však nerozlišuje ambulantné a ústavné formy.

Tabuľka: Prehľad o počte nerealizovaných ochranných liečení:

Rok	2023	2022	2021	2020	2019
úOLSex	37	30	38	34	31

V ústavných psychiatrických zariadeniach v pôsobnosti MZ SR sa realizuje len časť úOLSex nakoľko mnohí páchatelia trestnej činnosti zo sexuálneho motívu bývajú odsúdení na trest odňatia slobody a do „civilných“ psychiatrických zariadení sa teda dostávajú často s viacročným odstupom až po vykonaní trestu.

V ústavných psychiatrických zariadeniach boli realizované nasledovné počty liečení (cenzus realizovaný MZ SR v roku 2023, cenzus realizovaný PN Hronovce – 2020, 2010 – ibasexuologické, nie kombinované):

Tabuľka: Počty realizovaných úOLSex v civilných zariadeniach

Zariadenie	2023	2020	2010
PN Hronovce	3	2	0
PN Kremnica	8	1	1
PN Michalovce	1	0	0
PN PP Pezinok	7	4	3
PL Plešivec	5	4	1
PO Prešov	2	3	-
PL Sučany	6	3	0
PN Veľké Zálužie	2	0	0
Spolu:	34	17	5

3. Model starostlivosti

Jednotkové počty realizovaných úOLSex v niekoľkých psychiatrických zariadeniach neumožňujú účelnú organizáciu forenznej sexuologickej starostlivosti. Pre adekvátne poskytovanie sexuologickej forenznej starostlivosti je ideálnym vytvorením sexuologických oddelení v rámci špecializovaných

psychiatrických zariadení. Takýto model funguje dlhoročnenapríklad v Českej republike. Jeho výhodami je najmä sústredenie ľudí so špecifickými potrebami v rámci terapie do liečebných jednotiek pracujúcich na princípe terapeutickkej komunity. Takéto oddelenie môže využívať kapacity psychiatrického zariadenia potrebnénapríklad v prípade inej psychickej komorbidity či závislosti (napr. pre realizáciu kombinovaného ochranného psychiatrického, protialkoholického či protitoxikomanického liečenia).

Odhadované potrebné kapacity pre SR (aj so zohľadnením nerealizovaných úOLSsex) sú približne 30 až 40 lôžok. Jednak existuje predpoklad, že pri poskytovaní adekvátnejsexuologickej starostlivosti bude môcť časť pacientov prejsť po absolvovaní liečebného programu prejsť relatívne rýchlejšie do ambulantnej formy liečenia, a tiež podľa novelyTrestného zákona (zákon č. 40/2024 Z. z.) môže byť páchatel' trestného činu spáchaného zo sexuálneho motívu, ktorý vykonáva ochranné liečenie v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak ochranné liečenie nedosiahlo svoj účel a v budúcnosti hrozí opakovanie spáchaného činu alebo obdobného činu, umiestnený do detencie čím pravdepodobne dôjde k redukcii potrebnej kapacity.

Koncentrácia vysoko špecializovaných personálnych kapacít v spojení s bezpečnostnými prvkami by okrem iného umožnila aj napríklad výkon predbežného príkazu naumiestnenie obvineného do zdravotníckeho zariadenia (§ 85 ods. 7 Trestného poriadku) u páchatel'ov trestných činov spáchaných zo sexuálneho motívu s realizáciou znaleckej expertízy(i napr. ústavného pozorovania) znalcami zapísanými v zozname znalcov, tlmočníkov a prekladatel'ov vedenom Ministerstvom spravodlivosti Slovenskej republiky podľa zákona č. 382/2004 Z. z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladatel'och a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Základným predpokladom pre vytvorenie takéhoto modelu je dostupnosť lekárov so špecializáciou v odbore sexuológia (so zabezpečením ich zastupiteľnosti) a ďalších zdravotníckych pracovníkov s potrebnou praxou (najmä sestry so špecializáciou v odbore psychiatria, klinický psychológ, liečebný pedagóg a ďalší) v počtoch analogických k požiadavkám personálneho zabezpečenia ústavných zdravotníckych zariadení pre odbor psychiatria.

Pre zvýšenie úrovne bezpečnosti je potrebný výcvik a pravidelné obnovovanie kompetencií personálu vo verbálnych deeskalačných technikách a tiež v zvládaní agresívnych prejavov. Žiaducim prvkom je tiež angažovanie bezpečnostných zamestnancov s príslušným zaškolením pre prostredie zdravotníckeho zariadenia.

K nevyhnutnému špecifickému vybaveniu patrí prístrojové vybavenie na sexodiagnostiku – minimálne falopletyzmografia (resp. vulvopletyzmografia).

Forezné sexuologické oddelenie je určené pre ľudí s históriou spáchania trestnejčinnosti, vyžaduje si teda aspoň bazálne materiáľno-technické vybavenie:

- zabezpečenie priestorov oddelenia proti jeho nedovolenému opusteniu,
- samostatné vychádzkové a rekreačné priestory,
- vizuálne monitorovanie priestorov,
- ubytovacie kapacity v jedno a dvojposteľových izbách pre zníženie rizika nežiaducich interakcií.

Ambulantná sexuologická starostlivosť o pacientov s parafilnými poruchami si vyžaduje nevyhnutné posilnenie kapacít so zabezpečením ich regionálnej dostupnosti. Vysokožiaduci je aj rozvoj komunitnej starostlivosti s presahom služieb aj do sociálnej oblasti.

4. Kompetencie zdravotníckych pracovníkov

Na Slovensku nebolo lekárske vzdelávanie v špecializačnom odbore sexuológia viac ako desaťročné možné. Nádej vzbudzuje obnovenie možnosti špecializačného štúdiá v špecializačnom odbore sexuológia od roku 2021 na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave s predpokladaným absolvovaním prvých nových frekventantov v školskom roku 2024/2025.

Na základe náplne špecializačného štúdia nielen v odbore sexuológia je možné formulovať kompetencie jednotlivých zdravotníckych profesií. Z hľadiska parafilných porúch je možné ako jednoznačnú identifikovať potrebu indikovania a realizácie hormonálnej terapie výlučne lekárom – sexuológom.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore sexuológia - sexuologické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie vrátane hormonálnej terapie a indikovania orchiektómie, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu. V rámci forenznej starostlivosti manažment rizík, poskytovanie lekárskeho správ pre forenzne účely, rozhodovanie o podaní návrhu na zmenu formy, prepustenie alebo ukončenie ochranného liečenia alebo detencie.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu v prípade existujúci komorbidných psychických porúch, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie psychofarmakoterapie, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu. V rámci súčasnej forenznej psychiatrickej starostlivosti manažment rizík, poskytovanie lekárskeho správ pre forenzne účely, rozhodovanie o podaní návrhu na zmenu formy, prepustenie alebo ukončenie ochranného liečenia alebo detencie.

Klinický psychológ - psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia - realizácia psychodiagnostiky a psychoterapie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - zdravotnícky pracovník s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia - realizácia psychoterapie.

5. Záver

Pre adekvátne poskytovanie sexuologickej forenznej starostlivosti je ideálnym vytvorením sexuologických oddelení v rámci špecializovaných psychiatrických zariadení. Odhadované potrebné kapacity pre podmienky Slovenskej republiky (aj so zohľadnením nerealizovaných úOLSsex) sú približne 30 až 40 lôžok.

Je potrebné vytvoriť podmienky pre zabezpečenie dostupnosti lekárov so špecializáciou v špecializačnom odbore sexuológia a ďalších zdravotníckych pracovníkov s potrebnou praxou počtom analogických k požiadavkám personálneho zabezpečenia ústavných zdravotníckych zariadení pre odbor psychiatria.

Pre zvýšenie úrovne bezpečnosti je potrebný výcvik a pravidelné obnovovanie kompetencií personálu v deeskalačných technikách a tiež v zvládaní agresívnych prejavov. Žiaducim prvkom je tiež angažovanie bezpečnostných zamestnancov s príslušným zaškolením pre prostredie zdravotníckeho zariadenia.

III. Návrh uznesenia



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

NÁVRH

UZNESENIA RADY VLÁDY SLOVENSKEJ REPUBLIKY PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

č.

z 12. decembra 2024

k Štandardnému postupu pre diagnostiku a komplexný manažment zdravotnej starostlivosti parafilných porúch u dospelých mužov, Minimálnemu štandardu pre študijný program sústavného vzdelávania, Intervenciám súvisiacim s manažmentom parafilných porúch a osôb vo zvýšenom riziku problematického sexuálneho správania a Analýze a návrhu riešenia možností efektívneho výkonu ochranného liečenia sexuologického

Číslo materiálu:

Predkladateľ: Mgr. Barbora Maliarová, PhD., predsedníčka Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie

Rada

A. berie na vedomie

A. 1. Štandardný postup pre diagnostiku a komplexný manažment zdravotnej starostlivosti parafilných porúch u dospelých mužov, Minimálny štandard pre študijný program sústavného vzdelávania, Intervencie súvisiace s manažmentom parafilných porúch a osôb vo zvýšenom riziku problematického sexuálneho správania a Analýzu a návrh riešenia možností efektívneho výkonu ochranného liečenia sexuologického



MATERIÁL
NA ZASADNUTIE RADY
č. S27462-2024-S-RVDZ-010

Názov	Návrh na prerokovanie a schválenie uznesenia k Návrhu na zaradenie a podrobný obsah medicínskeho programu klinickej psychologickkej do vyhlášky MZ SR č. 531/2023 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a Návrhu personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia zdravotníckych zariadení ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore klinická psychológia do výnosu MZ SR č. 44/2008 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení
Predkladateľ	Mgr. Barbora Maliarová, PhD. predsedníčka Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie
Schválil	Kamil Šaško, MSc. predseda rady
Dátum predloženia	28. novembra 2024
Dátum prerokovania	12. decembra 2024
Na rokovanie sa odporúča prizvať	-

I. Odôvodnenie predloženia materiálu

Na základe uznesenia č. 18/2024 Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie (ďalej len „VKSDZ“) zo dňa 9. februára 2024 bola s účinnosťou od 01. 03. 2024 do 31. 12. 2024 zriadená Pracovná skupina pre zdravotnú starostlivosť v odbore klinická psychológia (ďalej len „pracovná skupina“), ktorá sa má zaoberať dostupnosťou a kvalitou klinicko-psychologickej starostlivosti, za účelom plnenia strategických cieľov Národného programu duševného zdravia a Komponentu 12 Plánu obnovy a odolnosti.

Cieľom pracovnej skupiny je

- pripraviť návrhy legislatívnych zmien pre poskytovanie klinicko-psychologickej starostlivosti s orientáciou na prierezovo koordinovanú, integratívnu a na seba naväzujúcu odbornú starostlivosť o zdravie s dôrazom na aspekty psychického zdravia,
- zdefinovať a odborne usmerniť podmienky fungovania multidisciplinárneho tímu (materiálno-technické vybavenie, personálne zabezpečenie, medicínsky program a medicínske služby v oblasti KP) v zdravotníckych zariadeniach ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ambulancia klinickej psychológie, klinicko-psychologický stacionár, oddelenie klinickej psychológie) a
- vypracovať medicínsky program klinickej psychológie pre účely stratifikácie zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Rade vlády SR pre duševné zdravie (ďalej len „RVDZ“) sa predkladá správa o doterajších a plánových výstupoch pracovnej skupiny pre zdravotnú starostlivosť v odbore klinická psychológia.

II. Vlastný materiál s predkladacou správou

A. Predkladacia správa

RVDZ predkladá prostredníctvom predsedníčky VKSDZ na VIII. riadne zasadnutie RVDZ informáciu o výstupoch pracovnej skupiny pre zdravotnú starostlivosť v odbore klinická psychológia zriadenej na základe uznesenia č. 18/2024 výboru zo dňa 9. februára 2024 bola s účinnosťou od 01. 03. 2024 do 31. 12. 2024.

Cieľom predkladaného materiálu je informovať o výstupoch pracovnej skupiny.

Účelom je zhodnotiť výstupy pracovnej skupiny.

B. Vlastný materiál

Informácia o výstupoch pracovnej skupiny pre zdravotnú starostlivosť v odbore klinická psychológia zriadenej na základe uznesenia č. 18/2024 výboru zo dňa 9. februára 2024 bola s účinnosťou od 01. 03. 2024 do 31. 12. 2024:

Pracovná skupina pre klinickú psychológiu vypracovala a doručila

1. návrh na zaradenie a podrobný obsah medicínskeho programu klinickej psychologickkej do vyhlášky MZ SR č. 531/2023 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti (Tabuľka č. 1),
2. návrh personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia zdravotníckych zariadení ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore klinická psychológia do výnosu MZ SR č. 44/2008 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. Návrh sa týka zdravotníckych zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorými sú ambulancia, klinickej psychológie, klinicko-psychologický stacionár pre dospelých, klinicko-psychologický stacionár pre deti predškolského veku, klinicko-psychologický stacionár pre deti a dorast, spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky v odbore klinická psychológia a zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorých sa zriaďuje oddelenie klinickej psychológie (Príloha č. 1).

Pracovná skupina aktuálne pracuje na dopracovaní návrhu odborného usmernenia pre vykonávanie klinického psychodiagnostického hodnotenia a vedenie zdravotnej dokumentácie v špecializačnom odbore klinická psychológia.

Tabuľka č. 1 Medicínsky program klinickej psychológie

Návrh medicínskej služby	Úroveň medicínskej služby					Povinnosť medicínskej služby				
	Dospelí	Deti do 1r	Deti 1-6r	Deti 7-15r	Deti 16-18r	V.	IV.	III.	II.	I.
Vysokošpecializovaná komplexná klinicko-psychologická starostlivosť o pacientov so špecifickými potrebami (ďalej len „VKPS“) v programe rehabilitačnej a doliečovacej starostlivosti	V					P	D	D	N	N
VKPS psychoonkologická pre pacientov so špecifickými potrebami	IV					P	P	D	N	N
VKPS v programe pediatrickej hematológie a onkológie		IV	IV	IV	IV	P	P	D	D	
VKPS v kardiologickom programe a v programe intervenčnej kardiológie	IV					P	P			
VKPS v programe pediatrickej kardiológie			IV	IV	IV	P	P	D	N	
VKPS v programe pre orgánové transplantácie	IV					P	P			
VKPS v programe pre orgánové transplantácie pre deti		IV	IV	IV	IV	P	P			
VKPS v programe paliatívnej medicíny	IV					P	P			
VKPS v programe paliatívnej medicíny pre deti		IV	IV	IV	IV	P	P			
VKPS v programe detskej psychiatrie		IV	IV	IV	IV	P	P	P		
VKPS v neurochirurgickom programe	IV					P	P			
VKPS v pediatrickom neurochirurgickom programe		IV	IV	IV	IV	P	P			
VKPS v traumatologickom programe pre deti		IV	IV	IV	IV	P	P	D	D	
VKPS v neurologickom programe	IV					P	P	D	D	
VKPS v pediatrickom neurologickom programe			IV	IV	IV	P	P	D	D	D
VKPS pre pacientov s rodovým nesúladom	IV				IV	P	P			
VKPS v programe pneumológie a ftizeológie	IV					P	P			
VKPS v popaleninovom programe	III					P	P	D		
VKPS v prípade špecifických chirurgických výkonov	III.		III.	III.	III.	P	P	P		
VKPS v programe intenzívnej starostlivosti v neonatológii		III				D	D	D	N	
VKPS v programe gynekologickom	III.					P	P	P	D	D
VKPS v programe psychiatrie	III					P	P	P		
Špecializované psychodiagnostické vyšetrenie pacientov s neurovývinovými poruchami, poruchami vývinu a so zdravotným postihnutím		III	III	III	III	P	P	P	D	N
Vedenie podporného tímu	III	III	III	III	III	P	P	D	N	N
Psychologická intervencia v indikácii rodovo-podmieneného a iného násilia	III					P	P	P		
Bazálna stimulácia pacienta v kóme	III					D	D	D	N	N
VKPS v pôrodnickom programe	II					P	P	P	P	N

Psychoprofylaktická príprava na pôrod, psychologická autonómneho nervového systému pri pôrode	II					P	P	P	P	D
Vyšetrenie reaktivity na stresovú záťaž a ovplyvnenie dynamiky ANS pomocou spätnej väzby	II					P	P	P	P	D
Krízová intervencia	I		I	I	I	P	P	P	P	P
Psychosomatická intervencia	I		I	I	I	P	P	P	P	P
Diagnostické a terapeutické postupy s nižšou mierou intenzity terapeutického kontaktu	I					P	P	P	P	P
Relaxačné postupy a sugestívne postupy	I		I	I	I	P	P	P	P	P
Špecifické postupy (napr. arteterapia, ergoterapia, terapia hrou)	I		I	I	I	D	D	D	D	D
Psychologický manažment pacienta so špecifickými potrebami pri vyšetrovacích a terapeutických medicínskych postupoch	I	I	I	I	I	P	P	P	D	D
Akútna/následná/plánová konziliárna klinicko-psychologická starostlivosť	I	I	I	I	I	P	P	P	P	P
Psychologická intervencia na podporu psychickej stability, motivácie, adherencie a kompliance pacienta	I		I	I	I	P	P	P	P	P
Krátkodobá podporná bazálna psychoterapia (individuálna, skupinová, rodinná)	I		I	I	I	P	P	P	P	P
Klinicko-psychologické vyšetrenie	I	I	I	I	I	P	P	P	P	P
Psychoedukácia pacienta a príbuzných	I		I	I	I	P	P	P	P	P
Podporné vedenie a emočná podpora sprevádzajúcej osoby a rodiny pacienta, filiálna terapia	I	I	I	I	I	P	P	P	P	P
Psychologická intervencia pri chorobných stavoch s podielom psychosomatickej zložky	I		I	I	I	P	P	P	P	P
Podpora efektívnych komunikačných a behaviorálnych stratégií u zdravotníckych pracovníkov	I					P	P	P	P	P
Individuálna a skupinová podpora resiliencie, prevencia vyhorenia a sekundárnej viktimizácie u zdravotníckych pracovníkov	I					P	P	P	P	P
Podpora lekárskeho tímu pri oznamovaní závažných informácií pacientovi a príbuzným a pri tvorbe liečebného alebo paliatívneho plánu	I					P	P	P	P	P
Podporná intervencia u ošetrojúcich zdravotníckych pracovníkov v priebehu alebo po skončení krízovej situácie	I					P	P	P	P	P
Manažment adaptívnych spôsobilostí pacienta (manažment stresu, bolesti, emocionálnej regulácie, komunikačných a zvládacích stratégií)	I		I	I	I	P	P	P	P	P
Tréning a obnova psychických funkcií, tréning stratégií na kompenzáciu neuropsychických deficitov, rozvojové programy emocionálnej a sociálnej zrelosti	I		I	I	I	P	P	P	P	P
Včasná intervencia, Psychologické intervencie/ programy na rozvoj čiastkových funkcií	I	I				P	P	N	N	N
Aktivácia a podpora funkčných a väzbových schopností u dlhodobo chorých pacientov	I		I	I	I	P	P	P	P	P
Cielené psychofyziologické intervencie pomocou metód biologickej spätnej väzby	I		I	I	I	D	D	D	D	D

Príloha č. 1

(Návrh)

OPATRENIE

**Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorým sa mení a dopĺňa výnos
Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008
č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno -
technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení
neskorších predpisov**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 8 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov ustanovuje:

Čl. I

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení (oznámenie č. 410/2008 Z. z.) v znení výnosu z 10. decembra 2008 č. 25118/2008-OL (oznámenie č. 576/2008 Z. z.), výnosu z 10. augusta 2009 č. 16480/2009-OL (oznámenie č. 335/2009 Z. z.), výnosu zo 6. apríla 2011 č. 00707-OL-2011 (oznámenie č. 124/2011 Z. z.), výnosu zo 7. decembra 2011 č. 11943-OL-2011 (oznámenie č. 464/2011 Z. z.), výnosu zo 14. decembra 2012 č. 09780-OL-2012 (oznámenie č. 419/2012 Z. z.), výnosu z 2. mája 2014 č. 02395-OL-2014 (oznámenie č. 125/2014 Z. z.), výnosu z 9. decembra 2014 č. 09993-OL-2014 (oznámenie č. 348/2014 Z. z.), opatrenia z 2. decembra 2016 č. S08241-OL-2016 (oznámenie č. 335/2016 Z. z.), opatrenia zo 16. januára 2018 č. 02055-2017-OL (oznámenie č. 23/2018 Z. z.), opatrenia zo 7. júla 2021 č. 13660-2021-OL (oznámenie č. 295/2021 Z. z.), opatrenia zo 16. februára 2022 č. 12433-2022-OL (oznámenie č. 57/2022 Z. z.), opatrenia z 12. augusta 2022 č. S17597-2022-OL (oznámenie č. 290/2022 Z. z.) a opatrenia zo 16. januára 2023 č. S08743-2023-OL (oznámenie č. 31/2023 Z. z.), sa mení a dopĺňa takto:

- 1.** V prílohe č. 1 oddiele 1 I. časti písmene N v odseku 2 písm. b) bod 1 znie: „1. relaxačná pohovka alebo relaxačné kreslo a konferenčný stolík a dve kreslá,“.
- 2.** V prílohe č. 1 oddiele 1 I. časti písmene N v odseku 2 písm. b) bod 4 znie: „4. počítač s príslušenstvom pre psychológa a počítač s príslušenstvom pre pacienta“.
- 3.** V prílohe č. 1 oddiele 1 I. časti písmene N v odseku 2 písm. b) sa vypúšťa bod 13.
- 4.** V prílohe č. 1 oddiele 1 I. časti písmene N v odseku 2 písm. b) bod 18 znie: „18. psychodiagnostické metódy,“.
- 5.** V prílohe č. 1 oddiele 1 I. časti písmene N v odseku 2 písm. b) sa za bod 18 vkladá „Ak ide o pracoviská so zameraním na deti, základné vecné vybavenie a prístrojové vybavenie ambulancie klinického psychológa tvoria aj prebaľovací stôl, pomôcky a didaktické hračky na vyšetrenie a stimuláciu psychomotorického vývinu dieťaťa, psychodiagnostické metódy vhodné pre deti a bezpodnetová miestnosť s rozmermi najmenej 8 m².“

6. V prílohe č. 1 oddiele 3 ods. 1 sa za písmeno l) vkladajú písmená m), n) a o) v znení: „m) klinicko-psychologický stacionár pre deti predškolského veku, n) klinicko-psychologický stacionár pre deti a dorast, o) klinicko-psychologický stacionár pre dospelých“.

7. V prílohe č. 1 oddiele 3 III. časti písm. I znie:

„Klinicko-psychologický stacionár pre deti predškolského veku

1. Personálne zabezpečenie tvoria

1.1

a) psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia (ďalej len „klinický psychológ“) s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia.....1,

b) psychológ 1,

c) lekár, psychológ, fyzioterapeut, liečebný pedagóg so špecializáciou v špecializačnom odbore liečebná pedagogika, klinický logopéd, nutričný terapeut alebo sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii 1.

Personálne zabezpečenie tvoria aj zdravotnícki pracovníci alebo iní odborní pracovníci vykonávajúci alebo zabezpečujúci zdravotné výkony súvisiace so službou integrácie prierezovej starostlivosti

a) odborník na výkon sociálnej práce alebo špecializovaného sociálneho poradenstva podľa osobitného predpisu^{13aa)} 1,

b) špeciálny pedagóg 1.

Personálne zabezpečenie okrem toho môžu tvoriť aj iní odborní pracovníci alebo administratívni pracovníci s minimálne bakalárskym vzdelaním v odbore liečebná pedagogika, logopédia, psychológia, špeciálna pedagogika alebo ošetrovateľstvo.

Počas ordinačných hodín musia byť prítomní najmenej traja zdravotnícki pracovníci alebo odborní pracovníci, z toho minimálne dvaja zdravotnícki pracovníci.

Klinicko-psychologický stacionár pre deti predškolského veku spolupracuje s

a) poskytovateľom detskej psychiatrickej starostlivosti, ktorý pre pacientov zabezpečuje konziliárnu detskú psychiatrickú zdravotnú starostlivosť,

b) poskytovateľom služby včasnej intervencie,

c) centrom poradenstva a prevencie alebo špecializovaným centrom poradenstva a prevencie.

1.2 Minimálny úväzok klinického psychológa s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v pracovnoprávnom vzťahu je 1,0.

2. Materiálno-technické vybavenie tvoria

a) základné funkčné priestory klinicko-psychologického stacionára pre deti predškolského veku, ktoré sú uvedené v oddiele 3 v bode 2 až 4, vhodne upravené pre deti, a jedna spoločná pracovná miestnosť pre odborný personál; funkčné priestory určené na vykonávanie liečebných výkonov sa ďalej delia na

1. priestor pre skupinové aktivity s rozlohou najmenej 25 m²,

2. priestor pre fyzickú aktivitu,
 3. priestor pre individuálnu terapiu (v počte minimálne 3, z toho jedna bezpodnetová miestnosť),
 4. priestor pre pracovnú terapiu alebo art terapie,
 5. priestor pre relaxačné aktivity; ak je to možné, odporúča sa miestnosť snoezelen,
 6. tichý priestor pre oddych a individuálnu relaxáciu s rozlohou najmenej 6 m².
- b) základné vecné a prístrojové vybavenie klinicko-psychologického stacionára pre deti a dorast, ktoré tvoria
1. základné vecné vybavenie ambulancie klinickej psychológie ustanovené v tomto výnose podľa odborného zamerania svojej činnosti,
 2. 10 relaxačných podložiek s prikrývkami; ak je to možné záťažovými,
 3. 10 stoličiek pre deti,
 4. vybavenie relaxačnej miestnosti a terapeutické zariadenia a pomôcky podľa zamerania odbornej činnosti.

Klinicko-psychologický stacionár pre deti predškolského veku a klinicko-psychologický stacionár pre deti a dorast môžu v odôvodnených prípadoch využívať spoločné materiálo-technické vybavenie, ak to nebráni zabezpečeniu oddelenej starostlivosti o pacientov klinicko-psychologického stacionára pre deti predškolského veku a pacientov klinicko-psychologického stacionára pre deti a dorast.“

8. V prílohe č. 1 oddiele 3 III časti písm. J znie:

„Klinicko-psychologický stacionár pre deti a dorast“

1. Personálne zabezpečenie tvoria
 - 1.1
 - a) psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia (ďalej len „klinický psychológ“) s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia 1,
 - b) psychológ 1,
 - c) lekár, psychológ, fyzioterapeut, liečebný pedagóg so špecializáciou v špecializačnom odbore liečebná pedagogika, klinický logopéd, nutričný terapeut alebo sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii 1.

Personálne zabezpečenie tvoria aj zdravotnícki pracovníci alebo iní odborní pracovníci vykonávajúci alebo zabezpečujúci zdravotné výkony súvisiace so službou integrácie prierezovej starostlivosti

- a) odborník na výkon sociálnej práce alebo špecializovaného sociálneho poradenstva podľa osobitného predpisu^{13aa)} 1,
- b) špeciálny pedagóg 1.

Personálne zabezpečenie okrem toho môžu tvoriť aj iní odborní pracovníci alebo administratívni pracovníci s minimálne bakalárskym vzdelaním v odbore liečebná pedagogika, logopédia, psychológia, špeciálna pedagogika alebo ošetrovateľstvo.

Počas ordinačných hodín musia byť prítomní najmenej traja zdravotnícki pracovníci alebo odborní pracovníci, z toho minimálne dvaja zdravotnícki pracovníci.

Klinicko-psychologický stacionár pre deti predškolského veku spolupracuje s:

- a) poskytovateľom detskej psychiatrickej starostlivosti, ktorý pre pacientov zabezpečuje konziliárnu detskú psychiatrickú zdravotnú starostlivosť,
- b) centrom poradenstva a prevencie alebo špecializovaným centrom poradenstva a prevencie a
- c) poskytovateľmi sociálnych služieb, ak to zdravotný stav pacientov vyžaduje.

1.2 Minimálny úväzok klinického psychológa v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v pracovnoprávnom alebo obdobnom vzťahu je 1.

2. Materiálno-technické vybavenie tvoria

a) základné funkčné priestory klinicko-psychologického stacionára pre deti a dospelých, ktoré sú uvedené v oddiele 3 v bode 2 až 4, vhodne upravené pre deti a dospelých, a jedna spoločná pracovná miestnosť pre odborný personál; funkčné priestory určené na vykonávanie liečebných výkonov sa ďalej delia na

1. priestor pre skupinové aktivity s rozlohou najmenej 30 m²,
2. priestor pre fyzickú aktivitu,
3. priestor pre individuálnu terapiu (v počte minimálne 3, z toho jedna bezpodnetová miestnosť),
4. priestor pre pracovnú terapiu alebo art terapiu,
5. priestor pre nácvik relaxácie; ak je to možné, odporúča sa aj miestnosť snoezelen,
6. tichý priestor pre oddych a individuálnu relaxáciu s rozlohou najmenej 8 m²,

b) základné vecné a prístrojové vybavenie klinicko-psychologického stacionára pre deti a dospelých, ktoré tvoria

1. základné vecné vybavenie ambulancie klinickej psychológie ustanovené v tomto výnose podľa odborného zamerania svojej činnosti,
2. 10 relaxačných podložiek s prikrývkami; ak je to možné záťažovými,
3. 10 stoličiek pre deti,
4. vybavenie relaxačnej miestnosti a terapeutické zariadenia a pomôcky podľa zamerania odbornej činnosti.

Klinicko-psychologický stacionár pre deti predškolského veku a klinicko-psychologický stacionár pre deti a dospelých môžu v odôvodnených prípadoch využívať spoločné materiálno-technické vybavenie, ak to nebráni zabezpečeniu oddelenej starostlivosti o pacientov klinicko-psychologického stacionára pre deti predškolského veku a pacientov klinicko-psychologického stacionára pre deti a dospelých.“

9. V prílohe č. 1 oddiele 3 III. časti písm. K znie:

„**Klinicko-psychologický stacionár** pre dospelých

1. Personálne zabezpečenie tvoria

1.1

a) psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia (ďalej len klinický psychológ“) s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia. 1,

b) psychológ 1,

c) lekár, psychológ, fyzioterapeut, liečebný pedagóg so špecializáciou v špecializačnom odbore liečebná pedagogika, klinický logopéd, nutričný terapeut alebo

sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľstvo v psychiatrii 1.

Počas ordinačných hodín musia byť v klinicko-psychologickom stacionári prítomní najmenej dvaja zdravotnícki pracovníci, z toho jeden psychológ.

Ak sa vykonávajú liečebné psychoterapeutické výkony so zmenenými stavmi vedomia, personálne zabezpečenie tvorí klinický psychológ s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia s minimálnym rozsahom praxe v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia 5 rokov; ak sa tieto liečebné výkony vykonávajú skupinovú formou, personálne zabezpečenie tvoria dvaja klinickí psychológovia alebo psychiatri s certifikátom v

certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia, z toho jeden s minimálnym rozsahom praxe v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia 5 rokov.

1.2 Minimálny úväzok klinického psychológa s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v pracovnoprávnom alebo obdobnom vzťahu je 1,0.

Okrem požiadaviek na personálne zabezpečenie podľa prvého bodu v klinicko-psychologickom stacionári pre dospelých vykonávajúcim aj liečebné výkony:

I. komunitnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých,

personálne zabezpečenie tvoria aj zdravotnícki pracovníci alebo iní odborní pracovníci vykonávajúci alebo zabezpečujúci zdravotné výkony súvisiace so službou integrácie prierezovej starostlivosti

- a) odborník na výkon sociálnej práce alebo špecializovaného sociálneho poradenstva podľa osobitného predpisu^{13aa)} 1,
- b) zdravotnícky pracovník alebo administratívny pracovník s minimálne bakalárskym vzdelaním v odbore liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika, andragogika, logopédia, psychológia, ošetrovateľstvo alebo sociálna práca 1.

Klinicko-psychologický stacionár pre dospelých vykonávajúci aj liečebné výkony komunitnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých spolupracuje s poskytovateľom psychiatrickej starostlivosti, ktorý pre pacientov zabezpečuje konziliárnu psychiatrickú zdravotnú starostlivosť.

II. psychoterapie asistovanej psychofarmakologickou liečbou alebo klinicko-psychologickými intervenciami v kombinácii s nekonvulzívnou psychiatrickou biologickou liečbou,

personálne zabezpečenie tvoria

- a) klinický psychológ alebo psychiater s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia a praxou v certifikačnej pracovnej činnosti psychoterapia v minimálnom rozsahu 5 rokov 1,
- b) lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria 1,
- c) sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii 1.

Počas liečebného výkonu psychoterapie asistovanej psychofarmakologickou liečbou farmakologickú liečbu podáva lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria,

ktorý musí byť na pracovisku prítomný počas celého liečebného výkonu; ak ide o psychiatra v psychiatrickej ambulancii nachádzajúcej sa na rovnakom mieste ako klinicko-psychologický stacionár, môže byť dostupný do 10 minút, ak je prítomná sestra podľa písm. c).

2. Materiálno-technické vybavenie tvoria

a) základné funkčné priestory klinicko-psychologického stacionára pre dospelých, ktoré sú uvedené v oddiele 3 v bode 2 až 4; funkčné priestory určené na vykonávanie liečebných výkonov sa ďalej delia na

1. priestor pre pracovnú terapiu a art terapie,
2. priestor pre fyzickú aktivitu,
3. priestor pre individuálnu terapiu,
4. priestor pre skupinové aktivity s rozlohou najmenej 30 m²,
5. priestor pre nácvik relaxácie,
6. tichá miestnosť pre oddych a relaxáciu s rozlohou najmenej 8 m²,

b) základné vecné a prístrojové vybavenie, ktoré tvoria

1. základné vecné vybavenie ambulancie klinickej psychológie ustanovené v tomto výnose podľa odborného zamerania svojej činnosti,
2. 10 relaxačných podložiek s prikrývkami; ak je to možné záťažovými,
3. 10 konferenčných stoličiek,
4. vybavenie relaxačnej miestnosti a terapeutické zariadenia a pomôcky podľa zamerania odbornej činnosti.“

10. V prílohe č. 1 oddiele 4 odseku 1 sa za písm. n) pridáva písm. o), ktoré znie: „o) zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odbore klinická psychológia „Centrum klinickej psychológie a podpory psychického zdravia“.

11. V prílohe č. 1 oddiele 4 IV. časti sa za písmeno M. pridáva písmeno N., ktoré znie:

„N. CENTRUM KLINICKEJ PSYCHOLÓGIE A PODPORY PSYCHICKÉHO ZDRAVIA

1. Personálne zabezpečenie tvoria

- a) psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia (ďalej len „klinický psychológ“) poskytujúci psychodiagnostické a liečebné výkony pre dospelých.....1,
- b) klinický psychológ poskytujúci psychodiagnostické a liečebné výkony pre deti.....1,
- c) psychológ 2,
- d) liečebný pedagóg so špecializáciou v špecializačnom odbore liečebná pedagogika, klinický logopéd, fyzioterapeut alebo sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii 1.

Personálne zabezpečenie môžu tvoriť aj iní odborní pracovníci zabezpečujúci zdravotné výkony súvisiace so službou integrácie prierezovej starostlivosti

- a) odborník na výkon sociálnej práce alebo špecializovaného sociálneho poradenstva podľa osobitného predpisu^{13aa)},
- b) špeciálny pedagóg a
- c) administratívny pracovník s minimálne bakalárskym vzdelaním v odbore liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika, logopédia, psychológia, ošetrovateľstvo alebo andragogika.

Centrum klinickej psychológie a podpory psychického zdravia spolupracuje s:

- a) poskytovateľom detskej psychiatrickej starostlivosti, ktorý pre pacientov zabezpečuje konziliárnu detskú psychiatrickú zdravotnú starostlivosť,
- b) poskytovateľom psychiatrickej starostlivosti, ktorý pre pacientov zabezpečuje konziliárnu psychiatrickú zdravotnú starostlivosť,
- c) poskytovateľom služby včasnej intervencie,
- d) centrom poradenstva a prevencie alebo špecializovaným centrom poradenstva a prevencie a
- e) poskytovateľmi sociálnych služieb, ak to zdravotný stav pacienta vyžaduje.

2. Materiálno - technické vybavenie tvoria

- a) základné funkčné priestory centra klinickej psychológie a podpory psychického zdravia, ktoré sú uvedené v oddiele 4 v bode 2 okrem písmen a), b) a c),
- b) ďalšie priestorové vybavenie centra klinickej psychológie a podpory psychického zdravia, ktoré tvoria

1. 3 ambulancie s minimálnym priestorovým vybavením podľa odborného zamerania svojej činnosti, ktoré sú ustanovené v tomto výnose, z toho minimálne dve v špecializačnom odbore klinická psychológia,

2. miestnosť s audiovizuálnou technikou pre skupinové aktivity s minimálnou rozlohou 25m²,

3. bezpodnetová miestnosť s minimálnou rozlohou 8 m²,

4. spoločná pracovná miestnosť pre zdravotníckych pracovníkov a odborných pracovníkov,

c) základné vecné vybavenie centra klinickej psychológie a podpory psychického zdravia, ktoré tvoria

1. základné vecné vybavenie ambulancie ustanovené v tomto výnose podľa odborného zamerania svojej činnosti, z toho jedna určená pre deti,

2. vyšetrovacie ležadlo s výškou najmenej 60 cm,

3. umývadlo,

4. relaxačná pohovka alebo relaxačné kreslo,

5. konferenčný stolík a dve kreslá,

6. písacie stoly so stoličkou pre každého zdravotníckeho pracovníka a odborného pracovníka,

7. dva počítače s príslušenstvom,

8. telefón,

9. vešiak,

10. nástenný teplomer,

11. nádoba na odpad so šliapadlom,

12. poháriky na vodu na jednorazové použitie,

13. uzamykateľná skriňa,

14. kartotečná uzamykateľná skriňa,

15. skrinka na pomôcky,

16. dezinfekčné prostriedky,

17. nábytok na vybavenie čakárne - najmenej tri stoličky,

18. prístrojové vybavenie na objektívne meranie psychických a psychofyziologických funkcií,

19. prístrojové vybavenie na rehabilitáciu kognitívnych funkcií.

Ambulancie nachádzajúce sa na spoločnom mieste môžu vzájomne v primeranej miere zdieľať vecné vybavenie.

12. V prílohe č. 2 sa za štvrtú časť vkladá piata časť, ktorá znie:

„PIATA ČASŤ

MINIMÁLNE POŽIADAVKY NA PERSONÁLNE ZABEZPEČENIE A MATERIÁLNO-TECHNICKÉ VYBAVENIE SPOLOČNÝCH VYŠETROVACÍCH A LIEČEBNÝCH ZLOŽIEK V ODBORE KLINICKEJ PSYCHOLÓGIE

ODDELENIE KLINICKEJ PSYCHOLÓGIE A PODPORY PSYCHICKÉHO ZDRAVIA

SPOLOČNÉ USTANOVENIA

1. Poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti poskytujúci ucelený klinicko-psychologický medicínsky program v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odbore klinická psychológia spĺňa minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie podľa odseku 1 a minimálne požiadavky na materiálno-technické vybavenie podľa odseku 2.
2. Ak sa oddelenie klinickej psychológie a podpory psychického zdravia člení na úseky vysokošpecializovanej zdravotnej starostlivosti v odbore klinická psychológia, poskytovateľ spĺňa aj minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a minimálne požiadavky na materiálno-technické vybavenie pre zriaďovaný úsek.
3. Úseky oddelenia klinickej psychológie a podpory psychického zdravia môžu vzájomne v primeranom rozsahu zdieľať psychodiagnostické metódy a prístrojové vybavenie, ak sa nachádzajú na rovnakom mieste. Pracovné miestnosti a vyšetrovne nachádzajúce sa na inom mieste, spravidla na inom špecializovanom lôžkovom oddelení, majú primerané vecné a prístrojové vybavenie určené pre tie odborné činnosti, ktoré na danom mieste vykonávajú.

1. Minimálne personálne zabezpečenie tvoria
 - a) psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia (ďalej len „klinický psychológ“)²,
 - b) psychológ 2,
 - c) liečebný pedagóg so špecializáciou v špecializačnom odbore liečebná pedagogika, klinický logopéd, fyzioterapeut alebo sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii 1.

Personálne zabezpečenie môžu tvoriť aj iní odborní pracovníci zabezpečujúci zdravotné výkony súvisiace so službou integrácie prierezovej starostlivosti a duchovnú starostlivosť

- a) odborník na výkon sociálnej práce alebo špecializovaného sociálneho poradenstva podľa osobitného predpisu^{13aa)},
- b) špeciálny pedagóg,
- c) odborník vykonávajúci duchovnú službu s minimálne bakalárskym vzdelaním v odbore teológia a certifikátom v akreditovanom študijnom programe sústavného vzdelávania v oblasti duchovnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach, alebo
- d) administratívny pracovník s minimálne bakalárskym vzdelaním v odbore liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika, logopédia, psychológia, ošetrovateľstvo alebo

andragogika.

2. Minimálne materiálne - technické vybavenie tvoria

a) základné funkčné priestory oddelenia klinickej psychológie a podpory psychického zdravia, ktoré tvoria

1. 3 vyšetrovne pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií s rozmermi najmenej 12 m²,
2. spoločná pracovná miestnosť s rozmermi najmenej 15 m²,
3. miestnosť pre výkon skupinových aktivít s rozmermi najmenej 25 m²,
4. toalety pre pacientov - osobitne pre mužov a ženy,
5. čakáreň pre pacientov,
6. denná miestnosť pre personál so šatňou,
7. toalety pre personál,

b) základné vecné vybavenie oddelenia klinickej psychológie, ktoré tvoria

1. základné vecné vybavenie vyšetrovní, ktoré tvoria

- i) relaxačná pohovka alebo relaxačné kreslo,
- ii) konferenčný stolík a dve kreslá,
- iii) umývadlo,
- iv) písací stôl a stolička,
- v) počítač s príslušenstvom pre psychológa a počítač s príslušenstvom prepacienta,
- vi) telefón,
- vii) stolička pre pacienta,
- viii) vešiak,
 - (i) nástenný teplomer,
 - (ii) nádoba na odpad so šliapadlom,
 - (iii) poháre na vodu na jednorazové použitie,
 - (iv) uzamykateľná skriňa na zdravotnícke pomôcky
 - (v) kartotečná uzamykateľná skriňa,
 - (vi) skrinka na nástroje a pomôcky,
 - (vii) dezinfekčné prostriedky,
 - (viii) prikrývka; ak je to možné, záťažová,

2. psychodiagnostické metódy určené na multimetódové zhodnotenie osobnosti, psychopatológie, úrovne kognitívnych funkcií a inteligencie, najmä

- i) jednodimenzionálne testy inteligencie a aspoň jeden komplexný test inteligencie,
- ii) testy kognitívnych funkcií pre posudzovanie vizuálno-priestorového vnímania, psychomotorickej koordinácie, pozornosti, pamäti, verbálnych funkcií a exekutívnych funkcií,
- iii) neuropsychologická testová batéria,
- iv) štrukturované klinické psychodiagnostické rozhovory,
- v) štandardizované dotazníky pre hodnotenie osobnosti, rôznych oblastí psychopatológie, emočného prežívania, sociálneho fungovania a dosiahnutých úspechov,
- vi) projektívne a performačné osobnostné testy a
- vii) klinické posudzovacie škály;

ak ústavné zariadenie nie je určené len pre dospelých, základné vecné vybavenie oddelenia

klinickej psychológie tvoria aj vývinové škály, testy inteligencie, základnú testovú batériu na zhodnotenie neurovývinových porúch a iné psychodiagnostické metódy určené pre deti,

c) základné vecné vybavenie miestnosti pre skupinové aktivity oddelenia klinickej psychológie

1. 10 konferenčných stoličiek so sklápaceľným pultom na písanie,
2. 10 relaxačných podložiek s prikrývkami,
3. záťažová prikrývka,
4. umývadlo,
5. písacie pomôcky a papier,
6. poháre na vodu na jednorazové použitie,
7. príručný odkladací priestor na oblečenie,
8. dezinfekčné prostriedky
9. terapeutické pomôcky podľa zamerania intervencie.

Ambulantný úsek oddelenia klinickej psychológie (ak sa zriaďuje)

1. Personálne zabezpečenie tvoria

- a) klinický psychológ poskytujúci zdravotnú starostlivosť dospelým pacientom 1,
- b) klinický psychológ poskytujúci zdravotnú starostlivosť deťom a dospelým pacientom. 1,
- c) klinický psychológ alebo psychológ v špecializačnej príprave v odbore klinická psychológia...2,
- d) liečebný pedagóg so špecializáciou v špecializačnom odbore liečebná pedagogika, klinický logopéd, fyzioterapeut alebo sestra 1.

Minimálne jeden klinický psychológ má certifikát v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia.

Personálne zabezpečenie môže tvoriť aj odborný pracovník špeciálny pedagóg.

2. Minimálne materiálne - technické vybavenie ambulantného úseku oddelenia klinickej psychológie tvoria

- a) základné funkčné priestory určené pre individuálne psychodiagnostické a liečebné výkony,
 1. čakáreň pre pacientov,
 2. toalety pre pacientov - osobitne pre mužov a ženy,
 3. toalety pre personál,
 5. 2 klinicko-psychologické ambulancie s minimálnym priestorovým vybavením podľa odborného zamerania svojej činnosti, ktoré sú ustanovené v tomto výnose, z toho jedna určená pre deti,
 4. miestnosť pre výkon skupinových aktivít s rozmermi najmenej 15m², ak sa vykonávajú,
 5. bezpodnetová miestnosť s rozlohou minimálne 8m²,
- b) základné vecné vybavenie ambulancií podľa odborného zamerania svojej činnosti, ktoré je ustanovené v tomto výnose.

Úsek klinickej psychofyziológie oddelenia klinickej psychológie (ak sa zriaďuje)

- 1) Personálne zabezpečenie tvoria
 - a) Klinický psychológ alebo psychológ zaradený do špecializačnej prípravy v špecializačnom odbore klinická psychológia 1,
 - b) sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovatelstvo v psychiatrii 1.

- 2) Minimálne materiálne - technické vybavenie tvoria
 - a) základné priestorové vybavenie, ktoré tvorí vyšetrovňa s rozmermi najmenej 15 m²,
 - b) základné vecné vybavenie vyšetrovne pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií a
 1. kardiorespiračný biofeedback,
 2. EEG biofeedback,
 3. biofeedback kožného odporu,
 4. EMG biofeedback,
 5. prístrojové systémy na objektívne meranie a tréning kognitívnych funkcií.

Úsek psychoonkológie (ak sa zriaďuje)

- 3) Personálne zabezpečenie tvoria
 - a) Klinický psychológ alebo psychológ zaradený do špecializačnej prípravy v špecializačnom odbore klinická psychológia 1.

- 4) Minimálne materiálne - technické vybavenie tvoria
 - a) základné priestorové vybavenie, ktoré tvorí vyšetrovňa pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií s rozmermi najmenej 12 m²,
 - b) základné vecné vybavenie vyšetrovne pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií a
 1. základné psychodiagnostické metódy pre meranie kognitívnych funkcií, inteligencie, osobnosti a psychopatológie,
 2. prístrojové vybavenie na objektívne meranie a rehabilitáciu kognitívnych funkcií.

Úsek neuropsychológie (ak sa zriaďuje)

- 1) Personálne zabezpečenie tvoria
 - klinický psychológ alebo psychológ v špecializačnej príprave v odbore klinická psychológia 1,
 - psychológ v špecializačnej príprave v odbore klinická psychológia alebo klinický logopéd. 1.

- 2) Minimálne materiálne - technické vybavenie tvoria
 - a) základné priestorové vybavenie, ktoré tvorí vyšetrovňa pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií s rozmermi najmenej 12 m²,
 - b) základné vecné vybavenie vyšetrovne pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií a

1. špecializované neuropsychologické metódy alebo batérie a
2. prístrojové vybavenie na objektívne meranie a rehabilitáciu kognitívnych funkcií.

Psychologicko-transplantačný úsek (ak sa zriaďuje)

- 1) Personálne zabezpečenie tvorí klinický psychológ alebo psychológ v špecializačnej príprave v odbore klinická psychológia.....2.
- 2) Minimálne materiálne - technické vybavenie tvorí
 - a) základné priestorové vybavenie, ktoré tvoria
 - (1) vyšetovňa pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií rozmermi najmenej 12 m²,
 - (2) miestnosť pre výkon skupinovej psychoedukácie a prípravy na transplantačný a post-transplantačný proces s rozmermi najmenej 25m²,
 - b) základné vecné vybavenie vyšetovne pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií.

Psychologicko-internistický úsek (ak sa zriaďuje)

- 1) Personálne zabezpečenie tvorí klinický psychológ alebo psychológ v špecializačnej príprave v odbore klinická psychológia1.
- 2) Minimálne materiálne - technické vybavenie tvoria
 - a) základné priestorové vybavenie, ktoré tvorí vyšetovňa pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií s rozmermi najmenej 12 m²,
 - b) základné vecné vybavenie vyšetovne pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií a kardiorespiračný biofeedback.

Psychologicko-gynekologicko-urologický úsek (ak sa zriaďuje)

- 1) Personálne zabezpečenie tvorí klinický psychológ alebo psychológ v špecializačnej príprave v odbore klinická psychológia1.
- 2) Minimálne materiálne - technické vybavenie tvoria
 - a) základné priestorové vybavenie, ktoré tvorí vyšetovňa pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií s rozmermi najmenej 15 m² a
 - b) základné vecné vybavenie vyšetovne pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií.

Úsek detskej klinickej psychológie (ak sa zriaďuje)

1. Personálne zabezpečenie tvoria
 - a) klinický psychológ alebo psychológ v špecializačnej príprave v odbore klinická psychológia 1,
 - b) liečebný pedagóg so špecializáciou v špecializačnom odbore liečebná pedagogika, klinický logopéd, fyzioterapeut alebo so špecializáciou v špecializačnom odbore

ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii 1.

2. Minimálne materiálne - technické vybavenie tvoria

a) základné priestorové vybavenie, ktoré tvoria

1. vyšetrovňa pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií s rozlohou najmenej 15 m²,

2. bezpodnetová miestnosť s rozlohou najmenej 8 m².

b) základné vecné vybavenie vyšetrovne pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií prispôsobené pre deti a dospelých a

1. záťažová prikrývka,

2. sandplay s príslušenstvom,

3. herný priestor zriadený v rámci pracovne,

4. hračky pre deti rôznych vekových kategórií,

5. psychodiagnostické metódy určené pre deti,

6. batéria psychodiagnostických testov pre neurovývinové poruchy,

c) základné vecné vybavenie miestnosti snoezelen pediatricko-psychologického úseku (ak sa zriaďuje)

1. vodná vibračná hudobná posteľ,

2. hudobný polohovací vak,

3. bublinkový valec,

4. strieborná zvonkohra,

5. space projektor,

6. kotúč pre space projektor, zrkadlová guľa,

7. reflektor k zrkadlovej guľi,

8. svetelný záves z optických vlákien,

9. rohová konzola,

10. aromadifuzér,

11. CD nosič,

12. hviezdna sieť,

13. hmatové disky,

14. kreslo na hojanie,

15. tamburína.

Úsek klinickej psychológie v psychiatrickej starostlivosti (ak sa zriaďuje)

1. Personálne zabezpečenie tvorí jeden klinický psychológ alebo psychológ v špecializačnej príprave v odbore klinická psychológia na 12 lôžok.

2. Minimálne materiálne - technické vybavenie tvoria

a) základné priestorové vybavenie, ktoré tvoria najmenej dve vyšetrovne pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií s rozmermi najmenej 12 m²,

b) základné vecné vybavenie vyšetrovní pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií a psychodiagnostické metódy určené pre komplexné multimetódové psychodiagnostické hodnotenie a diferenciálnu diagnostiku psychických porúch.

Úsek organizačnej a pracovnej psychológie (ak sa zriaďuje)

1. Personálne zabezpečenie tvorí
 - a) psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore organizačná a pracovná psychológia.¹
2. Minimálne materiálne - technické vybavenie tvoria
 - a) základné priestorové vybavenie, ktoré tvorí vyšetrovňa pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych psychologických intervencií s rozmermi najmenej 15 m² a
 - b) základné vecné vybavenie vyšetrovne pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych psychologických intervencií.

Úsek behaviorálnych analýz a translačného výskumu (ak sa zriaďuje)

3. Personálne zabezpečenie tvorí
 - a) klinický psychológ alebo psychológ v špecializačnej príprave v odbore klinická psychológia.¹
4. Minimálne materiálne - technické vybavenie tvoria
 - a) základné priestorové vybavenie, ktoré tvorí vyšetrovňa pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií s rozmermi najmenej 15 m² a
 - b) základné vecné vybavenie vyšetrovne pre výkon psychodiagnostiky a individuálnych terapeutických intervencií,
 - c) iné materiálne-technické vybavenie podľa bodu 3.
5. Úsek behaviorálnych analýz a translačného výskumu musí spĺňať minimálne požiadavky na priestorové vybavenie a materiálne - technické vybavenie ambulantných zariadení a ústavných zariadení v príslušnom špecializačnom odbore podľa odborného zamerania svojej činnosti, ktoré sú ustanovené v tomto výnose a súčasne podmienky ustanovené v osobitnom predpise¹.

Čl. II

Toto opatrenie nadobúda účinnosť

Odôvodnenie:

K bodu 1:

Základné vecné vybavenie a prístrojové vybavenie ambulancie klinického psychológa sa dopĺňa o možnosť nahradiť relaxačnú pohovku relaxačným kreslom.

K bodu 2:

Základné vecné vybavenie a prístrojové vybavenie ambulancie klinického psychológa sa dopĺňa o počítač s príslušenstvom aj pre pacienta v súlade s trendom častejšieho využívania administrácie psychodiagnostických metód prostredníctvom prístrojového (spravidla počítačového) spracovania.

K bodu 3:

V základnom vecnom vybavení a prístrojovom vybavení ambulancie klinického psychológa sa zrušuje povinnosť mať chladničku, ktorá pre odborné činnosti vykonávané v ambulancii klinického psychológa nie je potrebná.

K bodu 4:

V základnom vecnom vybavení a prístrojovom vybavení ambulancie klinického psychológa sa precizuje termín psychodiagnostické testy na odborne správnejší termín psychodiagnostické metódy.

K bodu 5:

Základné vecné vybavenie a prístrojové vybavenie ambulancie klinického psychológa sa dopĺňa o vybavenie pre deti, ktoré má tvoriť prebaľovací pult, pomôcky a didaktické hračky určené na vyšetovanie a psychomotorickú stimuláciu dieťaťa, psychodiagnostické metódy určené pre deti a bezpodnetová miestnosť určená na psychodiagnostiku niektorých neurovývinových porúch, pre ktorú nie je vhodná bežná ambulancia.

K bodu 6:

V oddiele 3, ktorý ustanovuje minimálne personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zdravotníckych zariadení stacionárov, sa do bodu 1 dopĺňajú tri nové typy stacionárov v odbornom zameraní klinická psychológia, ktoré sú určené pre deti predškolského veku, pre deti a dorast (deti od 7 rokov a dorast) a pre dospelých. Doterajšia právna úprava podrobnejšie neupravovala minimálne personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie pre klinicko-psychologické stacionáre a vzťahovalo sa na nich len všeobecné ustanovenie bodu 6, v zmysle ktorého stacionáre neuvedené v bode 1 majú personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie minimálne v rozsahu, ktorý je uvedený v oddiele 1 Ambulancia v časti I Ambulancie pre ambulanciu v príslušnom špecializačnom odbore, v ktorom stacionár poskytuje zdravotnú starostlivosť. Uvedená právna úprava sa v prípade klinicko-psychologického stacionára javí ako suboptimálna, nakoľko v prípade predmetného typu stacionára súvisí kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti aj s počtom odborným zameraním odborného personálu, ako aj priestormi určenými na liečebné výkony, ktoré pozostávajú z rozličných činností s potrebou primeraného priestorového a vecného vybavenia.

K bodu 7:

Ustanovuje sa minimálne personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie pre klinicko-psychologický stacionár pre deti predškolského veku. Personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zohľadňuje potreby detí do približne 7 rokov veku, u ktorých bolo v primárnej zdravotnej starostlivosti alebo v sekundárnej preventívnej starostlivosti identifikované riziko prítomnosti alebo rozvoja porúch psychického vývinu.

V prípade tejto vekovej kategórie ide o skupinu detí, ktorá je predmetom stratégie rozvoja včasnej intervencie a ktorá vyžaduje osobitný prístup spočívajúci vo včasnej diagnostike a čo najskoršom zahájení všeobecných a špecifických intervencií pre rozvoj psychomotorického vývinu a vývinu osobnosti v koordinácii s multidisciplinárnym tímom, ako aj s príslušnými poskytovateľmi včasnej intervencie v rezorte školstva (v centrách poradenstva a prevencie), práce, sociálnych vecí a rodiny (poskytovatelia služby včasnej intervencie) a zdravotníctva (najmä v špecializačných odboroch klinická logopédia, liečebná pedagogika, detská psychiatria, neurológia, fyzioterapia a nutričná terapia).

Zároveň sa ustanovuje možnosť zapojenia iných odborníkov do liečebného plánu, ktorí majú významný podiel na terciárnej a kvartérnej prevencii a výslednom klinickom obraze. Uvedené je v súlade s ustanovením § 4 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a

doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, podľa ktorého sa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zabezpečuje multidisciplinárny prístup, ak má na to poskytovateľ vytvorené podmienky, a to na účel komplexnosti zdravotnej starostlivosti, pri ktorom sa využívajú poznatky a postupy najmä z oblasti sociálnej práce, z iných vedných disciplín a duchovných služieb.

Sociálny pracovník má v klinicko-psychologickom stacionári pre deti predškolského roku rolu v zabezpečení ekvity (rovnosti v prístupe k zdravotnej starostlivosti v zmysle Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím) a v zlepšení dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre deti, u ktorých sa z rodinných alebo sociálno-ekonomických dôvodov javí vstupný prah do zdravotníckeho zariadenia ako príliš vysoký alebo je podmienený získaním kompenzácií za ťažké zdravotné poistenie dieťaťa v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny. Špeciálny pedagóg sa v zmysle štandardných klinických postupov pre neurovývinovú poruchu PAS, ako aj pre iné neurovývinové poruchy, podieľa na diagnostike funkčnosti dieťaťa, čo je podmienkou pre nastavenie optimálneho plánu intervencií.

K bodu 8:

Ustanovuje sa minimálne personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie pre klinicko-psychologický stacionár pre deti a dorast, ktoré zohľadňuje personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie vhodné pre potreby detí približne od veku 7 rokov veku (školského veku) do dosiahnutia dospelosti.

K bodu 9:

Ustanovuje sa minimálne personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie pre klinicko-psychologický stacionár pre dospelých. Klinicko-psychologický stacionár v zmysle aktuálne platnej Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore klinická psychológia, č. S12317-2023-OddMPP, čiastka 35 z 25. septembra 2023 Vestníka MZ SR, má poskytovať opakovanú klinicko-psychologickú dennú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a služby s ňou súvisiace časovo a programovo flexibilne rôznym skupinám pacientov podľa individuálneho liečebného plánu a s ohľadom na bio-psycho-sociálne aspekty zdravia a choroby. Preto sa personálne zabezpečenie stanovuje ako súčet obligatórnych zdravotníckych pracovníkov špecialistov a voliteľných ďalších členov multidisciplinárneho tímu, čím sa poskytovateľovi za účelom zvyšovania kvality a bezpečnosti liečby umožňuje upravovať zloženie multidisciplinárneho tímu podľa druhu klinicko-psychologických medicínskych služieb, ktoré poskytuje.

Pre niektoré typy liečebných výkonov sa definujú ďalšie podmienky na personálne zabezpečenie, ktoré je potrebné v čase ich výkonu spĺňať.

Ak sa vykonávajú liečebné psychoterapeutické výkony, v ktorých sa pracuje so zmenenými stavmi vedomia, personálne zabezpečenie tvorí klinický psychológ alebo psychiater s odbornou spôsobilosťou na výkon certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia, ktorého prax po ukončení certifikačného štúdia dosahuje minimálne 5 rokov; pričom ak sa tieto liečebné výkony vykonávajú skupinovú formou, musia byť pri liečebnom výkone prítomné minimálne dve osoby z uvedenej skupiny s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia, z toho aspoň jeden s príslušnou 5 ročnou praxou.

Poskytovateľovi sa umožňuje zriadiť úsek zameraný na úzku interdisciplinárnu spoluprácu so psychiatrom, v rámci ktorého je možné poskytovať aj liečebné výkony psychoterapie s použitím psychofarmakologického liečiva, ktoré indikuje a podáva psychiater. Takýto liečebný výkon sa realizuje v kontexte komplexnej psychoterapeutickej a

klinicko- psychologickéj zdravotnej starostlivosti, ktorá je zabezpečená v klinicko-psychologickom stacionári. Obdobne sa môže realizovať interdisciplinárna spolupráca psychiatra, sestrya psychológa pri poskytovaní nekonvulzívnej psychiatrickej biologickej liečby, ktorá je zasadená do komplexnej starostlivosti v klinicko-psychologickom stacionári. Klinicko- psychologický stacionár sa javí ako vhodné zariadenie pre takéto výkony z dôvodu, že program v ňom je časovo a programovo flexibilný a je možné ho adaptovať aj na takéto liečebné výkony, zatiaľ čo stacionár s odborným zameraním v psychiatrii spravidla poskytuje liečbu pacientom na princípe liečebnej komunity s uceleným celodenným programom, s dôrazom na režimovú, psychoterapeutickú a psychosociálnu terapiu.

Personálne zabezpečenie taktiež umožňuje poskytovateľovi zapojiť aj iných odborníkov ako členov podporného tímu za účelom komplexnosti zdravotnej starostlivosti a jej poskytovania aj komunitnou formou. Komunitná forma zdravotnej starostlivosti sa zameriava na zabezpečenie ekvity (rovnosti v prístupe k zdravotnej starostlivosti v zmysle Dohovoru

o právach osôb so zdravotným postihnutím) a dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre osoby spôsobom, ktorý zohľadňuje prostredie, v ktorom trvale žijú alebo sa práve nachádzajú, ich sociálnu situáciu a nerovnosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti zapríčinenú psychickou poruchou alebo sociálnymi faktormi a zdravotnými faktormi.

Personálne zabezpečenie nestanovuje, aby iní odborníci (nezdravotníci) boli v pracovno-právnom vzťahu s poskytovateľom. Môže ísť aj o spolupracujúce subjekty, s ktorými má poskytovateľ spoluprácu (zmluvu, dohodu, memorandum alebo deklaráciu). Ustanovuje sa však, že sa taktiež považujú za personálne zabezpečenie, nakoľko v prípade takejto spolupráce je potrebné internými smernicami upraviť spôsob ich zapojenia do činnosti multidisciplinárneho tímu a spoločného liečebného plánu, ako aj zodpovednosť za ich činnosť primerané zdieľanie údajov o pacientovi.

K bodu 10:

V oddiele 4, ktorý ustanovuje minimálne personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zdravotníckych zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, sa dopĺňa zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek s odborným zameraním klinická psychológia „Centrum klinickej psychológie a podpory psychického zdravia“, určené na zabezpečenie a vykonávanie vyšetrení, rozborov, skúšok a liečby v súvislosti s poskytovanou ambulantnou zdravotnou starostlivosťou alebo ústavnou zdravotnou starostlivosťou v zmysle § 7 Vyhlášky Z. z. MZ SR č. 84/2016, ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.

K bodu 11:

Centrum klinickej psychológie a podpory psychického zdravia má personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie určené na zabezpečenie komplexného medicínskeho programu klinickej psychológie, ktorý okrem bežnej ambulantnej starostlivosti pozostáva aj z klinicko-psychologickej konziliárnej starostlivosti a vysokošpecializovaných odborných činností v odbore klinická psychológia a v príbuzných medicínskych i nemedicínskych odboroch poskytovaných v súvislosti s ambulantnou alebo ústavnou zdravotnou starostlivosťou. Základné personálne zabezpečenie je tvorené 4 psychológmi, ktorí sa ďalej špecializujú na užšie vymedzené oblasti, napr. neuropsychológiu, detskú klinickú psychológiu, psychologickú sexuológiu, klinickú psychofyziológiu, onkopsychológiu, skupinové formy psychoterapie, nácvikov relaxácie a psychoedukácie a i. V uvedenom zmysle je možné

zariadenie chápať aj ako spoločnú klinickú prax viacerých užšie sa špecializujúcich psychológov, pričom zariadenie umožňuje kapacitne zabezpečiť časovú a geografickú dostupnosť klinicko-psychologickej zdravotnej starostlivosti prekračujúci možnosti ambulancie a je v súlade s modernými trendmi práce v multidisciplinárnych tímoch, čím sa zabezpečuje vyššia kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Tím je zostavený obligatórne ako multidisciplinárny s možnosťou upraviť personálne zabezpečenie z vybraných kategórií medicínskych špecialistov podľa bližšieho zamerania pracoviska. Liečebný pedagóg môže poskytovať vývinovú a funkčnú diagnostiku a terapiu, klinický logopéd sa môže špecializovať na oblasť reči u pacientov s neurovývinovými poruchami alebo neurodegeneratívnymi ochoreniami, fyzioterapeut sa môže špecializovať na rehabilitáciu a integráciu fyzickej aktivity do liečebného plánu s nácvikom správnych pohybových vzorcov a správania, pričom táto práca prebieha v kontexte psychologickej starostlivosti a jej cieľom je zapojenie pozornosti pacienta pri práci s telom a integrácia novonaučených vzorcov správania do jeho života s cieľom prevencie psychických porúch.

Zariadenie taktiež umožňuje zapojenie ďalších odborníkov do komplexnej zdravotnej starostlivosti so zabezpečením multidisciplinárnej starostlivosti aj v iných medicínskych a nemedicínskych odboroch (napr. špeciálna pedagogika, sociálna práca) a vyššiu spoluprácu s ostatnými zdravotníckymi a nezdravotníckymi zariadeniami v oblasti psychického zdravia.

K bodu 12:

Stanovuje sa minimálne personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie prespoločné vyšetrovacie a liečebné zložky v odbore klinická psychológia zriaďované ako pracovisko zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa § 17 ods. 2 Vyhlášky MZ SR č. 84/2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov. Definuje sa minimálne personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie pre fakultatívne zriaďované úseky oddelenia klinickej psychológie, v nadväznosti na užšiu špecializáciu a služby poskytované lôžkovým oddeleniam ústavných zdravotníckych zariadení.

¹ § 26 až 34 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

III. Návrh uznesenia



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

NÁVRH

UZNESENIA RADY VLÁDY SLOVENSKEJ REPUBLIKY PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

č.

z 12. decembra 2024

k Návrhu na zaradenie a podrobný obsah medicínskeho programu klinickej psychologickkej do vyhlášky MZ SR č. 531/2023 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a Návrhu personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia zdravotníckych zariadení ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore klinická psychológia do výnosu MZ SR č. 44/2008 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

Číslo materiálu:

Predkladateľ: Mgr. Barbora Maliarová, PhD., predsedníčka Výboru pre kvalitu starostlivosti
o duševné zdravie

Rada

A. berie na vedomie

- A.1. Návrh na zaradenie a podrobný obsah medicínskeho programu klinickej psychologickkej do vyhlášky MZ SR č. 531/2023 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a Návrh personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia zdravotníckych zariadení ambulantnej a ústavnej

zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore klinická psychológia do výnosu MZ SR č. 44/2008 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.