



ZÁPISNICA

z VI. riadneho zasadnutia Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie

Miesto: MS Teams online formou **Číslo:** S07258-2023-VKSDZ-RVDZ

Dátum: 27. októbra 2023 od 11:00 hod. do 12:30 hod.

Zoznam prítomných, ospravedlnených a neprítomných je uvedený v prezenčnej listine, ktorá tvorí prílohu č. 1 k zápisnici.

Program zasadnutia:

1. Otvorenie zasadnutia
2. Prerokovanie a schválenie programu zasadnutia
3. Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre prevenciu suicidality - *informuje predsedníčka pracovnej skupiny a podpredsedníčka Výboru*
4. Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre deti a PAS - *informuje predsedníčka pracovnej skupiny*
5. Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých – *informuje predsedníčka pracovnej skupiny,*
6. Zriadenie pracovnej skupiny pre sexuológiu a oblasť problematickej sexuality – *písomne predkladá predsedníčka Výboru*
7. Informácia o činnosti Oddelenia modernizácie psychiatrickej a psychologickkej starostlivosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky - *informuje predsedníčka Výboru a vedúca oddelenia*
8. Rôzne
9. Záver

Agenda:

Bod č. 1 - Otvorenie zasadnutia

Predsedníčka Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie p. Barbora Maliarová (ďalej len „predsedníčka Výboru“) otvorila VI. zasadnutie Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie (ďalej len „Výbor“) a privítala všetkých prítomných.

Predsedníčka výboru informovala prítomných o zastupovaniach, respektíve neprítomnosti na zasadnutí.

Svoju účasť na zasadnutí Výboru ospravedlnili štyria členovia a jeden prizývaný hosť. Dvaja členovia a jeden prizývaný hosť boli prítomní v zastúpení. Zasadnutie Výboru sa uskutočnilo online formou cez MS Teams. Predsedníčka Výboru následne informovala prítomných o pravidlách hlasovania. Hlasovať môžu len členovia Výboru. Výbor je spôsobilý zasadať a uznávať sa, ak je prítomná nadpolovičná väčšina všetkých jeho členov. Uznesenie Výboru je prijaté, ak za uznesenie hlasuje nadpolovičná väčšina prítomných členov Výboru. Pri rovnosti hlasov rozhoduje hlas predsedajúceho.

Celkový počet členov Výboru s hlasovacím právom: 21

Zistený počet členov s hlasovacím právom prítomných na zasadnutí: 13*

****V priebehu zasadnutia Výboru sa počet prítomných členov Výboru zvýšil na 15, z toho 2 členovia Výboru neboli počas hlasovania prítomní.***

Minimálny počet hlasov potrebných na prijatie uznesenia: 7.

Bod č. 2 – Prerokovanie a schválenie programu zasadnutia

Predsedníčka Výboru informovala o navrhovanom programe zasadnutia Výboru a oznámila, že zo strany členov a povinne prizývaných hostí Výboru neboli doručené k navrhovanému programu zasadnutia tajomníčke Výboru žiadne pripomienky.

Predsedníčka Výboru otvorila rozpravu k bodu č. 2 a vyzvala prítomných, aby sa vyjadrili, či majú k navrhovanému programu nejaké pripomienky alebo chcú doplniť body, ktoré by mali byť prerokované.

Žiaden z prítomných členov Výboru ani prizývaných hostí Výboru nemal k navrhovanému programu pripomienky ani doplnenia.

Predsedníčka Výboru dala hlasovať o schválení návrhu programu zasadnutia. Program bol schválený s počtom hlasov 13.

Schválený program zasadnutia tvorí prílohu č. 2 k zápisnici.

Bod č. 3 – Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre prevenciu suicidality - informuje doc. MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD., podpredsedníčka Výboru a predsedníčka pracovnej skupiny pre prevenciu suicidality

Predsedníčka pracovnej skupiny informovala, že pracovná skupina pre prevenciu suicidality bola zriadená dňa 15. decembra 2022 za účelom plnenia strategických cieľov Národného programu duševného zdravia, predovšetkým za účelom vypracovania

štandardného diagnostického a terapeutického postupu upravujúceho manažment pacienta so suicidálnym správaním od prevencie, cez konkrétne intervencie, hospitalizáciu pacienta až po jeho prepustenie z ústavného zdravotníckeho zariadenia. Pracovná skupina pre prevenciu suicidality zasadala v pravidelných intervaloch, prvé stretnutie sa uskutočnilo osobne a ostatné stretnutia prebehli online (celkovo sa uskutočnilo 5 zasadnutí pracovnej skupiny) a výsledkom činnosti pracovnej skupiny bolo odovzdanie štandardného diagnostického a terapeutického postupu s názvom „Akútny manažment dospelého pacienta so suicidálnym syndrómom v špecializovanej psychiatrickej starostlivosti“ Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky, Odboru štandardných klinických postupov dňa 5. októbra 2023.

Predsedníčka pracovnej skupiny ďalej informovala, že z dôvodu nepredloženia Národného programu duševného zdravia do príslušného schvaľovacieho procesu nie je možné realizovať kroky za účelom plnenia jeho cieľov, a na to, že činnosťou pracovnej skupiny došlo k naplneniu jedného z jej hlavných cieľov, ku ktorého realizácii mohlo dôjsť aj bez schválenia Národného programu duševného zdravia, bola činnosť pracovnej skupiny ukončená na poslednom zasadnutí členov pracovnej skupiny, ktoré sa uskutočnilo dňa 12. októbra 2023.

Predsedníčka Výboru predložila na prerokovanie a schválenie Materiál č. 12, predmetom ktorého je **„Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre prevenciu suicidality, vypracovaní Štandardného postupu pre Akútny manažment dospelého pacienta so suicidálnym syndrómom v špecializovanej psychiatrickej starostlivosti a o ukončení činnosti pracovnej skupiny pre prevenciu suicidality“**.

Následne otvorila podpredsedníčka Výboru a predsedníčka pracovnej skupiny pre prevenciu suicidality rozpravu k bodu č. 3.

Rozprava k bodu č. 3:

Do rozpravy sa nikto neprihlásil.

Predsedníčka Výboru prečítala text návrhu uznesenia č. 12/2023, ku ktorému vyhlásila hlasovanie.

Počet členov Výboru s hlasovacím právom: 21

Počet prítomných s hlasovacím právom: 13

Počet hlasujúcich: 13

Kvórum na schválenie: 7

Tabuľka č. 1 o hlasovaní k Bodu č. 3 – „Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre prevenciu suicidality“

Hlasovanie č. 1		
Hlasovanie o schválení Uznesenia Výboru o Informácii o činnosti pracovnej skupiny pre prevenciu suicidality č. 12/2023		
<i>počet hlasov ZA</i>	<i>počet hlasov PROTI</i>	<i>ZDRŽAL SA hlasovania</i>
<i>13</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Návrh uznesenia č. 12/2023 bol schválený s počtom hlasov 13. Schválený návrh uznesenia č. 12/2023 tvorí prílohu č. 3 k zápisnici.

Bod č. 4 – Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre deti a centrá pre PAS - informuje predsedníčka Výboru, ktorá zastupuje MUDr. Teréziu Rosenbergerovú, predsedníčku pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre deti a centrá pre PAS

Predsedníčka Výboru informovala prítomných, že predsedníčka pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre deti a centrá pre PAS (ďalej len „pracovná skupina pre PAS“) ospravedlnila svoju neúčast na tomto zasadnutí Výboru a o činnosti pracovnej skupiny pre PAS bude informovať prítomných namiesto p. Rosenbergerovej predsedníčky Výboru. Predsedníčka Výboru informovala, že pracovná skupina pre PAS bola zriadená dňa 1. januára 2023 za účelom plnenia strategických cieľov Národného programu duševného zdravia predovšetkým vypracovaním materiálov. Zatiaľ boli vypracované návrhy materiálov Minimálny štandard pre študijný program sústavného vzdelávania o poruchách autistického spektra a štandardný postup pre výkon prevencie s názvom „Preventívna starostlivosť o osoby s PAS“.

Pracovná skupina sa stretávala v pravidelných intervaloch, cca dvakrát mesačne, online formou.

Ďalšími cieľmi skupiny sú vypracovanie návrhov materiálov úpravy právnych predpisov v rezorte zdravotníctva, ktoré sa týkajú špecializovanej starostlivosti a jej prepojenia so sociálnymi službami a školským systémom, a návrh usmernenia pre posudkových lekárov, psychiatrov a detských psychiatrov o náležitostiach odborného nálezu pre oblasť PAS na účely posudkovej činnosti.

Predsedníčka Výboru skonštatovala, že pracovná skupina pre PAS splnila už dve zo svojich úloh, a v záujme plnenia ďalších úloh bude veľmi dôležité odstraňovať bariéry pri ďalších vypracovániach návrhov materiálov a spolupracovať najmä s Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky a Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky.

Následne otvorila predsedníčka Výboru rozpravu k bodu č. 4.

Rozprava k bodu č. 4:

p. Machajdíkova položila otázku, či sa uvažuje aj o zriadení iných pracovných skupín, resp. pracovných skupín pre iné diagnózy (nielen pre PAS diagnózy), v spolupráci s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. Ďalej položila otázku, či do činnosti pracovnej skupiny pre PAS vstupujú aj nejaké atribúty z Plánu obnovy a odolnosti, Komponentu 12.

Predsedníčka Výboru uviedla, že pracovná skupina pre PAS pracuje aj za účelom plnenia úloh z Plánu obnovy a odolnosti, Komponentu 12. Ďalej uviedla, že z činnosti pracovnej skupiny pre PAS nevyplynula potreba zriadenia nových pracovných skupín pre iné diagnózy, avšak to neznamena, že takéto pracovné skupiny nemôžu byť zriadené. Uviedla, že Výbor je otvorený spolupráci a návrhom na zriadenie ďalších pracovných skupín podľa potrieb, ktoré budú komunikované na tomto fóre. p. Machajdíkova ďalej konkretizovala, že na Odbore sociálnych služieb Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky dlhodobo riešia kľúčové otázky starostlivosti o ľudí s diagnózou demencia a ľudí so závislosťami, ktorí sú umiestňovaní do zariadení poskytujúcich sociálne služby, avšak samostatný koncept

poskytovania sociálnych služieb nie je pre tieto skupiny ľudí, na základe informácií od poskytovateľov sociálnych služieb, najvhodnejším riešením a z tohto dôvodu je potrebné sa zaoberať problematikou zabezpečenia komplexnej starostlivosti o tieto skupiny ľudí..

Predseda Výboru poďakovala p. Machajdíkovej za podnet na zriadenie novej pracovnej skupiny a uviedla, že je možné tieto témy riešiť na pôde Výboru, styčnou osobou za Výbor pre túto problematiku môže byť člen Výboru p. Stanislav. Ďalej uviedla, že sa s p. Machajdíkovou v predmetnej veci spojí a zorganizuje stretnutie, ktorého výsledok bude komunikovať na ďalšom zasadnutí Výboru.

p. Machajdíková ďalej uviedla, že Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky odoslalo Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky list so žiadosťou o stretnutie vo veci aktuálne prebiehajúcej reformy psychiatrickej starostlivosti.

Predseda Výboru uviedla, že podnet na vytvorenie nových pracovných skupín a riešenie predmetných oblastí môže byť taktiež predmetom stretnutia, o ktoré požiadalo Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky vo veci aktuálne prebiehajúcej reformy psychiatrickej starostlivosti.

Rozprava k bodu č. 4 bola ukončená.

Predseda Výboru prečítala text návrhu uznesenia č. 13/2023, ku ktorému vyhlásila hlasovanie.

Počet členov Výboru s hlasovacím právom: 21

Počet prítomných s hlasovacím právom: 13

Počet hlasujúcich: 13

Kvórum na schválenie nominácie: 7

Tabuľka č. 2 o hlasovaní k Bodu č. 4 – „Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre deti a centrá pre PAS“

Hlasovanie č. 2		
Hlasovanie o schválení Uznesenia Výboru o Informácii o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre deti a centrá pre PAS č. 13/2023		
počet hlasov ZA	počet hlasov PROTI	ZDRŽAL SA hlasovania
13	0	0

Návrh uznesenia č. 13/2023 bol schválený s počtom hlasov 13. Schválený návrh uznesenia č. 13/2023 tvorí prílohu č. 4 k zápisnici.

Bod č. 5 – Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých – informuje Doc. MUDr. Mária Králová, CSc., predsedníčka pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých

Predseda Výboru predstavila p. Královú ako predsedníčku pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých a odovzdala jej slovo.

Predseda pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých informovala, že pracovná skupina bola zriadená dňa 15. decembra 2022 za účelom plnenia strategických cieľov Národného programu duševného zdravia, predovšetkým vypracovaním právnej úpravy všetkých foriem hybridných zariadení komunitnej

psychiatrickej starostlivosti pre multidisciplinárnu spoluprácu a ich činnosti. Cieľom pracovnej skupiny je príprava podkladov pre odborné zadefinovanie fungovania komunitnej psychiatrickej starostlivosti v nadväznosti na model psychosociálnych centier (ďalej len „PSC“); definovanie jasne a výstižne kompetencie a ich rozsah pre jednotlivých odborníkov v rámci práce multidisciplinárneho tímu; určenie a definovanie cesty pacienta komunitnou formou naprieč celým systémom.

Pracovná skupina pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých zasadá v pravidelných intervaloch, doposiaľ sa uskutočnilo 8 zasadnutí pracovnej skupiny a výsledkom činnosti pracovnej skupiny je „Zoznam pojmov k pracovnej skupine pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých“ a „Metodický pokyn Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na zriadenie a prevádzku psychiatrických stacionárov“, ktorý bol schválený gremiálnou poradou ministra zdravotníctva Slovenskej republiky dňa 23. októbra 2023 a následne bude uverejnený vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Ďalej informovala, že aktuálne pracovná skupina intenzívne pracuje na vypracovaní ŠOP s názvom „Cesta pacienta naprieč komunitnou psychiatriou s prepojením na ambulantnú a ústavnú sféru psychiatrickej starostlivosti“. Následne otvorila predsedníčka pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých rozpravu k bodu č. 5.

Rozprava k bodu č. 5:

p. Hurová položila otázku, akým spôsobom je v Metodickom pokyne Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na zriadenie a prevádzku psychiatrických stacionárov zakomponovaná oblasť sociálnych služieb a komunitnej sociálnej starostlivosti, a či sa s nimi ráta v komunitnom psychiatrickom stacionári.

p. Kráľová uviedla, že tieto oblasti sú tam zakomponované takou formou, že v komunitnom psychiatrickom stacionári (psychiatrickom stacionári komunitného typu) bude pracovať aj sociálny pracovník, ktorý bude riešiť sociálnu stránku starostlivosti o psychiatrických pacientov. Ďalej uviedla, že pracovná skupina sa tejto otázke venovala a snažili sa do Metodického pokynu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na zriadenie a prevádzku psychiatrických stacionárov dať toho čo najviac.

Predsedníčka Výboru uviedla, že Oddelenie modernizácie psychiatrickej a psychologickéj starostlivosti, Odboru zdravotnej starostlivosti, Sekcie zdravia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, pracovalo intenzívne na tomto materiáli, ktorý bol schválený gremiálnou poradou ministra zdravotníctva Slovenskej republiky dňa 23. októbra 2023, a z tohto dôvodu nebolo možné ho poslať členom Výboru pred uvedeným dátumom. V súčasnosti, a teda po schválení, ale pred zverejnením vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, je možné poslať predmetný materiál členom Výboru.

p. Machajdíkuvá uviedla, že si je vedomá, že v pracovnej skupine pre PAS mala kolegyňu, ako zástupkyňu rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny, ktorá dávala pripomienky k materiálom vypracovaným skupinou a v tejto súvislosti položila otázku, kto bol zástupcom za rezort práce, sociálnych vecí a rodiny v tejto pracovnej skupine.

Predsedníčka Výboru, rovnako ako p. Králová uviedli, že zástupcom za rezort práce, sociálnych vecí a rodiny v tejto skupine je pán Kováč z Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky.

p. Machajdíkova uviedla, že pán Kováč pracuje na Sekcii sociálnej politiky, sociálnoprávnej kurately a ochrany detí, a teda k zneniam Metodickému pokynu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na zriadenie a prevádzku psychiatrických stacionárov, sa nedostal Odbor sociálnych služieb, avšak teraz pochopila, že komunitný psychiatrický stacionár, resp. PSC, bude zdravotnícke zariadenie.

Predsedníčka Výboru uviedla, že Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, rovnako ako Výbor, môžem riešiť len zdravotnú starostlivosť a jej poskytovanie. Z tohto dôvodu PSC nebude, resp. nemôže byť zariadením sociálnych služieb. Ďalej uviedla, že Metodický pokyn Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na zriadenie a prevádzku psychiatrických stacionárov nezasahuje do kompetencií Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, ale má zaručiť prepojenie sociálnych a zdravotných služieb a používanie správnych pojmov, a má ustanoviť akým spôsobom bude psychiatrický stacionár komunitného typu pracovať.

p. Machajdíkova uviedla, že sociálny pracovník nie je len pracovníkom v sociálnych službách a že sa na odbore na Metodický pokyn Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na zriadenie a prevádzku psychiatrických stacionárov pozerá, keď im bude zaslaný, resp. keď bude zverejnený.

Rozprava k bodu č. 5 bola ukončená.

Predsedníčka Výboru prečítala text návrhu uznesenia č. 14/2023, ku ktorému vyhlásila hlasovanie.

Počet členov Výboru s hlasovacím právom: 21

Počet prítomných s hlasovacím právom: 13

Počet hlasujúcich: 13

Kvórum na schválenie nominácie: 7

Tabuľka č. 3 o hlasovaní k Bodu č. 5 – Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých.

<i>Hlasovanie č. 3</i>		
<i>Hlasovanie o schválení Uznesenia Výboru o informácii o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých č. 14/2023</i>		
<i>počet hlasov ZA</i>	<i>počet hlasov PROTI</i>	<i>ZDRŽAL SA hlasovania</i>
<i>13</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Návrh uznesenia č. 14/2023 bol schválený s počtom hlasov 13. Schválený návrh uznesenia č. 14/2023 tvorí prílohu č. 5 k zápisnici.

Bod č. 6 – Prerokovanie a schválenie uznesenia k zriadeniu pracovnej skupiny pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality a oznámenia o vzniku pracovnej skupiny – písomne predkladá a informuje predsedníčka Výboru

Predsedníčka Výboru predložila návrh na zriadenie novej pracovnej skupiny pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality v súlade s

memorandum o spolupráci medzi Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky a Slovenskou psychiatrickou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti, o. z. a 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), v nadväznosti na Stratégiu prevencie kriminality na roky 2023 – 2030 a Národnú koncepciu ochrany detí v digitálnom priestore a nadväzujúcimi akčnými plánmi, v zmysle ktorých je potrebné zriadiť pracovnú skupinu, ktorá sa bude zaoberať problematikou spojenou s kvalitou poskytovania zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní sexuológia, sexuologickými ochrannými liečeniami a oblasťou problematickej sexuality. Cieľom tejto pracovnej skupiny je, prostredníctvom medzirezortného a cezhraničného prepojenia skúseností a služieb, zlepšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti a poskytovanie 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, zefektívnenie nariaďovania a výkonu ochranných liečení sexuologických a zvýšenie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní sexuológia prostredníctvom vypracovania a následnej implementácie štandardných klinických a terapeutických postupov. Výstupom pracovnej skupiny by mali byť štandardné postupy v odbornom zameraní sexuológia, analýza možností efektívneho výkonu ochranného liečenia sexuologického, podklady pre vytvorenie mapy vyškolených poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, podklady pre web www.parafilik.sk, ako platformu pre informovanie o problematike spojenej s neobvyklou sexuálnou preferenciou, vypracovanie rekruťčných stratégií, podklady pre metodické zastrešenie fungovania štátnej linky pomoci poskytujúcej anonymné poradenstvo a krízovú intervenciu. Minimálne požiadavky na člena v tejto pracovnej skupine sú minimálne 5 ročná súvislá prax/skúsenosť s pacientami s duševnými poruchami, poskytovaním zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní sexuológia alebo špecializácia v danom odbore a pracovná skupina bude mať nasledujúcich členov: zástupca MZ SR (odbor právny, OMPPS), zástupca hlavných odborníkov (psychiatria, klinická psychológia), zástupca Národného ústavu duševného zdravia (Česká republika), zástupca Národného koordinačného strediska pre riešenie problematiky násillia na deťoch, zástupca Prezídia Policajného zboru, zástupca odborných spoločností (Slovenská psychiatrická spoločnosť, Slovenská sexuologická spoločnosť), zástupca stavovských organizácií (Slovenská komora psychológov, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek – sekcia sestier pracujúcich v psychiatrii).

Predsedačka Výboru predložila na prerokovanie a schválenie Materiál č. 15, predmetom ktorého je „**Zriadenie pracovnej skupiny pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality za účelom plnenia Memoranda o spolupráci medzi Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky a Slovenskou psychiatrickou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti, o. z.**“..

Následne otvorila predsedníčka Výboru rozpravu k bodu č. 6. *Rozprava k bodu č. 6:*

p. Nociar položil otázku, či budú v pracovnej skupine zastúpené prostredníctvom členov aj stavovské organizácie. Predsedníčka Výboru uviedla, že pracovná skupina bude mať pevných členov, uzavretý okruh členov, a podľa aktuálne riešenej problematiky sa budú prizývať aj experti, ktorými budú aj zástupcovia stavovských organizácií. Dôležité je, aby tam mal zastúpenie Hlavný odborník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre sexuológiu.

p. Nociar uviedol, že v súčasnosti Hlavný odborník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre sexuológiu neexistuje.

Predsedníčka Výboru uviedla, že otázka Hlavného odborníka Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky je na ministerstve otvorená, nie je možné ho momentálne vymenovať, lebo pre túto medicínsku oblasť zatiaľ neexistuje, avšak sa pracuje na tom, aby vznikol a bol vymenovaný.

p. Nociar uviedol, že by sa malo zvážiť, aby v pracovnej skupine boli zastúpení obaja Hlavní odborníci Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky - pre psychológiu aj pre psychiatriu, a taktiež by mala mať každá stavovská organizácia v pracovnej skupine svojho zástupcu.

Predsedníčka Výboru uviedla, že je možné zvážiť, aby v pracovnej skupine boli zastúpení obaja Hlavní odborníci Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky - pre psychológiu aj pre psychiatriu, a aby boli dvaja členovia pracovnej skupiny zástupcami stavovských organizácií, avšak potom by mala pracovná skupina 8 až 9 členov, čo by spôsobilo, že bude menej operatívna. p. Nociar uviedol, že je dôležité, aby v pracovnej skupine bolo medzi členmi zastúpenie klinických psychológov, nakoľko ide o nosnú odbornosť pre zameranie pracovnej skupiny.

Predsedníčka Výboru uviedla, že zástupca za klinickú psychológiu bude určite členom pracovnej skupiny. Pri zostavovaní počtu členov pracovnej skupiny bolo cieľom vyvážiť počet členov a operatívnosť pracovnej skupiny, odbornosť členov pracovnej skupiny bude vyvážená prostredníctvom prizývania externých expertov na zasadnutia pracovnej skupiny.

Rozprava k bodu č. 6 bola ukončená.

Predsedníčka Výboru prečítala text návrhu uznesenia č. 15/2023, ku ktorému vyhlásila hlasovanie.

Počet členov Výboru s hlasovacím právom: 21

Počet prítomných s hlasovacím právom: 13

Počet hlasujúcich: 13

Kvórum na schválenie nominácie: 7

Tabuľka č. 4 o hlasovaní k Bodu č. 6 –Zriadenie pracovnej skupiny pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality.

Hlasovanie č. 4		
Hlasovanie o schválení Uznesenia Výboru k zriadeniu pracovnej skupiny pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality č. 15/2023		
počet hlasov ZA	počet hlasov PROTI	ZDRŽAL SA hlasovania
13	0	0

Návrh uznesenia č. 15/2023 bol schválený s počtom hlasov 13. Schválený návrh uznesenia č. 15/2023 tvorí prílohu č. 6 k zápisnici.

Bod č. 7 – Informácia o činnosti Oddelenia modernizácie psychiatrickej a psychologickkej starostlivosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore klinická psychológia, Metodický pokyn Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky k návšteve Európskeho výboru na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania – CPT, Dodatok č. 1 z 23. augusta 2023 k Štatútu pracovnej skupiny k obmedzovacím prostriedkom a ich alternatívam v odbornom zameraní psychiatria a detská psychiatria) – informuje predsedníčka Výboru

Predsedníčka Výboru a zároveň vedúca Oddelenia modernizácie psychiatrickej a psychologickkej starostlivosti Ministerstva zdravotníctva SR (ďalej len „OMPPS“) informovala prítomných o činnosti oddelenia, najmä informovala o materiáloch: Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore klinická psychológia, Metodický pokyn Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky k návšteve Európskeho výboru na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania – CPT, Dodatok č.1 z 23. augusta 2023 k Štatútu pracovnej skupiny k obmedzovacím prostriedkom a ich alternatívam v odbornom zameraní psychiatria a detská psychiatria, zákon č. 495/2022 Z. z., kt.sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. a č. 578/2004 Z. z. (obmedzovacie prostriedky, práva pacienta, vnútorný poriadok), Vyhláška MZ SR č. 143/2023 Z. z. o obsahových náležitostiach vnútorného poriadku v ZZ ÚZS (01.05.2023), Vyhláška MZ SR č. 10/2014 Z. z., kt. sa ustanovuje zoznam štatistických výkazov v zdravotníctve, podrobnosti o postupe, metódach, okruh spravodajských jednotiek - hlásenie OP (01.06.2023), Vyhláška MZ SR č. 358/2023 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o používaní obmedzovacích prostriedkov a vedení registra obmedzovacích prostriedkov (účinnosť 15.09.2023), Metodické usmernenie MZ SR k aplikácii ustanovení § 9b zákona č. 576/2004 Z. z. pri vedení registra obmedzovacích prostriedkov a oznamovaní použitia obmedzovacích prostriedkov.

Predsedníčka Výboru ďalej informovala, že sa koncom roka 2023 uskutoční návšteva výboru CPT v Slovenskej republike, ktorá bude zameraná na rezort zdravotníctva a za účelom zabezpečenia riadneho priebehu tejto návštevy prebiehala koordinácia postupov v rezorte zdravotníctva so Zborom väzenskej a justičnej stráže Slovenskej republiky, ktorý má s týmito návštevami najviac skúseností.

Po ukončení informácie o činnosti OMPPS Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky otvorila predsedníčka Výboru a zároveň vedúca OMPPS rozpravu k bodu č.7.

Do rozpravy sa nikto neprihlásil.

Bod č. 8 – Rôzne

Predsedníčka Výboru otvorila bod rôzne a vyzvala členov Výboru, aby sa v prípade návrhov alebo pripomienok prihlásili do rozpravy.

Rozprava k bodu č. 8:

p. Jančová Koháryová položila otázku, aký je aktuálny stav, resp. v akom štádiu prípravy sa nachádza zákon o psychologickkej činnosti.

Predsedníčka Výboru uviedla, že gestorom prípravy predmetného zákona je Odbor nadrezortnej koordinácie, ktorého riaditeľkou je PhDr. Desanka Kanderová PhD. OMPPS,

v rámci svojich kompetencií, poskytuje v prípade potreby Odboru nadrezortnej koordinácie len súčinnosť pri príprave predmetného zákona. Časové rámce prípravy zákona nie sú OMPPS známe, je potrebné sa obrátiť priamo na pani PhDr. Kanderovú, PhD., ktorá už bohužiaľ nie je momentálne na zasadnutí pripojená.

p. Jančová Koháryová uviedla, že by sa v predmetnej veci chcela spojiť s pani PhDr. Kanderovou, PhD.

Predsedníčka Výboru uviedla, že ich prepojí a zašle p. Jančovej Koháryovej kontakt.

p. Petříková uviedla, že sa pripojila na zasadnutie neskôr a v tejto súvislosti položila otázku, kedy bude publikovaná zápisnica u tohto zasadnutia na webovej stránke Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Predsedníčka Výboru uviedla, že nevie uviesť presný termín publikácie zápisnice, avšak sa posnaží, aby to bolo v čo najkratšom čase a pani Petříkovej bude zaslaný link na zápisnicu len čo bude publikovaná.

p. Špániková položila otázku, kedy bude zasadnutie Výboru prebiehať prezenčnou formou, resp. kedy sa uskutoční osobne. Uviedla, že ju technika ruší a je toho názoru, že osobné stretnutie môže pomôcť aj diskusii medzi členmi, ktorí si navzájom „oživia tváre“ a kontakty.

Predsedníčka Výboru uviedla, že môže zvážiť aj osobné stretnutie, resp. zasadnutie prezenčnou formou, v prípade, ak sa zídne nadpolovičný počet členov výboru, ktorý je rozhodujúci pre uznášaniaschopnosť Výboru. Pri poslednom zasadnutí Výboru nebolo možné osobné stretnutie z dôvodu, že sa väčší počet členov nevedel dostaviť osobne do Bratislavy na zasadnutie Výboru. Ďalej uviedla, že zváži aj možnosť hybridného stretnutia - možnosť zúčastniť sa osobne aj online

Rozprava k bodu č. 8 bola ukončená.

Bod č. 9 – Záver

Predsedníčka a podpredsedníčka Výboru poďakovali všetkým prítomným za aktívnu účasť na rokovaní, vyzvali ich k ďalšej spolupráci do budúcnosti a ukončili zasadnutie Výboru.

Vypracovala: PhDr. Oľga Lukačovičová, MPH, tajomníčka výboru

Schválila: Mgr. Barbora Maliarová, PhD., predsedníčka výboru

PREZENČNÁ LISTINA

názov akcie: Šieste riadne zasadnutie Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády SR pre duševné zdravie

miesto konania: MS Teams - online dátum konania: 27. októbra 2023

P. č.	Meno a priezvisko	Miesto vo výbore	Podpis
1.	Barbora Maliarová	predsedníčka výboru	online
2.	Oľga Lukačovičová Zastupuje Žaneta Knoteková	tajomníčka výboru	online
ČLENOVIA VÝBORU			
PRIPOJENÍ ONLINE			
3.	Ľubomíra Izáková	Podpredsedníčka výboru a zástupkyňa psychiatrov	online
4.	Hana Kostovčíková	Zástupkyňa Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR	ospravedlnená
5.	Ján Gabura Zastupuje Mária Machajdíkova	Zástupkyňa Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR	online
6.	Marián Filčík	Zástupca Ministerstva spravodlivosti SR	neospravedlnený
7.	Oľga Jančová Koháryová	Zástupkyňa Ministerstva obrany SR	online
8.	Rastislav Hajko zastupuje Nina Letková	Zástupca Ministerstva vnútra SR	online
9.	Zuzana Matzová	Zástupkyňa detských psychiatrov	online
10.	Jana Špániková	Zástupkyňa liečebných pedagógov	online
11.	Otília Gáborová	Zástupkyňa klinických logopédov	online
12.	Radoslav Nad'	Zástupca pastorálnych pracovníkov	online
13.	František Nociar	Zástupca psychológov	online
14.	Daniel Mago	Zástupca psychoterapeutov	online

15.	Martina Dubovcová	Zástupkyňa sestier	online
16.	Vladimír Stanislav	Zástupca sociálnych pracovníkov	online
17.	Zuzana Tomšíková	Zástupca špeciálnych pedagógov	ospravedlnená
18.	Zuzana Mojžešová	Zástupkyňa všeobecných lekárov pre dospelých	neospravedlnená
19.	Zuzana Miškejeová	Zástupca všeobecných lekárov pre deti a dorast	ospravedlnená
20.	Jana Hurová	Zástupkyňa zariadení sociálnych služieb poskytujúcich starostlivosť o duševné zdravie	online
21.	Tatiana Majerníková	Zástupkyňa školských zariadení poskytujúcich starostlivosť o duševné zdravie	online
22.	Petra Brandoburová	Zástupkyňa organizácií pôsobiach v oblasti starostlivosti o duševné zdravie	ospravedlnená
PRIZVANÍ HOSTIA			
PRIPOJENÍ ONLINE			
23.	Desanka Kanderová Zastupuje Richveis, Nováková	Tajomníčka Rady vlády SR pre duševné zdravie	online
24.	Mária Chorváthová	Zástupca Združenia miest a obcí Slovenska	neospravedlnená
25.	Darina Haščíková	Zástupkyňa Všeobecnej zdravotnej poisťovne	online
26.	Dajana Petříková	Zástupkyňa zdravotnej poisťovne UNION	online
27.	Monika Rusnáková	Zástupca zdravotnej poisťovne Dôvera	online
28.	Michal Hudák, Miroslav Urban	Zástupca Sociálnej poisťovne	Hudák – ospravedlnený Urban – ospravedlnený
29.	Adam Marek	zástupca Ministerstva financií SR	online
30.	Karolína Jamečná	Zástupkyňa Úradu komisára pre deti	online
31.	Zuzana Stavrovská	Zástupkyňa Komisárky pre osoby so zdravotným postihnutím	online



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

VÝBOR PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

Bratislava, 20. októbra 2023

Číslo: S07258-2023-VKSDZ-RVDZ

VI. RIADNE ZASADNUTIE PROGRAM ZASADNUTIA

1. Otvorenie zasadnutia
2. Prerokovanie a schválenie programu zasadnutia
3. Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre prevenciu suicidality – *ústne informuje predsedníčka pracovnej skupiny a podpredsedníčka Výboru*
4. Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre deti a PAS - *ústne informuje predsedníčka pracovnej skupiny*
5. Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých – *ústne informuje predsedníčka pracovnej skupiny,*
6. Zriadenie pracovnej skupiny pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality – *písomne predkladá predsedníčka Výboru*
7. Informácia o činnosti Oddelenia modernizácie psychiatrickej a psychologickej starostlivosťi Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky - *informuje predsedníčka Výboru a vedúca oddelenia*
8. Rôzne
9. Záver



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

VÝBOR PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

MATERIÁL
NA ZASADNUTIE VÝBORU PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE RADY
VLÁDY SR PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE
č. 12

Názov	Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre prevenciu suicidalít
Predkladateľ	doc. MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD. podpredsedníčka výboru a zástupca psychiatrov
Dátum predloženia	19.10.2023
Dátum prerokovania	27. 10. 2023
Na rokovanie sa odporúča prizvať	

I. Odôvodnenie predloženia materiálu

Pracovná skupina pre prevenciu suicidality bola zriadená dňa 15. decembra 2022 za účelom plnenia strategických cieľov Národného programu duševného zdravia, predovšetkým za účelom vypracovania štandardného diagnostického a terapeutického postupu upravujúceho manažment pacienta so suicidálnym správaním od prevencie, cez konkrétne intervencie, hospitalizáciu pacienta až po jeho prepustenie z ústavného zdravotníckeho zariadenia. Pracovná skupina pre prevenciu suicidality zasadala v pravidelných intervaloch, prvé stretnutie sa uskutočnilo osobne a ostatné stretnutia prebehli online (celkovo sa uskutočnilo 5 zasadnutí pracovnej skupiny).

Výsledkom činnosti pracovnej skupiny bolo odovzdanie štandardného diagnostického a terapeutického postupu s názvom „Akútny manažment dospelého pacienta so suicidálnym syndrómom v špecializovanej psychiatickej starostlivosti“ Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky, Odboru štandardných klinických postupov dňa 5.9.2023.

Z dôvodu, že Národný program duševného zdravia doposiaľ nebol predložený do príslušného schvaľovacieho procesu, a teda nie je možné realizovať kroky za účelom plnenia jeho cieľov, a na to, že činnosťou pracovnej skupiny došlo k naplneniu jedného z jej hlavných cieľov, ku ktorého realizácii mohlo dôjsť aj bez schválenia Národného programu duševného zdravia, bola činnosť pracovnej skupiny ukončená na poslednom zasadnutí členov pracovnej skupiny, ktoré sa uskutočnilo dňa 12. októbra 2023.

II. Vlastný materiál s predkladacou správou

A. Predkladacia správa

Pracovná skupina pre prevenciu suicidality (ďalej len „pracovná skupina“) bola zriadená na základe uznesenia č. 8/2022 Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie (ďalej len „výbor“) zo dňa 15. novembra 2022 za účelom plnenia strategických cieľov Národného programu duševného zdravia, predovšetkým za účelom vypracovania komplexného materiálu pre prevenciu suicidality v podobe štandardného diagnostického a terapeutického postupu upravujúceho manažment pacienta so suicidálnym správaním.

Pracovná skupina vykonávala svoju činnosť v zmysle štatútu výboru, pokynov predsedníčky výboru a podľa stanovenej náplne práce. Činnosť pracovnej skupiny bola odmeňovaná prostredníctvom dohôd o vykonaní práce. Pracovná skupina pozostávala z vedúceho/ej pracovnej skupiny a členov pracovnej skupiny, ktorými boli prizvaní odborníci/čky.

Stretnutia pracovnej skupiny prebiehali spravidla jedenkrát mesačne a podľa potreby. Pracovná skupina bola zriadená na obdobie 6 – 12 mesiacov.

Cieľom pracovnej skupiny bolo prepojiť medzirezortne služby v rámci prevencie suicidality vo viacerých rezortoch pod jeden riadiaci orgán so spoločným financovaním a zamerať sa na špecifické skupiny osôb pri prevencii suicidality, ako sú pacienti s ochranným liečením, s výkonom detencie, personál Zboru väzenskej a justičnej stráže (ďalej len „ZVJS“), deti, seniori, osoby so zdravotným postihnutím a ďalšie špecifické skupiny v rámci populácie.

Ako výstup pracovnej skupiny bolo ustanovené vypracovanie návrhu právno-legislatívnych úprav a vypracovanie komplexného materiálu pre prevenciu suicidality.

Výsledkom činnosti pracovnej skupiny bolo odovzdanie štandardného diagnostického a terapeutického postupu s názvom „Akútny manažment dospelého pacienta so suicidálnym syndrómom v špecializovanej psychiatrickej starostlivosti“ Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky, Odboru štandardných klinických postupov dňa 5.9.2023, ktorý predkladá pracovná skupina Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie.

Z dôvodu, že Národný program duševného zdravia doposiaľ nebol predložený do príslušného schvaľovacieho procesu, a teda nie je možné realizovať kroky za účelom plnenia jeho cieľov, a na to, že činnosťou pracovnej skupiny došlo k naplneniu jedného z jej hlavných cieľov, ku ktorého realizácii mohlo dôjsť aj bez schválenia Národného programu duševného zdravia, bola činnosť pracovnej skupiny ukončená na poslednom zasadnutí členov pracovnej skupiny, ktoré sa uskutočnilo dňa 12. októbra 2023.

B. Vlastný materiál

Názov štandardu:

Akútny manažment dospelého pacienta so suicidálnym syndrómom v špecializovanej psychiatrickej starostlivosti

Autori:

doc. MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD., MUDr. Vanda Valkučáková, MPH, MUDr. Mária Králová, CSc., MUDr. Dagmar Breznoščáková, Ph.D, MUDr. Marek Zelman, MUDr. Barbora Vašečková, PhD., doc. MUDr. Igor Ondrejka, PhD., PhDr. Katarína Jandová, PhD., PhDr. Martina Bečková, PhD., PhDr. Vlasta Kurucová

Kľúčové slová:

Suicidalita, suicidálny syndróm, suicidálne správanie, krízová intervencia

Zoznam skratiek:

BAP	bipolárna afektívna porucha
BZD	benzodiazepíny
CPO	oddelenie centrálného príjmu
C-SSRS	Kolumbijská škála pre hodnotenie závažnosti suicidality (Columbia Suicide Severity Rating Scale)
Dg.	diagnóza podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb, 10. revízie
ECT	elektrokonvulzívna liečba
HIV/AIDS	vírus ľudskej imunitnej nedostatočnosti / syndróm získanej imunodeficiencie
CHOCHP	chronická obštrukčná choroba pľúc
IP	intrapsychický
LBGTQ+	jedinec inej než heterosexuálnej orientácie a/alebo s rodovou identitou presahujúcou rámec rodovej binárnosti
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NÚL	nežiaduce účinky lieku
PF	pulzová frekvencia
PL	psychoaktívna látka
PM	psychomotorický
PST	psychoterapia
RF	rizikové faktory
RZP	rýchla zdravotná pomoc
SPC	súhrn charakteristických vlastností lieku
SSRI	selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu
ŠOP	štandardný operačný postup
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
TCA	tricyklické antidepresíva

ÚZZ	ústavné zdravotnícke zariadenie
VLD	všeobecný lekár pre dospelých
VLDD	všeobecný lekár pre deti a dorast
WHO	World Health Organisation (Svetová zdravotnícka organizácia)
ZS	zdravotná starostlivosť

Kompetencie:

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatra (psychiater) – psychiatrické vyšetrenie pacienta, diagnostika a diferenciálna diagnostika, prevencia suicidálneho syndrómu, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, psychoedukácia, podporná psychoterapia, krízová intervencia.

VLD alebo VLDD – skrining a následné odoslanie k špecialistovi, podporná psychoterapia.

Lekár bez špecializácie – psychiatrické vyšetrenie pacienta, diagnostika a diferenciálna diagnostika, prevencia suicidálneho syndrómu, pod supervíziou tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, psychoedukácia, podporná psychoterapia, krízová intervencia.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta pri akútnom stave, transport a odovzdanie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti psychiatrovi.

Psychológ, psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia (klinický psychológ) – psychodiagnostické vyšetrenie, diagnostika, diferenciálna diagnostika a prevencia suicidálneho syndrómu, krízová intervencia, psychoedukácia, prevencia.

Psychoterapeut, t. j. psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy a s certifikátom v certifikačnej pracovnej činnosti psychoterapia – krízová intervencia a nadväzujúca špecifická psychoterapia, psychoedukácia, prevencia.

Sestra – podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychoedukácia, podporná psychoterapia. Po absolvovaní vzdelávania v krízovej intervencii – krízová intervencia.

Sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii – podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychoedukácia, podporná psychoterapia. Po absolvovaní vzdelávania v krízovej intervencii – krízová intervencia.

Úvod:

Téma suicidality je súčasťou psychiatrickej starostlivosti, ale patrí aj do praxe iných zdravotníkov a v širšom chápaní sa týka celej populácie. Napriek implementovaniu rôznych preventívnych stratégií sa suicidalita dlhodobo vyskytuje medzi častými príčinami smrti. Úmrtia spôsobené samovraždou sú celosvetovo najčastejšou preventabilnou príčinou predčasnej úmrtnosti (WHO Suicide, 2021) a predstavujú vážny problém starostlivosti o verejné zdravie.

Faktory zvyšujúce suicidálne riziko sa uplatňujú na individuálnej, komunitnej aj národnej úrovni (Turecki, 2016; Turecki 2019).

Suicídium je najhorší možný dopad duševnej krízy spôsobenej reakciou na prežívané okolnosti či rozvinutej psychickej poruchy na život človeka. Je preukázaná súvislosť medzi psychickými poruchami a vysokým rizikom suicídia a/alebo suicidálneho pokusu. Viac ako 60 % suicídií má patologickú motiváciu súvisiacu s psychickými poruchami (Ferrari et al., 2014), ale zvýšené suicidálne riziko sprevádza aj niektoré telesné ochorenia (Conejero et al., 2018). Suicidálnemu správaniu je možné predísť identifikáciou varovných signálov, rizikových a protektívnych faktorov, diagnostikou psychických porúch, aplikáciou preventívnych opatrení, včasnou diagnostikou a adekvátnym manažmentom suicidálneho pacienta.

V mnohých krajinách je hlavným zameraním stratégií prevencie suicidality identifikácia a liečba psychických porúch, ktorú zvyšujú suicidálne riziko (Saini et al., 2021).

Manažment pacienta so suicidálnym syndrómom a zhodnotenie suicidálneho rizika má byť jednou zo základných kompetencií psychiatrov a psychológov, ale nevyhnutné je, aby základnú kompetenciu mali všetci zdravotníci a dokonca aj laici.

Vypracovaný štandard je adaptáciou medzinárodných postupov k manažmentu pacienta so suicidálnym syndrómom v špecializovanej psychiatrickej starostlivosti (Cassel a Wilson 2018, Celder et al. 2009, Jacobs at al. 2003, SAFE-T, Weber at e al. 2017, Vodáčková et al. 2012, Brož a Vodáčková 2015).

Definície:

Suicidalita: potenciál všetkých psychických síl a funkcií, ktorý smeruje k sebazničeniu.

Suicidálny syndróm: model dynamiky suicidálneho správania (štádiá vývoja smerujúceho k suicídiu), môže prebiehať akútne, alebo chronicky a môže kolísať v intenzite.

Presuicidálny syndróm: trojfázový vývoj suicidálneho správania, ktorý zahŕňa zúženie subjektívneho priestoru (obmedzenejšie prežívanie a vnímanie, jednostranné vnímanie reality, sociálnu izoláciu, bezmocnosť), inhibovanú a proti vlastnej osobe obrátenú agresiu (sebaobviňovanie, pocity nedostatočnosti riešiť situáciu, bezvýchodiskovosť), suicidálne fantázie (úľavový mechanizmus).

Suicidálny úmysel: subjektívne očakávanie a zároveň pranie, aby samodeštruktívne správanie viedlo k smrteľnému koncu.

Suicidálne myšlienky: subjektívna túžba zomrieť alebo byť mŕtvý po sebaškodujúcom čine.

Suicidálne tendencie: jedinec má presnú, konkrétnu predstavu samovražedného aktu a na základe tejto predstavy začína konať (napr. zabezpečí si zbraň, zhromažďuje lieky a pod.).

Prerušený suicidálny pokus: potenciálne sebaškodujúce správanie s dôkazmi, že osoba mala v úmysle zomrieť, ale pokus zastavila skôr, ako došlo k fyzickému poškodeniu.

Suicidálny pokus (tentamen suicidii): násilné, dobrovoľné a vedomé sebaškodujúce konanie, od ktorého človek očakáva smrť, a ktoré viedlo k poškodeniu zdravia bez následku smrti.

Suicídium: zabitie seba samého násilným, dobrovoľným a vedomým konaním, od ktorého človek očakáva smrť (aktívne alebo pasívne, napr. ak človek úmyselne neberie život udržiavajúce lieky).

Letalita metódy, smrteľnosť samovražedného správania: objektívne nebezpečenstvo pre život spojené so samovražednou metódou alebo konaním. Letalita sa nemusí sa vždy zhodovať s očakávaním jednotlivca a objektívnou nebezpečnosťou z lekárskeho hľadiska.

Úmyselné sebapoškodzovanie: úmyselné sebapoškodzovanie bolestivým, deštruktívnym alebo inak škodlivým správaním bez úmyslu zomrieť.

Sebazabítie (sebausmrtenie): ukončenie života jedinca bez vedomého úmyslu zomrieť. Príčinou môže byť podcenenie nebezpečenstva, alebo samovražedný pokus, ktorý bol ukončený neúmyselne dokonalou samovraždou.

Suicidálna kríza: časovo ohraničený jav signalizujúci bezprostredné nebezpečenstvo suicídia (väčšinou jej predchádza závažná udalosť v živote pacienta a prechádza do fázy emocionálneho vyčerpania).

Suicidálny plán: štruktúrovaný plán uskutočnenia suicídia (čím viac je konkrétnejší, tým je vyššie riziko suicidálneho správania).

Konštelačné okolnosti: prítomnosť stresujúcich životných okolností (aj očakávaných).

Krízová intervencia: odborný postup, pomocou ktorého sa špecialista usiluje u osoby zasiahnutej náhlou udalosťou s traumatickým potenciálom stabilizovať jej stav, zabrániť prehĺbeniu negatívnych dopadov krízy a zlepšiť prípadne už rozvinutý chronický stav, zmierniť prejavy, ktoré zhoršujú jeho fungovanie.

Suicidálne konanie (suicidálne správanie, suicidálna aktivita): násilné, dobrovoľné a vedomé sebapoškodzujúce konanie s cieľom privodiť si smrť.

Parasuicidálne konanie: sebapoškodzujúce konanie s cieľom niečo ovplyvniť, zmeniť, o ktorom osoba predpokladá, že nebude viesť k smrti.

Sebaobetovanie: suicídium v prospech prežitia iného jednotlivca alebo skupiny.

Akútne suicidálne riziko: oznámený akútny suicidálny úmysel s vysokou pravdepodobnosťou vykonania a rizikom úmrtia.

Plán bezpečnosti pacienta: zoznam zvládacích stratégií a zdrojov podpory počas suicidálnej krízy (varovné signály, kontakt na priateľov, rodinu aj lekára, zabezpečiť bezpečné prostredie, t. j. znížiť potenciál použiť letálnu metódu).

Antisuicidálny kontrakt: dohoda o nespáchaní samovraždy medzi osobou so suicidálnym rizikom a terapeutom, ktorá obsahuje kroky ako bezpečne postupovať pri zvýšení suicidálneho rizika.

Prevenčia:

Suicidalita je závažným problémom verejného zdravia, ktorý zahŕňa v sebe rôzne aspekty a nie je iba problémom medicínskym, ale aj sociálnym, ekonomickým, kultúrnym či politickým problémom. Z tohto dôvodu prevencia suicidalita predstavuje komplexnú úlohu, ktorá si vyžaduje riešenie na individuálnej, komunitnej, regionálnej, ale aj celoštátnej úrovni. Účinnosť preventívnych programov, ktoré vedú k poklesu miery suicidalita, je preukázaná vo viacerých krajinách. Špecializovaná zdravotná starostlivosť pomáha iba tým, ktorí sa k nej dostanú, preto významnú úlohu zohráva osвета zameraná celospoločensky, ale aj cielene na rizikové skupiny (Černák a kol. 2014). Pre prevenciu suicidalita sú nevyhnuté včasné, na dôkazoch založené,

multisektorovo realizované a často ekonomicky nenáročné intervencie. Ide však o dlhodobý aktívny a komplexný proces, ktorý si vyžaduje spoluprácu zainteresovaných partnerov.

Primárna prevencia suicidality: sa zameriava predovšetkým na identifikáciu a odstraňovanie všeobecných rizikových faktorov a na podporu protektívnych faktorov vo všeobecnej populácii. Najohrozenejšími skupinami sú mladí ľudia a seniori, ale aj ľudia s psychickými poruchami, závažnými telesnými chorobami a osoby zbavené osobnej slobody vo väzenských zariadeniach.

Sekundárna prevencia suicidality: má za úlohu včasný záchyt suicidálneho syndrómu a zabránenie rozvoja suicidálneho správania. Na tejto úrovni zohrávajú dôležitú úlohu odborníci na duševné zdravie vrátane VLD a VLDD a dostupnosť špecializovanej (psychiatrickej, psychologickej) starostlivosti a služieb.

Tieto postupy sa zameriavajú najmä na ľudí s psychickými poruchami so zvýšeným suicidálnym rizikom.

Terciárna prevencia suicidality: je v manažmente suicidality tiež veľmi dôležitá a týka sa nielen zmiernenia následkov suicidálneho pokusu, ale sa zameriava aj na blízke osoby pacienta so suicidálnym správaním a pozostalých, pretože ide o vysokotraumatizujúcu udalosť. Zároveň zahŕňa profylaxiu recidív a exacerbácií psychických porúch.

Kvartérna prevencia suicidality: ako prevencia zbytočného a neodôvodneného utrpenia nevyliciteľne chorých pacientov, ktoré môže viesť aj k suicidálnemu správaniu, má byť súčasťou paliatívnej starostlivosti.

Preventívne opatrenia by mali byť zamerané predovšetkým na:

- zvyšovanie povedomia o problematike suicidality, osvetu, destigmatizácia,
- osobnostný rozvoj a podporu životných hodnôt, zmyslu života a sebahodnotenia,
- podporu duševného zdravia, reziliencie a copingových mechanizmov (podporu protektívnych faktorov),
- podporu komunitnej kohézie,
- vytvorenie, implementáciu a koordináciu preventívnych programov,
- redukciu rizikových faktorov pre suicidalitu,
- zákonné obmedzenie dostupnosti letálnych metód (napr. dostupnosť zbraní, zábrany na železničných tratiach, kde sa suicidálne správanie vyskytuje a pod.),
- zvýšený dôraz na spoločenskú zodpovednosť médií pri informovaní o problematike suicidality,
- vzdelávanie profesionálov v manažmente suicidálneho pacienta,
- zabezpečenie dostupnosti odborníkov a služieb v oblasti duševného zdravia (pre osoby so suicidálnym rizikom, pre pozostalých po suicídiu),
- podpora a úprava poskytovania krízových intervenčných služieb,
- výskum, zber a analýza dát v oblasti suicidality.

Epidemiológia:

Suicidalita je globálny fenomén vo všetkých regiónoch sveta, miera suicidality sa však medzi krajinami z rôznych dôvodov líši. Podľa WHO každoročne vo svete v dôsledku suicídia zomrie

približne milión ľudí. Pomer medzi suicídiami a suicidálnymi pokusmi sa predpokladá v rozmedzí 1 : 10 - 40, pričom najnepriaznivejší pomer je v nižšom veku. Zníženie celosvetovej úmrtnosti na samovraždy o jednu tretinu do roku 2030 je ukazovateľom a cieľom trvalo udržateľného rozvoja podľa OSN a komplexného akčného plánu WHO pre duševné zdravie na roky 2013 - 2030. WHO presadzuje, aby krajiny prijali opatrenia na prevenciu suicidality, ideálne prostredníctvom komplexnej národnej stratégie prevencie suicidality (WHO 2021).

Údaje o počte suicídií a suicidálnych pokusov sú získavané štatistickým zisťovaním MZ SR prostredníctvom formuláru *Hlásenie príčin a okolností úmyselného sebapoškodenia ZS*, ktorého zber a spracovanie vykonáva NCZI. Suicídiá hlásia príslušné pracoviská súdneho lekárstva Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Suicidálne pokusy hlásia poskytovatelia zdravotnej starostlivosti poskytujúci zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria, gerontopsychiatria, detská psychiatria, ak poskytli zdravotnú starostlivosť osobe po suicidálnom pokuse.

Predpokladá sa však, že tieto údaje sú z rôznych dôvodov nepresné a skutočný počet suicídií aj suicidálnych pokusov je vyšší ako je počet hlásených prípadov. Jednou z možných príčin vzniku tohto skreslenia údajov je, že sa suicídiá evidujú ako „úmrť na okolnosť s neurčeným úmyslom“. Jedná sa o úmrtia, kde ohliadajúci či pitvajúci lekár nevie presne stanoviť vonkajšiu príčinu úmrtia alebo nemá dostatok dôkazov na to, či sa jedná o násilné úmrtie spôsobené cudzím zaviniením, sebapoškodením alebo úrazom. Napríklad vo Veľkej Británii sú úmrtia s neurčeným úmyslom súčasťou údajov o suicidalite.

Podľa najaktuálnejších údajov NCZI (2023) bolo roku 2022 bolo pracoviskami súdneho lekárstva SR nahlásených 563 suicídií, čo predstavovalo 10,4 prípadov na 100 000 obyvateľov. Miera suicidality napriek miernemu kolísaniu má v SR od roku 1993 mierne klesajúci charakter (Bražinová, 2017). Avšak oproti roku 2021 vzrástol počet samovrážd o 2,7 % a pri porovnaní s rokom 2001 až o 20,8 %. Počet suicídií v roku 2022 bol najvyšší od roku 2016. Dlhodobu majú výraznú prevahu suicídií mužov (v roku 2022: 82,4 %) nad ženami (2022: 17,6).

Ústavné zdravotnícke zariadenia v roku 2022 nahlásili 724 suicidálnych pokusov (13,3 prípadov/100 000 obyvateľov). Oproti roku 2021 vzrástol ich počet o 9,7 %, avšak pri porovnaní s rokom 2001 došlo k poklesu o 19,8 %. V pomernom zastúpení ženy prevyšovali (59,5 %) mužov (40,5 %).

Suicídiá boli najčastejšie zaznamenané vo vekovej kategórii 70 rokov a viac (17,1 prípadov/100 000), ďalej vo vekovej kategórii 50 – 59 rokov (14,9 prípadov/100000), 60 – 69 rokov (14,3 prípadov/100000) a 40 – 49 rokov (12,2 prípadov/100 000). Medziročným porovnaním miery suicídií došlo k najvýraznejšiemu nárastu suicídií u 20 až 29-ročných.

Rovnako ako v predchádzajúcich rokoch, aj v roku 2022, bolo najviac suicidálnych pokusov vo vekovej skupine 15 až 19 rokov, ich počet opakovane stúpa a v období rokov 2008 – 2022 dosiahol nové maximum, a to 148 pokusov (56,4 prípadov/100 000 obyvateľov danej vekovej skupiny). Tri štvrtiny suicidálnych pokusov vo vekovej kategórii 15 – 19 rokov vykonali dievčatá. S väčším odstupom nasledovali suicidálne pokusy vo vekovej kategórii 20 – 29 rokov (19,5 prípadov/100 000), 40 – 49 rokov (13,8 prípadov/100 000) a 50 – 59 rokov (11,1 prípadov/100 000).

Podľa územia trvalého pobytu bolo najviac suicídií v Banskobystrickom kraji, suicidálne pokusy boli najčastejšie zaznamenané v Bratislavskom kraji.

Motív suicídia nebol známy až v 78,9 % a tento parameter medziročne zaznamenal dokonca vzostup. Zo známych motívov prevládali iné vnútorné osobné konflikty a problémy (11,7 %), prípady bez zrozumiteľnej motivácie (vrátane psychotickej) (3,4 %) či konflikty a rodinné problémy (2,8 %).

Motívom suicidálnych pokusov boli predovšetkým konflikty a rodinné problémy (34,7 %), iné vnútorné a osobné konflikty a problémy (26,2 %) a samovražedné pokusy bez zrozumiteľnej motivácie (vrátane psychotickej) (12,7 %). V prípade pokusov detí a mladých ľudí do 19 rokov to boli tiež najčastejšie konflikty a rodinné problémy (34,4 %), iné vnútorné osobné konflikty a problémy (32,2 %), konflikty a školské problémy (16,7 %).

Najčastejším spôsobom vykonania suicídia bolo obesenie, zaškrtenie a zadusenie, skok z výšky a výstrel z ručnej strelnej zbrane. Až tretina osôb bola v čase suicídia pod vplyvom alkoholu alebo inej návykovej látky. Najčastejším samovražedným pokusom bola otrava a priotrávenie sa liekmi a poranenia ostrým predmetom.

Pri suicidálnych pokusoch malo v roku 2022 stanovenú psychiatrickú diagnózu až 70,7 % osôb. Najčastejšie išlo o diagnózu reakcia na ťažký stres a adaptačné poruchy (dg. F43), depresívne epizódy (dg. F32), poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím alkoholu (dg. F10) a recidivujúce depresívne poruchy (dg. F33).

Patofyziológia:

Suicidálne správanie je konečným výsledkom interakcie genetických, psychických, environmentálnych a situačných faktorov, ktorý sa vyvíja v čase. Model stresovej vulnerability je všeobecne uznávaný ako teoretický rámec na pochopenie vývoja suicidálneho správania.

Jedným z najdôležitejších modulátorov ovplyvňujúcich riziko suicidálneho správania je stav duševného zdravia a sebaobraz človeka. Avšak mnohí ľudia trpia psychickými poruchami a prežili traumatizujúce životné udalosti, ale napriek tomu sa u nich suicidálny syndróm nemanifestoval. Z uvedeného dôvodu sa suicidalite venuje mnoho výskumov a na vysvetlenie jej etiopatogenézy boli vypracované rôzne modely. Zahŕňajú rôzne rizikové, ale aj protektívne faktory.

Rizikové faktory pre suicidalitu:

A. Akútne

- Suicidálne myšlienky
- Strata zmyslu
- Beznádej
- Insomnia
- Anxieta, nepokoj, agresia, agitácia
- Pocity hnevu, zlosti a potrestania niekoho (pomsta)
- Porucha kognitívnych funkcií
- Zúžené myslenie, polarizované myslenie
- Pocity hanby a poníženia
- Bezvýchodiskovosť

- Strata sebaúcty
- Extrémna narcistická vulnerabilita
- Nespolupráca v liečbe
- Strata ohľaduplnosti voči iným (nevedomovanie si dôsledkov samovraždy voči iným)
- Zmeny nálady (depresia, zmiešaná afektívna symptomatika)
- Osobnostné zmeny
- Užívanie/Intoxikácia psychoaktívnou látkou
- Prístup k zbrani, k liekom a iným suicidálnym metódam

B. Chronické

- Predchádzajúce suicidálne správanie, TS v minulosti
- Sebapoškodzujúce správanie
- Nedávna hospitalizácia
- Osamelosť, chýbajúca sociálna podpora
- Pozitívna rodinná anamnéza pre suicidalitu a/alebo psychickú poruchu (významnejšie, ak je potrebná hospitalizácia) vrátane konzumu PL
- LBGTQ+ populácia
- Zlé zaobchádzanie v detstve
- Negatívne životné udalosti v detstve
- Stresujúce životné okolnosti (aj očakávané)
- Psychická porucha: **depresívna porucha**, BAP (depresívna, zmiešaná epizóda), **schizofrénia**, mentálna anorexia, **poruchy psychiky a správania v dôsledku užívania/alkoholu a iných psychoaktívnych látok**, poruchy osobnosti (najmä **emočne nestabilná porucha osobnosti, disociálna porucha osobnosti**) v/bez komorbidity s inou psychickou poruchou (**v komorbidite s depresívnou poruchou**) (**úroveň EBM „B“**)
- Telesné ochorenie: neurologické ochorenia (skleróza multiplex, Huntingtonova choroba, traumatické poškodenie mozgu a miechy, záchvatové ochorenia), malignity, HIV/AIDS, vredová choroba, CHOCHP najmä u mužov, chronická dialýza, systémový lupus erythematosus, bolesť, funkčné poškodenie (najmä ak ide o akútne vzplanutie choroby)
- Pokles socioekonomického statusu
- Zlé rodinné vzťahy
- Domáce násilie
- Nezamestnanosť
- Adolescentný, mladý dospelý (vrchol okolo 23. roku života) a vyšší vek (nad 60 rokov)

Protektívne faktory pre suicidalitu:

- Ženské pohlavie
- Manželstvo/partnerský vzťah
- Deti
- Tehotenstvo

- Zodpovednosť za rodinu
- Zodpovednosť za domáceho miláčika
- Viera/spiritualita
- Sociálne zázemie a podpora
- Existujúce zvládacie stratégie, skúsenosť so zvládnutím stresu v minulosti
- Dobrá frustračná tolerancia
- Sociálna zručnosť – schopnosť riešiť sociálne situácie
- Spokojnosť so životom
- Ochota spolupracovať v liečbe
- Pozitívny terapeutický vzťah

Vulnerabilita pre suicidálne správanie sa považuje za rozhodujúci faktor, ktorý určuje, či sa prejaví pod vplyvom vonkajších stresorov. Ukazuje sa, že u niektorých jedincov zahŕňa nielen environmentálne, ale aj genetické faktory a najmä ich vzájomné interakcie. Suicidálne správanie sa zoskupuje v rodinách. Štúdie dvojčiat a adopčné štúdie ukazujú, že genetická výbava môže vysvetliť až 50 % rozptylu suicidálneho správania. Príkladom môže byť pleiotrofia niektorých génov, napr. pre serotonínový transportér alebo monoaminoxidázu (MAO). Caspi et al. preukázali, že u jedincov nesúcich aspoň jednu kópiu alely S, ktorí zažili stresujúce životné udalosti, sa vo veku 21 až 26 rokov zvýšili depresívne symptómy. Okrem toho životné udalosti, ktoré sa vyskytli po 21. roku života, predpovedali depresiu a suicidálne myšlienky alebo suicidálny pokus vo veku 26 rokov u nositeľov alely S, ktorí nemali v minulosti depresiu. Aj metaanalýza, do ktorej bolo zahrnutých 54 publikovaných štúdií, ukázala silný dôkaz o súvislosti medzi alelou S a zvýšenou citlivosťou na stres v prípade zlého zaobchádzania v detstve. Aj niektoré závažné podtypy psychických porúch odrážajú genetické riziká. Suicidalita sa však vyskytuje aj pri klinickej absencii psychických porúch, u nich sa výskumy zameriavajú napríklad na koncentrácie kortizolu, funkčné zobrazovacie vyšetrenia mozgu. Výsledky výskumov sa môžu stať mimoriadne dôležitým podkladom pre manažment suicidalít ako biomarkery pre diagnostiku, liečbu a tiež prevenciu.

Klasifikácia suicídií a suicidálnych pokusov:

- A. Podľa **motivácie** je možné charakterizovať niekoľko **typov suicídií a suicidálnych pokusov**:

Biické: motívom je vyriešiť neriešiteľný problém, jedinec sa domnieva, že sa prebudí v novom, lepšom svete, kde problém, ktorý ho trápi neexistuje.

Bilančné: motív vychádza z racionálneho rozhodnutia v reálnej životnej situácii (napr. neznesiteľnú bolesť, nevyliciteľné ochorenie, neriešiteľnú životnú situáciu a pod.).

Pseudobilančné: jedinec sa pre samovraždu rozhodne v dôsledku tzv. „tunelového videnia“ – vníma len svoj neriešiteľný problém.

Patické (patologické): vyskytuje sa pri psychických poruchách.

Demonštratívne: motívom je upozorniť na nejaký životný problém, nie je reálny úmysel zomrieť (môže končiť smrťou), tzv. volanie o pomoc.

Účelové: motívom je vyriešiť nejaký životný problém (jedinec sa hovorením o suicídiu snaží dosiahnuť svoj uvedomovaný cieľ).

Skratové: motívom je čo najrýchlejšie vyriešiť problémovú životnú situáciu (chýba boj motívov v konaní).

Rozšírené: jedinec okrem seba privodí smrť aj iným osobám.

Suicidálna dohoda: dohoda medzi dvoma a viacerými osobami o spoločnej samovražde.

B. Podľa **dĺžky trvania** rozoznávame: akútne a chronické (môže kolísať v intenzite) suicidálny syndróm.

Klinický obraz:

Pri vývoji suicidálneho syndrómu je možné pozorovať niekoľko stavov s odlišným suicidálnym rizikom:

1. Suicidálne myšlienky: nemajú konkrétny obsah, jedinec sa im bráni.
2. Suicidálne tendencie: jedinec sa im nebráni, má k nim pasívny ambivalentný postoj.
3. Suicidálne úvahy: jedinec sa stotožňuje s myšlienkou ukončiť život.
4. Rozhodnutie o realizácii suicídia: „fáza plató“ - zmierenie s ukončením života, paradoxné zlepšenie psychického stavu.
5. Realizácia suicídia.

Podľa niektorých autorov je možné v rámci vývoja suicidálneho syndrómu pozorovať viacero stavov, ktoré tvoria kontinuum medzi neprítomnosťou suicidálneho rizika a suicídiom. Ich identifikácia umožní lepšie posúdiť mieru suicidálneho rizika.

Kontinuum suicidality podľa Maris, Berman, Silverman, 2000:

Najnižšie riziko suicídia	Nesuicidálny
	Suicidálne ideácie (prechodné, fluktuujúce)
	Suicidálne ideácie (chronické)
	Suicidálne gestá
	Difúzny rizikový životný štýl
	Suicidálny plán (vágny, neletálny)
	Suicidálny plán (konkrétny, letálny)
	Nízko letálny samovražedný pokus
	Vysoko letálny samovražedný pokus
Najvyššie riziko suicídia	Suicídium

Pri posudzovaní suicidálneho rizika je potrebné sa zamerať nielen na identifikáciu rizikových a protektívnych faktorov, ale súčasne aj **varovných signálov**, ktoré zvyčajne niekoľko hodín až dní predchádzajú suicidálnemu správaniu. Ide o akútne príznaky, upozorňujúce na zvýšené

riziko suicidálneho správania, najmä u pacientov s inými rizikovými faktormi (zvlášť významné sú prvé 3 položky):

- rozprávanie alebo písanie o smrti alebo samovražde,
- vyhrážanie poranením sa alebo samovraždou,
- hľadanie spôsobov, ako sa zabiť; hľadanie prístupu k tabletkám, zbraniam alebo iným prostriedkom,
- záujem o smrť alebo násilie,
- zapájanie sa do riskantných aktivít zdanlivo bez uváženia,
- odovzdávanie cenných vecí iným (pre ktoré neexistuje iný dôvod),
- separácia od blízkych, snaha mať od nich pokoj, lúčenie sa s nimi,
- dramatické zmeny nálady (aj náhle upokojenie sa),
- náhle zvýšenie konzumu alkoholu alebo drog,
- zmena bežnej rutiny vrátane stravovacích návykov a spánku.

Rovnako dôležité je identifikovať príznaky **Ringelovho presuicidálneho syndrómu**, ktorý sa tiež spája s vysokým akútnym rizikom suicidálneho správania:

- Zúženie subjektívneho priestoru: obmedzenejšie prežívanie a vnímanie, jednostranné vnímanie reality, človek sa cíti zavalený, izoluje sa, ochudobňuje sociálne vzťahy, je osamelý, úzkostný, bezmocný.
- Zablokovaná agresivita alebo jej obrátenie voči sebe: postihnutý je stále viac presvedčený, že nemá kvality ani schopnosti, ktoré by mal mať, sám zavinil celú situáciu, z ktorej nie je východiska.
- Suicidálne fantázie: predstava vlastnej smrti, fantazírovanie o vlastnom pohrebe a reakciách blízkych naň.

Cesta pacienta so suicidálnym syndrómom v systéme zdravotnej starostlivosti

1. Identifikuj suicidálny úmysel (postupuj podľa schémy Suicidálny pacient 1):

- **Zisti, či je pacient intoxikovaný psychoaktívnou látkou**, zabezpeč observáciu pacienta v bezpečnom prostredí do odznenia intoxikácie a opätovne zisti, či pretrváva suicidálny úmysel.

2. Vyhodnoť aktuálne suicidálne riziko na základe posúdenia faktorov (postupuj podľa schém Suicidálny pacient 1 a 2):

a. Aké má pacient pranie zomrieť:

- a) aktívne si chce ublížiť,
- b) pasívne odmieta liečbu ochorenia – zisti, či je prítomná psychická porucha – v prípade jej neprítomnosti posúď prítomnosť varovných signálov, rizikových faktorov, protektívnych faktorov – zabezpeč bezpečnú a podpornú životnú situáciu formou psychoterapie a/alebo ambulantnej psychiatrickej starostlivosti.

- b. **Ako dlho trvá suicidálny úmysel:** či je akútny, alebo chronický a aká je jeho intenzita/tendencia k realizácii suicídia.

*Ak má pacient chronické suicidálne myšlienky a/alebo sebapoškodzovanie bez predchádzajúcich medicínsky závažných suicidálnych pokusov, vždy je potrebné vyhodnotiť mieru suicidálneho rizika (úroveň EBM „C“). Ak nie je prítomný akútny stresor (úroveň EBM „D“), je zabezpečená bezpečná a podporná životná situácia a prebieha ambulantná psychiatrická starostlivosť → **AMBULANTNÁ LIEČBA JE VHODNEJŠIA AKO HOSPITALIZÁCIA.***

- c. **Aká je závažnosť suicidálneho úmyslu:** či sú prítomné suicidálne myšlienky, suicidálne tendencie alebo pacient realizoval suicidálny pokus. Po suicidálnom pokuse je potrebné posúdiť potrebu somatickej starostlivosti a ak je indikovaná, poskytovať ju v bezpečnom prostredí. Po zlepšení/stabilizácii stavu sa má opätovne vyhodnotiť aktuálne riziko suicidálneho konania.

Na vyhodnotenie závažnosti suicidálneho rizika je možné použiť aj štandardizované psychometrické inštrumenty. K vhodným patrí napr. Kolumbijská škála pre hodnotenie závažnosti suicidality (špeciálny doplnok štandardu č. 1), ktorá je všeobecne akceptovaným, na dôkazoch založeným nástrojom na hodnotenie suicidálneho rizika, ktorý využíva jednoducho formulované otázky, ktoré môže položiť ktokoľvek. Výsledky pomáhajú zdravotníckemu pracovníkovi zhodnotiť mieru rizika ohrozenia suicídiom, posúdiť závažnosť a bezprostrednosť tohto rizika a určiť ďalší postup. Pozostáva z piatich otázok týkajúcich sa suicidálnych myšlienok (zvyšujúcich sa v závažnosti) za posledný mesiac plus jednej otázky týkajúcej sa celoživotného suicidálneho správania.

- d. **Aký má charakter suicidálna aktivita:**

a) Pri **patologickej motivácii** suicidálnej aktivity je potrebné vyhodnotiť kompletný klinický obraz a stanoviť diagnózu psychickej poruchy. Ďalej sa postupuje podľa príslušného ŠDTP pre zistenú psychickú poruchu.

b) Pri **inom charaktere suicidálnej aktivity** (postupuj podľa schémy 3. Iný charakter suicidálnej aktivity) a vyhodnoť:

- o aký typ suicidálnej aktivity išlo,
- **prítomnosť varovných signálov, rizikových a protektívnych faktorov,**
- kompletný klinický obraz, diagnosticky posúď prítomnosť psychickej poruchy a v prípade jej zistenia postupuj podľa príslušného ŠDTP pre zistenú psychickú poruchu.

3. Navrhni adekvátnu intervenciu (s cieľom znížiť suicidálne riziko):

INTERVENCIE

Vždy je nutná intervencia, nepostačí pacientovi ponúknuť jej bezbariérovú dostupnosť (úroveň EBM „A“).

Potrebné je **vyhodnotiť prítomnosť a klinický obraz psychickej poruchy, ktorá viedla k suicídálnej aktivite a postupovať podľa príslušného ŠDTP** (postupuj podľa schémy 2. Patologický charakter suicídálnej aktivity).

Zároveň vyhodnotiť aj **prítomnosť psychopatologických a telesných príznakov s vysokým potenciálom prispieť k pretrvávaniu suicídálneho úmyslu** a zároveň s negatívnym vplyvom na priebeh krízovej intervencie (intrapsychická tenzia, psychomotorický nepokoj, hypo/insomnia, úzkosť, agitovanosť, agresia, vegetatívne príznaky). V prípade ich prítomnosti **zvážiť podanie psychofarmaka** na ich ovplyvnenie (postupuj podľa schémy 3. Iný charakter suicídálnej aktivity).

Následne je možné u pacienta so suicídálnym úmyslom **realizovať krízovú intervenciu** (Vodáčková et al. 2012, Brož a Vodáčková 2015).

Po úspešnej krízovej intervencii, keď dôjde k redukcii suicídálneho rizika:

Ak sú u pacienta prítomné suicídálne myšlienky a tendencie bez suicídálneho plánu

Silne zastúpené sú protektívne faktory, možno ovplyvniť modifikovateľné rizikové faktory

→ **POSTAČÍ AMBULANTNÁ INTERVENCIA: zameranie sa na redukcii symptómov, odovzdanie kontaktu na pohotovostnú službu, dostupnú krízovú intervenciu a odporučiť ambulatnú psychiatrickú kontrolu.**

Ak sú u pacienta prítomné suicídálne myšlienky so suicídálnym plánom, ale bez suicídálnych tendencií:

Rizikové faktory prevyšujú protektívne, ale aspoň niektoré protektívne faktory sú prítomné

→ **HOSPITALIZÁCIA MÔŽE BYŤ NEVYHNUTNÁ: pri rozhodovaní je potrebné zvážiť charakter rizikových faktorov a dostupnosť krízovej intervencie, možnosť vypracovať plán bezpečnosti pacienta.**

Ak sú u pacienta prítomné suicídálne myšlienky so suicídálnym plánom a so suicídálnymi tendenciami:

→ **HOSPITALIZÁCIA JE NEVYHNUTNÁ (aj nedobrovoľná, ak pacient nepodpíše informovaný súhlas – podľa príslušného ŠOP/ŠDTP): do redukcie suicídálneho rizika.**

U pacienta po suicídálnom pokuse (aj prerušenom), ak je prítomný aspoň jeden z uvedených faktorov:

- sú prítomné psychotické symptómy,
- jednalo sa o násilný pokus, takmer letálny, vopred plánovaný,
- pacient sa zabezpečil, aby predišiel záchrane,
- pretrvávajú suicídálne tendencie,
- pacient je nekritický k suicídálnemu pokusu, ľutuje záchranu,
- prítomnosť psychickej poruchy (najmä jej vzplanutie alebo suicídálne myšlienky), vek nad 45 rokov, mužské pohlavie,

- pacient má nedostatočnú podporu rodiny a/alebo sociálneho prostredia, vrátane nestabilnej životnej situácie,
- impulzívne správanie, ťažká agitácia, nízka kritickosť alebo zjavné odmietanie pomoci,
- zmena duševného stavu metabolickej, toxickéj, infekčnej alebo inej etiológie, ktorá si vyžaduje ďalšiu štruktúrovanú zdravotnú starostlivosť,
- v prípade samovražedných myšlienok, ak má pacient:
 - špecifický plán s vysokou letalitou,
 - silný samovražedný úmysel (suicidálne tendencie)

→ HOSPITALIZÁCIA JE NEVYHNUTNÁ (aj nedobrovoľná, ak pacient nepodpíše informovaný súhlas – podľa príslušného ŠOP/ŠDTP).

U pacienta so suicidálnymi myšlienkami, ak je súčasne prítomná (postačí jeden z uvedených faktorov):

- psychotická porucha (imperatívne halucinácie),
- závažná psychická porucha,
- predchádzajúci suicidálny pokus/y, najmä ak boli medicínsky závažné,
- potenciálne prirážajúca komorbidita (napríklad akútne neurologické ochorenie, rakovina, infekcia),
- nedostatočná odpoveď, príp. nemožnosť spolupracovať v ambulantnej alebo v parciálnej ústavnej liečbe,
- potreba kontrolovania užíwanej medicíny alebo ECT,
- potreba sledovania, klinických testov alebo diagnostických postupov, ktorá si vyžaduje štruktúrovaný prístup,
- nedostatočná podpora rodiny a/alebo sociálneho prostredia, vrátane nestabilnej životnej situácie,
- nekvalitný terapeutický vzťah a nedostupnosť včasnej ambulantnej kontroly,
- absencia suicidálneho pokusu alebo suicidálnych myšlienok / plánov / tendencií, ale pri psychiatrickom vyšetrení a/alebo heteroanamnéza naznačuje vysoké suicidálne riziko, príp. akútne zvýšené suicidálne riziko

→ HOSPITALIZÁCIA MÔŽE BYŤ NEVYHNUTNÁ (aj nedobrovoľná, ak pacient nepodpíše informovaný súhlas – podľa príslušného ŠOP/ŠDTP)

U pacienta po suicidálnom pokuse alebo v prípade prítomnosti suicidálnych myšlienok / plánu, ak:

- suicidalita je reakciou na akútnu nepriaznivú životnú udalosť (napríklad neúspešná skúška, problémy vo vzťahu), najmä ak už pacient zmenil svoj postoj k situácii,
- plán/metóda a tendencie majú nízku letalitu,
- pacient má stabilnú a podporujúcu životnú situáciu,
- pacient je schopný spolupracovať a realizovať odporúčania, príp. antisuicidálny kontrakt, ktorý je súčasťou prebiehajúcej liečby

→ PREPUSTENIE DO DOMÁCEHO PROSTREDIA PO EDUKÁCIÍ A S ODPORÚČANIAMÍ ĎALŠIEHO POSTUPU

Nefarmakologické intervencie

Krátke terapeutické intervencie ako sú psychoterapia, case management, podporné telefonické a internetové služby zamerané na príznaky samovraždy:

- Plán bezpečnosti pacienta
- Reštrikcia prístupu k liekom, alkoholu, drogám, zbraniam a pod. (pacientovi nepredpisovať väčšie množstvo liekov)
- Psychoterapia (vrátane antisuicidálneho kontraktu, krízovej intervencie)
- Liečebný plán (vrátane možnosti telefonického, príp. písomného kontaktu s lekárom, linky dôvery)
- Zabezpečenie dostupnosti adekvátnej liečby psychických porúch a telesných ochorení
- Edukácia o potrebe spolupráce pri liečbe (vrátane nástupu účinku, kontinuálnej liečby a pod.)

Krízová intervencia u pacienta so suicidálnym úmyslom

Cieľ: dostať pacienta do stavu rovnováhy v rámci krátkodobého terapeutického/intervenčného procesu, aby sme sa dostali k základným problémom, ktoré sú bázou pre jeho suicidálny úmysel.

Základné časti krízovej intervencie:

1. Vybudovanie terapeutického vzťahu s pacientom.
2. Pochopenie situácie (problému).
3. Uvoľnenie emócií a zmiernenie úzkosti, príp. iných príznakov.
4. Mobilizácia sociálnej siete.
5. Orientácia v realite a hľadanie alternatívnych riešení problému.
6. Edukácia a presný plán, kde hľadať pomoc, keby sa situácia zhoršila.

Zásady práce s pacientom so suicidálnym úmyslom:

- O samovražde hovor otvorene, pýtaj sa priamo na samovraždu a na samovražedný plán.
- Naviaž s pacientom čo najlepší kontakt a ponúkni mu vo vzťahu s ním bezpečie. Buď s pacientom, sprevádzaj ho, poskytni mu dostatok času. Hovor pomaly, zrozumiteľne, jednoduchým jazykom, dôležité informácie zopakuj. Kontroluj svoj hlas aj reč svojho tela.
- Pacienta rešpektuj, aj keby pretrvával jeho suicidálny úmysel. Každý má právo sa rozhodnúť. Nevytváraj nátlak. Nevyhováraj pacientovi právo na smrť.
- Buď na strane života, otvorený hovoriť o smrti a dozvedieť sa o nej čo najviac.
- Pýtaj sa na to, čo má pacientovi smrť priniesť, čo od nej očakáva.
- Hovor o konečnosti a nezvratnosti smrti.

- Pýtaj sa, kto ho nájde, za akých okolností, čo bude ďalej – pracuj s týmito obsahmi ďalej.
- Začni rozširovať jeho percepčné pole pomocou dialógu.
- Objavujte alternatívne (aj neobvyklé) riešenia ako zmierniť jeho utrpenie (zúfalstvo, bolesť, paniku, beznádej, strach a pod.). Zmenši totalitu v pacientovom uvažovaní – princíp všetko alebo nič nahradzte alternatívnymi možnosťami.
- Hľadajte oporné body v pacientovom živote (napr. rodina, domáce zvierata, práca...).
- Samovražedný čin je možné odložiť a dať šancu inému riešeniu, ktoré v tejto chvíli pacient nemusí ešte vidieť.
- Vyhni sa moralizovaniu, hodnoteniu, nevyzývaj pacienta k zodpovednosti za ostatných a pod., pokiaľ o tom sám nehovorí.
- Sústreď sa na príbeh pacienta, povzbudzuj ho k vyjadrovaniu emócií, poskytni mu pre ne bezpečný rámec (emočné prijatie).
- Pýtaj sa na to ako pacient v minulosti prekonal životné krízy (ako to riešil v minulosti?) – veď ho k tomu, aby si spomenul na vlastné zdroje (čo je v jeho silách?), zdroje pomoci z okolia, aj na konečnosť ťaživej situácie.
- Zváž možnosť uzavrieť Antisuicidálny kontrakt (príp. iba verbálny, potvrdený pohľadom do očí a podaním ruky; je vhodné, aby písomnú formu Antisuicidálneho kontraktu realizoval iba v tejto oblasti skúsený odborník) alebo vypracovať Plán bezpečnosti pacienta (príloha 1, 2).

Farmakologické intervencie

Akútna intervencia po suicidálnom pokuse s cieľom zabezpečiť kroky vedúce k záchrane a obnove života (obnova životných funkcií, kardiopulmonálna resuscitácia), v prípade potreby zabezpečiť konziliárne vyšetrenia alebo intervencie.

Pozitívne ovplyvniť intrapsychickú tenziu a spánok.

Adekvátne liečba psychických porúch a telesných ochorení, ktoré vedú k suicidálnemu správaniu.

Zvážiť riziko v. benefit predpisovanej liečby (TCA, BZD vs SSRI /bezpečné, antiimpulzívne/, lítium, klozapín /**majú EBM potvrdený antisuicidálny účinok**/, ECT). Výber medikácie realizovať s ohľadom na jej toxický potenciál pri predávkovaní (myslieť aj na možnosť potenciácie účinku pri kombinácii s alkoholom). Nepredpisovať rizikové množstvá liekov.

Pri agitovanosti, agresívnom správaní alebo psychotickej poruche je potrebná akútna sedácia (môže byť parenterálna forma) (**úroveň EBM „C“**). Potrebné je zistiť či pacient nie je intoxikovaný CNS tlmivou látkou a či nemá alergiu na podávaný liek.

Po suicidálnom pokuse liekmi má byť primárne riešený somatický stav, pacient má byť umiestnený v bezpečnom prostredí.

Hospitalizácia

Potrebné zabezpečiť bezpečnosť pacienta (zvýšený dozor), adekvátnu liečbu a opakované hodnotenie miery suicidálneho rizika. V prípade, ak pacient s hospitalizáciou nesúhlasí a

nepodpíše informovaný súhlas – ďalší postup podľa príslušného ŠOP pri nedobrovoľnej hospitalizácii (Hospitalizácia bez informovaného súhlasu).

Po prepustení z hospitalizácie (postupuj podľa schémy 4. Prepustenie z hospitalizácie) má mať pacient zabezpečené kontrolné ambulantné vyšetrenie v priebehu prvého týždňa (**úroveň EBM „A“**). Vhodné je, aby mal pacient pri prepustení z hospitalizácie zabezpečený aj doprovod blízkej osoby a aby bol spolu s doprovodom pri prepúšťaní z hospitalizácie edukovaný o ďalšom postupe (liečbe, liečebnom režime, odporúčaníach, kontrolných vyšetreniach – u ambulantného psychiatra, všeobecného lekára, postupe pri objavení sa suicidálneho rizika a pod.). Rovnako vhodné je o prepustení pacienta informovať jeho ambulantného psychiatra, oznámiť mu telefonický kontakt pacienta a dohodnúť pre pacienta termín kontrolného vyšetrenia. Pokiaľ sa naň nedostaví, je potrebné, aby sa ho ambulantný psychiater pokúsil telefonicky kontaktovať a posúdil suicidálne riziko (**úroveň EBM „D“**). Uvedené informácie (aj úspešný, či neúspešný pokus o kontaktovanie pacienta) je potrebné zaznamenať v zdravotnej dokumentácii pacienta (aj v prepúšťacej správe z hospitalizácie).

Pri prepustení z hospitalizácie

Samovražedný úmysel nie je prítomný.
Akútna samovražedná kríza sa zredukovala.
Zdravotný stav pacienta je stabilizovaný.
Pacient nie je pod vplyvom alkoholu alebo drogy.
Pacient nemá prístup k zbraňam, prístup k poškodzujúcim predmetom je kontrolovaný.
Kontakt s rodinou/blízkymi osobami bol nadviazaný a boli edukovaní o postupe.
V ideálnom prípade bola zabezpečená sociálna podpora, ktorá bude kontaktovať pacienta nasledujúci deň po prepustení.
Informovaný bol ambulantný psychiater.
Pacient bol edukovaný o ďalšom postupe (liečbe, liečebnom režime, odporúčaníach, kontrolných vyšetreniach – u ambulantného psychiatra, všeobecného lekára, postupe pri objavení sa suicidálneho rizika a pod.) a odovzdané mu boli kontakty.
Pacient je nastavený na liečbu psychickej poruchy, ktorými trpí.

Edukácia pacienta v ambulantnej liečbe a blízkych osôb

Pre pacienta	
Porozumieť suicidálnemu riziku	Vysvetliť pacientovi, že je potrebné absolvovať vyšetrenie zamerané na hodnotenie suicidálneho rizika.
Rozpoznať varovné signály a rizikové faktory	Potrebné je spolu s pacientom identifikovať a vysvetliť mu varovné signály a rizikové faktory, tiež možnosť ich modifikovať.
Užívať lieky podľa odporúčania	Vysvetliť pacientovi, aby nevysadil lieky bez konzultácie s lekárom, vysvetliť mu latenciu nástupu účinku liekov, pripraviť ho na možné NÚL, manažovať NÚL, podporiť ho

	v užívaní liekov podľa odporúčania lekára, umožniť konzultáciu v prípade neistoty.
Nekonzumovať alkohol alebo iné psychoaktívne látky	Vysvetliť pacientovi, že alkohol alebo iné psychoaktívne látky môžu mať potenciujúci (dezinhibičný) vplyv na samovražedné myšlienky a správanie, preto sa ich konzumu treba vyvarovať.
Zostať v kontakte s pacientom	Pripraviť spolu s pacientom plán kontrolných vyšetrení a vysvetliť mu, že bude s lekárom spolupracovať dlhší čas, kým ho správne nastaví na liečbu a bude sa cítiť v poriadku.
Komunikovať s psychiatrom	Vysvetliť pacientovi, že je dôležité lekára informovať o zdravotných ťažkostiach, NÚL, všetkých užívaných liekoch aj výživových doplnkoch, alergiách, otvorene s ním diskutovať o samovražedných myšlienkach. V prípade zhoršenia stavu, príp. otázok, čo najskôr kontaktovať svojho lekára.
Pre blízke osoby – napr. rodiča/doprovod/opatrovateľa	
Poznať varovné signály a rizikové faktory Klástť otázky Ponúkať podporu Reagovať okamžite, ak sa niekto pokúsi o samovraždu	Ponúknuť možnosti hovoriť o samovražedných pocitoch môže znížiť riziko samovraždy. Klástť priame otázky o samovražde. Počúvať pozorne. Neprerušovať. Ubezpečiť, že veci sa môžu zlepšiť a sú aj iné spôsoby ako sa dá situácia riešiť. Vysvetliť, že alkohol alebo iné psychoaktívne látky môžu mať potenciujúci (dezinhibičný) vplyv na samovražedné myšlienky a správanie, preto sa ich konzumu treba vyvarovať. Vyhľadať pomoc profesionála.

4. Dokumentuj

Po celý čas je potrebné dokumentovať diagnosticko-terapeutický proces:

- Popísať aktuálny stav.
- Zhodnotiť suicidálne riziko.
- Zapísať, kto sa spolupodieľal na hodnotení rizika (vrátane blízkych pacienta a iných lekárov).
- Zaznamenať všetky intervencie, ich priebeh a ďalšie inštrukcie (vrátane edukácie pacienta a jeho blízkych).

V prípade dokončeného suicídia v ústavnom zdravotníckom zariadení (ÚZZ) lekár:

- zabezpečiť, aby sa s telom nemanipulovalo,
- privolať obhliadajúceho lekára,
- informuje vedúceho pracovníka ÚZZ,
- zabezpečí vyplnenie hlásenia ŠU SR „Hlásenie príčin a okolností úmyselného sebapoškodenia“ a následne ho odovzdá vedúcemu pracovníkovi ÚZZ,

– zabezpečí bezodkladné hlásenie suicídia Polícii SR.

Prognóza

Prognóza závisí od príčiny, primárnej psychickej poruchy, ktorá sa prejavuje suicidálnym konaním a tiež od možnosti redukovať rizikové a podporiť protektívne faktory.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Špecializovanú starostlivosť o pacienta so suicidálnym syndrómom poskytujú najmä psychiatri a klinickí psychológovia v rámci poskytovania ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa závažnosti suicidálneho rizika a prítomnosti psychickej poruchy a/alebo telesnej komorbidity. Táto špecializovaná starostlivosť je bezbariérová. Prvým kontaktom však môže byť ktorýkoľvek zdravotnícky pracovník, predovšetkým však VLD alebo VLDD, psychológ alebo psychoterapeut.

Ďalšie odporúčania

Vzhľadom k tomu, že najúčinnjšou stratégiou je zamerať sa na prevenciu suicidality na všetkých jej úrovniach, potrebné je pristupovať k nej komplexne v jednotlivých rezortoch a kompetenciách. V záujme humanizácie zdravotnej starostlivosti je dôležitý nediskriminujúci, nestigmatizujúci, nemoralizujúci a vysokoodborný prístup všetkých osôb zapojených do manažmentu suicidálneho správania, preto je potrebné rozšíriť edukačné aktivity a osvetu, rozširujúce vzdelanie v tejto oblasti.

Mimo rezort zdravotníctva je potrebné zamerať pozornosť aj na:

Rezort školstva: zamerať sa na podporu činnosti školských psychológov, učiteľov, vytvoriť peer skupiny, systematicky pracovať s ohrozenými skupinami (krízové poradenstvo pri rozvodoch a porozvodová problematika, závislosti).

Rezort sociálnej práce: zamerať sa na ohrozené skupiny ako sú dlhodobo nezamestnaní, seniori, osamelí ľudia.

Rezort dopravy: identifikovať rizikové miesta z hľadiska výskytu suicidálneho správania na železničiach a vybudovať ochranné bariéry.

Rezort vnútra: organizovať workshopy o presuicidálnych prejavoch pre pracovníkov rezortu a príslušníkov Policajného zboru .

Zbor väzenskej a justičnej stráže: organizovať workshopy o presuicidálnych prejavoch a aktivity zamerané na prevenciu suicidality.

Mimovládne organizácie: podporiť a koordinovať aktivity zamerané na prevenciu suicidality.

Médiá: regulovať reporting o suicidality a prezentáciu alternatívnych riešení kríz. Nepísať o presnom mieste a spôsobe samovraždy, nepoužívať termíny ako „neúspešná“ samovražda, vyhnúť sa grafickým zobrazeniam a vždy uvádzať informáciu o pomoci s uvedením kontaktu na linku dôvery.

Špeciálne doplnky štandardu

č. 1 Kolumbijská škála pre hodnotenie závažnosti suicidality (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)*

- č. 2 Antisuicídálny kontrakt
- č. 3 Plán bezpečnosti pacienta

schémy:

1. Suicídálny pacient I.
2. Patologický charakter suicídálnej aktivity
3. Iný charakter suicídálnej aktivity
4. Prepustenie z hospitalizácie

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

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

Literatúra

1. Cassell DL, Wilson P. Suicide Risk Management. Presbyterian Healthcare Services, 2018 [online]. Dostupné na: www.PHSCareModel.org.
2. Celder J., Priščáková A., Zelman M. ŠOP: Lekársky manažment suicídálneho pacienta. PN Hronovce, 2009.
3. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y et al.: Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry. 2003;160(11 Suppl):1-60.
4. SAFE-T: Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage [online]. Dostupné na: <https://store.samhsa.gov/product/SAFE-T-Pocket-Card-Suicide-Assessment-Five-Step-Evaluation-and-Triage-for-Clinicians/sma09-4432>.
5. The Assessment And Management Of People At Risk Of Suicide. For Emergency Departments and Mental Health Service Acute Assessment Settings. 2003. New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health.
6. Weber AN, Michail M, Thompson A, Fiedorowicz JG. Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. Med Clin North Am. 2017;101(3):553-571.
7. Vodáčková D. et al. Krizová intervence. 3. vydanie. Praha: Portál, 2012, 544.
8. Brož F., Vodáčková D. Krizová intervence v kazuistikách. Praha: Portál, 2015, 168.
9. WHO. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
10. HMG/DH. Preventing suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives 2012 [online]. Dostupné na: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/430720/Preventing-Suicide-.pdf
11. World Health Organization 2021: Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Executive summary. [online]. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341816/9789240027732-eng.pdf>
12. Turecki, G., Brent, D. A. Suicide and Suicidal Behavior. Lancet, 387, 2016, 1227-1239.
13. Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D. et al. Suicide and suicide risk. Nature Reviews Disease Primers, 5, 2019, 74.

14. Ferrari A.J., et al. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*. 2014 Apr 2;9(4):e91936.
15. Conejero, I. et al. *Suicide in older adults: current perspectives*. *Clin Interv Aging*. 2018 Apr 20;13:691-699.
16. Saini P., et al. *A Case Series Study of Help-Seeking among Younger and Older Men in Suicidal Crisis*. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 8;18(14):7319.
17. Ringel, E. The presuicidal syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6, 1976, s.131-145.
18. Černák P, Minárik P. et al. *Samovražda*. *Trendy súčasnej psychiatrie*. Bratislava: Grifis Print s.r.o.; 2014: 204.
19. NCZI. **Samovraždy a samovražedné pokusy v Slovenskej republike 2022** [online]. Dostupné na: https://data.nczisk.sk/statisticke_vystupy/Samovrazdy_samovrazedne_pokusy/Samovrazdy_a_samovrazedne_pokusy_v_SR_2022.pdf.
20. Brazinova A, Moravansky N, Gulis G, Skodacek I. Suicide rate trends in the Slovak Republic in 1993-2015. *Int J Soc Psychiatry*. 2017 Mar;63(2):161-168 [online]. Dostupné na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28114844/>.
21. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003 Jul 18;301(5631):386-9. doi: 10.1126/science.1083968. PMID: 12869766.
22. Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. Guilford Press. 650. ISBN 1-57230-541-X.

Špeciálny doplnok štandardu č. 1: Kolumbijská škála pre hodnotenie závažnosti suicidality

Kolumbijská škála pre hodnotenie závažnosti suicidality (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)			ÁNO	NIE
Polož otázky č. 1 a 2:			posledný mesiac	
ŽELANIE ZOMRIEŤ	1	Želáte si, aby ste boli mŕtvy alebo aby ste zaspali a nezobudili sa?		
SUICIDÁLNE MYŠLIENKY	2	Máte samovražedné myšlienky?		
Ak je na otázku č. 1 odpoveď ÁNO, spýtaj sa otázky č. 3, 4, 5 a 6; ak odpoveď NIE, spýtaj sa priamo otázku č. 6				
SUICIDÁLNA METÓDA	3	Premýšľali ste o tom, ako by ste to mohli urobiť?		
SUICIDÁLNY ÚMYSEL	4	Keď ste mali tieto myšlienky, mali ste v úmysle podľa nich aj konať?		
ŠPECIFICKÝ PLÁN	5	Začali ste uskutočňovať tieto myšlienky? Rozmýšľali ste nad detailmi ako sa zabiť? Plánujete realizovať tento plán?		
			počas života	
SUICIDÁLNE SPRÁVANIE	6	Už ste niekedy urobili niečo, začali ste robiť niečo alebo ste boli pripravený urobiť niečo, aby ste ukončili svoj život?		
Ak, ÁNO, spýtaj sa:			posledné 3 mesiace	
ČASOVÝ RÁMEC	7	Bolo to počas posledných 3 mesiacov?		

Vyhodnotenie odpovedí	Riziko	Intervencie
ÁNO na otázku č. 1 alebo 2	nízke	Vyhodnoť prítomnosť rizikových a protektívnych faktorov.
ÁNO na otázku č. 3 alebo 6 (pred viac ako 3 mesiacmi)	stredné	Posúď bezpečnosť pacienta a zväž hospitalizáciu.
ÁNO na otázku č. 4, 5 alebo 6 (pred menej ako 3 mesiacmi)	vysoké	Zabezpeč bezpečnosť pacienta a hospitalizuj ho.

Špeciálny doplnok štandardu č. 2: Antisucidálny kontrakt

Antisucidálny kontrakt

Dohoda o nespáchaní samovraždy

Ja, _____, týmto prehlasujem, že si nijako neublížim, nepokúsím sa o samovraždu, ani nespáчам samovraždu.

Ďalej prehlasujem, že keď budem mať niekedy myšlienky na samovraždu, ktoré sú silnejšie, ako dokážem vlastnou vôľou zvládnuť, podniknem nasledujúce kroky:

1. pripomeniem si, že za žiadnych okolností si nikdy nemôžem nijako úmyselne ublížiť, pokúsiť sa o samovraždu alebo spáchať samovraždu,
2. zavolám na tel. č. 155 (tiesňová linka pomoci...), ak si myslím, že mi bezprostredne hrozí, že si ublížim,
3. zavolám na ktorékoľvek alebo na všetky nasledujúce čísla, aj keď bezprostredne nehrozí, že si ublížim, ale mám samovražedné myšlienky (môj vlastný zoznam „bezpečnostných“ mien, čísiel, adries a akýchkoľvek ďalších relevantných kontaktných informácií uvedených v Zozname bezpečnosti pacienta, ktoré ma ochránia),
4. budem telefonovať s toľkými ľuďmi a dovedty, koľko bude potrebné, kým moje samovražedné myšlienky neustúpia.

Podpis

dátum

Svedok

dátum

Špeciálny doplnok štandardu č. 3: Plán bezpečnosti pacienta

PLÁN BEZPEČNOSTI PACIENTA

Krok 1: Varovné signály (myšlienky, predstavy, nálada, situácia, správanie), ktoré môžu spôsobiť krízu alebo viesť k samovražedným myšlienkam:

1. _____
2. _____
3. _____

Krok 2: Vnútorne stratégie zvládania - veci, ktoré môžem urobiť, aby mi z mysle odišli problémy bez toho, aby som kontaktoval/a inú osobu (relaxačné techniky, fyzická aktivita, individuálne rozptýlenie, všímavosť):

1. _____
2. _____
3. _____

Krok 3: Ľudia a sociálne prostredie, ktoré mi poskytujú rozptýlenie:

1. meno _____ telefónne číslo _____
2. meno _____ telefónne číslo _____
3. meno _____ telefónne číslo _____

Krok 4: Ľudia, ktorých môžem požiadať o pomoc:

1. meno _____ telefónne číslo _____
2. meno _____ telefónne číslo _____
3. meno _____ telefónne číslo _____

Krok 5: Odborníci alebo zariadenia, ktoré môžem kontaktovať, keď budem mať krízu alebo samovražedné myšlienky:

1. meno lekára/terapeuta _____ telef. číslo _____
2. meno lekára/terapeuta _____ telef. číslo _____
3. záchranná zdravotná služba _____ telef. číslo _____
4. Krízová linka prvej pomoci _____ telef. číslo _____

Krok 6: Zabezpečenie prostredia

1. _____
2. _____

Inštrukcie na používanie šablóny plánu bezpečnosti pacienta

Krok 1: Rozpoznávanie varovných signálov

- Spýtajte sa: „Ako budete vedieť, kedy by ste mali použiť plán bezpečnosti?“
- Spýtajte sa: „Čo prežívate, keď začnete premýšľať o samovražde alebo keď sa cítite veľmi nešťastný/á?“
- Uvedte varovné signály (myšlienky, predstavy, myšlienkové procesy, nálada alebo správanie) pomocou vlastných slov pacienta.

Krok 2: Používanie vnútorných stratégií zvládania

- Spýtajte sa: „Čo môžete sám/sama urobiť, ak znovu budete mať suicidálne myšlienky, aby ste si pomohli v tom, ako nekonať podľa svojich myšlienok?“
- Spýtajte sa: „Čo si myslíte, ako je pravdepodobné, že by ste boli schopný/á urobiť tento krok v čase krízy?“
- Ak máte pochybnosti o používaní stratégií zvládania, spýtajte sa „Čo by vám mohlo stáť v ceste, keď premýšľate o týchto aktivitách, alebo o tom, že ich urobíte, keď na ne myslíte?“
- Použite prístup založený na spolupráci a riešení problémov, aby ste sa uistili, že potenciálne prekážky sa riešia a/alebo či sú identifikované alternatívne stratégie zvládania.

Krok 3: Sociálne kontakty, ktoré môžu odvrátiť pozornosť od krízy

- Ak krok 2 krízu nevyrieši alebo nezníži riziko, poučte pacienta, aby použil krok 3.
- Spýtajte sa „Kto alebo aké sociálne prostredie vám pomôže aspoň na chvíľu odpútať sa od problémov? "Kto vám pomôže cítiť sa lepšie, keď sa s nimi stretnete?“
- Pacienta požiadajte, aby uviedol zoznam niekoľkých ľudí a sociálnych prostredí, ak nie je k dispozícii prvá možnosť.
- Požiadajte pacienta, aby uviedol bezpečné miesta, kde by mohol byť medzi ľuďmi, napr. kaviareň.
- Myslite na to, že v tomto kroku nie sú odhalené samovražedné myšlienky a pocity.

Krok 4: Kontaktovanie členov rodiny alebo priateľov, ktorí môžu ponúknuť pomoc pri riešení krízy

- Ak krok 3 nevyrieši krízu alebo nezníži riziko, pacienta poučte, aby použil krok 4.
- V tomto kroku, na rozdiel od predchádzajúceho, si pacienti uvedomia, že sú v kríze.
- Spýtajte sa „Čo si myslíte, na koho z vašej rodiny alebo z priateľov by ste sa počas krízy mohli obrátiť o pomoc?“ alebo „Kto je vašou oporou a o kom si myslíte, že sa môžete s ním rozprávať, keď ste v strese?“
- Pacienta požiadajte, aby uviedol 3 osoby, ktorým môže zavolať a poučte ho, aby využil možnosť telefonického kontaktu s toľkými osobami z tohto zoznamu, kým nedôjde k redukcii krízy/suicidálnych myšlienok.
- Spýtajte sa: „S akou pravdepodobnosťou by ste boli ochotní kontaktovať tieto osoby?“
- Ak sa vyskytnú pochybnosti o kontaktovaní osôb, identifikujte potenciálne prekážky, a vyriešte spôsob, ako ich prekonať.

Krok 5: Kontaktovanie odborníkov a zariadení/inštitúcií

- Ak krok 4 nevyrieši krízu alebo nezníži riziko, pacienta poučte, aby použil krok 5.
- Spýtajte sa „Ktorých odborníkov na duševné zdravie by sme mali zahrnúť do vášho plánu bezpečnosti?“ a „Máte aj iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti?“
- Uvedte meno, číslo a/alebo sídlo lekára, miesto služby urgentnej starostlivosti, krízovú linku na prevenciu samovrážd.
- Ak sa vyskytnú pochybnosti o kontaktovaní jednotlivcov, identifikujte potenciálne prekážky a vyriešte spôsob, ako ich prekonať.

Krok 6: Zníženie letálneho potenciálu použitých prostriedkov

- Spýtajte sa pacienta, aké prostriedky by zvažoval použiť počas samovražednej krízy, a v spolupráci s pacientom identifikujte spôsob, ako zabezpečiť alebo obmedziť prístup k týmto prostriedkom.
- Pri metódach s nízkou letalitou je možné požiadať pacienta, aby ich sám odstránil alebo obmedzil svoj prístup k týmto metódam. Obmedzenie prístupu pacienta k vysoko letálnej metóde by mala robiť na to určená, zodpovedná osoba - zvyčajne rodinný príslušník, blízky priateľ alebo polícia.

DOKUMENTUJ CELY PROCES (v každom kroku)

• Počas aktivných stavov
• Každých 1-2 týždne
• Každá a kto sa spolupracujúci na monitorovaní rizika, jurisdikcia, osoba, ktorá má pacienta a iných (okrem toho)
• Každá a kto sa spolupracujúci na ďalšej intervencii a ďalšie nástroje (vlastné edukácie pacienta a jeho blízkych)

MÁ PACIENT SUICIDÁLNY ÚMYSEL?
Definícia: osoba, ktorá má suicidálny úmysel

Vyhodnotiť orľomnosť suicidálneho úmyslu:
aj 1 pozitívna odpoveď uvedie pre prítomnosť suicidálneho úmyslu aj

- Želali by ste si, aby ste boli mŕtvyy?
- Želali by ste si zaspať a nezobudiť sa?
- Napadlo Vám, že sa zabijete?

JE PACIENT INTOXIKOVANÝ?

ANO

NE

EDUKUJ PACIENTA O RIZIKÁCH, KTORÉ VYPLÝVAJÚ Z KONZUMU PSYCHOTROPNÝCH LÁTKOK

Dúšaj postup podľa priloženého SOP pre F1.X.Y

ZABEZPEČ OBSERVÁCIU PACIENTA V BEZPEČNOM PROSTREDÍ DO ODZMENIA INTOXIKÁCIE (podľa možnosti pracoviska - vo všeobecnej nemocnici sa odporuča ČPO, kde je aj adekvátna somatická starostlivosť)

REALIZUJ TOXIKOLOGICKÉ VÝŠETRENIE

DOKUMENTUJ ALKOHOLEMIU (do 0,0%)

MÁ PACIENT SUICIDÁLNY ÚMYSEL?

ANO

NE

JE PRÍTOMNÁ PSYCHICKÁ PORUCHA?

ANO

NE

POSUŤ PRÍTOMNOSŤ VAROVNÝCH SIGNÁLOV, RIZIKOVÝCH FAKTOROV, PROTEKTÍVNYCH FAKTOROV

ZABEZPEČENIE BEZPEČNEJ A PODPORNEJ ŽIVOTNEJ SITUÁCIE PREBIEHAJÚCA PST AJ/ALBO AMBULANTNÁ PSYCHIATRICKÁ STAROSTLIVOSŤ

AKTÍVNE
Definícia: pacient si chce aktívne ublížiť s úmyslom zomrieť

PASÍVNE
Definícia: pacient odmieta liečbu ochorenia, ktorým trpí, čoho následkom je vysoká rľiziko smrtelného konca

CHRONICKÝ
Definícia: dlhotrvajúci úmysel s kolísavou intenzitou, t.j. nízkou a bez tendencie k realizácii

AKÚTNY AKÚTNY
Definícia: vysoká intenzita sľabého alebo tendencie k realizácii suicidia

SUICIDÁLNE MYŠLIENKY
Definícia: subjektívna túžba zomrieť alebo byť mŕtvyy
1. Želali by ste si, aby ste boli mŕtvyy?
2. Želali by ste si zaspať a nezobudiť sa?
Napadlo Vám, že sa zabijete?

SUICIDÁLNY POKUS (tentamen suicidii, TS)
Definícia: dobrovoľné a vedomé konanie, od ktorého pacient očakáva smrť (aj v prípade, že došlo k zastaveniu takéhoto konania ešte pred poškodením zdravia)

SUICIDÁLNE TENDENCIE
Definícia: predstava samovražedného aktu (pacient má minimálne suicidálny plán (aj veľký, nedeľatný), napr. zabezpečiť si lieky, zbraň)

AKÝ CHARAKTER MÁ SUICIDÁLNA AKTIVITA?

ANO

NE

INÝ

PATOLOGICKÝ

Po zlepšení/stabilizácii somatického stavu - VYHODNOTY AKTUÁLNE RIZIKO SUICIDÁLNEHO KONANIA

VYHODNOT AKTUÁLNE RIZIKO SUICIDÁLNEHO KONANIA

AKÉ MÁ PACIENT PRÁNILO ZOMRIEŤ?

ANO

NE

AKÉ DĹHO TRVÁ SUICIDÁLNY ÚMYSEL?

ANO

NE

AKÁ JE ZÁVEŤNOSŤ SUICIDÁLNEHO ÚMYSLU?

ANO

NE

AKÝ CHARAKTER MÁ SUICIDÁLNA AKTIVITA?

ANO

NE

INÝ

PATOLOGICKÝ

AKÝ CHARAKTER MÁ SUICIDÁLNA AKTIVITA?

ANO

NE

INÝ

PATOLOGICKÝ

AKÝ CHARAKTER MÁ SUICIDÁLNA AKTIVITA?

ANO

NE

INÝ

PATOLOGICKÝ

AKÝ CHARAKTER MÁ SUICIDÁLNA AKTIVITA?

ANO

NE

INÝ

PATOLOGICKÝ

PATOLOGICKÝ CHARAKTER SUICIDÁLNEJ AKTIVITY

Prepustenie z hospitalizácie

- zabezpečiť kontrolné ambulantné psychiatrické vyšetrenie v priebehu prvého týždňa - vhodné je o prepustení pacienta informovať jeho ambulantného psychiatra a dohodnúť termín kontrolného vyšetrenia
- edukovať pacienta a jeho doprovod o ďalšom postupe (liečba, liečebný režim, odporúčania, kontrolné vyšetrenia - u ambulantného psychiatra, všeobecného lekára, postup pri opätovnom objavení sa suicidálneho rizika a pod.

PACIENTA		DOPROVOD	
Informácie pre		Informácie pre	
Porozumieť suicidálnemu riziku	Vysvetliť pacientovi, že je potrebné absolvovať vyšetrenie zamerané na hodnotenie suicidálneho rizika.	Poznať varovné signály a rizikové faktory	Ponúknuť možnosti hovoriť o samovraždách v pocitoch môže znížiť riziko samovraždy.
Rozpoznať varovné signály a rizikové faktory	Potrebné je spolu s pacientom identifikovať a vysvetliť mu varovné signály a rizikové faktory, tiež možnosť ich modifikovať.	Kláasť otázky	Kláasť priame otázky o samovražde. Počuávať pozorne. Neprerušovať.
Užívať lieky podľa odporúčania	Vysvetliť pacientovi, aby nevysadil lieky bez konzultácie s lekárom, vysvetliť mu latenciu nástupu účinku liekov, pripraviť ho na možné NÚL, manažovať NÚL, podporiť ho v užívaní liekov podľa odporúčaní lekára, umožniť konzultáciu v prípade neistoty.	Ponúkať podporu	Ubezpečiť, že veci sa môžu zlepšiť a sú aj iné spôsoby ako sa dá situácia riešiť. Vysvetliť, že alkohol alebo iné psychoaktívne látky môžu mať potenciujúci (dezinhibičný) vplyv na samovražedné myšlienky a správanie, preto sa ich konzumu treba vyvarovať.
Nekonzumovať alkohol alebo iné psychotropné látky	Vysvetliť pacientovi, že alkohol alebo iné psychotropné látky môžu mať potenciujúci (dezinhibičný) vplyv na samovražedné myšlienky a správanie, preto sa ich konzumu treba vyvarovať.	Reagovať okamžite, ak sa niekto pokúsi o samovraždu	Vyhľadať pomoc profesionála.
Zostať v kontakte s pacientom	Pripraviť spolu s pacientom plán kontrolných vyšetrení a vysvetliť mu, že bude s lekárom spolupracovať dlhší čas, kým ho správne nastaví na liečbu a bude sa cítiť v poriadku.		
Komunikovať s psychiатrom	Vysvetliť pacientovi, že je dôležité lekára informovať o zdravotných ťažkostiach, NÚL, všetkých užívaných liekoch a výživových doplnkoch, alergiách, otvorene s ním diskutovať o samovražedných myšlienkach. V prípade zhoršenia stavu, príp. otázok, čo najskôr kontaktovať svojho lekára.		

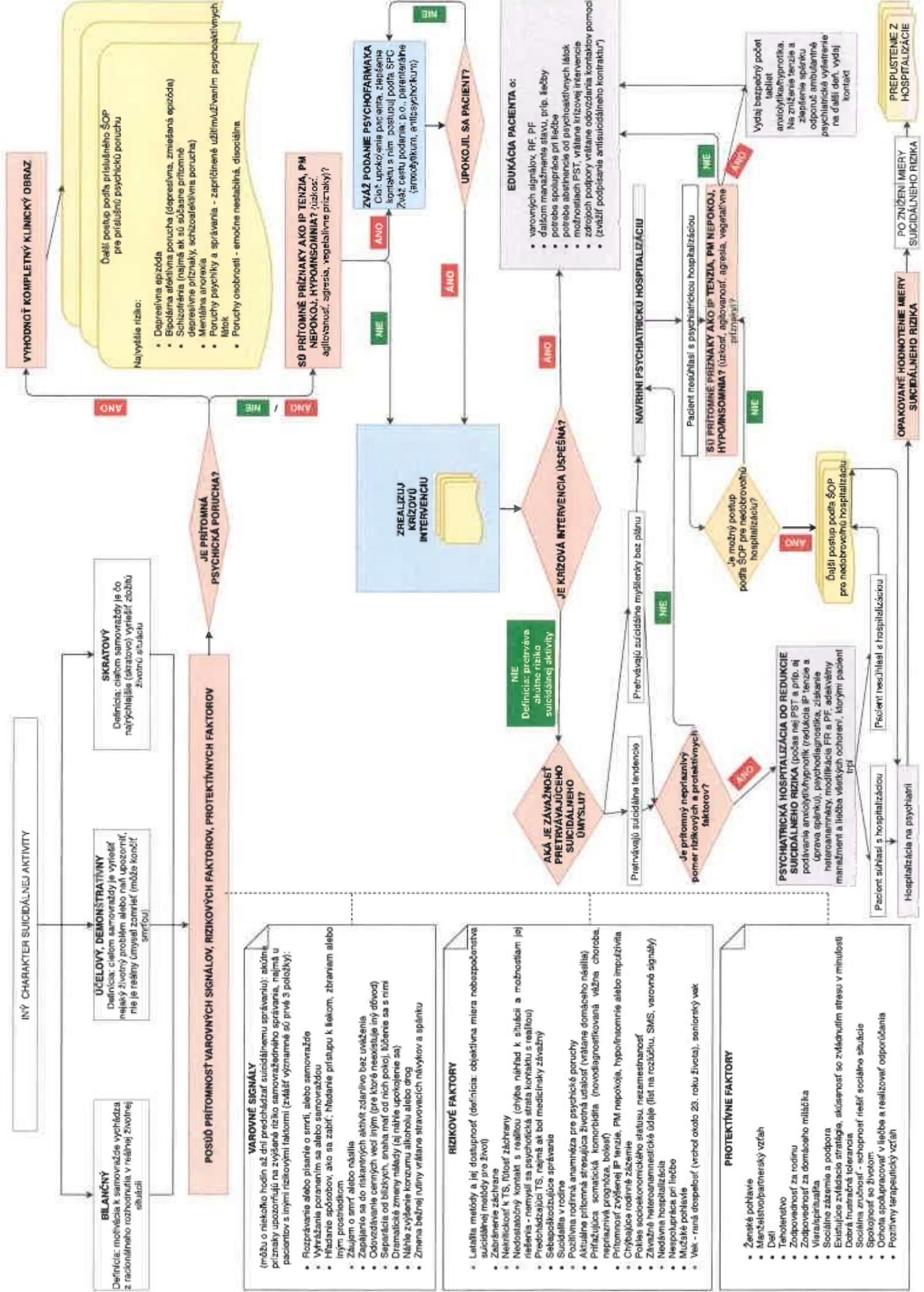
PATOLOGICKÝ CHARAKTER SUICIDÁLNEJ AKTIVITY

VYHODNŔ KOMPLETNÝ KLINICKÝ OBRAZ

Ďalší postup podľa príslušného ŠOP
pre príslušnú psychickú poruchu

Najvyššie riziko:

- Depresívna epizóda
- Bipolárna afektívna porucha (depresívna, zmiešaná epizóda)
- Schizofrénia (najmä ak sú súčasne prítomné depresívne príznaky, schizoafektívna porucha)
- Mentálna anorexia
- Poruchy psychiky a správania - zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok
- Poruchy osobnosti - emočne nestabilná, disociálna



INÝ CHARAKTER SUICIDÁLNEJ AKTIVITY

BILANČNÝ

Definícia: nevhodnosť k samovražde vychádza z racionálneho rozhodnutia v reálnej životnej situácii

ÚČELOVÝ, DEMONSTRATÍVNY

Definícia: cieľom samovraždy je vyvolať nejaký životný problém alebo mať upozorniť, nie je reálny úmysel zomrieť (môže končiť smrťou)

SKRATOVÝ

Definícia: cieľom samovraždy je čo najrychlejšie (skratovo) vyriešiť zložitú životnú situáciu

POSUŤ PRÍTOMNOSŤ VAROVNÝCH SIGNALOV, RIZIKOVÝCH FAKTOROV, PROTEKTÍVNYCH FAKTOROV

VAROVNÉ SIGNALY

(môžu o niekoľko hodín až dní predchádzať suicidálnemu správaniu): akútne príznaky upozorňujú na zvýšené riziko samovražedného správania, najmä u pacientov s inými rizikovými faktormi (zväčša významné sú prvé 3 položky):

- Rozprávanie alebo písanie o smrti, alebo samovražde
- Vyhľadanie poranení sa alebo samovraždou
- Hľadanie spôsobov, ako sa zabíj: hľadanie prístupu k liekom, zbraňam alebo iným prostriedkom
- Zaujímalo sa do riskantných aktivít zdariť bez uváženia
- Odovzdávanie čerňoch veď iným (pre ktoré neexistuje iný dôvod)
- Separácia od blízkych, snaha mať od nich pokoj, túžba sa s nimi
- Dramatické zmeny nálad (aj náhle upokojenie sa)
- Náhle zvýšenie konzumu alkoholu alebo drog
- Zmena bežnej rutiny vrátane stravovacích návykov a spánku

RIZIKOVÉ FAKTORY

• Lenitá, metódy a jej dostupnosť (definícia: objektívna miera nebezpečnosti suicidálnej metódy pre život)

- Zabránenie záchrane
- Nekritičnosť k TS, Ťažké záchranu
- Nedostatočný kontakt s realitou (chybná náhľad k situácii a možnosťam jej riešenia - nemýšľal sa psychická strata kontaktu s realitou)
- Predchádzajúci TS, najmä ak bol medicínsky zberaný
- Sebapokoľzujúce správanie
- Suicidálna v rodine
- Pozitívna rodinná anamnéza pre psychické poruchy
- Aktívne príznaky stresujúca životná udalosť (vrátane domáceho násillia)
- Príťažlivosť, somatická komorbida (novodiagnostikovaná vážna choroba, nepriaznivá prognóza, bolesť)
- Prítomnosť zvýšenej IP, tenzie, PM nepokoj, hypofosforemie alebo impulzivita
- Chýbajúce rodinné zázemie
- Pokles socioeconomického statusu, nezamestnanosť
- Závažné heteroanamnestické údaje (list na rozlúčku, SMS, varovné signály)
- Nevládna hospitalizácia
- Nespolupráca pri liečbe
- Mužské pohlavie
- Vek - ranať dospelosť (vrchol okolo 23. roku života), seniortský vek

PROTEKTÍVNE FAKTORY

- Ženské pohlavie
- Manželstvo/partnerský vzťah
- Deťi
- Teloletnosť
- Zodpovednosť za rodinu
- Zodpovednosť za domáceho miláčika
- Viera/spiritualita
- Sociálne zázemie a podpora
- Existujúce zvládacia stratégia, skúsenosť so zvládnutím stresu v minulosti
- Dobrá frustračná tolerancia
- Sociálna zručnosť - schopnosť riešiť sociálne situácie
- Spoločenosť so životom:
- Ochota spolupracovať v liečbe a realizovať odporúčania
- Pozitívny terapeutický vzťah

JE PRÍTOMNÁ PSYCHICKÁ PORUCHA?

Ďalší postup podľa príslušného ŠOP pre príslušnú psychickú poruchu

Navyššie riziko:

- Depresívna epizóda
- Bipolárna afektívna porucha (depresívna, zmiešaná epizóda)
- Schizofrénia (najmä ak sú súčasne prítomné depresívne príznaky, schizoaletívna porucha)
- Menštruačná anorexia
- Poruchy psychiky a správania - zapríčinené užívaním/uzávaním psychoaktívnych látok
- Poruchy osobnosti - emočne nestabilná, disociálna

SU PRÍTOMNÉ PRÍZNAKY AKO IP, TENZIA, PM NEPOKOJ, HYPOINSONNIA? (úzkosť, agitovanosť, agresia, vegetatívne príznaky)?

ANO

NIE

ZREALIZUJ KRÍZOVÚ INTERVENCIU

JE KRÍZOVÁ INTERVENCIA ÚSPEŠNÁ?

ANO

NIE

EDUKÁCIA PACIENTA o:

- varovných signálov, RF, PF
- ďalšom manažmente stavu, prip. liečby
- potrebe spolupráce pri liečbe
- potrebe opoždenia od psychoaktívnych látok
- možnostiach PST, vrátane krízovej intervencie
- záležitosti podpory vrátane obmedzenia kontaktov pomoci
- (zväčša) podpísania antisuicidálneho kontraktu)

NAVRIHNI PSYCHIATRICKÚ HOSPITALIZÁCIU

Pacient neschliasi s psychiatickou hospitalizáciou

SU PRÍTOMNÉ PRÍZNAKY AKO IP, TENZIA, PM NEPOKOJ, HYPOINSONNIA? (úzkosť, agitovanosť, agresia, vegetatívne príznaky)?

ANO

NIE

JE MOŽNÝ POSTUP PODLA ŠOP PRE NEOBNOVUJÚCU HOSPITALIZÁCIU?

ANO

NIE

Ďalší postup podľa ŠOP pre neobnovujúcu hospitalizáciu

PREPLUSTENIE Z HOSPITALIZÁCIE

PO ZNIŽENÍ MIERY SUICIDÁLNEHO RIZIKA

OPAKOVANÉ HODNOTENIE MIERY SUICIDÁLNEHO RIZIKA

OPAKOVANÉ HODNOTENIE MIERY SUICIDÁLNEHO RIZIKA

OPAKOVANÉ HODNOTENIE MIERY SUICIDÁLNEHO RIZIKA

OPAKOVANÉ HODNOTENIE MIERY SUICIDÁLNEHO RIZIKA

OPAKOVANÉ HODNOTENIE MIERY SUICIDÁLNEHO RIZIKA

OPAKOVANÉ HODNOTENIE MIERY SUICIDÁLNEHO RIZIKA

OPAKOVANÉ HODNOTENIE MIERY SUICIDÁLNEHO RIZIKA

OPAKOVANÉ HODNOTENIE MIERY SUICIDÁLNEHO RIZIKA

Vyjad' bezpečný počet tabliet anxiolytik/kyproniika. Na zníženie tenzie a zlepšenie spánku odporuť ambulanciu psychiatrické vyšetrenie na ďalší deň, vyjad' kontakt

PSYCHIATRICKÁ HOSPITALIZÁCIA DO REDUKCIE SUICIDÁLNEHO RIZIKA (počas nej PST a prip. aj podávanie anxiolytik/kyproniika (redukcia IP, tenzie a úprava spánku), psychodiagnostika, získanie historoanamnézy, modifikácia FR a PF, adekvátny manažment a liečba všetkých ochorení, ktorými pacient trpí)

Pacient súhlasí s hospitalizáciou

Hospitalizácia na psychiatrii

III. Návrh uznesenia



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

VÝBOR PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

(NÁVRH)

UZNESENIE VÝBORU PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

č. 12

z 27. októbra 2023

Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre prevenciu suicidality

Číslo materiálu:

Predkladateľ: podpredsedníčka pracovnej skupiny

Výbor pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie

A. berie na vedomie

A. 1. Informáciu o činnosti pracovnej skupiny, vypracovaní Štandardného postupu pre Akútny manažment dospelého pacienta so suicidálnym syndrómom v špecializovanej psychiatrickej starostlivosti a o ukončení činnosti pracovnej skupiny

Vykoná: členovia Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie



VÝBOR PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

MATERIÁL
NA ZASADNUTIE VÝBORU PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE RADY
VLÁDY SR PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE
č. 13

Názov	Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre deti a centrá pre PAS
Predkladateľ	MUDr. Terézia Rosenbergerová predsedníčka pracovnej skupiny
Dátum predloženia	19.10.2023
Dátum prerokovania	27. 10. 2023
Na rokovanie sa odporúča prizvať	

I. Odôvodnenie predloženia materiálu

Pracovná skupina pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre deti a centrá pre PAS (ďalej len „pracovná skupina pre PAS“) bola zriadená dňa 1. januára 2023 za účelom plnenia strategických cieľov Národného programu duševného zdravia, predovšetkým za účelom vypracovania materiálov:

1. Minimálny štandard pre študijný program sústavného vzdelávania o poruchách autistického spektra (ďalej len „PAS“),
2. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v zmysle § 45, ods. 1, písm. b) a c) zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov pre cestu pacienta s PAS v systéme zdravotnej starostlivosti a zabezpečenie sekundárnej a terciárnej prevencie v systéme sociálnych služieb a systéme školstva,
3. Návrh legislatívneho zámeru úpravy právnych predpisov v rezorte zdravotníctva, týkajúcich sa špecializovanej starostlivosti a jej prepojenia na systém sociálnych služieb a systém školstva,
4. Návrh odborného usmernenia pre posudkových lekárov, psychiatrov a detských psychiatrov o náležitostiach odborného nálezu pre oblasť PAS na účely posudzovania.

Pracovná skupina pre PAS zasadala v pravidelných intervaloch, prvé stretnutie sa uskutočnilo osobne a ostatné stretnutia prebehli online (celkovo sa doposiaľ uskutočnilo 20 zasadnutí pracovnej skupiny). Výsledkom činnosti pracovnej skupiny bolo

- a) odovzdanie, prerokovanie a schválenie návrhu materiálu **„Minimálny štandard pre študijný program sústavného vzdelávania Poruchy autistického spektra“** na V. zasadnutí Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie (ďalej len „výbor“) dňa 3. mája 2023,
- b) odovzdanie návrhu materiálu štandardného postupu pre výkon prevencie s názvom **„Preventívna starostlivosť o osoby s PAS“** Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky, Odboru štandardných klinických postupov dňa 8. 9. 2023, ktorý predsedníčka pracovnej skupiny pre PAS predkladá výboru na vedomie.

Nasledujúcou úlohou pracovnej skupiny pre PAS v mesiacoch november a december 2023 je vypracovanie návrhu materiálu odborného usmernenia pre posudkových lekárov, psychiatrov a detských psychiatrov o náležitostiach odborného nálezu pre oblasť PAS na účely posudzovania.

II. Vlastný materiál s predkladacou správou

C. Predkladacia správa

Pracovná skupina pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre deti a centrá pre PAS (ďalej len „pracovná skupina pre PAS“) bola zriadená dňa 1. januára 2023 za účelom plnenia strategických cieľov Národného programu duševného zdravia, predovšetkým za účelom vypracovania materiálov:

1. Minimálny štandard pre študijný program sústavného vzdelávania Poruchy autistického spektra (ďalej len „PAS“),
2. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v zmysle § 45, ods. 1, písm. b) a c) zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov pre cestu pacienta s PAS v systéme zdravotnej starostlivosti a zabezpečenie sekundárnej a terciárnej prevencie v systéme sociálnych služieb a systéme školstva,
3. Návrh legislatívneho zámeru úpravy právnych predpisov v rezorte zdravotníctva, týkajúcich sa špecializovanej starostlivosti a jej prepojenia na systém sociálnych služieb a systém školstva,
4. Návrh odborného usmernenia pre posudkových lekárov, psychiatrov a detských psychiatrov o náležitostiach odborného nálezu pre oblasť PAS na účely posudzovania.

Pracovná skupina pre PAS bola zriadená na základe uznesenia č. 7/2022 Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie (ďalej len „výbor“) zo dňa 15. novembra 2022 za účelom plnenia strategických cieľov Národného programu duševného zdravia, predovšetkým za účelom vypracovania komplexných materiálov pre oblasť vzdelávania v problematike PAS a pre oblasť preventívnej starostlivosti o osoby s PAS vrátane náležitostí písania odborného psychiatrického nálezu pre účely posudzovania sociálnych a iných kompenzácií.

Pracovná skupina vykonávala svoju činnosť v zmysle štatútu výboru, pokynov predsedníčky výboru a podľa stanovenej náplne práce. Pracovná skupina pozostávala z vedúceho/ej pracovnej skupiny, členov pracovnej skupiny a expertov, ktorými boli prizvaní odborníci/čky.

Stretnutia pracovnej skupiny prebiehali spravidla dvakrát mesačne a podľa potreby. Pracovná skupina bola zriadená na obdobie 12 mesiacov.

Cieľom pracovnej skupiny bolo pripraviť odborné podklady pre posúdenie potreby legislatívnych zmien pre poskytovanie prierezovo koordinovanej a na seba naväzujúcej odbornej

starostlivosti o osoby s PAS, zdefinovať a odborne usmerniť podmienky fungovania multidisciplinárneho tímu v PAS centrách a iných typoch zdravotníckych zariadení úzko spolupracujúcich so zariadeniami v iných rezortoch (napr. školskými zariadeniami vykonávajúcimi špeciálne-pedagogickú činnosť alebo zariadeniami sociálnych služieb vykonávajúcimi včasnú intervenciu a následné komunitné alebo špecializované sociálne služby) z dôvodu zabezpečenia sekundárnej a terciárnej prevencie, pripraviť podklady pre odborné zdefinovanie fungovania komunitnej psychiatrickej starostlivosti a ďalšie ciele podľa stanovených tém (napr. pre poruchy príjmu potravy, psychosociálne centrá pre deti a iné).

Ako výstup pracovnej skupiny bolo ustanovené vypracovanie návrhu právno-legislatívnych úprav a vypracovanie komplexného materiálu pre preventívnu starostlivosť o osoby s PAS a pre vzdelávanie odborníkov v oblasti PAS.

Výsledkom činnosti pracovnej skupiny bolo k dátumu VI. zasadnutia VKSDZ:

- a) odovzdanie, prerokovanie a schválenie návrhu materiálu „**Minimálny štandard pre študijný program sústavného vzdelávania Poruchy autistického spektra**“ na V. zasadnutí výboru dňa 3. mája 2023,
- b) odovzdanie návrhu materiálu štandardného postupu pre výkon prevencie s názvom „**Preventívna starostlivosť o osoby s PAS**“ Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky, Odboru štandardných klinických postupov dňa 8. 9. 2023, ktorý predsedníčka pracovnej skupiny pre PAS predkladá výboru na vedomie.

D. Vlastný materiál

Názov štandardu:

Preventívna starostlivosť o osoby s PAS

Autori:

MUDr. Aneta Kubranská, PhD.; Ing. Ľudmila Belinová; PhDr. Dana Buntová, PhD.; Mgr. Hana Celušáková, PhD.; Mgr. Jana Čajágievová; Mgr. Katarína Gromošová; Mgr. Veronika Halašová; MUDr. Silvia Hnilicová, PhD.; Mgr. Katarína Hollá; Mgr. Lucia Melicherčíková; MUDr. Terézia Rosenbergerová; MUDr. Marcela Šoltýsová; Mgr. Ivana Trellová, PhD., BCBA; Mgr. Eva Turáková

Spolupracovali:

Mgr. Kristián Kovács; PhDr. Barbora Maliarová; PaedDr. Oľga Matušková; Mgr. Ján Rusiňák, MBA; PhD., Mgr. Magdaléna Salančíková

ZOZNAM SKRATIEK

AAK	Augmentatívna a alternatívna komunikácia
ABA	Aplikovaná behaviorálna analýza
ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
ADI-R	Diagnostické interview na autizmus – revidovaná verzia
ADOS-2	Diagnostika a hodnotenie porúch autistického spektra – druhá verzia
AZS	Ambulantná zdravotná starostlivosť
CPP	Centrum poradenstva a prevencie (školské zariadenia výchovného poradenstva a prevencie – úroveň 3. a 4. stupňa)
CVI	Centrum včasnej intervencie
DSS	Domov sociálnych služieb (sociálne zariadenie)
EBM	Medicína založená na dôkazoch – Evidence-Based Medicine
MKCH-11	Medzinárodná klasifikácia chorôb – 11. revízia
MŠ	Materská škola
M-CHAT R/F	Skríningový dotazník pre rodičov
PAS	Poruchy autistického spektra

OZ	Odborní zamestnanci
PP	Preventívna prehliadka
PZ	Pedagogickí zamestnanci
RA	Rodinná anamnéza
SPMV	Skríning psychomotorického vývinu
SVI	Služba včasnej intervencie
ŠAS	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
ŠCPP	Špecializované centrum poradenstva a prevencie (školské zariadenia poradenstva a prevencie – úroveň 5. stupňa)
ŠMŠ	Špeciálna materská škola
ŠZŠ	Špeciálna základná škola
ÚZS	Ústavná zdravotná starostlivosť
ŠZ	Špecializované zariadenie (v rezorte MPSVaR)
VLD	Všeobecný lekár pre dospelých
VLDaD	Všeobecný lekár pre deti a dorast
ZIPS	Zariadenie integrujúce prierezovú starostlivosť
ZP	Zdravotné postihnutie
ZSS	Zariadenia sociálnych služieb
ZZ	Zdravotnícke zariadenie
ZŠ	Základná škola

ÚVOD

Porucha autistického spektra (ďalej len “PAS” alebo “autizmus”) je neurovývinová porucha, ktorá sa prejavuje rôznym stupňom narušenia sociálnej interakcie a komunikácie a prítomnosťou repetitívneho a stereotypného správania, záujmov a aktivít. Osoby s autizmom sú zároveň, na rozdiel od neurotypickej populácie, náchylnejšie na rozvoj neurologických ochorení a iných psychiatrických porúch (napríklad epilepsie, porúch spánku, úzkostných

a depresívnych porúch, schizofrénie a i.), ako aj somatických komorbidít (napr. gastrointestinálnych, kardiovaskulárnych a neurologických ochorení).

Prítomnosť týchto pridružených ochorení je príčinou zvýšenej potreby zdravotnej starostlivosti v porovnaní s bežnou populáciou. Výskumy poukazujú na vyššiu návštevnosť zdravotníckych zariadení urgentnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti a zároveň menej časté vyhľadávanie preventívnej starostlivosti osobami s PAS v zdravotníckych zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti (Walsh, 2020). Deťom aj dospelým s PAS častejšie nie je poskytnutá správna zdravotná starostlivosť, čo vedie k zníženej kvalite života, častejším zdravotným komplikáciám a vyššej mortalite osôb s PAS v porovnaní s neurotypickou populáciou.

Klinický obraz PAS je determinovaný nielen zdravotným znevýhodnením plynúcim zo samotnej poruchy, ale je aj odrazom zložitej interakcie medzi osobou s PAS a jej prostredím. To, aký dopad bude mať porucha na život jednotlivca, vo významnej miere ovplyvňuje včasná diagnostika a intervencia a komplexná podpora poskytovaná na princípe rovnosti v zdraví (tzv. ekvity). Ekvita nastáva vtedy, keď môže každý človek naplniť svoj vlastný potenciál zdravia, pričom jeho optimálne možnosti neohrozuje (nespravodlivý) prístup plynúci z faktu zdravotného znevýhodnenia alebo kultúrnych a sociálnych dôvodov. Prístup zdravotníckych pracovníkov a ďalších odborníkov, ktorí sa starajú o osoby s PAS, môže ekvitu podporovať alebo jej brániť, keďže vzhľadom na povahu poruchy potrebujú osoby s PAS odlišný prístup a iné zdroje na dosiahnutie optimálneho stavu zdravia ako neurotypickí jednotlivci.

Potreba dostupných, kvalitných a na seba naviazujúcich služieb u osôb s PAS pretrváva počas celého života, a to od raného veku v čase ešte pred definitívnym určením diagnózy až do dospelosti. Pre ich zabezpečenie je potrebná neustála spolupráca odborníkov v multidisciplinárnych tímoch, pričom starostlivosť je potrebné zameriavať na všetky podstatné oblasti života osoby s PAS. To vedie k ďalšej spoločenskej potrebe – zabezpečiť, aby sa všeobecná a špecializovaná zdravotná starostlivosť, psychologická, pedagogická, sociálna a ďalšia potrebná podpora poskytovala koordinovanou a prierezovou formou. Pre dosiahnutie optimálneho výsledku je preto dôležité, aby sa pozornosť zamerala nielen na danú poruchu a jej klinické prejavy, ale aj na samotnú medzirezortnú a medzisektorovú spoluprácu, a aby sa vytvoril priestor pre dosiahnutie takej formy spolupráce, ktorá umožní komplexný a zároveň individualizovaný prípadový manažment osoby s PAS.

Koordinovaná prierezová podpora je ako dôležitý nástroj zmierňovania dopadov zdravotného znevýhodnenia na kvalitu života a zdravie dotknutých osôb reflektovaná aj v medzinárodných ľudsko-právnych dokumentoch, napr. v Dohovore o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len "Dohovor"), ktorý ratifikovala aj Slovenská republika. V článku 26 Dohovoru (*Habilitácia a rehabilitácia*) sme sa zaviazali prijať účinné a primerané opatrenia, ktoré umožnia osobám so zdravotným znevýhodnením dosiahnuť a udržať si maximálnu možnú samostatnosť, uplatniť čo najviac svoje telesné, duševné, sociálne a profesijné schopnosti a dosiahnuť plné (optimálne možné) začlenenie a zapojenie do všetkých

oblastí života. Na tento účel je podľa čl. 26 Dohovoru potrebné zriadiť, podporovať a rozširovať komplexné habilitačné a rehabilitačné služby a programy, najmä v oblasti zdravotníctva, zamestnanosti a vzdelávania. Dobre navrhnuté programy transdisciplinárnej starostlivosti majú ponúknuť komplexnejšie služby v zdravotníctve, v rezorte školstva a rezorte práce a sociálnych vecí.

ZÁMER ŠTANDARDNÉHO POSTUPU PRE VÝKON PREVENIE

Štandardný postup pre výkon prevencie „PAS – preventívna starostlivosť o osoby s PAS“ bol vypracovaný multiprofesionálnou odbornou pracovnou skupinou v úzkej spolupráci so zástupcami Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len “MZ SR”), Ministerstva školstva, vedy výskumu a športu Slovenskej republiky (ďalej len “MŠVVaŠ SR”), Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (ďalej len “MPSVaR SR”) a Platformy rodičov detí so zdravotným znevýhodnením.

Predkladaný dokument má vytvoriť primárne predpoklady pre multirezortnú spoluprácu a definuje základné princípy, ktoré by sa mohli stať jadrom plánovania, navrhovania a zavádzania postupov v starostlivosti o osoby s podozrením alebo s potvrdenou diagnózou PAS. Spoločné základné princípy s cieľom zjednotenia prístupu k osobám s PAS vo všetkých rezortoch (najmä v zdravotnej, sociálnej a školskej oblasti) sú predpokladom pre implementáciu konkrétnejších diferencovaných postupov v rôznych oblastiach starostlivosti podľa potrieb a gescie jednotlivých rezortov.

Odporúčania sú štruktúrované podľa princípu tzv. parsimonie (od najjednoduchších a najviac dostupných po najzložitejšie) a sú radené postupne podľa stupňov prevencie, t. j. od primárnej všeobecnej prevencie pre osoby s PAS cez sekundárnu a terciárnu až po kvartérnu prevenciu.

Zároveň sa v dokumente definuje potreba novej funkcie v komprehenzívnej starostlivosti, ktorá spočíva v **zabezpečení integrácie prierezovej starostlivosti** na komunitnej úrovni v jednom zo zariadení poskytujúcich starostlivosť o osoby s PAS (ďalej len “**funkcia ZIPS**”). Túto funkciu môže vykonávať zariadenie schopné odborne, personálne a materiálno-technicky zabezpečiť medzirezortnú koordináciu starostlivosti o osobu s PAS tak, aby bolo zabezpečené jej jednotné a komplexné prípadové vedenie. Dôvodom je potreba zefektívnenia komunikácie a spolupráce medzi zariadeniami z viacerých rezortov, zamedzenie duplicitných alebo kontradiktórnych výkonov, ale aj nedostatok odborníkov vedúci k nevyhnutnosti zabezpečiť potrebnú starostlivosť (napr. diagnostiku, včasnú intervenciu a i.) v súlade s regionálnymi možnosťami, avšak zároveň tak, aby bola garantovaná jej kvalita. Nové spôsoby spolupráce (napr. funkciu ZIPS) je žiaduce formalizovať a v budúcnosti premietnuť aj do zmeny legislatívy v rámci jednotlivých rezortov s cieľom vytvorenia efektívneho a fungujúceho medzirezortného koordinovaného systému.

Špecifickou úlohou dokumentu je zviditeľnenie dôležitosti skríningu PAS a poskytnutie prehľadu prejavov v správaní v jednotlivých vekových kategóriách, ktoré by mohli upozorniť

laickú aj odbornú verejnosť na prítomnosť PAS u detí a dospelých, nakoľko včasný záchyt PAS ako aj neurovývinových porúch vo všeobecnosti je na Slovensku nedostatočný.

Dokument chce tiež prispieť k zvýšeniu dostupnosti, efektívnosti a správnosti diagnostiky. Odráža tým aktuálnu situáciu na Slovensku, kedy čakacie doby na diagnostiku PAS sa predlžujú nezriedka na viac ako 6 mesiacov a odborníkov dostatočne vzdelaných v diagnostike PAS je veľmi málo naprieč celým Slovenskom. Zároveň upozorňuje na potrebu esenciálne dôležitých včasných intervencií, bez ktorých osoby s PAS alebo s podozrením naň (napr. deti, ktoré ešte nemajú diagnózu, ale sú v ohrození a nachádzajú sa v kritickom vývinovom období), strácajú vzácny čas na svoj rozvoj a posilnenie silných stránok a tým dosiahnutie primeranej funkčnej samostatnosti. Dokument opisuje tiež princípy sociálnej pomoci a špecifické vzdelávacie potreby pri suspektnej alebo určenej diagnóze PAS.

CIEĽ DOKUMENTU

- Definovať spoločné ciele a konkrétne postupy v preventívnej starostlivosti o osoby s PAS.
- Poskytnúť odbornej a laickej verejnosti príklady deficitov v správaní osoby s vysoko suspektnou PAS a skrátiť tak cestu k poskytnutiu správnej starostlivosti.
- Zdôrazniť potrebu efektívneho skríningu a včasnej diagnostiky PAS u detí a dospelých.
- Poskytnúť odbornej verejnosti prehľad skríninových, diagnostických a intervenčných metód.
- Zdôrazniť potrebu včasnej intervencie a podpory aj bez potvrdenej diagnózy PAS.
- Poskytnúť osobám starajúcim sa o deti alebo dospelých s PAS informácie o existujúcich štandardných postupoch pri podozrení, diagnostike a liečbe PAS a prevencii dopadov PAS na funkčnosť jednotlivca.
- Definovať preventívne postupy v primárnej, sekundárnej, terciárnej a kvartérnej preventívnej starostlivosti potrebné na zvýšenie kvality života ľudí s PAS a ich rodín s cieľom znížiť dopady zanedbania starostlivosti. Navrhované spoločné postupy sa odvíjajú od štandardných diagnostických a terapeutických postupov v rezorte MZ SR s ohľadom na štandardné postupy používané v ostatných rezortoch.
- Priniesť na jednom mieste prehľad všetkých odborných postupov a vytvoriť tak podmienky pre poskytovateľov starostlivosti o osoby s PAS na zabezpečenie správnej starostlivosti s cieľom zníženia budúcich dopadov na ich zdravie a funkčnosť.
- Sprehľadniť kompetencie a odborné činnosti poskytované rôznymi odborníkmi osobám s PAS.
- Zjednotiť, aktualizovať a zefektívniť cestu pacienta naprieč rezortmi od skríningu, cez diagnostiku, terapiu, výchovu a vzdelávanie až po sociálnu podporu pacientov s PAS a ich rodín.

PREVALENCIA PAS

Prevalencia autizmu sa v jednotlivých krajinách sveta výrazne líši, vo všeobecnosti však možno hovoriť o neustálom náraste výskytu autizmu naprieč všetkými vekovými skupinami obyvateľstva. Dôvody nie sú zatiaľ plne objasnené, pravdepodobne ide o kombináciu viacerých faktorov.

Celosvetová prevalencia autizmu sa odhaduje na 1/100 detí (1-2 % populácie), pričom mužské pohlavie je zastúpené častejšie, aktuálna literatúra uvádza pomer 2:1 – 5:1 (Zeiden, 2022). Údaje sa líšia v závislosti od pohlavia, veku, etnickej príslušnosti, geografickej polohy, environmentálnych a sociologických faktorov. Na Slovensku aktuálne neexistujú epidemiologické štatistiky uvádzajúce presný počet osôb s PAS. Z čiastkových výsledkov malých štúdií na Slovensku sa ukazujú podobné prevalencie ako v zahraničí. V ambulanciách VLDaD sa zistila prevalencia od 0,4-1,5 % (Hnilicová, 2018). V školskom roku 2021/2022 bolo v centrách špeciálno-pedagogického poradenstva (v rezorte školstva) evidovaných 6 403 detí a žiakov s PAS (z toho bolo 1 255 dievčat), čo predstavovalo 7,6 % zo všetkých detí so zdravotným znevýhodnením¹. K 30. 6. 2022 sme mali na Slovensku 867 410 detí so ZZ do 14 rokov (humanisti.sk, 2022). Z uvedených štatistík môžeme odhadnúť zastúpenie detí s PAS na Slovensku na 0,8 %. V týchto výpočtoch však nie sú započítané deti a žiaci, ktorí nemajú stanovenú diagnózu, ale majú klinické prejavy a suspektnú PAS. Napriek tomu, že ide o veľmi hrubé odhady, predpokladáme podobnú prevalenciu PAS ako uvádzajú svetové štatistiky, na základe čoho môžeme konštatovať, že PAS je na Slovensku poddiagnostikovaná porucha.

Najsystematickejšie štatistiky za posledných 20 rokov vedie CDC (Center for Disease Control – Centrum pre kontrolu chorôb) v USA u 8-ročných detí. Najaktuálnejšie údaje sú z roku 2020 (CDC, 2023), ktoré hovoria o jednom dieťati s PAS z 36-tich zdravých, pričom pomer chlapcov a dievčat je 3,8 v prospech chlapcov.

Údaje o prevalencii PAS v jednotlivých krajinách sa líšia, dôvodom tejto rôznorodosti sú pravdepodobne viaceré faktory vplývajúce na identifikáciu jadrových príznakov autizmu, ako je heterogénna prezentácia autistických porúch, prítomnosť pridružených fyzických a mentálnych ochorení, existencia kompenzačných mechanizmov u ľudí s PAS, nedostatočné vyhľadávanie PAS pomocou skriningových nástrojov a v neposlednom rade nejednotnosť v používaní skriningových a diagnostických metód a diagnostických kritérií. Medián veku prvej diagnózy zostáva naďalej vysoký, podľa CDC údajov u detí s PAS bez postihnutia intelektu je 53 mesiacov, s poruchou intelektu je nižší, 43 mesiacov (CDC, 2023).

Vzhľadom na vyššiu efektivitu včasných intervencií v ranom veku je nutné sprístupniť skriningové a diagnostické metódy čo najväčšiemu počtu odborníkov (vzdelávaním odborníkov z viacerých rezortov), aby sa diagnostika posúvala do včasnejšieho veku dieťaťa. Aktuálne môže byť na Slovensku dieťa s PAS zaradené do systému pomoci a podpory (okrem služieb včasnej intervencie/SVI a poradenských zariadení CPP/ŠCPP v školstve) spravidla až po potvrdení

¹Zdroj: počet detí: <https://www.humanisti.sk/2022/06/28/kolko-deti-do-14-rokov-na-slovensku-mame/>
štatistická ročenka: https://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skolstve/statistiky/statisticka-rocenka-publikacia/statisticka-rocenka-suhmne-tabulky.html?page_id=9603

diagnózy. Keďže samotný proces diagnostiky trvá nezriedka niekoľko mesiacov (niekedy až rokov), je potrebné zabezpečiť, aby aj v čase pred uzavretím diagnózy dostávalo dieťa potrebné intervencie a stimulácie a jeho rodina adekvátnu sociálnu podporu, pretože majú veľký vplyv na rozvoj zručností a schopností dieťaťa a tým aj na jeho celkovú funkčnosť.

Odhady prevalencie autizmu sú nevyhnutné pre zvyšovanie povedomia o autizme a nastavenie správnej a individualizovanej zdravotnej starostlivosti pre ľudí s PAS. Súčasne sú nutné pre nastavenie podpory vo všetkých oblastiach naprieč rezortmi zdravotníctva, školstva, práce a sociálnych vecí.

PATOFYZIOLÓGIA PAS

Patofyziológia PAS nie je dodnes uspokojivo objasnená. Je však nevyhnutná na pochopenie vzniku poruchy a jej ďalšie diagnostické a terapeutické ovplyvnenie.

Autizmus je neurovývinová geneticky podmienená porucha a pri jej vzniku zohráva dôležitú úlohu aj vzájomné pôsobenie viacerých ďalších faktorov. Najsilnejší vplyv na vznik autizmu majú genetické faktory, z doteraz známych výskumných štúdií je ich podiel odhadovaný na 80 % (Kainer, 2023). Na súčinné faktory prostredia teda pripadá ostatných 20 %. Patria sem najmä hormonálne vplyvy a iné vplyvy vnútorného prostredia organizmu ako sú imunita, črevná mikrobiota a tiež epigenetické faktory, ktoré ovplyvňujú expresiu génov a následne odlišný vývin neurónov a ich spojení v mozgu dieťaťa, čo spôsobuje odlišné vnímanie, cítenie a myslenie prejavujúce sa autistickým fenotypom. V priebehu života majú spomínané vplyvy rôznu váhu a v kooperácii s ďalšími vonkajšími faktormi vytvárajú jedinečný fenotyp autistických príznakov u dieťaťa/dospelého s PAS. Asi 10 % prípadov autizmu tvorí tzv. syndrómový autizmus, pri ktorom sa obraz autizmu vyskytuje v rámci známeho genetického poškodenia. K týmto syndrómom patria napr. Syndróm fragilného X chromozómu, Tuberózna skleróza, Rettov syndróm a p. U týchto detí je potrebné sledovanie klinického obrazu, aby sa dostatočne včas zachytil odlišný vývin a prípadne rozvíjajúca sa autistická porucha. Cieľom včasnej identifikácie je zahájenie esenciálne potrebnej včasnej intervencie vo všetkých rezortoch (Ostatníková, 2022).

IDENTIFIKÁCIA A KLASIFIKÁCIA PAS

Skríning PAS sa na Slovensku vykonáva prostredníctvom dotazníka M-CHAT – R/F v 16. až 30. mesiaci veku dieťaťa a je súčasťou štandardizovaných vyšetrení psychomotorického vývinu detí pri 2. až 11. preventívnej prehliadke v primárnej všeobecnej zdravotnej starostlivosti. Zodpovedným za vykonanie skríningu je všeobecný lekár pre deti a dorast (ďalej VLDaD), avšak rodičia ho môžu vykonať aj sami. Dotazník je voľne dostupný na webovej stránke MZ SR a portálu Zdravie dieťaťa.

Ak skríning vykonajú iní odborníci alebo rodičia sami, o pozitívnom výsledku je potrebné informovať VLDaD a zároveň ihneď odoslať dieťa

1. do systému špecializovanej zdravotnej starostlivosti (zdravotnícki pracovníci prvého kontaktu, ku ktorým je možné ísť bez výmenného lístka, sú klinickí psychológovia, psychiatri a detskí psychiatri),
2. do systému včasnej intervencie (v sociálnom systéme: poskytovatelia SVI – Centrá včasnej intervencie; v školskom systéme: zariadenia CPP/ŠCPP).

Výskyt autistických symptómov je dobre pozorovateľný vo veku dvoch rokov veku dieťaťa, no v skutočnosti mnohé deti vykazujú behaviorálne znaky už od jedného roku veku (Hazlett, 2017). Vo veku 18-24 mesiacov už môžeme povedať, že správne diagnostikovaná PAS zostáva stabilná naprieč ďalšími rokmi, dokonca niektorí autori uvádzajú aj nižší vek (Miller, 2021). Napriek tomu je väčšina detí diagnostikovaná až po dosiahnutí troch rokov veku dieťaťa (CDC, 2023). Príčin neskorého záchytu poruchy je viacero. Až 50 % detí s autizmom má zároveň inú neurovývinovú poruchu – ADHD, pričom prejavy tejto poruchy sú externalizovanejšie a pútajú viac pozornosti ako PAS. Ďalším faktorom je odlišná klinická prezentácia u dievčat a detí pochádzajúcich z odlišného sociokultúrneho prostredia (napr. detí z etnických menšín). Niekedy je dôvodom aj odmietnutie diagnostiky rodičom. Niektoré deti s expresívno-receptívnou vývinovou jazykovou poruchou môžu mať v ranom veku podobné prejavy ako deti s PAS. Prejavy však vyplývajú z komunikačnej bariéry a sú ovplyvniteľné včasnou logopedickou intervenciou.

V nadväznosti na pozitívny skrining, prípadne pri záchyte neštandardného správania dieťaťa/dospelého javiaceho sa ako PAS, je vždy potrebná diferenciálna diagnostika PAS. Autistické príznaky sú veľmi rôznorodé vo svojej kvalite a kvantite a môžu sa časom meniť. Príznaky, na základe ktorých dieťa/dospelý dostane diagnózu autistického spektra sa nazývajú tiež „jadrové“ príznaky.

Poruchy autistického spektra je oficiálny názov diagnózy v rámci širšej kategórie – Neurovývinové poruchy – v Medzinárodnej klasifikácii chorôb, 11. revízia (MKCH-11). MKCH-11 vstúpila do platnosti v januári 2022, avšak nemá povinný dátum implementácie, každá krajina si stanovuje svoj vlastný čas prekladu a oficiálneho prijatia. Na Slovensku je stále v platnosti jeho staršia verzia MKCH-10, avšak klinické hodnotenia v tomto dokumente sledujú podmienky prijaté už v jeho novej, 11. revízii.

Poruchy autistického spektra sú podľa MKCH 11 charakterizované pretrvávajúcimi deficitmi:

- v schopnosti iniciovať a udržiavať vzájomnú sociálnu interakciu a sociálnu komunikáciu a
- paletou úzko vymedzených, repetitívnych a nepružných vzorcov správania, záujmov alebo aktivít, ktoré sú zjavne zvláštne (atypické) alebo neprimerané pre vek alebo sociokultúrny kontext jednotlivca².

² V MKCH 11 sú v tomto trse príznakov zahrnuté aj atypické reakcie na zmyslové podnety (hypo a hypersenzitivita), ktoré v MKCH 10 neboli medzi základnými diagnostickými znakmi.

Začiatok poruchy nastáva počas vývinu, zvyčajne v ranom detstve, ale symptómy sa môžu naplno manifestovať až neskôr, keď sociálne požiadavky prekročia obmedzené kapacity. Deficity sú dostatočne závažné na to, aby spôsobili zhoršenie osobných, rodinných, sociálnych, edukačných, pracovných alebo iných dôležitých funkčných oblastí a sú zvyčajne všadeprítomným (pervazívnym) rysom fungovania jednotlivca. Sú pozorovateľné vo všetkých situáciách, aj keď sa môžu líšiť podľa sociálneho, edukačného alebo iného kontextu^{3,4}. Jednotlivci na spektre vykazujú celú škálu rôzneho intelektového fungovania a jazykových schopností.

Pestrosť vyjadrenia príznakov sa líši od dieťaťa k dieťaťu a ich podrobnejší opis presahuje možnosti tohto preventívneho postupu. Zároveň nachádzame u ľudí s autizmom aj ďalšie nešpecifické príznaky vyskytujúce sa pri iných ochoreniach somatického alebo psychického zdravia. U dieťaťa/dospelého s autizmom sa vyskytuje vždy jedinečná kombinácia týchto príznakov.

Diagnostický proces je komplikovaný nielen samotnou rozmanitosťou a kombináciou hlavných autistických príznakov, ale tiež rôznou mierou adaptačných stratégií, ktorými dokážu osoby s PAS čiastočne alebo dočasne kompenzovať navonok svoje deficity, často za cenu zvýšenej vulnerability na iné psychické ochorenia (najmä úzkostné poruchy a poruchy nálady). Rovnako heterogenita sociálneho prostredia a poskytované stimulácie/terapie majú markantný vplyv na konečnú prezentáciu autizmu. Ďalším faktorom sťažujúcim diagnostický proces sú pridružené ochorenia. Napr., ak má dospelievajúci s autizmom pridruženú depresívnu poruchu, budú u neho prevládať depresívne prvky v nálađe a myslení.

Príznaky autizmu sa v rôznych oblastiach vývinu dieťaťa líšia vo svojej závažnosti od ľahkých až po ťažké. Menia sa tiež počas jeho života, niektoré sa vekom vytrácajú, iné pribúdajú. Odborníci sa zhodujú na tom, že autizmus nie je kategorická, ale dimenzionálna diagnóza (neexistuje presná hranica medzi zdravými ľuďmi a ľuďmi s miernym autizmom). Celá populácia disponuje istou mierou „autistických znakov“.

Pre určenie diagnózy autistickej poruchy u dieťaťa/dospelého je podľa diagnostických štandardov vo vyspelých krajinách potrebné absolvovať viaceré vyšetrenia vrátane priameho pozorovania správania dieťaťa/dospelého a podrobného rozhovoru s rodičom, príp. primárnym opatrovateľom. Slúži na to viacero klinických a testových metód. Na priame pozorovanie správania je metódou prvej voľby test Autism Diagnostic Observation Schedule – second version (ADOS-2) – Diagnostika a hodnotenie porúch autistického spektra – druhé vydanie (Lord C. et al, 2012). Podrobných anamnestických dotazníkov zameraných na vývinovú históriu dieťaťa s ohľadom na autistické správanie je viacero, jedným z nich je Autism diagnostic interview – revised (ADI-R) – Diagnostický rozhovor pre autizmus – revidovaná verzia (Rutter

³ Niektoré osoby s poruchou autistického spektra sú schopné adekvátne fungovať v mnohých kontextoch vďaka mimoriadnemu úsiliu, takže ich deficity nemusia byť ostatným zjavné. V takýchto prípadoch je stále vhodná diagnóza poruchy autistického spektra

⁴(ICD-11, 2022: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/437815624>)

M. et al, 2003). Obe metódy spolu (t. j. kódovanie správania pri pozorovaní v štandardizovanom prostredí a úlohách, a štruktúrovaný rozhovor o vývinovej histórii dieťaťa) poskytujú kompletný obraz autistických príznakov a načrtnú silné a slabé stránky dieťaťa/dospelého. Poskytujú odborníkom vysokú šancu zachytenia PAS a považujú sa celosvetovo za **“zlatý štandard”** diagnostiky.

Použitie testov ADOS-2 a ADI-R spolu má až 85 %-nú senzitivitu a 87 %-nú špecificitu v porovnaní s kritériami prezentovanými v MKCH-10 (Randall M., 2018). Hoci tieto metódy poskytujú veľmi cenné informácie pre klinického odborníka pri diagnostike, výsledok ešte nedáva jednoznačnú odpoveď na to, či dieťa/dospelý má alebo nemá PAS. Špecifické testy na autizmus je potrebné používať v kombinácii s ďalšími validizujúcimi klinickými metódami a testami, ktoré sú zamerané najmä na zhodnotenie vývinovej úrovne alebo kognitívnych schopností t. j. na stanovenie mentálneho veku, zhodnotenie jazykových schopností, celkovej funkčnosti a adaptívneho správania. Pri hodnotení deficitov v sociálnych a komunikačných schopnostiach dieťaťa, v úrovni hry a pod. by sme mali zohľadňovať jeho dosiahnutú vývinovú úroveň, t. j. mentálny, nie chronologický vek. Určenie diagnózy vždy vyžaduje dôslednú diferenciálnu diagnostiku aj iných psychických porúch alebo somatického ochorenia, ktoré môžu imitovať prejavy PAS. V rezorte zdravotníctva sa taktiež vyžaduje, aby sa diagnostika vykonala tzv. správne, t. j. aby sa vykonali všetky potrebné úkony na správne určenie diagnózy a zabezpečenie včasnej a účinnej liečby v súlade s moderným vedeckým poznaním, štandardnými klinickými postupmi a pri zohľadnení individuálneho stavu pacienta.

Diagnostika autizmu v dospelosti je ešte zložitejšia ako v detstve, pretože mnohé jadrové príznaky sú prítomné aj pri iných psychických poruchách (napr. pri schizofrénii alebo pri niektorých poruchách osobnosti). Navyše nie je vylúčené ani to, že sa autizmus vyskytuje v kombinácii s inou psychickou poruchou, kedy sa navzájom klinické obrazy prekrývajú (napr. PAS a poruchy nálady, úzkostné poruchy alebo iné psychické poruchy vrátane psychotických).

Ďalším úskalím špecializovanej diagnostiky u ľudí s PAS je fakt, že identifikácia špecifických a nešpecifických príznakov autizmu ešte nedáva celkovú informáciu o miere funkčnosti jednotlivca a jeho najbližšieho okolia v každodennom živote. Funkčnosť dieťaťa/dospelého s PAS ovplyvňujú nielen samotné autistické príznaky (ich kombinácia a závažnosť), ale aj úroveň komunikácie, miera kognitívnych schopností, exekutívne funkcie a miera adaptívneho správania. Neodmysliteľnou súčasťou diagnostického procesu je spolupráca multidisciplinárneho tímu odborníkov v rezorte zdravotníctva (VLDaD/VLD, detský psychiater / psychiater, klinický psychológ, klinický logopéd, liečebný pedagóg) doplneného o multiprofesionálnu spoluprácu s odborníkmi v iných rezortoch. najmä v rezorte školstva (zariadenia poradenstva a prevencie, školský psychológ, školský logopéd, školský špeciálny/liečebný pedagóg) a v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny (poskytovatelia SVI).

S prihliadnutím na všetky vyšetrenia definitívnu diagnózu stanoví psychiater alebo detský psychiater. **Diagnostický proces je** v tomto ohľade **odborne, časovo a aj finančne**

náročný. Stretávajú sa v ňom cesty všetkých pomáhajúcich profesií a rezortov **a preto je potrebná ich efektívna nadrezortná koordinácia.**

INTERVENCIE PRI PAS

V súčasnosti nie je známa žiadna kauzálna terapia PAS. Intervencie zamerané na zlepšenie symptómov PAS zahŕňajú najmä behaviorálne intervencie (intervencie na úpravu správania), logopedické intervencie (budujúce reč), intervencie zamerané na senzorické spracovanie podnetov z prostredia (senzorická integrácia), psychofarmakologické intervencie a doplnkovú terapiu. Cieľom intervencií je

- eliminácia maladaptívneho správania, ktoré znevýhodňuje osobu s PAS oproti rovesníkom,
- výber efektívnej formy komunikácie, jej zlepšenie a rozvíjanie,
- dosiahnutie čo najvyššej možnej miery inklúzie osoby s PAS do sociálneho prostredia a ak je to možné aj zaradenie dieťaťa do školského systému/ dospelaj osoby do pracovného procesu a ich udržanie v ňom,
- uľahčenie edukačného procesu, resp. zamestnania, nadobúdanie zručností potrebných pre tento proces,
- podpora socializácie, interakcie a zručností potrebných pre sociálnu interakciu,
- podpora rodiny osoby s PAS ako celku nakoľko PAS ovplyvní a zasiahne celú rodinu.

Úlohou odborníka je orientovať sa medzi existujúcimi intervenciami a používať tie, ktoré majú overenú účinnosť a sú založené na dôkazoch (majú podporu podľa medicíny založenej na dôkazoch – EBM). Intervencie sa naďalej intenzívne skúmajú a testuje sa ich účinnosť (National Autism Center, 2018) s cieľom rozšíriť spektrum overených intervencií.

Okrem výberu vhodných intervencií je nevyhnutné zabezpečiť aj ich dostatočnú kvalitu v procese edukácie detí a dospelých s PAS (tzv. vysokú fidelitu – ich presné a správne použitie). Nesprávna aplikácia metódy býva jedným z hlavných dôvodov, prečo je intervencia neúčinná alebo neprináša očakávané výsledky. Minimálnou požiadavkou na terapeuta je preto sústavné vzdelávanie sa a multidisciplinárna spolupráca (ideálne v jednom multiprofesionálnom tíme), ako aj intervízia a supervízia poskytovaná expertmi vo zvolenom intervenčnom prístupe. Vzdelanie v konkrétnej metóde je potrebné kombinovať so vzdelaním v príslušných odborných a špecializovaných činnostiach a metódu aplikovať iba v takom kontexte a oblasti, ktoré sú terapeutovi dobre známe a má v nich dostatočnú expertízu. Neodporúča sa vykonávať intervencie v oblasti, v ktorej odborník nemá dostatok skúseností.

1. Behaviorálne intervencie

Pri riešení problémového správania, ale aj v procese rozvoja komunikačných, sociálnych či akademických zručností sa používajú najmä behaviorálne intervencie vychádzajúce z aplikovanej behaviorálnej analýzy, ktoré sú pri správnej aplikácii považované za vedecky overený a efektívny prístup (kvalita dôkazov I – metaanalýzy randomizovaných štúdií, sila dôkazov A-C, UpToDate, 2021). Behaviorálne metódy vychádzajú z poznatkov základného

výskumu správania, ich cieľom je minimalizovať následky deficitov súvisiacich s poruchou PAS (rozširovanie repertoáru zručností, ktoré sú pri primárnej diagnóze oslabené), zvýšiť funkčnosť a samostatnosť osoby s PAS, facilitovať proces učenia a získavania adaptívnych spôsobilostí v sociálnom prostredí, eliminovať alebo znížiť frekvenciu nežiaduceho správania, ktoré môže znemožňovať zaškolenie a zapojenie sa jednotlivca do spoločnosti, a niekedy aj ohrozovať jeho vlastné zdravie (napr. pri sebapoškodzovaní).

Intervencie majú byť individualizované a majú zahŕňať vstupné a priebežné hodnotenie zručností (analýza funkčného stavu), tvorbu individualizovaného plánu a dôkladný zber dát a ich pravidelné vyhodnocovanie s prípadnou následnou modifikáciou intervenčného postupu. Ako minimum aktívnej intervencie sa odporúča 25 hodín týždenne (kvalita dôkazov I – systematic reviews, sila dôkazov A-C, UpToDate, 2021) spolu s intenzívnou edukáciou rodiča. Na Slovensku je ich dostupnosť v rámci včasnej intervencie nedostatočná, a chýba aj ich zaradenie do edukácie a starostlivosti o osoby s PAS, či už v školských, špecializovaných zariadeniach alebo v prirodzenom domácom prostredí. Odporúča sa, aby čo najviac osôb v prostredí osoby s PAS malo vzdelanie v behaviorálnych intervenciách a v prístupe aplikovanej behaviorálnej analýzy aspoň na úrovni tzv. behaviorálnej techniky – osoby, ktorá vie kvalifikovane vykonať jednotlivé intervencie z indikácie experta – tzv. behaviorálneho analytika – s úplným vzdelaním v aplikovanej behaviorálnej analýze.

Intervencie pre osoby s PAS môžeme rozdeliť do dvoch skupín (komplexné a fokusované).

- **Komplexné intervencie** tvoria intervenčný balíček vytvorený z overených prístupov a metód (tzv. komplexné programy) a sú zamerané na podporu celkového rozvoja osoby s autizmom. Patrí tu napr. Lovaasov model ABA, prístup Verbálneho správania (z angl. Verbal Behavior – VB), ESDM (z angl. Early Start Denver Model), či PRT (z angl. Pivotal Response Training).
- **Fokusované intervencie** (zamerané na nácvik jednej alebo malého množstva zručností s využitím funkčného behaviorálneho hodnotenia) sú určené na riešenie jedného z cieľov a môžu byť súčasťou komplexných intervencií. Medzi behaviorálne metódy odporúčané v praxi radíme pozitívne posilňovanie, diferencované posilňovanie, promptovanie, odstraňovanie promptov, tvarovanie, reťazenie, intenzívne učenie, bezchybné učenie, či učenie v prirodzenom prostredí, rôzne druhy vyhasínania, behaviorálne metódy využívané v rámci riešenia problémového správania (antecedentné a konzekventné stratégie, učenie alternatívneho správania atď.). Podľa The National Clearinghouse on Autism Evidence & Practice (2020⁵) je v súčasnosti identifikovaných 28 prístupov a metód založených na dôkazoch, ktorých prehľad nájdete na konci tohto dokumentu v [Prílohe 1](#).

⁵ The National Clearinghouse on Autism Evidence & Practice. (2020). Dostupné na Internete: Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder.: <https://ncaep.fpg.unc.edu/sites/ncaep.fpg.unc.edu/files/imce/documents/EBP%20Report%202020.pdf>

Odborníci sa vo svojej praxi môžu zamerať na jeden z komplexných intervenčných prístupov alebo na aplikovanie niektorých z fokusovaných intervencií/metód v komplexnom klinickom manažmente. Dôležité ale je, aby prístupy boli v súlade s najnovšími poznatkami a aplikované s vysokou presnosťou (fidelitou) po dôkladnom zaškolení skúseným odborníkom s dostatočnou odbornou praxou.

2. Komunikačné intervencie

Narušená komunikačná schopnosť je súčasťou symptomatiky PAS a využívanie behaviorálnych intervencií v spolupráci s klinickým logopédom alebo logopédom v školských zariadeniach alebo v zariadeniach sociálnych služieb sa odporúča aj v terapii zameranej na zlepšenie komunikačných schopností. Na rozvoj funkčnej komunikácie sú vytvorené viaceré behaviorálne prístupy ako napr. Prístup verbálneho správania (VB) alebo Funkčný komunikačný tréning (Functional Communication Training, FCT).

Prístup verbálneho správania je behaviorálnym prístupom, ktorý poskytuje presný štruktúrovaný postup učenia funkčnej komunikácie s použitím viacerých behaviorálnych metód ako bezchybného učenia, promptovania, odstraňovania promptov, intenzívneho učenia, alebo učenia v prirodzenom prostredí. Funkčný komunikačný tréning je systematickou behaviorálnou intervenciou, v rámci ktorej nahrádzame problémové správanie osoby s autizmom sociálne prijateľným správaním, prevažne učením rôznych foriem funkčnej komunikácie, a to použitím alternatívnych a augmentatívnych foriem komunikácie (úroveň dôkazov II).

Vzhľadom na výrazne narušenú funkčnú komunikáciu je u značného počtu osôb s PAS nutné využívať aj augmentatívne a alternatívne komunikačné prostriedky, ako sú napríklad posunková reč a obrázkové symboly určené na komunikáciu. High-tech komunikačné pomôcky sa odporúčajú ako prostriedok pri nácviku reči a jazyka. Ak je možné, nemajú byť cieľom nácviku.

3. Podpora sociálnych a adaptačných schopností

Vzhľadom k výrazne narušenej oblasti recipročnej sociálnej interakcie sa odporúčajú aj intervencie zamerané na sociálne zručnosti, ktoré osoby s PAS učia stratégie potrebné pre riešenie sociálnych problémov a adaptáciu.

Pri nácviku sociálnych zručností sú odporúčané sociálne príbehy (Social stories), nácvik zdieľanej pozornosti (Joint Attention), stratégie modelovania (in vivo modeling a videomodeling) a stratégie rovesníckeho tréningu (Peer Buddies, Peer Networks, Pivotal Response Training, Peer Imitation Training). Intervencie pri špeciálnych problémoch, napr. pri selektívnom príjme potravy, sebapoškodzujúcom správaní a podobne, sú odporúčané podľa potreby jednotlivca. Intervencie môžu zahŕňať podporu emočnej regulácie, podporu exekutívnych funkcií a kognitívno-behaviorálnu podpornú terapiu (úroveň dôkazov II).

4. Fyzioterapia a ergoterapia

Poruchy hrubých aj jemných motorických zručností spolu s hypotóniou, ktoré sú súčasťou obrazu vývinovej poruchy, sa riešia v rámci fyzioterapie podľa individuálnych potrieb dieťaťa (úroveň dôkazov III).

Osobám s PAS sa poskytuje aj podpora pracovných zručností s cieľom zaradenia do pracovného procesu, ak je to možné.

5. Integratívne modely

Ide o kombinované modely zahŕňajúce multimodálnu terapiu, kde aspoň jedna zložka využíva behaviorálno-analytické intervencie založené na ABA (ESDM – Early Start Denver Model, DIR – Individual Difference Relationship based model, Floortime, RDI – Relationship Development Intervention, JASPER – Joint Attention Symbolic Play Engagement and Relation programme, PACT – Preadolescent Autism Communication Trial) (úroveň dôkazov II).

6. Liečba psychiatrických komorbidít a somatických ochorení u pacientov s PAS

Vykonáva sa podľa potreby na základe indikácie psychiatra/detského psychiatra a ďalších špecialistov v rezorte zdravotníctva v súlade s platnými štandardnými klinickými postupmi.

PREVENTÍVNA STAROSTLIVOSŤ O OSOBY S PAS

Preventívna starostlivosť je vedomé ovplyvňovanie zdravotného stavu osoby, páru, rodiny, skupiny osôb, komunity alebo inej populácie s cieľom udržať ich zdravie, zabrániť vzniku komplikácií pri poruchách zdravia, zabrániť návratu poruchy alebo ochorenia alebo zmierniť ich dôsledky. Inkluzívna preventívna starostlivosť je starostlivosť zameraná na zabránenie exklúzie niektorých skupín obyvateľstva z poskytovania zdravotnej starostlivosti. Osoby s PAS potrebujú celoživotnú komplexnú, komprehenzívnu a inkluzívnu formu preventívnej starostlivosti, pri ktorej sa vykonáva súbor rôznych opatrení s cieľom:

- a) predídania vzniku porúch alebo ochorení iných ako PAS prostredníctvom ovplyvňovania etiopatogenetických činiteľov (**primárna prevencia**),
- b) včasného rozpoznania poruchy PAS a iných porúch alebo ochorení pomocou skríningu a včasnej diagnostiky a následnej liečby podľa individuálnych potrieb (**sekundárna prevencia**),
- c) zabrániť zhoršovaniu a relapsu (akejkoľvek) poruchy/ochorenia a zlepšiť tak kvalitu života pacienta a jeho rodiny (**terciárna prevencia**),
- d) eliminácie iatrogénneho poškodenia, odstraňovania rizika nadmernej medikácie, zbytočných invazívnych výkonov a voľby eticky najprijateľnejších postupov (**kvartérna prevencia**).

Primárna preventívna starostlivosť o osoby s PAS

Primárna prevencia je súbor opatrení, ktoré sa vykonávajú skôr ako sa prejavia účinky rizikových faktorov na zdravie, najčastejšie prostredníctvom opatrení, ako je predchádzanie

ochoreniu zmenou rizikového správania, očkovaním alebo zákazom používania látok, o ktorých je známe, že súvisia s etiopatogenezou ochorenia alebo nepriaznivým zdravotným stavom.

Vo svetle súčasných poznatkov zatiaľ nebolo možné identifikovať kauzálne etiologické faktory spôsobujúce rozvoj autizmu u dieťaťa, a preto nie je možná primárna prevencia autizmu v pravom zmysle slova tak, aby sme PAS mohli predchádzať. V patogenéze poruchy ide o spolupôsobenie genetických faktorov a faktorov prostredia (pozri aj kapitolu Patogenéza PAS). Keďže na Slovensku doposiaľ nemáme epidemiologické štúdie identifikujúce mieru rizika PAS u rôznych skupín obyvateľov so zreteľom na sociokultúrne, etnické a rasové odlišnosti, nedokážeme zodpovedne zhodnotiť mieru ohrozenia našich obyvateľov autizmom.

Medzi postupy primárnej prevencie PAS, ktoré je v súčasnosti možné vykonávať môžeme zaradiť:

- edukovanie širokej verejnosti o identifikovaných rizikových faktoroch v etiopatogéze PAS,
- podporovanie výskumu v oblasti etiopatogenézy a prevencie výskytu PAS na Slovensku,
- podporovanie opatrení, ktoré znižujú výskyt PAS v populácii, ak budú identifikované.

V uvedenej súvislosti je dôležité pripomenúť, že aj keď nie je možné ovplyvniť vznik autizmu, aj osoby s PAS potrebujú primárnu, sekundárnu a následnú zdravotnú starostlivosť v rovnakej, a často aj vo vyššej miere ako neurotypická populácia (Halfon et al, 2014). Z dôvodu charakteru poruchy (narušenej sociálnej komunikácie) ľuďom s PAS hrozí, že im nebude starostlivosť poskytnutá včas a v potrebnej kvalite, a preto je nutné dbať na jej dostupnosť a zabezpečenie ekvity pri jej poskytovaní. Dosiahnutie ekvity je možné iba odstraňovaním **bariér a úprave prístupu zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti** tak, aby pacienti s PAS zdravotnú starostlivosť dokázali absolvovať. Slovensko by malo prijať všetky príslušné opatrenia, ktorými zabezpečí, aby aj osobám s PAS bola poskytovaná zdravotná starostlivosť vrátane liečebnej rehabilitácie bez diskriminácie na základe zdravotného znevýhodnenia (Dohovor).

Sekundárna preventívna starostlivosť u osôb s PAS

Sekundárna prevencia je selektívna prevencia v populácii, ktorá sa vykonáva individuálne, skupinovo alebo hromadne u osôb alebo v skupinách osôb, u ktorých bolo identifikované riziko ochorenia/poruchy. Patrí sem aktívne vyhľadávanie ochorenia/poruchy vo všeobecnej ako aj v rizikovej populácii a včasná diagnostika s cieľom včasnej intervencie nielen v zdravotníctve, ale aj naprieč rezortmi.

Sekundárna prevencia sa začína vtedy, keď už nepostačuje bežná starostlivosť a podpora (vykonávaná rôznymi formami v komunite, v školských zariadeniach, v zariadeniach sociálnych služieb alebo svojpomocnými individuálnymi či skupinovými aktivitami) a osobe je potrebné poskytnúť zdravotnú starostlivosť. Deje sa tak z dôvodu, že systém podpory a pomoci mimo rezortu zdravotníctva jej už nedokáže zabezpečiť dostatočnú starostlivosť alebo u nej potrebuje vylúčiť potrebu špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Je napríklad potrebné vylúčiť alebo potvrdiť prítomnosť poruchy, vykonať niektoré úkony potrebné na jej správne určenie, ktoré sa

v systéme mimo zdravotníctva nedajú vykonať, zabezpečiť potrebnú liečbu alebo získať formalizované stanovenie diagnózy pre účely ďalšej podpory v rezortoch mimo zdravotníctva a i.

V oblasti sekundárnej preventívnej starostlivosti o osoby s PAS je úlohou tímu odborníkov (vo všetkých rezortoch, najmä v oblasti zdravotníckeho, školského a sociálneho systému) zaistiť fungujúcu a dobre organizovanú spoluprácu. Ich cieľom je, aby sa zabezpečil čo najskorší záchyt PAS pomocou skriningových metód, včasná diagnostika a včasná a účinná intervencia. Odborníci pracujú na mnohých miestach simultánne a ich odborné činnosti sa navzájom prelínajú, avšak cieľom všetkých je okrem zabezpečenia starostlivosti v oblasti ich vlastnej pôsobnosti aj zabezpečiť, že nedôjde k premeškaniu a oneskoreniu poskytnutia potrebnej zdravotnej starostlivosti a tým nepriaznivých dôsledkov na zdraví osoby s PAS.

Odborníci aj v rezortoch mimo zdravotníctva majú kompetenciu vykonať skrining poruchy PAS a spravidla aj prvotné diagnostické úkony v rozsahu výkonu svojho povolania a vzdelania, čím významne prispievajú k skorému záchytu PAS a zabezpečeniu ďalšej starostlivosti. V ich kompetencii je **poslať osobu s PAS do systému zdravotnej starostlivosti**, optimálne aj s **informatívnou správou** o vykonaných pozorovaniach a použitých diagnostických a intervenčných metódach (vrátane štandardizovaných testovacích metód a posudzovacích škál), o dostupných anamnestických a heteroanamnestických údajoch a s opisom správania osoby vrátane event. vlastného pohľadu na okolnosti zdravotného stavu osoby. Tieto správy (ak s ich sprístupnením osoba zákonného zástupcu alebo dospelá osoba spôsobilá dať súhlas súhlasí) plnia dôležitú úlohu v prvej orientácii pri klinickom vyšetrení, ktoré spravidla vykonajú **zdravotnícki pracovníci prvého kontaktu (VLDaD/VLD, klinický psychológ alebo detský psychiater/ psychiater)**. K týmto odborníkom je možné osobu s podozrením na PAS **odoslať aj bez výmenného lístka**. V prípade detí sa v prípade súhlasu zákonného zástupcu vždy odporúča takúto správu spolu s informáciou o ďalšom odporúčaní poskytnúť aj VLDaD, ktorý ako jediný zdravotnícky pracovník, má pravidelný kontakt s pacientom a vie zabezpečiť jeho komplexný klinický manažment.

Je dôležité pripomenúť, že autizmus je len zriedka možné spozorovať podľa vonkajších znakov. Výskumy však ukazujú, že väčšina rodičov detí s PAS retrospektívne hodnotí odlišnosti vo vývine svojho dieťaťa už veľmi skoro, približne vo veku 1. roka (Ozonoff, 2010). Na to, aby bolo včas vyslovené podozrenie na PAS, je zvyčajne potrebné podrobnejšie pozorovanie a analýza správania (priamo a podrobnou anamnézou), nevynímajúc odborné hodnotenia (napr. psychologické, psychiatrické, logopedické, liečebno-pedagogické, špeciálno-pedagogické). Neštandardné správanie dieťaťa/dospelého si môže všimnúť jeho bezprostredné okolie (rodičia, partneri, rodinní príslušníci), sociálne prostredie, v ktorom sa dieťa/dospelý pohybuje (učitelia v MŠ, ZŠ, ŠS, pracovisko), alebo odborníci v zdravotníckom (VLDaD/VLD), sociálnom (CVI) a školskom rezorte (CPP/ŠCPP). Preto považujeme za **dôležité aplikovať preventívne postupy nielen v zdravotníckom systéme, ale aj v ostatných rezortoch, najmä v sociálnom a školskom, v ktorých starostlivosti sa osoba s PAS môže ocitnúť skôr**.

V prílohách 2 až 6 tohto dokumentu sa nachádza opis znakov neštandardného správania dieťaťa/dospelého vyskytujúceho sa pri PAS. Keďže ide o extrémne heterogénnu prezentáciu

klinického obrazu, text si nedáva za cieľ popísať podrobne všetky prejavy pri PAS, slúži ako stručný prehľad príkladov správania v jednotlivých vekových kategóriách. Každé dieťa/dospelý s PAS je individuálnou osobnosťou a vyskytuje sa u nej rôzna kombinácia symptómov, pričom niektoré príznaky prítomné sú, iné nie.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (NICE, 2017)⁶ vypracovali usmernenia, v ktorých konzorcium odborníkov odporučilo sledovanie rizikových skupín osôb, u ktorých sa vo zvýšenej miere vyskytuje autizmus. Preto pokladáme za **veľmi dôležité sledovanie a včasný skrining u týchto rizikových skupín detí**:

- súrodenci detí s PAS,
- deti s vrodenými vývojovými chybami CNS, vrátane detskej mozgovej obrny,
- predčasne narodené deti (gestačný vek menej ako 35 týždňov),
- deti rodičov s psychickými poruchami ako sú napr. afektívne poruchy, psychózy,
- deti matiek užívajúcich kyselinu valproovú počas tehotenstva,
- deti, u ktorých boli diagnostikované poruchy učenia, poruchy intelektu alebo ADHD,
- deti s diagnózou neonatálnej encefalopatie, epileptickej encefalopatie, vrátane infantilných spazmov,
- genetické syndrómy – Syndróm fragilného X chromozómu, Downov syndróm, Tuberozna skleróza, svalová dystrofia, neurofibromatóza,
- deti matiek, u ktorých boli aktivované imunitné procesy počas tehotenstva (napr. infekčné ochorenie, vysoká hladina stresu, faktory životného prostredia ako sú toxíny, pesticídy, alebo znečistenie ovzdušia (APA, 2023).

U týchto skupín obyvateľov je potrebné myslieť na zvýšené riziko vzniku PAS a byť dôsledný v zachytávaní akejkoľvek odlišnosti v ich vývine formou skriningu, včasnej odbornej diagnostiky a intervencie.

Postupovanie pri podozrení na PAS

Nasledujúci text uvádza **postupy** pre odborníkov i laickú verejnosť pri zistení neobvyklých prejavov v správaní dieťaťa/dospelého a ukazuje **cestu**, aby bola pacientovi poskytnutá včasná a kvalitná potrebná starostlivosť.

Pri podozrení na PAS je potrebné vykonať úkony potrebné pre správne určenie, či skutočne ide o poruchu PAS alebo sa za podozrivým správaním skrýva iná príčina. Akýkoľvek odborník alebo osoba starajúca sa o dieťa/dospelého pri pozorovaní neobvyklých prejavov v správaní obvykle vie vykonať alebo zabezpečiť nasledujúce 3 kroky:

- 1. UROBIŤ SKRÍNING NA PAS**
- 2. ZABEZPEČIŤ POTREBNÚ ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ**
- 3. ZABEZPEČIŤ VČASNÚ INTERVENCIU**

⁶ Zdroj: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg128>

1. POSTUP PRE SKRÍNING PAS

- **Administrovať skriningový dotazník:** M-CHAT-R/F (u detí) alebo iný dostupný skriningový nástroj.
- **Skrining M-CHAT-R/F je možné administrovať deťom vo veku od 16 do 30 mesiacov.** Dotazník je dostupný online ako dokument pre vytlačenie a papierovú administráciu na stránke MZ SR a existuje aj vo forme aplikácie **s automatickým vyhodnotením na webovej stránke www.zdraviedietata.sk alebo www.acva.sk**
- Výsledné skóre v dotazníku M-CHAT-R zaradí dieťa do vysokorizikovej alebo nízkorizikovej skupiny alebo do skupiny detí so stredným rizikom. Pri strednom riziku je doplnený následne dotazníkom M-CHAT F.

2. ZABEZPEČENIE POTREBNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- **Pri pozitívnom skríningu**, pretrvávajúcich obavách rodiča alebo podozrení, že môže ísť o PAS, je potrebné dieťa/dospelého **bezodkladne odoslať do akéhokoľvek zdravotníckeho zariadenia** ambulantnej zdravotnej starostlivosti tzv. **prvého kontaktu (bez výmenného lístka)**, medzi ktoré patria ambulancie: **VLDaD/VLD, klinického psychológa a psychiatra / detského psychiatra**) a ktoré môžu zopakovať/vyhodnotiť skrining a vykonať ďalšie potrebné úkony pre včasné určenie diagnózy.

Na rozdiel od odborníkov mimo rezort zdravotníctva, môžu:

- **vykonať diagnostické úkony** v rozsahu špecializovaných alebo certifikovaných pracovných činností svojho odboru,
 - **odoslať pacienta na ďalšie špecializované vyšetrenia** (ak je to regionálne možné a dostupné; najvhodnejšie je hneď na začiatku odporúčať špecializované pracovisko zaoberajúce sa špecializovanou diagnostikou PAS),
 - bezodkladne **stanoviť potrebnú liečebnú intervenciu**,
 - **vydať potrebné potvrdenia** o zdravotnom stave.
- Pri odosielaní osoby do systému ZS je optimálne **priložiť informatívnu správu** napísanú v rozsahu výkonu svojho povolania a vzdelania, s podrobným uvedením aké diagnostické a intervenčné úkony boli u dieťaťa/dospelého vykonané, ako aj všetky významné okolnosti súvisiace s pozorovaním správania osoby s PAS. Informatívnu správu je v prípade súhlasu zákonného zástupcu alebo dospelaj osoby s podozrením na PAS **vždy žiaduce doručiť aj príslušnému VLDaD/VLD**. Je to dôležité z dôvodu, že VLDaD/VLD je jediný zdravotnícky pracovník, ktorý kontinuálne sleduje zdravotný stav osoby, vykonáva aj preventívne prehliadky zdravotného stavu a je kľúčový pre komplexný manažment osoby.

Odosielanie do zdravotníckych zariadení špecializovanej starostlivosti

Odosielanie ku klinickému psychológovi:

- je možné aj **bez výmenného lístka**,

- má kompetenciu vystaviť výmenný lístok pre **ďalšie špecializované vyšetrenia**, ak je to potrebné,
- vykonáva klinické psychodiagnostické vyšetrenie, pri ktorom používa rôzne klinické a testové metódy, vďaka ktorým vie nielen opísať a vysvetliť, ale aj **kvantifikovať odchýlku od normy v psychických funkciách jednotlivca**,
- v diferenciálnej diagnostike PAS je okrem zhodnotenia prítomnosti klinických prejavov charakteristických pre PAS a vývinovej histórie dieťaťa dôležitý pre **zhodnotenie intelektových schopností** (mentálneho veku / vývinovej úrovne u detí), **adaptačných schopností, exekutívnych funkcií** a iných psychických funkcií (napr. pozornosti, schopnosti mentalizácie), **osobnostných rysov** a je dôležitý pre **potvrdenie alebo vylúčenie príznakov súvisiacich s psychickou poruchou** (aj inou ako PAS) voči diagnostickým kritériám platného klasifikačného systému,
- vykonáva **klinicko-psychologické intervencie a klinické poradenstvo** pre pacientov, ich blízke osoby, odborníkov a inštitúcie starajúce sa o osoby s PAS,
- môže **odhadnúť prognózu poruchy a odporučiť interval pre preventívne vyšetrenia** psychického stavu do budúcnosti, čo je obzvlášť dôležité pre osoby v štádiu pred potvrdením poruchy PAS.

Odosielanie ku klinickému logopédovi:

- je potrebné **vždy pri deťoch s oneskorením vývinu jazyka a nefyziologickom vývine v oblasti reči**,
- je potrebný **výmenný lístok od VLDaD/VLD alebo od špecialistu v systéme ŠAS** (špecializovaná ambulatná zdravotná starostlivosť) alebo v systéme ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- klinický logopéd má kompetenciu vystaviť výmenný lístok na **následné špecializované vyšetrenia**,
- **pri podozrení na čiastočnú alebo úplnú stratu sluchu** odošle klinický logopéd, VLDaD/VLD alebo iný špecialista dieťa/dospelého na **ORL (ušno-nosno-krčné) a foniatrické vyšetrenie**,
- **vykonáva klinicko-logopedické vyšetrenie spravidla od veku 18 mesiacov** (alebo skôr) so zámerom komplexnej diagnostiky jazykových schopností, diferenciálnej diagnostiky oneskoreného vývinu reči alebo vývinovej jazykovej poruchy ako samostatnej klinickej jednotky, prípadne ako symptomatický prejav pri PAS,
- vykonáva alebo **indikuje potrebné logopedické intervencie**.

Odosielanie k liečebnému pedagógovi v zdravotníctve:

- je potrebný **výmenný lístok** od VLDaD/VLD alebo od špecialistu v systéme ŠAS (špecializovaná ambulatná zdravotná starostlivosť) alebo v systéme ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- je potrebné **vždy pri**

a) vývinových ťažkostiach (pri odchýlkach v dosahovaní typických vývinových ukazovateľov v oblasti kognície, komunikácie, motoriky a regulácie správania zachytených pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, napr. pri preventívnych prehliadkach u všeobecných lekárov pre deti a dorast),

b) pri nepriaznivých podmienkach vývinu dieťaťa, zahŕňajúcich zdravotný stav dieťaťa, obmedzené možnosti rodiča poskytovať vhodné vývin-podporujúce prostredie a ďalšie rizikové faktory brániace plnému rozvoju vývinového potenciálu dieťaťa,

- vykonáva vyšetrenie **vývinovej funkčnosti** so zámerom identifikovať potreby dieťaťa a jeho rodiny pre maximálne možný rozvoj vývinového potenciálu,
- hodnotí štandardizovanými a klinickými metódami **priebeh vývinovej funkčnosti dieťaťa a potreby pre ďalší vývin dieťaťa v spolupráci s rodičmi**,
- spolupracuje s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti ale i poskytovateľmi poradenstva a sociálnych služieb, **odporúča ďalšiu starostlivosť o raný detský vývin** na základe identifikovaných potrieb dieťaťa a jeho rodiny.

Odosielanie k detskému psychiatrovi / psychiatrovi:

- je možné aj **bez výmenného lístka**,
- je **vždy** potrebné **v rámci diferenciálnej diagnostiky PAS**,
- je **optimálne až po realizovaných špecializovaných vyšetreniach** (najmä klinicko-psychologickom, klinicko-logopedickom, liečebno-pedagogickom vyšetrení),
- má kompetenciu vystaviť výmenný lístok pre **ďalšie špecializované vyšetrenia**, ak je to potrebné,
- má kompetenciu vylúčiť a posúdiť iné (aj somatické) príčiny zdravotného stavu/poruchy a **potvrdiť diagnózu**, čo je spravidla predpokladom pre nárok na vystavenie preukazu PAS a ŤZP a ďalšiu podporu v systéme mimo zdravotnícky systém (kompenzácie, opatrovateľský príspevok, osobná asistancia),
- môže vyhotoviť **lekársku správu o posúdení** zdravotného stavu (vrátane posúdenia zmenenej pracovnej schopnosti, resp. invalidity, spôsobilosti viesť motorové vozidlo a i.),
- môže **vystaviť “modrý preukaz” PAS**.

Odosielanie na ďalšie špecializované vyšetrenia:

- indikujú ich VLDaD/VLD, detský psychiater / psychiater, ostatní špecialisti v ŠAS,
- sú indikované **individuálne podľa toho, aké ďalšie vyšetrenia sú potrebné** na diferenciálnu diagnostiku (napr. vylúčenie iných ochorení alebo psychických porúch) a pri podozrení na komorbidity (ďalšie prítomné poruchy/ochorenia), ktorými sú vzhľadom k častejšiemu výskytu pri PAS najmä genetické, metabolické, neurologické, gastroenterologické, ORL, očné, imunologické vyšetrenia a zobrazovacie vyšetrenia. Tieto vyšetrenia však nie sú pre diagnostiku PAS pre všetky deti potrebné.

3. ZABEZPEČENIE VČASNEJ INTERVENČIE

- dieťa s podozrením na PAS je potrebné **neodkladne odoslať do** regionálne dostupného **zariadenia poskytujúceho včasnú intervenciu**, a to aj v prípade, že ešte nie je možné určiť definitívnu diagnózu,
- **služba včasnej intervencie** sa vykonáva aj v zariadeniach v školskom a sociálnom rezorte, napr. u poskytovateľov **SVI (napr. v CVI)**, **v CPP** (aj bez odporúčania) **alebo ŠCPP** (s odporúčaním od VLDaD),
- včasnú intervenciu v zdravotníctve spravidla zabezpečuje VLDaD (odosiela podľa individuálnej potreby) a vykonávajú ju **klinický psychológ (bez výmenného lístka), klinický logopéd, liečebný pedagóg a fyzioterapeut (s výmenným lístkom)**,
- cieľom včasnej intervencie je podpora efektívnej komunikácie, interakcie a sociálnej adaptácie a redukcie nevhodného správania, ktoré obmedzuje sociálnu interakciu, znemožňuje učenie a ohrozuje dieťa alebo okolie s cieľom predísť prehlbovaniu negatívneho vplyvu poruchy a s cieľom zaradenia dieťaťa do školského systému.

Postupy sekundárnej prevencie vlastné rezortu školstva a sociálnemu rezortu

- sú dôležité v sekundárnej preventívnej zdravotnej starostlivosti, pretože:
 - **majú veľký dopad na včasný záchyt** osôb s PAS, zabezpečenie **včasnej intervencie** v prirodzenom prostredí pacienta a **zabezpečenie podpory rodine**, ktorá je v klinickom manažmente kľúčová pre efektívnosť intervencií,
 - umožňujú vykonanie potrebných včasných intervencií **už v čase, keď ešte nie je stanovená diagnóza**, čím **výrazne zlepšujú prognózu poruchy**,
 - premostujú a nadväzujú na klinickú starostlivosť starostlivosťou **v prirodzenom prostredí pacienta**,
 - umožňujú vykonávať potrebné intervencie **v potrebnom rozsahu** (desiatkach hodín týždenne), čo v systéme zdravotnej starostlivosti nie je možné **bez inštitucionalizácie pacienta**,
- zabezpečujú najvyššiu možnú mieru starostlivosti dieťaťu a jeho rodine v rámci lokálnych možností v oblasti sociálneho a školského systému,
- **v ranom veku vykonávajú služby včasnej intervencie**, v rámci ktorých dieťa dostane odporúčané včasné intervencie na základe podozrenia na narušený raný vývin, ako aj **základné a špecializované sociálne poradenstvo** pre jeho rodinu.

Úloha odborníkov (špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, psychológ, logopéd) v sociálnych službách (SVI, DSS a i.) a v zariadeniach poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP)⁷:

- v prípade podozrenia na PAS, napr. u detí v ranom veku s NKS alebo iným zdravotným znevýhodnením majú **administrovať skrínigový dotazník M-CHAT-R/F**,

⁷ Pozri aj: Odborné činnosti poskytované deťom/žiakom s pervazívnymi vývinovými poruchami, web MŠVVaŠ

- ak sa dieťa nachádza vo vysoko alebo stredne rizikovej skupine, vtedy je potrebné **odoslať dieťa aj do systému zdravotnej starostlivosti** do zdravotníckeho zariadenia prvého kontaktu (VLDaD, klinický psychológ alebo detský psychiater), ktoré určí ďalší postup,
- pokiaľ je to možné, pri odosielaní do systému zdravotnej starostlivosti poskytnúť prostredníctvom rodiča alebo zasať s jeho súhlasom aj **informatívnu správu** o realizovaných úkonoch, pozorovaní dieťaťa v prirodzenom, školskom alebo inom prostredí a vlastnom pohľade na možné okolnosti jeho zdravotného stavu,
- vykonať **diagnostické a intervenčné výkony v rozsahu svojej kompetencie** (logopedické, psychologické, špeciálno-pedagogické a liečebno-pedagogické vyšetrenie),
- na základe **stanovenia profilu silných stránok, zručností a oslabení zabezpečiť intervencie na rozvoj psychomotorického vývinu,**
- zabezpečiť špeciálno-pedagogické, logopedické, psychologické, liečebno-pedagogické intervencie na rozvoj individualizovaných zručností každého dieťaťa s podozrením na PAS, poskytovanie terapií zameraných na **nácvik komunikačných a sociálnych zručností, sebaobsluhy** individuálnou alebo skupinovú formou, poskytovanie **behaviorálnych intervencií**, terapie zamerané na **senzoriku a senzomotoriku,**
- **poskytovanie poradenstva** pre rodiča o vhodnej terapeutickej starostlivosti o dieťa, **možnostiach zaškolenia** v školskom alebo sociálnom systéme a o sieti lokálnych poskytovateľov služieb pre deti a rodiny s PAS (CPP/ŠCPP, SVI, DSS),
- v spolupráci s rodičom a inými odborníkmi **pripraviť dieťa na zaškolenie** do školského systému (hlavne v oblasti zvládnutia problémového správania, socializácie dieťaťa a prenášania dosiahnutých zručností do iných sociálnych kontextov.

Terciárna preventívna starostlivosť pri PAS

Terciárna prevencia je podobne ako sekundárna prevencia selektívna a uskutočňuje sa individuálne, skupinovo alebo hromadne u osôb, u ktorých bolo identifikované riziko relapsu ochorenia. Je zameraná na opatrenia u rozvinutej poruchy alebo jej akútnej exacerbácie s cieľom zabrániť opakovaniu alebo zhoršovaniu príznakov poruchy s cieľom zlepšenia kvality života a jeho predĺženia.

Ľudia s PAS majú častejšie vyskytujúce sa pridružené ochorenia, ktoré sú spojené s vyššou chorobnosťou a s predčasnou úmrtnosťou. Často čelia prekážkam zabraňujúcim prístupu k riadnej zdravotnej starostlivosti vrátane preventívnych prehliadok, diagnostiky a liečby ochorení. Výskum ukazuje, že ľudia s PAS majú od detstva, počas dospelovania a v dospelosti vyššiu mieru zdravotných ťažkostí, čo vedie k zvýšenej chorobnosti a k zvýšenému riziku predčasnej úmrtnosti (DaWalt, 2019). Pri hospitalizácii je 1,5 krát vyššia úmrtnosť u autistických pacientov oproti neautistickým. (Akobirshoev, 2019).

Uvedené dôkazy naznačujú dôležitosť špecifického prístupu k zdravotnej starostlivosti u ľudí s PAS v priebehu celého života od detstva až po dospelosť. V ideálnom prípade by mala byť

v zdravotnej dokumentácii zaznamenaná PAS spolu s jej konkrétnymi špecifikami u danej osoby, aby sa mohla zabezpečiť individualizovaná zdravotná i kontextová starostlivosť.

Nižšie sú uvedené možné oblasti, v ktorých si každý poskytovateľ môže vytvoriť vlastné algoritmy s cieľom zvyšovania kvality starostlivosti o osoby s PAS. Uvádzame aj oblasti vytypované v aplikačnej praxi, ktoré si zaslúžia pozornosť zo strany gestorov uvedených rezortných oblastí.

Všeobecné odporúčania pre odborníkov pomáhajúcich profesií:

Ak sa dieťa/dospelý s PAS dostane do starostlivosti k odborníkovi v ktoromkoľvek rezorte pomáhajúcich profesií, ciele by sa mali zamerať na oblasti, ktoré dieťaťu/dospelému pomôžu dosiahnuť čo najvyššiu funkčnú nezávislosť v denných rutinách, a na ich preklopenie do rôznych prostredí. Základnými cieľmi sú najmä:

- zníženia maladaptívneho správania,
- nastavenia a zlepšenia komunikácie,
- zaradenia dieťaťa do školského systému, ako aj jeho udržanie v ňom,
- uľahčenia výučbového procesu,
- zaradenie do pracovného pomeru (podľa stavu osoby PAS),
- podporu socializácie a interakcie,
- celkovú podporu rodín.

Nasledujúci text ponúka možné postupy terciárnej prevencie:

V oblasti zdravotnej starostlivosti

V manažmente pacienta je vhodné

- **postupovať v súlade so štandardnými klinickými postupmi pre PAS**, vydanými MZ SR,
- zamerať sa na dosahovanie ekvity a **odstraňovanie bariér**, aby aj osoby s PAS mali prístup k zdravotnej starostlivosti vrátane všeobecnej a zubnej preventívnej starostlivosti, špecializovanej starostlivosti, liečebnej rehabilitácie a ďalšej zdravotnej starostlivosti v rovnakom rozsahu, kvalite a štandarde ako iné skupiny pacientov (Dohovor o právach osôb so ZP),
- **zlepšovať komunikačné zručnosti** s dôrazom na špecifiká osôb s PAS na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- **zlepšiť pripravenosť zdravotníckych zamestnancov** na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobám s PAS,
- poskytovať zdravotnú starostlivosť spôsobom čo najlepšie **prijateľným** pre pacienta s PAS, využívať aj legislatívne možnosti poskytovania ambulantnej zdravotnej starostlivosti **v domácom a prirodzenom prostredí** pacienta (so zvýhodneným koeficientom),
- podľa možností **zabezpečovať kontinuitu zdravotnej starostlivosti** aj proaktívnejším manažmentom pacienta alebo v spolupráci so sociálnym pracovníkom,
- v celom životnom cykle pacienta **myslieť na podporné intervencie** a z role experta poskytovať aj potrebné odborné **konzultácie odborníkom a laickým osobám starajúcim sa** o pacienta s PAS v jeho prirodzenom prostredí,

- zabezpečiť kvalitnú a dostupnú terapiu **pridružených ochorení** psychického a fyzického zdravia,
- zamerať sa na prevenciu častejšie sa vyskytujúcich **psychických porúch** a **symptómov ohrozujúcich život** pacientov s PAS (napr. sebapoškodzovanie, suicidálne myšlienky, odmietanie potravy, odmietanie zdravotnej starostlivosti), ktoré je u pacientov s PAS častejšie,
- zamerať sa na **dostatočné využívanie psychologickej liečby** (najmä behaviorálnych intervencií) v terapii pacienta, ktoré sú potrebné pre minimalizáciu a prevenciu následkov PAS ako aj vzniku ďalších porúch a ochorení,
- zvýšiť dostupnosť individuálnych a skupinových intervencií (napr. v rámci CPC včasná intervencia, CPC psychoterapia) nielen pre pacientov s PAS, ale **aj pre rodinných príslušníkov** (najmä rodičov a súrodencov),
- zvážiť individuálne možnosti **posúdenia zmenenej pracovnej schopnosti** (invalidity) a individuálne posudzovať aj spôsobilosť pre vydanie **vodičského oprávnenia**.

V sociálnej oblasti a v oblasti kompenzácií

V oblasti poskytovania sociálnych služieb je vhodné

- zabezpečiť včasnú **vývinovú stimuláciu** a intervencie prostredníctvom široko dostupnej **služby včasnej intervencie**,
- neustále zlepšovať **pripravenosť zariadení sociálnych služieb na poskytovanie starostlivosti** tejto cieľovej skupine,
- systematicky **vzdelávať zamestnancov** poskytujúcich sociálne služby v problematike PAS, ktorí často trávajú s klientami s PAS najviac času, aby vedeli s nimi **správne komunikovať** a pracovať, a aby sa predchádzalo zhoršovaniu symptómov pri nesprávnej komunikácii a práci s klientom s PAS,
- rozvíjať zručnosti odborných zamestnancov v sociálnych službách v oblasti prípravy **individuálnych plánov** podľa **štandardov kvality** poskytovanej sociálnej služby,
- nastavenia individualizovaných potrieb pre klientov prostredníctvom individuálnych plánov, ktoré majú zariadenia sociálnych služieb v súlade s [prílohou č. 2 zákona o sociálnych službách](#) robiť tak, aby sa zabezpečila **maximálna možná miera fungovania** v sociálnom svete nielen pre klienta s PAS, ale **aj pre jeho rodinu**,
- **zvýšiť počet kvalifikovaných terapeutov v zariadeniach sociálnych službách**, ktorí vedia nastaviť intervenčné programy na základe vývinových rizík v ranom veku a pracovať na deficitných oblastiach (zameranie na sociálnu komunikáciu, hru, reguláciu správania a pravidelné prehodnocovanie vývinu dieťaťa z pohľadu funkčnosti),
- vytvoriť **sieť špecialistov / špecializovaných pracovísk** zameraných na špecifické aj nešpecifické intervencie pri PAS a nastavenie intervenčného programu,

- budovať čo najviac **dostupnú sieť zariadení** poskytujúcich službu včasnej intervencie a zamerať sa na **zvýšenie frekvencie návštev v rodine cez CVI**, práce s deťmi a tréningu rodiča v ranom veku dieťaťa,
- systematicky budovať ambulantné a pobytové **špecializované zariadenia** pre osoby s PAS s ohľadom na miesto pobytu, zabezpečiť pobyt v špecializovanom zariadení pre klientov s PAS ambulantnou, prípadne týždennou formou pobytu, prípadne v zariadení chráneného bývania,
- vytvoriť dostatočné kapacity v špecializovaných zariadeniach sociálnych služieb **pre deti s PAS od 3 rokov**,
- využívať zariadenia a služby **podporovaného bývania** pre klientov s PAS s vyššou mierou funkčnosti,
- zjednodušiť prístup k **odľahčovacím službám** terénnou, ambulantnou, prípadne pobytovou formou,
- komplexne **podporovať rodinu** prostredníctvom podporných rodičovských skupín, vzdelávania rodičov, podpory a zvyšovania rodičovských kompetencií, práce s rodinným systémom a sociálnou sieťou klienta s PAS a iné,
- zabezpečiť **debarierizáciu domáceho prostredia** prostredníctvom peňažných príspevkov na kompenzáciu pri uzatvorenej diagnóze (ochrana pred ublížením na zdraví dieťaťa),
- ak je to možné predĺžiť poskytovanie **rodičovského príspevku** aj u detí, u ktorých je prítomné podozrenie na PAS, príp. majú oneskorený psychomotorický vývin, ale nie je aktuálne možné určiť definitívnu diagnózu,
- zabezpečiť **systém príspevkov na terapie** (ak nie je možné ich dostatočné hradenie verejnými zdravotnými poisťovňami), prípadne zabezpečiť terapie a stimulácie cez štátne zariadenia,
- **zjednotiť posudkovú činnosť** (vrátane lekárskej posudkovej činnosti), prepojiť ju so zdravotníckym rezortom a priebežne vzdelávať pracovníkov, aby nedochádzalo k neoprávneným zamietnutiam sociálnej pomoci,
- vzdelávať sociálnych pracovníkov a lekárov pracujúcich v oblasti posudzovania a priznávania kompenzačných príspevkov,
- zabezpečiť **zber dát** o počte detí a dospelých s PAS pre správne nastavenie systému podpory,
- vytvárať pracovné pozície pre **“asistentov práce”** – odborníkov pomáhajúcich pri zamestnávaní osôb s PAS.

V oblasti výchovy a vzdelávania

V oblasti výchovy a vzdelávania je vhodné

- zvýšiť počet **inkluzívnych škôl** pre deti a žiakov s PAS,
- zamerať sa na zlepšovanie **podpory pre školy** pri vzdelávaní detí a žiakov s PAS – hlavne v oblasti kontinuálneho **vzdelávania** pedagogických a odborných zamestnancov a asistentov

a ich supervízie, ako aj **materiálneho a priestorového zabezpečenia** (relaxačné miestnosti na sociálny oddych) vyplývajúce z podporných opatrení podľa § 145a a § 145b Zákona č. 245/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov,

- zaviesť presne definované **kritériá na zaraďovanie dieťaťa a žiaka** do jednotlivých vzdelávacích foriem na základe potrebnej miery podpory (nárokovateľných podporných opatrení) a definovať postupy pre úpravu miery podpory,
- **zefektívniť prijímací proces** detí a žiakov **do školských zariadení** (napr. zabezpečiť štúdium dostupnej dokumentácie, pohovor s rodičom a dieťaťom, pozorovací deň v novom školskom prostredí, aby mohol budúci učiteľ zistiť potreby dieťaťa a žiaka, pripraviť sa na jeho príchod do triedy ešte pred začiatkom školského roka),
- realizovať **zber dát o počte detí a žiakov s PAS pre optimálneho nastavenie systému** výchovy a vzdelávania a zabezpečenia dostatočných personálnych zdrojov,
- **zvýšiť počet odborných a pedagogických zamestnancov, pedagogických asistentov so zameraním na PAS** a zlepšiť ich vzdelávanie v problematike PAS,
- vytvoriť **metodické materiály** pre vzdelávanie s prihliadnutím na špecifické potreby dieťaťa a žiaka s PAS,
- zvýšiť dostupnosť **siete zariadení poradenstva a prevencie** a v nich služieb **pre deti a žiakov s PAS**,
- **zvýšiť dostupnosť diagnostických a terapeutických služieb v rámci CPP** (psychoterapeutické služby, psychologické služby, behaviorálne intervencie, špeciálno-pedagogické, logopedické, liečebno-pedagogické intervencie rôzne iné druhy doplnkových terapií, ako arteterapia, muzikoterapia a iné),
- zvýšiť **dostupnosť vhodných intervencií so zameraním na edukáciu** detí a žiakov s PAS,
- **posilnenie včasného skríningu** – u najmenších detí pomocou testov TEKOS I a II, M-CHAT,
- **uhrádzanie skrínigových postupov pre PAS** v systéme poradenstva a prevencie,
- **diferencované uhrádzanie diagnostických a terapeutických výkonov poskytnutých pre deti a žiakov s PAS a ich rodiny a školské tímy v systéme poradenstva a prevencie na úrovni 3 až 5**,
- **zvážiť postupnú adaptáciu dieťaťa a žiaka pri nástupe do škôl** s prihliadnutím na špecifické individuálne potreby dieťaťa a žiaka,
- **zvážiť rôzne formy vzdelávania**, ktoré vyhovujú konkrétnym potrebám dieťaťa a žiaka,
- **zvážiť odporúčanie** na zaškolenie za pomoci **osobného asistenta alebo pedagogického asistenta v školách**,
- zabezpečiť alebo vykonať **diagnostiku, terapiu a manažment pridružených diagnóz** (vývinové poruchy učenia, vývinová verbálna dyspraxia, iné pridružené zdravotné znevýhodnenie),
- zabezpečovať kvalitnú **spoluprácu s tretím sektorom** so zameraním na PAS a **podporné tímy v MŠ, ZŠ a SŠ**,

- **kooperovať s ďalšími odborníkmi** starajúcimi sa o dieťa/žiaka, najmä zdravotníckymi špecialistami a odborníkmi z poradenského systému a podporného tímu školy,
- poskytovať **poradenstvo a podporu celému rodinnému systému**, ako aj **kariérne poradenstvo a krízovú intervenciu**,
- **zlepšenie komunikačných zručností s dôrazom na špecifiká osôb s PAS na strane OZ, PZ a pedagogických asistentov**,
- pomôcť pri starostlivosti o dieťa so zdravotným postihnutím – **poradenstvo v oblasti preukazu ŤZP a kompenzácií**, predĺženého **rodičovského príspevku** pri nepriaznivom zdravotnom stave dieťaťa, koordinácia rodiny s príslušnými úradmi.

Kvartérna preventívna starostlivosť pri PAS

Kvartérna prevencia je zameraná na identifikáciu a odstraňovanie rizika nadmernej medikácie pacientov, na elimináciu zbytočných invazívnych intervencií a na voľbu eticky najpriateľnejších postupov (elimináciu iatrogénneho poškodenia), ktoré môžu predstavovať riziko pre samotného pacienta s PAS, ako aj záťaž pre zdravotný systém.

Je dôležitá pre osoby s PAS hlavne z pohľadu zamedzenia zhoršenia ich celkového stavu, ako aj z pohľadu udržania dosiahnutej miery socializácie a celkového zaradenia osoby s PAS do spoločnosti podľa jej zručností a schopností. V prípade výskytu nových problémov je potrebné opäť zvážiť pokračovanie behaviorálnych intervencií a v prípade, že v detstve neboli realizované, je potrebné zvážiť ich realizáciu aj v dospelom veku, aby nedochádzalo k nadmernej medikácii danej osoby a k nežiadúcej inštitucionalizácii. Aj v tomto prípade je dôležitá nadrezortná koordinovaná spolupráca nielen pre zlepšenie kvality osoby s PAS, ale aj pre zníženie finančných dopadov poruchy na jednotlivca a na spoločnosť.

Nasledujúci text ponúka možné postupy kvartérnej prevencie:

V oblasti zdravotnej starostlivosti

- pri skríningu a diagnostike osôb s PAS komunikovať priebeh a výsledky vyšetrení citlivo, poskytnúť dostatočný čas na prijatie informácie a **podporu po oznámení diagnózy** osobe s PAS a jej rodine,
- počas diagnostického procesu **zamedziť nadmernému a paušálnemu odosielaniu** pacientov k špecialistom (na vyšetrenie neurologické, metabolické, ORL, očné, gastroenterologické, genetické a iné) pokiaľ toto nie je priamo potrebné pre diferenciálnu diagnostiku iných ochorení u konkrétneho pacienta,
- zamedziť nadmernému odosielaniu pacientov **na laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia** (napríklad CT, MRI, EEG). Tieto nie sú paušálne potrebné, ak pacient takéto vyšetrenie nepotrebuje pre diferenciálnu diagnostiku iného ochorenia,
- **hospitalizácia** pri diagnostickom procese samotnej PAS **nie je paušálne potrebná**, jej zváženie je na ošetrojúcom lekárovi len v špecifickom prípade pacienta (napr. ak ide o

náročnú diferenciálno-diagnostickú dilemu v prípade iných psychických ochorení, napr. schizofrénie),

- **psychofarmaká** sú využívané v liečbe pacientov s PAS len v prípade zváženého ošetrojúceho lekára, zvyčajne **len ak symptómy neboli zvládnuteľné nefarmakologickou liečbou**,
- u pacientov s PAS je veľmi dôležité **zvážiť akúkoľvek ambulantnú a ústavnú ZS** pre zvýšenú citlivosť na zmenu prostredia, zníženú flexibilitu na zmeny a nové neznáme prostredie a podnety,
- je potrebné, aby v miestnosti bolo **čo najmenej ľudí** a bola zabezpečená pred rušivými vplyvmi,
- pri poskytovaní ZS je potrebná **príprava pacienta** a **nie sú vhodné intruzívne zásahy** do jeho osobnej integrity (napr. obmedzovacie prostriedky), ktoré môžu viesť (aj u menších detí) k psychotraumatizácii a následnému znemožneniu alebo významnému sťaženiu ďalších vyšetrení (je náročné odstrániť maladaptívne správanie, ktoré je vyvolané minulým nevhodným správaním zdravotníckeho personálu),
- bežne používané farmakologické intervencie v rámci prípravy na invazívne zákroky nie je vhodné používať paušálne. Môžu vyvolať paradoxnú reakciu a je preto potrebné postupovať v súlade so štandardným klinickým postupom pre farmakoterapiu osôb s PAS (dostupným na stránke MZ SR).

V sociálnej oblasti a v oblasti kompenzácií

- klientom s PAS má byť s prihliadnutím na individuálne potreby prijímateľa poskytovaná **sociálna služba spolu s činnosťami zameranými na jeho aktiváciu** napr. zaradením do pracovného pomeru,
- pri klientoch, ktorým je poskytovaná pobytová sociálna služba, je potrebné **spolupracovať s rodinou, obcou a komunitou** pri utváraní podmienok na jeho návrat do prirodzeného rodinného a komunitného prostredia **s prednostným poskytovaním sociálnej služby terénnou formou** tak, ako je uvedené aj § 7 zákon č. 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Ďalej je potrebné:

- podporovať vznik sociálnych služieb terénnou formou, a zároveň budovať pobytové špecializované zariadenia pre osoby s PAS s ohľadom na miesto pobytu, aby bola **možnosť výberu formy poskytovania sociálnej služby** podľa potrieb klienta a jeho rodiny,
- systematické zvýšenie počtu **zariadení podporovaného bývania** pre osoby s PAS s vyššou mierou funkčnosti, **služby podporovaného zamestnávania** a služby **podpory bývania**,
- **zjednodušiť prístup** rodinným príslušníkom – opatrovateľom **k odľahčovacej službe** a poskytovať im informácie o tejto službe zamestnancami ÚPSVR,
- vytvorenie nových pracovných pozícií pre **“asistentov práce”** – odborníkov pomáhajúcich pri zamestnávaní osôb s PAS,

- **zjednotenie posudkového systému**, vrátane lekárskej posudkovej činnosti a jeho prepojenie so zdravotným sektorom,
- pregraduálne a postgraduálne vzdelávanie sociálnych pracovníkov a posudkových lekárov o problematike a variabilite prejavov a foriem PAS, aby nedochádzalo **k neoprávnenému zamietnutiu sociálnej pomoci**.

V oblasti výchovy a vzdelávania

- zabezpečovať **optimálny rozsah potrebných intervencií** (nadmerné intervencie môžu viesť k frustrácii, k úzkostným alebo depresívnym symptómom, k afektívnym raptom alebo k psychickým poruchám, nedostatočné alebo nesprávne vykonávané intervencie vedú k zhoršovaniu jadrových príznakov autizmu a potrebe medikácie),
- v rámci vzdelávacieho procesu **prispôbovať proces výchovy a vzdelávania aj podľa novozistených pridružených diagnóz** (napr. dyslexia, dysortografia, dyspraxia a ďalšie), ktoré s prihliadnutím na ich možný výskyt bude potrebné sledovať, aby boli včas diagnostikované a terapeuticky podchytené a nevedli k zhoršeniu symptómov PAS a nutnosti ďalších intervencií,
- individuálne **zvažovať frekvenciu rediagnostických vyšetrení** vo vzťahu ku školskému systému,
- Uplatňovať a realizovať systém podporných opatrení v školách a školských zariadeniach uvedené v § 145a a 145b zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov s dôrazom na rozvoj vedomosti, zručnosti a schopnosti dieťaťa a žiaka s PAS, aby sa rozvíjal jeho potenciál a vyvažovali sa jeho obmedzenia,
- vo vzdelávaní **prihliadať aj na rozvoj osobnosti, talentu a tvorivosti osôb s PAS** (čl. 24 Dohovoru).

UŽITOČNÉ POSTUPY A NÁSTROJE PRI KOMUNIKÁCIÍ A STAROSTLIVOSTI O OSOBY S PAS

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti u osôb s PAS môžu komplikovať komunikačné a sociálne deficity, zmyslová hypersenzitivita (napr. hlasné zvuky, silné svetlá), dlhý čas strávený čakáním na poskytnutie ZS, nemožnosť mať pri sebe sprevádzajúcu osobu, alebo predchádzajúce negatívne skúsenosti so ZS. Uvedené skutočnosti môžu zabrániť osobám s PAS znovu vyhľadaniu zdravotnej starostlivosti a sociálnej podpory, čím sa môže ich zdravotný stav výrazne zhoršiť (Doherty, 2021).⁸ Preto môže mať optimalizácia podmienok poskytovanej zdravotnej starostlivosti pozitívny vplyv na zdravie a kvalitu života osôb s PAS.

V nasledujúcej časti dokument prináša popis možných prekážok, resp. bariér, ktoré narúšajú, prípadne až znemožňujú poskytnutie riadnej ZS osobám s PAS. Preto boli vypracované pomerne ľahko aplikovateľné návody a postupy uľahčujúce komunikáciu a prístup k ľuďom s PAS (Pozri aj Prílohu č. 7 Desatoro pre uľahčenie komunikácie s osobou s poruchou autistického

⁸ Zdroj: Doherty et al., 2021, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34983217/>

spektra). Tieto postupy boli vytvorené s cieľom facilitovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti, avšak po miernej úprave môžu byť použité vo všetkých situáciách kontaktu s osobami s PAS. Odporúča sa, aby boli akceptované a spoločne uplatňované vo všetkých rezortoch a umožnili tak osobám s PAS ľahšiu adaptáciu.

Bariéry poskytovania zdravotnej starostlivosti

V literatúre boli identifikované štyri hlavné skupiny faktorov, ktoré sťažujú poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientom s PAS. Kvôli nim sa týmto pacientom poskytuje zdravotná starostlivosť v nižšom rozsahu, neskôr, a teda aj v nižšej kvalite, ako ostatným pacientom. Ide o tieto špecifické faktory:

- 1. Faktory vyplývajúce priamo z poruchy autistického spektra.** Patria sem komunikačné ťažkosti (obmedzené rečové schopnosti, ťažkosti s výslovnosťou, problémy s porozumením abstraktných pojmov (Doherty, 2020, Gilmore et al., 2021), sociálne a adaptačné ťažkosti, nedostatok schopnosti predvídať, predstaviť si, čo ich čaká, neporozumenie kontextu situácie a nedostatok flexibility pri zvládaní nepredvídateľnosti situácie, nového prostredia a iné), senzorické ťažkosti (precitlivosť na zvuky, svetlá, veľa podnetov v čakárni), ktoré vedú k diskomfortu až predráždenosti. Následne sa zvyšuje úzkosť pacientov, ktorá môže viesť k nepredvídateľným zmenám v správaní (krik, útek, agresivita voči personálu a iné).
- 2. Faktory na strane poskytovateľa zdravotníckej starostlivosti, kde samotní zdravotníci udávajú ako najväčšie ťažkosti:**
 - nedostatok vedomostí o prejavoch PAS u pacientov,
 - nedostatok skúseností s prácou pacientmi s PAS,
 - nedostatočný tréning zručností pri práci s osobami s PAS
 - neflexibilita v spôsobe poskytovania zdravotnej starostlivosti,
 - negatívne vnímanie pacientov s PAS,
 - ignorovanie zdravotných problémov pacientov a ich pripísanie základnému ochoreniu,
 - sťažená komunikácia zo strany pacienta, najmä ak je pridružený intelektový deficit (Doherty 2021, Walsh, 2020).
- 3. Faktory na strane zdravotníckeho systému** sú podrobne uvedené v kapitole Problémy v jednotlivých rezortoch).
- 4. Faktory na strane pacienta,** kedy komplexnosť ťažkostí vyplývajúcich z pervazívnej povahy tejto poruchy, ktorá postihuje všetky oblasti života pacienta a dokonca zasahuje celú rodinu (vrátane negatívnych skúseností so zdravotníckym zariadením), môže ovplyvniť postoj pacienta ku konvenčnej medicíne. Títo pacienti sú viac náchylní hľadať rôzne možnosti liečby, vrátane alternatívnych. Do hry tu tiež vstupuje postoj k vakcinácii, k možnosti rozhodovať o vlastnej liečbe a pod.

Preukaz pre osoby s PAS – „modrý preukaz“

Osoby s PAS sa častejšie dostávajú do nezvyklých situácií, alebo naopak, v bežných situáciách reagujú neprímerne a zároveň majú zníženú schopnosť pochopiť a vysvetliť, čo sa s nimi deje. V kritických situáciách predovšetkým v interakcii s policajnými zložkami, ako sú nehody, dopravné nehody, prechod cez hraničnú kontrolu, výpoveď pre políciu alebo súd, výkon vyšetrovacej väzby a p., môžu ľahko nastať veľmi závažné situácie len preto, že osoba s PAS nepochopí pokyn alebo otázku (komunikačný deficit v pragmatickej rovine) alebo neadekvátne vyhodnotí rizika danej situácie.

Rovnako pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo v iných bežných situáciách sa nedá očakávať, že zdravotnícky personál či iné osoby budú vždy schopné vhodne komunikovať a zaobchádzať s osobou s PAS a častokrát dobre mienený, ale zle zvolený postup, komplikuje situáciu.

V prvom rade je potrebné, aby zúčastnené osoby boli informované o poruche PAS a jej typických prejavoch u osoby s PAS, aby následne mohli konať správne alebo spolupracovať s asistentom. Preto je potrebné, aby osoba s PAS alebo jej doprovod mali v rukách potrebný nástroj na informovanie o jej stave a potrebách a mohli diagnózu PAS jednoznačne preukázať.

Účel preukazu PAS: Preukaz pre osobu s PAS (podobne ako napr. preukaz pre diabetikov) vydaný oprávneným zariadením, môže zásadne zmeniť situáciu osôb s PAS v praktickom živote i pri uplatňovaní ich ľudských a občianskych práv a v dosahovaní ekvity. Zároveň výrazne uľahčuje orientáciu v sociálnych situáciách osobám, ktoré komunikujú s osobami s PAS.

MZ SR v spolupráci s odbornou pracovnou skupinou pre problematiku PAS vytvorilo tzv. modré preukazy pre osoby s PAS, ktoré poskytujú potrebné údaje o okolnostiach zdravotného stavu osoby s PAS.

O zaslanie tlačív preukazov PAS môže MZ SR požiadať lekár so špecializáciou v odbore detská psychiatria a v odbore psychiatria. Žiadosti o preukazy sa doručujú na e-mailovú adresu: pas@health.gov.sk. Do žiadosti lekár uvedie požadovaný počet kusov preukazov a korešpondenčnú adresu, na ktorú majú byť preukazy zaslané.

Preukaz je pacientovi/zákonnému zástupcovi vydávaný zdarma, t. j. pacienti/zákonní zástupcovia za vydanie preukazu neplatia žiaden poplatok. Preukazy sú nekopírovateľné, to znamená, že pacient/rodič môže použiť iba originálny preukaz.

Je potrebné, aby zákonný zástupca/pacient po prevzatí preukazu podpísal potvrdenie o prevzatí. Lekár zároveň vedie evidenciu o vydaných preukazoch PAS vo svojej ambulancii. Pre účely štatistického spracovania údajov lekár jedenkrát za 6 mesiacov odošle MZ SR informáciu o počte vydaných preukazov s anonymizovanými údajmi o počte a druhu pacientov. Na tento účel používa tabuľku, ktorá je súčasťou prílohy. Tieto úkony pomáhajú predchádzať zneužitiu preukazov.

Modrý preukaz PAS vydaný zdravotníckym zariadením:

- je dokladom s informatívnou funkciou, čím pomáha zmierňovať následky symptómov PAS v kontexte životných situácií,
- obsahuje údaje o prejavoch PAS u tejto osoby,

- **obsahuje tzv. komunikačný profil** – údaje o schopnosti a spôsobe komunikácie s osoby s PAS (u verbálne zdatných osôb s PAS označuje možné špecifiká ich reči, u neverbálnych osôb s PAS informuje o ich forme komunikácie, najmä o alternatívnej komunikácii a zozname pomôcok, ktoré používajú na komunikáciu s okolím, na vyjadrenie svojich potrieb a pocitov). Súčasťou sú aj:
 - upozornenia na upokojujúce rituály, aktivity, predmety, procedúry, podnety atď.
 - pokyny pre verejnosť vo vzťahu K PAS,
 - odporúčania ako je možné riešiť alebo sa správať pri typickom maladaptívnom správaní osoby s PAS.

Modrý preukaz PAS:

- môže pomôcť pri riešení každodenných situácií, ktoré môžu byť pre osoby s PAS problematické a náročné (komunikácia na úradoch, vyšetrenia v zdravotníckych zariadeniach),
- je prostriedkom na zabezpečenie primeraného prístupu pre osoby s PAS,
- poukazuje na potrebu adekvátne prispôbiť liečebný proces potrebám pacienta s PAS s odporúčanými zásadami pre komunikáciu s pacientom s poruchou autizmu,
- môže byť použitý v krízových situáciách vo verejnej doprave, v kontakte so záchranármi, hasičmi, políciou pre zvládnutie situácie,
- pomáha predchádzať situáciám, ktoré by viedli k zlyhaniu osoby s PAS na verejnosti a jej sociálnemu vylúčeniu,
- v stresových situáciách pomáha účastníkom pochopiť situáciu a vedie k rýchlejšiemu a efektívnejšiemu riešeniu problému.

Príklady situácií, kedy modrý preukaz pomáha:

- rokovanie s úradmi,
- cesta dopravnými prostriedkami, prestupy verejnou dopravou,
- krízový manažment – napr. havárie, hospitalizácia, úraz, požiar, strata eskorty, choroba,
- náhla strata rodinného zázemia alebo neprítomnosť sprevádzajúcej osoby,
- kritické situácie v naliehavých lekárskejších prípadoch (veľmi dlhé čakanie v čakárni môže nakoniec zmariť liečbu alebo vyústiť do potreby anestézie),
- vyšetrenia, ktoré sú senzorycky (napr. EEG, EKG, MRI, CT) alebo situačne (RZS) náročné, alebo náročné na predoperačnú prípravu,
- všetky situácie, do ktorých sú zapojené akékoľvek orgány činné v trestnom konaní alebo bezpečnostné služby vrátane hasičských, policajných a pohraničných služieb, ako aj rokovania s orgánmi.

Preukaz obsahuje aj dôležité informácie a pokyny pre verejnosť:

- **Autizmus nie je porucha, ktorá je zjavná na prvý pohľad, o jej prítomnosti svedčí zvláštne a neprimerané správanie.** Je dôležité porozumieť a pokúsiť sa akceptovať toto správanie, pretože môže byť prejavom neprekonateľného strachu z neznámeho prostredia a z novej situácie.

- **Osoba, ktorá pacienta sprevádza**, vie poskytnúť dôležité informácie, rady a odporúčania na komunikáciu s pacientom. Je nevyhnutné tieto odporúčania rešpektovať.
- **Adolescent, resp. dospelý držiteľ** tohto preukazu vie podať informácie čiastočne aj sám, nemusí mať vždy sprevádzajúcu osobu. Nemusí sa vedieť vždy vyjadriť podľa vašich predstáv.
- **Na lekárske vyšetrenie alebo úradné konanie je vhodné objednať pacienta na konkrétny čas.** Najlepšie je pozvať si pacienta na začiatku alebo na konci ordinačných hodín, kedy je v čakárni minimum ľudí a vždy ho brať prednostne pred ostatnými pacientmi. To isté platí pre riešenie úradných záležitostí.
- **Držiteľ tohto preukazu** sa môže dožadovať **prednostného vybavenia** na úradoch, v obchodoch, môže si požiadať ním preferované miesto v prostriedkoch verejnej dopravy, v čakárňach, resp. na iných verejných miestach, pretože nevie svoje správanie v takejto situácii kontrolovať a čakať.
- **Pri všetkých vyšetreniach a úkonoch môže byť nevyhnutná prítomnosť sprevádzajúcej osoby.** Tá je v danej situácii jeho istotou, oporou aj tlmočníkom v kontakte s okolím.
- **Je vhodné pacientovi poskytovať informácie jednoduchými vetami a pokojným hlasom.** Tento prístup je tou najlepšou formou komunikácie.
- Držiteľ preukazu sa **môže správať nepredvídateľne**, napr. agresívne, úzkostne. Dôvodom môže byť zvýšená citlivosť na hluk, vône, množstvo ľudí. Reakcia okolia nesmie byť agresívna, moralizujúca, odmietavá. Vyžadujú pokojné prijatie, rešpektovanie a umožnenie osobe s PAS, aby sa upokojila.
- **Nie je žiaduce vchádzať do konfliktu** so sprevádzajúcou osobou, poučać ju, zvyšovať hlas.
- **Držiteľ tohto preukazu si vyžaduje porozumenie, pokojné prijatie a rešpektovanie.**

VÝCHODISKOVÝ STAV PRE POSKYTOVANIE PREVENTÍVNEJ STAROSTLIVOSTI OSOBÁM S PAS V SR A SÚČASNÉ VÝZVY

Starostlivosť o osoby s PAS je pre Slovensko veľkou výzvou, pretože tu v súčasnosti absentuje systémové riešenie tejto problematiky. Včasný skrining, diagnostika v ranom veku a následné poskytovanie správnych intervencií môžu mať významný pozitívny vplyv na ďalší vývin. Naopak, vystavenie viacerým pretrvávajúcim biologickým, behaviorálnym a sociálnym rizikovým faktorom tvorí kumulatívnu nevýhodu, ktorá časom narúša zdravotnú odolnosť jednotlivca a vedie aj k takým zmenám v zdraví, ktorým by sa dalo predísť, a ktoré môžeme považovať za nespravodlivé (z dôvodu nedostatku ekvity v zdraví).

Pre systémové riešenie tohto stavu je potrebné, aby sa **všetky rezorty zamerali na rovnaké ciele**, ktorými sú pre oblasť PAS najmä:

- **zvyšovať povedomie** o PAS a podporovať (aj cestou odosielania odborníkmi zo všetkých rezortov) vykonávanie povinného skriningu u všeobecných lekárov (najmä pre deti a dorast) a u zdravotníckych pracovníkov prvého kontaktu (klinickí psychológovia, detskí psychiatri / psychiatri) a následnú včasnú diagnostiku, ktorá zabezpečí prístup k okamžitej intervencii,

- zabezpečiť, aby mali všetky osoby s PAS **prístup k terapiám a behaviorálnym intervenciám** založeným na dôkazoch, vrátane osôb s komorbiditami alebo sociálnym znevýhodnením,
- zabezpečiť pre rodičov, učiteľov a odborníkov, ktorí prichádzajú s osobami s PAS do kontaktu, **možnosti ďalšieho vzdelávania** v prospech efektívne poskytovanej **intervencie v domácom a inom prirodzenom prostredí**,
- rovnako **zabezpečiť rodinám osôb s PAS podporu a prístup k informáciám**, aby sa mohli starať o svojich rodinných príslušníkov na úrovni najnovších poznatkov,
- podľa možností **zabezpečiť autistickým deťom prístup k vzdelávaniu** formou inklúzie, zabezpečiť **podporné opatrenia podľa § 145a a § 145b zákona č. 245/2008 Z. z.⁹ a kvalitný školský podporný tím** spolupracujúci pri inklúzii dieťaťa a žiaka s PAS s odborníkmi v rezorte zdravotníctva a v systéme poradenstva a prevencie (CPP/ŠCPP),
- zabezpečiť **vzdelávanie a odbornú praktickú prípravu pre profesionálov** vykonávajúcich skrining, diagnostiku, diferenciálnu diagnostiku, behaviorálnu intervenciu a liečbu sprievodných symptómov a komorbidít,
- vytvoriť **reálne možnosti** vo všetkých zariadeniach a u všetkých poskytovateľov najmä pre
 - a. zabezpečenie **odľahčovacej služby pre rodiny** poskytovateľmi sociálnych služieb,
 - b. **optimálne fungovanie systému poradenstva a prevencie pre klientov s PAS** v rezorte školstva,
 - c. poskytovanie **základného a špecializovaného sociálneho poradenstva**,
 - d. poskytovanie služieb **špecializovaných zariadení sociálnych služieb** s ambulantnou a pobytovou formou (DSS, rehabilitačné strediská, denné stacionáre, zariadenia podporovaného bývania a i.), vrátane navýšenia ich kapacít,
 - e. **poskytovanie potrebnej zdravotnej starostlivosti (vrátane vytvorenia dostatočnej minimálnej siete v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach** v špecializačných odboroch detská psychiatria, psychiatria, klinická psychológia, klinická logopédia a liečebná pedagogika, ergoterapia,
- **využiť potenciál dospelých s PAS pre ich inklúziu** a prínos pre spoločnosť, **zvýšiť ich možnosti pre sebaobhajovanie a zamestnávanie**
- **podporovať výskum autizmu** a povzbudzovať osoby s PAS a ich rodinných príslušníkov, ako aj majoritnú spoločnosť k účasti na prieskumoch, ktoré by pomohli pri národných epidemiologických štúdiách a tiež k účasti na výskumných štúdiách, ktoré by mohli prispieť k lepšiemu pochopeniu etiologických faktorov a príčin autizmu v slovenskej populácii,
- **podporovať medzirezortnú koordináciu a investovať do jej zlepšovania** odstraňovaním legislatívnych prekážok a vytváraním formalizovaných nástrojov pre medzirezortnú spoluprácu, čím dôjde k naplneniu Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím, Čl. 26 Habilitácia a rehabilitácia.

Na uvedené výzvy v súčasnosti reagujú viaceré národné strategické materiály, napr.

[Národný program duševného zdravia](#), [Národná stratégia rozvoja koordinovaných služieb včasnej](#)

⁹ Školský zákon

[intervencie a ranej starostlivosti 2022-2030](#) a [Plán obnovy a odolnosti](#) (najmä [Komponent 12](#) prinášajúci aj výzvu pre realizáciu PAS centier), ako aj nadnárodné strategické materiály, najmä [Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím](#), európska [Stratégia v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030](#), globálne stratégie Svetovej zdravotníckej organizácie a tzv. nový prístup Európskej únie k duševnému zdraviu, ktorý bol ako nová stratégia Európskej komisie vyhlásený 7. júna 2023. Tento prístup je prvým krokom na zrovnoprávnenie psychického zdravia so somatickým zdravím a na zabezpečenie medzisektorového prístupu k otázkam psychického zdravia s cieľom rozpoznať a zamerať sa na mnohostranné rizikové faktory psychického zdravia. **Činnosť EÚ v oblasti psychického zdravia sa má zamerať na tri hlavné zásady:**

- primeranú a účinnú prevenciu,
- prístup ku kvalitnej a cenovo dostupnej starostlivosti o psychické zdravie a liečbe,
- reintegráciu osôb do spoločnosti po zotavení sa z akútnej fázy (psychickej) poruchy.

V súlade s medzinárodnými trendmi v starostlivosti o psychické zdravie všetkým stratégiám dominuje orientácia na efektívne, dostupné a bezpečné postupy na dôkazoch založenej medicíny, uplatňované viacúrovňovo (od najjednoduchších a najviac dostupných k najzložitejším), počínajúc svojpomocnými a jednoduchými stratégiami starostlivosti na úrovni jednotlivca a komunity až po najvyššiu, vysoko špecializovanú a individualizovanú zdravotnú starostlivosť. V nadväznosti na potrebu spoločnosti zvýšiť efektivitu, dostupnosť a rentabilitu kvalitnej zdravotno-sociálnej starostlivosti narastá aj dopyt po aplikovaní tzv. behaviorálnych a kultúrnych vhládov do jej poskytovania, ktoré okrem zabezpečenia efektivity a účinnosti zvolených postupov (napr. vhodne zvolenými stratégiami komunikácie) sú nástrojom aj pre zabezpečenie ekvity v zdraví. Osoby s PAS sú obzvlášť významnou skupinou, ktorá z uvedených postupov môže profitovať, najmä ak sa zabezpečí, že voči nim bude uplatňovaný vhodný komunikačný prístup.

Aktuálny systém starostlivosti o osoby s PAS v Slovenskej republike najmä z kapacitných, ale aj legislatívnych dôvodov (prílišný **rezortizmus**), nedostatočne podporuje osoby s PAS. Nedostatočná podpora v ranom veku má **dlhodobé nepriaznivé finančné dopady pre spoločnosť, napríklad:**

- ak sa dieťa zaradí neskoro do intervencie a následne nie je schopné sa zaradiť do školského zariadenia, jeden z rodičov zostáva na predĺženej rodičovskej dovolenke či opatrovateľskom príspevku,
- ak sa žiak s PAS bez poruchy intelektu, ale s narušenými sociálnymi vzťahmi, vzdeláva formou individuálneho vzdelávania (doma), napriek dobrej úrovni dosiahnutých vedomostí a zručností nie je schopný sociálne sa začleniť do pracovného procesu a zostáva na invalidnom dôchodku, navyše viaže na seba rodiča, ktorý sa tiež nemôže začleniť do pracovného procesu a stáva sa poberateľom sociálnych dávok,

- včasná intervencia naopak môže viesť k zlepšeniu kompetencií detí a žiakov s PAS a ich začleneniu do vzdelávania a následného pracovného uplatnenia, čím sa znížia finančné náklady na starostlivosť o tieto osoby v rezorte školstva a v dospelosti aj v rezorte MPSVaR.

Nefungujúca nadrezortná spolupráca má negatívne dopady aj na rodinných príslušníkov osôb s PAS a komunity, v ktorých žijú. Všetka zodpovednosť za manažovanie koordinácie medzi jednotlivými rezortmi je ponechaná na rodičov osoby s PAS, a to spravidla počas jej celého života. Po smrti rodičov tieto povinnosti často prechádzajú na súrodencov osoby s PAS. Rodičia detí s autizmom majú aj oproti rodičom detí s iným zdravotným znevýhodnením nižšiu kvalitu života a vyskytujú sa u nich častejšie stres, úzkosti, depresie (Hrabovecká, M., 2015) a vznikajú ďalšie nároky na zdravotnú a sociálnu starostlivosť. Podobne súrodenci osôb s PAS už v detskom veku častejšie potrebujú zvýšenú starostlivosť vo všetkých rezortoch kvôli psychickým ťažkostiam, poruchám správania, ťažkostiam v škole.

Aplikačná prax poukazuje na chýbajúcu koordinovanú medzirezortnú spoluprácu, kedy v rôznych životných cykloch osoby s PAS je niektorý z rezortov v starostlivosti najviac zastúpený, avšak od ostatných rezortov potrebuje istú formu súčinnosti (napr. vystavením potrebného potvrdenia, poskytnutím doplnkovej liečby alebo služby a i.).

Zároveň má každý z rezortov vlastné, častokrát dlhodobo neriešené problémy, ktoré sa významnou mierou podpisujú na výslednej starostlivosti o osoby s PAS a jej následnom klinickom obraze, ktorý opäť vytvára dopyt po ďalšej starostlivosti a službách.

PROBLÉMY V JEDNOTLIVÝCH REZORTOCH (V OBLASTI SÚVISIACEJ S PAS)

Rezort Ministerstva zdravotníctva SR

V danom rezorte sú tieto problémy:

- nedostatočné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v rozpoznaní suspektnej PAS, zabezpečení včasnej diagnostiky, prevencie a účinnej intervencie, ako aj o potrebných úpravách v prístupe k pacientovi v oblasti poskytovania všeobecnej a špecializovanej zdravotnej starostlivosti osobám s PAS,
- nedostatočné využívanie skríningu PAS M-CHAT-R/F u detí, chýbajúci skrínung u dospelujúcich a dospelých pacientov s podozrením na PAS,
- nedostatok špecializovaných zdravotníckych pracovníkov prvého kontaktu s kompetenciou spustiť včasný diagnostický proces pre osoby s PAS (všeobecní lekári pre deti a dorast, všeobecní lekári pre dospelých, klinickí psychológovia, detskí psychiatri),
- nedostatok špecializovaných zdravotníckych pracovníkov v diagnostike a liečbe PAS (najmä psychiatri a detskí psychiatri, klinickí psychológovia, klinickí logopédi, liečební pedagógovia),
- nesystematická a nedostatočne koordinovaná zdravotná starostlivosť o osoby s PAS, ako aj chýbajúca medzirezortná koordinácia pri zabezpečovaní komplexnej

a kontextovej preventívnej starostlivosti (napr. v oblasti socializácie, výchovy, vzdelávania a i.), ktorá má silný dopad na výsledný klinický obraz poruchy,

- nedostatky v diferenciálnej diagnostike dospievajúcich a dospelých s PAS vedúce k nesprávnym diagnózam (napr. k diagnózam porúch osobnosti, úzkostných a depresívnych porúch alebo schizofrénie),
- nedostatočná identifikácia PAS u dievčat a žien v dospelom veku,
- nedostatok štandardizovaných psychodiagnostických metód, medzi ktoré patria napr. vývinové škály, neverbálne testy IQ (najmä pre predškolský vek), komplexné testy IQ pre predškolský a školský vek, štandardizované škály na posudzovanie adaptívnych schopností a posúdenie školskej zrelosti, štruktúrované interview zamerané na zhodnotenie prítomnosti deficitov charakteristických pre PAS vo vývinovej histórii dieťaťa,
- nedostatočné používanie štandardizovaných diagnostických nástrojov v diferenciálnej diagnostike PAS,
- oneskorená včasná intervencia,
- nedostupnosť vhodných liekových foriem pre pacientov s PAS,
- nedostatok lôžok s individualizovanou zdravotnou starostlivosťou pre potreby pacientov s PAS (napr. s možnosťou stálej prítomnosti sprevádzajúcej osoby pri hospitalizácii pacienta s PAS v akomkoľvek veku),
- nedostatok lôžok pre ťažko zvládnuteľných pacientov s PAS,
- nedostatok špecializovaných stacionárov poskytujúcich zdravotnú starostlivosť pacientom s PAS,
- chýbajúce dáta o epidemiológii a prevalencii PAS na Slovensku,
- chýbajúce štandardné klinické postupy pre vývinové obdobie prechodu do dospelosti a tranzíciu pacienta do psychiatrickej starostlivosti o dospelých,
- nezohľadňovanie náročnosti poskytovania klasickej zdravotnej starostlivosti pre pacientov s PAS vo verejnom zdravotnom poistení,
- podcenenie primárnej preventívnej zdravotnej starostlivosti o osoby s PAS, ktoré nedostávajú potrebnú zdravotnú starostlivosť z dôvodu ich zdravotného znevýhodnenia (problém ekvity a porušovanie Dohovoru Čl. 25).

Rezort Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR

V danom rezorte sú tieto problémy:

- chýbajúce ciele vzdelávania sociálnych pracovníkov v oblasti práce s klientmi s PAS (hlavne vzdelávanie a preškolenie zamestnancov poskytovateľov sociálnych služieb),
- chýbajúci jednotný posudkový systém pre priznávanie kompenzácií podľa individuálnej potreby osoby s PAS, vrátane príspevku na opatrovanie, príspevku na osobnú asistenciu a posudzovanie nároku na predĺžený rodičovský príspevok,

- chýbajúca dostupnosť (najmä terénnej) služby včasnej intervencie z dôvodu nízkeho počtu personálnych a finančných zdrojov,
- nedostatok vyškolených odborníkov v oblasti služby včasnej intervencie, ktorí by realizovali intenzívnu podporu rodinám detí s podozrením na PAS alebo s diagnostikovaným PAS,
- nedostatočný počet a kapacita špecializovaných zariadení sociálnych služieb s ambulantnou a pobytovou formou,
- chýbajúce zariadenia podporovaného bývania pre osoby s PAS,
- neexistujúca podpora samostatného bývania osôb s PAS
- chýbajúca dostupnosť terénnej, ale aj ambulantnej, či pobytovej odľahčovacej služby, ktorá by bola zabezpečená vyškoleným personálom,
- nedostatočné základné poradenstvo zo strany zamestnancov ÚPSVaR rodičom detí s PAS o možnostiach podpory a kompenzácií od štátu,
- odmietanie poskytovania opatrovateľskej služby mestom/obcou osobám s PAS,
- slabé finančné ohodnotenie pracovníkov pracujúcich v sociálnych službách,
- nepostačujúce a nepružné financovanie sociálnych služieb,
- chýbajúce pregraduálne vzdelávanie pre sociálnych pracovníkov so zameraním na prácu s osobami s PAS, pričom sociálni pracovníci tvoria významný podiel zo všetkých odborných zamestnancov v špecializovaných ambulantných sociálnych službách pre osoby s PAS v dospelom veku, potreba akreditovať pre nich ďalšie vzdelávanie v rezorte MPSVaR,
- nerovnoprávne postavenie a ohodnotenie odborných pracovníkov v rezorte školstva a v sociálnom rezorte,
- nedostatočný prístup k základným informáciám o možnostiach pomoci rodinám s PAS či priamo osobám s PAS vo forme letákov, brožúr, bannerov, ale najmä nedostatok informovaných a školených úradníkov prvého kontaktu v rámci ÚPSVaR, VÚC a sociálnej poisťovne, ktorí by vedeli nasmerovať rodinu či osobu s PAS a poskytnúť jej potrebné informácie a možnosti, ktoré v danom regióne majú,
- nedostatočná podpora a komplexnosť pomoci rodine osôb s PAS (rodičia, súrodenci, starí rodičia, blízka i vzdialenejšia rodina).

Rezort Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR

V danom rezorte sú tieto problémy:

- nedostatočné personálne zabezpečenie vzhľadom na potreby detí a žiakov s PAS; chýbajú najmä:
 - vyškolení pedagógovia, asistenti učiteľa v oblasti funkčnej diagnostiky a práce s klientmi s PAS v MŠ, ZŠ a SŠ,
 - odborníci a vyškolení asistenti v predškolských zariadeniach, ktorí by poskytovali intenzívnu podporu pri začlenení dieťaťa do kolektívu už v rannom veku a

- zároveň individuálne učili, rozvíjali zručnosti a znižovali deficity v oslabených oblastiach, ktoré dieťa potrebuje pre zapojenie sa do skupinových aktivít,
- odborní zamestnanci v systéme poradenstva a prevencie, ktorí by realizovali diagnostiku a intervencie pre deti s PAS a ich rodiny a pripravili ich na inkluzívne zaškolenie,
 - odborníci v rámci podporných tímov, ktorí by mali dostatočné vzdelanie pre podporovanie adaptívneho správania a eliminovanie nežiaduceho správania s cieľom zvýšiť školskú a sociálnu inklúziu,
- nedostatočné pregraduálne a postgraduálne vzdelávanie v problematike PAS,
 - ťažká praktická dostupnosť zaradenia dieťaťa s PAS do bežnej MŠ/ZŠ (napriek platnej legislatíve bežné MŠ/ZŠ nezriedka využívajú legislatívne možnosti na neprijatie dieťaťa s PAS alebo jeho vylúčenie z dôvodu problémového správania) z dôvodu absencie podporného personálu,
 - absencia materiálno-technického vybavenia škôl (MŠ/ZŠ, ŠMŠ/ZMŠ) na vzdelávanie žiakov s PAS (chýbajúce relaxačné miestnosti na sociálny oddych),
 - vzdelávacie plány pre žiakov nadmerne zohľadňujú ich intelekt, avšak v prípade detí s PAS je potrebné viac zdôrazňovať ich funkčnosť,
 - nedostatočné rešpektovanie nárokovateľných podporných opatrení pre dieťa a žiaka s PAS odporúčaných zariadeniami poradenstva a prevencie,
 - reforma poradenského systému vedie k aktuálne zníženej dostupnosti služieb pre deti a žiakov s PAS v CPP na 3. a 4. úrovni (absencia odborníkov pre PAS, absencia diferenciacie finančného príspevku pre prácu s deťmi a žiakmi s PAS) a v ŠCPP 5. úrovne pre oblasť PAS a ranný vek,
 - absentujúca finančná podpora pre CPP/ŠCPP, ktoré majú vykonávať primárny kontakt a manažment žiakov s PAS v systéme školstva, vedie k zvýšenej náročnosti na odbornú starostlivosť, avšak práca odborných zamestnancov s touto skupinou žiakov nie je finančne diferencovaná od činností realizovaných s inými klientmi poradenského systému,
 - financovanie poradní na základe vykonaných výkonov v predchádzajúcom roku znemožňuje dobudovať potrebné kapacity (financovanie nových zamestnancov nie je po celý školský rok vyriešené).

MOŽNOSTI ZLEPŠENIA SÚČASNEJ SITUÁCIE

Na Slovensku zatiaľ neexistuje oficiálny nadrezortný koordinovaný prístup podpory, programov a služieb pre deti/dospelých s PAS. V súčasnosti sa starostlivosť o osoby s PAS poskytuje spravidla fragmentovane ako zdravotná starostlivosť, sociálne služby, sociálne kompenzácie a prevencia, poradenstvo, výchova a vzdelávanie v školských zariadeniach. Koordinácia na komunitnej úrovni je realizovateľná len vďaka dobrým vzťahom medzi

jednotlivými poskytovateľmi alebo vďaka manažmentu, ktorý zabezpečujú spravidla organizácie tretieho sektora.

Kľúčovým krokom k dosiahnutiu lepších výsledkov v aplikačnej praxi sa javí byť aj formalizované posilnenie medzirezortnej a medzisektorovej koordinovanej podpory s cieľom integrovať starostlivosť v rôznych rezortoch tak, aby bola zabezpečená potrebná kvalita a efektivita a zároveň zohľadnené potreby a osobitné predpisy v jednotlivých rezortoch (napr. štandardné postupy, dozor, dohľad, sústava vzdelávania a výkon povolání v jednotlivých profesiách a i.)

Základom pre koordinovaný prístup môže byť spoločná vízia pre definovanie, medzirezortné uznanie a vykonávanie **osobitnej formy starostlivosti** prostredníctvom **funkcie**, ktorá spočíva

- **v zabezpečení koordinácie jednotlivých foriem starostlivosti** na princípe prípadového vedenia osoby s PAS a
- **v zabezpečení integrácie** potrebnej **prierezovej starostlivosti** (skrátene funkcia **ZIPS**) do klinického manažmentu osoby vrátane vykonania všetkých potrebných výkonov pre správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti (najmä stanovenie diagnózy, včasná intervencia a následná komplexná preventívna starostlivosť o osobu s PAS na sekundárnej až kvartérnej úrovni).

Funkcia ZIPS nevyhnutne nemusí znamenať **zriadenie osobitných centier prierezovej starostlivosti a jednotného prípadového vedenia**, ale môže byť pridaná ako ďalší definičný znak pre už existujúce typy zdravotníckych zariadení, ktoré majú odbornú, personálnu a materiálo-technickú kapacitu takúto funkciu plniť.

Zariadenie s funkciou ZIPS – t. j. zariadenie zabezpečujúce integráciu prierezovej starostlivosti je vysokošpecializované zariadenie zamerané na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Je tvorené súborom vzájomne a jednotne organizovaných špecializovaných ambulancií alebo stacionárov s transdisciplinárnou spoluprácou, ktoré sa **špecializujú na vybraný klinický okruh pacientov**.

Okrem poskytovania zdravotnej starostlivosti je buď samé poskytovateľom sociálnych a ďalších služieb alebo v spolupráci s inými zariadeniami **zabezpečuje aj prierezovú starostlivosť** (napr. sociálne služby, poradenstvo). Pre všetky časti starostlivosti vykonáva integráciu do podoby, ktorá umožňuje holistický prístup a individuálne prípadové vedenie pacienta.

V prípade spoločnej organizácie so zariadeniami v iných rezortoch by funkcia ZIPS mohla byť preklenujúcim nástrojom (v prípade kompetencie ukotvenej aj legislatívne) na vzájomné uznávanie rovnakých odborných činností viazaných na výkon konkrétnych povolání. Je to možné za predpokladu, že by odborní zástupcovia pre zdravotnícke zariadenie s funkciou ZIPS mohli túto funkciu vykonávať aj pre zamestnancov iných (pridružených a spoločne organizovaných) zariadení z iných rezortov.

Zariadenie s funkciou ZIPS pre osoby s PAS

1. poskytuje starostlivosť najmä v špecializačných odboroch detská psychiatria, klinická psychológia, liečebná pedagogika a klinická logopédia,
2. zabezpečuje integráciu prierezovej starostlivosti v klinickom manažmente podľa individuálnych potrieb klienta s PAS prostredníctvom prípadového vedenia klienta (pacienta),
3. v oblasti integrácie prierezovej starostlivosti plní aj funkciu vydávania odborných stanovísk týkajúcich sa individuálneho prípadu (napr. určenie diagnózy, určenie funkčného deficitu a p.),
4. rešpektuje štandardné postupy a osobitné predpisy uplatňované v jednotlivých rezortoch,
5. poskytuje alebo zabezpečuje poskytovanie základného a špecializovaného sociálneho poradenstva,
6. poskytuje služby aj pre ostatných členov rodiny (napr. psychoterapiu pre rodičov a súrodencov),
7. môže plniť poradenskú a vzdelávaciu funkciu pre laickú i odbornú verejnosť.

Materiálne podmienky pre zabezpečenie fyzickej integrácie a infraštruktúry pre túto funkciu by mohli byť zabezpečené prostredníctvom prostriedkov v rámci implementácie Plánu obnovy a odolnosti.

Prínosom pre zlepšenie situácie osôb s PAS môže tiež byť akreditácia jednotlivých vzdelávacích inštitúcií v rôznych rezortoch v intenciách Minimálneho štandardu pre študijný program sústavného vzdelávania Poruchy autistického spektra, ktorý bol prerokovaný a odporúčaný Výborom pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie¹⁰.

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

U pacientov s príznakmi PAS je nespochybniteľné, že ide o dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav vyžadujúci osobitnú starostlivosť.

Nárok na **rodičovský príspevok** (t. j. štátna sociálna dávka, ktorou štát prispieva oprávnenej osobe na zabezpečenie riadnej starostlivosti o dieťa a vypláca ju príslušný Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny), trvá do 3 rokov veku dieťaťa. Po dovŕšení 3 rokov veku dieťaťa je možné **poberať rodičovský príspevok naďalej, najdlhšie do 6 rokov veku** v prípade, že dieťa má dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav, teda taký, ktorý trvá minimálne rok. Dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa posudzuje príslušný Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny na základe žiadosti oprávnenej osoby.

Príslušný Úrad práce sociálnych a vecí a rodiny môže na základe posúdenia potrieb vyhotoviť preukaz fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím alebo preukaz fyzickej osoby

¹⁰ <https://www.health.gov.sk/?rvdz-vybor-kvalita-starostlivosti-dz>

s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom, parkovací preukaz pre fyzickú osobu so zdravotným postihnutím, alebo poskytnúť iné **kompensácie v zmysle zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia** a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len zákon o kompenzáciách). Kompenzovať zdravotné postihnutie osobe s PAS v zmysle zákona o kompenzáciách je možné aj priznaním peňažného príspevku na opatrovanie alebo peňažného príspevku na osobnú asistenciu.

Po dovŕšení 18 rokov veku pacienta s PAS posudkový lekár Sociálnej poisťovne ho posudzuje **na účely invalidity** na základe žiadosti o invalidný dôchodok. Od 1. novembra 2021 nadobudla účinnosť novela zákona č. 461 /2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, v rámci ktorej sa v Prílohe č. 4 – Percentuálna miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosti, k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, dopĺňa do Kapitoly V – Duševné choroby a poruchy správania, položka 9 – Poruchy autistického spektra. Miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa určí v rozpätí od 45 % do 100 % podľa závažnosti klinických prejavov a schopnosti osôb fungovať v prirodzenom prostredí. To znamená, že od 1. novembra 2021 posudkoví lekári Sociálnej poisťovne už nemajú prirovnávať jednotlivé prípady tejto skupiny chorôb k tým položkám z Kapitoly V – Duševné choroby a poruchy správania, ku ktorým sa klinické prejavy osôb s PAS najviac približujú.

Pre zaradenie dieťaťa a žiaka s PAS do výchovno-vzdelávacieho procesu je dôležité posúdenie individuálnych potrieb, na základe ich špecifikácie má dieťa a žiak s PAS právo **na príslušné podporné opatrenia** pri výchove a vzdelávaní v materských školách, základných školách a stredných školách **podľa § 145a** o výchove a vzdelávaní (školský zákon). Ide napr. o zabezpečenie pôsobenia pedagogického asistenta v triede, zabezpečenie činností na rozvoj sociálno-komunikačných zručností, osobitných foriem komunikácie atď.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Štandardný postup odporúčame revidovať raz za 2 roky z hľadiska posúdenia potreby aktualizácie vo vzťahu k:

- aktuálnym publikovaným poznatkom a výsledkom výskumu v dotknutých oblastiach,
- najnovším poznatkom vo vzťahu k problematike v zahraničnej praxi,
- výsledkom indikátorov kvality v rámci dobrej praxe pracovísk v SR,
- posúdenia efektivity,
- zberu podnetov zo strany pracovísk s implementovanými postupmi,
- podnetom zo strany ZP a ďalších zainteresovaných strán.

LITERATÚRA

1. Akobirshoev, I., et al.. (2019). In-hospital mortality among adults with autism spectrum disorder in the United States: A retrospective analysis of US hospital discharge data. *Sage Journals*, Volume 24, Issue 1. doi:<https://doi.org/10.1177/1362361319855795>
2. APA, *American Psychological Association*. (dátum neznámy). Dostupné na Internet: <https://www.apa.org/news/podcasts/speaking-of-psychology/autism>.
3. CDC. (2023). *Centers for Disease Control and Prevention*. Dostupné na Internet: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7202a1.htm?s_cid=ss7202a1_w.
4. CVTI. (dátum neznámy). Dostupné na Internet: Štatistická ročenka: https://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skolstve/statistiky/statisticka-rocenka-publikacia/statisticka-rocenka-suhrnne-tabulky.html?page_id=9603
5. DaWalt, L.S., Hong, J., Greenberg, J.S., Milick, M.R. (2019). Mortality in individuals with autism spectrum disorder: Predictors over a 20-year period. *Autism*, 23(7):1732-1739. doi:10.1177/1362361319827412
6. Doherty A. J., Atherton, H., Boland, P., Hastings, R., et al.,. (2020). Barriers and facilitators to primary health care for people with intellectual disabilities and/or autism: an integrative review. *BJGP Open*, 4(3).
7. Doherty, M., Haydon, C., Davidson, I.A.,. (2021). Recognising autism in healthcare. *Br J Hosp Med (Lond)*, 82(12):1-7. doi:10.12968/hmed.2021.0313.
8. Filčíková, D., Celušáková, H., Trellová, I., Szapuová, Ž., Ostatníková, D.,. (2018). Na dôkazoch založené intervencie pre ľudí s poruchou autistického spektra. *Lekársky obzor*, Vol. 67, No. 7-8, 255-259.
9. Grigorenko, E. L., Torres, S., Lebedeva, E. I., Bondar, Y. A. (2018). Evidence-based interventions for ASD: A focus on applied behavior analysis (ABA) interventions. *Psychology. Journal of the Hugher School of Economics*, Vol. 15, no. 4, pp. 711 – 727. Dostupné na Internet: https://www.researchgate.net/publication/330499317_Evidence-Based_Interventions_for_ASD_A_Focus_on_Applied_Behavior_Analysis_ABA_Interventions
10. Halfon, N., Larson, K., Lu, M., Tullis, E., Russ, Sh.,. (2014). Lifecourse health development: past, present and future. *Matern Child Health J*, 18(2):344-65. doi:10.1007/s10995-013-1346-2
11. Hazlett HC et al. (2017). Early brain development in infants at high risk for autism spectrum disorder. *Nature*, 542(7641):348-351. doi:10.1038/nature21369.
12. Hnilicová, S., Ostatníková, D.,. (2018). Skríning autizmu. *Pediatrica pre prax. Suplement.*, Roč.19, S1, 2018b, Str.46.
13. Hrabovecká, M.,. (2015). Kvalita života rodičov detí s autizmom. *E-psychologie*, , 9 (1), str. 16 - 28. Dostupné na Internet: <https://e-psycholog.eu/pdf/hrabovecka.pdf>
14. <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/uvod/legislativa/socialna-pomoc-podpora/dohovor-osn-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim-opcny-protokol-sk-aj.pdf>. (dátum neznámy).
15. <https://www.mpsvr.sk/files/slovensky/uvod/legislativa/socialna-pomoc-podpora/dohovor-osn-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim-opcny-protokol-sk-aj.pdf>. (dátum neznámy).
16. *humanisti.sk*. (2022). Dostupné na Internet: <https://www.humanisti.sk/2022/06/28/kolko-deti-do-14-rokov-na-slovensku-mame/>
17. Kainer, D.; Templeton, A.; Prates, E.; Jacobson, D.; Allan, E.; Climer, S.; Garvin. (2022). Structural Variants Identified Using Non-Mendelian Inheritance Patterns Advance The Mechanistic Understanding Of Autism Spectrum Disorder. *HGG Adv., PMC9634371*, 4(1):100150. doi:10.1016/j.xhgg.2022.100150.
18. Lipkin PH., Macias MM., AAP. (2020). Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*, 145 (1): e20193449. Dostupné na Internet: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449>
19. Lord, C., Rutter, M., DiLavore P.C., Gotham, K., Bishop, S.L., . (2012). *Autism diagnostic observation schedule, Second edition. Western Psychological services*.
20. Lord, Catherine, Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E. J. H., Jones, R. M., Pickles, A., State, M. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 6(1), 5. doi:<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>
21. Masi, A., DeMayo, M.M., Glozier, N., Guastella, A.J.,. (2017). An Overview of Autism Spectrum Disorder, Heterogeneity and Treatment Options. *Neurosci Bull*, 33(2):183-193. doi:10.1007/s12264-017-0100-y
22. Miller, L.,E., Dai, Z.G., Fein, D.A., Robins, D.L.,. (2021). Characteristics of Toddlers with Early Versus Later Diagnosis of Autism Spectrum Disorder. *Autism*, 25(2): 416–428. doi: 10.1177/1362361320959507
23. Mozolic-Staunton, B., Donnelly, M., Yoxall, J., Barbaro, J.,. (2020). Early detection for better outcomes: Universal developmental surveillance for autism across health and early childhood education settings. *Research in Autism Spectrum Disorders*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.101496>
24. *National Autism Center*. (2018). Dostupné na Internet: Findings and Conclusions: National Standards Project, Phase 2. Addressing the need for evidence-based practice guidelines for autism spectrum disorder: <https://www.nationalautismcenter.org/wp-content/uploads/2015/04/NSP2.pdf>
25. *NICE, National Institute for Health and Care Excellence*. (2017). Dostupné na Internet: Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis.
26. Ostatníková D. (2022). Autizmus od A po S. IKAR.

27. Ostatníková, D., Hnilicová S., . (2021). *standardne postupy*. Dostupné na Internete: Poruchy autistického spektra - Menežment autizmu 1. revízia: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-poruchy-autistickeho-spektra/>
28. Ozonoff, S., et al. (2010). A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(3): 256–66.e1-2. doi:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923050/>
29. Randall M, Egberts KJ, et al. (2018). Diagnostic tests for autism spectrum disorder (ASD) in preschool children. *Cochrane Database Syst Rev*, 24;7(7):CD009044. doi:10.1002/14651858.CD009044.pub2
30. Roman-Urrestarazu, A. K.-C. (Jun 2021). Association of Race/Ethnicity and Social Disadvantage With Autism Prevalence in 7 Million School Children in England. *JAMA Pediatr*, 175(6):e210054. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.0054
31. Rutter, M., LeCouteur A., Lord, C.,. (2003). *Autism Diagnostic Interview–Revised*. Western Psychological Services.
32. *standardnepostupy*. (2021). Dostupné na Internete: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-poruchy-autistickeho-spektra/>,
33. *The National Clearinghouse on Autism Evidence & Practice*. (2020). Dostupné na Internete: Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder.: <https://ncaep.fpg.unc.edu/sites/ncaep.fpg.unc.edu/files/imce/documents/EBP%20Report%202020.pdf>
34. Trellová, I., Hlebová, B.,. (2021). Evalvacia behaviorálnych procedúr pri zvyšovaní komunikačnej kompetencie detí s poruchami autistického spektra. In *PU Prešov* (s. SBN 978-80-555-2-795-6. – S. 26-30). Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, ISBN.
35. Walsh C, Lydon S, O'Dowd E, O'Connor P. (2020). Barriers to Healthcare for Persons with Autism: A Systematic Review of the Literature and Development of A Taxonomy. *Dev Neurorehabil*, 23(7):413-430. doi:10.1080/17518423.2020.1716868
36. *WHO, INternal Classification of Diseases 11th Revision*. (2023). Dostupné na Internete: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>: <https://icd.who.int/en>
37. Zákon č. 447/2008 Z. z.Zákon o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. (dátum neznámy). <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-447>.
38. Zeidan J., Fombonne E., Scora J., Ibrahim A.,, Durkin M.S., Saxena Sh.,, Yusuf A.,, Shih A.,, Elsabbagh M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res*, 15(5): 778–790. doi:10.1002/aur.2696

Príloha 1 PREHĽAD PRÍSTUPOV A METÓD ZALOŽENÝCH NA DŔKAZOCH podľa The National Clearinghouse on Autism Evidence & Practice (2020)

PČ	Prístupy a metódy založené na dôkazoch SK/EN	
1.	Naturalistické intervencie	Naturalistic intervention
2.	Intenzívne učenie	DTT/ITT
3.	Tréning sociálnych zručností	Social skills training
4.	Posilňovanie	Reinforcement
5.	Vizuálna podpora	VS
6.	Kognitívno-behaviorálne prístupy	
7.	Ayres Senzorická integrácia	Ayres Sensory Integration
8.	Diferenciálne posilňovanie alternatívneho a iného správania	Differential Reinforcement of alternative, incompatible, other behavior – DR
9.	Inštrukcie a intervencie sprostredkované rovesníkmi	Peer-based instruction and intervention – PBII
10.	Promptovanie	Prompting – PP
11.	Seba-riadenie	self-management – SM
12.	Vyhasínanie	Extinction – EXT
13.	Funkčný komunikačný tréning	Functional communication training – FCT
14.	Modelovanie	
15.	Sociálne príbehy	
16.	Intervencie založené na antecedentoch správania	Antecedent-based interventions
17.	Funkčné behaviorálne hodnotenie	Functional behavioral assessment – FBA
18.	Analýza zručností	Task analysis – TA
19.	Augmentatívna a alternatívna komunikácia	Augmentative and Alternative Communication – AAC
20.	Metóda behaviorálneho momentu	Behavioral Momentum Intervention – BMI
21.	Priama inštrukcia	Direct Instruction – DI
22.	Cvičenie a pohyb	Exercise and Movement – EXM
23.	Hudbou sprevádzaná alebo sprostredkovaná intervencia	Music-Mediated Intervention – MMI
24.	Intervencia realizovaná prostredníctvom rodiča	Parent-Implemented Intervention – PII
25.	Prerušenie/presmerovanie odpovede	Response Interruption/Redirection – RIR
26.	Technológiou podporovaná inštrukcia a intervencia	Technology-Aided Instruction and Intervention – TAI
27.	Video modelovanie	Video Modeling – VM
28.	Časové oddialenie	Time Delay

Príloha 2 RIZIKOVÉ ZNAKY PRE PAS U DIEŤAŤA VO VEKU 0-3 ROKY / PRILIEHAJÚCA VÝVINOVÁ ÚROVEŇ DIEŤAŤA

Aj v tomto veku sa môžu vyskytovať znaky, ktoré môžu byť identifikované rodičom alebo odborníkom pri priamej práci s dieťaťom.

Verbálna komunikácia
<ul style="list-style-type: none">• oneskorený vývin reči (absencia rekombinačného džavotania do 12 mesiacov veku, menej ako 10 slov v aktívnej komunikácii vo veku 24 mesiacov)• regresia vo vývine verbálnej komunikácie (dieťa začalo rozprávať a reč sa stratila)• ak je reč prítomná – môže byť prítomná zvláštna alebo monotónna intonácia, alebo vysoký tón (pišťanie)• prítomná “vlastná reč” – žargón• môžu byť prítomné echolálie slov alebo celých fráz (Dieťa opakuje počuté slová alebo frázy. Môžu byť funkčné aj nefunkčné – nemajú pragmatický význam)• gestalt spôsob osvojovania reči – dieťa sa učí celé vety ako prefabrikáty a nie je schopné ich flexibilne upravovať
Sociálna komunikácia a interakcia
<ul style="list-style-type: none">• absencia alebo obmedzené používanie verbálnej produkcie na sociálne /pragmatické účely (dieťa síce rozpráva ale nepoužíva reč na požiadanie, pozdravy, odmietanie, získavanie pozornosti a podobne)• záujem o predmety je väčší ako záujem o sociálnu interakciu s druhými ľuďmi• v 9. mesiaci dieťa nereaguje na meno za predpokladu, že sluchový aparát je v poriadku• v 9. mesiaci u dieťaťa absentujú výrazy tváre – ako napríklad šťastný, smutný, nahnevaný• vo veku 12. mesiacov dieťa nejaví záujem o sociálne hry (napr. “varila myšička kašičku”)• vo veku 12. mesiacov používa málo alebo žiadne gestá (napr. nezamáva na rozlúčku)• vo veku 12. mesiacov nie je prítomný recipročný sociálny úsmev najmä na primárnych opatrovateľov (ak sa na dieťa rodič usmeje, dieťa úsmev neopätuje)• od 15. mesiaca veku nezdieľa záujmy s ostatnými• od 18. mesiaca neukazuje ukazovák na vzdialené predmety, aby ich zdieľal s druhou osobou• v 24. mesiacoch si nevšíma, ako sa druhí ľudia cítia – napríklad ak sú zranení alebo rozčúlení• v 36. mesiacoch nejaví záujem o iné deti a nepripoí sa s nimi do hry• nezvyčajne silné negatívne reakcie na požiadavky od druhých ľudí (vyhýbavé správanie)• obmedzená alebo absentujúca spoločná pozornosť. Dieťa nie je schopné sledovať pohľad / ukazovacie gesto komunikačného partnera na predmet, neprenáša pohľad z partnera na predmet a opačne• odmietanie dotykov a maznaní sa s rodičmi• výrazne výberové reakcie dieťaťa na hovorenú reč komunikačného partnera (síce rozumie, ale nechce sa kontaktovať)• nepoužívanie primeraného očného kontaktu na regulovanie sociálnej interakcie, alebo aktívne vyhýbanie sa očnému kontaktu• nezdieľanie radosti s druhými ľuďmi
Imaginácia – predstavivosť
<ul style="list-style-type: none">• absentuje funkčné používanie predmetov a hračiek (nehrá sa s hračkami podľa ich účelu – napr. na detskom telefóne iba stláča tlačidlá, nehrá sa s ním “na telefonovanie”)• absentuje predstieraná hra vo veku od 18 mesiacov – nenapodobňuje bežné denné aktivity s rodičom (napr. nevarí, nestará sa o bábiku, nekosí trávu a pod.)
Nezvyčajné alebo opakujúce sa záujmy a aktivity (patria sem aktivity a záujmy, ktoré nie sú typické pre vek dieťaťa a jeho sociokultúrny kontext)

- záujem o nezvyčajné predmety alebo aktivity (napr. o predlžovačky, radiátory, kľučky dverí)
- záujem o detaily predmetov, záujem o písmená alebo čísla (dieťa môže mať rozvinutý tento záujem do takej hĺbky, že vie prečítať písmená a pozná abecedu, čo môže imponovať ako výnimočné nadanie)
- hra s rôznymi hračkami alebo predmetmi vždy rovnakým spôsobom (napr. ukladanie na kopu, prenášanie z miesta na miesto, vkladanie do skríň alebo šuflíkov)
- zoraďovanie hračiek alebo iných predmetov do radu, pričom pri narušení presného poradia dochádza k nadmernému emočnému rozrušeniu
- zameriavanie sa na menšie časti predmetov viac ako na predmet ako celok (napr. sa dieťa zaujíma iba o kolieska autíčka, pričom môže na ne pozerieť, alebo ich otáčať)
- rozrušenie pri drobných zmenách v prostredí (napr. premiestnenie nábytku, hračiek na inú policu, nové veci alebo predmety v prostredí), v osobných rutinách, pri obliekaní (dieťa sa dožaduje stále toho istého oblečenia, rodič má ťažkosti pri zmenách ročných období – dieťa odmieta nosiť teplejšie oblečenie, topánky) alebo pri prechádzke (dieťa trvá vždy na rovnakej trase prechádzky)
- opakovanie niektorých činností stále dookola – napr. zatváranie a otváranie dverí
- prítomnosť repetitívnych záujmov (dieťa vždy trvá na robení rovnakých vecí, aktivít rovnakým spôsobom)
- prítomnosť stereotypných pohybov – mávanie rukami, alebo prstami, kývanie celým telom, alebo točenie sa dookola
- prítomnosť nezvyčajných reakcií na zmyslové podnety v zmysle buď odporu k daným podnetom, alebo jeho vyhľadáváním (vôňa, chuť, čuch, sluch, dotyková citlivosť, vestibulárny aparát – zmysel pre pohyb a stabilitu, propioceptívny zmysel – zmyslové podnety prichádzajú zo svalov a kĺbov, interoceptívny zmysel – podnety prichádzajúce zvnútra tela, ako je hlad, smäd, bolesť a nutkanie na toaletu)

Nešpecifické znaky, ktoré môžu byť zároveň prítomné

- oneskorenie motorických schopností
- oneskorený psychomotorický vývin
- hyperaktívne, impulzívne správanie s/alebo bez oslabenej pozornosti
- problémy s jedením (odmietanie určitých druhov jedál, určitej konzistencie, vône, farby...)
- problémy so spánkom
- problémy s vyprázdňovaním
- prehnané emocionálne reakcie
- zvýšené úzkostné reakcie

Príloha 3 RIZIKOVÉ ZNAKY PRE PAS U DIEŤAŤA VO VEKU 3-6 ROKOV / PRILIEHAJÚCI MENTÁLNY VEK

Aj v tomto veku sa môžu vyskytovať znaky u detí ako vo veku 0-3 roky, ktoré môžu byť identifikované odborníkom pri priamej práci s dieťaťom alebo prostredníctvom rozhovoru s rodičom.

Verbálna komunikácia
<ul style="list-style-type: none">• nesprávne používanie osobných zámen – na označenie seba samého dieťa používa označenie “on/ona”, alebo “vy”, alebo sa môže oslovovať svojím menom.• môžu byť prítomné echolálie slov alebo celých fráz• môžu byť prítomné stereotypné frázy – zvláštne naučené vyjadrenia, ktoré niekde dieťa počulo• verbálna komunikácia má zvláštnu intonáciu, plochú, monotónnu, alebo výrazne mechanickú• neprimerane rozvinutá slovná zásoba, ale len vo vzťahu k určitým témam, ktoré súvisia s úzko vymedzenými alebo špecifickými záujmami (napríklad dieťa pozná všetky dopravné značky, popisuje presné automobilové trasy a podobne)• hyperlexia – výrazný záujem a neprimerane vysoké schopnosti v oblasti čítania / písmená, počítania / číslce a podobne
Sociálna komunikácia a interakcia
<ul style="list-style-type: none">• verbálna komunikácia často nie je používaná za sociálnym účelom – dieťa viac používa reč na opis predmetov alebo svojich záujmov• neprimeraný sociálny kontakt (dieťa sa zameriava na určitý fyzický znak, napríklad na vlasy a neprimerane ich chytá, pozerá sa do tváre iným osobám z veľmi krátkej vzdialenosti)• neprejavovanie záujmu o rovesníkov a hru s nimi• nedokáže sa prispôbiť partnerovi v hre, prípadne chce hru riadiť• preferuje samostatné činnosti pred spoločenskou interakciou• má výrazne sťaženú adaptáciu v materskej škole, prípadne nie je možné začlenenie do kolektívu vôbec• používanie menej flexibilného očného kontaktu pri rozhovore s druhými ľuďmi, dieťa používa menej gest a výrazov tváre ako je zvyčajné pre jeho vek, pohlavie a sociokultúrny kontext• prítomnosť extrémne vyhýbavého správania na bežné požiadavky dňa – aj na aktivity ktoré má dieťa rado
Imaginácia – predstavivosť
<ul style="list-style-type: none">• chýba symbolická alebo predstieraná hra (hra “na niečo”, “na niekoho”)• funkčná hra s bežnými detskými hračkami je na nižšej úrovni alebo úplne chýba,• prípadne môže byť hra na vývinovo primeranej úrovni avšak len v oblasti záujmov dieťaťa (v hre chýba pestrosť v aktivitách ale ja v používaní hračiek)
Nezvyčajné alebo opakujúce sa záujmy a aktivity, vysoko špecifické záujmy (patria sem aktivity a záujmy, ktoré nie sú typické pre vek dieťaťa a jeho sociokultúrny kontext)
<ul style="list-style-type: none">• prítomnosť nezvyčajných záujmov (napr. záujem o rôzne typy budov, sifónov, hadíc)• prítomnosť vysoko špecifických záujmov, ktoré môžu byť svojou kvalitou primerané (zaujímajú sa o ne aj iné deti), avšak rozdiel je v tom, že dieťa trávi skúmaním problematiky neúmerne veľa času. Napr. záujem o vlaky, dopravné značky, zvieratá, záujem o číselné rady, IT systémy).• neznášanlivosť zmien v prostredí, trvanie na rovnakosti a nemennosti• prítomnosť nezvyčajných reakcií na zmyslové podnety v zmysle buď odporu k daným podnetom, alebo jeho vyhľadávania (viď sekcia správania od 0 do 3 rokov)• stereotypné pohyby prstov, rúk, alebo celého tela, točenie, hojdanie sa• prítomnosť nezvyčajných reakcií na zmyslové podnety v zmysle buď odporu k daným podnetom, alebo jeho vyhľadáváním (vôňa, chuť, čuch, sluch, dotyková citlivosť, vestibulárny aparát

Príloha 4 RIZIKOVÉ ZNAKY PRE PAS U DIEŤAŤA VO VEKU 6-12 ROKOV / PRILIEHAJÚCI MENTÁLNY VEK

Verbálna komunikácia
<ul style="list-style-type: none">• verbálna komunikácia s druhými ľuďmi pripomína reč staršieho dieťaťa, alebo dospelého človeka, používanie formálnejšej komunikácie• komunikácia môže byť sociálne nevhodná (dieťa sa pýta nevhodné otázky cudzích ľudí, napr. sa opýta cudzej osoby čo nesie v taške, nechápe a nepoužíva rôzne formy zdvorilostnej komunikácie vo vzťahu k rôznym komunikačným partnerom – kamarát, učiteľ, cudzí človek)• môžu byť prítomné echolálie slov alebo celých fráz (Dieťa opakuje počuté slová alebo frázy. Môžu byť funkčné aj nefunkčné – nemajú pragmatický význam)• používanie stereotypných (odpozorované frázy napr. z filmov) fráz alebo veľmi nezvyčajné formulácie fráz alebo viet• nepochopenie významu dvojsmyselných výrokov, neporozumenie humoru, sarkazmu a metaforám (problém s porozumením vtipov, prísloví, porekadiel, prenesených významov)• narušené je tempo reči (dieťa rozpráva veľmi rýchlo, trhane alebo pomaly), rovnako intonácia (monotónna, plochá alebo výrazne mechanická)
Sociálna komunikácia a interakcia
<ul style="list-style-type: none">• neschopnosť udržiavať recipročnú konverzáciu, dieťa nedokáže pružne reagovať na potreby svojho komunikačného partnera• problém viesť dialóg s partnerom, nemapuje partnerove potreby / porozumenie počas rozhovoru – neodhaduje výmenu rolí – nevytvorí priestor pre vstupy partnera, veľa rozpráva• rozprávanie o svojich témach a záujmoch bez ohľadu na komunikačného partnera – dieťa nevie odpozorovať z neverbálnej komunikácie druhého človeka, či jeho záujem o konverzáciu stále trvá• nepochopenie osobného priestoru druhých ľudí, dieťa často prekračuje hranice druhých ľudí (ide k nim blízko, môže sa ich nevhodne dotýkať)• neporozumenie sociálnej hierarchie – napr. neberie učiteľa ako autoritu a preto môže pôsobiť neohrabane, až drzo• nedokáže dodržať sociálne pravidlá (napr. dieťa sa správa pri návšteve nevhodne – otvára skrinky v cudzom prostredí)• nezáujem o druhých ľudí, najmä rovesníkov, dieťa trávi veľa času osamote• neporozumenie konceptu sociálnych vzťahov – kamarátstva, partnerstva, manželstva• neporozumenie pravidlám spoločných sociálnych hier, dieťa sa nezapája do hier s ostatnými deťmi, prípadne očakáva, že sa deti budú hrať podľa jeho pravidiel• ťažkosti s pochopením zámerov druhých ľudí, dieťa nedokáže identifikovať, aký zámer má jeho komunikačný partner a preto býva často obeťou šikany• nezdieľanie svojich záujmov s druhými ľuďmi• používanie menej flexibilného očného kontaktu pri rozhovore s druhými ľuďmi, dieťa používa menej gest a výrazov tváre ako je zvyčajné pre jeho vek, pohlavie a sociokultúrny kontext• prítomnosť extrémne vyhubavého správania na bežné požiadavky dňa – aj na aktivity ktoré má dieťa rado
Imaginácia – predstavivosť
<ul style="list-style-type: none">• funkčná a symbolická hra (hra “na niečo”, “na niekoho”) je na nižšej úrovni, prípadne môže byť hra na vývinovo primeranejšej úrovni avšak len v oblasti záujmov dieťaťa
Nezvyčajné alebo opakujúce sa záujmy a aktivity, vysoko špecifické záujmy (patrí sem aktivity a záujmy, ktoré nie sú typické pre vek dieťaťa a jeho sociokultúrny kontext)
<ul style="list-style-type: none">• prítomnosť vysokošpecifických záujmov, napr. záujem o čísla, číselné rady, počítačové hry, vesmír, zbrane a iné. Tieto záujmy sa môžu časom meniť, dieťa v nich môže dosiahnuť vysokú úroveň expertízy• záujem o systémy, ktoré fungujú na vysokej pravdepodobnosti správneho výsledku – rôzne matematické operácie, počítačové hry, predpovede počasia, znalosti ako fungujú niektoré IT systémy

- tvorba zoznamov – zoznamy môžu byť v písanej alebo verbálnej forme (dieťa o nich hovorí)
- lipnutie na dodržiavanie presných pravidiel, dochádza k emočnému rozladeniu pri ich porušení (pravidlá uložených vecí v osobnom priestore, napr. ukladanie zošitov a kníh v školskej taške, na poličke)
- úzkostné dodržiavanie presných rituálov alebo rutín, ktoré môžu negatívne ovplyvňovať každodenné aktivity dieťaťa alebo jeho rodiny
- stereotypné pohyby prstov, rúk, alebo celého tela, točenie, hojkanie sa
- prítomnosť nezvyčajných reakcií na zmyslové podnety v zmysle buď odporu k daným podnetom, alebo jeho vyhľadávaniu (vôňa, chuť, čuch, sluch, dotyková citlivosť, vestibulárny aparát – zmysel pre pohyb a stabilitu, proprioceptívny zmysel – zmyslové podnety prichádzajú zo svalov a kĺbov, interoceptívny zmysel – podnety prichádzajúce zvnútra tela, ako je hlad, smäd, bolesť a nutkanie na toaletu)

Ďalšie správanie

- predchádzajúce problémy pri zaškolení dieťaťa v materskej škole, problémy v škole, ktoré sa zvýraznia pri prechode na 2.stupeň – dieťa nedokáže dodržiavať pravidlá v školskom systéme
- neflexibilita v správaní, nedokáže sa prispôbiť aktuálne zmeneným podmienkam napr. v škole
- v klinickom obraze môžu viac dominovať pridružené neurovývinové poruchy – ADHD (Porucha aktivity a pozornosti), poruchy učenia, dyslexia, dyspraxia, dyskalkúlia
- veľké emocionálne výkyvy neprimerané zhľadom k závažnosti podnetu
- nízka emocionálna inteligencia – nedokáže identifikovať a regulovať emócie u seba, nedokáže rozpoznať emocionálny stav druhých ľudí
- nesamostatnosť zhľadom k svojmu veku
- problém vykonávať jednoduché každodenné činnosti ako je príprava jednoduchého jedla, ranná a večerná hygiena, príprava materiálov do školy
- dieťa môže vynikať v niektorých oblastiach svojich špecifických záujmov oproti slabým sociálnym a emocionálnym zručnostiam
- dieťa môže mať vynikajúce pamäťové, hudobné, matematické, alebo priestorovo – orientačné schopnosti

Prezentácia správania u dievčat sa môže výrazne líšiť od chlapcov, a to najmä:

- ich nezvyčajné správanie je menej nápadné, vedia ho lepšie zakrývať, používajú tzv. maskovací fenomén – odpozerajú povrchové sociálne zručnosti od druhých dievčat a následne ich používajú v sociálnej interakcii
- špecifické záujmy majú podobnú kvalitu ako u neurotypických dievčat – zaujímajú sa o jednu tému (napr. koníky) a tú vkladajú do väčšiny svojich aktivít – dieťa sa hrá iba s koníkmi, nosí oblečenie s ich obrázkami, predmety bežnej domácnosti (riady, školské potreby a iné) musí mať s obrázkami uvedenej témy
- v prejave sa javia utiahnutejšie, pôsobia na druhých ako introverti
- majú vyššiu mieru úzkosti
- často neznašajú zmeny v sociálnej "prijateľnejšej" podobe – napr. vždy nosia rovnaký účes, nosia iba vyhradené druhy oblečenia, starostlivo dodržiavajú rutiny v dennom režime

Príloha 5 RIZIKOVÉ ZNAKY PRE PAS U DIEŤAŤA VO VEKU 12-18 ROKOV / PRILIEHAJÚCI MENTÁLNY VEK)

Verbálna komunikácia
<ul style="list-style-type: none">• verbálna komunikácia je použitá v obmedzenej miere, viac slúži na popis predmetov alebo špeciálnych záujmov ako na komunikáciu s druhými ľuďmi• používanie stereotypných (odpozorované frázy napr. z filmov) fráz alebo veľmi nezvyčajné formulácie fráz alebo viet• verbálna komunikácia pripomína reč staršieho dieťaťa, alebo dospelého človeka• výpovede môžu byť sociálne nevhodné vzhľadom na sociálnu situáciu, v ktorej sa dieťa nachádza• rozprávanie o svojich témach bez referencie na komunikačného partnera• tempo reči je narušené (dieťa rozpráva veľmi rýchlo, trhane alebo pomaly), rovnako intonácia (monotónna, plochá alebo výrazne mechanická), niekedy dieťa rozpráva v opytovacích alebo rozkazovacích vetách• nepochopenie významu dvojsmyselných výrokov – humor, sarkazmus a metafory, doslovné chápanie verbálnych prejavov druhých ľudí
Sociálna komunikácia a interakcia
<ul style="list-style-type: none">• dlhodobé ťažkosti vo vzájomnej sociálnej interakcii – nezáujem alebo neschopnosť udržať sociálnu interakciu s druhými ľuďmi, nenadväzovanie blízkych priateľstiev• neporozumenie konceptu sociálnych vzťahov – kamarátstva, partnerstva, manželstva• neporozumenie sociálnej hierarchie – napr. dieťa neberie učiteľa ako autoritu a preto pôsobí neohrabane, až drzo• nedostatočné pochopenie spoločensky vhodného a nevhodného správania• ťažkosti s pochopením zámerov druhých ľudí, nedokáže identifikovať, či ide o dobrý zámer druhému človeku, alebo nie, preto býva často obeťou šikany alebo zneužitia• môže sa vyskytovať sociálna naivita• sociálna izolácia a zjavná preferencia samoty• nedokáže dodržať spoločensky vhodné sociálne pravidlá (napr. pri návšteve, nepozdraví sa pri príchode, odchode)• vyhýbavé správanie na bežné požiadavky (vrátane dennej domácej a školskej rutiny, dokonca aj aktivít, ktoré má dieťa rado)• zle integrovaný očný kontakt pri rozhovore s druhými ľuďmi (pri rozhovore sa môže prehnane pozerať do očí), používa zle integrované komunikačné gestá, má znížený repertoár výrazov tváre a komunikačných gest
Imaginácia predstavivosť
<ul style="list-style-type: none">• v histórii je zaznamenaná znížená predstieraná hra a kreativita, chýba predstavivosť a kreativita aj v bežných aktivitách
Nezvyčajné alebo vysoko špecifické záujmy a aktivity <i>(patria sem aktivity a záujmy, ktoré nie sú typické pre vek dieťaťa a jeho sociokultúrny kontext)</i>
<ul style="list-style-type: none">• vysokošpecifické záujmy s hlbokým vhladom do problematiky – napr. záujem o čísla, číselné operácie, počítačové hry, astrológia, zdravotnícke témy• záujem o systémy, ktoré fungujú na vysokej pravdepodobnosti správneho výsledku – rôzne matematické operácie, počítačové hry, znalosti ako fungujú niektoré IT systémy• tvorba zoznamov – zoznamy môžu byť v písanej alebo vo verbálnej forme (iba o nich hovorí)• lipnutie na dodržiavaní presných pravidiel, dochádza k emočnému rozladeniu pri ich porušení (pravidlá cestnej premávky)• úzkostné dodržiavanie presných rituálov alebo rutín, ktoré môžu negatívne ovplyvňovať každodenné aktivity mladého človeka alebo jeho rodiny• stereotypné pohyby prstov, rúk, alebo celého tela, točenie sa, hojdanie sa• hyper alebo hyposenzitivita na zmyslové podnety
Ďalšie ťažkosti, ktoré sa môžu vyskytnúť u dieťaťa/mladého človeka

- sociálny a emocionálny vývoj nekorešponduje s chronologickým vekom, je zvyčajne na nižšej úrovni
- neschopnosť prispôbiť sa zmenám v školskom systéme pri prechode na druhý stupeň ZŠ, prípadne na SS – dieťa / mladý človek odmieta navštevovanie vyučovania, môže sa mu výrazne zhoršiť prospech
- neschopnosť porozumieť svojim emóciám až alexitýmia
- nízka emocionálna inteligencia – neschopnosť porozumieť emóciám druhých ľudí na základe ich verbálnej a neverbálnej komunikácie
- neschopnosť prijať zodpovednosť za svoje konanie a správanie v každodenných sebaobslužných činnostiach, vo finančnej oblasti, v sociokultúrnych otázkach vzhľadom k úrovni mentálneho veku
- časté pridružené ochorenia mentálneho zdravia – najmä úzkosti, depresie, poruchy príjmu potravy, obsedantno-kompulzívna porucha

Prezentácia správania u dievčat sa môže výrazne líšiť od chlapcov, a to najmä

- ich nezvyčajné správanie je menej nápadné, majú vyvinuté povrchové sociálne zručnosti – používajú tzv. “maskovací fenomén” – zakrývajú tak svoje deficity, aby sa neodlišovali od ostatných dievčat (odpozerajú typické sociálne správanie u iných dievčat a následne sa aj ony tak správajú napriek tomu, že im toto správanie nie je vlastné)
- prejavuje sa u nich sociálna naivita vo vzťahoch a pretože nerozumejú sociálnym situáciám, môžu sa stať obeťami zneužitia, často sú obeťami šikany v školách
- majú vyššiu mieru úzkosti a depresie, objavujú sa poruchy príjmu potravy a iné poruchy mentálneho zdravia
- špecifické záujmy majú podobnú kvalitu ako u neurotypických dievčat – zaujímajú sa o jednu tému, napr. o techniky make-up, ale ich skúmaním, nakupovaním materiálov a rozborom trávia väčšinu voľného času, alebo sa zaujímajú o seriály bežné pre neurotypickú mládež, avšak seriály pozerajú opakovane a vedia repliky z nich naspamäť
- ich rituály a rutiny majú “sociálne” prijateľnejšiu povahu – napr. majú vždy rovnako uložené veci na stole, podľa presného systému majú uložené knihy, oblečenie

Príloha 6 RIZIKOVÉ ZNAKY PRE PAS U DOSPELÝCH OSÔB

Verbálna komunikácia
<ul style="list-style-type: none">• verbálna komunikácia je použitá v obmedzenej miere, viac slúži na popis predmetov alebo špeciálnych záujmov ako na komunikáciu s druhými ľuďmi• používanie stereotypných (odpozorované frázy napr. z filmov) fráz alebo veľmi nezvyčajné formulácie fráz alebo viet• rozprávanie o svojich témach bez referencie na komunikačného partnera• tempo reči je narušené (môže byť neprimerane rýchle, trhané alebo pomalé), rovnako intonácia (monotónna, plochá alebo výrazne mechanická)• nepochopenie významu dvojzmyselných výrokov – humor, sarkazmus a metafory, doslovné chápanie verbálnych prejavov druhých ľudí
Sociálna komunikácia a interakcia
<ul style="list-style-type: none">• dlhodobé ťažkosti vo vzájomnej sociálnej interakcii – nezáujem alebo neschopnosť udržať sociálnu interakciu s druhými ľuďmi, nenadväzovanie blízkych priateľstiev• neporozumenie konceptu sociálnych vzťahov – priateľstva, partnerstva• sociálna izolácia a zjavná preferencia samoty• neporozumenie sociálnej hierarchie – nepochopenie rozdielu medzi spolupracovníkmi a nadriadenými, z čoho vyplývajú pracovné ťažkosti, kvôli ktorým často ľudia s PAS stratia prácu• neschopnosť dodržiavať pravidlá v pracovno-právnom vzťahu, následkom čoho menia ľudia s PAS často prácu• ťažkosti s pochopením zámerov druhých ľudí, následkom čoho sa stanú často obeťou finančného zneužitia• vyháňavé správanie na každodenné požiadavky, čo môže vyústiť do odmietania bežných denných aktivít (nakupovanie, chodenie do práce) a extrémnej sociálnej izolácie s následnými poruchami mentálneho zdravia• zle integrovaný očný kontakt pri rozhovore s druhými ľuďmi (pri rozhovore sa môže prehnane pozerať do očí), používa zle integrované komunikačné gestá, má znížený repertoár výrazov tváre a komunikačných gest
Nezvyčajné alebo vysoko špecifické záujmy a aktivity (patria sem aktivity a záujmy, ktoré nie sú typické pre vek dieťaťa a jeho sociokultúrny kontext)
<ul style="list-style-type: none">• vysokošpecifické záujmy s hlbokým vhladom do problematiky• záujem o systémy, ktoré fungujú na vysokej pravdepodobnosti správneho výsledku – rôzne matematické operácie, počítačové hry, znalosti ako fungujú niektoré IT systémy, čo môže byť využité v pracovnej oblasti za predpokladu, že človek je schopný bežného fungovania a má silnú podporné prostredie• tvorba zoznamov – zoznamy môžu byť v písanej forme, alebo vo verbálnej forme• lipnutie na dodržiavaní presných pravidiel, dochádza k ľahkému emočnému rozladeniu pri ich porušení (napr. pravidlá cestnej premávky)• úzkostné dodržiavanie presných rituálov/rutín, ktoré môžu negatívne ovplyvňovať každodenné aktivity• stereotypné pohyby prstov, rúk, alebo celého tela, točenie sa, hojdanie sa – buď zjavné, alebo prítomné v anamnéze• hyper / hyposenzitivita na zmyslové podnety, ktoré nemusia byť zjavné, ale sú prítomné v anamnéze
Ďalšie ťažkosti, ktoré sa môžu vyskytnúť
<ul style="list-style-type: none">• prítomnosť znakov PAS v rodinnom príbuzenstve, neraz u vlastného dieťaťa• sociálny a emocionálny vývoj nekorešponduje s chronologickým vekom, je zvyčajne na nižšej úrovni• neschopnosť porozumieť svojim emóciám až alexitýmia• neschopnosť porozumieť emóciám druhých ľudí na základe ich verbálnej a neverbálnej komunikácie• neschopnosť prijať zodpovednosť za svoje konanie a správanie v každodenných sebaobslužných činnostiach, vo finančnej oblasti, v sociokultúrnych otázkach vzhľadom k úrovni mentálneho veku

- časté pridružené ochorenia mentálneho zdravia – najmä úzkosti, depresie, poruchy príjmu potravy, obsedantno-kompulzívna porucha
- človek s PAS môže byť často mylne vedený pod inou diagnózou

Prezentácia správania u žien sa môže výrazne líšiť od typicky mužského správania, a to najmä

- ich nezvyčajné správanie je menej nápadné, majú vyvinuté povrchové sociálne zručnosti – používajú tzv. “maskovací fenomén” – zakrývajú tak svoje deficity, aby sa neodlišovali od ostatných žien
- špecifické záujmy majú podobnú kvalitu ako u neurotypických žien, avšak nimi trávia omnoho viac svojho času
- ich rituály a rutiny majú “sociálne” prijateľnejšiu povahu – napr. majú presne stanovené systémy ukladania vecí v domácnosti, čo môže imponovať ako poriadkumilovnosť. Ak dôjde k narušeniu týchto systémov, dôjde k silnému emocionálnemu rozrušeniu
- prejavuje sa u nich sociálna naivita vo vzťahoch a pretože nerozumejú sociálnym situáciám, môžu sa stať obeťami zneužitia
- majú vyššiu mieru úzkosti a depresie, objavujú sa poruchy príjmu potravy a iné poruchy mentálneho zdravia

Príloha 7 DESATORO PRE UĽAHČENIE KOMUNIKÁCIE S OSOBOU S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

1. Autizmus nie je vidno.

Dieťa/dospelý s PAS vyzerá ako zdravý človek, avšak jeho správanie môže byť v danej situácii neprimerané (môže byť veľmi utiahnutý, hyperaktívny, netaktný, občas ich správanie môže pôsobiť arogantne). Je dôležité porozumieť príčine takéhoto správania a prejaviť vyššiu mieru tolerancie. Môže ísť o prejav neprekonateľného strachu a úzkosti z neznámeho prostredia, cudzích ľudí a z novej situácie alebo problému (vrátane bolesti), ktorý osoba s PAS nevie komunikovať.

2. Prítomnosť a spolupráca so sprevádzajúcou osobou u dieťaťa a dospelého s PAS.

Sprevádzajúca osoba môže byť pri vyšetrení veľmi nápomocná a pre osobu s autizmom plní podobnú funkciu ako vodiaci pes pre zrakovo znevýhodnenú osobu. Poskytuje jej pocit bezpečia a orientácie v zložitom sociálnom prostredí a tiež vie poskytnúť dôležité informácie o stave pacienta s PAS. Taktiež môže odporučiť primerané spôsoby komunikácie a prístupu.

3. Objednanie vyšetrenia na presný čas.

Ľudia s PAS majú často pridruženú poruchu ADHD a preto nedokážu pokojne sedieť v čakárni, navyše bývajú rozrušení z cudzieho prostredia a môžu mať zvýšenú citlivosť na senzorické podnety. Je vhodné, aby sa čas strávený v čakárni skrátil na minimum.

4. Trpezlivý a empatický prístup k osobám s PAS.

Je potrebné rešpektovať pacientov strach, nadmernú reakciu na bolesť pri zákroku alebo potrebu dlhšej adaptácie. Komunikácia s pacientom má byť čo najjednoduchšia, trpezlivá, pomalá a vecná, s možnosťou opakovaného vysvetlenia. Je potrebné vyhýbať sa intruzívnym prístupom (napr. fyzickému obmedzeniu dieťaťa proti jeho vôli), ktoré môžu viesť k psychotraumatizácii a zhoršeniu spolupráce do budúcnosti. Je dôležité dbať na vhodnú komunikáciu smerom k rodičovi/asistentovi. Pri inštrukciách je nápomocné používanie výraznej a jednoznačnej gestikulácie – napr. ukážte na kreslo, na ktoré si má dieťa sadnúť. Niektorí pacienti s PAS nedokážu odpovedať na otázky, preto sa pýtajte sprevádzajúcej osoby a nečakajte na odpoveď od dieťaťa.

5. Dostatok času na vyšetrenie dieťaťa/dospelého s PAS.

Pacienti s PAS majú často problém s porozumením reči a s abstraktným myslením, preto je vhodné pacientovi poskytovať informácie jednoduchými vetami, prípadne niektoré informácie povedať opakovane a poskytnúť čas na adaptáciu.

6. Pacienti s autizmom sú často nadmerne citliví na zmyslové vnemy.

Preto je potrebné pripraviť sa na zvýšenú citlivosť na zvuky, svetlo, pachy alebo dotyk neznámej osoby. Na zmiernenie rušivých podnetov je možné v každej ambulancii – stlmiť zvuk, svetlo, možnosť použiť slúchadlá alebo slnečné okuliare, ak pacientovi vadí príliš silné svetlo (napr. pri zubnom ošetrení).

7. Možnosť prípravy na vyšetrenie/zárok.

Umožniť opätovné návštevy ambulancie (napr. u zubára), alebo použiť vizuál – procesuálne schémy k jednotlivým úkonom – rodič môže dieťa dopredu pripraviť na vyšetrenie pomocou obrázkových systémov, ktoré je vhodné mať aj v čakárni, aby si ich dieťa mohlo prezerať.

8. Možnosť mať pri vyšetrení vlastné predmety.

Ak to povaha vyšetrenia/zákroku dovoľuje, je vhodné povoliť mať vlastné predmety, ktoré osobe s PAS prinášajú pocit istoty (napr. hračku, tablet, telefón), prípadne umožniť konzumáciu pochutiny v malom množstve (napr. chrumka, chips, cukrík).

9. Zváženie potreby realizovaných vyšetrení.

Je nutné zvážiť riziko verzus benefit vyšetrenia – možné traumatizovanie dieťaťa aj rodičov. Zároveň je potrebné nevyhýbať sa potrebným vyšetreniam iba z dôvodu horšej realizovateľnosti (s rizikom

premeškania potrebnej ZS) a investovať čas do prípravy pacienta na vyšetrenie (najmä v ranom veku, kedy si vytvára návyk na celý život).

10. Hospitalizácia pacienta by mala byť dôkladne zvážená.

Ak je nevyhnutná hospitalizácia dieťaťa/dospelého s PAS, je vhodné aby bol pobyt v nemocnici realizovaný so sprevádzajúcou osobou v akomkoľvek veku. Môže byť nápomocná pre samotného pacienta a zároveň pre zdravotnícky personál (mnohokrát si pacient nedokáže zabezpečiť samoobslužné činnosti vrátane hygieny, nedokáže prejsť z jednej ambulancie do druhej, nedokáže sa orientovať v neznámych priestoroch napriek plnej fyzickej funkčnosti).

III. Návrh uznesenia



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

VÝBOR PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

(NÁVRH)

UZNESENIE VÝBORU PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

č. 13

z 27. októbra 2023

**Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť
pre deti a centrá pre PAS**

Číslo materiálu:

Predkladateľ: predsedníčka pracovnej skupiny

Výbor pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie

A. berie na vedomie

A. 1. Informáciu o činnosti pracovnej skupiny a o vypracovaní návrhu materiálu štandardného postupu pre výkon prevencie s názvom „**Preventívna starostlivosť o osoby s PAS**“ a jeho odovzdaní Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky, Odboru štandardných klinických postupov dňa 8. 9. 2023.

Vykoná: členovia Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

VÝBOR PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

MATERIÁL
NA ZASADNUTIE VÝBORU PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE RADY VLÁDY
SR PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE
č. 14

Názov	Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých
Predkladateľ	Doc. MUDr. Mária Kráľová, CSc. predsedníčka pracovnej skupiny
Dátum predloženia	19.10.2023
Dátum prerokovania	27. 10. 2023
Na rokovanie sa odporúča prizvať	

I. Odôvodnenie predloženia materiálu

Pracovná skupina pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých bola zriadená dňa 15. decembra 2022 za účelom plnenia strategických cieľov Národného programu duševného zdravia, predovšetkým vypracovaním právnej úpravy všetkých foriem hybridných zariadení komunitnej psychiatrickej starostlivosti pre multidisciplinárnu spoluprácu a ich činnosti.

Cieľom pracovnej skupiny je príprava podkladov pre odborné zadefinovanie fungovania komunitnej psychiatrickej starostlivosti v nadväznosti na model psychosociálnych centier (ďalej len „PSC“); definovanie jasne a výstižne kompetencie a ich rozsah pre jednotlivých odborníkov v rámci práce multidisciplinárneho tímu; určenie a definovanie cesty pacienta komunitnou formou naprieč celým systémom.

Pracovná skupina pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých zasadá v pravidelných intervaloch, doposiaľ sa uskutočnilo 8 zasadnutí 9 stretnutí pracovnej skupiny.

Výsledkom činnosti pracovnej skupiny je „Zoznam pojmov k pracovnej skupine pre následnú komunitnú psychiatrickú starostlivosť pre dospelých“ a Metodický pokyn Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na zriadenie a prevádzku psychiatrických stacionárov, ktorý bol schválený gremiálnou poradou ministra zdravotníctva Slovenskej republiky dňa 23. októbra 2023 a následne bude uverejnený vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Aktuálne členovia pracovnej skupiny intenzívne pracujú na vypracovaní ŠOP s názvom „Cesta pacienta naprieč komunitnou psychiatriou s prepojením na ambulantnú a ústavnú sféru psychiatrickej starostlivosti“.

II. Vlastný materiál s predkladacou správou

A. Predkladacia správa

Metodický pokyn predkladá Sekcia zdravia MZ SR do vnútrorezortného pripomienkového konania a následne po zapracovaní pripomienok do gremiálnej porady ministra, ako iniciatívny materiál v rámci realizácie Programového vyhlásenia vlády SR na obdobie rokov 2021 až 2024, podľa ktorého sa vláda SR zameria na reformu starostlivosti o duševné zdravie.

Metodický pokyn nadväzuje na zákon 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, ktorý upravuje zdravotnícke zariadenie ambulantnej zdravotnej starostlivosti – psychiatrický stacionár ako poskytovateľa špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a na Opatrenie MZ SR z 12. augusta 2022, č. S17597-2022-OL, ktorým sa mení a dopĺňa výnos MZ SR 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, publikované vo Vestníku MZ SR, čiastka 44-46, ročník 70, zo dňa 19. augusta 2022, ktoré upravuje minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie psychiatrických stacionárov.

Predkladaný materiál bol vypracovaný za účelom aktualizácie Metodického pokynu MZ SR na zriadenie a prevádzku psychiatrických stacionárov, publikovaného vo Vestníku MZ SR, čiastka 9-16, ročník 54, zo dňa 01. marca 2006, ktorý nespĺňa požiadavky a potreby modernej zdravotnej starostlivosti poskytovanej v odbore psychiatria a detská psychiatria a za účelom zosúladenia s Opatrením MZ SR z 12. augusta 2022, č. S17597-2022-OL, ktorým sa mení a dopĺňa výnos MZ SR 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, publikovaným vo Vestníku MZ SR, čiastka 44-46, ročník 70, zo dňa 19. augusta 2022, ktoré upravuje minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno – technické vybavenie jednotlivých typov psychiatrických stacionárov.

Základným cieľom aktualizovaného metodického pokynu je ustanovenie podrobností týkajúcich sa jednotného postupu a kritérií pri zriaďovaní a prevádzke jednotlivých typov psychiatrických stacionárov v SR a usmernenie zriaďovateľov psychiatrických stacionárov pri ich prevádzke.

A. Vlastný materiál

Metodický pokyn Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na zriadenie a prevádzku psychiatrických stacionárov

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo zdravotníctva“) podľa § 45 ods. 1 písm. b) 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 vydáva tento metodický pokyn:

Čl. I

Účel metodického pokynu

- 1) Účelom tohto metodického pokynu je ustanovenie podrobností týkajúcich sa postupu a kritérií pri zriaďovaní a prevádzke psychiatrických stacionárov (ďalej len „PS“) a usmernenie zriaďovateľov psychiatrických stacionárov pri ich prevádzke.
- 2) Častý výskyt psychických porúch v populácii nastoľuje potrebu poskytovania špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria a v odbore detská psychiatria v súlade s modernými trendmi starostlivosti o psychické zdravie. V zhode s aktuálnymi poznatkami o multifaktoriálnej determinácii a bio-psychosociálnym modelom chápania psychických porúch, kladú nové prístupy v psychiatrii dôraz na komplexnú liečbu, ktorá zahŕňa zdravotnú starostlivosť (psychofarmakoterapiu, psychoterapiu, psychosociálnu rehabilitáciu, preventívne programy) a s tým súvisiace služby a sociálnu prácu a podporu.
- 3) Zdravotná starostlivosť sa poskytuje pacientom s psychickými poruchami formou špecializovanej ambulantnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti, ktoré vzájomne prepájajú a dopĺňajú špecializovaná ambulantná starostlivosť poskytovaná v psychiatrickom stacionári. Liečba v psychiatrickom stacionári sa realizuje čo najbližšie k prirodzenému prostrediu pacienta, bez dlhodobého vyňatia z jeho sociálneho prostredia. Zároveň rešpektuje potrebu dostupnosti a komplexnosti liečby podľa individuálnych potrieb konkrétneho pacienta. Takýto systém liečby je destigmatizačný, zvyšuje funkčnosť a zlepšuje kvalitu života pacienta, umožňuje mu rýchlejšiu opätovnú integráciu do spoločnosti.
- 4) Komplexná liečba v PS je poskytovaná multidisciplinárnym terapeutickým tímom s cieľom:
 - a) podporiť uzdravenie pacienta z psychickej poruchy,
 - b) redukovať príznaky a následky spôsobené psychickými poruchami,
 - c) predchádzať rozvoju trvalých následkov psychických porúch,
 - d) predchádzať recidívam psychických porúch,

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

Čl. II

Charakteristika psychiatrických stacionárov

- 1) PS sú zariadeniami špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, v ktorých sa pacientom s psychickými poruchami počas dňa poskytuje komplexná psychiatrická liečba a starostlivosť s osobitným dôrazom na psychoterapiu a psychosociálnu rehabilitáciu.
- 2) V PS sa poskytuje špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť formou denného pobytu.
- 3) Komplexnú psychiatrickú liečbu v PS zabezpečuje multidisciplinárny terapeutický tím.
- 4) Zloženie multidisciplinárneho terapeutického tímu v rámci minimálnych požiadaviek na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie upravuje osobitný predpis ministerstva zdravotníctva¹¹.
- 5) Multidisciplinárny terapeutický tím v PS zostavuje individuálny liečebný plán podľa klinického stavu a potrieb konkrétneho pacienta.
- 6) Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v PS sa využívajú metódy biologickej liečby, psychoterapie a psychosociálnej rehabilitácie, individuálnou aj skupinovú formou. Jednotlivé terapeutické aktivity sú vzájomne koordinované. Základným rámcom liečebného kontinua je terapeutická komunita.
- 7) Materiálno-technické vybavenie PS upravuje osobitný predpis¹). Prostredie v PS má byť

¹¹ Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. S17597-2022-OL, 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

nestigmatizujúce, podnetné, upokojujúce a bezpečné.

- 8) Prevádzka PS závisí od druhu a typu PS v časovom rozmedzí od 6. hodiny do 22. hodiny.
- 9) Dĺžka trvania pobytu závisí od druhu a typu PS. Po jeho ukončení pacient pokračuje formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Čl. III

Rozdelenie psychiatrických stacionárov

Z hľadiska vnútornej špecializácie odboru psychiatria a detská psychiatria a z potreby umožniť adekvátne špecializovanú komplexnú psychiatrickú liečbu sa PS členia na:

- 1) PS PRE DOSPELÝCH** je vysokoprahové zariadenie špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria, kde sa pacientom poskytuje intenzívna zdravotná starostlivosť a sociálna práca a podpora počas časti dňa v priebehu minimálne 3 pracovných dní v týždni. Súbežná edukácia a podpora je poskytovaná aj blízkym osobám týchto pacientov s cieľom priaznivo ovplyvniť priebeh liečby. Cieľom je dosiahnuť taký stupeň uzdravenia, ktorý umožňuje čo najlepšiu pracovno-sociálnu reintegráciu pacienta. Dĺžka pobytu je určená absolvovaním kompletného terapeutického programu v rozsahu cca 60 pracovných dní. PS môže byť zameraný všeobecne, alebo špecificky podľa diagnóz a/alebo terapeutických metód. PS pre dospelých poskytuje špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť osobám vo veku 18 rokov a starším;
- 2) PS PRE DOSPELÝCH PRE LIEČBU ZÁVISLOSTI** je vysokoprahové zariadenie špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore medicína závislostí, kde sa pacientom poskytuje intenzívna denná zdravotná starostlivosť kontinuálne počas časti dňa v priebehu pracovných dní. Súbežná edukácia a podpora je poskytovaná aj blízkym osobám týchto pacientov s cieľom priaznivo ovplyvniť priebeh liečby. Cieľom je dosiahnuť taký stupeň uzdravenia, ktorý umožňuje čo najlepšiu pracovno-sociálnu reintegráciu pacienta. Dĺžka pobytu je určená absolvovaním kompletného terapeutického programu v rozsahu cca 60 pracovných dní. PS môže byť zameraný všeobecne, alebo špecificky podľa diagnóz a/alebo terapeutických metód. PS pre dospelých pre liečbu závislosti poskytuje špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť osobám vo veku 18 rokov a starším;
- 3) PS PRE DOSPELÝCH KOMUNITNÉHO TYPU** je nízkoprahové zariadenie špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria, kde sa pacientom na základe individuálneho liečebného plánu poskytuje zdravotná starostlivosť a sociálna práca a podpora počas niekoľkých hodín niektorých pracovných dní do dosiahnutia liečebného cieľa. Súbežná edukácia a podpora je poskytovaná aj blízkym osobám týchto pacientov s

cieľom priaznivo ovplyvniť priebeh liečby. Cieľom liečby je opätovné začlenenie pacienta do aktívneho života v jeho prirodzenom prostredí, posilnenie jeho kompetencie k samostatnosti a súčasne pozitívne ovplyvnenie priebehu a zlepšenie prognózy ochorenia. Liečba v PS pre dospelých komunitného typu nie je limitovaná trvaním, ale dosiahnutím liečebného cieľa. Súčasťou multidisciplinárneho terapeutického tímu sú v PS pre dospelých komunitného typu aj peer konzultanti. Za koordináciu individuálneho liečebného plánu zodpovedá jeden z členov multidisciplinárneho terapeutického tímu v úlohe case-managéra pacienta. Zdravotná starostlivosť a odborné činnosti sociálnej práce a podpory sú poskytované aj v prirodzenom prostredí pacienta terénnym mobilným tímom. PS pre dospelých komunitného typu môže byť zameraný všeobecne, alebo špecificky podľa diagnóz a/alebo terapeutických metód. PS pre dospelých komunitného typu poskytuje špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť osobám vo veku 18 rokov a starším. Pokiaľ sa v regióne nevyskytuje PS pre deti, vo výnimočne indikovaných prípadoch je možné prijať do starostlivosti aj adolescenta s rovnakými indikáciami so súhlasom rodičov alebo zákonných zástupcov;

4) PS PRE DETI je vysokoprahové zariadenie špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore detská psychiatria, v ktorom multidisciplinárny terapeutický tím pacientom s duševnými poruchami počas dňa poskytuje intenzívnu komplexnú liečbu s osobitným dôrazom na psychoterapiu, psychosociálnu rehabilitáciu, edukáciu, sociálnu prácu a podporu. Súbežná edukácia a podpora rodičovských kompetencií je poskytovaná aj rodičom a blízkym osobám týchto detí s cieľom priaznivo ovplyvniť priebeh liečby. Cieľom liečby je dosiahnuť taký stupeň uzdravenia, ktorý umožňuje čo najúplnejšiu školskú a sociálnu reintegráciu pacienta, aby dosiahol čo najvyššiu kvalitu života. Súčasťou PS je škola pre žiakov s povinnou školskou dochádzkou s prislúchajúcimi pedagogickými pracovníkmi zodpovednými za výchovno-vzdelávaciu činnosť. PS pre deti môže byť zameraný všeobecne, alebo špecificky podľa diagnóz a/alebo terapeutických metód. PS pre deti poskytuje špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť deťom a adolescentom do veku 18 rokov a 364 dní;

5) PS PRE DETI SO ZAMERANÍM NA LIEČBU PORÚCH PRÍJMU POTRAVY je vysokoprahové zariadenie špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore detská psychiatria so zameraním na poruchy príjmu potravy, v ktorom multidisciplinárny terapeutický tím pacientom s poruchami príjmu potravy ako hlavnou diagnózou počas dňa poskytuje intenzívnu komplexnú liečbu s osobitným dôrazom na psychoterapiu, psychosociálnu rehabilitáciu, edukáciu, sociálnu prácu a podporu. Súbežná edukácia a podpora rodičovských kompetencií je poskytovaná aj rodičom, zákonným zástupcom a blízkym osobám týchto detí s cieľom priaznivo ovplyvniť priebeh liečby. Cieľom liečby je dosiahnuť taký stupeň uzdravenia, ktorý umožňuje čo najúplnejšiu školskú a sociálnu reintegráciu pacienta, aby dosiahol čo najvyššiu kvalitu života. Súčasťou PS je škola pre žiakov s povinnou školskou dochádzkou s prislúchajúcimi pedagogickými pracovníkmi

zodpovednými za výchovno-vzdelávaciu činnosť. PS je zameraný špecificky podľa diagnóz a/alebo terapeutických metód. PS pre deti poskytuje špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť deťom a adolescentom do veku 18 rokov a 364 dní;

6) PS PRE DETI SO ZAMERANÍM NA LIEČBU PORÚCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA je vysokoprahové zariadenie špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore detská psychiatria, v ktorom multidisciplinárny terapeutický tím pacientom s poruchami autistického spektra počas dňa poskytuje intenzívnu komplexnú liečbu s osobitným dôrazom na psychoterapiu, psychosociálnu rehabilitáciu, edukáciu, sociálnu prácu a podporu. Súbežná edukácia a podpora rodičovských kompetencií je poskytovaná aj rodičom, zákonným zástupcom a blízkym osobám týchto detí s cieľom priaznivo ovplyvniť priebeh liečby. Cieľom liečby je dosiahnuť taký stupeň uzdravenia, ktorý umožňuje čo najúplnejšiu školskú a sociálnu reintegráciu pacienta, aby dosiahol čo najvyššiu kvalitu života a postupná adaptácia na prirodzené prostredie, fungovanie v bežnom živote, socializácia, integrácia a inklúzia. Súčasťou PS je škola pre žiakov s povinnou školskou dochádzkou s prislúchajúcimi pedagogickými pracovníkmi zodpovednými za výchovno-vzdelávaciu činnosť. PS pre deti je zameraný špecificky podľa diagnóz a/alebo terapeutických metód. PS poskytuje špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť deťom a adolescentom do veku 18 rokov a 364 dní. Zdravotná starostlivosť a odborné činnosti sociálnej práce a podpory sú poskytované aj v prirodzenom prostredí pacienta terénnym mobilným tímom.

Čl. IV

Zriaďovanie psychiatrických stacionárov

- 1) PS sa zriaďuje ako právny subjekt samostatne, alebo ako súčasť iného zdravotníckeho zariadenia, ktorým je psychiatrická ambulancia, psychiatrická nemocnica, psychiatrická liečebňa, všeobecná nemocnica. Vydávanie povolení na prevádzkovanie PS upravuje osobitný predpis ministerstva zdravotníctva¹².
- 2) PS sa zriaďujú na regionálnom princípe. Región štandardnej psychiatrickej starostlivosti je definovaný pre každý druh a typ PS osobitne s ohľadom na princíp dostupnosti do 1 hodiny cesty.
 - a) **PS PRE DOSPELÝCH** sa odporúča pre región so 150 000 obyvateľmi 30 miest.
 - b) **PS PRE DOSPELÝCH PRE LIEČBU ZÁVISLOSTÍ** sa odporúča pre región so 150 000 obyvateľmi 30 miest.
 - c) **PS PRE DOSPELÝCH KOMUNITNÉHO TYPU** sa odporúča pre región so 100 000 obyvateľmi 40 miest.

¹² § 11 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

- d) **PS PRE DETI** sa odporúča sa odporúča pre región s 300 000 obyvateľmi 12 miest.
 - e) **PS PRE DETI SO ZAMERANÍM NA LIEČBU PORÚCH PRÍJMU POTRAVY** sa odporúča pre región s 800 000 obyvateľmi 12 miest.
 - f) **PS PRE DETI SO ZAMERANÍM NA LIEČBU PORÚCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA** sa odporúča pre región s 500 000 obyvateľmi 12 miest.
- 3) Pre regióny s menším alebo väčším počtom obyvateľov sa v súlade s princípom dostupnosti odporúča proporcionálny prepočet počtu denných miest
- 4) PS je zaradený do siete zdravotníckych zariadení a spolupracuje v regióne:
- a) s psychiatrickými ambulanciami a ústavnými psychiatrickými zariadeniami,
 - b) s ďalšími zariadeniami v oblasti prevencie a podpory psychického zdravia, neformálnymi komunitnými službami a organizáciami pacientov a ich príbuzných, ktoré poskytujú svojpomoc a vzájomnú pomoc a s mimovládnyimi organizáciami v oblasti iniciatívy prevencie a podpory psychického zdravia,
 - c) s poskytovateľmi sociálnych služieb,
 - d) so školskými zariadeniami, so zamestnávateľmi,
 - e) s Úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny, so Sociálnou poisťovňou, so Samosprávnymi krajmi, s obcami,
 - f) so zariadeniami na výkon rozhodnutia súdu (špeciálne výchovné zariadenia, centrá pre deti a rodiny).

Čl. V

Psychiatrická ambulancia

- 1) Psychiatrická ambulancia je súčasťou PS.
- 2) Poskytuje špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť osobám s duševnými poruchami, ktoré nevyžadujú ústavnú zdravotnú starostlivosť.
- 3) Zároveň poskytuje edukáciu a podporu blízkym osobám pacientov s cieľom priaznivo ovplyvniť priebeh liečby.
- 4) Posudzuje indikácie liečby v PS, participuje na príprave individuálneho liečebného plánu pre pacienta v PS, predpisuje lieky a indikuje ukončenie liečby v PS.
- 5) Realizuje koordináciu multidisciplinárneho terapeutického tímu PS.

Čl. VI Iné ambulancie

Ambulancia klinickej psychológie a ambulancia liečebnej pedagogiky sú fakultatívnymi súčasťami PS.

Čl. VII Kritériá na liečbu v PS

- 1) Liečba v PS je indikovaná pre pacienta s psychickými poruchami
 - a) bez potreby hospitalizácie, ktorému z hľadiska jeho zdravotného stavu nepostačuje iná ambulatná psychiatrická starostlivosť,
 - b) s poklesom funkčnosti a samostatnosti v dôsledku psychickej poruchy.

- 2) Diagnostické indikácie liečby v PS podľa MKCH-10
 - a) **PS PRE DOSPELÝCH** pre pacienta z diagnostických kategórií MKCH-10: F06.x, F07.x, ak miera organického poškodenia umožňuje absolvovať komplexný program; F1x.x, ak v danom regióne nie je dostupný PS pre liečbu závislosti; F2x.x, F 3x.x, F4x.x, F5x.x, F6x.x,
 - b) **PS PRE DOSPELÝCH PRE LIEČBU ZÁVISLOSTI** pre pacienta z diagnostických kategórií MKCH-10: F1x.x a F63.0.,
 - c) **PS PRE DOSPELÝCH KOMUNITNÉHO TYPU** pre pacienta bez diagnostického obmedzenia,
 - d) **PS PRE DETI** pre pacienta z diagnostických kategórií MKCH-10: F2x.x, ak umožní jeho zdravotný stav absolvovať komplexný program; F 3x.x, F4x.x, F9x.x s výnimkou závažných porúch správania,
 - e) **PS PRE DETI SO ZAMERANÍM NA LIEČBU PORÚCH PRÍJMU POTRAVY** pre pacienta z diagnostických kategórií MKCH-10: F5x.x.,
 - f) **PS PRE DETI SO ZAMERANÍM NA LIEČBU PORÚCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA** pre pacienta z diagnostických kategórií MKCH-10: F84.x..

- 3) Liečba v PS je nevhodná pre pacienta, ktorý:
 - a) nepodpíše informovaný súhlas s liečbou v PS, s výnimkou súdom nariadeného ambulatného ochranného liečenia,
 - b) ohrozuje seba alebo svoje okolie,
 - c) pre svoju psychickú poruchu nie je schopný zúčastniť sa kolektívnych a režimových aktivít,
 - d) trpí súčasne prenosnou alebo inou somatickou chorobou znemožňujúcou pobyt v PS.

- 4) Obmedzenia podľa odseku 3 písm. c) a d) neplatia pre pacientov ošetrovaných terénnym mobilným tímom v ich prirodzenom prostredí.

Čl. VIII

Prijímanie a prepúšťanie pacientov

- 1) Odporučiť liečbu môže v
 - a) **PS PRE DOSPELÝCH** ambulantný psychiater, ošetrojúci lekár ústavného psychiatrického zariadenia alebo klinický psychológ,
 - b) **PS PRE DOSPELÝCH PRE ZÁVISLOSTI** ambulantný psychiater, ošetrojúci lekár ústavného psychiatrického zariadenia alebo klinický psychológ,
 - c) **PS PRE DOSPELÝCH KOMUNITNÉHO TYPU** ambulantný psychiater, ošetrojúci lekár ústavného psychiatrického zariadenia, všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast alebo klinický psychológ;
 - d) **PS PRE DETI** ambulantný detský psychiater, ošetrojúci lekár ústavného psychiatrického zariadenia alebo klinický psychológ,
 - e) **PS PRE DETI SO ZAMERANÍM NA LIEČBU PORÚCH PRÍJMU POTRAVY** ambulantný detský psychiater, ošetrojúci lekár ústavného psychiatrického zariadenia,
 - f) **PS PRE DETI SO ZAMERANÍM NA LIEČBU PORÚCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA** ambulantný detský psychiater, ošetrojúci lekár ústavného psychiatrického zariadenia alebo klinický psychológ.
- 2) O posúdení kritérií na liečbu v PS rozhoduje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria alebo lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore detská psychiatria v psychiatrickej ambulancii PS.
- 3) Po ukončení liečby v PS je pacient prepustený a odovzdaný do ďalšej starostlivosti
 - a) psychiatra,
 - b) detského psychiatra, alebo
 - c) psychológa/psychoterapeuta.
- 4) Ak stav pacienta v priebehu liečby vyžaduje poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, je pacient odporúčaný na hospitalizáciu na príslušné oddelenie alebo kliniku ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Čl. IX

Terapeutický program a liečebné postupy v PS

- 1) Terapeutický program v PS obsahuje
 - a) **diagnostické a koordinačné postupy** - psychiatrické a psychologické vyšetrenie, hodnotenie funkčnosti, individualizovaný terapeutický program, case manažment, koordináciu a porady multidisciplinárneho terapeutického tímu, lekársku vizitu;

b) **liečebné postupy** - terapeutickú komunitu, milieuterapiu, socioterapiu, psychoterapiu (rôzne techniky), psychofarmakoterapiu, preventívne programy, edukáciu, pohybovú terapiu, relaxáciu, psychosociálnu rehabilitáciu, nácvik psychosociálnych zručností, krízovú intervenciu, sociálnu prácu a podporu, sociálnu intervenciu a starostlivosť, tréningové programy, readaptačné prístupy, fyzioterapiu, rodinnú terapiu a prácu s rodinou, psychosociálnu reintegráciu, farmakoterapiu, zapojenie peer konzultanta, špecifické intervencie pre podporu duševného zdravia, edukáciu a podporu blízkych osôb pacientov, poradenstvo, výchovno-vzdelávaciu činnosť, zdravotne sociálne intervencie, nutričné poradenstvo, individuálne terapeutické intervencie (napr. ABA, logopedické a komunikačné intervencie).

2) Liečebné postupy tvoria zdravotnú starostlivosť a využívajú najnovšie poznatky medicínskej praxe s dôrazom na efektívne, klinicky zmysluplné a integrované využívanie jednotlivých postupov.

3) Liečebné postupy sa realizujú v

a) **PS PRE DOSPELÝCH** podľa štruktúrovaného denného programu. Terapeutický program trvá minimálne 6 hod. denne počas pracovných dní a obsahuje vybrané liečebné postupy uvedené v bode 1 písm. b) podľa zamerania PS. Minimálny terapeutický program počas jedného dňa tvoria aspoň 3 rôzne liečebné postupy uvedené v bode 1 písm. b);

b) **PS PRE DOSPELÝCH PRE ZÁVISLOSTI** podľa štruktúrovaného denného programu. Terapeutický program trvá minimálne 6 hod. denne počas pracovných dní a obsahuje vybrané liečebné postupy uvedené v bode 1 písm. b) podľa zamerania PS. Minimálny terapeutický program počas jedného dňa tvoria aspoň 3 rôzne liečebné postupy uvedené v bode 1 písm. b);

c) **PS PRE DOSPELÝCH KOMUNITNÉHO TYPU** podľa individuálneho liečebného plánu pacienta koordinovaného case manažérom počas niekoľkých hodín niektorých pracovných dní do dosiahnutia liečebného cieľa. Terapeutický program obsahuje vybrané liečebné postupy uvedené v bode 1 písm. b) podľa individuálneho liečebného cieľa pacienta, vrátane liečebných postupov poskytovaných v prirodzenom prostredí pacienta;

d) **PS PRE DETI** podľa štruktúrovaného denného programu. Terapeutický program trvá minimálne 6 hod. denne počas pracovných dní a obsahuje vybrané liečebné postupy uvedené v bode 1 písm. b) podľa zamerania PS. Minimálny terapeutický program počas jedného dňa tvoria aspoň 3 rôzne liečebné postupy uvedené v bode 1 písm. b), vrátane výchovno-vzdelávacej činnosti, rodinnej terapie, edukácie a podpory rodinných príslušníkov;

e) **PS PRE DETI SO ZAMERANÍM NA LIEČBU PORÚCH PRÍJMU POTRAVY** podľa štruktúrovaného denného programu a podľa individuálneho liečebného plánu pacienta. Terapeutický program trvá minimálne 6 hod. denne počas pracovných dní a obsahuje vybrané liečebné postupy uvedené v bode 1 písm. b) podľa zamerania PS. Minimálny terapeutický program počas jedného dňa tvoria aspoň 3 rôzne liečebné postupy uvedené v

bode 1 písm. b), vrátane nutričného poradenstva, výchovno-vzdelávacej činnosti, rodinnej terapie, edukácie a podpory rodinných príslušníkov;

- f) **PS PRE DETI SO ZAMERANÍM NA LIEČBU PORÚCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA** podľa individuálneho liečebného plánu pacienta koordinovaného case manažérom počas niekoľkých hodín niektorých pracovných dní do dosiahnutia liečebného cieľa. Terapeutický program obsahuje vybrané liečebné postupy uvedené v bode 1 písm. b) podľa individuálneho liečebného cieľa pacienta (podľa zamerania PS), vrátane individuálnych terapeutických intervencií (napr. ABA, logopedické a komunikačné intervencie), skupinovej práce s deťmi ako nácvik socializácie, komunikačných zručností, výchovno-vzdelávacej činnosti, rodinnej terapie, edukácie a podpory rodinných príslušníkov, liečebných postupov poskytovaných v prirodzenom prostredí pacienta.

- 4) Liečebné postupy musia byť realizované v adekvátnom prostredí, ktoré samotné má terapeutický potenciál.

Čl. X

Zrušovacie ustanovenie

Dňom nadobudnutia účinnosti tohto metodického pokynu sa zrušuje Metodický pokyn ministerstva zdravotníctva na zriadenie a prevádzku psychiatrických stacionárov, publikovaný vo Vestníku ministerstva zdravotníctva, čiastka 9-16, ročník 54, zo dňa 01. marca 2006.

Čl. XI

Účinnosť

Tento metodický pokyn nadobúda účinnosť dňom uverejnenia vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Michal Palkovič
minister

III. Návrh uznesenia



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

VÝBOR PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

(NÁVRH)

UZNESENIE VÝBORU PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

č. 14

z 27. októbra 2023

**Informácia o činnosti pracovnej skupiny pre následnú komunitnú psychiatrickú
starostlivosť pre dospelých**

Číslo materiálu:

Predkladateľ: podpredsedníčka výboru

Výbor pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie

A. berie na vedomie

A. 1. Informáciu o činnosti pracovnej skupiny a vypracovaní Metodického pokynu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na zriadenie a prevádzku psychiatrických stacionárov, ktorý bol schválený gremiálnou poradou ministra zdravotníctva SR dňa 23. 10. 2023 a následne bude zverejnený vo Vestníku MZ SR

Vykoná: členovia Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie



VÝBOR PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

MATERIÁL
NA ZASADNUTIE VÝBORU PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE RADY
VLÁDY SR PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

Názov	Zriadenie pracovnej skupiny pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality
Predkladateľ	Mgr. Barbora Maliarová, PhD. predsedníčka výboru
Dátum predloženia	20.10.2023
Dátum prerokovania	27.10.2023
Na rokovanie sa odporúča prizvať	MUDr. Barbora Vašečková

I. Odôvodnenie predloženia materiálu

V súlade s memorandom 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), v nadväznosti na Stratégiu prevencie kriminality na roky 2023 – 2028 a Národnú koncepciu ochrany detí v digitálnom priestore a nadväzujúcimi akčnými plánmi je potrebné zriadiť pracovnú skupinu, ktorá sa bude zaoberať problematikou spojenou s kvalitou poskytovania zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní sexuológia, sexuologickými ochrannými liečeniami a oblasťou problematickej sexuality.

II. Vlastný materiál s predkladacou správou

A. Predkladacia správa

Výbor pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie (ďalej len „výbor“) predkladá prostredníctvom predsedníčky výboru na VI. riadne zasadnutie výboru návrh na zriadenie pracovnej skupiny pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality 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“), Stratégie prevencie kriminality na roky 2023 – 2028 a Národnej koncepcie ochrany detí v digitálnom priestore a nadväzujúcich akčných plánov.

B. Vlastný materiál

Návrh na zriadenie pracovnej pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality za účelom plnenia Memoranda o spolupráci medzi MZ SR a Slovenskou psychiatrickou spoločnosťou, Stratégie prevencie kriminality na roky 2023 – 2028 a Národnej koncepcie ochrany detí v digitálnom priestore a nadväzujúcich akčných plánov

Cieľ – prostredníctvom medzirezortného a cezhraničného prepojenia skúseností a služieb zlepšiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti a poskytovanie 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, zefektívnenie nariaďovania a výkonu ochranných liečení sexuologických a zvýšenie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní sexuológia prostredníctvom vypracovania a následnej implementácie štandardných klinických a terapeutických postupov.

Výstup – štandardné postupy v odbornom zameraní sexuológia, analýza možností efektívneho výkonu ochranného liečenia sexuologického, podklady pre vytvorenie mapy vyškolených poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, podklady pre web www.parafilik.sk, ako platformu pre informovanie o problematike spojenej s neobvyklou sexuálnou preferenciou, vypracovanie rekrutačných stratégií, podklady pre metodické zastrešenie fungovania štátnej linky pomoci poskytujúcej anonymné poradenstvo a krízovú intervenciu.

Členovia skupiny – pod gesciou výboru, minimálne požiadavky na člena v tejto skupine: *minimálne 5 ročná súvislá prax/skúsenosť s pacientmi s duševnými poruchami, poskytovaním zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní sexuológia alebo špecializácia v danom odbore:*

- zástupca MZ SR (odbor právny, OMPPS),
- zástupca hlavných odborníkov (psychiatria, klinická psychológia),
- zástupca Národného ústavu duševného zdravia (Česká republika),
- zástupca Národného koordinačného strediska pre riešenie problematiky násilia na deťoch,
- zástupca Prezídia Policajného zboru,
- zástupca odborných spoločností (Slovenská psychiatrická spoločnosť, Slovenská sexuologická spoločnosť),
- zástupca stavovských organizácií (Slovenská komora psychológov, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek – sekcia sestier pracujúcich v psychiatrii).

Časový úsek práce skupiny – odhad 1 rok.

III. Návrh uznesenia



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

VÝBOR PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

(NÁVRH)

UZNESENIE VÝBORU PRE KVALITU STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE

č. 15

z 27. októbra 2023

**k zriadeniu pracovnej skupiny pre sexuológiu, sexuologické ochranné
liečenia a oblasť problematickej sexuality**

Číslo materiálu:

Predkladateľ: predsedníčka výboru

Výbor pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie

A. odporúča

A. 1. zriadenie pracovnej skupiny pre sexuológiu, sexuologické ochranné liečenia a oblasť problematickej sexuality za účelom plnenia Memoranda o spolupráci medzi Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky a Slovenskou psychiatrickou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti, o. z. .

Vykoná: predsedníčka výboru