

Útvar hodnoty za peniaze

Ministerstvo financií SR / www.finance.gov.sk/uhp



Duševné zdravie a verejné financie

Diskusná štúdia

Máj 2020



Operačný program
**Efektívna
verejná správa**



Európska únia
Európsky sociálny fond

Autorka

Lucia Grajcarová lucia.grajcarova@mfsr.sk

PodĎakovanie

Za hodnotné návrhy a pripomienky počas prípravy štúdie ďakujem Adamovi Marekovi, Kristíne Kráľovičovej, Martine Erdélyiovej a Štefanovi Kiššovi z Útvaru hodnoty za peniaze, oficiálnym recenzentom Ľubomíre Izákovej (SPsS SLS, UN BA), Kataríne Kafkovej (AZP SR), Martinovi Smatanovi (MZ SR), ďalším recenzentom Michaele Laktišovej (MZ SR), Kataríne Jandovej (SKP, UN BA), Alexandre Bražinovej (LF UK), Jozefovi Haštovi (FN TN), Alexandre Dzurekovej (Liga za duševné zdravie), Zite Michlerovej (SPS), Milošovi Šlepeckému (MZ SR), Laure Salomonsovej (MPSVaR SR), Michaele Černenko (MF SR), Róbertovi Babelovi (VŠZaSP), Daniele Potočňákovej (IJ ÚV SR), Tomášovi Liptákovi (MF SR) a Richardovi Hrabčákovi (ÚPVI SR), ako aj ďalším účastníkom recenzného workshopu.

Upozornenie

Materiál prezentuje názory autorky a Útvaru hodnoty za peniaze, ktoré nemusia nutne odrážať oficiálne názory Ministerstva financií SR. Cieľom publikovania analýz Útvaru hodnoty za peniaze je podnecovať a zlepšovať odbornú a verejnú diskusiu na aktuálne ekonomické témy. Citácie textu by preto mali odkazovať na ÚHP (nie MF SR).

Za akékoľvek zostávajúce chyby a nepresnosti zodpovedá autorka.

Táto verzia dokumentu bola revidovaná k 31. 5. 2020.

Obsah

Zhrnutie	7
Súčasný stav	9
1 Záťaž duševnými poruchami	9
2 Priame a nepriame spoločenské náklady	14
3 Výdavky na zdravotnú starostlivosť o duševné zdravie	19
4 Výsledky v zdravotnej starostlivosti o duševné zdravie	20
Politiky podľa dobrej praxe	22
5 Programy prevencie porúch a podpory duševného zdravia	22
5.1 Rané detstvo	23
5.2 Školský vek	25
5.3 Dospelí ľudia v produktívnom veku	25
5.4 Seniori	27
5.5 Naprieč vekovými skupinami	27
5.6 Špecifické zraniteľné skupiny	29
6 Zdravotno-sociálna starostlivosť	31
6.1 Štruktúra kapacít	32
6.2 Liečebné postupy	38
6.3 Potrebné investície do zdravotno-sociálnej starostlivosti	46
7 Medzirezortná spolupráca	48
8 Výskum a dáta	50
Prílohy	51
Zoznam literatúry	66

Zoznam grafov

Graf 1: Výskyt ochorení v populácii, 2017*	9
Graf 2: Výskyt typov duševných porúch v populácii, 2017	9
Graf 3: DALY - záťaž ochorením vrátane predčasného úmrtia v SR, % z DALY všetkých ochorení, 2017	11
Graf 4: YLD - záťaž ochorením počas života bez predčasného úmrtia v SR, % z YLD všetkých ochorení, 2017	11
Graf 5: Novopriznané invalidné dôchodky v SR*, podiel všetkých, 2018	12
Graf 6: YLL – roky stratené kvôli predčasnému úmrtiu v SR, % z DALY všetkých príčin, 2017	12
Graf 7: Úmrtia podľa príčiny v SR, % úmrtí všetkých príčin, 2017	12
Graf 8: Príčiny úmrtia ľudí vo veku 15-19 rokov v Spojenom kráľovstve, % všetkých príčin u mladistvých	13
Graf 9: Úmrtie kvôli sebapoškodeniu u mladistvých a v populácii, podiel úmrtí zo všetkých príčin, 2017	13
Graf 10: Podiel neliečených pacientov s duševnou poruchou*	14
Graf 11: Priame a nepriame náklady spojené s duševnými poruchami na Slovensku, 2019, mil. eur	15
Graf 12: Náklady spojené s duševnými poruchami v EÚ, mld. eur	16
Graf 13: Náklady spojené s depresívnymi poruchami* na Slovensku, mil. eur	16
Graf 14: Úmrtnosť na kardiovaskulárne ochorenia, 2014, počet na 100-tisíc obyv.	17
Graf 15: Štruktúra odvrátených úmrtí v EÚ28, 2015	17
Graf 16: Výskyt duševných porúch v populácii podľa veku na Slovensku, 2017	18
Graf 17: Výdavky na ZS o duševné zdravie, % z celkových*, 2017	19
Graf 18: DALY-duševné zdravie a výdavky na ZS o duševné zdravie, % z celkových, 2017	20
Graf 19: Ambulancie - regionálna dostupnosť v krajoch, počet úväzkov lekárov v ambulanciách na 100-tisíc obyv., 2018	37
Graf 20: Počet lekárov podľa typu špecializácie, na tisíc obyv., 2017	38
Graf 21: Platy lekárov a klinických psychológov, 2017	41
Graf 22: Spotreba liekov na úzkosť, DDD* na tisíc obyv. 2012-2015	43
Graf 23: Spotreba liekov na úzkosť, DDD* na tisíc obyv. 2016-2017	43
Graf 24: Spotreba antidepresív, DDD* na tisíc obyv. 2012-2015	44
Graf 25: Spotreba antidepresív, DDD* na tisíc obyv. 2016-2017	44
Graf 26: Spotreba sedatív a hypnotík, DDD* na tisíc obyv. 2012-2015	45
Graf 27: Spotreba sedatív a hypnotík, DDD* na tisíc obyv. 2016-2017	45
Graf 28: Počet liečených pacientov na duševné poruchy, podľa pohlavia, 2017	52

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Ochorenia, ktoré najviac znižujú zdravie počas jedného roka života.....	11
Tabuľka 2: Výdavky na duševné zdravie, 2017	19
Tabuľka 3: Zadefinované indikátory kvality ZS o duševné zdravie	21
Tabuľka 4: Programy potenciálne podporujúce duševné zdravie, schválené dotácie	30
Tabuľka 5: Ústavná zdravotná starostlivosť - rozdelenie podľa typu zariadenia, 2018	33
Tabuľka 6: Lôžka v ÚZS - stav v SR 2018 a plán českej reformy.....	33
Tabuľka 7: Stacionáre – stav v SR 2018 a plán českej reformy pre centrá duševného zdravia.....	35
Tabuľka 8: Ambulancie - stav v SR 2018, plán českej reformy a návrh verejnej minimálnej siete SR	36
Tabuľka 9: Detskí psychiatri - kapacity v ambulantnej a celkovej ZS, stav a plán.....	36
Tabuľka 10: 15 typov najčastejšie spotrebovaných liekov* (spolu 172 typov na úrovni ATC-4), 2018	42
Tabuľka 11: Počet receptov na benzodiazepíny (BDZ) jednému pacientovi v priebehu jedného roka, 2017	43
Tabuľka 12: Pacienti užívajúci antidepresíva napriek odporúčaniam NICE, 2017	44
Tabuľka 13: Navrhované navýšenie výdavkov v prepočte podľa českej reformy, v mil. eur.....	47
Tabuľka 14: Navrhované navýšenie výdavkov podľa oblastí zdravotnej starostlivosti, v mil. eur	47
Tabuľka 15: Typy a opis duševných porúch - príklady	51
Tabuľka 16: Príklady váh postihnutia – „miera straty zdravia počas života“, DW	53
Tabuľka 17: Priame a nepriame náklady duševných porúch a zdroje, ktoré použil OECD, 2018.....	54
Tabuľka 18: Návratnosť špecifických programov v Anglicku	56
Tabuľka 19: Programy prevencie a podpory duševného zdravia na Slovensku - príklady	57
Tabuľka 20: Otázky v dotazníku ACEs, odpoveď áno/nie	59
Tabuľka 21: Počet ACEs podľa prieskumu BRFSS, 2011 - 2014.....	59
Tabuľka 22: Prevalencia typov ACEs, novší prieskum BRFSS, 2011 - 2014	60
Tabuľka 23: Reforma psychiatrickej starostlivosti, Hašto a kol. (1999) – kapacity pre starostlivosť o dospelých..	61
Tabuľka 24: Reforma psychiatrickej starostlivosti, Hašto a kol. (1999) – kapacity pre starostlivosť o deti/seniorov	61
Tabuľka 25: Reforma péče o duševní zdraví ČR – kapacity podľa stratégie 2013.....	62
Tabuľka 26: Strategické oblasti českej reformy podľa stratégie 2013	62
Tabuľka 27: Rozpočet Českej reformy podľa stratégie 2013.....	63
Tabuľka 28: Národný akčný plán pre duševné zdravie českej reformy, 2020	63
Tabuľka 29: Príklady typov terapie	65
Tabuľka 30: Náklady na výcvik v psychoterapii v eur	65

Zoznam obrázkov

Obrázok 1: Ukazovateľ DALY.....	10
Obrázok 2: Kontinuum duševného zdravia	13
Obrázok 3: Návratnosť investícií do ľudského kapitálu v priebehu života	23
Obrázok 4: Mix služieb ZS podľa WHO	38
Obrázok 5: Mechanizmus vplyvu ACEs na život v dospelosti	60

Zoznam skratiek

ACEs	Adverse childhood experiences	MZ ČR	Ministerstvo zdravotníctví ČR
ACS	American Cancer Society	MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva SR
ADHD	Porucha aktivity a pozornosti	NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
APA	American Psychiatric Association	NHS	National Health Service
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical	NICE	National Institute for Health and Care Excellence
BDZ	Benzodiazepíny	NPDZ	Národný program duševného zdravia
BRFSS	Behavioral Risk Factor Surveillance System	NAPDZ	Národný akčný plán pre duševné zdravie ČR
CDC	Centre for Disease Control and Prevention	OCD	obsedantno-kompluzívna porucha
CDZ	centrum duševného zdravia	OECD	Organisation of Economic Cooperation and Development
COPD	chronická obštrukčná choroba pľúc	PHE	Public Health England
ČR	Česká republika	PN	psychiatrická nemocnica
DALY	disability adjusted life years	QALY	Quality adjusted life years
DDD	definovaná denná dávka	SAV	Slovenská akadémia vied
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	SKP	Slovenská komora psychológov
DW	disability weights	SPC	Summary of Product Characteristics
EÚ	Európska únia	SPS	Slovenská psychoterapeutická spoločnosť
GBD	Global burden of disease	SPsS SLS	Slovenská psychiatrická spoločnosť
HALY	Health adjusted life years	SZU	Slovenská zdravotnícka univerzita
HDP	hrubý domáci produkt	ŠDTP	štandardné diagnosticko-terapeutické postupy
HTA	Health Technology Assessment	ŠÚKL	Štátny ústav pre kontrolu liečiv
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies	ÚHP	Útvar hodnoty za peniaze
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation	UK	Spojené kráľovstvo
LDZ	Liga za duševné zdravie	ÚRPO	Úrad pre riadenie podriadených organizácií
LF UK	Lekárska fakulta Univerzity Komenského	ÚZIS	Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky ČR
LGBTI	lesbický, gay, bisexuálny a transrodový, intersexuálny	VZP	verejné zdravotné poistenie
MK SR	Ministerstvo kultúry SR	YLD	years lived with disability
MKCH	Medzinárodná klasifikácia chorôb	YLL	years of life lost
MPSVaR SR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR	ZP	zdravotné poisťovne
MŠVVaŠ SR	Ministerstvo školstva, vedy a výskumu SR	ZS	zdravotná starostlivosť

Zhrnutie

Na Slovensku sú duševné poruchy vážny problém, nevenuje sa im však dostatočná pozornosť. Podporu duševného zdravia a liečbu duševných porúch identifikovala Revízia výdavkov na zdravotníctvo 2019 ako prioritnú oblasť pre dlhodobé investície v zdravotníctve. Je potrebné zmodernizovať systém psychiatrickej a psychologickkej zdravotno-sociálnej starostlivosti a posilniť podporu duševného zdravia a prevenciu porúch. Výdavky by sa mali za ideálneho stavu zvýšiť o 170 - 230 miliónov eur ročne.

V rozvinutých krajinách trpí duševnými poruchami viac ľudí než ochoreniami obehového systému a je vyššia šanca, že sa u človeka aspoň raz za život rozvinie duševná porucha, než že dostane rakovinu. Počas života zaťažujú duševné poruchy populáciu v priemere viac ako kardiovaskulárne a onkologické ochorenia dokopy. Aj keď na duševné poruchy zomrie menej ľudí, veľa ich žije s poruchou mnoho rokov a s výrazne zhoršeným zdravím.

Slovensko vo financovaní starostlivosti o duševné zdravie výrazne zaostáva za ostatnými rozvinutými krajinami. Tento typ starostlivosti tvorí len niečo vyše 3 % z celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť, kým priemer rozvinutých krajín je 6 - 7 %. Zdravotno-sociálna starostlivosť je nedostatočná, málo dostupná a často dokonca nevhodná.

Duševné poruchy vytvárajú slovenskej spoločnosti náklady vo výške až 2,1 mld. eur ročne (2,4 % HDP v roku 2019). Duševné poruchy výrazne predražujú zdravotný a sociálny systém a znižujú výkonnosť ekonomiky. Vyše polovica ľudí s poruchou je v produktívnom veku. Ľudia s duševnými poruchami vo výrazne vyššej miere trpia fyzickými ochoreniami, ktoré vedú k odvrátiťelným úmrtiam.

Táto štúdia nadväzuje na Revíziu výdavkov na zdravotníctvo 2019 a posudzuje oblasť duševného zdravia z pohľadu efektívneho využívania verejných financií. Investície do vhodných opatrení sa oplatia a v zahraničí majú vysokú finančnú a spoločenskú návratnosť. Najefektívnejšie je systémovo investovať do programov prevencie a do podpory duševného zdravia, predovšetkým pre vytvorenie sociálnych a emocionálnych zručností v detstve. Zároveň je potrebné podporovať modernú a dostupnú liečbu porúch a zvýšiť zastúpenie psychoterapie na úroveň farmakologickej liečby.

Materiál je určený pre odbornú verejnosť, relevantné rezorty a iné zainteresované strany pomenované v kapitole 7. Štúdia nepokrýva do hĺbky všetky aspekty problematiky, ako sú potrebné kapacitné zmeny v starostlivosti o ľudí s duševnými poruchami v sociálnych službách (napr. chránené bývanie) a v školstve (napr. školskí psychológovia). Komplexné vypracovanie stratégie prevencie a starostlivosti potrebných služieb a plán krokov je nevyhnutné uskutočniť v širšom fóre v rámci medzirezortnej spolupráce.

Hlavné oblasti opatrení

1. **Systematicky investovať do programov prevencie a podpory duševného zdravia** (kapitola 5). Cieľovo je potrebné pokryť všetky skupiny pomenované v tejto štúdii s dôrazom na mladšie vekové skupiny a včasnú intervenciu. Cieľová investícia je nevyčíslená, najskôr je potrebné identifikovať účinné programy, prípadne spustiť pilotné programy. Následne je potrebné ich rozšíriť s výraznou a dlhodobou finančnou podporou zo strany štátu.
2. **Uskutočniť reformu zdravotno-sociálnej starostlivosti o duševné zdravie** (kapitola 6) s dôrazom na rozvoj komunitnej starostlivosti. Navýšiť výdavky na psychiatrickú a psychologickú zdravotnú starostlivosť orientačne o 170 – 230 mil. eur ročne.
3. **Používať moderné postupy** v liečbe, psychoterapii a predpisovaní liekov podľa odporúčaní zdravotníckych organizácií a dobrej praxe v zahraničí, implementovať štandardné diagnostické a terapeutické postupy (ŠDTP) v psychiatrii a psychológii (kapitola 6). Zaradiť diagnostiku a liečbu príznakov psychických porúch do ŠDTP pri fyzických ochoreniach.
4. **Vytvoriť silnú medzirezortnú spoluprácu** (kapitola 7), najmä MZSR, MPSVaR a MŠVVaŠ SR a spoločnú stratégiu pre prevenciu a starostlivosť. Kvantifikovať potrebné zmeny a investície v sociálnych službách a školstve, ktoré neadresuje táto štúdia.
5. **Uskutočniť potrebný výskum**, najmä epidemiologický výskum pre zistenie skutočného výskytu a záťaže na Slovensku a prieskum v oblasti negatívnych zážitkov z detstva (ACEs) (kapitola 8).

Podrobnejšie zhrnutie opatrení sa nachádza na konci kapitol 5, 6, 7 a 8.

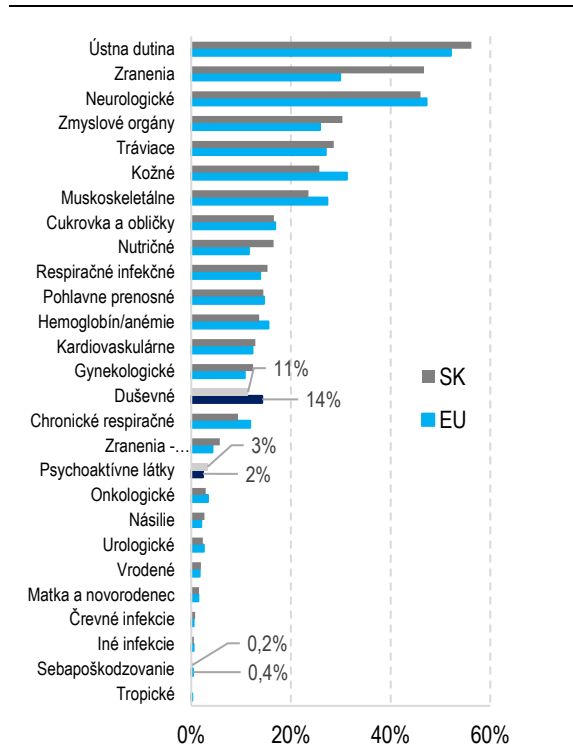
Súčasný stav

1 Závaž duševnými poruchami

V roku 2017 trpel každý deviaty obyvateľ Slovenska jednou alebo viacerými duševnými poruchami¹, najmä úzkostnými poruchami. V rámci krajín EÚ zažije jeden človek zo siedmich aspoň raz za život epizódu duševnej poruchy. Výskyt je vyšší ak sa prirátajú poruchy spojené s užívaním psychoaktívnych látok a sebaopoškodzovanie (Graf 1 a Graf 2)². Tieto údaje odrážajú najmä oficiálne štatistiky a sú s veľkou pravdepodobnosťou podhodnotené (viac nižšie).

Podľa výskumov v USA má človek až 50 % šancu, že dostane duševnú poruchu aspoň raz za život, kým u rakoviny alebo cukrovky je to 40 % (Kessler et al., 2005; ACS, 2018; CDC, 2014). Zároveň hrozí, že duševné zdravie bude do roku 2030 hlavnou príčinou zdravotných postihnutí v bohatých krajinách (Roberts & Grimes, 2011).

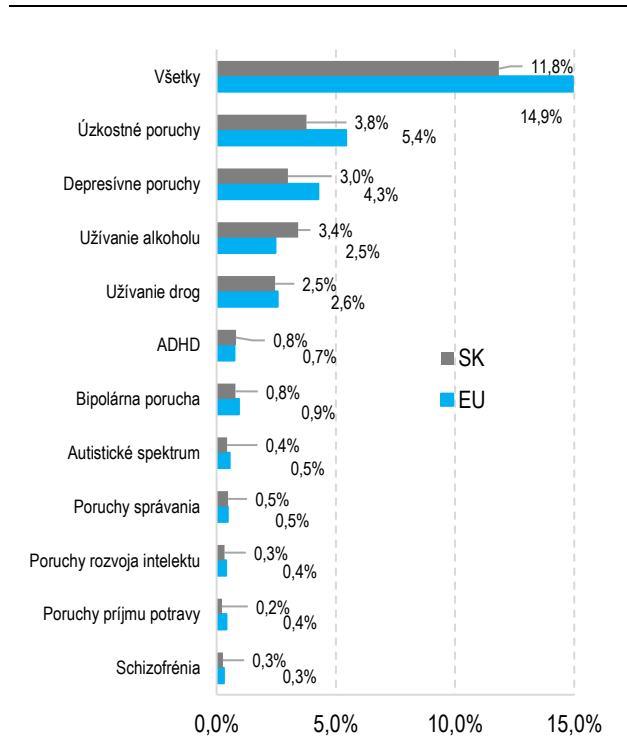
Graf 1: Výskyt ochorení v populácii, 2017*



Pozn.: Rozdiely vo výskyte duševných porúch medzi krajinami môžu byť z veľkej časti vysvetlené skrytou prevenciou, viac nižšie. Duševné poruchy nezahŕňajú demenciu.

Zdroj: IHME

Graf 2: Výskyt typov duševných porúch³ v populácii, 2017



Pozn.: Rozdiely vo výskyte duševných porúch medzi krajinami môžu byť z veľkej časti vysvetlené skrytou prevenciou, viac nižšie. Duševné poruchy nezahŕňajú demenciu.

Zdroj: IHME

¹ Duševná porucha a duševné ochorenie sú v tomto dokumente zameniteľné výrazy.

² Údaje v grafoch vychádzajú z klasifikácie IHME. Mnohé zdroje radia medzi duševné poruchy aj poruchy spojené s užívaním psychoaktívnych látok a alkoholu a sebaopoškodzovanie. Vo výpočte prevalencie nie je možné kvôli možnej komorbidite tieto skupiny ochorení v klasifikácii IHME sčítať.

³ ICD-10: duševné poruchy - F20-F29, F10, X45, Q86.0, F11, F14, F15, F12, F13, F16, F18-F19, X41, X42, X49, F32**-F33**, F34.1**F30**- F31**, F40**-F42**, F43**-F44**F50, F90**, F91**- F92**, F70**-F79**, F70**-F79**, F04-F09, F17, F34-F39 (okrem F34.1), F45-F48**, F51-F53**, F54-F59, F60-F69**, F80- F84** (okrem F84.0, F84.5, F84.9), F93-F98**, F88- F89**, úzkostné poruchy F40**-F42**, F43**-F44**, depresívne poruchy - F32**-F33**, F34.1**, F32**-F33**, F34.1**, užívanie alkoholu - F10, X45, Q86.0, užívanie drog - F11, F14, F15, F12, F13, F16, F18-F19, X41, X42, X49; ADHD - F90**, bipolárna porucha - F30**-F31**, autistické spektrum - F84.0**, F84.5**, poruchy správania - F91**-F92**, poruchy rozvoja intelektu - F70**-F79**, poruchy príjmu potravy - F50; schizofrénia - F20-F29. Prevodník dostupný na http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/data_for_download/2012/IHME_GBD2010_CauseListandICD.pdf.

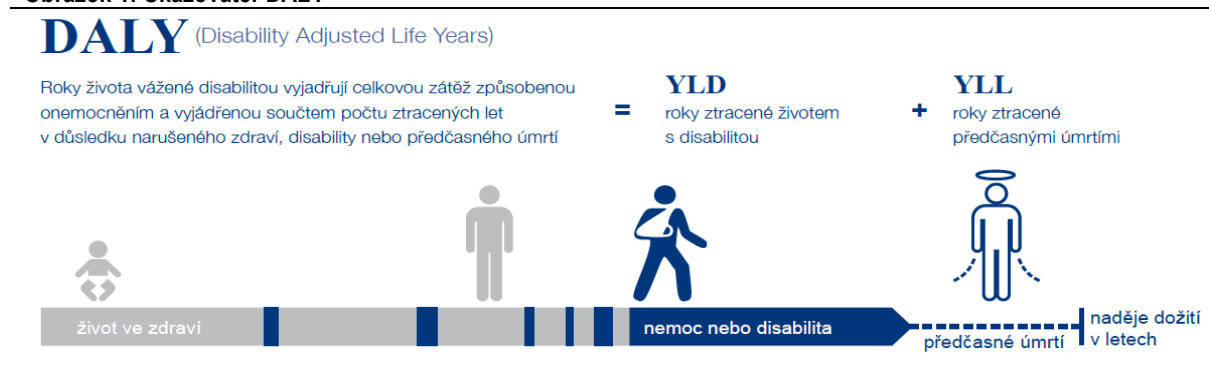
Duševné poruchy tvoria široké spektrum problémov s rôznymi príznakmi, ktoré negatívne ovplyvňujú emocionálny stav, správanie, myšlienky a kognitívne schopnosti ľudí. Spektrum siaha od miernych depresí a úzkostí až po závažné depresie a psychózy, patrí sem tiež škodlivé užívanie alkoholu a psychoaktívnych látok. Tieto krátkodobé a veľmi často aj chronické ochorenia zasahujú všetky skupiny obyvateľstva, medzi pohlaviami a vekovými skupinami existujú rozdiely vo výskyte konkrétnych porúch. Ženy častejšie trpia depresívnymi a úzkostnými poruchami a poruchami príjmu potravy, u mužov sa viac vyskytuje škodlivé užívanie alkoholu a psychoaktívnych látok. **Najvyšší výskyt porúch je v produktívnom veku, ale už v detstve vzniká 50 % porúch, ktoré sa naplno prejavia až v dospelosti** (Roberts and Grimes, 2011, Hewlett et al., 2014). Opis porúch a štruktúra výskytu na Slovensku podľa pohlavia sú uvedené v prílohe 1.

Duševné poruchy zaťažujú zdravie ľudí viac ako mnohé ochorenia, ktoré majú v súčasnosti v zdravotných politikách vyššiu prioritu. Závažnosť duševnými poruchami možno merať počtom rokov života, ktoré sú ochorením ovplyvnené. Koncept záťaže ochorením zachytáva tzv. ukazovateľ DALY (Obrázok 1), ktorý v jednom čísle zahŕňa

1. počet ľudí, ktorí trpia ochorením
2. počet rokov počas života, ktoré s ochorením prežijú
3. mieru zhoršeného zdravia počas rokov ochorenia (určuje expertný panel WHO)
4. počet rokov, ktoré stratia predčasným úmrtím

Podrobné vysvetlenie DALY a jeho hlavných komponentov sa nachádza v prílohe 3.

Obrázok 1: Ukazovateľ DALY



Zdroj: prevzaté z Winkler et al. (2013)

V rebríčku skupín ochorení podľa toho, ako veľmi zaťažujú zdravie populácie (vrátane predčasného úmrtia)⁴, sú duševné poruchy na piatom mieste⁵, pred neurologickými, tráviacimi alebo chronickými dýchacími ochoreniami (Graf 3).

Ak sa berie do úvahy len záťaž počas života (teda nezarátajú sa roky predčasného úmrtia)⁶, sú duševné poruchy dokonca na treťom mieste⁷ po muskuloskeletálnych ochoreniach a zraneniach. Ich záťaž je v tomto prípade oveľa vyššia než u kardiovaskulárnych či nádorových ochorení (Graf 4). Príčinou je veľký počet ľudí, ktorí dlhé roky žijú s poruchou, ktorá zároveň výrazne zhoršuje ich zdravie. WHO vytvára rebríček ochorení podľa miery straty zdravia za jednotku času (napr. rok života), v prvej päťke sa nachádzajú štyri duševné poruchy (Tabuľka 1).

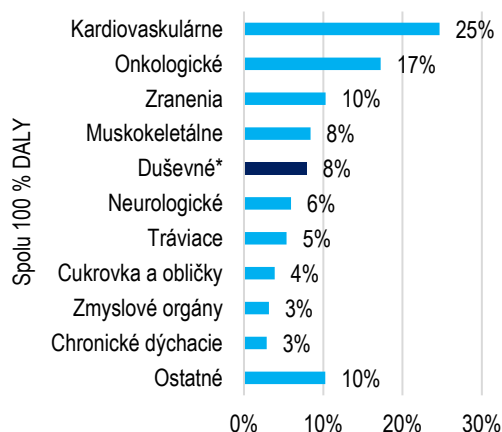
⁴ Ukazovateľ DALY.

⁵ Podľa kategórií ochorení v IHME.

⁶ Komponent YLD v Obrázku 1.

⁷ Podľa kategórií ochorení v IHME.

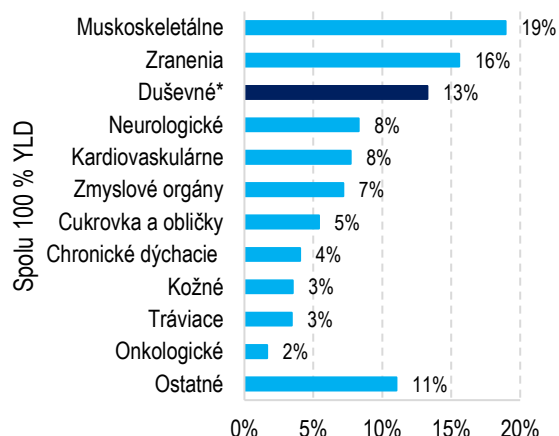
Graf 3: DALY - záťaž ochorením vrátane predčasného úmrtia v SR, % z DALY všetkých ochorení, 2017



*Podľa klasifikácie Global burden of disease zahŕňa duševné ochorenia, ochorenia spojené s užívaním psychoaktívnych látok a sebapoškodzovanie. Nezahŕňa demenciu.

Zdroj: IHME

Graf 4: YLD - záťaž ochorením počas života bez predčasného úmrtia v SR, % z YLD všetkých ochorení, 2017



*Podľa klasifikácie Global burden of disease zahŕňa duševné ochorenia, ochorenia spojené s užívaním psychoaktívnych látok a sebapoškodzovanie. Nezahŕňa demenciu.

Zdroj: IHME

Tabuľka 1: Ochorenia, ktoré najviac znižujú zdravie počas jedného roka života

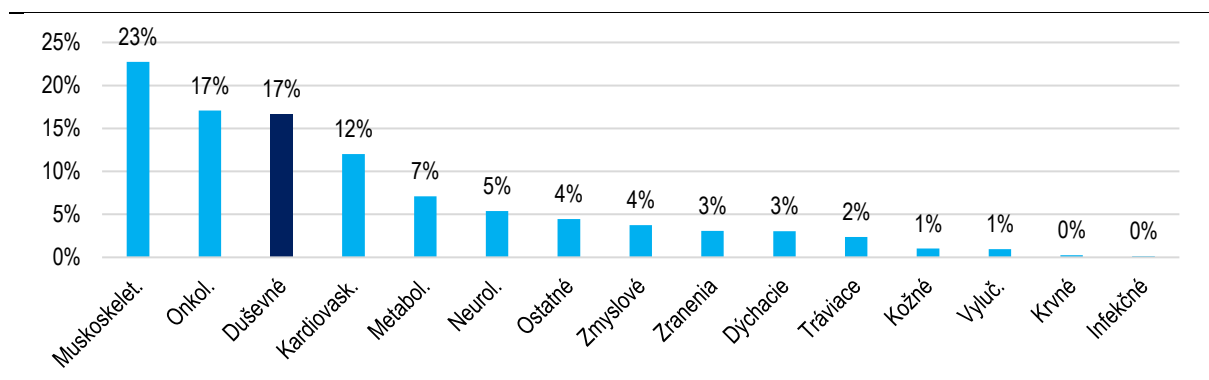
Ochorenie	Miera straty zdravia 0 = úplné zdravie, 1 = smrť
Akútna schizofrénia	0,778
Závažná roztrúsená skleróza	0,719
Závažná závislosť na opiátoch	0,697
Závažná klinická depresia	0,658
Reziduálna schizofrénia	0,588
Akútna ischemická mŕtvica, 5. stupeň závažnosti	0,588
Chronická ischemická mŕtvica, 5. stupeň závažnosti	0,588
Akútne krvácanie do mozgu, 5. stupeň závažnosti	0,588
Chronické krvácanie do mozgu, 5. stupeň závažnosti	0,588
AIDS bez anémie	0,582
Reumatoidná artritída	0,581

Zdroj: IHME (2019)

Vysokú mieru záťaže duševnými poruchami počas života ukazuje aj štruktúra priznaných invalidných dôchodkov na Slovensku. Duševné poruchy sú tretím najčastejším dôvodom priznania dôchodku po muskoskeletálnych a onkologických ochoreniach (Graf 5). Invalidné dôchodky kvôli duševným poruchám sú priznávané najmä ľuďom vo veku 19 - 39 rokov. Keďže výška invalidného dôchodku závisí od dĺžky odpracovaných rokov a výšky príjmu, títo ľudia sú výrazne ohrození chudobou (Šlepecký et al., 2019). Invalidizácia sa nevzťahuje len na závažné duševné poruchy, v ČR malo v roku 2017 takmer 8 % ľudí s úzkostnou poruchou plný dôchodok a 15 % čiastočný dôchodok (ÚZIS, 2018). Z prieskumu OECD (2010) vychádza, že v OECD krajinách je v priemere tretina nových invalidných dôchodkov udelená z dôvodu duševnej poruchy, najvyšší je tento podiel v Holandsku,

Dánsku, Švajčiarsku, Švédsku a Nemecku. Podľa Bražinovej et al. (2019) je podiel invalidných dôchodkov z dôvodu duševnej poruchy na Slovensku podhodnotený (viac o medzere v liečbe nižšie).

Graf 5: Novopriznané invalidné dôchodky v SR*, podiel všetkých, 2018

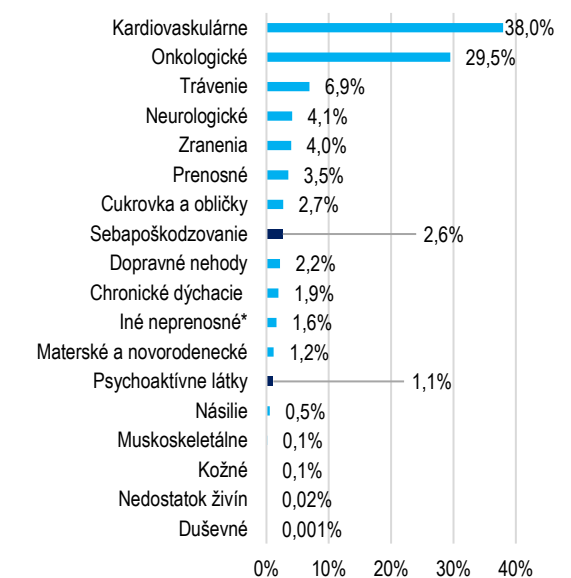


*Čiastočné aj plné dôchodky spolu

Zdroj: Sociálna poisťovňa

Na druhej strane v počte stratených rokoch života kvôli predčasnému úmrtiu (komponent YLL na Obrázku 1) sú duševné poruchy na chvoste rebríčka⁸ (Graf 6). Hlavným dôvodom je, že úmrtia priamo zapríčinených duševnou poruchou je minimum. O niečo viac je úmrtí z dôvodu samovraždy a užívania psychoaktívnych látok (Graf 7).

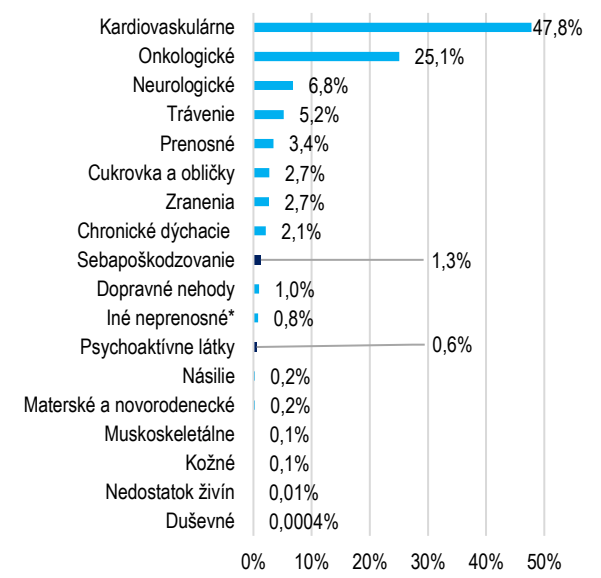
Graf 6: YLL – roky stratené kvôli predčasnému úmrtiu v SR, % z DALY všetkých príčin, 2017



*napr. gynekologické, orálne, urologické

Zdroj: IHME

Graf 7: Úmrtia podľa príčiny v SR, % úmrtí všetkých príčin, 2017



*napr. gynekologické, orálne, urologické

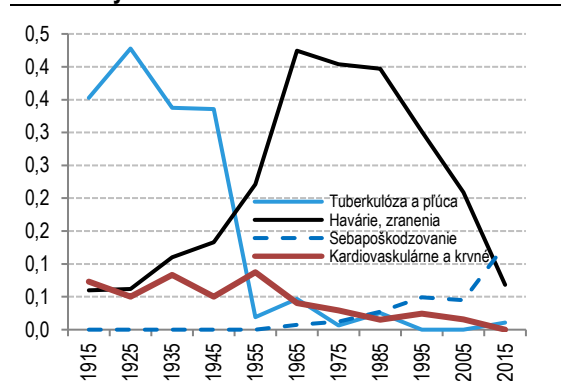
Zdroj: IHME

Hoci samovražda je zriedkavou príčinou úmrtia v celej populácii, u mladistvých je na druhom mieste po automobilových nehodách (OECD, 2018). Od začiatku 20. storočia sa u mladých ľudí veľa chorôb (najmä infekčných) podarilo eliminovať alebo lepšie liečiť, rovnako sa zlepšila bezpečnosť v doprave a pri práci (Graf 8). Podiel úmrtí v dôsledku sebapoškodenia (napr. samovraždy alebo predávkovanie) narastá. Na Slovensku v roku

⁸ Podľa kategórií ochorení v IHME.

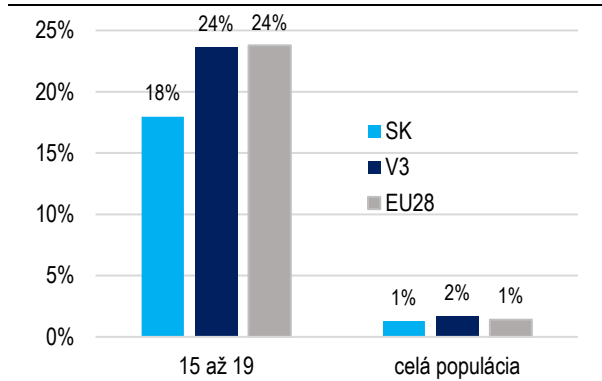
2016 zo všetkých zomretých mladistvých vo veku 15 – 19 rokov až 18 % spáchalo samovraždu, čo je stále menej ako v západných aj susedných krajinách (Graf 9).

Graf 8: Príčiny úmrtia ľudí vo veku 15-19 rokov v Spojenom kráľovstve, % všetkých príčin u mladistvých



Pozn. Sebapoškodzovanie – predávkovanie, samovraždy, apod.
Zdroj: Office of National Statistics UK

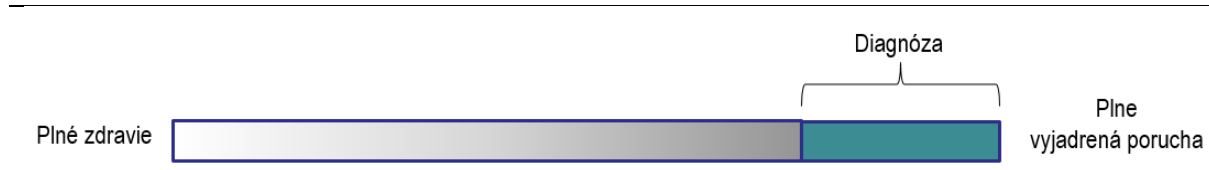
Graf 9: Úmrtie kvôli sebapoškodeniu u mladistvých a v populácii, podiel úmrtí zo všetkých príčin, 2017



Zdroj: Eurostat, NCZI

Podľa Národného programu duševného zdravia (ďalej NPDZ alebo Národný program) je väčšina ľudí ďaleko od optimálneho stavu duševného zdravia.⁹ Duševné zdravie totiž znamená viac, ako len absenciu duševnej poruchy. WHO duševné zdravie definuje ako stav, keď je človek spokojný so svojím životom, dokáže využívať svoje schopnosti a potenciál, zdravým spôsobom zvládať bežný životný stres, vytvárať a udržiavať zdravé vzťahy, konštruktívne sa rozhodovať, vie riešiť problémy a prispievať k rozvoju svojej komunity (OECD, 2018). **Duševné zdravie teda nie je normou, ale skôr cieľom, ku ktorému sa dá približovať.** NPDZ, ktorý vychádza z odporúčaní WHO, podporuje kontinuálny model duševného zdravia a vníma poruchy a zdravie ako dva proti sebe ležiace póly jedného spektra (Obrázok 2). Väčšina ľudí sa nachádza medzi týmito pólmi duševného zdravia. Ochoreť môže ktorýkoľvek človek, ak je vo svojom prostredí vystavený dostatočne silnému stresu a záťaži. **Prevenca, informovanosť a účinné budovanie psychickej odolnosti majú preto opodstatnenie pre každého jednotlivca a celú spoločnosť.**

Obrázok 2: Kontinuum duševného zdravia



Zdroj: vlastný diagram

Údaje o výskyte duševných porúch a nákladoch na Slovensku sú s veľkou pravdepodobnosťou podhodnotené. Podľa údajov IHME je výskyt porúch na Slovensku pod priemerom OECD, najhoršie sú na tom vyspelé západné a škandinávské krajiny, najlepšie postkomunistické.

Z prvého epidemiologického výskumu na Slovensku však vyplýva, že až 67 % ľudí s príznakmi depresie a 80 % závislých na alkohole sa nelieči, nedostanú sa tak do štatistik. Pri úzkostných poruchách dosahuje počet neliečených až 84 % (Bražinová et al., 2019) (Graf 10). Autori štúdie určujú počet neliečených ako rozdiel medzi počtom liečených pacientov na Slovensku a mediánovým výskytom porúch v európskych krajinách¹⁰. Na

⁹ NPDZ bol vypracovaný v roku 2004 a býva pravidelne aktualizovaný v rámci legislatívneho procesu. Pre roky 2017/2018 dostupný napr. tu: <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2017-836>.

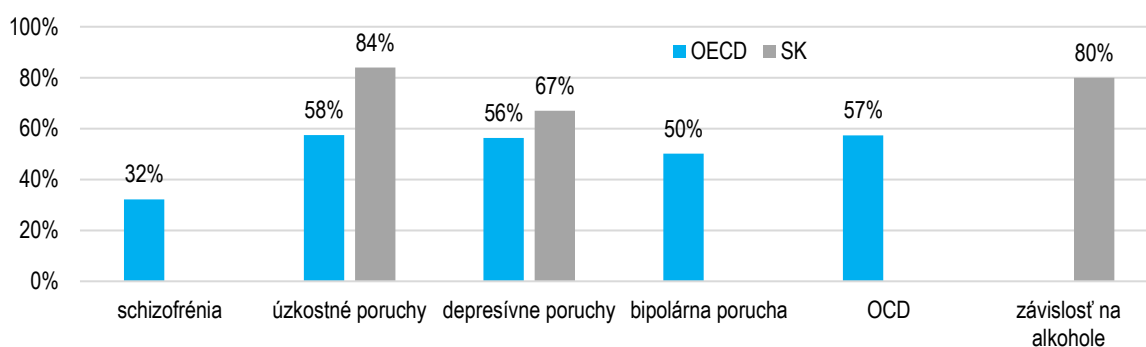
¹⁰ Mediánový výskyt v európskych krajinách vychádza z meta-analýzy európskych epidemiologických prieskumov na reprezentatívnych vzorkách v štúdií Wittchen et al. (2011).

úrovni OECD krajín je medzera v starostlivosti nižšia, ale stále výrazná (Hewlett et al., 2014). Jedným z indikátorov skrytej prevalencie môže byť užívanie liekov – hoci je deklarovaný výskyt porúch na Slovensku nižší, spotreba liekov na úzkosť je v súčasnosti vyššia ako vo väčšine krajín s porovnateľnými dátami (kapitola 6.2, Graf 22 a Graf 23). Podľa Bražinovej et al. (2019) existuje medzera aj v priznaných invalidných dôchodkoch oproti krajinám OECD, viac ako 3-tisíc ľudí môže mať trvalého závažné duševné ochorenie a nedostáva invalidný dôchodok.

Príčinou neliečenia sa býva najmä spoločenská stigma a slabá dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Tá môže viesť k nevhodnej a nedostatočnej liečbe, zbytočnému nárastu duševných porúch a s tým spojenými individuálnymi a spoločenskými nákladmi. Ľudia s problémami často nevyhľadajú pomoc zo strachu z predsudkov z okolia. Stigma je spojená so slabou informovanosťou, ľudia nevedia, ako prebieha starostlivosť a môžu mať strach z reštriktívnych metód a pobytu v nemocnici. Ľudia s duševnou poruchou a ich blízki zároveň často nevedia rozoznať psychopatologické známky duševnej poruchy, rozoznávajú len ich telesné príznaky a pacienti sa preto často sťažujú a následne aj liečia na fyzické ochorenia. Podľa Ligy za duševné zdravie stigmujú spoločenské a výchovné zvyky, ktoré povzbudzujú starostlivosť o fyzické zdravie a kondíciu už od detstva, kým starostlivosť o duševné zdravie a zdravé emocionálne prežívanie nepoznajú, zanedbávajú, bagatelizujú alebo až zaznávajú. Podľa NPDZ sa stigma na Slovensku dokonca posilňuje, podľa Slovenskej komory psychológov (SKP) na druhej strane vzrastá záujem o psychoterapiu. Pacienti, ktorí boli úspešne liečení, sú vo svojom okolí dôležitými informátormi. Ľudia často nevyhľadajú pomoc aj kvôli slabej dostupnosti služieb.

Skutočný výskyt duševných porúch na Slovensku doteraz nebol zdokumentovaný, pre formovanie vhodných opatrení je východiskom uskutočnenie riadneho epidemiologického výskumu (kapitola 8).

Graf 10: Podiel neliečených pacientov s duševnou poruchou*



*údaje za Slovensko iba pre úzkostné a depresívne poruchy a závislosť na alkohole, ostatné chýbajú

Zdroj: Hewlett et al. (2014), Bražinová (2019)

2 Priame a nepriame spoločenské náklady

Priame a časť nepriamych nákladov spojených s duševnými problémami na Slovensku možno odhadnúť na 2,1 mld. Eur, teda 2,4 % HDP (2019)¹¹ (Graf 11). Z toho

- **740 mil. eur (35 %) tvoria priame náklady v zdravotníctve:** lieky, hospitalizácie a návštevy lekárov spojené s duševnými poruchami.¹² Väčšinu tvoria náklady spojené s liečbou fyzických ochorení, ktoré sú dôsledkom alebo sprievodným faktorom veľkej časti duševných porúch (viac nižšie).
- **420 mil. eur (20 %) predstavujú priame náklady na výdavky na sociálne zabezpečenie:** dávky počas pracovnej neschopnosti, invalidné dôchodky, podpora a sociálne dávky počas nezamestnanosti.

¹¹ 1,7 mld. eur (rozbité na 500, 370 a 800 mil. eur) vychádzajú z vlastných výpočtov podľa metodiky OECD. 2 mld. eur (rozbité na 655, 599 a 807 mil. eur) za Slovensko udáva OECD v publikácii. Metodika výpočtu je uvedená v prílohe. Do výpočtov boli zahrnuté vybrané skupiny porúch kategórie F Medzinárodnej kategorizácie chorôb (MKCH-10).

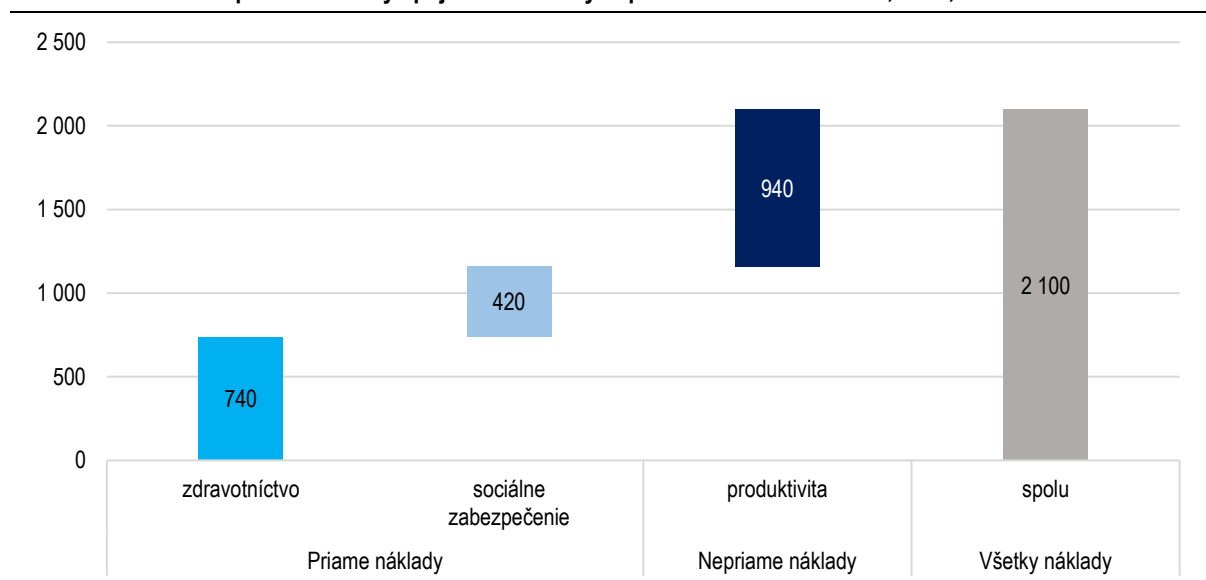
¹² OECD uvádza sumu 655 mil. eur, vychádza z metodiky v Gustavsson et al. (2011), ktorá zahŕňa aj iné ochorenia, ako nádory mozgu, epilepsiu, demenciu, nespavosť apod. Údaje v grafe boli o náklady týchto chorôb očistené.

- **940 mil. eur (45 %)** tvoria **nepriame náklady na pracovnom trhu**: nezamestnanosť, nižšia produktivita počas pracovnej doby, menej odpracovaných hodín, a tiež vyššia úmrtnosť ľudí v produktívnom veku (OECD, 2018).

Výpočet nákladov vychádza z metodiky OECD (2018). Výška nákladov, ktoré možno pripísať duševným poruchám v jednotlivých oblastiach, vychádza z odhadov výskumných štúdií, nie oficiálnych štatistík. Viac o metodike v prílohe 3.

Väčšina nákladov v zdravotníctve je spojená s liečbou fyzických ochorení, ktoré sú dôsledkom alebo sprievodným faktorom veľkej časti duševných porúch. Časť týchto nákladov vzniká kvôli stigme a nevedomosti pacientov, ale aj lekárov. Podľa Slovenskej psychoterapeutickej spoločnosti (SPS) veľa pacientov napríklad nevie rozoznať panický záchvat od infarktu a volá drahú záchranú službu namiesto toho, aby zvolil lacnejší a účinnejší spôsob upokojenia sa. Na druhú stranu pacientov s fyziologicky nevysvetliteľnými ťažkosťami, z ktorých mnohé sú psychicky podmienené, lekári odosielať na drahé vyšetrenia u rôznych špecialistov, psychológ či psychiater je často až poslednou voľbou. V Spojenom kráľovstve sa náklady na zbytočnú somatickú liečbu pacientov s psychickou poruchou odhadujú na 1 % HDP. Ľudia s duševnou poruchou sa môžu viac strachovať o svoje fyzické zdravie a preto môžu mať tendenciu navštevovať lekárov častejšie (Layard & Clark, 2014).

Graf 11: Priame a nepriame náklady spojené s duševnými poruchami na Slovensku, 2019, mil. eur



Pozn.: Metodika výpočtov v prílohe 3.

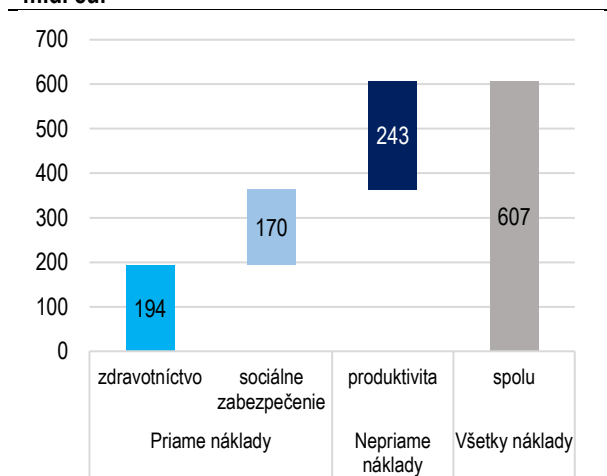
Zdroj: OECD (2018), výpočty ÚHP

Pre celú EÚ odhadlo OECD (2018) priame a nepriame náklady spojené duševnými poruchami na 607 miliárd eur, čo predstavuje 4 % HDP. Náklady na sociálnu podporu tvoria o vyšší podiel ako na Slovensku (28 %), nižší podiel sa radí pod zdravotníctvo (32 %) a stratenú produktivitu (40 %). Vyššie celkové náklady v západných krajinách v pomere k HDP nemusia odrážať rozdiely vo výskyte porúch, ale skôr menej štedrý zdravotný a sociálny systém a nižšiu pridanú hodnotu práce na Slovensku. Podľa Svetového ekonomického fóra sa globálne náklady duševných ochorení oproti roku 2010 môžu do roku 2030 zdvojnásobiť (Bloom et al., 2012).

Analýza dát zo slovenských registrov¹³ z roku 2019 ukázala náklady spojené s depresívnymi poruchami vo výške 71 mil. eur ročne (Babeľa, 2019). Autor na rozdiel od OECD používa reálne nákladové dáta z poisťovní a z dostupných registrov, zameriava sa iba na dve konkrétne skupiny diagnóz a v analýze sa nepoužívajú odhady, ktoré by pokrývali náklady spojené s pridruženými ochoreniami.

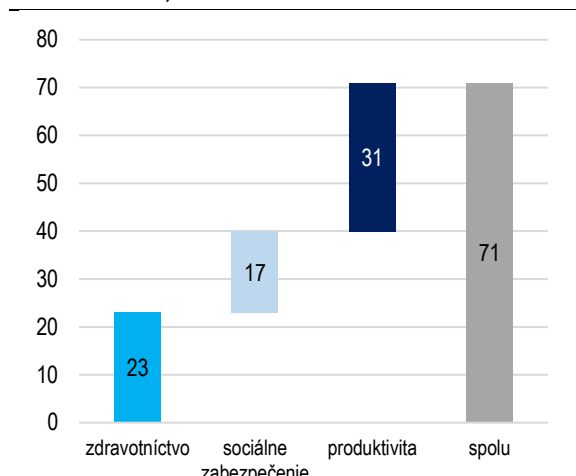
¹³ Z dát zdravotných poisťovní a sociálnej poisťovne. OECD na druhej strane používa pre výpočet odhady nákladov zo štúdie Gustavsson et al. (2011), viac v prílohe 3.

Graf 12: Náklady spojené s duševnými poruchami v EÚ, mld. eur



Zdroj: OECD (2018)

Graf 13: Náklady spojené s depresívnymi poruchami* na Slovensku, mil. eur



*diagnózy F32 a F33

Zdroj: Babefa (2019)

Porovnanie nákladov naprieč fyzickými a duševnými ochoreniami nie je jednoznačné. Štúdia Milken Institute v USA ukázala, že celkové ekonomické náklady duševných porúch sú porovnateľné s nákladmi onkologických ochorení a vysokého krvného tlaku a vyššie ako ochorení srdca, pľúc, cukrovky a mozgovej príhody (Klowden, 2009). V neskoršej štúdii sa však ukázalo, že medzi duševné poruchy autori zahrnuli demenciu (Waters and Graf, 2018), ktorú výpočty v grafe 9 nezohľadňujú. Podľa Gustavsson et al. (2011) majú duševné poruchy výrazne vyššie celkové náklady ako iné skupiny ochorení, autori však porovnávajú štúdie, ktoré používajú odlišné metódy výpočtov.

Okrem kvantifikovaných nákladov vytvárajú duševné poruchy aj ďalšie nepriame náklady. Patrí medzi ne nižšie vzdelanie, diskriminácia ľudí s duševnými poruchami, záťaž na blízkych a rodinu ľudí s poruchou, vyššia kriminálna aktivita páchaná ľuďmi s duševnými poruchami aj voči nim a prehlbovanie sociálnej nerovnosti.

Podpora duševného zdravia obyvateľstva preto všeobecne prináša výrazné benefity pre spoločnosť a úspory tým, že

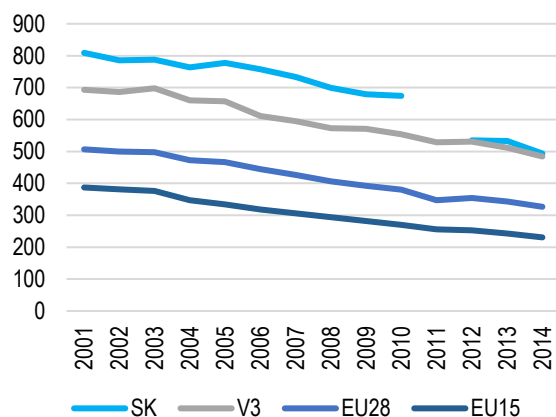
- Znižuje výskyt fyzických ochorení a tým aj počet odvrátiteľných úmrtí
- Zvyšuje vzdelanosť
- Zvyšuje zamestnanosť a produktivitu
- Znižuje chudobu
- Znižuje kriminalitu
- Znižuje počet samovrážd
- Znižuje záťaž na rodiny a zvyšuje ich stabilitu

Podporou duševného zdravia má Slovensko šancu znížiť výskyt fyzických ochorení, počet odvrátiteľných úmrtí a tým šetriť výdavky na zdravotníctvo a invalidné dôchodky. Podľa Svetovej banky vzniká významný podiel zdravotných problémov kvôli duševným poruchám a neurologickým ochoreniam a závislostiam (Patel et al., 2015). Dopad fyzických ochorení v dôsledku duševných porúch tvorí prevažnú časť nákladov v slovenskom zdravotníctve vo výške 740 mil. eur uvedených v grafe 11 (Gustavsson, 2011). Duševné poruchy sú spojené s najrozšírenejšími fyzickými ochoreniami:

- **Depresia zvyšuje riziko vzniku chorôb srdca, infarktu a cukrovky** (Charlson et al., 2011) (Patel et al., 2015). Slovensko má jednu z najvyšších úmrtností na kardiovaskulárne ochorenia v OECD (Graf 14), ktoré sú hlavným komponentom odvrátiteľných úmrtí (Graf 15).

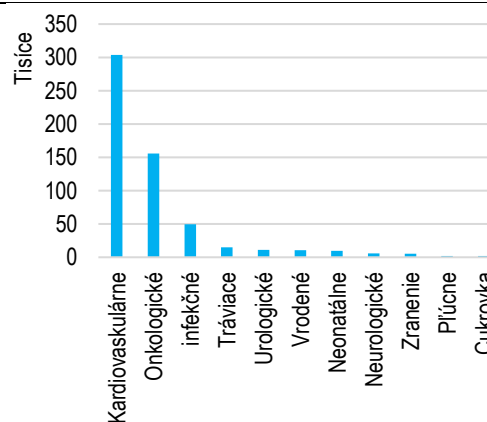
- **Nadmerný stres a duševné poruchy sú spojené s vyšším výskytom autoimunitných ochorení**, napr. astmy, celiakie, reumatoidnej artritídy, sklerózy multiplex alebo cukrovky typu I (Song et al., 2018). Autoimunitné ochorenia sú po ich prepuknutí zväčša nevyliciteľné, možno len tmiť ich príznaky.
- Tým, že duševné poruchy často znižujú imunitu a prispievajú nielen k vzniku, ale aj **pomalšiemu liečeniu alebo zhoršovaniu fyzických chorôb** (McDaid et al., 2017).
- **Ľudia s duševnými poruchami dva až trikrát častejšie trpia obezitou a poruchami metabolizmu**, ktoré sú najväčšími rizikovými faktormi pre vznik kardiovaskulárnych chorôb (Penninx & Lange, 2018).
- Tiež majú v priemere **horšiu životosprávu** - viac fajčia, pijú alkohol, užívajú drogy, horšie sa stravujú a menej sa pohybujú (Penninx & Lange, 2018).
- **Mnoho porúch podmienených stresom sa lieči ako čisto fyzické ochorenia**, bez zásahu odborníkov psychológov a psychiatrov, napr. väčšina porúch trávenia, ktoré sú bez patologického nálezu. Najnovšie sa zvyšuje výskyt tetanie¹⁴, ochorenia s akútnymi krčnými stavmi, ktoré postihuje najmä mladých a často sa lieči najmä zvýšením hladiny minerálov. Podľa SPS takáto liečba môže pomáhať iba v akútnych stavoch a je nevyhnutné, aby pre správne liečenie dostali pacient adekvátnu psychologickú alebo psychiatrickú starostlivosť.¹⁵
- Rovnako ľudia s diagnostikovanými duševnými poruchami **dostávajú horšiu zdravotnú starostlivosť**, keď sa sťažujú na fyzické problémy (Patel et al., 2015).
- Všeobecne duševné problémy **skracujú život v priemere až o 7,5 roka**. Duševné poruchy tak majú podobne silný vplyv na dĺžku života, aký má fajčenie vplyv na vznik kardiovaskulárnych ochorení (Roberts & Grimes, 2011). Ľudia so závažnými formami duševných porúch zomierajú v priemere o 20 rokov skôr (Hewlett et al., 2014).

Graf 14: Úmrtnosť na kardiovaskulárne ochorenia, 2014, počet na 100-tisíc obyv.



Zdroj: OECD

Graf 15: Štruktúra odvrátiteľných úmrtí v EÚ28, 2015



Zdroj: OECD

Podporou duševného zdravia možno zvýšiť vzdelanosť, a tým aj potenciál tvoriť ekonomiku s vyššou pridanou hodnotou produkcie:

- **Ľudia s depresiou majú dvakrát väčšiu pravdepodobnosť, že nedokončia druhý stupeň základnej školy** (OECD, 2018).
- **Duševné problémy u žiakov sú významným prediktorom horšieho prospechu** (Murphy et al., 2015), sú spojené s **vynechávaním školy** a sebapoškodzovaním (Goodsell et al., 2017).

¹⁴ <https://mediweb.hnonline.sk/spravy/aktualne/tetanicny-syndrom-je-vraj-chorobou-21-storocia-chorych-je-coraz-viac>

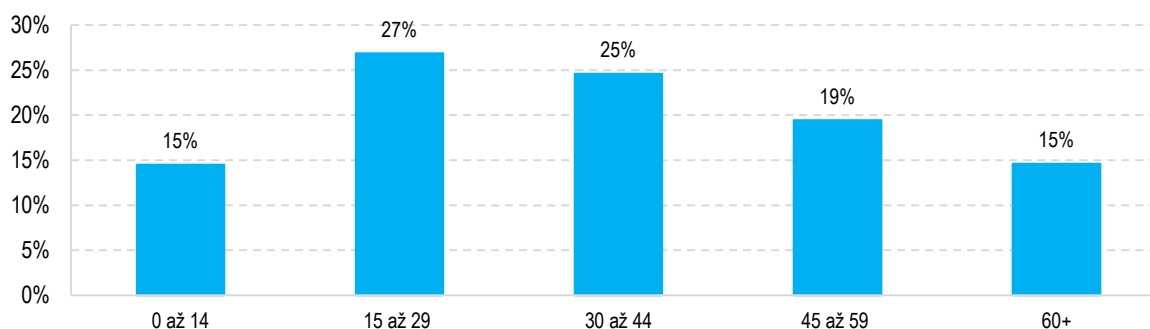
¹⁵ Podľa SPS SLS sa veľmi často lieči aj návykovými liekmi na úzkosť – benzodiazepínmi (viac v kapitole 6.2). Vhodná je liečba psychoterapiou a/alebo antidepresívami.

- Dôvodmi sú zhoršená pozornosť, únava, problémy zvládať časový tlak a negatívne hodnotenie, problémy so spolužiakmi a nízke sebavedomie.

Podpora duševného zdravia zvyšuje zamestnanosť a produktivitu hospodárstva a znižuje výdavky na sociálne dávky tým, že ľudia bez duševnej poruchy majú väčšiu schopnosť zamestnať sa a produktívne pracovať:

- **U ľudí s ľahkou až stredne závažnou depresiou existuje dvakrát väčšia pravdepodobnosť, že sú nezamestnaní**, častejšie v práci chýbajú alebo na pracovisku pracujú menej produktívne (OECD, 2018). Až 44 % ľudí s duševnou poruchou na Slovensku sa nachádza v produktívnom veku 30 – 59 rokov (Graf 16).

Graf 16: Výskyt duševných porúch v populácii podľa veku na Slovensku, 2017



Zdroj: IHME

Podporou duševného zdravia má štát šancu znížiť extrémnu chudobu. Chudoba a duševné problémy sú silno prepojené, a predstavujú začarovaný kruh príčiny a dôsledku:

- Podľa WHO majú **ľudia v chudobe celosvetovo duševnú poruchu dvakrát častejšie**. Rizikami sú najmä hlad, zadlženosť alebo zlé podmienky bývania. Problémy sa najviac vyskytujú u ľudí s nízkym vzdelaním a u nezamestnaných.
- V krajinách EÚ majú **ľudia zo skupiny s najnižším príjmom dvakrát väčší výskyt chronickej depresie** ako ľudia s najvyšším príjmom (OECD, 2018).
- Špeciálnou skupinou sú **ľudia bez domova** – štúdie z rôznych krajín identifikovali u tejto skupiny vyšší výskyt duševných porúch ako vo väčšinovej spoločnosti, napr. 33 % výskyt (Laporte et al., 2018) alebo 45 % diagnostikovaných na duševné poruchy a 80 % sťažujúcich sa na duševné problémy (Homeless Link, 2014).

Podporou duševného zdravia môže štát zvýšiť bezpečnosť obyvateľstva. Duševne zdraví ľudia vykazujú menej kriminálneho správania, čo znižuje negatívne dopady trestnej činnosti na spoločnosť, výdavky na bezpečnosť, súdy, väznice a detenčné centrá. Podľa Svetovej banky majú ľudia s duševnými poruchami vysoký kontakt s kriminálnym systémom, či už ako páchatelia (prevažne menej závažných činov), ale najmä ako obeť (Patel et al., 2015). Podľa prieskumu v Spojenom kráľovstve až tretinu trestných činov páchajú ľudia, ktorí v detskom veku trpeli poruchou správania (Sainsbury Centre for Mental Health, 2009).

Počet odvrátiteľných úmrtí a náklady pre spoločnosť môžu klesnúť aj vďaka menšiemu výskytu porúch, ktoré vedú k samovraždám. Public Health England (PHE) odhadol náklady jednej dokonanej samovraždy človeka v produktívnom veku v Anglicku na 1,6 mil. libier, vrátane nákladov straty života, záťaže na rodinu a priateľov, straty produktivity a kriminálne vyšetrenie (McDaid et al., 2017). Podľa WHO (2000) 90 – 100 % ľudí pred výkonom samovraždy vykazuje známky duševnej poruchy.

Lepšie duševné zdravie môže pomôcť znížiť záťaž na rodiny. Rodinní príslušníci, ktorí sa starajú o blízkeho s duševnou poruchou častejšie trpia fyzickými aj duševnými problémami (Fekadu et al., 2019), život s dospelým s duševnou poruchou je rizikom vzniku traumy u detí (viac v časti 5.1). Špecificky pri závislostiach je vysoké riziko

vytvorenia spoluzávislosti (z angl. *co-dependency*), keď blízka osoba pri opatere závislého nedbá na svoje potreby a zároveň vytvára podmienky pre udržiavanie až zhoršenie jeho závislosti (Cermak, 1986).¹⁶ **Podpora duševného zdravia môže zvýšiť stabilitu rodín.** Ľudia trpiaci duševnou poruchou menej často vstupujú do manželstva a majú vyššiu šancu na rozvod (Breslau et al., 2011). Rodičia so závažnými duševnými poruchami môžu mať zníženú schopnosť starať sa o svoje deti, ktoré majú vyššiu šancu byť odobraté do ochrannej starostlivosti (Kohl et al., 2011).

3 Výdavky na zdravotnú starostlivosť o duševné zdravie

Výdavky na duševné zdravie na Slovensku tvoria 3,1 – 3,3 % všetkých výdavkov na ZS a 0,2 % HDP (Tabuľka 2). Je to menej ako priemer OECD krajín s dostupnými dátami, ktorý sa pohybuje na úrovni 6 - 7 % výdavkov na ZS (Graf 17).

Tabuľka 2: Výdavky na duševné zdravie, 2017

	v mil. eur
1 Náklady na psychiatrickú a psychologickú zdravotnú starostlivosť (ZS) bez liekov	95
2 Náklady na lieky na predpis hradené z VZP (psycholeptiká a psychoanaleptiká)	45
3 Úhrady u iných špecialistov* pri diagnózach F bez liekov	9
4 Výdavky na programy v rámci Národného programu duševného zdravia	0,1
SPOLU náklady na psychiatrickú a psychologickú ZS a lieky (r. 1+2)	140
<i>podiel z verejných výdavkov na zdravotníctvo** 2017</i>	<i>3,1 %</i>
SPOLU všetky (r. 1 + 2 + 3 + 4)	149
<i>podiel z verejných výdavkov na zdravotníctvo 2017</i>	<i>3,3 %</i>
<i>podiel z HDP 2017</i>	<i>0,2 %</i>

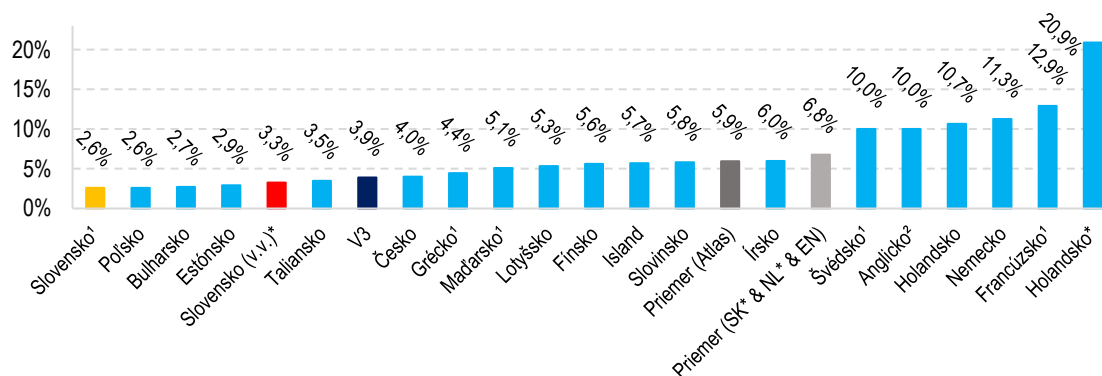
*Např. vo všeobecnej lekárskej, fyziatrii, neurológii alebo domácej ošetrovateľskej starostlivosti

** Výdavky na zdravotníctvo tvoria výdavky na zdravotnú starostlivosť a Národný program duševného zdravia

Zdroj: NCZI, dáta ZP, Návrh záverečného účtu MZ SR 2017

Slovensko dáva málo peňazí aj vzhľadom na vysokú záťaž duševnými poruchami na život ľudí. Krajiny s podobnou záťažou duševnými poruchami vrátane predčasného úmrtia (t.j. celý ukazovateľ DALY), ako např. Česko, Maďarsko a Lotyšsko, alokujú na tento typ starostlivosti v 4 – 5,3 % zdrojov v zdravotníctve (Graf 18).

Graf 17: Výdavky na ZS o duševné zdravie, % z celkových*, 2017

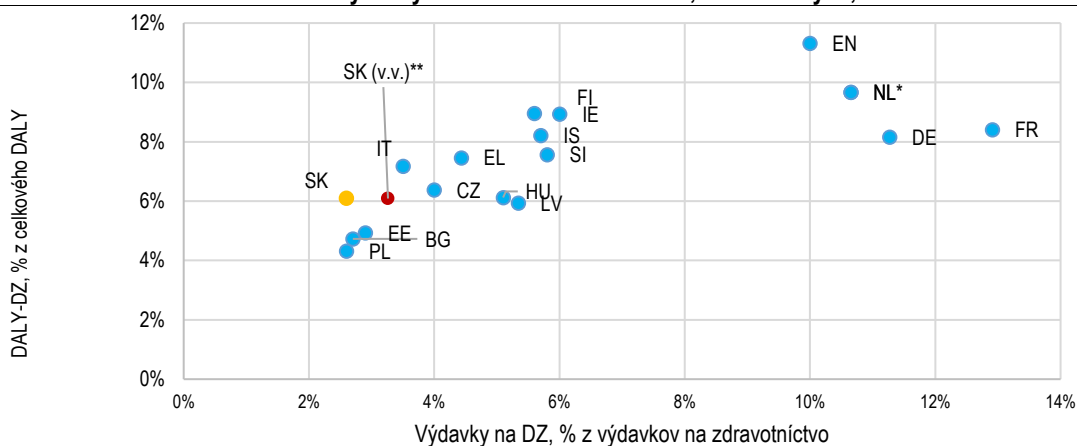


1 Dáta z WHO Atlas 2011, 2 Dáta z NHS 2014, * Dáta z OECD, Expenditure by diseases, 2011, ** vlastné výpočty, dáta za výdavky na ZS (NCZI a ZP 2017) a Národný program duševného zdravia, 2017

Zdroj: WHO Mental Health Atlas 2017

¹⁶ Timmen Cermak, M.D., navrhol definíciu spoluzávislosti a požiadal Americkú psychiatrickú asociáciu, aby ju uviedla ako poruchu osobnosti v Diagnostickú a štatistickú príručku duševných porúch (DSM-III-R; Americká psychiatrická asociácia, 1987). APA nekonala v súvislosti s týmto návrhom, a preto spoluzávislosť nemá definíciu podľa lekárskeho konsenzu: <https://bpdfamily.com/content/codependency-codependent-relationships>.

Graf 18: DALY-duševné zdravie a výdavky na ZS o duševné zdravie¹, % z celkových, 2017



¹Zdroje výdavkov pre jednotlivé krajiny sú uvedené v grafe 17, * Dáta z OECD, Expenditure by diseases, 2011, ** v.v. - vlastné výpočty, výdavky na ZS a Národný program duševného zdravia.

Zdroj: WHO Mental Health Atlas 2017 a 2011, NCZI, IHME

Otázka, či má štát v rámci všetkých ochorení investovať prioritne do duševného zdravia, je netriviálna. Mnoho ľudí s duševnými ochoreniami výrazne trpí počas života, ich počet stúpa a Slovensko dáva na ich liečbu menej peňazí ako štáty s podobnou záťažou. Na druhej strane priamo na duševné poruchy zomiera relatívne málo ľudí, lieky sú pomerne lacné, ale liečba je náročná na ľudské zdroje. V prípade onkologických alebo kardiovaskulárnych ochorení je celkové utrpenie počas života nižšie, ale úmrtnosť je vysoká, nákladné sú lieky, operácie a špeciálny zdravotnícky materiál. Priame a nepriame (vyčíslené aj nevyčíslené) spoločenské náklady duševných porúch sú vysoké, v súčasnosti nie je pre Slovensko známy porovnateľný údaj pre iné rozšírené ochorenia (kapitola 2). **Určenie priorit v rámci výdavkov na zdravotníctvo si preto vyžaduje komplexnú analýzu výskytu fyzických aj duševných ochorení, nákladovej efektívnosti liečby, ale aj spoločenských a etických požiadaviek.**

4 Výsledky v zdravotnej starostlivosti o duševné zdravie

V súčasnosti nie sú k dispozícii vhodné výsledkové ukazovatele, ktoré by umožnili porovnanie účinnosti zdravotnej starostlivosti (ZS) o duševné zdravie. Podľa OECD (2019) tradičné a ľahko dostupné ukazovatele kvality ZS o duševné zdravie málo vypovedajú o dlhodobom dopade tejto starostlivosti. Najlepšie vykazovaným indikátorom naprieč krajinami je počet samovrážd psychiatrických pacientov počas hospitalizácie. Jeho hodnoty sú relatívne nízke vo všetkých krajinách a neposkytuje dobrý obraz o skúsenosti so ZS u veľkého množstva psychiatrických pacientov (OECD, 2019).

OECD už v minulosti zadefinovalo kľúčové oblasti, ktoré môžu poskytnúť lepší obraz o kvalite zdravotnej starostlivosti. Hermann a Mattke (2004) navrhli 12 ukazovateľov kvality v ZS o duševné zdravie¹⁷ (Tabuľka 3) a Armesto et al. (2008) vyhodnotili schopnosť krajín vykazovať relevantné dáta. Hoci sa ukázalo, že krajiny sú na dobrej ceste zlepšiť informačné systémy a procesy, ktoré by takéto vykazovanie umožnili, doteraz takéto medzinárodné porovnanie v rámci definovaných indikátorov neexistuje.

¹⁷ Tieto indikátory majú mnohé medzery, napr. nemerajú výsledky v liečbe detských pacientov, psychoterapii, dostupnosti, bezpečnosti alebo zdravotnej starostlivosti o psychiatrických pacientov trpiacich závažnými duševnými poruchami alebo sociálnych službách.

Tabuľka 3: Zadefinované indikátory kvality ZS o duševné zdravie

Kontinuita starostlivosti	Včasná návšteva v ambulancii po prepustení z nemocnice
	Pokračovanie v liečbe po hospitalizácii pri kombinácii psychiatrického ochorenia a užívania psychoaktívnych látok
	Rozdiely v počte kontrolných návštev v ambulancii medzi etnickými skupinami
	Kontinuita návštev po hospitalizácii pre duševné ochorenie
Koordinácia starostlivosti	Case manažment pri závažných psychických poruchách
Liečba	Návštevy počas akútnej fázy depresie
	Rehospitalizácia psychiatrických pacientov
	Dĺžka liečby pri škodlivom užívaní alkoholu a psychoaktívnych látok
	Užívanie anticholinergických liekov a antidepresív u starších pacientov
	Kontinuálna liečba antidepresívami v akútnej fáze
	Kontinuálna liečba antidepresívami v postakútnej fáze
Výsledky	Úmrtnosť ľudí so závažnou duševnou poruchou

Zdroj: Hermann a Mattke (2004)

Najnovšie OECD (2019) zdôrazňuje dôležitosť merania a hodnotenia skúseností pacientov v rámci ZS. Ako príklad udáva meranie skúseností so zdravotníctvom u ľudí s duševnými poruchami. Prieskum Fondu Commonwealth ukázal, že ľudia, ktorým bola diagnostikovaná duševná porucha, dostávajú od lekárov viac konfliktných informácií. Tohto prieskumu sa v súčasnosti zúčastňuje len 11 krajín, bez Slovenska. Meranie spokojnosti s verejnými službami je súčasťou aj Európskych prieskumov kvality života Európskej komisie (EQLS)¹⁸, zatiaľ však neobsahujú otázky priamo k službám starostlivosti o duševné zdravie.

¹⁸ <https://www.eurofound.europa.eu/sk/surveys/european-quality-of-life-surveys>

Politiky podľa dobrej praxe

Zátťaž na zdravie ľudí a negatívne spoločenské a finančné dopady môže štát znížiť:

- investíciami do účinných programov pre prevenciu vzniku duševných porúch naprieč sektormi
- modernizáciou systému zdravotno-sociálnej starostlivosti
- koordinovanou medzirezortnou spoluprácou
- investíciami do výskumu

5 Programy prevencie porúch a podpory duševného zdravia

Programy pre skorú prevenciu porúch, podporu duševného zdravia a všeobecnú informovanosť patria medzi najúčinnnejšie opatrenia v oblasti duševného zdravia a **zároveň majú vysokú návratnosť investícií** (Patel et al., 2015).

Príkladom je analýza efektivity ôsmich vybraných programov v zdravotníctve, školstve a sociálnych veciach, ktoré **v Anglicku prinášajú 1,3 až 39 libier za 1 libru investície** počas desiatich rokov,¹⁹ z toho v priemere 1,26 libry už v prvom roku (McDaid et al., 2017). Najnávrtnnejšie opatrenia sa týkajú prevencie sebapoškodzovania a výučby sociálnych a emocionálnych zručností na školách. Návratnosť sa prejavuje v ušetrených nákladoch na zdravotnú starostlivosť, políciu a právny sektor, ďalej v zlepšenej školskej a pracovnej dochádzke a lepšej zamestnanosti a produktivite. Zhrnutie návratnosti jednotlivých programov v štúdií McDaid et al. (2017) sa nachádza v prílohe 4.

Prevažná väčšina duševných porúch nemá výlučne genetický pôvod, človek môže mať genetickú predispozíciu, ktorá ale až pri vplyve faktorov z prostredia vyústi do problémov s duševným zdravím (Hyman, 2000). **Priestor pre zásahy verejných politík cez faktory v prostredí je preto veľký.** Programy je potrebné cieľiť na tlmenie rizikových faktorov vzniku porúch, je teda nevyhnutné mechanizmu rozvinutia duševných problémov dobre rozumieť. K duševným poruchám prispieva celý rad poprepájaných faktorov, úlohu hrajú sociálne, kultúrne, ekonomické, politické, environmentálne faktory ako aj individuálne (zvládanie emócií, myslenia, správania), genetické a vývojové determinanty (OECD, 2018). Rozpoznanie príčin vzniku duševných porúch nie je jednoduché, keďže často existuje obojsmerná kauzalita - duševné poruchy vedú človeka do situácií, ktoré spätne spôsobujú alebo zhoršujú duševné poruchy a naopak. Zanedbanie rizikových faktorov a neznalosť súvislostí tak môže viesť k efektu „zostupnej špirály“ (z angl. *downward spiral*). Napríklad depresia môže viesť k strate zamestnania, k dlhodobej nezamestnanosti a chudobe, čo sú opäť rizikové faktory depresie. Duševná porucha môže viesť k snahe o „samoliečenie“ alkoholom a neskôr k závislosti, čím sa zvyšuje riziko chronickej depresie a samovraždy. Rovnako napr. ľudia bez domova trpia vyšším výskytom duševných porúch, poruchy môžu byť príčinou a/alebo dôsledkom ich príslušnosti k tejto zraniteľnej skupine.

Ak rizikovosť niektorých významných faktorov nie je dostatočne známa alebo uznaná, štát môže investovať veľa peňazí na drahšiu a menej účinnú liečbu namiesto efektívnejšej prevencie. Ak sa napríklad nezohľadnia významné sociálne rizikové faktory v rodine, môžu byť deti medikamentózne liečené na poruchy správania namiesto toho, aby sa rodina zapojila do tréningu vhodných výchovných postupov alebo do programov podpory počas krízy v manželstve.

Na Slovensku existujú relevantné programy, mnohé však nefungujú ako systémové riešenia. Väčšinu z nich poskytujú mimovládne organizácie a občianske združenia, často fungujú len na regionálnej úrovni, od štátu dostávajú dotácie ad hoc, čo im neumožňuje rozvíjať aktivity dlhodobo a systematicky. Príkladom nesystémovosti je, že Liga za duševné zdravie dostala v roku 2018 jednorazový príspevok z rezervy predsedu vlády na znovuzavedenie celoslovenskej a jedinej Linky dôvery. Zdroje na rok 2020 boli schválené až koncom roka 2019 a neprístupilo sa k pravidelnému financovaniu. Podľa Ligy počas fungovania Linky v minulosti klesla samovražednosť o 10 % ročne.²⁰ Štátne Centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie a Centrá pedagogického

¹⁹ Jednotlivé intervencie majú rôznu dĺžku trvania, viac v prílohe 4.

²⁰ <http://www.vyliecmenezaujem.sk/>

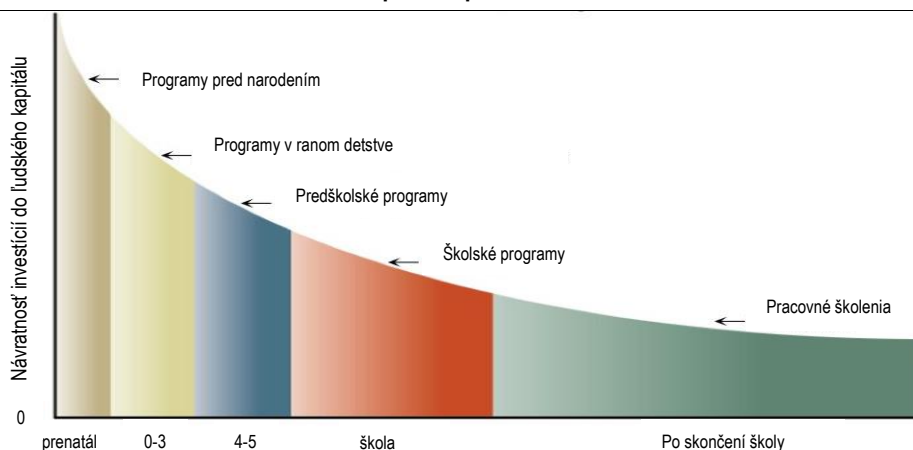
poradenstva sa venujú prevencii, podľa SKP však ich činnosť nie je koordinovaná s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Národný program duševného zdravia (NPDZ)²¹ zase zahŕňa akčný plán, ktorý má podporovať podobné projekty. Celková podpora piatich programov podpory duševného zdravia v NPDZ v roku 2018 dosiahla takmer 100-tisíc eur, ďalších 520-tisíc eur išlo na podporu protidrogových aktivít (Výročná správa MZ SR, 2018). Prehľad výberu relevantných programov sa nachádza v prílohe 5.

Užitočným nástrojom pre identifikovanie rizík a následných opatrení je rozdelenie podľa vekových skupín, keďže v rôznom veku na ľudí pôsobia rôzne rizikové faktory (napr. v interakcii malých detí s rodičmi, adolescentov so spolužiakmi, alebo pracovníkov s kolegami). Zároveň sa ľudia v rôznom období života pohybujú v odlišnom inštitucionálnom prostredí, v ktorom možno programy implementovať (napr. školy, pracovisko).

5.1 Rané detstvo

Opatrenia zameriavané na podporu duševného zdravia v ranom detstve sú najúčinnnejšie²². Prostredie má vtedy najväčší vplyv na rozvoj a dlhodobé udržanie duševného zdravia, hoci sa relatívne málo duševných porúch priamo prejaví. Obdobie do troch rokov je najdôležitejšie pre správny biologický, kognitívny a emočný vývoj dieťaťa, keďže sa dieťaťu najrýchlejšie vyvíja mozog. Koncept najvyššej návratnosti investícií do ľudského kapitálu v ranom detstve uviedol ekonóm James Heckman (2008), možno ho aplikovať aj v kontexte investícií do duševného zdravia (Obrázok 2).

Obrázok 3: Návratnosť investícií do ľudského kapitálu v priebehu života



Zdroj: Heckman (2008)

Kľúčovú úlohu po narodení zohráva vytvorenie bezpečnej a spoľahlivej citovej väzby dieťaťa na matku alebo iného primárneho opatrovateľa (napr. otec, starý rodič, pre jednoduchosť ďalej v texte už len „matka“). Medzi rizikové faktory patrí duševná porucha u matky (už aj počas tehotenstva), nevhodná výchova a slabá psychosociálna stimulácia (najmä hry, ktoré pomáhajú pri rozvoji motoriky a kognitívnych schopností). Popôrodnú depresiu zažíva v Spojenom kráľovstve až 1 z 10 žien, môže však zasiahnuť aj ich partnerov (NHS, 2018).

Vplyv stresujúceho prežívania v detskom veku na život v dospelosti kvantifikuje koncept traumatických zážitkov v detstve - Adverse Childhood Experiences (ACEs)²³. Dlhoročný výskum v rámci ACEs ukazuje, že ľudia s aspoň štyrmi z desiatich definovaných nepriaznivých zážitkov z detstva (ponížovanie zo strany rodiča, život s duševne chorým rodičom, život s alkoholikom, rozvod, uväznenie člena rodiny, fyzické násilie, fyzické a emocionálne zanedbávanie a sexuálne zneužívanie) majú v dospelosti výrazne horšiu kvalitu života, napr. zvýšenú pravdepodobnosť

²¹ <http://www.psychiatry.sk/cms/File/NPDZ.pdf>

²² OECD (2018) do tohto obdobia zahŕňa deti vo veku od narodenia po nástup do školy (vrátane detí v škôlkach).

²³ Týka sa vekovej skupiny 0 – 17 rokov.

- výskytu chronických ochorení (kardiovaskulárne ochorenia, astma, rakovina, cukrovka)
- výskytu duševných porúch (depresie, 12-krát vyššie riziko pokusu o samovraždu)
- horšieho životného štýlu (alkoholizmus, fajčenie, užívanie drog)
- nižšieho dosiahnutého vzdelania a horších pracovných výsledkov
- násilnejšieho správania, rozvodovosti a v priemere kratšieho života o 20 rokov.

10 až 16 % ľudí je ohrozených výrazne horšou kvalitou života v dôsledku ACEs²⁴. Všeobecne sú viac ohrozené ženy a príslušníci etnických minorít. Mechanizmus, ktorý prepája ACEs a negatívne dopady v dospelosti, vychádza z prežívania toxického stresu v detstve, ktorý ústi až do chronickej aktivácie stresovej reakcie na podnety. Chronický stres vo výsledku u človeka dlhodobo zhoršuje pozornosť, pamäť, schopnosť rozhodovať sa, reagovať na nepriaznivé situácie, ale aj imunitný systém. Viac o ACEs v prílohe 6.

Medzi efektívne programy v ranom detstve patria:

- **vhodná zdravotná a sociálna starostlivosť o matku** počas tehotenstva, vhodne vedený pôrod (prirodený pôrod pri nekomplikovanom tehotenstve) a aktívnu podporu niekoľko týždňov po pôrode. Pomáhajú vytvoreniu citovej väzby s dieťaťom a znižujú riziko rozvinutia duševných problémov matky. V Anglicku poskytuje zdravotný systém intenzívnu pomoc po pôrode, v Maďarsku funguje medzisektorový program pomoci rodine pri popôrodnej depresii, v Nemecku navštevujú pôrodné asistentky rodiny priamo v domácnosti až do 3 rokov (OECD, 2018). Intenzívne pravidelné návštevy v domácnosti počas prvých dvoch rokov po pôrode znížili výskyt ACEs a zlepšili dlhodobé výsledky u detí (Jones et al., 2019).
- **skrining a prevencia traumatických zážitkov ACEs v primárnej starostlivosti.** Vyškolený zdravotník, napr. pediater, môže cez špecializované dotazníky pre rodičov identifikovať jednak možné riziká pre dieťa v domácnosti a zároveň aj úroveň ACEs u samotných rodičov, ktoré môžu ovplyvniť schopnosť starať sa o dieťa. Zdravotník môže rodičov následne poučiť o vytvorení vhodného prostredia pre rozvoj dieťaťa a odkázať ich na možnosti sociálnej podpory a tréningov zručností vo výchove (Jones et al., 2019).
- **programy rozvíjajúce zručnosti rodičov pri výchove malých detí sa preukazujú ako vysoko efektívne,** stoja najmä na zvýšení pozitívnych interakcií a tréningu emocionálnej komunikácie rodičov s dieťaťom alebo konzistentnosti rodičov v reakcii na správanie dieťaťa (Kaminski et al., 2008). V mnohých krajinách má tento typ intervencie dlhotrvajúci efekt, a to nielen na duševné zdravie dieťaťa, ale aj rodičov (Barlow et al., 2014).
- **sociálne programy podporujúce hru detí a rodičov,** ktorá poskytuje potrebnú stimuláciu. Skúsenosti z Jamajky (Powel et al., 2004) či Maurícia (Raine et al., 2003) ukazujú zníženie porúch u malých detí a tiež agresivity a porúch správania v adolescencii u detí zo znevýhodneného prostredia.
- **skrining a diagnostika duševných porúch u detí.** Napríklad vykonanie skriningu a následná včasná intervencia do 3. roku života dokáže výrazne znížiť všetky symptómy porúch autistického spektra (Pellicano, 2012, Dudová et al., 2013).

Duševné zdravie v ranom detstve na Slovensku obdobne podporujú schválené moderné postupy pri popôrodnej starostlivosti o matku a dieťa. Tieto sa však dostali do štandardných postupov len v roku 2019, po prepustení z nemocnice matkám stále chýba dostatočná zdravotno-sociálna starostlivosť v komunite. Pre predpôrodnú a pôrodnú starostlivosť na Slovensku štandardné postupy chýbajú, v súčasnosti je mnohokrát nevyhovujúca (ÚHP a IZP, 2019). Z občianskych združení napríklad *Centrum pre rodinu Kvapka* ponúka všestranné poradenstvo a psychologickú starostlivosť pre rodiny, prípravu na pôrod a prvé dieťa, kurzy rozvíjajúce rodičovské zručnosti. Na prvé roky dieťaťa sa zameriava projekt *Omama* organizácie *Cesta von*, ktorý učí správnej stimulácii malých detí členov marginalizovaných rómskych komunit. Skrining autistického spektra na Slovensku

²⁴ Až 16 % opýtaných v rozsiahlych prieskumoch uvádza štyri a viac ACEs v USA, 14 % vo Walese, 8 % v Anglicku (NHS Scotland, 2019), 20 % v Srbsku (Kostic et al., 2019) a 10 % v Česku (Veleminský et al., 2017). Rozdiely medzi krajinami môžu vychádzať aj z rozdielov medzi veľkosťou a zložením vzorky. V USA boli pomerne rovnomerne zastúpené ženy a muži a vekové skupiny a viac zastúpené skupiny v rozmedzí 18 až 64+ s ukončeným a vyšším vzdelaním, v Česku sa štúdie zúčastnilo menej ako 1 700 respondentov vo veku 18-26 rokov, z toho 70 % žien, prevažne so stredoškolským vzdelaním.

zatiaľ chýba, pre rodičov detí s rizikovým vývinom existujú *Centrá včasnej intervencie*. Včasnú intervenciu ako najefektívnejšie opatrenie pre prevenciu ohrozenia chudobou identifikovala revízia výdavkov na ohrozené skupiny (ÚHP et al., 2020). Viac k popisu a financovaniu programov v prílohe 5.

5.2 Školský vek

V školskom veku pretrvávajú riziká v rodine a ACEs, **pridávajú sa problémy v škole a s rovesníkmi, v adolescencii užívanie alkoholu a drog.**

Škola predstavuje ideálne miesto pre adresovanie duševného zdravia u detí a mladistvých, **najmä vďaka povinnej školskej dochádzke**. Adolescenti sú zároveň témam duševného zdravia viac otvorení. Mnohé programy sa preukazujú ako účinné v zlepšení prospechu a kognitívnych schopností, odolnosti voči náročným situáciám a stresu, a tiež znižujú pravdepodobnosť predčasného ukončenia dochádzky, stredoškolského alebo univerzitného vzdelania (OECD, 2018). Rozšírenie programov pre rozvoj duševného zdravia detí a adolescentov si ako prioritu stanovili rozvinuté krajiny ako Austrália, Fínsko, Nový Zéland, Švédsko a Spojené kráľovstvo (Hewlett et al., 2014). **Vhodným priestorom pre opatrenia sú aj vysoké školy**, v študentskom veku nástup duševných porúch vrcholí.

Štúdie analyzované v Roberts and Grimes (2011) a McDaid et al. (2017) ukázali účinnosť aj návratnosť programov:

- **tréningy emocionálnej gramotnosti u žiakov**, tzn. poznania a zvládania vlastných emócií, rozvoja sociálnych zručností pre deti (Lee et al., 2016) (Durlak et al., 2011).
- **tréningy výchovných zručností u rodičov** – podobne ako v ranom detstve
- **programy pre prevenciu a riešenie šikany** (Karna et al., 2011).
- **skrining a online intervencie u študentov** v súčasnosti podporuje WHO cez medzinárodnú iniciatívu (Cuijpers et al., 2019)

Program, ktorý učil žiakov kognitívno-behaviorálne zručnosti a metódy riešenia sociálnych problémov zameraný na prevenciu depresie a šikany priniesol v Anglicku 5,08 libier za 1 investovanú libru v priebehu 2 rokov (McDaid et al., 2017).

WHO v rámci auditu stavu starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku v roku 2005 odporúčala posilniť práve aktivity v školskom prostredí (NPDZ, 2017). Na rozvoj zručností psychohygieny detí v školách sa zameriava medzinárodný program *Zippyho kamaráti* a *Kamaráti jablčka*²⁵, momentálne fungujú len na báze záujmu jednotlivých škôl. Psychologičky a psychológovia s psychoterapeutickým výcvikom v organizácii *IPčko* denne ponúkajú internetovú poradňu pre mladých, ďalšie organizácie podporujú prevenciu kyberšikany alebo porúch príjmu potravy. Tréningy rodičovských zručností pre rodičov detí a adolescentov ponúkajú rôzne neziskové a súkromné organizácie, napr. *Efektívne rodičovstvo*. Viac k popisu a financovaniu v prílohe 5. Na základných a stredných školách pôsobia školskí psychológovia, z vysokých škôl ponúka psychologické služby napr. Univerzita Komenského²⁶ alebo Vysoká škola výtvarných umení²⁷, na mnohých vysokých školách psychologické poradne chýbajú.

5.3 Dospelí ľudia v produktívnom veku

V produktívnom veku sú špecifickými rizikami tlak na výkon v práci, strata zamestnania a dlhodobá nezamestnanosť. Medzi riziká na pracovisku sa radí aj mobbing, šikana alebo diskriminácia. Pracovisko a služby podpory zamestnanosti sú zároveň najvhodnejším priestorom pre intervencie dospeljej populácie. Môžu pomôcť znížiť významnú časť ušlých ekonomických nákladov na pracovnom trhu tým, že zamestnankyne a zamestnanci neodchádzajú zo zamestnania, pracujú produktívnejšie a rýchlejšie sa vracajú aj späť do zamestnania (kapitola 2).

²⁵ www.zippy.sk

²⁶ <https://uniba.sk/sluzby/psychologicka-poradna/>

²⁷ <https://www.vsvu.sk/studium/studenti/psychologicka-poradna/>

So zamestnaním sú spojené niektoré špecifické problémy s duševným zdravím, napr. syndróm vyhorenia. Od roku 2019 je oficiálne definovaný ako fenomén spojený so zamestnaním, predtým ako problém s manažovaním životného štýlu (nejde o diagnózu)²⁸. Vyhorenie môže postihnúť kohokoľvek, ak je vystavený vysokému stresu v práci, zraniteľné sú najmä pomáhajúce povolania v zdravotníctve, v sociálnej práci, ale aj v školstve. Rozvinutím posttraumatickej stresovej poruchy sú ohrození najmä ľudia pracujúci v ozbrojených silách, policajnom a hasičskom zbore, záchranej službe a v zdravotníctve.

Štát môže cez financovanie alebo reguláciu **podporovať zamestnávateľov pri tvorení programov** ochrany duševného zdravia personálu napríklad

- **informovanosťou manažmentu a tréningom vedúcich pracovníkov** vo vytváraní vhodného pracovného prostredia, v prevencii vyhorenia (Gallup, 2019) a v rozpoznávaní a riešení situácií zamestnancov s rizikom vzniku duševných porúch.
- **opatreniami pre manažovanie stresu zamestnancov**, napríklad podporou fyzickej aktivity, zabezpečením kognitívno-behaviorálnej terapie, kurzov meditácie a relaxačných techník, tréningov techník pre riešenie problémov alebo aj preplácaním psychoterapeutických sedení (Martin, Sanderson & Cocker 2009).
- **aktívnym skríningom výskytu duševných porúch u zamestnancov**, napr. pomocou dotazníkov (Patel et al., 2015).
- **poskytovaním programov** pre zvládanie stresu so zárukou diskretnosti **pre zamestnancov s duševnou poruchou**.

Program, ktorý poskytoval zamestnancom veľkých firiem pravidelné informácie, interaktívne internetové aplikácie a semináre o technikách zvládania stresu a správnej životospráve dosiahol po 12 mesiacoch návratnosť 2,37 libry. Ponuka kognitívno-behaviorálnej terapie pre zamestnancov trpiacich stresom priniesla po 2 rokoch 2 libry za 1 libru investície (McDaid et al., 2017).

Dôležité je zapojenie služieb pre podporu duševného zdravia u nezamestnaných. Hoci nezamestnanosť je významný faktor pre vznik duševných porúch, podľa OECD ide o výrazne zanedbávanú oblasť. V tomto prípade môžu pomáhať napr. **služby úradov práce**.

- Je potrebné poskytovať podporu a pomoc pri zvyšovaní schopnosti zamestnať **sa pre ľudí s duševnou poruchou**, napríklad vytváraním chránených pracovných miest alebo podporovaných pracovných miest s nárokom na asistenciu.
- Potrebná **podpora a prevencia u nezamestnaných bez diagnostikovaného ochorenia však v rozvinutých krajinách chýba**. Pritom ich zanedbanie môže viesť k spusteniu porúch, najmä depresie, čím sa obdobie bez práce ďalej predlžuje (OECD, 2018). Podľa Layard (2017) poskytnutie kognitívno-behaviorálnej terapie nezamestnaným pomohlo zdvojnásobiť počet ľudí, ktorí si našli prácu. Kvôli technologickému vývoju a s tým spojenému zániku niektorých povolání sú ohrozené aj špecifické skupiny, najmä nízko kvalifikovaná pracovná sila. Programy podpory duševného zdravia by sa mohli stať súčasťou napr. rekvalifikačných kurzov.

Na Slovensku príkladom na strane zamestnávateľa je U.S. Steel Košice, ktorý v roku 2015 v rámci kampane EÚ Zdravé pracoviská 2014 – 2015 získal ocenenie za podporu znižovania stresu zamestnancov zlepšením bezpečnosti, ponukou koučingu pre zamestnancov a ich rodiny a tiež služieb psychológov priamo na pracovisku.²⁹ Hotel Bivio sa ako sociálny podnik zameriava na zamestnávanie ľudí s mentálnym postihnutím. Na Slovensku systematická podpora z verejných zdrojov pre pracujúcich aj pre nezamestnaných ľudí nie je rozvinutá. *Liga za duševné zdravie* ponúka informačné prednášky pre zamestnávateľov. V rámci celoživotného vzdelávania ponúka

²⁸ https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

²⁹ <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/5f22aecf-ad7c-4a4f-878a-5f77eeb6a8d5/language-sk/format-PDF/source-110593165>

napr. Univerzita Komenského kurzy *Reziliencia - emočná odolnosť*, kurzy ponúkajú aj súkromné vzdelávacie centrá pre dospelých. Viac k popisu a financovaniu v prílohe 5.

5.4 Seniori

Vzhladom na starnutie obyvateľstva v európskych krajinách narastá význam starostlivosti nielen o fyzické, ale aj duševné zdravie seniorov. S vyšším vekom prichádzajú riziká ako odchod do dôchodku, osamelosť, strata vitality, zhoršovanie fyzického zdravia, často polymorbidita, odkázanosť na pomoc s bežnými činnosťami, strata pocitu užitočnosti a pribúdajúce úmrtia životného partnera a blízkych rovesníkov. Najviac samovrážd vykonajú práve ľudia vo veku nad 65 rokov. Je dôležité vytvoriť špeciálne programy, pretože seniorov je ťažšie systematicky zasiahnuť, keďže sú postavení mimo formálnejších štruktúr škôl a pracoviska. Podľa OECD však existuje len málo prieskumov, ktoré hodnotia ich účinnosť. **Podľa skúseností v zahraničí by mal štát investovať do programov v rámci komunity**, kam patria záujmové krúžky a kluby seniorov, medzigeneračné aktivity, dobrovoľnícke aktivity zo strany seniorov alebo návštevy dobrovoľníkov u menej mobilných seniorov. U seniorov v odkázanosti je jednou z ciest vytvoriť humánny systém dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti pre seniorov, komunitná starostlivosť má byť preferovaná pred ústavnou, napr. veľkými rezidenčnými zariadeniami pre seniorov. S vekom narastá riziko rozvoja demencie. Na Slovensku v súčasnosti chýba včasný skrining pre demenciu, diagnostikujú sa až pokročilé stavy, kedy sú pacienti už plne odkázaní na opateru. Zachytením včasných štádií pritom možno rozvoj demencie spomaliť.³⁰ Podľa SPsS SLS sieť zdravotno-sociálnej starostlivosti pre ľudí s demenciou nie je dostatočná.

McDaid et al., (2017) hodnotili projekt, v ktorom rozvešané plagáty na verejnom priestranstve (čakárne v ambulanciách, nákupné centrá) oslovovali osamelých ľudí nad 65 rokov a ponúkali im konzultácie s cieľom identifikovať vhodný spôsob zapojenia sa do komunity. Projekt priniesol 1,26 libry za 1 libru investície.

Na Slovensku je v organizácii aktivít pre seniorov vo vyše 80 mestách činná *Jednota dôchodcov*, v menšej miere funguje *Fórum pre pomoc starším*. V zdravotno-sociálnej starostlivosti boli vypracované koncepcie deinštitucionalizácie a humanizácie, je však nutné pretaviť ich systematicky do praxe. Viac v prílohe 5.

5.5 Naprieč vekovými skupinami

Duševné zdravie je negatívne ovplyvnené širokým spektrom stresových situácií, ktoré zasahujú ľudí bez ohľadu na vek. Môže ísť o chronické ochorenie, konflikt v rodine, fyzické a sexuálne násilie, strata blízkeho, dlhodobá starostlivosť o chorého člena rodiny, vystavenie vojne, prírodnej katastrofe, pandémie infekčného ochorenia, toxínom a nepriaznivým zmenám v životnom prostredí. **Zároveň existujú intervencie, ktoré môžu pomôcť všetkým skupinám obyvateľstva:**

- **Destigmatizácia** témy duševného zdravia je nevyhnutným paralelným procesom popri ostatných intervenciách. Nástrojmi sú plošné **zvyšovanie povedomia a informovanosti** (cez vzdelávanie, médiá) a podpora sociálneho kontaktu s ľuďmi s duševnou poruchou (napr. prítomnosť sociálnych a zdravotných služieb v komunite). V Spojenom kráľovstve pomáha poskytovanie návodov blízkym človeka postihnutého duševnými problémami (Patel et al., 2015), zvyšovanie povedomia si v roku 2017 za agendu zvolili populárni členovia kráľovskej rodiny.³¹ K zníženiu stigmy prispieva dlhodobá deinštitucionalizácia psychiatrickej zdravotnej starostlivosti, ako je rušenie veľkých izolovaných zariadení³² (viac k deinštitucionalizácii v kapitole 6.1).
- **Skriningy na symptómy duševných porúch** pomáhajú zasiahnuť ľudí, ktorí sami nevyhľadávajú pomoc. Môžu ich vykonávať vyškolení zamestnanci alebo odborníci na bežných kontaktných miestach v škole, v práci, u všeobecného lekára a pediatra. Na Novom Zélande sa osvedčil aj skrining žiakov

³⁰ <https://www.nhs.uk/conditions/dementia/early-diagnosis-benefits/>

³¹ <https://www.royal.uk/heads-together-duke-and-duchess-cambridge-and-prince-harrys-campaign-end-stigma-around-mental-health>

³² <https://www.who.int/whr/2001/chapter4/en/index2.html>

pomocou internetových dotazníkov, po ktorom nasledovala krátka intervencia v podobe personalizovanej spätnej väzby (Patel et al., 2015).

- Duševné zdravie všetkých skupín trpí pod **fyzickým a psychickým násilím a sexuálnym zneužívaním**. Dôsledkom môže byť rozvinutie post-traumatickej stresovej poruchy, ale aj dlhodobej depresie, úzkostí, závislostí. Nevyhnutná je **komplexná spolupráca vyšetrovacích a súdnych zložiek s pracovníkmi zdravotníctva a sociálnych služieb**. Na Slovensku poskytuje podporu obeť násilia a vzdelávanie pracovníkov z rôznych rezortov napr. nezisková organizácia Centrum Slniečko.
- **Pre prevenciu samovražednosti** odporúča McDaid et al. (2017) kombináciu opatrení, vrátane zvýšenej bezpečnosti na mostoch. Po prirátaní hodnoty zachráneného života dosiahla návratnosť investície až 39 libry za 1 libru v priebehu 10 rokov. MZ SR viedlo rokovania so spoločnosťou Železnice Slovenskej republiky o možnosti nainštalovať informačné tabule na železničných priecestiach, na ktorých dochádza k vyššiemu počtu samovrážd. Tabule mali obsahovať telefónne číslo na linku pomoci aj odkaz na webovú stránku s ďalšími informáciami, ktoré môžu pomôcť zabrániť rozhodnutiu ukončiť život. Rokovania boli prerušené koncom roka 2019.³³
- **Dištančné poradenstvo cez bezplatné telefonické linky a online kanály** poskytuje možnosť rýchlej (často 24-hodinovej), dostupnej, anonymnej a ekonomicky nenáročnej formy pomoci v problematických a krízových situáciách. Tyson et al. (2016) ukázali ich účinnosť v prevencii sebapoškodzovania a Kalafat et al. (2007) v zmiernení pocitov beznádeje. Na Slovensku prevádzkuje nonstop linku pre všetky vekové skupiny Liga za duševné zdravie, v ktorej poskytuje poradenstvo 19 odborníkov a odbornícok z oblasti psychológie, psychiatrie a sociálnej práce. V priebehu ôsmich mesiacov od jej spustenia v júli 2019 sa uskutočnilo 4 750 hovorov. Ďalšie kanály ponúka IPčko, Linka detskej dôvery, Linka detskej dôvery a ďalšie regionálne linky dôvery.
- V rámci legislatívy je potrebné **zabezpečiť ochranu ľudských práv**, špecificky u pacientov s psychickými poruchami právne ošetriť nedobrovoľné prijatie do liečby, obmedzenie používania donucovacích prostriedkov najmä počas liečby v inštitúciách, zákaz diskriminácie ľudí s duševnou poruchou (v škole, na pracovisku a pod.) a definovanie právomocí opatrovníkov ľudí s postihnutím (Patel et al., 2015). Podľa SPsS SLS na Slovensku chýba metodické usmernenie, aby sa postupovalo jednotne na všetkých pracoviskách³⁴. Na základe prieskumu z roku 2018 SPsS SLS identifikovala veľký rozptyl v podiele nedobrovoľne prijatých pacientov od 3 do 33 %.
- Intervencie v rámci škodlivého užívania alkoholu siahajú aj mimo liečební. V rámci **legislatívnych úprav v dostupnosti alkoholu** sa ako účinné pri poklese spotreby alkoholu a akútnych problémov v Austrálii (Gray et al., 2000) a poklese násilia v Južnej Amerike (Sánchez et al., 2011) preukázalo vyššie zdanenie alkoholických nápojov a obmedzenie ich predaja (napr. úprava predajných hodín, predaj iba na určených miestach, obmedzenie predaného množstva). Pomáha tiež skrining a krátkodobé zásahy, prevencia u náchylných tehotných žien a rodinné programy zamerané na zlepšenie rodičovských a komunikačných zručností (Patel et al., 2015).
- Pri **ilegálnych psychoaktívnych látkach** majú dlhodobý pozitívny dopad najmä programy pre **rozvoj psycho-sociálnych zručností u detí** základných škôl. Programy postihujúce pouličných dílerov, užívateľov, informačné kampane či väznenie prinášajú prinajlepšom krátkodobý efekt v znižovaní užívania. Intervencie v podobe osvety, testovania na drogy v škole a na pracovisku, svojpomocné skupiny nemajú potvrdenú účinnosť (Patel et al., 2015).
- **Programy pre podporu zdravého životného štýlu môžu pôsobiť ako prevencia vzniku nielen fyzických ochorení, ale aj psychických porúch**. Nezdravá strava, nedostatok pohybu a spánku sú spojené s vyšším rizikom vzniku depresie u ľudí bez porúch. Zdravý životný štýl pomáha aj pri liečbe ľudí s duševnými poruchami (Lopresti et al., 2013).

³³ po odchode ministerky zdravotníctva A. Kalavskej.

³⁴ Podľa SPsS SLS je v čase publikácie tohto materiálu v štádiu schvaľovania štandardný operačný postup, ktorý zjednotí prax v SR.

- Prevencii pomáha **kultivácia a udržiavanie prírodných oblastí s nízkou mierou urbanizácie tým**, že pobyt v prírode má pozitívny vplyv na duševné zdravie. Buckley et al. (2019) odhadli globálnu ekonomickú hodnotu vplyvu chránených oblastí na duševné zdravie na 6 triliónov dolárov ročne.

5.6 Špecifické zraniteľné skupiny

Rizikovým faktorom naprieč životom je aj **príslušnosť k špecificky zraniteľným skupinám**.

- Duševné problémy u **pacientov s chronickým fyzickým ochorením** zvyšujú náklady na liečbu o najmenej 45 % (Naylor et al., 2012). Liečba pacientov s cukrovkou alebo kardiovaskulárnym ochorením, pri ktorej bola súčasne aj liečená ich depresia, potvrdila návratnosť investície (1,52 libry za 2 roky, príloha 4), najmä ak pacienta liečil tím v primárnej starostlivosti namiesto u špecialistu (McDaid et al., 2017).
- **Ohrození sú rodinní príslušníci, ktorí sa starajú o blízkeho s duševnou poruchou** - častejšie trpia fyzickými aj duševnými problémami. Dvanásť týždňový **kurz pre rodiny** ukázal výrazné zlepšenie v zvládaní starostlivosti a vysporiadavaní sa so situáciou (Dixon et al., 2011).
- WHO odporúča riešiť duševné problémy u **obyvateľstva ohrozeného chudobou** zlepšovaním ich sociálneho statusu, podporou vzdelávania a cieľnou kvalitnou zdravotnou starostlivosťou. Problematickú zadlženosť, rozšírenú najmä medzi chudobnými obyvateľmi, adresoval v Anglicku program zameraný na **finančné poradenstvo pre značne zadlžených** ľudí bez príznakov duševných problémov. Pri návratnosti investície 2,6 libry prispel k prevencii, lepšej šanci zamestnať sa a k zlepšeniu vzťahov v rodine (McDaid et al., 2017). Od roku 2017 môžu zadlžení na Slovensku prejsť osobným bankrotom, revízia výdavkov na ohrozené skupiny (ÚHP et al., 2020) zdôrazňuje potrebu prevencie pred ďalším upadnutím oddlžených osôb do dlhov v budúcnosti.
- Duševné zdravie u **ľudí bez domova** môže zlepšiť **podporované bývanie** a zabrániť rozvoju porúch u ľudí, ktorým strata domova hrozí (McPherson et al., 2018). Podľa štúdie IEP (2019) majú aktivity občianskeho združenia Vagus, ktoré sa venuje pomoci ľuďom bez domova, návratnosť 2 až 12 eur za jedno investované euro,
- **Migranti a žiadatelia o azyl** sú vystavení vyššiemu riziku duševných porúch, najmä posttraumatickému stresovému syndrómu po presune, ktorý trvá aj po piatich rokoch. Dôležitá je **integrácia** a cieľná dostupnosť zdravotnej a sociálnej starostlivosti (Priebe et al., 2016).
- Ohrození vyšším výskytom duševných porúch a samovrážd sú členovia **LGBTI komunity**, najmä kvôli diskriminácii, izolácii a homofóbii (Russel and Fish, 2016). Semlyen et al. (2018) identifikujú ako možné intervencie školské programy, iniciatívy LGBTI, špeciálne druhy psychoterapie a komunitné programy.
- Závažnosť duševnými poruchami môže byť vyššia u **príslušníkov etnických menšín**. Podľa APA (2017) majú síce poruchy u menšín v USA podobný alebo nižší výskyt, pretrvávajú však dlhšiu dobu. Príslušníci etnických menšín s poruchami dostávajú menej zdravotnej starostlivosti a môžu čeliť problémom pri diagnostike kvôli kultúrnym špecifikám³⁵. Podľa Le Cook et al. (2019) diskriminácia a sociálne vylúčenie vedie k **horšiemu duševnému zdraviu u Rómov**. Podľa ÚHP et al. (2020) je deťom z marginalizovaných rómskych komunít (MRK) na Slovensku častejšie nesprávne diagnostikované ľahké mentálne postihnutie, ľudia z MRK majú tiež horší prístup k zdravotnej starostlivosti. Intervencie by mali cieľiť na sociálnu inklúziu, zlepšenie bývania a životných podmienok a lepší prístup k vzdelaniu a zamestnaniu.

V súčasnosti nie je možné jednoznačne určiť, koľko programov podpory duševného zdravia a s akou sumou štát podporuje. Na Slovensku existujú programy zamerané takmer na všetky vymenované oblasti a skupiny obyvateľov. Konkrétne príklady programov a občianskych združení pre hore vymenované skupiny aj s výškou dotácií od štátu a iných zdrojov sú v prílohe 5.

Identifikovanie všetkých relevantných programov si vyžaduje hlbšiu analýzu. Ministerstvá zverejňujú zoznamy projektov, ktoré podporili dotáciami. Pri stovkách projektov je často podľa názvu alebo krátkeho popisu ťažké určiť, či a do akej miery môžu podporovať duševné zdravie. Ministerstvo školstva takto v roku 2017 podporilo programy

³⁵ <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/mental-health-facts>

vo výške 158-tisíc eur, MPSVaR SR vo výške takmer 2,5 mil. eur. Príklady podporených programov, ktoré sa môžu viac či menej zaradiť do kategórie podpory duševného zdravia sú v tabuľke 4.

Je vo verejnom záujme, aby sa v rámci existujúcich programov:

- Identifikovali tie, ktoré sú relevantné pre podporu duševného zdravia podľa praxe v zahraničí
- Preskúmala účinnosť a návratnosť investícií relevantných projektov
- Vhodné projekty vo všetkých relevantných oblastiach boli systémovo (nie nárazovo) podporované, čím sa zabezpečí ich kontinuita

Tabuľka 4: Programy potenciálne podporujúce duševné zdravie, schválené dotácie

Projekt	Počet programov	Dotácia za celý projekt, v tis. Eur	Príklady potenciálnych programov	
			Jednoznačnejšie spojené s duševným zdravím	Menej jednoznačne spojené s duševným zdravím
Ministerstvo zdravotníctva				
Podpora duševného zdravia pre rok 2018	5	100	Všetky programy v rámci projektu	-
Ministerstvo školstva				
Rozvojový projekt - Zdravie a bezpečnosť v školách	19	35	Arteterapia . Z- ZA, Relaxujme spoločne ku zdraviu Využitie projektívnych a testových metód pri skupinovej a individuálnej práci a prevencii	Ak chceš zdravo žiť, poď si zacvičiť, Voda a Zem
Protidrogová prevencia Zvýšenie efektivity vzdelávania žiakov so zdravotným znevýhodnením 2018	11	21	Modernizácia učebne IKT pre žiakov s psychickými poruchami a chorobami	On - line bezpečne
Psychologické a špeciálnopedagogické poradenstvo 2018	13	72	Pre rovnaký štart a úspech v cieľi	Remeslo má zlaté dno
	14	30		Tri v jednom
Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny				
Podpora sociálnej oblasti a rodovej rovnosti	287	2 189	Aliancia žien - Cesta späť - rodová rovnosť, vzdelávanie, osvetová činnosť, Asociácia supervízorov a sociálnych poradcov	Tanečný klub "Danube" - rekondičné aktivity
Rekondičné aktivity	1	237	Jednota dôchodcov na Slovensku	-
Ministerstvo kultúry				
vybrané projekty (napr. mimo projektov ochrany pamiatok)	170	900	SVETLUŠKY, oblastná súťaž v tvorivosti zdravotne a mentálne postihnutých detí Maľovanie uzdravuje dušu 7 Modrý sprievod – šírenie povedomia o autizme	Letná tvorivá dielňa Židovské príbehy 20. storočia – cesta k tolerancii a medzikultúrnemu dialógu

Zdroj: MZ SR, MPSVaR SR, MŠVVaŠ SR, MK SR

Opatrenia pre prevenciu a podporu duševného zdravia

- **Identifikovať programy prítomné na Slovensku**, ktoré sú relevantné pre podporu duševného zdravia podľa praxe v zahraničí:

V ranom detstve	<ul style="list-style-type: none">• v pôrodníctve - starostlivosť o matku v období okolo pôrodu• v rodine - podpora hry rodičov a detí, rozvíjanie výchovných zručností rodičov, vzdelávanie o vytváraní netraumatizujúceho prostredia v rodine• v zdravotnej starostlivosti - skriningy na ochorenia a včasná intervencia, skriningy na ACEs a multidisciplinárna starostlivosť
V školskom veku	<ul style="list-style-type: none">• v materských, regionálnych a vysokých školách – výučba emocionálno-sociálnych zručností u detí, prevencia šikany, poradenstvo• na internete – poradne pre mládež cez chat, email, telefonickú linku
V produktívnom veku	<ul style="list-style-type: none">• u zamestnávateľov za podpory štátu – tréning riadiacich pracovníkov, prevenčné a podporné kurzy/aktivity pre zamestnancov• z rezortu práce – podpora nezamestnaných s duševnými poruchami aj bez
V seniorskom veku	<ul style="list-style-type: none">• projekty v komunite• včasná diagnostika a liečba demencie
Naprieč vekovými skupinami	<ul style="list-style-type: none">• podpora destigmatizácie• skriningy na symptómy duševných porúch v školách, zdravotníctve, na pracovisku• moderné psychologické postupy v systéme vyšetrovateľov, súdov a sociálnych služieb pri riešení krízových situácií• ochrana ľudských práv ľudí s duševnými poruchami• dištančné poradenstvo cez telefonické a online kanály• vytváranie bariér pre sebapoškodenie• vytváranie bariér v škodlivej konzumácii alkoholu a drog• podpora zdravého životného štýlu• kultivácia prírodných oblastí
Pre špecificky zraniteľné skupiny	<ul style="list-style-type: none">• podpora pre ľudí s chronickými ochoreniami• podpora pre blízkych a opatrovateľov ľudí s duševnou poruchou• podpora ľudí v dlhodobej zadlženosti• podpora ľudí bez domova• podpora žiadateľov o azyl• podpora ľudí z LGBTI komunity• podpora príslušníkov etnických menšín

- **Preskúmať účinnosť a návratnosť** investícií relevantných programov, napr. formou pilotných projektov
- **Systémovo (nie nárazovo) podporovať** vhodné projekty vo všetkých relevantných oblastiach a zabezpečiť tak ich kontinuitu

6 Zdravotno-sociálna starostlivosť

Správne nastavenie systému zdravotnej a sociálnej starostlivosti o ľudí s duševnou poruchou je nevyhnutným **predpokladom pre účinnú a nákladovo-efektívnu liečbu**. Vyššie investície do psycho-sociálnej liečby depresívnych a úzkostných porúch v USA po štrnástich rokoch **prinášajú v priemere 4,5 dolára za 1 investovaný dolár** (Chisholm et al., 2016). Layard et al. (2017) ukázali, že v Spojenom kráľovstve sa investície do lepšej zdravotno-sociálnej starostlivosti v konzervatívnom scenári vrátia naspäť, takže v konečnom dôsledku nezaťažujú daňových poplatníkov.

6.1 Štruktúra kapacít

Na Slovensku bola v roku 1991 vypracovaná a v roku 1999 schválená Reforma psychiatrickej starostlivosti (Hašto a kol., 1999), nikdy však riadne neprebehla. Reforma podľa najlepšej zahraničnej praxe navrhuje kapacitné a personálne potreby psychiatrickej starostlivosti. Neuskutočnila sa, lebo jej chýbal harmonogram, zodpovednosť rezortov a financovanie. Podľa odborníkov z LF UK a SPsS SLS sú však mnohé odporúčania stále aktuálne a dá sa nimi inšpirovať pri návrhu modernej siete zdravotnej starostlivosti o duševné zdravie. V roku 2006 bola prijatá Koncepcia psychiatrickej starostlivosti, odporúčania uvádza aj Národný program duševného zdravia (NPDZ). Odporúčania pre kapacity podľa tejto reformy sú uvedené v prílohe 7.

Princípy organizácie modernej zdravotno-sociálnej starostlivosti zhrnuté vo WHO (2005), ktorými sa riadi aj Národný program, zahŕňajú najmä prechod z ústavnej do ambulantnej a komunitnej starostlivosti, úpravu rozdelenia kompetencií medzi zdravotníkov a používanie vhodných liečebných a terapeutických metód.

Na moderných postupoch je založená aj reforma starostlivosti o duševné zdravie, ktorá sa v súčasnosti implementuje v Českej republike³⁶. Podľa Európskej psychiatrickej asociácie by mohla slúžiť ako model pre ostatné krajiny s podobnými potrebami. Reforma bola spustená v roku 2012, jej tvorbu stratégie a pilotné programy boli financované z fondov EÚ. Od roku 2018 prebieha prehodnocovanie reformy, pomenúvajú sa jej nedostatky. Začiatkom roka 2020 vyšiel nový Národní akční plán pro duševní zdraví (ÚV ČR, 2020), ktorý stratégiu aktualizuje.

Strategické materiály českej reformy obsahujú aj plány výdavkov a kapacít, ktoré vyplynú z premeny systému v dlhodobom horizonte. Ponúkajú tak užitočný nástroj, ako orientačne zhodnotiť stav kapacít na Slovensku. V nasledujúcich podkapitolách budú slovenské kapacity a výdavky porovnávané s plánmi pre Česko pre rok 2030. Zámer je poskytnúť ilustráciu. Realistické potreby a možné navýšenie a preskupenie výdavkov aj personálu by mali byť určené až v rámci komplexného vypracovania stratégie prevencie a starostlivosti v širšom fóre v rámci medzirezortnej spolupráce.

6.1.1 Ústavná starostlivosť

Dlhodobým svetovým trendom v premene starostlivosti o pacientov s duševnými poruchami je deinštitucionalizácia. Jej súčasťou je postupné rušenie pôvodných ústavov pre dlhodobú liečbu duševných porúch, ktoré boli v mnohých krajinách historicky umiestňované mimo obcí a komunít. Tieto veľké a izolované nemocnice boli spájané s nedostatočným využívaním vhodných terapeutických techník, porušovaním ľudských práv, demotivovaným a vyhoreným personálom, nízkou dostupnosťou a vysokými nákladmi. WHO (2005) odporúča presun časti lôžok z psychiatrických nemocníc do všeobecných nemocníc a liečby pacientov do komunít, čo prispieva k lepšej starostlivosti a zároveň k zníženiu stigmaty voči ľuďom trpiacim duševnými poruchami, zdravotníckym pracovníkom a liečebným metódam. Zachované majú byť najmä špecializované zariadenia zamerané na určité diagnózy alebo skupiny pacientov vyžadujúce špecifickú liečbu, napr. deti (detská psychiatria), starších pacientov (gerontopsychiatria), ľudí so závislosťami alebo forenzné psychiatrické jednotky.

V rámci ústavnej starostlivosti je Slovensko pomerne deinštitucionalizované, napr. v porovnaní s Českom. Na Slovensku sú tri liečebne, kde liečba v priemere trvá 4 mesiace, z toho dve pre dospelých a jedna pre detských pacientov, najväčšia s kapacitou 250 lôžok (Tabuľka 5). Päť špecializovaných nemocníc má kapacitu od 260 do 480 lôžok, z toho 40 % na špecializovaných oddeleniach, podľa SPsS SLS sú na Slovensku potrebné. V Česku sa psychiatrická zdravotná starostlivosť historicky koncentrovala výraznejšie do veľkých ústavov, reforma chystá výrazný presun z následných na akútne lôžka. V roku 2017 sa tam až 78 % lôžok nachádzalo v 10 psychiatrických zariadeniach s viac ako 500 lôžkami (z toho dve zariadenia majú vyše 1000 lôžok)³⁷.

³⁶ <http://www.reformapsychiatrie.cz/>

³⁷ NAPDZ, príloha 10.

Tabuľka 5: Ústavná zdravotná starostlivosť - rozdelenie podľa typu zariadenia, 2018

typ zariadenia	počet zar.	počet lôžok				počet hosp.		priem. dĺžka hosp.
		min	max	spolu	% PPD	spolu	% PPD	
liečebňa	3	90	250	540	-	1 330	-	119
<i>v tom: psychiatria pre dospelých*</i>	-	-	-	450	83%	1 030	77%	123
psychiatrická nemocnica	5	260	475	1 715	-	11 503	-	48
<i>v tom: psychiatria pre dospelých*</i>	-	-	-	1 084	63%	7 222	63%	50
iné špecializované zariadenia**	8	15	200	520	-	3 194	-	44
<i>v tom: psychiatria pre dospelých*</i>	-	-	-	232	45%	1 317	41%	38
všeobecná nemocnica	25	20	80	1 624	-	27 798	-	19
<i>v tom: psychiatria pre dospelých*</i>	-	-	-	1 502	92%	26 807	96%	17
SPOLU	41	-	-	4 399	74%	43 825	83%	57

PPD - psychiatria pre dospelých

* okrem psychiatrie pre dospelých sú v zariadeniach oddelenia napr. detskej psychiatrie, gerontopsychiatrie, neuropsychiatrie, medicíny drogových závislostí

** centrá pre liečbu drogových závislostí v BA, BB a KE, odborný liečebný ústav v Muráni, nemocnica pre odsúdených v Trenčíne, Sanatórium AT v Bratislave a liečebne v Sútove a Rožňave

Zdroj: NCZI, výkaz P01

Súčasťou deinštitucionalizácie v Česku je okrem zvýšenia podielu akútnych lôžok v pláne aj celkové znížovanie ich počtu v ústavnej starostlivosti. Na základe konzultácie s Radou vlády pre duševné zdravie (RVDZ) reformy českej psychiatrie stačí v prepočte na slovenské pomery približne 1 000 lôžok vo všeobecných nemocniciach a 2 500 v psychiatrických nemocniciach pre všetky skupiny pacientov. **Na Slovensku sú teraz kapacity v ústavnej starostlivosti vyššie** (Tabuľka 6). Počet lôžok vo všeobecných nemocniciach by v tomto scenári na Slovensku mal klesnúť o približne 600 (37 %), v prípade psychiatrických nemocníc o 930 (33 %). Spolu s lôžkami by sa mal znížiť aj celkový počet personálnych kapacít na lôžkových oddeleniach, chýba do 20 psychológov.

Odborné spoločnosti na Slovensku sa však zhodujú s českou reformou na tom, že znížovanie počtu lôžok a kapacít nemôže nastať, kým nebude dostatočne pripravená komunitná a ambulantná starostlivosť (viac v kapitolách 6.1.2 a 6.1.3). So znižovaním počtu psychiatrických lôžok zatiaľ nerátajú ani koncepcie ústavnej starostlivosti na Slovensku. Návrh slovenskej reformy siete nemocníc (stratifikácia) uvádza nárast počtu všetkých psychiatrických lôžok na takmer 4 700 v roku 2030³⁸. MZ SR zároveň navrhuje minimálnu sieť, kde je počet psychiatrických lôžok v roku 2030 zhodný so súčasným počtom.

Tabuľka 6: Lôžka v ÚZS - stav v SR 2018 a plán českej reformy

Lôžka	ČR			SR	
	stav 2017	plán 2030	prepočet na SR (cieľová hodnota)	stav 2018	% plánovaného stavu
Počet lôžok					
Všeobecná nemocnica	8 919	2 006	1 029	1 624	158%
Psychiatrická nemocnica	1 317	4 850	2 488	2 775	112%
Spolu	10 236	6 857	3 518	4 399	125%
Personálne kapacity					
Lekári	726	555	284	379	133%
Sestry	5 470	2 458	1 261	1 305	103%
Klinickí psychológovia	330*	294	151	137	91%
Ostatný personál		493	253	865	342%
Spolu	6 526	3 800	1 949	2 686	138%

*Počet iných pracovníkov ako lekárov a sestier, zahŕňa aj klinických psychológov aj ostatný personál

Zdroj: NCZI (M-01, P01), konzultácia s Radou vlády k českej reforme, NAPDZ (2020)

³⁸ <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2019-453>, Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy. Reformu siete nemocníc v roku 2019 schválila vláda, ale neprešla národnou radou. Hoci reforma ráta s celkovým poklesom počtu lôžok v nemocniciach, počtu lôžok v psychiatrii sa má navýšiť najmä kvôli nárastu chorobnosti v dôsledku starnutia.

Podľa SPsS SLS je namiesto rušenia lôžok potrebné reprofelizovať tie súčasné, nedostatky sú najmä v ústavnej psychiatrickej starostlivosti o deti a seniorov. Rozšírenie detských psychiatrických oddelení sa v súčasnosti plánuje v psychiatrických nemocniciach (PN) v Kremnici a Pezinku a v univerzitných nemocniciach v Martine a v Košiciach, v štádiu verejného obstarávania sú však zatiaľ len projekty v Kremnici a Martine. Gerontopsychiatrické oddelenia sa plánujú rozširovať v PN v Pezinku (ÚRPO, MZ SR). Podľa Národného programu najmä gerontopsychiatrickí pacienti, ktorí sa o seba nedokážu postarať v domácom prostredí, často končia v nevyhovujúcich podmienkach v zariadeniach sociálnych služieb bez adekvátnej odbornej starostlivosti. Rozširovanie týchto oddelení je však obmedzené tým, že chýbajú odborníci v pedo- a gerontopsychiatrii, najmä psychiatri a psychológovia (viac v kapitole 6.1.3).

Odborníci odporúčajú navyšovať kapacity a personál v zariadeniach pre liečbu závislostí od návykových látok, **dlhodobo úplne chýbajú zariadenia pre agresívnych pacientov a ochrannú liečbu pre páchatel'ov trestných činov** a ich liečba sa vykonáva na bežných oddeleniach ÚZS. Bezpečnostné oddelenia pre agresívnych pacientov sa plánujú budovať v psychiatrických nemocniciach v Kremnici, Pezinku a Hronovciach³⁹. Detenčné centrum pre ochrannú liečbu páchatel'ov trestných činov sa v súčasnosti sa buduje v Hronovciach⁴⁰.

Problém pri rozširovaní oddelení je najmä chýbajúci personál. V prípade dospelých psychiatrických pacientov je celková lôžková kapacita dostatočujúca. Národný program zároveň upozorňuje na **nevyhovujúce a poddimenzované materiálo-technické vybavenie** ústavných zariadení na Slovensku.

6.1.2 Komunitná starostlivosť

Nevyhnutnou súčasťou deinštitucionalizácie je rozvoj komunitnej starostlivosti. Komunitné zariadenia a služby posúvajú zdravotno-sociálnu starostlivosť bližšie k pacientovi a k jeho okoliu, zvyšujú dostupnosť, urýchľujú liečbu, pomáhajú s rehabilitáciou a návratom do bežného života a ďalej prispievajú k znižovaniu stigmy.

Patria sem najmä

- denné stacionáre
- nočné centrá
- podporované/asistované bývanie
- chránené bývanie
- mobilné krízové tímy
- domáca starostlivosť
- chránené dielne
- centrá pre obeť domáceho násillia
- programy pre čakateľov na azyl
- poradné a krízové telefonické linky.

Odporúča sa tiež tzv. case manažment – pacientovi je priradený manažér prípadu/osobný asistent, ktorý koordinuje služby v rámci skríningu, diagnostiky prípadu, zabezpečuje zapojenie rodiny a monitorovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Výhodou je, že túto pozíciu môže zastávať aj nezdravotník, najlepšie priamo člen komunity (NPDZ).

SPsS SLS považuje stacionáre za významnú a nevyhnutnú súčasť modernej komunitnej starostlivosti o duševné zdravie, ako ideálny prechod medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou a zároveň ako vhodný základ pre budovanie komunitných služieb.

³⁹ K februáru 2020 je v Kremnici ukončené verejné obstarávanie na dodávateľa projektovej dokumentácie, v Pezinku je vyhlásené verejné obstarávanie na dodávateľa prác na vytvorenie oddelenia a v Hronovciach je v pláne dostavba rozostaveného pavilónu, kde sa vytvorí aj bezpečnostné oddelenie (ÚRPO, MZ SR).

⁴⁰ K februáru 2020 je podpísaná zmluva na dodávateľa stavby (ÚRPO, MZ SR).

Stacionárov je na Slovensku málo a postupne dokonca ubúdajú. Kapacitné odporúčania komentára SPsS SLS pre stacionáre sa zhodujú s tými v Reforme 1999.⁴¹ V súčasnosti existuje jeden stacionár s odbornosťou detská psychiatria, stacionáre pre odbor gerontopsychiatria na Slovensku chýbajú úplne. **Jedným z hlavných dôvodov podľa SPsS SLS je, že stacionáre sú podfinancované.** Zdravotné poisťovne v súčasnosti hradia pobyt jedného pacienta vo výške 11-15 eur za deň (miestodeň) pre všetky typy stacionárov. Podľa prevádzkovateľov tieto úhrady nepokrývajú potrebné výdavky. Dôvodom je, že starostlivosť v psychiatrických stacionároch je výrazne náročnejšia ako v iných stacionároch, vyžaduje si väčší počet vysokošpecializovaných pracovníkov, ktorí sa pacientom intenzívne venujú.⁴² Niektoré stacionáre navyše nespĺňajú zákonom stanovené požiadavky na počet personálu. Podľa výpočtov SPsS SLS je pre prežitie stacionárov po dodržaní zákonných požiadaviek potrebná platba minimálne 40 eur za miestodeň.

Rovnako úplne absentujú krízové centrá a mobilné krízové jednotky, ktoré v zahraničí pomáhajú včas riešiť akútne prípady priamo v komunite a v domácom prostredí, predchádzajú tak hospitalizácii a skracujú jej trvanie, urýchľujú liečenie a šetria zdroje (NPDZ).

Zakladanie komplexných stacionárov s mobilnými jednotkami zvaných centrá duševného zdravia je najvýraznejším opatrením českej reformy. Plán je vybudovať veľké komunitné centrá so špecializovanými tímami psychiatrov, psychologov, sociálnych pracovníkov, ktorí 50 % času trávia zásahmi v teréne a prácou s pacientmi a ich rodinami v domácom prostredí. Príprava dostatočnej komunitnej starostlivosti je nevyhnutná pre deinštitucionalizáciu, aby pacienti mali priestor pre postupný prechod do spoločnosti v prostredí odbornej starostlivosti. Stratégiou českej reformy je dočasne nerušiť lôžka v ústavoch a paralelne budovať centrá duševného zdravia, čím sa predchádza napríklad tomu, aby pacienti skončili bez domova.

Pre podobné zariadenia na Slovensku by mohli byť využité napríklad kapacity, ktoré mali byť uvoľnené v rámci reformy siete nemocníc (tzv. „stratifikácie“). Reforma ráta s celkovým uvoľnením 3-tisíc až 5-tisíc lôžok, uvoľnené priestory majú byť premenené aj na iné formy zariadení zdravotno-sociálnej starostlivosti. Časť z nich by mohla byť práve využitá na potrebné komunitné riešenia – stacionáre/centrá duševného zdravia, ale aj spomínané nočné centrá, centrá pre obeť domáceho násillia alebo chránené dielne.⁴³ Česká reforma tiež odporúča zriadenie centier duševného zdravia aj v priestoroch liečební a psychiatrických nemocníc.

Tabuľka 7 ukazuje, že v porovnaní s plánom pre centrá duševného zdravia v ČR sú personálne kapacity naplnené minimálne.

Tabuľka 7: Stacionáre – stav v SR 2018 a plán českej reformy pre centrá duševného zdravia

	česká reforma, plán 2030		SR	
	spolu v ČR	prepočet na SR	stav 2018	% plánovaného stavu
Počet CDZ/stacionárov	154	79	21	27%
Personálne kapacity				
Lekári	65	33	10	29%
Sestry	400	205	24	12%
Klinickí psychológovia	68	35	14	40%
Ostatný personál*	1 512	776	18	2%
Spolu	2 045	1 049	65	6%

*vrátane sociálnych pracovníkov v CDZ

Zdroj: NCZI (M-01, P01), konzultácia s Radou vlády k českej reforme

6.1.3 Ambulantná starostlivosť

Plán českej reformy pre personál ambulancií je na Slovensku orientačne naplnený na 60 %. Kapacity v ambulanciách pre deti a pre seniorov sú nízke (Tabuľka 8). Na Slovensku bolo v roku 2018 spolu menej než

⁴¹ http://www.psychiatry.sk/cms/File/2018/NPDZ_web.pdf

⁴² <https://hlavne.sk/regiony/zilina-denne-psychiatricke-stacionare-su-v-ohrozeni-potreba-je-zmena-v-ich-financovani/>

⁴³ <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2019-453>, Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy. Reformu siete nemocníc v roku 2019 schválila vláda, ale neprešla národnou radou.

60 pedopsychiatrov, z toho len 29 ambulantných. Navyše polovica z nich je v pred dôchodkovom alebo dôchodkovom veku (SPsS SLS). Česká reforma plánuje zabezpečiť spolu 200 detských psychiatrov, v prepočte to pre Slovensko znamená 40 chýbajúcich pedopsychiatrov (Tabuľka 9).⁴⁴

MZ SR zároveň v súčasnosti pripravuje novú podobu verejnej minimálnej ambulantnej siete (VMS). Minimálne požiadavky pre rok 2030 sú v súčasnosti naplnené na 74 %, u pedopsychiatrov na 66 % (Tabuľka 8). Počet klinických psychológov v ambulanciách je už momentálne výrazne vyšší ako minimum pre rok 2030 – mohlo by to poukazovať na ich dostatok. To je ale vo výraznom rozpore s českou reformou, ktorá na základe informácií od RVDZ u personálnych kapacít počíta najmä s nárastom počtu klinických psychológov v ambulanciách v roku 2030, sociálnych pracovníkov a pracovníkov v sociálnych službách (RVDZ).⁴⁵

Tabuľka 8: Ambulancie - stav v SR 2018, plán českej reformy a návrh verejnej minimálnej siete SR

	ČR			SR				
	stav 2017	plán 2030	prepočet na SR (cieľová hodnota)	stav 2018	naplnenie cieľovej hodnoty	návrh VMS SR	naplnenie VMS	
Personálne kapacity								
Lekári, z toho:	819	1 000	513	306	60%	414	74%	
<i>psychiatria</i>	-	-	-	269	-	342	79%	
<i>detská psychiatria</i>	-	-	-	29*	-	44	66%	
<i>medicina drogových závislostí</i>	-	-	-	8	-	28	29%	
Sestry	443	1 200	616	265	43%	-	-	
Klinickí psychológovia*	179/764*	700	359	290	81%	216	134%	
Ostatný personál	234	400	205	124	60%	-	-	
Spolu	1675	3 300	1 693	985	58%	-	-	

Pozn.: VMS – verejná minimálna sieť, návrh MZ SR

*plán ČR na základe informácie s RVDZ, do vydania tejto štúdie nebolo jasné, či ide o navýšenie alebo absolútny počet. Táto analýza pracuje absolútnym počtom ako s konzervatívnejšou možnosťou.

Zdroj: NCZI (M-01, P01), konzultácia s Radou vlády k českej reforme, MZ SR

Tabuľka 9: Detskí psychiatri - kapacity v ambulantnej a celkovej ZS, stav a plán

	ČR stav 2017		ČR plán 2030		SR		
	spolu v ČR	prepočet na SR	spolu v ČR	prepočet na SR	SR stav 2018	naplnenie stavu ČR 2017	naplnenie cieľovej hodnoty 2030
ambulantní	93,5	48,0	-	-	29,0	60%	-
Spolu	140	71,8	200	102,6	59,7	83%	58%

Zdroj: NAPDZ (príl.10), LF UK ČR (2019)⁴⁶, VŠZP, NCZI (M-01)

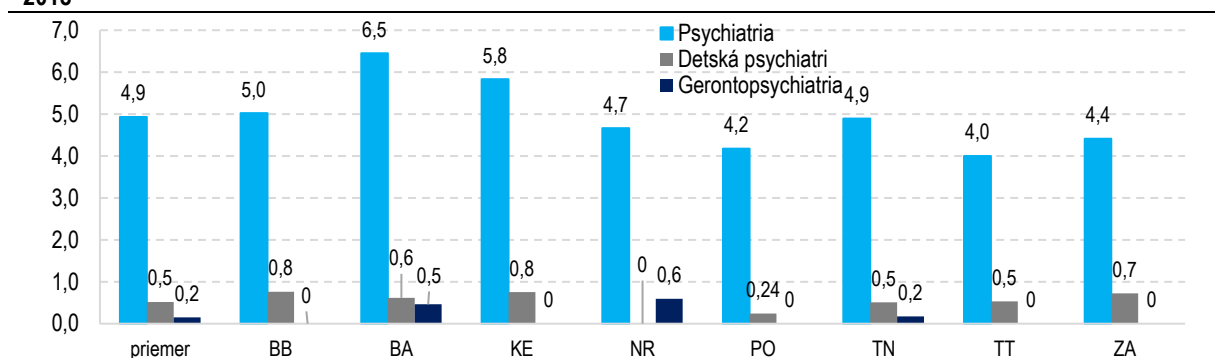
Národný program považuje za najväčší problém ambulantnej starostlivosti regionálnu dostupnosť, kvôli nerovnomernému geografickému rozloženiu poskytovateľov psychiatrickej starostlivosti. Najhoršie je na tom Prešovský a Trnavský kraj, ktoré majú najmenej psychiatrov a detských psychiatrov na počet obyvateľov a chýbajú v nich ambulancie gerontopsychiatrie (Graf 19). Podľa SPsS SLS sú na Slovensku regióny bez dostatočnej ambulantnej, ale aj ústavnej starostlivosti.

⁴⁴ <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/09/problemy-detske-psychiatrie-myty-stigmatizace-nedostatek-lekaru-i-nedostatecna-spoluprace-resortu/>. Deklarovaný plánovaný počet pedopsychiatrov pre ČR je 200 (nie je zahrnutý v NAPDZ).

⁴⁵ Údaj 700 v počte ambulancií klinických psychológov (NAPDZ, 2020). Do vydania tejto štúdie nebolo jasné, či ide o navýšenie alebo absolútny počet. Údaje o súčasnom počte (ambulantných) klinických psychológov v ČR sú rôzne v jednotlivých zdrojoch, napr. 179 v ambulantnej starostlivosti podľa ÚZIS (2018) a 764 podľa NAPDZ, príloha 7.

⁴⁶ <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/09/problemy-detske-psychiatrie-myty-stigmatizace-nedostatek-lekaru-i-nedostatecna-spoluprace-resortu/>

Graf 19: Ambulancie - regionálna dostupnosť v krajoch, počet úväzkov lekárov v ambulanciách na 100-tisíc obyv., 2018



Zdroj: NCZI výkaz M01

Celkový nedostatok psychiatrov spôsobuje ich preťaženie, čo zhoršuje liečbu pacientov. Podľa SPsS SLS majú lekári v priemere 16 minút na pacienta,⁴⁷ čo ohrozuje kvalitu starostlivosti, keďže za krátky čas nie je možné urobiť diagnostiku, zvoliť liečbu a edukovať pacienta a zároveň nadviazať dobrý terapeutický vzťah. Navyše pri prijímaní akútnych prípadov sa neakútne prípady presúvajú, čakacie lehoty u psychiatra sú v priemere 7,3 týždňa, v niektorých regiónoch aj niekoľko mesiacov.

Špecializácia v detskej psychiatrii je pre lekárov neatraktívna. V minulosti bola pedopsychiatria nadstavbové štúdium pre psychiatrov, dnes v praxi vyžaduje samostatné špecializačné štúdium a detskí psychiatri môžu liečiť iba deti a adolescentov. Pre zvýšenie atraktivity bolo koncom roka 2019 špecializačné štúdium skrátené z piatich na štyri roky⁴⁸. Atraktivitu znižuje aj skutočnosť, že detských psychiatrických oddelení je na Slovensku minimum, podľa SPsS SLS napr. niektorí študenti detskej psychiatrie v Košiciach za celé štúdium nemajú žiadny kontakt s detským psychiatrickým pacientom. Psychiatrická a psychoterapeutická starostlivosť o detských pacientov je pritom nevyhnutná pre včasnú diagnostiku a liečbu, účinné liečenie porúch a podporu zdravia, keďže polovica porúch vzniká už pred 14. rokom života.

V gerontopsychiatrii momentálne ani neexistuje akreditované špecializačné štúdium. Podľa SPsS SLS majú študenti o špecializáciu záujem, vzdelanie však získať nemôžu. Na druhú stranu podobne ako pri pedopsychiatrii prekážajú aj nízke kapacity pre vykonávanie špecializácie.

Česká reforma zdôrazňuje potrebu multidisciplinárneho prístupu nielen v komunitnej starostlivosti (v zmysle centier duševného zdravia), ale aj v ambulantnej starostlivosti. Reforma ráta so zavedením tzv. ambulancií s rozšírenou starostlivosťou, kde by na jednom mieste koordinovane spolupracovali psychiater, psychiatrická sestra a psychológ.

Dobrou praxou podľa WHO (2005) je rozšírenie kompetencií všeobecných lekárov, ktorí by mali vedieť rozpoznať príznaky duševných porúch a odlíšiť ich od čisto fyzických problémov. Mali by mať možnosť liečiť ľahšie formy duševných porúch (najmä úzkostné a depresívne), predpisovať príslušné psychofarmaká a priamo spolupracovať s psychoterapeutmi. Mali by tiež zastávať funkciu gatekeeperov⁴⁹ pred postupom do špecializovanej psychiatrickej starostlivosti. **Pri správnej odbornej príprave môžu všeobecní lekári zvýšiť dostupnosť starostlivosti pre pacientov pri nižších nákladoch.** Zároveň pomáhajú v prostredí s veľkou stigmu, keďže ich návšteva môže byť u ľudí s duševnými problémami prijateľnejšia. To však predpokladá, že majú pacienti so všeobecným lekárom dôverný vzťah. Na Slovensku má podľa SPsS SLS v súčasnosti významný antistigmatizačný vplyv skutočnosť, že dnes môžu pacienti navštíviť psychiatra bez výmenného lístka od všeobecného lekára. Presun liečby bežných psychických porúch na všeobecných lekárov má však potenciál uvoľniť priestor u psychiatrov pre liečenie ťažších prípadov a pre psychoterapiu.

⁴⁷ http://www.psychiatriy.sk/cms/File/2018/NPDZ_web.pdf

⁴⁸ https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2019/vestnik-2019-osobitne-vydanie.pdf

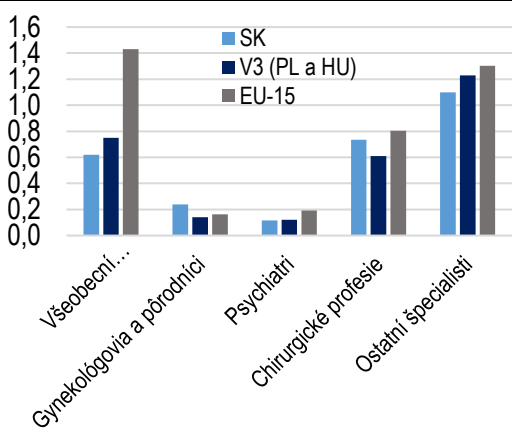
⁴⁹ Úloha komplexného manažovania liečby pacienta v zdravotnej starostlivosti, autorizovanie jeho pohybu systémom a liečby u špecialistov.

Podľa SPsS SLS majú byť kompetencie všeobecných lekárov riadne zadefinované v rámci momentálneho zavádzania štandardných diagnostických a terapeutických postupov (ŠDTP). V súčasnosti je schválených 24 postupov, na zverejnenie čakajú postupy zamerané na úzkostné a depresívne poruchy, viac v kapitole 6.2. Podmienkou rozšírenia kompetencií všeobecných lekárov by malo byť doplnkové štúdium s vopred zadefinovanými podmienkami za účelom zabezpečenia správneho postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Už dnes majú všeobecní lekári kompetenciu predpisovať aj psychofarmaká, a veľa z nich predpisuje napr. lieky na úzkosť nevhodne (viac v kapitole 6.2.2). Pre dosiahnutie želaného efektu je však potrebné zabezpečiť, aby všeobecní lekári mali kapacitu vzdelávať sa a vyšetrenia vykonávať s podporným psychoterapeutickým prístupom. Na Slovensku sú už teraz všeobecní lekári nadmerne vyťažení, oproti priemeru EÚ je ich výrazný nedostatok (Graf 20).

Zároveň je potrebné vzdelávať lekárov všetkých špecializácií, aby sa zvýšila pravdepodobnosť odhalenia psychickej poruchy a znižoval sa skrytý výskyt porúch (kapitola 1). Jones et al. (2019) odporúčajú vzdelávať všetkých zdravotníkov o vplyve tráum na zdravie ľudí, najmä ACEs (kapitola 5.1). Pre úspešnosť liečby fyzického ochorenia u pacienta s vysokým počtom ACEs autori odporúčajú zvážiť psychoterapiu a adresovať širšie potreby pacienta a jeho rodiny.

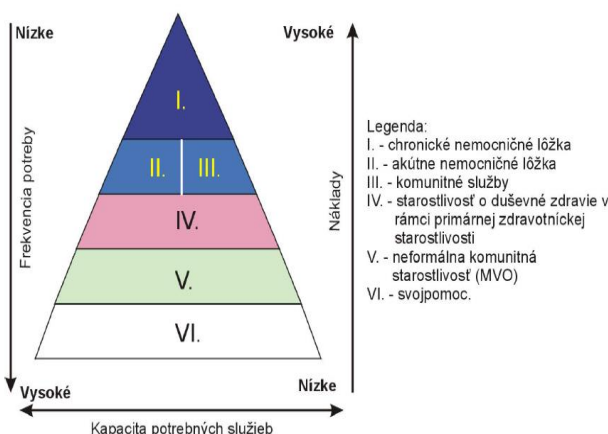
Optimálny mix služieb v rámci organizačnej štruktúry je špecifický pre každú krajinu. WHO ponúka schému podľa potreby a nákladovosti jednotlivých druhov starostlivosti a služieb (Obrázok 4).⁵⁰

Graf 20: Počet lekárov podľa typu špecializácie, na tisíc obyv., 2017



Zdroj: NCZI, OECD

Obrázok 4: Mix služieb ZS podľa WHO



- Legenda:
- I. - chronické nemocničné lôžka
 - II. - akútne nemocničné lôžka
 - III. - komunitné služby
 - IV. - starostlivosť o duševné zdravie v rámci primárnej zdravotníckej starostlivosti
 - V. - neformálna komunitná starostlivosť (MVO)
 - VI. - svojpomoc.

Zdroj: NPDZ

6.2 Liečebné postupy

Zásadou modernej starostlivosti je vhodné kombinovanie liečebných postupov. Základnými postupmi pri liečbe duševných porúch sú psychoterapia a liečba psychofarmakami, v menšej miere sa používa liečba stimuláciou mozgu a rastie výskum liečby v súčasnosti nelegálnymi psychoaktívnymi látkami. Dobrá prax v zahraničí smeruje k preferovaniu psychoterapie pred liekmi. Psychofarmaká sú vhodné a efektívne vo vybranej skupine duševných porúch (napr. schizofrénia), sú však stále najrozšírenejšou formou liečby pri všetkých poruchách.

Na Slovensku sa podľa komory psychológov nedostatočne využíva liečba založená na výsledkoch, zabezpečiť ju má vytvorenie a uplatňovanie štandardných diagnosticko-terapeutických postupov (ŠDTP). V januári 2020 bolo zverejnených 16 ŠDTP v psychiatrii, klinickej psychológii a liečebnej pedagogike⁵¹. Podľa SPsS SLS však

⁵⁰ https://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf

⁵¹ <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>. V rámci psychiatrie bol vypracovaný aj ŠDTP pre demenciu, hoci ide o neurologicko-psychiatrickú poruchu a doteraz na Slovensku nie je jasné rozloženie kompetencií v liečbe medzi odbornosťami.

zavedenie ŠDTP do praxe viazne, je potrebné postupy zaradiť do vzdelávania pracovníkov, zadefinovať kompetencie a povinnosti všetkých strán vo vykonávaní, kontrole a vymáhaní dodržiavania postupov.

6.2.1 Psychoterapia

Psychoterapia používa psychologické metódy pre zníženie stresu a zlepšenie emočného prežívania, jej účinnosť potvrdzujú výskumy neurobiológie mozgu (Buchheim et al., 2012). Existuje mnoho typov psychoterapie, napr. kognitívno-behaviorálna, psychodynamická, skupinová, rodinná alebo pracovná terapia, opísané sú v prílohe 7. Podľa Layard a Clark (2015) pacienti podstupujúci psychoterapiu majú až 50 % pravdepodobnosť vyliečenia, napriek tomu sa stále používa veľmi málo. Navyše autori ukázali, že rozšírenie psychoterapie v dlhodobom horizonte nevytvára žiadne náklady tým, že znižuje potrebu využívania zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Vhodný typ závisí od diagnózy aj konkrétneho pacienta, mal by byť odporúčaný v ŠDTP a môže sa tiež meniť počas procesu liečby.

Psychoterapia je v štandardoch mnohých krajín a odborných spoločností odporúčaná ako prvá voľba u významnej časti diagnóz duševných porúch – pri väčšine úzkostných porúch, ľahších formách depresie, poruchách príjmu potravy a poruchách osobnosti (NICE⁵², APA⁵³). Lieky sú skôr doplnkom, liečba samotnými liekmi je bez psychoterapie nedostatočná (SKP, Hewlett et al., 2014, SPsS SLS). V Spojenom kráľovstve sa ňou do roku 2007 liečilo iba 1 % pacientov s depresívnou alebo úzkostnou poruchou, v rámci iniciatívy IAPT⁵⁴ zlepšujúcej dostupnosť psychologickej liečby sa od roku 2008 v Anglicku používa u cca 10 % pacientov (Layard a Clark, 2015). V pilotných programoch sa ukázalo, že psychoterapiou sa vyliečilo 46 % pacientov a u dvoch tretín došlo k významnému zlepšeniu (Clark, 2013).

Na Slovensku je nedostatok odborníkov v psychoterapii. Povolanie psychoterapeuta na Slovensku neexistuje, psychoterapiu môžu vykonávať certifikovaní psychológovia⁵⁵ a lekári. V roku 2018 bolo cca 440 psychológov v klinickej psychológii vedených v údajoch NCZI, Slovenská komora psychológov eviduje 1 130 členov – združuje však len psychológov v zdravotníctve a zároveň aj nečinných členov. Presné čísla vrátane súkromných terapeutov s výlučne priamymi platbami klientov chýbajú. Podľa údajov NCZI je činných 397 klinických psychológov a 12 detských klinických psychológov⁵⁶, v porovnaní s plánom českej reformy ich spolu chýba minimálne 100⁵⁷. Podľa SKP na Slovensku však chýba až 1 000 psychoterapeutov. Veľa psychiatrov má dodatočné vzdelanie z psychoterapie, ale mnohokrát na ňu nemajú čas. Okrem zdravotníctva pracujú psychológovia aj v poradenských zariadeniach ministerstva školstva a na školách ako školskí psychológovia, venujú sa prevencii, detekcii a pomáhajú pri liečbe porúch, nemôžu však vykonávať psychoterapiu.

Nedostatok odborníkov vedie k nevhodnej a nedostatočnej liečbe duševných porúch. Jedným z dôsledkov je spomínaná nadmerná preskripcia a nevhodné predpisovanie niektorých liekov deťom a mladistvým popísaných nižšie. Na druhej strane nedostupnosť, neinformovanosť a stigma zapríčiňuje, že mnoho porúch podmienených stresom sa lieči ako čisto fyzické ochorenia, bez zásahu odborníkov psychológov a psychiatrov (napr. väčšina porúch trávenia, ktoré sú bez fyziologického nálezu).

Dôvodmi nedostatku psychoterapeutov sú systémové bariéry v možnosti vykonávať povolanie, nie nedostatok záujemcov:

⁵² National Institute for Health and Care Excellence. Uznávaná vládna inštitúcia v Anglicku a Walese, ktorá vydáva postupy v prevencii, diagnóze a liečbe založené na dôkazoch a moderných postupoch: <https://www.nice.org.uk/>.

⁵³ Americká psychiatrická asociácia: <https://www.psychiatry.org/>.

⁵⁴ Improving Access to Psychological Therapies

⁵⁵ Psychológ môže okrem psychoterapie vykonávať aj diagnostiku, administráciu psychologických testov a pod.

⁵⁶ Resp. klinických psychológov na oddeleniach detskej psychiatrie

⁵⁷ Tento údaj môže byť výrazne podhodnotený. Do vydania tejto štúdie nebolo jasné, či v pláne ČR pre ambulantných klinických psychológov ide o navýšenie alebo absolútny počet. Táto štúdia pracuje s absolútnym počtom ako s konzervatívnejšou možnosťou (Tabuľka 8). V ústavnej zdravotnej starostlivosti zároveň počíta so scenárom úbytku kapacít v Tabuľke 6, ktorý nemusí byť realistický a nie je žiadaný kým sa nevytvoria dostatočné kapacity v komunitnej a ambulantnej starostlivosti.

- **Výcvik v psychoterapii je dlhý a môže stáť účastníka vyše 10-tisíc eur.** Psychiater ako lekár-špecialista tak študuje približne 15 rokov, psychológ, ktorý si môže otvoriť psychoterapeutickú ambulanciu, približne 12 rokov.⁵⁸ Psychoterapeutický výcvik trvá približne 4 roky a účastník si sám pokrýva náklady na vzdelávanie, ubytovanie a stravu. Na výcvik rôznych typov psychoterapie minie účastník niekoľko stoviek až tisícov eur (príloha 8). Štúdijné voľno je pre tento typ výcviku príkrátke, účastník tak môže prísť o dovolenku, štúdium počas neplateného voľna by zase znamenalo prerušenie praxe a porušenie podmienky pre výcvik. Účastník je preto často závislý od zhovievavosti zamestnávateľa (SKP). Dlhý a drahý výcvik je prekážkou aj pre lekárov – najmä psychiatrov, ktorí majú záujem o psychoterapeutický výcvik.
- **Súčasný systém bráni veľkej časti psychológov v ceste k špecializácii. Ročne končí štúdium psychológie cca 450 absolventov, len menej ako 10 % si však bude môcť otvoriť vlastnú psychoterapeutickú ambulanciu.** Ambulanciu s psychoterapeutickou praxou si v súčasnosti môže otvoriť iba zdravotnícky pracovník - vyštudovaný psychológ, ktorý prešiel 1) krátkou praxou v zdravotníckom zariadení, následne 2) špecializačným štúdiom a nakoniec 3) výcvikom v psychoterapii. Psychológovia však pracujú aj v iných rezortoch (napr. školstve alebo sociálnej oblasti). Ak chcú aj títo odborníci vykonávať samostatnú psychoterapeutickú činnosť, musia aj napriek skúsenostiam získaným vo svojom rezorte prejsť všetkými tromi krokmi v zdravotníctve. Problém nastáva hneď pri podmienke krátkej praxe v zdravotníckom zariadení – pre psychológov z iných rezortov zariadenia nemajú miesta. Títo psychológovia sa tak vôbec nemôžu prihlásiť na špecializačné štúdium. Platí to aj v prípade, ak sa psychológ chce špecializovať ako poradenský psychológ, ktorý neskôr pôsobí väčšinou aj tak mimo sektoru zdravotníctva.
- **Kvôli bariéram v systéme je pre mnohých psychológov jednoduchšie pracovať v neregulovaných poradniach mimo zdravotníctva s výlučne priamymi platbami klientov.** Hoci veľa psychológov pracujúcich mimo zdravotníctva nemôže prejsť špecializačným štúdiom, stále môžu absolvovať samostatný psychoterapeutický výcvik. S výcvikom samotným si však nemôžu otvoriť ambulanciu a uzatvoriť zmluvu so zdravotnou poisťovňou, viacerí preto volia cestu napr. poradcov životného štýlu. U takýchto poradcov neexistuje evidencia, regulácia a kontrola vykonávanej činnosti, čo vytvára netransparentné prostredie a otvára cestu šarlatánom. Tým, že za ich služby platí priamo klient, sa znižuje dostupnosť liečby pre ľudí zo sociálne slabších vrstiev, ktorí za priamo hradené sedenia nie sú schopní platiť. Práve chudobnejší a nezamestnaní ľudia sú duševnými poruchami viac ohrození.

Riešením nedostatku psychoterapeutov je podľa SPS a SKP odstránenie bariér pre psychológov mimo rezortu zdravotníctva a vytvorenie nižších stupňov vzdelávania a praxe v psychoterapii:

- **Medzi zdravotníckych pracovníkov by mali byť zaradení všetci psychológovia,** vrátane tých pracujúcich v iných rezortoch a aj inou formou, ako v ambulancii. Mohli by sa tak zamestnať v zdravotníckom zariadení, čo by im umožnilo absolvovať špecializačné štúdium, psychoterapeutický výcvik a otvoriť si ambulanciu.
- **Je potrebné rozšíriť stupne vzdelávania v psychoterapii,** ktoré by mohli absolvovať aj iní pracovníci než psychológovia a lekári. SPS SLS a SKP navrhujú vytvoriť rôzne stupne kvalifikovanosti, ktoré by zahŕňali aj nižší stupeň dvojročného výcviku v psychoterapii, ktorý momentálne chýba⁵⁹. Takéto vzdelanie by bolo vhodné aj u podporných pracovníkov, predovšetkým u liečebných pedagógov, sociálnych pracovníkov, ale aj napríklad kňazov. Plánom českej reformy je dosiahnuť, aby 30 – 50 % pracovníkov v centrách duševného zdravia bolo rôznou mierou vzdelaných v psychoterapii.
- **Ďalšou možnosťou je zaradiť nižšie stupne psychoterapeutického výcviku už do špecializačného štúdia lekárov-špecialistov a pregraduálneho štúdia všeobecného lekárstva a psychológie,** čo

⁵⁸ Približné trvanie štúdia: Lekár-špecialista - 6 rokov všeobecné lekárstvo, 5 rokov špecializačné štúdium, 4 roky psychoterapeutický výcvik. Od 1.1.2020 sa špecializačné štúdium psychiatrov a detských psychiatrov skracuje na 4 roky.

https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2019/vestnik-2019-osobitne-vydanie.pdf

Klinický psychológ - 5 rokov psychológia, prípravu na výkon v zdravotníctve, 3 roky špecializačné štúdium, 4 roky psychoterapeutický výcvik. Okrem toho aj všeobecný lekár: spolu 10 rokov, z toho 6 rokov všeobecné lekárstvo a 4 roky psychoterapeutický výcvik.

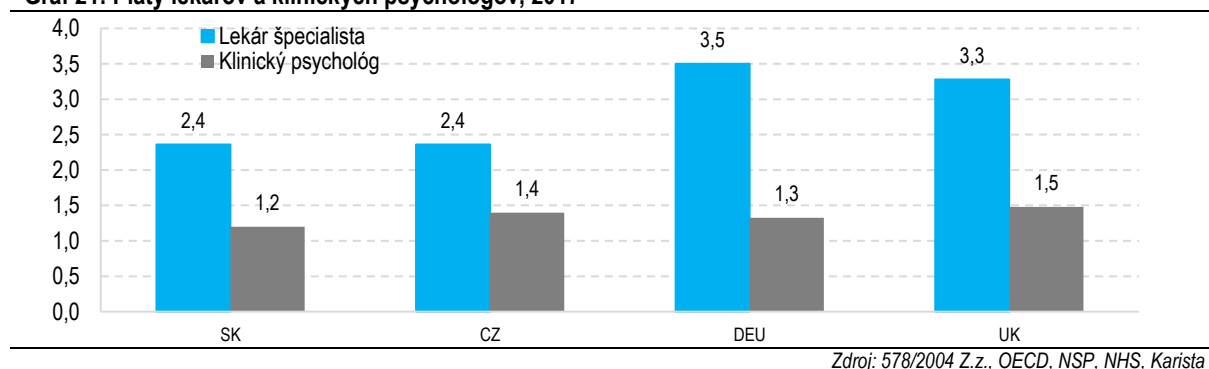
⁵⁹ V čase publikovania štúdie je návrh pre tzv. Špecifické psychoterapeutické intervencie predložený MZ SR.

môže ušetriť veľa času a peňazí. Počas vysokoškolského štúdia je v súčasnosti psychoterapii v medicíne venovaná nedostatočná pozornosť, psychológom chýba akákoľvek psychoterapeutická prax a styk s klientom.

- Dostupnosť psychoterapeutickej starostlivosti môže zvýšiť aj **zavedenie tzv. menej intenzívnych psychologických liečebných postupov**. Je to liečba s minimom priameho kontaktu prostredníctvom svojpomocných materiálov, internetu, počítačových programov, väčších skupín a pod. Príkladom je spomínaný program IAPT v Anglicku. Tento typ liečby je lacnejší, terapeut nepotrebuje dlhý výcvik a môže sa používať pri širokom spektre chorôb, najmä však pre pacientov s úzkostnými a depresívnymi poruchami a pacientov s chronickými ochoreniami. Tento výkon je v súčasnosti predložený MZ SR ako inovatívny štandardný preventívny a terapeutický postup. Mimo zdravotníctva poskytujú dištančné poradenstvo telefonické linky a online kanály pomenované v časti 5.5.
- **Základy diagnostiky, psychosomatických mechanizmov a psychoterapeutického prístupu by v ideálnom prípade mali ovládať lekári všetkých špecializácií a ošetrovatelia**, keďže pacienti s psychickými problémami často vyhľadávajú odborníkov na fyzické ochorenia a psychoterapeutický prístup môže výrazne zlepšiť prognózu aj čisto fyzických ochorení.

V ÚZS sú platy klinických psychológov určené ako násobok priemernej mzdy v hospodárstve len o niečo nižšie ako v zahraničí. Zároveň rozdiel medzi platmi psychológov a psychiatrov (lekárov-špecialistov) je na Slovensku nižší ako Nemecku alebo Spojenom kráľovstve (Graf 21). **Problémom však môžu byť nedostatočné úhrady za psychoterapiu z VZP u ambulantných lekárov.** V roku 2017 uhradili zdravotné poisťovne individuálnu psychoterapiu v priemernej výške 22 eur, kým terapeuti mimo VZP si účtujú 40 – 50 eur za sedenie.

Graf 21: Platy lekárov a klinických psychológov, 2017



Psychoterapia na druhej strane nie je vhodná pre všetkých ľudí s duševnou poruchou, lepšou voľbou je napr. liečba psychofarmakami. Patria sem najmä

- pacienti bez motivácie, dotlačení blízkymi alebo nespolupracujúci
- neschopní dodržiavať pravidlá terapie a pravidelnosť návštev
- pacienti so závažnými (psychotickými) poruchami
- pacienti so zníženou kognitívnou schopnosťou a schopnosťou sebareflexie

6.2.2 Psychofarmaká

Psychofarmaká sú vhodnou formou liečby pre určité typy duševných porúch a pacientov, často sú však predpisované nadmerne a nevhodne. Lieky sú vhodné pri závažnejších poruchách (napr. schizofrénii) a pri ľahších poruchách u pacientov, pre ktorých nie je odporúčaná psychoterapia (viac vyššie). Pre nedostatok času a skúseností však volí veľa lekárov preskripciu aj tam, kde by bola vhodnejšia a postačujúca psychoterapia. Zároveň tam, kde je potrebná medikamentózna liečba, bývajú predpisované nevhodné lieky. Môže to viesť k rozvinutiu rezistencie voči liekom, závislosti, k spomaleniu a neúčinnosti liečby.

Hlavnými skupinami psychofarmák sú

- lieky na úzkosť (anxiolytiká)
- antidepresíva
- antipsychotiká
- hypnotiká-sedatíva

Všetky typy psychofarmák sa zaraďujú do prvej 15-čky najčastejšie spotrebovaných liekov (Tabuľka 10).

Tabuľka 10: 15 typov najčastejšie spotrebovaných liekov* (spolu 172 typov na úrovni ATC-4), 2018

Skupina ATC-1	Podskupina (ATC-4)	mil. kusov balení	Z toho BDZ** alebo príbuzné BDZ
1	Kardiovaskulárny systém	Betablokátory	6,22
2	Krv a krvné orgány	Antitrombotiká	4,26
3	Nervový systém	Iné analgetiká a antipyretiká	3,76
4	Respiračný systém	Antihistaminiká na systémové použitie	3,04
5	Kardiovaskulárny systém	Selektívne blokátory kalciového kanála	2,95
6	Kardiovaskulárny systém	ACE inhibitory ⁶⁰ , samotné	2,96
7	Muskoskeletálny systém	Nesteroidové antiflogistiká a antireumatiká	4,01
8	Nervový systém	Anxiolytiká	2,93 77%
9	Kardiovaskulárny systém	ACE inhibitory, kombinované Liečivá znižujúce cholesterol a	2,44
10	Kardiovaskulárny systém	triacylglyceroly	2,41
11	Nervový systém	Antidepresíva	2,38
12	Tráviaci trakt a metabolizmus	Antidiabetiká s výnimkou inzulínu	2,19
13	Tráviaci trakt a metabolizmus	Liečivá na žalúdočný vred a refluxnú chorobu pažeráka	1,80
14	Nervový systém	Hypnotiká a sedatíva	1,76 98%
15	Nervový systém	Antipsychotiká	1,65

*lieky hradené z VZP, lieky na predpis nehradené z VZP, lieky vydané bez receptu, lieky pre vlastnú nemocnicu

**BDZ – benzodiazepíny, problematické lieky s rizikom vytvorenia závislosti

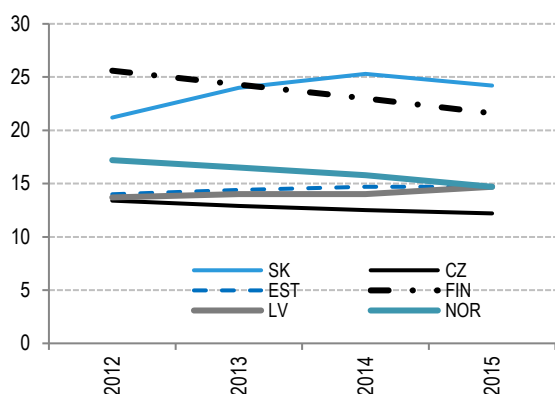
Zdroj: NCZI

Lieky na úzkosť sú ôsme v rebríčku všetkých liekov podľa spotrebovaného množstva (Tabuľka 10). Porovnanie so zahraničím podľa definovanej dennej dávky ukazuje vysokú spotrebu liekov na úzkosť, v posledných rokoch však klesá. Slovensko má konzistentne výrazne vyššiu spotrebu ako Estónsko, Litva a Nórsko a takmer 2-krát vyššiu ako Česko. Z odlišných dát z rokov 2016-2017 vyplýva takmer 3-krát vyššia spotreba ako v Dánsku.⁶¹ Trend v posledných rokoch je mierne klesajúci na Slovensku aj v zahraničí (Graf 22 a Graf 23). Z konzultácie so SPsS SLS vyplýva, že **klesajúci trend v spotrebe je žiadúci, keďže až 77 % z liekov na úzkosť predstavujú problematické benzodiazepíny (BDZ).**

⁶⁰ Liečivá blokujúce angiotenzín konvertujúci enzým.

⁶¹ Vzhľadom na metodické rozdiely vo vykazovaní spotreby liekov medzi krajinami a v čase je možné porovnať spotrebu len s obmedzeným množstvom krajín.

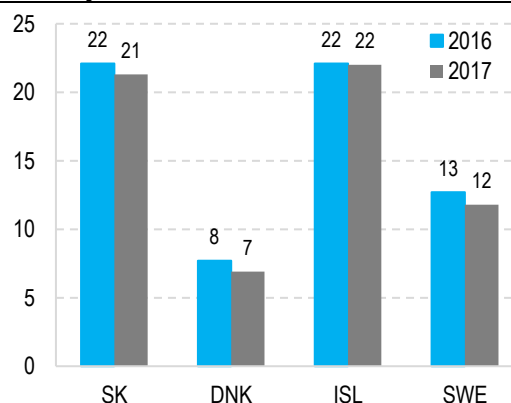
Graf 22: Spotreba liekov na úzkosť, DDD* na tisíc obyv. 2012-2015



Pozn.: do roku 2015 (vrátane) sú slovenské dáta porovnateľné iba s Českom, Estónskom, Fínskom, Lotyšskom a Nórskom (lieky dodané do lekárni).
*DDD – definovaná denná dávka

Zdroj: OECD

Graf 23: Spotreba liekov na úzkosť, DDD* na tisíc obyv. 2016-2017



Pozn.: Medzi rokmi 2015 a 2016 došlo na Slovensku k zmene metodiky (vydané lieky), preto sa od roku 2016 dajú porovnať len s Dánskom, Islandom a Švédskom.
*DDD – definovaná denná dávka

Zdroj: OECD

Benzodiazepíny, najznámejšie lieky na úzkosť, lekári veľmi často predpisujú nevhodne. Patrí sem napr. Lexaurín, Neurol, Xanax alebo Diazepam, na Slovensku sú to najužívanejšie psychofarmaká a jedny z najužívanejších liekov vôbec (Tabuľka 10).⁶² Ich hlavnou výhodou je rýchly účinok. Dlhodobé užívanie si však vyžaduje zvyšovanie dávok, čo môže viesť k závislosti a abstinenčným príznakom. Riziká sa zvyšujú najmä u starších pacientov, ktorým pri dlhodobom užívaní hrozí únava, zmätenosť a úrazy. Typicky sa neodporúča užívať benzodiazepíny dlhšie ako 4-6 týždňov (Moťovský, 2009). Podľa SPsS SLS benzodiazepíny všeobecne slúžia najmä na stabilizáciu pacienta s úzkosťou predtým, než sa mu určí vhodnejšia liečba alebo zaberú antidepresíva (u antidepresív sa účinok prejavuje po zhruba 3 týždňoch). Aj pre trvale úzkostných pacientov je zväčša vhodnejšie prejsť na liečbu antidepresívami s protiúzkostnými účinkami ako dlhodobo užívať BDZ.

V roku 2017 takmer 59-tisíc pacientov (22 % zo všetkých pacientov, ktorým bol predpísaný benzodiazepín) dostalo viac ako 7 receptov na BDZ za rok, teda aj s rezervou pravdepodobne užívali liek dlhšie ako 1,5 mesiaca a/alebo s prestávkami viackrát za rok (Tabuľka 11). Je veľká šanca, že tu išlo o preskripciu, ktorá nie v súlade s vhodnou praxou, mnohí z týchto pacientov sú alebo sa stanú na benzodiazepínoch závislí. Najväčšiemu počtu pacientov takto nadmerne predpísali benzodiazepíny všeobecní lekári.

Tabuľka 11: Počet receptov na benzodiazepíny (BDZ) jednému pacientovi v priebehu jedného roka, 2017

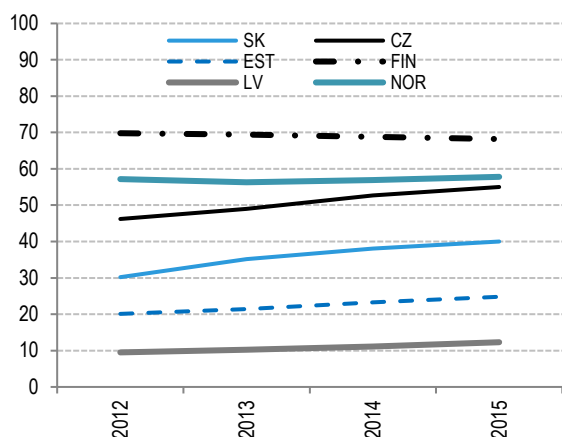
Typ lekára	SPOLU	všeobecný	psychiater	všeobecný pre deti a dorast	pediater	detský psychiater
počet receptov BDZ pre 1 pacienta za rok						
		Podiel pacientov				
1 až 6	78 %	79 %	76 %	97 %	98 %	89 %
7 až 85 (nadmerne)	22 %	21 %	24 %	3 %	2 %	11 %
Počet pacientov užívajúcich BDZ	266 835	196 381	59 465	5 103	437	872

Zdroj: dáta ZP

Spotreba antidepresív, narozdiel od anxiolytík, je v západných krajinách aj v Česku vyššia ako na Slovensku. Antidepresíva sú vhodnejšou alternatívou voči anxiolytikám nielen pri liečbe depresíí, ale aj úzkostí po úvodnej stabilizácii. V rokoch 2016 - 2017 bola spotreba 2 - 3-krát nižšia ako v krajinách s rovnakým vykazovaním, medziročne však stúpa (Graf 24 a Graf 25).

⁶² ATC N05BA

Graf 24: Spotreba antidepresív, DDD* na tisíc obyv. 2012-2015

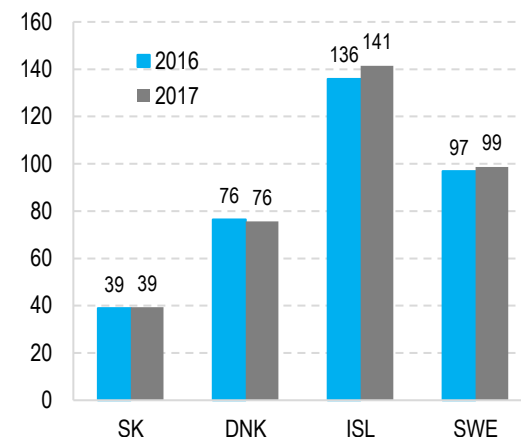


Pozn.: do roku 2015 (vrátane) sú slovenské dáta porovnateľné iba s Českom, Estónskom, Finskom, Lotyšskom a Nórskom (lieky dodané do lekární).

*DDD – definovaná denná dávka

Zdroj: OECD

Graf 25: Spotreba antidepresív, DDD* na tisíc obyv. 2016-2017



Pozn.: Medzi rokmi 2015 a 2016 došlo na Slovensku k zmene metodiky (vydané lieky), preto sa od roku 2016 dajú porovnať len s Dánskom, Islandom a Švédskom.

*DDD – definovaná denná dávka

Zdroj: OECD

NICE (štandardné postupy v Spojenom kráľovstve) však odporúčajú zvážiť predpisovanie antidepresív a úplne ho vynechať pri ľahkej depresii⁶³, u detí a adolescentov⁶⁴, na Slovensku sa tým neriadia všetci lekári. Podľa SPsS SLS je dôvodom nedostatočný prístup k psychoterapii. V roku 2017 boli na Slovensku predpísané antidepresíva takmer 20-tisíc pacientom s ľahkou depresiou⁶⁵. Až 3 600 detí a mladistvých, z toho 56 detí do 5 rokov užívalo antidepresíva neodporúčané pre pacientov vo veku do 18 rokov (Tabuľka 12). Na problémy s predpisovaním antidepresív deťom a mladistvým upozorňuje aj súhrn charakteristických vlastností lieku (SPC) k týmto liekom.⁶⁶

Tabuľka 12: Pacienti užívajúci antidepresíva napriek odporúčaniam NICE, 2017

Skupina pacientov	Počet pacientov
Pacienti s ľahkou depresiou*	19 446
Deti a mladiství do 18 rokov užívajúci antidepresíva neodporúčané pre túto populáciu**	3 006
Deti do 5 rokov užívajúce antidepresíva, neodporúčané pre túto populáciu**	56

*diagnóza F320 v MKCH-10

** SPC pre lieky s účinnou látkou Amitriptylín, Citalopram, Escitalopram, Dosupelín, Duloxetín, Fluvoxamín, Imipramín, Klomopramín, Mirtazapín, Sertralín, Tianeptín, Trazodón, Venflaxín

Zdroj: dáta ZP, ŠÚKL

Medzi najpredpisovanejšie antipsychotiká patrí risperidón, ktorý má mnoho nežiadúcich účinkov. Risperidón bol historicky prvým generikom medzi antipsychotikami na trhu, ako najlacnejší liek sa tak stal antipsychotikom prvej voľby. Neskôr prišli ďalšie generické antipsychotiká, ktoré však mohli byť indikované iba ak risperidón nezaberal.⁶⁷ Risperidón pritom nemá žiadne jednoznačné benefity pre každého s psychotickými poruchami, ktoré by ho stavali na prvé miesto v ich liečbe (Komossa et al., 2011). Navyše medzi nežiadúce

⁶³ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/ifp/chapter/treatments-for-mild-to-moderate-depression>

⁶⁴ <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/chapter/Recommendations#care-of-all-children-and-young-people-with-depression>

⁶⁵ Diagnóza F320 v MKCH-10

⁶⁶ SPC pri bežne užívaných antidepresívach uvádzajú, že medzi deťmi a dospelými liečenými antidepresívami boli v klinických skúšaní častejšie ako u pacientov, ktorí sa liečili placebom, pozorované samovražedné správanie (pokusy o samovraždu a samovražedné myšlienky) a hostilita (predovšetkým agresivita, protichodné správanie a zlosť). Ak lekár rozhodne o liečbe založenej na objektívnej potrebe predsa len urobí, pacient má byť starostlivo sledovaný kvôli výskytu samovražedných symptómov. SPC navyše uvádza, že chýbajú dlhodobé údaje o bezpečnosti u detí a dospelých týkajúce sa rastu, dospievania a kognitívneho a behaviorálneho vývoja.

⁶⁷ Napr. ziprasidón, klozapín, uvedené v Zoznamoch kategorizovaných liekov v indikačných obmedzeniach.

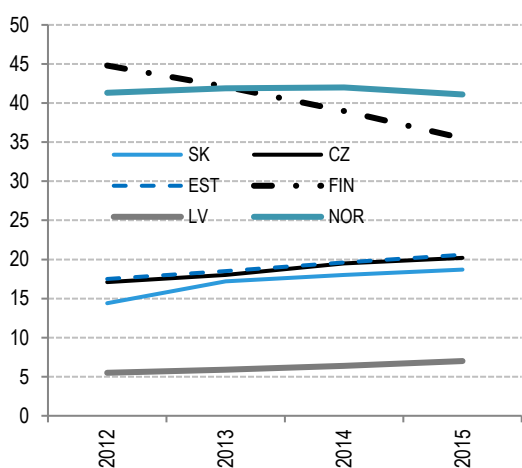
<https://www.health.gov.sk/?zoznam-kategorizovanych-liekov>

dôsledky patrí obezita, hormonálne zmeny vedúce k strate menštruácie, osteoporóze, a karcinómu prsníka. SPsS SLS sa v lete 2019 podarilo tento problém odstrániť a MZ SR zrušilo indikačné obmedzenia pre tento liek.⁶⁸

Risperidón je aj jeden z liekov určených na liečbu ADHD a poruchy správania u detí, **nie vždy je však predpisovaný v súlade s odporúčaniami**. Podľa SPC ho možno predpisovať deťom a mladistvým od 5 do 18 rokov pri poruchách správania, najviac 6 týždňov. Odporúča tiež, aby bol predpísaný špecialistom na detskú neurológiu a psychiatrom pre deti a dospelých alebo lekárom, ktorý je dobre oboznámený s liečbou porúch správania u detí a dospelých. V roku 2017 bol risperidón predpísaný 103 deťom mladším ako 5 rokov. Zároveň takmer 550 deťom a mladistvým do 18 rokov risperidón predpísal pediater, z toho 190 mladistvým pacientom viac ako 10-krát za rok (z dát zdravotných poisťovní). Podľa SPsS SLS sú však vo všeobecnosti antipsychotiká spomedzi všetkých psychofarmák najčastejšie predpisované v indikovaných prípadoch v súlade s odporúčaniami výrobcu.

Spotreba hypnotík a sedatív („liekov na spanie“) je na Slovensku nízka oproti niektorým iným krajinám pri porovnaní denných definovaných dávok (Graf 26 a Graf 27). Na druhej strane **takmer všetky spotrebované balenia hypnotík a sedatív tvoria opäť návykové benzodiazepíny alebo benzodiazepinom príbuzné lieky** (Tabuľka 10). Podľa štandardných postupov v Spojenom kráľovstve je pri nespavosti potrebné v prvom rade zlepšiť spánkovú hygienu a podstúpiť kognitívno-behaviorálnu terapiu so zameraním na nespavosť. Hypnotiká sa odporúčajú predpisovať iba ak nespavosť spôsobuje extrémnu záťaž a nie na dlhšie ako dva týždne (NICE).⁶⁹

Graf 26: Spotreba sedatív a hypnotík, DDD* na tisíc obyv. 2012-2015

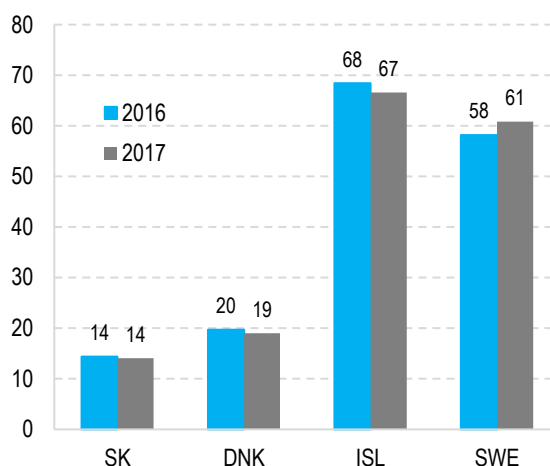


Pozn.: do roku 2015 (vrátane) sú slovenské dáta porovnateľné iba s Českom, Estónskom, Fínskom, Lotyšskom a Nórskom (lieky dodané do lekárni).

*DDD – definovaná denná dávka

Zdroj: OECD

Graf 27: Spotreba sedatív a hypnotík, DDD* na tisíc obyv. 2016-2017



Pozn.: Medzi rokmi 2015 a 2016 došlo na Slovensku k zmene metodiky (vydané lieky), preto sa od roku 2016 dajú porovnať len s Dánskom, Islandom a Švédskom.

*DDD – definovaná denná dávka

Zdroj: OECD

Problémom u psychofarmák je aj implementácia úsporných politík, ktoré vychádzajú zo zameniteľnosti liekov.⁷⁰ Psychiatrickí pacienti totiž horšie ako iní pacienti znášajú zmenu lieku, aj keď účinná látka zostáva nezmenená. Pacienti sa tak vo väčšej miere sťažujú na nežiaduce alebo nedostatočné účinky nového lieku. Preto je problematické žiadať od psychiatrov **prechod z originálov na generiká**, ako odporúča napr. Revízia výdavkov na zdravotníctvo (ÚHP a IZP, 2019). Rovnako problematická je aj **revízia úhrad za lieky** z verejného poistenia, keď zdravotná poisťovňa plne hradí len najlacnejší liek v rámci určenej skupiny. Ak pacient trvá na užívaní

⁶⁸ <http://kategorizacia.mzsr.sk/Lieky/Common/Details/16894>

⁶⁹ <https://www.southernhealth.nhs.uk/resources/assets/attachment/full/0/72789.pdf>

⁷⁰ Generiká sú lacnejšími alternatívami originálnych liekov, obsahujú rovnakú účinnú látku a ich cena už neodráža náklady na výskum

rovnakého lieku, ktorému však po revízii úhrad vznikol doplatok, môže sa stať, že ho prestane užívať. Ohrození sú najmä sociálne a ekonomicky slabší pacienti.

6.2.3 Liečba stimuláciou mozgu

Elektrokonvulzívna liečba (ECT)⁷¹, napriek negatívnemu vnímaniu najmä kvôli zobrazovaniu vo filmoch a médiách, **môže byť účinná pri závažných ochoreniach**, najmä ak nezaberajú lieky a psychoterapia. Je súčasťou štandardných postupov v rozvinutých krajinách⁷². Novší spôsob stimulácie mozgu je **transkraniálna magnetická stimulácia**, ktorá je narozdiel od ECT neinvazívna. Na Slovensku podľa SPsS SLS chýba dostatočné materiálno-technické vybavenie, ktoré by pomohlo zlepšiť liečbu zložitejších prípadov.

6.2.4 Výskum v oblasti psychoaktívnych látok

Psychoaktívne látky obsiahnuté vo v súčasnosti ilegálnych drogách môžu mať pri duševných poruchách vysoký terapeutický účinok, a to najmä **pri ochoreniach, ktoré nereagujú na povolenú liečbu**. Národný ústav duševného zdravia v Českej republike testuje účinnosť ketamínu a kanabisu pri liečbe depresie. Od roku 2015 sa v Česku skúmajú aj účinky psilocybinu obsiahnutého v lysohlávkach, aktívnemu výskumu psilocybinu sa venuje aj tím na prestížnej britskej univerzite⁷³. V Európe a USA prebieha sľubný výskum účinkov látky MDMA (extáza) pri liečbe post-traumatického stresového syndrómu s plánom schváliť ju ako liečivo v roku 2021⁷⁴. Testuje sa aj terapeutický potenciál LSD a Ayahuascy⁷⁵, v roku 2019 bol v USA schválený sprej do nosa s derivátom ketamínu pre liečbu rezistentnej depresie⁷⁶. Podľa SPsS SLS sa ketamín v parenterálnej forme podáva na niektorých pracoviskách už aj na Slovensku a očakáva sa jeho príchod na trh v intranazálnej forme. Na Slovensku sa tejto téme odborne venuje Slovenská psychedelická spoločnosť.

6.3 Potrebne investície do zdravotno-sociálnej starostlivosti

Ak by výdavky na psychiatrickú a psychologickú zdravotnú starostlivosť na Slovensku dosiahli plánovanú úroveň v Česku v roku 2030, narástli by približne o 170 až 230 mil. eur ročne (Tabuľka 13). Celkový plán navyšovania výdavkov v Česku na roky 2019 – 2040 uvádza Národný akčný plán pro duševní zdraví (2020).⁷⁷ Patria sem výdavky na ústavnú a ambulantnú starostlivosť a centrá duševného zdravia, nie sú zahrnuté výdavky na lieky na recept vydané v lekárňach⁷⁸. Navýšenie pre Slovensko v tomto prípade vyplýva z dorovnania voči Česku v troch scenároch: 1. dorovnanie na objem výdavkov, 2. dorovnanie na podiel z HDP a 3. dorovnanie na podiel z výdavkov z verejného zdravotného poistenia (VZP).

Toto navýšenie nezahŕňa kapitálové výdavky. Financovanie by po vzore českej reformy aj iných nadrezortných projektov malo byť viaczdrojové. Časť zdrojov, napr. na spustenie reformy a na pilotné projekty, by mohla pochádzať z fondov EÚ.

⁷¹ Stimulácia buniek v mozgovej kôre, napríklad magnetickým polom alebo slabým elektrickým prúdom.

⁷² <https://www.nice.org.uk/guidance/ta59/resources/the-use-of-electroconvulsive-therapy-pdf-371522989>;

<https://www.psychiatry.org/patients-families/ect>

⁷³ <https://www.imperial.ac.uk/psychedelic-research-centre/>

⁷⁴ <https://maps.org/research/mdma>

⁷⁵ https://maps.org/research-archive/html_bak/index53104.html

⁷⁶ <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/study-supports-effectiveness-of-new-fast-acting-antidepressant-esketamine-nasal-spray>

⁷⁷ Príloha 7. Náklady na péči VZP.

⁷⁸ Z konzultácie s autormi z Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Tabuľka 13: Navrhované navýšenie výdavkov v prepočte podľa českej reformy, v mil. eur

	Česká republika		Slovenská republika						
	1	2	3	4		5		6	7
	Výdavky		Výdavky	Dorovnanie na ČR (celkové výdavky)		Dorovnanie na ČR (navýšenie)		Dorovnanie na ČR (navýšenie)	
	Stav 2018	Plán 2030	Stav 2018	Stav 2018	Plán 2030	rozdiel 4 - 3, 2018	rozdiel 5 - 3, 2030	rozdiel 4 - 3, 2018	rozdiel 5 - 3, 2030
Scenár 1: Podľa objemu výdavkov*	404	632	108	214	335	+106	+227	+106	+227
Scenár 2: Podľa % HDP	0,19%	0,32%	0,12%	174	289	+66	+181	+66	+181
Scenár 3: Podľa % VZP	3,6%	5,9%	2,3%	173	282	65	+174	65	+174

*upravené o počet obyv., a paritu kúpnej sily. VZP – verejné zdravotné poistenie

Pozn.: Zahŕňa výdavky VZP na zdravotnú starostlivosť v psychiatrických a psychologických odbornostiach. Súčasný výdavky sa líšia od údajov v grafe 17 pre ČR aj SR z viacerých dôvodov: 1. namiesto % VZP sú v grafe 17 uvedené % zo zdravotnej starostlivosti (vyšší objem ako VZP), 2. výdavky sú uvedené v odlišných rokoch, 3. údaje v tejto tabuľke zahŕňajú len výdavky na konkrétne špecializácie bez výdavkov na lieky na recept.

Zdroj: NAPDZ (pr. 7), NCZI (E01E02, L_V, LA_V), ČSÚ

Zmeniť by sa malo aj prerozdelenie výdavkov do oblastí zdravotnej starostlivosti, vyšší podiel by mal ísť na ambulancie a stacionáre, v súlade s deinštitucionalizáciou. Na Slovensku ide v súčasnosti 78 % výdavkov na ústavnú zdravotnú starostlivosť, v Česku plánujú podiel na túto oblasť znížiť zo 73 % na 56 %. Pri prepočte podľa plánovaných podielov v Česku by sa výdavky z VZP mali zvýšiť o 100 až 130 mil. eur ročne v ÚZS, 17 až 22 mil. eur ročne pri stacionároch a 60 až 80 mil. eur ročne v ambulantnej starostlivosti (Tabuľka 14). Tieto sumy však možno považovať diskutabilné, keďže NAPDZ zároveň ráta s úbytkom kapacít v ústavnej starostlivosti (ilustrovaný v Tabuľke 6). **Podľa autorov NAPDZ je nastavenie rozpočtu a kapacít v súčasnosti stále predmetom diskusie.**

Toto navýšenie je preto orientačné, reálne potrebné výdavky na Slovensku môže určiť až rozsiahlejšia analýza, ktorá bude súčasťou stratégie reformy integrovanej prevencie a podpory duševného zdravia s ohľadom na slovenské špecifiká. Navýšenie výdavkov na starostlivosť o duševné zdravie identifikovala ako jedno z prioritných opatrení hodnoty za peniaze Revízia výdavkov na zdravotníctvo II (ÚHP a IZP, 2019).

Tabuľka 14: Navrhované navýšenie výdavkov podľa oblastí zdravotnej starostlivosti, v mil. eur

	Česká republika		Slovenská republika			
	Stav 2018	Plán 2030	Stav 2018	navýšenie 2030		
				Scenár 1	Scenár 2	Scenár 3
Spolu, z toho:	404	632	108	+227	+181	+174
ÚZS (lôžka)	73 %	56%	78%	+127	+101	+97
CDZ/stacionáre	0,3%	9%	1%	+22	+17	+17
ambulancie	27 %	35%	21%	+79	+63	+60

Zdroj: NAPDZ (pr.7)

Opatrenia pre zdravotno-sociálnu starostlivosť

Zabezpečiť špecializované oddelenia a kapacity v ÚZS

- Zabezpečiť personálne kapacity na oddeleniach pre dospelých
- Zabezpečiť personálne a lôžkové kapacity na oddeleniach pre deti a seniorov
- Zabezpečiť oddelenia pre pacientov v ochrannnej liečbe a bezpečnostné oddelenia pre agresívnych pacientov
- Zabezpečiť renováciu oddelení a ústavov

Podporovať deinštitucionalizáciu

- V liečebniach a špecializovaných nemocniciach udržiavať pacientov len v opodstatnených prípadoch
- Podporovať prechod pacientov z dlhodobej liečby v liečebniach do všeobecných nemocníc
- Podporovať prechod z ústavnej do komunitnej starostlivosti, ale zatiaľ nerušiť lôžka

Zlepšiť komunitné riešenia	<ul style="list-style-type: none"> • Navýšiť počet a kapacity psychiatrických stacionárov, navýšiť ich financovanie, časť z nich pretvárať na centrá duševného zdravia po vzore ČR • Vytvoriť krízové centrá a mobilné jednotky • Zaviesť case manažment pacienta • Prispôbiť a procesne zaintegrovať sociálne služby do starostlivosti o pacienta
Riešiť nedostatok ambulantných psychiatrov	<ul style="list-style-type: none"> • Navyšovať počty ambulantných psychiatrov pre dospelých predovšetkým v regiónoch s ich nedostatkom • Navyšovať počty ambulantných psychiatrov pre deti a seniorov • V dlhodobom horizonte preniesť časť kompetencií na všeobecných lekárov po navýšení ich počtu a adekvátnom zaškolení
Rozšíriť psychoterapiu	<ul style="list-style-type: none"> • Odstrániť bariéry pre vstup nezdravotníckych psychológov do zdravotníctva • Zvážiť poskytnutie finančnej pomoci pri absolvovaní vysoko špecializovaného psychoterapeutického výcviku všetkým pracovníkom • Prehodnotiť platby za psychoterapeutické výkony z VZP pre zvýšenie motivácie vstupu psychológov o zdravotníctva • Zaviesť nižšie stupne psychoterapie so skráteným štúdiom a rozšíriť okruh pracovníkov, ktorí ho môžu absolvovať • Zvážiť zavedenie nižších stupňov psychoterapie do magisterského štúdia psychológie na VŠ • Rozšíriť možnosti psychologického a psychoterapeutického vzdelania pre širší okruh pracovníkov (napr. sociálni pracovníci) a umožniť im preplácanie týchto výkonov z VZP
Zlepšiť predpisovanie psychofarmák	<ul style="list-style-type: none"> • Zabezpečiť vzdelávanie lekárov (najmä všeobecných lekárov) o predpisovaní psychofarmák, najmä o rizikách benzodiazepínov • Zamerať revíziu činnosť zdravotných poisťovní na nadmerné predpisovanie psychofarmák v rozpore s oficiálnymi odporúčaniami výrobcu (SPC) • Zahnúť predpisovanie podľa dobrej praxe do štandardných postupov a zabezpečiť dodržiavanie týchto postupov
Implementovať štandardné postupy (ŠDTP)	<ul style="list-style-type: none"> • Zaradiť ŠDTP do vzdelávania pracovníkov • Zadefinovať kompetencie, povinnosti a záväznosť poskytovateľov vo vykonávaní ŠDTP • Zadefinovať kompetencie MZ SR, zdravotných poisťovní a ÚDZS v kontrole a vymáhaní dodržiavania postupov • Zohľadňovať dodržiavanie ŠDTP pri hodnotení kvality poskytovateľov
Navýšiť ročné výdavky na psychiatrickú a psychologickú starostlivosť	<ul style="list-style-type: none"> • Navýšiť výdavky orientačne v objeme o 170 - 230 mil. eur ročne • Zmeniť rozdelenie výdavkov v prospech stacionárov (resp. centier duševného zdravia) a ambulantnej starostlivosti v súlade s deinštitucionalizáciou • Zvážiť financovanie spustenia reformy a pilotných projektov z fondov EÚ

7 Medzirezortná spolupráca

Účinné nastavenie a implementácia politík v oblasti duševného zdravia si vyžadujú aktívnu medzirezortnú spoluprácu. Podpora duševného zdravia sa týka všetkých ľudí a vekových skupín, opatrenia majú adresovať okrem zdravotnej starostlivosti mnohé rizikové faktory a socio-ekonomický kontext, dlhodobú starostlivosť a začleňovanie do spoločnosti.

Nevyhnutná je úzka spolupráca najmä rezortov zdravotníctva, sociálnych vecí a tiež školstva. Paralelne má prebiehať kooperácia s rezortmi práce, kultúry, vnútra, spravodlivosti a financií, s odbornými spoločnosťami, s relevantnými mimovládnyimi organizáciami, a tiež samotnými pacientmi a ich blízkymi. Lekári a nemocnice musia byť koordinované so stacionármi, podporovaným a chráneným bývaním, chránenými dielňami, úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny a zariadeniami sociálnej starostlivosti. Spolupráca má byť ďalej prepojená so škôlkami, vysokými školami, zamestnaneckými a dôchodcovskými organizáciami, s lokálnymi kultúrnymi zariadeniami, médiami, ale aj políciou, prokuratúrou a súdmi.

Podľa odporúčaní WHO môže agenda spadať pod určenú jednotku na ministerstve zdravotníctva alebo úrade centrálnej vlády, ktorá bude koordinovať komisiu, zloženú zo zástupcov všetkých zainteresovaných rezortov a skupín. Podobne dôležitá je aj vertikálna koordinácia medzi ministerskými, krajskými a obecnými úrovňami. Takáto spolupráca predpokladá viaczdrojové financovanie vrátane nadrezortného.

Medzirezortná spolupráca v oblasti duševného zdravia na Slovensku zlyháva. V roku 2005 vznikla Rada duševného zdravia a Národný program duševného zdravia s Akčným plánom, ktoré mali tému duševného zdravia prioritizovať naprieč všetkými rezortami. Podľa SPsS SLS však doteraz prebehlo minimum potrebných zmien správne opísaných v Národnom programe a v rámci akčného plánu sú rôzne iniciatívy podporované nedostatočne a nesystematicky.

Spolupráca medzi zdravotníctvom a sociálnym systémom takmer neexistuje. Podľa Národného programu však človek s duševnou poruchou po opustení zdravotníckeho zariadenia ťažko rieši starostlivosť o seba, často sa prestáva liečiť a tým zbytočne dochádza k zhoršeniu stavu. Kooperácia (prípadne aj spojenie rezortov) zdravotníctva a sociálnych vecí môže pomôcť predísť nechote investovať, keďže prínosy politik sa často ukážu v inom rezorte, než v ktorom sa uskutočnila investícia. Ak sa systémy neprepoja, implementácia opatrení bude závisieť od dobrovoľnej sektorovej spolupráce, ako ukazujú skúsenosti z Anglicka (McDaid et al., 2017).

Medzirezortná spolupráca bola dlhodobým problémom aj českej reformy, od roku 2018 sa prehodnocuje a mení stratégia. Českú reformu od začiatku riadilo a koordinovalo ministerstvo zdravotníctva, ktoré na spustenie reformy dostalo financie z fondov EÚ. Po skončení tokov z európskych fondov mali financie tvoriť z dvoch tretín zdroje z VZP a z jednej tretiny zdroje zo sociálneho sektora. Počas implementácie reformy sa však ukázalo, že chýbal subjekt, ktorý by prevzal zodpovednosť za implementáciu a zabezpečenie financovania sociálnej časti služieb.⁷⁹ Napríklad financovanie centier duševného zdravia z fondov EÚ bolo garantované na rok a pol, potom mala byť zdravotná časť financovaná z VZP, sociálna časť však nebola ani po 6 rokoch od spustenia reformy vydiskutovaná.⁸⁰

Kvôli nefunkčnej spolupráci a ďalším problémom s pôvodným nastavením stratégie **koordinátori českej reformy vytvorili nový Národný akčný plán pre duševné zdravie** s aktualizovanými opatreniami priamo naviazanými na jednotlivé rezorty. **Nadrezortnú koordináciu preberá Rada vlády pre duševné zdravie**, ktorej členmi sú premiér, ministri zúčastnených rezortov, zástupcovia odborných spoločností, poskytovateľov aj užívateľov starostlivosti. Rada vlády je prepojená s už existujúcimi pracovnými skupinami, výbormi a organizáciami v tejto oblasti. Zároveň sa na jednotlivých rezortoch vytvoria implementačné tímy zo súčasných zamestnancov, ktorí majú časť svojho úväzku venovať spolupráci s Radou vlády. Koordinácia a implementácia reformy na regionálnej úrovni má byť zabezpečená na úrovni krajských koordinátorov.

Odporúčania v rámci medzirezortnej spolupráce pre zainteresované strany - odborné spoločnosti, rezorty zdravotníctva, práce, sociálnych vecí a rodiny, školstva, financií, vnútra, spravodlivosti a kultúry

- Na základe tohto materiálu a ďalších relevantných dokumentov (napr. Revízia výdavkov na zdravotníctvo 2019, Národný program duševného zdravia, Koncepcia psychiatrickej starostlivosti, Národná protidrogová stratégia a pod.) osloviť ostatné zainteresované strany, dohodnúť sa na spoločných cieľoch a zámeroch.
- Vypracovať detailnú stratégiu reformy integrovanej prevencie a podpory duševného zdravia, ako aj liečby porúch a celkovej psycho-sociálnej podpory v medzirezortnej spolupráci. Príkladom môže byť Stratégia reformy péče o duševní zdraví (2013) a následne Národný akčný plán pro duševní zdraví (2020) v Česku.
- Vytvoriť nadrezortný orgán, ktorý bude riadiť a koordinovať tvorbu stratégie a jej implementáciu a vytvoriť kontaktné pracovné skupiny na jednotlivých rezortoch a územných celkoch. Príkladom z Česka môže byť Rada vlády pro duševní zdraví pri úrade vlády na úrovni premiéra, implementačné tímy na jednotlivých rezortoch na úrovni ministrov a krajskí koordinátori.

⁷⁹ <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2019/03/spoluprace-mpsv-funguje-jenze-jen-urovni-slov-rika-koordinator-reformy-pece-dusevni-zdravi-ivan-duskov/>

⁸⁰ https://www.idnes.cz/brno/zpravy/psychiatricka-pece-centra-dusevniho-zdravi-penize.A190228_460619_brno-zpravy_krut

8 Výskum a dáta

Pre správne nastavenie systému a monitorovanie výsledkov v duševnom zdraví je nevyhnutné podporovať výskum. Podľa odborných spoločností a komôr je však výskum v oblasti psychiatrie a psychológie na Slovensku nedostatočný, roztrieštený po fakultách vysokých škôl a SAV, chýba prepojenie s praxou.

Obraz o skutočnom výskyte duševných porúch na slovenskom území neexistuje, pritom je **východiskom pre ďalšie kroky. Epidemiologický výskum** môže znížiť problém so skrytou chorobnosťou, ktorú pri duševných poruchách spôsobuje stigma a neznalosť. Na Slovensku bol zatiaľ vykonaný v rámci extrapolácie zahraničných dát (Bražinová, 2019), ktorý ukazuje na výraznú mieru skrytej chorobnosti, viac v kapitole 1. Riadny výskum na Slovensku by podľa LF UK stál približne 500-tisíc eur.

Po vzore USA aj krajín EÚ by **prieskum v rámci Adverse Childhood Experiences** priniesol obraz o nepriaznivých podmienkach u detí a miere rizika negatívnych následkov u dospelých a poskytol tak základ pre vhodné ciele opatrenia.

Analýzy priamych a nepriamych nákladov na spoločnosť, ktoré vznikajú v dôsledku duševných porúch, sú k dispozícii. Je však potrebné vykonať podobné analýzy **aj u skupín fyzických ochorení**, čo umožní lepšie porovnať ochorenia v ich dopade na spoločnosť a tým aj lepšie prioritizovanie relevantných politík.

Výskum by sa mal tiež venovať správne nastaveniu štandardných diagnostických a terapeutických postupov a merať ich účinnosť, ako aj dopady opatrení v oblasti prevencie porúch a podpory zdravia. Podľa SKP môže ako príklad slúžiť meranie efektivity druhého stupňa terapeutických postupov v rámci IAPT v Anglicku, kde až 98 % liečených pacientov vyplní štandardizovaný dotazník. Výsledky za jednotlivé zariadenia sú vyhodnocované štvrťročne a zverejňované na webovej stránke⁸¹.

V súlade s navrhovanými opatreniami Revízie výdavkov na zdravotníctvo (ÚHP a IZP, 2019) je tiež vhodné rozvíjať hodnotenie nákladovej efektivity intervencií v rámci konceptu **hodnotenia zdravotníckych technológií HTA** (*health technology assessment*). V súčasnosti sa nákladová efektívnosť hodnotí pri liekoch, zdravotníckych pomôckach a zdravotníckom materiáli, prínosom by bolo hodnotenie ostatných intervencií, napr. rôznych druhov psychoterapie alebo využívania komunitnej namiesto ústavnej starostlivosti. ÚHP a IZP (2019) odporúčajú všeobecné posilnenie kapacít na HTA analýzy a vytvorenie samostatnej nezávislej HTA agentúry.

Podľa odporúčaní OECD **je potrebné určiť zmysluplné výsledkové ukazovatele** (*outcomes*) vrátane ukazovateľov spokojnosti pacientov a ich blízkych s poskytovanými službami, zabezpečiť ich meranie, zber, vyhodnocovanie a zakomponovanie do tvorby politík v oblasti duševného zdravia.

Opatrenia v oblasti výskumu a dátových analýz

- vykonať epidemiologický výskum v oblasti duševných porúch na Slovensku
- vykonať prieskum výskytu negatívnych zážitkov v detstve (Adverse Childhood Experiences)
- zanalyzovať spoločenské priame a nepriame náklady skupín fyzických ochorení na Slovensku pre lepšiu porovnateľnosť
- nastaviť prehodnocovanie, meranie efektivity a nákladovej efektívnosti platných štandardných diagnosticko-terapeutických postupov
- merať účinnosť a nákladovú efektívnosť programov prevencie, podpory zdravia a liečebných postupov, aj prostredníctvom v rámci konceptu hodnotenia zdravotníckych technológií HTA
- vybrať, merať, vyhodnocovať výsledkové ukazovatele v starostlivosti o duševné zdravie (vrátane ukazovateľov spokojnosti pacientov) a zakomponovať výsledky do procesu zlepšovania starostlivosti

⁸¹ <https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/common-mental-disorders>

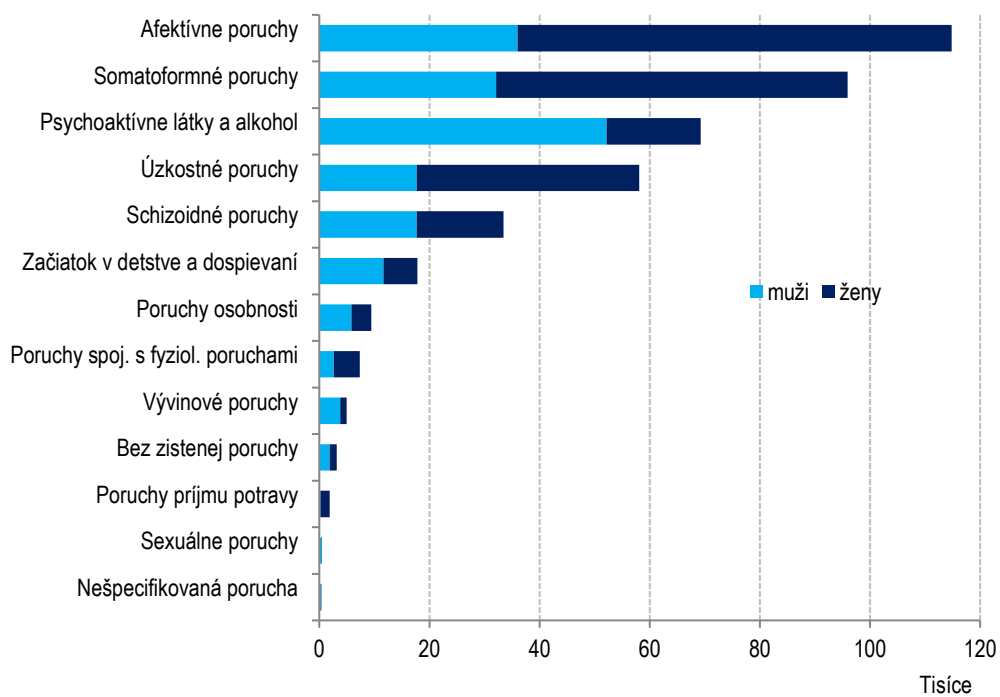
Prílohy

Príloha 1 Opis duševných porúch – príklady

Tabuľka 15: Typy a opis duševných porúch - príklady

Opis skupiny	Príklady porúch
1. Úzkostné poruchy	
Najčastejšia forma duševných porúch, vyznačujú sa nesprávnou reguláciou pocitov strachu, keď aj malý/krátky impulz vyvolá významný a dlhotrvajúcu reakciu v podobe vyššieho napätia, ostražitosti, strachu a paniky. Bývajú sprevádzané bolesťou hrude, búšením srdca, dýchacími ťažkosťami a bolesťami hlavy. Často sa vyskytujú v kombinácii medzi sebou alebo s inými duševnými poruchami, napr. depresiou.	Generalizovaná úzkostná porucha Panická porucha Post-traumatická stresová porucha Sociálna fóbia a iné fóbie Obsedantno-kompulzívna porucha
2. Poruchy nálad (afektívne poruchy)	
Patria sem poruchy nálad smerom k nadmerne pozitívnym (mánia) a naopak k negatívnym (depresia). Depresia celosvetovo prispieva najviac k záťaži ochorením, ktoré nekončia smrťou (WHO 2014b, Patel et al., 2015). Klinická depresia je odlišná od bežného pocitu smútku vyšším stupňom závažnosti a trvania a špecifickými symptómami v správaní a fyziológii. Depresia je najväčším rizikovým faktorom pri samovraždách.	Klinická depresia Persistentná depresia (dystýmia) Bipolárna porucha Mánia
3. Psychotické poruchy	
Najčastejšou poruchou z tejto skupiny sú rôzne typy schizofrénie. Schizofrénia je závažná porucha s celoživotným dopadom na produktívny život, spojená s predčasnou smrťou a samovraždami. Charakterizujú ju psychotické príznaky (halucinácie a klamlivé predstavy), strata motivácie, útlm, zhoršenie kognitívnych a rečových schopností, pozornosti, pamäte.	Schizofrénia Schizotypálna porucha Schizoafektívna porucha
4. Poruchy s nástupom v detstve	
Sú diagnostikované deťom a mladistvým do 18 rokov a charakterizujú ich problémy s kontrolou vlastných emócií a správania alebo schopnosťami nadväzovať sociálne väzby. Prvou voľbou liečby pri ADHD/poruchách správania/depresii a úzkostí sú podľa NICE tréningy rodičovských zručností a podporné skupinové aktivity.	ADD/ADHD Poruchy správania Spektrum autistických porúch Úzkostné a depresívne poruchy
5. Poruchy osobnosti	
Špecifické poruchy v stavbe charakteru a správaní, často spojené s narušením osobného a spoločenského života. Najčastejšie sa prejavujú v adolescencii.	Paranoidná osobnostná porucha Hraničná porucha osobnosti
6. Poruchy návykov a impulzov	
Charakterizuje ich impulzívne a nekontrolovateľné opakovanie činnosti bez jasnej racionálnej motivácie, ktoré všeobecne poškodzujú človeka s poruchou a jeho okolie.	Patologická závislosť na činnosti – gambling, práca, sex, apod.
7. Poruchy príjmu potravy	
Prejavujú sa narušením príjmu potravy za účelom straty hmotnosti, napríklad extrémnym obmedzením stravy, nadmernou fyzickou aktivitou, pri bulímii zvracaním alebo užívaním preháňadiel. Najčastejšie sa vyskytuje u adolescentných žien, hoci zasahuje aj mužov. Na druhej strane môže nadmerný stres viesť k prejedaniu sa, ktoré vyústí do obezity.	Bulímia Anorexia Prejedanie sa
8. Duševné poruchy a poruchy správania spôsobené užívaním psychoaktívnych látok	
Užívanie psychoaktívnych látok aktivuje systém odmeňovania v mozgu a príjem dopamínu, čo ovplyvňuje motiváciu, emócie a správanie. Závislosť vzniká všeobecne, keď pozitívne prežívanie podporuje ďalšie užívanie a činnosť a prejde až k nekontrolovateľnému nutkaniu užívať napriek zjavným negatívnym dopadom. Náhle prerušenie užívania vyvoláva abstinenčné príznaky. Najčastejšie užívanou látkou je alkohol, nasledujú látky s obsahom kanabisu (marihuana, hašiš), psychostimulanty (amfetamíny, MDMA, kokain), opiáty (morfín, heroín).	Akútna intoxifikácia Škodlivé užívanie Závislosť Abstinenčné príznaky Psychotické poruchy
9. Somatoformné poruchy	
Ochorenia, ktoré sa vyznačujú fyzickými/medicinskými symptómami, ale nemajú medicínske vysvetlenie. Medzi symptómy patria rôzne bolesti, tráviace (hnačka, nadúvanie), neurologické, sexuálne problémy, hyperventilácia, kašeľ. Lekári musia vykonať veľa vyšetrení, kým diagnostikujú somatoformnú poruchu. Symptómy spôsobujú pacientom značné utrpenie a frustráciu z toho, že lekári nevedia nájsť fyzický pôvod ich ťažkostí.	Somatizačná porucha Somatoformná autonómna dysfunkcia Hypochondria
10. Duševná zaostalosť	
Predstavuje stav zastavenia alebo nedokončenia vývinu intelektu. Charakterizuje ju najmä poškodenie schopností patriacich k celkovej úrovni inteligencie, t. j. poznávacích, jazykových, pohybových a sociálnych schopností, ktoré sa však môžu sa zlepšovať vplyvom nácviku alebo rehabilitácie.	Mierna až závažná duševná zaostalosť Disociácia inteligencie
11. Organické poruchy	
Rad duševných porúch, ktoré majú pôvod v mozgových ochoreniach, poraneniach mozgu alebo iných narušeniach vedúcich k mozgovej dysfunkcii.	Demencia (napr. Alzheimer) Duševné poruchy/poruchy osobnosti a správania spôsobené poranením mozgu/fyzických ochorením

Graf 28: Počet liečených pacientov na duševné poruchy, podľa pohlavia, 2017



Zdroj: NCZI

Príloha 2 Zátťaž ochorením

Box 1. Ukazovateľ zátťaž ochorením DALY (disability-adjusted life years)

Koncept zátťaž ochorením (burden of disease) je popri výskyte alebo úmrtnosti ďalším spôsobom ako merať dopad ochorení. Počíta sa pomocou ukazovateľa DALY (počet rokov života zasiahnutých postihnutím), ktorý tvoria dva komponenty: YLD (počet rokov odžitých s postihnutím) a YLL (počet nedožítých rokov života).

1 DALY možno považovať za rok strateného života v zdraví. Suma všetkých rokov v populácii predstavuje zátťaž ochorením (*burden of disease*). DALY = 1 znamená smrť, = 0 znamená úplné zdravie.

Výpočet DALY

$$\text{DALY} = \text{YLD} + \text{YLL}$$

YLL

- zátťaž ochorením v dôsledku predčasného úmrtia, *years of life lost*
- = **N** (počet úmrtí na postihnutie) x **L** (očakávaná dĺžka života vo veku úmrtia mínus vek úmrtia, pre konkrétne pohlavie)

YLD

- zátťaž ochorením počas života, *years lived with disability*
- = **P** (počet vyskytnutých prípadov, *prevalence*) x **DW** (váha postihnutia, *disability weight*)
- DW pripisuje váhu rôznym ochoreniam podľa miery zátťaž na každodenný život, váhy sú definované panelom odborníkov v oblasti zdravia, filozofie, etiky a ekonómie (WHO, 2013).

Tabuľka 16: Príklady váh postihnutia – „miera straty zdravia počas života“, DW

Fyzické ochorenia	Váha	Duševné ochorenia	Váha
Rakovina (diagnóza a primárna terapia)	0,288	Alkoholizmus, s.z.	0,373
Rakovina s metastázami	0,451	Závislosť na kanabise	0,266
Akútny infarkt myokardu (1 - 2 dni)	0,432	Klinická depresia, mierna	0,145
Mŕtvica s dlhotrvajúcimi následkami, s.z.*	0,070	Klinická depresia, s.z.	0,396
Cukrovka	0,133	Úzkostná porucha, mierna	0,030
Chronické ochorenie obličiek	0,104	Úzkostná porucha, s.z.	0,133
Astma kontrolovaná	0,015	Bipolárna porucha, reziduálna	0,032
COPD, s.z.	0,225	Schizofrénia, reziduálna	0,588
migréna	0,411	ADHD	0,045
roztrúsená skleróza, s.z.	0,445	Porucha správania	0,241
Parkinsonova choroba, s.z.	0,267	Autizmus	0,259
Demencia, s.z.	0,377	Bulímia/Anorexia	0,224

*s.z. – stredne závažný stupeň ochorenia

Zdroj: IHME (2017)

DALY a QALY

DALY je súčasťou konceptu HALY (health-adjusted life years), pod ktorý spadá aj známejší ukazovateľ QALY (quality-adjusted life years). QALY meria roky života v zdraví ako produkt očakávanej dĺžky života a kvality zostávajúcich rokov. 1 QALY je rok života v plnom zdraví, QALY=1 znamená úplné zdravie, =0 znamená smrť (v princípe obrátený ukazovateľ DALY). Často sa používa na meranie dopadu zdravotníckeho opatrenia, napr. ako uvedenie nového lieku na trh predĺži a skvalitní život pacienta.

Príloha 3 Metodika výpočtov nákladov spojených s duševnými problémami podľa OECD

Tabuľka 17: Priame a nepriame náklady duševných porúch a zdroje, ktoré použil OECD, 2018

Dopad na oblasť	Špecifické nákladové kategórie	Zdroje
Zdravotníctvo	Vyššie priame náklady na zdravotníctvo (návštevy lekára, lieky, hospitalizácie apod.)	Cost od disorders of the brain in Europe 2010, databáza Eurostat Health Expenditures by Diseases and Conditions 2016
Sociálna podpora	Vyššie dávky v pracovnej neschopnosti	Eurostat a národné administratívne dáta (pre niektoré krajiny)
	Vyššie invalidné dôchodky	Eurostat a národné administratívne dáta (pre niektoré krajiny)
	Vyššia podpora v nezamestnanosti	Eurostat a národné administratívne dáta (pre niektoré krajiny)
Pracovný trh	Nižší príjem kvôli vyššej úmrtnosti u ekonomicky aktívnej populácie	Eurostat (príčiny úmrtnosti)
	Nižší príjem kvôli vyššej nezamestnanosti u ekonomicky aktívnej populácie s duševnými problémami	Eurostat (Prieskum European Health Interview Survey 2014)
	Nižší príjem kvôli vyššej absencii v práci (menej hodín v práci, viac celodenných absencií)	Prieskum European Working Conditions Survey 2015 a Eurostat
	Nižší príjem kvôli nižšej produktivite na pracovisku	Prieskum European Working Conditions Survey 2015 a Eurostat

Zdravotníctvo

Odhady priamych nákladov na zdravotnú starostlivosť sú založené na výbere duševných porúch zo štúdie o nákladoch na poruchy mozgu v Európe (Gustavsson et al., 2011). Pôvodné odhady nákladov boli extrapolované na rok 2015 s použitím najnovších údajov o výdavkoch na zdravotníctvo a aktualizovaných makroekonomických údajov. Celkové odhady boli tiež potvrdené zdravotnými výdavkami pre jednotlivé krajiny štúdie, ako napríklad štúdiu Eurostatu o výdavkoch na zdravotnú starostlivosť a ochorenia v roku 2016. Predpokladá sa, že podiel výdavkov na duševné zdravie sa medzi rokmi 2010 a 2015 nezmenil. Údaj za Slovensko v OECD (2018) bol pre účely tejto analýzy znížený tak, že z odhadov v Gustavsson et al., (2011) boli vyčlenené iné ochorenia, napr. neurologické ochorenia, mozgová príhoda alebo migréna. Pre extrapoláciu bol použitý stály podiel výdavkov na duševné zdravie z verejného zdravotného poistenia.

Sociálne zabezpečenie

Hlavnými zdrojmi údajov pre odhady dávok sociálneho zabezpečenia sú databáza Eurostatu, Prieskum európskych pracovných podmienok (the European Working Conditions Survey) a zdroje údajov jednotlivých štátov. Odhady sú postavené na predpokladoch, ktorými sa vyplnili medzery v údajoch:

1. 20% nemocenských dávok je platených v súvislosti s duševnými poruchami na základe dostupných dôkazov zo Švédska (OECD, 2012);
2. 37% dávok v invalidite súvisia s problémami duševného zdravia na základe dostupných dôkazov zo šiestich krajín (Rakúsko, Belgicko, Dánsko, Holandsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo) (OECD, 2015)
3. 15% dávok z poistenia v nezamestnanosti súvisí s problémami duševného zdravia na základe dôkazov z tej istej skupiny šiestich krajín. V priemere približne 30% ľudí poberajúcich dávky v nezamestnanosti uvádza problémy s duševným zdravím; predpokladá sa však, že duševné problémy sú hlavnou príčinou nezamestnanosti u polovice týchto ľudí.

Pre Slovensko boli použité podiely z bodov 1-3 z dávok v nezamestnanosti, invalidných dôchodkov a dávok v práceneschopnosti uvedených na webe Sociálnej poisťovne.

Pracovný trh

Vplyv duševného zdravia na trh práce vychádza aj z databázy Eurostatu a Prieskum európskych pracovných podmienok (the European Working Conditions Survey). Odhady vychádzajú z predpokladov, že ľudia s problémami duševného zdravia by mali rovnakú mieru zamestnanosti a rovnaký plat ako zvyšok obyvateľstva (priemerná mzda v hospodárstve). Efekt produktivity sa meria na základe absencie a tzv. „presenteeism“ – prítomnosti na pracovisku so zníženou výkonnosťou. Odhady dopadu „presenteeism“ sú založené na štúdiu, ktorá zistila, že pri všetkých profesiách pracovníci s duševnou poruchou pracujú o 6 % menej produktívne ako pracovníci bez takýchto problémov (Hilton et al., 2008). Predpokladá sa, že táto nižšia produktivita práce sa prejaví v nižších mzdách. Náklady v analýze sú vyjadrené v eurách bez úprav na základe parity kúpnej sily.

Pre Slovensko výpočet zahŕňa stratenú produktivitu:

1. **Kvôli predčasným úmrtiam** – Z počtu úmrtí z dôvodu užívania psychoaktívnych látok a sebapoškodzovania podľa veku (zdroj: IHME) bol určený počet stratených produktívnych rokov do 65. roku veku u potenciálne zamestnanej populácie a následná celková stratená mediánová hrubá mzda v roku 2019 za všetky stratené roky. Výška mzdy nebola extrapolovaná do budúcnosti.
2. **Kvôli nezamestnanosti** – Pre 15 % z počtu priemerného mesačného počtu nezamestnaných (zdroj: Eurostat) bola určená ročná stratená mediánová hrubá mzda.
3. **Kvôli práceneschopnosti (PN)** – Pre 20 % z počtu ľudí poberaajúcich dávky v PN (zdroj: Sociálna poisťovňa) bola určená stratená mediánová mzda za priemerné trvanie PN, t.j. 43 dní v roku 2019.
4. **Kvôli zníženému výkonu na pracovisku** – Zníženie výkonu predstavuje stratených 6 % výkonu z ročnej mediánovej hrubej mzdy u pracujúcich ľudí s duševnou poruchou. Počet pracujúcich ľudí s duševnou poruchou bol odvodený z počtu ľudí v produktívnom veku 20 - 64 rokov (zdroj: IHME), z ktorého bol odhadnutý podiel pracovnej sily 80 % (podľa podielu v populácii), odrátaný počet nezamestnaných kvôli duševnej poruche (vyrátaný v bode 2) a čas strávený v PN.

Príloha 4 Návratnosť programov prevencie a podpory duševného zdravia v Anglicku

Tabuľka 18: Návratnosť špecifických programov v Anglicku

Opatrenie	Kto platí	Roky	Návratnosť v librách za 1 investovanú libru, kumulatívne za všetky roky								Nehmotné náklady	Spolu
			Zdravotníctvo	Samosprávy	Rodina	Polícia	Právny sektor	Škola	Pracovisko	Produktivity		
Školské programy pre prevenciu šikany	Školy a lokálne vzdelávacie authority	4	0,68		0,9							1,58
Školské programy sociálno-emočných zručností	Školy a lokálna vzdelávacie authority	2	0,35	0,01	4,71			0,01				5,08
Zdravie na pracovisku	Pracovisko	1	0,05						2,31			2,37
Prevencia stresu na pracovisku	Pracovisko	2	0,3	0,18					1,52			2
Ochrana duševného zdravia ľudí s fyzickým ochorením	Zdravotníctvo	2	0,26							1,26		1,52
Predchádzanie samote	Samosprávy a aktivisti	5	0,95							0,31		1,26
Podpora zadĺžených ľudí	Finančný sektor a zdravotníctvo	5	0,22				0,81			1,57		2,6
Prevencia samovražednosti a sebapoškodzovania	Zdravotníctvo	10	2,17	0,35		0,41				12,03	24,15	39,11

Pri samovraždách počítajú aj hodnotu zachránených rokov života

Zdroj: McDaid et al. (2017)

Príloha 5 Programy prevencie a podpory duševného zdravia na Slovensku – príklady

Tabuľka 19: Programy prevencie a podpory duševného zdravia na Slovensku - príklady

Názov	Popis	Financovanie – štát (ročne)	Financovanie – iné (ročne)
rané detstvo			
Cesta von, projekt Omama	Združenie podporujúce stimuláciu v ranom detstve sociálne znevýhodnenej populácie, najmä marginalizovaných rómskych komunit. Vyškolené členky rozvíjajú schopnosti detí a radia rodičom v starostlivosti a výchove (zatiaľ na 3 miestach na Slovensku)	7 523 eur	58 094 eur
Centrum pre rodinu Kvapka	Poskytuje komplexnú poradenskú, psychoterapeutickú a vzdelávaciu starostlivosť pre rodinu – rodičov, detí, tehotné ženy, ženy po pôrode, odborníkov v oblasti zdravotníctva, školstva a sociálnej oblasti.	Súkromná ambulancia	
Centrá včasnej intervencie	Neziskové organizácie, ktoré poskytujú včasnú podporu rodinám formou komplexných služieb na báze dlhodobého sprevádzania v siedmich krajoch.	N/A	N/A
Úsmev ako dar	Organizácia podporujúca najmä deti v detských domovoch a ich následné začlenenie do rodín a spoločnosti. Prevádzkuje 11 komunitných centier.	494 569 eur	676 288 eur
Andreas	Podpora detí s autizmom, koordinácia zdravotníckych, sociálnych služieb a vzdelávania, komunitných zariadení, podpora doživotnej starostlivosti. (iba Bratislavský kraj)	28 307 eur	7 289 eur
deti a adolescenti			
Zippyho kamaráti a Kamaráti jabĺčka	Program Ligy za duševné zdravie školí učiteľov, ktorí počas jedného roka 5-7 ročných detí učia deti hrovou formou zvládať záťaž a stres a vyjadrovať svoje emócie. Kamaráti jabĺčka sú pokračovaním programu Zippyho kamaráti pre staršie deti. Realizácia programu je závislá od záujmu a prostriedkov školy, LZD sa snaží dostať program do školských osnov po vzore Nórska.	30 000 eur	20 000 eur
Deti na nete	Program nadácie Orange ponúka školenia pre rodičov a školy v rámci bezpečného používania internetu deťmi a predchádzaniu kyberšikan.	N/A	N/A
Liga za duševné zdravie	Organizácia ponúka interaktívne prednášky pre stredoškóľakov o duševnom zdraví.	časť z príjmov LDZ, nižšie	časť z príjmov LDZ, nižšie
Chuť žiť	Organizácia zameraná na prevenciu porúch príjmu potravy najmä u žiakov 2. stupňa ZŠ a stredoškóľakov, poskytuje workshopy a školenia pre učiteľov, psychologov a výchovných poradcov	N/A	N/A
Linka Ipčko.sk	Denná psychologická internetová poradňa pre mladých, pôvodne zameraná najmä na prevenciu samovražednosti, s vyše 30 odbornými poradcami, ktorí pracujú bez odplaty. Aktívne vna internete vyhľadávajú ohrozených ľudí.	9 250	18 472
pracujúci			
Liga za duševné zdravie	Organizácia ponúka informačné prednášky o podpore duševného zdravia pre zamestnávateľov, zúčastnili sa Lidl a Kaufland.	časť z príjmov LDZ, nižšie	časť z príjmov LDZ, nižšie
Bivio	Sociálny podnik, ktorý pripravuje na zamestnanie a zamestnáva ľudí s mentálnym postihnutím v hoteli Bivio. Zisky sú použité na činnosť rehabilitačno-vzdelávacieho centra.	N/A	N/A
Centrum ďalšieho vzdelávania Univerzity Komenského	Centrum ponúka tréningový seminár pre všetkých, ktorí chcú ktorí chcú lepšie zvládať záťažové a konfrontačné situácie, chcú pracovať na svojej emočnej stabilite a vnútornej rovnováhe.	Spoplatnený kurz	
seniori			
Jednota dôchodcov	Organizácia chráni práva a požiadavky dôchodcov na dôstojný život, organizuje spoločenské a vzdelávacie podujatia. Aktívna vo vyše 80 mestách.	237 000	N/A
Fórum pre pomoc starším	Organizácia pomáha zabezpečovať služby v regióne, organizovať spoločenské akcie, šíriť osvetu v oblasti porušovania práv seniorov (napr. týranie seniorov). Vydáva časopis a prevádzkuje bezplatnú Senior linku.	N/A	N/A
všetky skupiny			
Liga za duševné zdravie	Organizácia zameraná na ochranu a podporu duševného zdravia a destigmatizáciu, založená poprednými odborníkmi, celoslovensky združuje ďalších 33 organizácií (napr. poradenské centrá) a spolupracuje s 38 pacientskymi organizáciami na Slovensku. Prevádzkuje internetovú poradňu a znovu aj telefonické poradenstvo po jednorazovom príspevku kancelárie predsedu vlády. Poskytuje podporné programy pre pacientov a príbuzných, napr. projekt Galéria Nezábudka ponúkajúci arterapiu alebo čítačky diel autorov s duševnou poruchou Sofia.	7 500 eur	129 211 eur

stigma			
Liga za duševné zdravie	Organizuje zbierku Dni Nezábudiek, informačné kampane, diskusie s odborníkmi a verejnosťou, vydáva edukačné letáky.	časť z príjmov LDZ vyššie	časť z príjmov LDZ, vyššie
No more stigma	Iniciatíva odborníkov v šírení osvetu a destigmatizácie na Facebooku a prednáškami (východné Slovensko).	N/A	N/A
obete fyzického, psychického a sexuálneho násillia			
Centrum Slniečko	Nezisková organizácia poskytuje všeobecno-prospešné služby týraným, zneužívaným a zanedbávaným deťom, obetiam domáceho násillia, obetiam sexuálnych útokov a znásillenia a napomáha k účinnému a komplexnému riešeniu tejto problematiky v zmysle zabezpečenia a ochrany základných ľudských práv a slobôd.	N/A	N/A
ľudia so závislosťou			
Internetová poradňa CPLDZ	Centrum pre liečbu drogových závislostí prevádzkuje internetovú poradňu pre závislých a ich blízkych, pomoc terapeuta.	N/A	N/A
Linka pomoci pre problémy s hraním	Centrum pre liečbu drogových závislostí denne prevádzkuje bezplatnú linku pre hráčov a ich blízkych, pomoc terapeuta.	N/A	N/A
ľudia s fyzickým ochorením			
Slovenský zväz telesne postihnutých	Projekt, ktorý združuje občanov s telesným postihnutím a ich rodinných príslušníkov. Poskytuje špecializované poradenstvo vrátane psychologického klientom ambulatnou aj terénnou formou.	SZTP Banská Bystrica: 16 591 eur	SZTP Banská Bystrica: 560 eur
ľudia s výraznými dlhmi			
Osobný bankrot	Právne upravený proces, počas ktorého sa fyzická osoba zbavuje svojich dlhov. Zámerom rozšírenia na širší okruh ľudí v roku 2017 alebo ochrana sumy na zabezpečenie bývania je snaha dať druhú šancu ľuďom, ktorí sa z dlhov nevedia dostať	N/A	N/A
ľudia bez domova			
Vagus	Organizácia poskytuje sociálne služby ľuďom bez domova, terénnou prácou a v dennom a integračnom centre v Bratislave.	150 155 eur	259 254 eur
DePaul	OZ poskytuje sociálnu a zdravotnú pomoc pre ľudí bez domova v nízkoпрahovom centre, nocľahármi a útulku v Bratislave.	485 817 eur	389 717 eur
Nota Bene	OZ Proti prúdu ponúka ľuďom bez domova a v núdzi možnosť predávať pouličný časopis a umožniť im získať dôstojný príjem, sebaúctu, sociálne kontakty.	78 591	419 490
Odysseus	Organizácia pomáha ľuďom z ohrozených komunit (napr. užívatelia drog, pracovníci v sexbiznise) cez "harm reduction", vzdelávaním, zastupovaním ich záujmov, terénnou a sociálnou prácou a osvetou.	115 447 eur	40 143 eur
Prima	Organizácia pomáha ľuďom bez domova, užívateľom drog a ľuďom pracujúcim v sexbiznise terénnou sociálnou prácou (cez "harm reduction", poradenstvo, zber ihiel, poskytnutie hygienických pomôcok) a v Kontaktnom centre.	65 440 eur	49 592 eur
ľudia z LGBTI komunity			
Iniciatíva Inakosť	Iniciatíva hľadá riešenia pre lepší život pre členov LGBTI komunity. Prevádzkuje online poradňu, telefonické aj osobné poradenstvo.	N/A	N/A
Transfúzia	Iniciatíva hľadá riešenia pre lepší život pre transrodových ľudí, najmä šírením osvetu, organizuje podpornú skupinu v Bratislave.	N/A	N/A
žiadatelia o azyl			
Kompas	Projekt Slovenskej humanitnej rady príslušníkom tretích krajín umiestnených v útvaroch policajného zaistenia pre cudzincov MV SR v Medveďove a Sečovciach poskytuje sociálne poradenstvo, psychologického poradenstva, materiálnu pomoc, voľnočasové a iné aktivity.	N/A	N/A
príslušníci etnických menšín			
Zdravé komunity	Projekt príspevkovej organizácie MZ SR Zdravé regióny. Ide o formu terénnej sociálnej práce, ktorá je zameraná užšie na zlepšenie podmienok pre zdravie vylúčených skupín, predovšetkým MRK. Pomocou asistentov a asistentiek osvetu zdravia, ktorí pracujú v teréne s cieľovou skupinou, organizácia realizuje v prostredí MRK osvetové aktivity, zdravotnú mediáciu (napr. komunikácia medzi ľuďmi z prostredia MRK a zdravotníckymi zariadeniami) a ďalšiu podporu zdravia (napr. psychosociálnu alebo v oblasti materiálnych podmienok).	3,2 mil. eur (z fondov EÚ)	N/A

Zdroj: Výročné správy 2017, 2018, ÚHP et al. (2020), webové stránky

Príloha 6 Adverse Childhood Experiences - Nepriaznivé skúsenosti v detstve

Koncept negatívnych zážitkov v detstve (ACEs – Adverse Childhood Experiences) meria dopad stresujúcich zážitkov na vývoj dieťaťa a dlhodobé následky siahajúce do dospelosti. Jeho súčasťou je jednoduchý ustálený dotazník pozostávajúci pôvodne z desiatich otázok, ktorý skúma výskyt najzávažnejších skúseností do 18-teho roku života. Každá z uvedených skúseností má rovnakú váhu (Tabuľka 20).

Tabuľka 20: Otázky v dotazníku ACEs, odpoveď áno/nie

1	Ponižoval vás často rodič alebo iná dospelá osoba v domácnosti alebo ste sa báli, že vám fyzicky ublíži?	6	Rozviedli alebo rozišli sa vaši rodičia?
2	Fackoval, udrel alebo sácal vás často rodič alebo iná dospelá osoba v domácnosti alebo aspoň raz zanechal zranenia?	7	Niekoľko vo vašej domácnosti vašu matku často sácal, fackoval alebo kopal, udrel alebo niekedy bil nepretržite niekoľko minút/ohrozoval zbraňou?
3	Dotýkala sa vás niekedy osoba dospelá alebo staršia ako 5 rokov sexuálnym spôsobom, vykonala sexuálny styk alebo sa oň pokúsila?	8	Žili ste niekedy s človekom, ktorý mal problém s alkoholom alebo drogami?
4	Cítili ste často, že vás nikto v rodine nemal rád a nemyslel si, že ste výnimočný alebo že v rodine nebola cítiť vzájomná blízkosť a opora?	9	Trpel niektorý člen domácnosti depresiou alebo inou duševnou poruchou alebo sa pokúsil o samovraždu?
5	Cítili ste často, že ste nemali dostatok jedla, čistého oblečenia a ochrany zo strany dospelých alebo že rodičia pod vplyvom omamných látok/alkoholu nezvládali základnú starostlivosť o vás?	10	Bol niektorý člen v domácnosti vo väzení?

Dlhoročný výskum v rámci ACEs ukazuje, že **ľudia s zo štyrmi a viac ACEs majú výrazne horšie výsledky v budúcnosti:**

- vyšší výskyt chronických ochorení (kardiovaskulárne ochorenia, astma, rakovina, cukrovka)
- vyšší výskyt duševných porúch (depresie, 12-krát vyššie riziko pokusu o samovraždu)
- horší životný štýl (alkoholizmus, fajčenie, užívanie drog)
- nižšie vzdelanie a horšie pracovné výsledky
- sú násilnejší, viac sa rozvádajú a žijú kratšie o 20 rokov

Pôvodný výskum (Felitti et al, 1998)⁸² bol uskutočnený na 17-tisíc klientoch programu Health Maintenance Organisation integrovanej kliniky Kaiser Permanente v Kalifornii. Respondenti boli prevažne bieli, zabezpečení, zamestnaní a vysokoškolsky vzdelaní obyvatelia Južnej Kalifornie s dobrým prístupom k zdravotnej starostlivosti, kritickú hranicu 4 a viac ACEs dosiahlo 13 % opýtaných. V novšom prieskume Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)⁸³ v niekoľkých štátoch USA odpovedalo 214 157 telefonicky náhodne vybraných respondentov, **viac ako 3 ACEs uviedlo 16 %, teda každý šiesty respondent.**

Tabuľka 21: Počet ACEs podľa prieskumu BRFSS, 2011 - 2014

	Ženy	Muži	Spolu
Počet respondentov	110 291	103 866	214 157
0	38 %	39 %	39 %
1	23 %	26 %	24 %
2	13 %	14 %	13 %
3	9 %	9 %	9 %
4 a viac	18 %	14 %	16 %

Zdroj: CDC

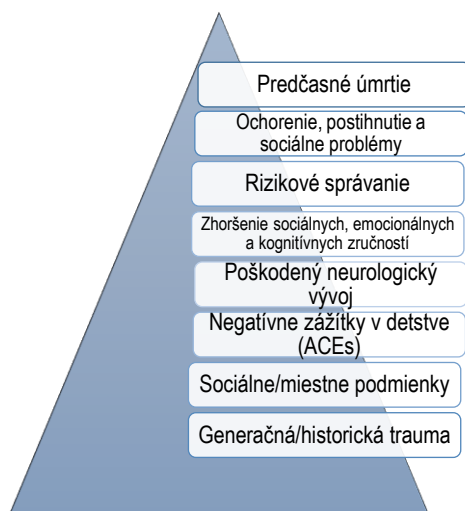
⁸² <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/about.html>

⁸³ <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/ace-brfss.html>

Respondenti v štúdií BRFSS najviac v detstve trpeli emocionálnym násilím, zažili rozvod alebo rozchod rodičov a člen domácnosti nadmerne užíval alkohol alebo omamné látky. **Až každé šieste dievča bolo sexuálne zneužívané** (Tabuľka 22).

Najmä v USA sa na základe výskumu ACEs tvoria zdravotnícke politiky zamerané na podporu rodín, sociálnych noriem vo výchove detí, podporu vzdelania v ranom detstve alebo podporou výchovných zručností u rodičov (CDC, 2019).⁸⁴

Obrázok 5: Mechanizmus vplyvu ACEs na život v dospelosti



Tabuľka 22: Prevalencia typov ACEs, novší prieskum BRFSS, 2011 - 2014

Katégoria ACE	ženy	muži	spolu
Počet respondentov	110 291	103 866	214 157
Poškodzovanie			
Emocionálne poškodzovanie	34%	35%	34%
Fyzické poškodzovanie	18%	18%	18%
Sexuálne zneužívanie	16%	7%	12%
Problémy v domácnosti			
Násilie medzi partnermi	18%	17%	17%
Zneužívanie psychoaktívnych látok	29%	26%	28%
Duševná porucha	19%	14%	17%
Rozvod alebo rozchod rodičov	28%	28%	28%
Člen domácností vo väzení	7%	9%	8%

Zdroj: CDC

CDC (2019)⁸⁵ odporúča prevenciu ACEs implementovať na viacerých úrovniach:

Stratégia	Prístup
Posilniť finančnú podporu rodín	<ul style="list-style-type: none"> Lepšia finančná záchranná sieť pre rodiny Pracovné prostredie prispôsobené rodine
Podporovať spoločenské normy, ktoré odmietajú násilie	<ul style="list-style-type: none"> Verejné vzdelávacie kampane Legislatíve zamedzenie telesným trestom Prístup nezúčastneného pozorovateľa Muži ako spojenci v predchádzaní násiliu
Zaručiť dobrý štart pre deti	<ul style="list-style-type: none"> Návštevy v domácnosti v ranom detstve Kvalitné škôlky Predškolské aktivity pre celú rodinu
Zlepšovať zručnosti	<ul style="list-style-type: none"> Sociálno-emocionálne vzdelávanie Vzdelávanie o bezpečnom randení a zdravých vzťahoch Výchovné zručnosti rodičov a zdravé vzťahy v rodine
Podporovať aktivity mládeže s angažovanými dospelými	<ul style="list-style-type: none"> Mentoring Mimoškolské programy
Aktívne znižovať následky	<ul style="list-style-type: none"> Lepšia primárna starostlivosť Centrá pre obeť násilia Liečba/terapia pre zníženie dopadov ACEs Liečba/terapia pre prevenciu problematického a násilného správania Liečba závislostí na psychoaktívnych látkach orientovaná na rodinu

⁸⁴ <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/cestudy/aboutace.html>

⁸⁵ <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingACES-508.pdf>

Príloha 7 Reformy psychiatrie

Reforma psychiatrickej starostlivosti, Hašto a kol. (1999)

Tabuľka 23: Reforma psychiatrickej starostlivosti, Hašto a kol. (1999) – kapacity pre starostlivosť o dospelých

	Posteľové oddelenie		Denné psychiatr. sanatórium		Nočné psychiatr. sanatórium	Chránená dielňa	Chránené bytové spoločenstvo	Chránený domov	Rehabilitačná dielňa	Ambulancia	
	min	max	min	max						min	max
Lôžka/miesta	2800	4200	1050	2100	1050	1050	1050	2100	700	140	280
Lekár	315	420	70	140	-	-	-	7	-	140	-
Psychológ	70	105	35	70	-	-	-	17,5	-	175	-
Sociálny pracovník	70	105	70	105	-	35	105	210	-	-	-
Ergoterapeut	70	105	35	70	-	105	-	-	-	-	-
Muzikoterapeut		17,5		17,5	-	-	-	-	-	-	-
Arteterapeut		17,5		17,5	-	-	-	-	-	-	-
Liečebný pedagóg	35	52,5	18	35	-	-	-	-	-	-	-
Pohybový terapeut	35	35	35	35	-	-	-	-	-	-	-
Rehabilitačný pracovník	70	105	35	70	-	-	-	-	-	-	-
Administratívny pracovník	105	140	35	70	-	35	-	35	105	-	-
Zdravotná sestra	1400	2100	175	350	175	-	-	105	70	140	70

Tabuľka 24: Reforma psychiatrickej starostlivosti, Hašto a kol. (1999) – kapacity pre starostlivosť o deti/seniorov

	Deti a dorast				Seniori			
	Posteľové oddelenie	Ambulancia	Posteľové oddelenie		Denné psychiatrické sanatórium		Ambulancia	
			min	max	min	max		
Lôžka/miesta		450	70	1050	2100	700	-	-
Lekár		40	70	70	105	35	-	35
Psychológ		20		18	-	35	-	18
Liečebný pedagóg		30						
Rehabilitačný pracovník		20		105	175			
Administratívny pracovník								
Zdravotná sestra		350	70	700	1050	105	210	35

Ďalšie odporúčania reformy:

- 700 psychosomatických staníc
- 35 konziliárnych psychiatrov
- Liečba alkoholizmu a toxikománie: 600 lôžok a 35 ambulancií + 4 pre mladistvých
- Psychiatrická ochranná liečba: 200 lôžok
- Inštitút pre liečbu toxikománie. 30 lôžok
- Ochranná liečba pri sexuálnych deviáciách: 20 lôžok
- Ochranná liečba protioxikomanická: 20 lôžok
- Ochranná liečba protialkoholická pri správaní rušivom pre pacientov bežného protialkoholického oddelenia: 20 lôžok
- Špeciálne bezpečnostné psychiatrické oddelenie: 100 lôžok

Reforma péče duševní zdraví ČR

Tabuľka 25: Reforma péče o duševní zdraví ČR – kapacity podľa stratégie 2013

	Štát	Nemocnice	Liečebne	Ambul	CDZ	Štát	Nemocnice	Liečebne	Ambul	CDZ
<i>Personál</i>	na 100 000 obyv.					prepočet pre Slovensko				
Psychiater	25	6	5	12	2	1362	327	272	654	109
Detský psychiater	4,5	1	1	2	0,5	245	54	54	109	27
Gerontopsychiater	3,5	0,5	1,5	1	0,5	191	27	82	54	27
Sexuológ	3	-	1	1	1	163	-	54	54	54
Špecialista na poruchy príjmu potravy	3	0,5	1,5	0,5	0,5	163	27	82	27	27
Adiktológ lekár	4	1	1,5	1	1	218	54	82	54	54
Adiktológ nelekár	4	-	1	2	-	218	-	54	109	-
Klinický psychológ	19	4	3	10	2	1035	218	163	545	109
Detský klinický psychológ	11	2	2	7	-	599	109	109	381	-
Psychiatrická sestra Komunitná	30	6,6	4,4	6	13	1634	360	240	327	708
psychiatrická sestra Zdravotno-sociálny/sociálny pracovník	5	-	-	-	-	272	-	-	-	-
	10	-	-	-	10	545	-	-	-	545
<i>lôžka</i>	na 100 000 obyv.					prepočet pre Slovensko				
Psychiatria	-	40	-	-	-	-	2179	-	-	-
Intenzívna psychiatria	-	2	-	-	-	-	109	-	-	-
Detská psychiatria	-	4,2	-	-	-	-	229	-	-	-
Gerontopsychiatria	-	1	-	-	-	-	54	-	-	-

CDZ – Centrum duševního zdraví

Zdroj: MZ ČR (2013)

Tabuľka 26: Strategické oblasti českej reformy podľa stratégie 2013

1. Tvorba štandardov a metódik	Tvorba metodiky pre meranie kvality života Tvorba metodiky pre meranie stigmatizace Projekt Standardní klasifikace vybudovaného prostředí Projekt Ekonomika duševního zdraví Definícia štandardu CDZ Definícia metód merania spokojnosti užívateľov starostlivosti
2. Rozvoj psychiatrickej starostlivosti	Pilotné projekty CDZ Príprava dobudovania celorepublikovej siete CDZ Príprava a dobudovanie siete psychiatrických nemocničných oddelení
3. Humanizácia psychiatrickej starostlivosti	Príprava projektov humanizácie psychiatrickej starostlivosti Projekty podpory previazanosti komunitnej siete s CDZ
4. Destigmatizácia a komunikácia	Podpora destigmatizačných aktivít v miestach pilotných projektov Celoplošná destigmatizačná kampaň Komunikácia reformy psychiatrickej starostlivosti
5. Vzdelávanie a výskum	Tvorba osnov vzdelávacích programov v psychiatrii Vzdelávanie pracovníkov zložiek verejnej správy (pedagógov, poskytovateľov, nadväzujúcich profesií)
6. Legislatívne zmeny	Analýza dopadov reformy a zapracovanie návrhu v legislatíve Zavedenie nového modelu financovania psychiatrickej starostlivosti v spolupráci so zdravotnými poisťovňami
7. Udržateľné financovanie	
8. Medzirezortná spolupráca	Plán a koordinácia zmien s presahom do iných rezortov

Zdroj: MZ ČR (2013), úprava ÚHP

Tabuľka 27: Rozpočet Českej reformy podľa stratégie 2013

Oblasť	Opis oblasti	v mil. CZK	v mil. eur	
1	Tvorba metodík a štandardov	Výskumné, štandardizačné a analytické projekty	220	9
		Pilotné projekty Centier duševného zdravia a ďalších nových a inovovaných typov starostlivosti	1 100	43
	Rozvoj siete psychiatrickej starostlivosti	Centrá duševného zdravia	1 300	51
2		Nové a inovované typy starostlivosti	550	21
		Ambulancie	85	3
	Humanizácia psychiatrickej starostlivosti	Psychiatrické oddelenia všeobecných nemocníc	690	27
3		Psychiatrické nemocnice/liečebne	460	18
4	Destigmatizácia a komunikácia	Programy zamerané na komunikáciu stratégie reformy a destigmatizáciu	570	22
5	Vzdelávanie a výskum	Príprava a realizácie vzdelávacích programov	1 000	39
	Riadenie implementácie		60	2
SPOLU			6 035	236

Zdroj: Reforma péče o duševní zdraví

Tabuľka 28: Národný akčný plán pre duševné zdravie českej reformy, 2020

Strategický cieľ 1: Zlepšenie riadenia a poskytovania starostlivosti v oblasti duševného zdravia vedené spoľahlivými informáciami a vedomosťami

Špecifické ciele

Zaistiť koordináciu medzirezortnej verejnej politiky duševného zdravia prostredníctvom funkčného nadrezortného koordinačného systému

Zaistiť efektívnu koordináciu a riadenie služieb starostlivosti od duševné zdravie na regionálnej a lokálnej úrovni

Vytvoriť nástroje koordinovaného poskytovania služieb v oblasti starostlivosti o duševné zdravie a prechodu od inštitucionálnej starostlivosti ku komunitnej

Zaviesť kvalitu starostlivosti ako dôležitý aspekt riadení siete služieb v oblasti duševného zdravia

Zaviesť metodiku pre výskum a hodnotenie politiky a služieb v oblasti duševného zdravia

Umožniť pilotovanie inovatívnych metód v poskytovaní starostlivosti v oblasti duševného zdravia

Strategický cieľ 2: Zaistenie toho, aby mal každý človek porovnateľnú príležitosť na duševné zdravie v priebehu celého svojho života, predovšetkým tí najviac zraniteľní alebo v riziku

Špecifické ciele

Zvýšiť podiel financií plynúcich do oblasti starostlivosti o duševné zdravie s cieľom rozvoja komunitného systému starostlivosti a prevencie chudoby ľudí s duševným ochorením

Vytvoriť funkčný systém primárnej prevencie a včasný zásah v oblasti duševného zdravia pokrývajúci celý životný cyklus od narodenia až do seniorského veku

Zabezpečiť podporu duševného zdravia detí vo vzdelávacom systéme

Realizovať celoštátnu destigmatizačnú iniciatívu

Strategický cieľ 3: Zabezpečenie toho, aby ľudské práva osôb s problémami v oblasti duševného zdravia bola plne rešpektované, chránené a podporované

Špecifické ciele

Systematicky upraviť spoločenské prostredie tak, aby bola možná implementácia záväzkov plynúcich pre SR z medzinárodných dokumentov v oblasti kvality a ľudských práv

Zaviesť oblasť ľudských práv ako integrálnu súčasť hodnotenia kvality poskytovanej starostlivosti o duševné zdravie

Zohľadniť rovnaké príležitosti mužov a ženy v oblasti duševného zdravia

Strategický cieľ 4: Zabezpečenie plnej dostupnosti služieb v oblasti duševného zdravia v čase, mieste, kapacite a cene, zabezpečenie ich dostupnosti v komunite podľa potreby

Špecifické ciele

Na základe hodnotenia realizovaných pilotných projektov rozvinúť do roku 2030 multidisciplinárne tímy ako kľúčové služby zabezpečujúce potrebnú starostlivosť v komunite

Do roku 2030 realizovať ďalšiu fázu deinštitucionalizácie ako postupný prechod od veľkých zariadení poskytovateľov zdravotných služieb následnej lôžkovej starostlivosti v odbore psychiatria k starostlivosti komunitnej, zabezpečiť rozvoj širokého spektra dostupných služieb v komunite, vrátane rozvoja kapacít pre akútnu starostlivosť v psychiatrických a pediatrických oddeleniach všeobecných nemocníc

Realizovať rozvoj ďalších potrebných komunitných služieb podporujúcich deinštitucionalizáciu

Zaviesť systém pre zapájanie pacientov / klientov a rodinných príslušníkov, ktorý umožňuje a podporuje rozvoj prirodzených zdrojov pacientov / klientov na ceste k ich zotaveniu, vrátane podpory peer konzultantov a svojpomocných skupín do starostlivosti o duševné zdravie

Strategický cieľ 5: Budovanie systémov starostlivosti o duševné zdravie pracujúcich v dobre koordinovanej partnerskej spolupráci s ostatnými sektormi, vrátane rovnakého prístupu k starostlivosti o somatické zdravie.

Špecifické ciele

Systémovo (medzirezortne) vyriešiť problematiku ochranného liečenia (Ústavné, ambulantné, komunitné)

Zapojiť kraje a obce do tvorby a realizácie efektívnej siete starostlivosti o duševné zdravie

Zabezpečiť efektívnu koordináciu starostlivosti o duševné a somatické zdravie

Zdroj: ÚV ČR (2020)

Príloha 8 Psychoterapia

Tabuľka 29: Príklady typov terapie

	Opis
Psychodynamická terapia	Zámerom je identifikovať príčiny problematického správania, pocitov a myšlienok v rozhovore klienta a terapeuta, u detských klientov často prebieha formou hry.
Kognitívno-behaviorálna terapia	Zámerom je preskúmať a zmeniť spôsob premýšľania o svojom živote a oslobodiť sa od neefektívnych vzorcov správania. Klient si s terapeutom pravidelne určuje ciele a monitoruje posun.
Rodinná terapia	Stavia na predpoklade, že veľa psychologických problémov vychádza z problematických vzťahov. Zámerom je v rozhovore identifikovať a adresovať problémy v rodine, vzťahov s deťmi, s rodičmi, s partnermi, často s ich priamou účasťou na terapii.
Pracovná terapia	Cieľom je získať pracovné návyky a samoobslužné zručnosti pri vykonávaní pracovných aktivít pod dohľadom odborníkov. Zahŕňa napr. starostlivosť o vonkajšie prostredie (starostlivosť o záhradu) a vnútorné prostredie (výzdoba). Využíva sa často napr. v odvykacích a resocializačných zariadeniach ale aj v domovoch pre seniorov.
Systemická terapia	Terapia založená na spolupráci klienta a terapeuta, kedy klient je expertom na svoj život a svoj problém a terapeut je expertom na taký spôsob vedenia terapeutického rozhovoru, aby dostatočne podnecoval zmeny u klienta.
Biofeedback	Metóda, vďaka ktorej sa môže klient podľa individuálne nastaveného tréningu naučiť čiastočne ovládať svoje fyziologické reakcie v strese.

Tabuľka 30: Náklady na výcvik v psychoterapii v eur

	Štúdium a prax	Ubytovanie a strava	Účastník platí SPOLU
Špecializačné štúdium v psychiatrii (SZU)	1 220	1 680	2 900
Špecializačné štúdium v psychiatrii (LFUK)	1 340	1 340	2 680
Príprava na výkon práce v zdravotníctve - psychológ	213	222	435
Špecializačné štúdium v klinickej psychológii	2 375	1 874	4 249
Výcvik kognitívno-behaviorálnej terapie	7 500	2 960	10 460
Psychodynamická psychoterapia	10 770	N/A	10 770
Detská relaxácia	920	N/A	920
Výcvik pre tehotné ženy	838	N/A	838
Komplexný výcvik v systemickom prístupe	3 640	1 924	5 564
Biofeedback výcvik	800	840	1 640

SZU – Slovenská zdravotnícka univerzita, LF UK – Lekárska fakulta Univerzity Komenského

Zdroj: SPsS SLS, KPS

Zoznam literatúry

- American Cancer Society (ACS) (2018). Lifetime Risk of Developing or Dying From Cancer. Dostupné na: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lifetime-probability-of-developing-or-dying-from-cancer.html>.
- Armesto, S. G., Medeiros, H., & Wei, L. (2008). Information availability for measuring and comparing quality of mental health care across OECD countries. OECD HEALTH TECHNICAL PAPERS NO. 20
- Babeľa, R. (2019). Koľko nás stoja depresívne poruchy? VŠZaSP Sv. Alžbety, Bratislava.
- Barlow, J., N. Smailagic, N. Huband, V. Roloff, and C. Bennett (2014). "Group-Based Parent Training Programmes for Improving Parental Psychosocial Health." Cochrane Database of Systematic Reviews 5.
- Brazinova, A., Hasto, J., Levav, I., & Pathare, S. (2019). Mental Health Care Gap: The Case of the Slovak Republic. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 1-7. Dostupné na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31256291>.
- Bloom, D. E., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... & O'Farrell, D. (2012). The global economic burden of noncommunicable diseases (No. 8712). Program on the Global Demography of Aging.
- Breslau, J., Miller, E., Jin, R., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H., ... & Fukao, A. (2011). A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 474-486.
- Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Kächele, H., Cierpka, M., Roth, G., ... & Taubner, S. (2012). Changes in prefrontal-limbic function in major depression after 15 months of long-term psychotherapy. *PLoS one*, 7(3), e33745.
- Buckley, R., Brough, P., Hague, L., Chauvenet, A., Fleming, C., Roche, E., ... & Harris, N. (2019). Economic value of protected areas via visitor mental health. *Nature communications*, 10(1), 1-10.
- Centre for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). Now, 2 Out of Every 5 Americans Expected to Develop Type 2 Diabetes During Their Lifetime. Dostupné na: <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/newsroom/now-2-out-of-every-5-americans-expected-to-develop-type-2-diabetes-during-their-lifetime.pdf>.
- Cermak M.D., Timmen L. (1986). "Diagnostic Criteria for Codependency". *Journal of Psychoactive Drugs*. 18 (1): 15–20.
- Charlson, F. J., N. Stapelberg, A. J. Baxter, and H. Whiteford (2011). "Should Global Burden of Disease Estimates Include Depression as a Risk Factor for Coronary Heart Disease?" *BMC Medicine* 9 (1): 47.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424.
- Clark, D. M. (2013). Developing and disseminating effective psychological treatments: Science, practice and economics. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 54(1), 12.
- Cuijpers, P., Auerbach, R. P., Benjet, C., Bruffaerts, R., Ebert, D., Karyotaki, E., & Kessler, R. C. (2019). The World Health Organization World Mental Health International College Student initiative: An overview. *International journal of methods in psychiatric research*, 28(2), e1761.
- Dixon, L. B., Lucksted, A., Medoff, D. R., Burland, J., Stewart, B., Lehman, A. F., ... & Murray-Swank, A. (2011). Outcomes of a randomized study of a peer-taught family-to-family education program for mental illness. *Psychiatric Services*, 62(6), 591-597.
- Dudová, I., Beranová, Š., & Hrdlička, M. (2013). Screening a diagnostika dětského autismu v raném dětství. *Pediatric pro praxi*, 14(3), 153-156.
- Durlak, J. A., R. P. Weissberg, A. B. Dymnicki, R. D. Taylor, and K. B. Schellinger (2011). "The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions." *Child Development* 82 (1): 405–32. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x.

- Eurostat (2016). HEDIC Health Expenditures by Diseases and Conditions. 2016 edition. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat. Eurostat Database. Dostupné na: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- Fekadu, W., Mihiretu, A., Craig, T. K., & Fekadu, A. (2019). Multidimensional impact of severe mental illness on family members: systematic review. *BMJ open*, 9(12).
- Felitti V. J, Robert F Anda MD, MSB, Dale Nordenberg MDC, David F Williamson MS, PhD, Alison M Spitz MS, MPH, Valerie Edwards BAB, Mary P Koss PhD, James S Marks MD, MPH (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 14, Issue 4.
- Gallup (2019). Employee Burnout, Part 1: the 5 Main Causes. Dostupné na: <https://www.gallup.com/workplace/237059/employee-burnout-part-main-causes.aspx>.
- Goodsell, B. T., Lawrence, D. M., Ainley, J., Sawyer, M., Zubrick, S. R., & Maratos, J. (2017). Child and Adolescent Mental Health and Educational Outcomes: An analysis of educational outcomes from Young Minds Matter: the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing.
- Gray, D., S. Saggars, D. Atkinson, B. Sputore, and D. Bourbon (2000). "Beating the Grog: An Evaluation of the Tennant Creek Liquor Licensing Restrictions." *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 24 (1): 39–44.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... & Gannon, B. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779.
- Hašto, J., Breier, P., Černák, P. (1999). *Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Heckman, J. (2008). Return on Investment: Cost vs. Benefits. Dostupné na: https://childandfamilypolicy.duke.edu/pdfs/10yranniversary_Heckmanhandout.pdf.
- Hermann, R., & Matkke, S. (2004). Selecting indicators for the quality of mental health care at the health systems level in OECD countries OECD Health Technical Papers No. 17.
- Hewlett, E., Moran, V. (2014). *Making Mental Health Count*. Focus on Health, OECD.
- Hilton, M. et al. (2008), "Mental ill-health and the differential effect of employee type on absenteeism and presenteeism", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 50/11, pp. 1228-1243.
- Homeless Link (2014). *The unhealthy state of homelessness: Health audit results 2014*. Homeless Link.
- Hyman, S. E. (2000). The genetics of mental illness: implications for practice. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 455-463.
- IHME, Global Health Data Exchange, Dostupné na: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- IHME (2019). *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Disability Weights*. Dostupné na: <http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2017-disability-weights>
- Jones, C. M., Merrick, M. T., & Houry, D. E. (2019). Identifying and Preventing Adverse Childhood Experiences: Implications for Clinical Practice. *JAMA*.
- Kalafat, J., Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 1: nonsuicidal crisis callers. *Suicide and Life-threatening behavior*, 37(3), 322-337.
- Kaminski, J. W., L. A. Valle, J. H. Filene, and C. L. Boyle. (2008). "A Meta-Analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness." *Journal of Abnormal Child Psychology* 36: 567–89.
- Karna, A., Voeten, M., Little, T. D., Poskiparta, E., Alanen, E. & Salmivalli, C. (2011). Going to scale: a nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for grades 1-9. *J Consult Clin Psychol*, 79, 796-805.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Klowden (2009). *An Unhealthy America: The Economic Burden of Chronic Disease*. Milken Institute. Dostupné na: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/9_NCDnov09_Klowden_unhealthy_America.pdf
- Komossa, K., Rummel-Kluge, C., Schwarz, S., Schmid, F., Hunger, H., Kissling, W., & Leucht, S. (2011). Risperidone versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Kohl, P. L., Jonson-Reid, M., & Drake, B. (2011). Maternal mental illness and the safety and stability of maltreated children. *Child abuse & neglect*, 35(5), 309-318.
- Kostic, M., Lazarevic, L., Maravic, V. M., Voncina, M. M., Kircanski, J. R., Stojkovic, A., Videnovic, M. (2019). Adverse Childhood Experiences Study. UNICEF Serbia.
- Laporte, A., Vandentorren, S., Détrez, M. A., Douay, C., Le Strat, Y., Le Méner, E., ... & Samenta Research Group. (2018). Prevalence of mental disorders and addictions among homeless people in the greater Paris area, France. *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 241.
- Layard R., (2017). The economics of mental health. *IZA World of Labor* 2016: 321 doi: 10.15185/izawol.321, wol.iza.org
- Layard, R., & Clark, D. M. (2015). Why more psychological therapy would cost nothing. *Frontiers in psychology*, 6, 1713.
- Layard, R., & Clark, D. M. (2014). *Thrive. The power of psychological therapy*, Penguin books UK, pp. 374.
- Lê Cook, B., Progovac, A., & Tran, N. (2019). Improving the mental health of Roma through research and policies that cross multiple social sectors.
- Lee, Y. Y., Barendregt, J. J., Stockings, E. A., Ferrari, A. J., Whiteford, H. A., Patton, G. A. & Mihalopoulos, C. (2016). The population cost-effectiveness of delivering universal and indicated school-based interventions to prevent the onset of major depression among youth in Australia. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 1-20.
- Lopresti, A. L., Hood, S. D., & Drummond, P. D. (2013). A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. *Journal of affective disorders*, 148(1), 12-27.
- Martin, A., K. Sanderson, and F. Cocker. (2009). "Meta-Analysis of the Effects of Health Promotion Intervention in the Workplace on Depression and Anxiety Symptoms." *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 35 (1): 7–18.
- McDaid, D., Park, A. L., Knapp, M., Wilson, E., Rosen, B., & Beecham, J. (2017). Commissioning cost-effective services for promotion of mental health and wellbeing and prevention of mental ill-health. Public Health England. Dostupné na: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/640714/Commissioning_effective_mental_health_prevention_report.pdf.
- McPherson, P., Krotofil, J., & Killaspy, H. (2018). Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC psychiatry*, 18(1), 128.
- Mořovský, B., (2009). Hypnotiká a anxiolytiká. *Psychiatrická prax*. 10 (1): 42 – 45.
- Murphy, J. M., Guzmán, J., McCarthy, A. E., Squicciarini, A. M., George, M., Canenguez, K. M., ... & Jellinek, M. S. (2015). Mental health predicts better academic outcomes: A longitudinal study of elementary school students in Chile. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(2), 245-256.
- MZ ČR (2013). Strategie reformy psychiatrické péče. Dostupné na: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf.
- MZ SR (2018). Návrh záverečného účtu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky za rok 2017. Dostupné na: <https://www.health.gov.sk/Clanok?zu-mzsr-2017>.

- MZ SR (2017). Výročná správa Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky za rok 2017. Dostupné na <https://www.health.gov.sk/clanok?vyročne-spravy-mzsr>.
- NPDZ (2004). Národný program duševného zdravia. Dostupné na: <http://www.psychiatry.sk/cms/File/NPDZ.pdf>.
- NCZI. <http://www.nczisk.sk/Pages/default.aspx>.
- NHS (2018). Postnatal Depression: Overview. Dostupné na: <https://www.nhs.uk/conditions/post-natal-depression/>.
- NHS Health Scotland (2019). Adverse Childhood Experiences – Overview. Dostupné na: <http://www.healthscotland.scot/population-groups/children/adverse-childhood-experiences-aces/overview-of-aces>.
- OECD. Databáza. <https://stats.oecd.org/>.
- OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- OECD/European Union (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- OECD (2015), Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2012), Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris.
- Patel, V., Chisholm, D., Dua, T., Laxminarayan, R., & Medina-Mora, M. E. (2016). Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, (Volume 4). The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Penninx, B. W., & Lange, S. M. (2018). Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 63.
- Powell, C., H. Baker-Henningham, S. Walker, J. Gernay, and S. Grantham-McGregor (2004). "Feasibility of Integrating Early Stimulation into Primary Care for Undernourished Jamaican Children: Cluster Randomised Controlled Trial." *BMJ* 329: 89.
- Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Raine, A., K. Mellinger, J. Liu, P. Venables, and S. A. Mednick (2003). "Effects of Environmental Enrichment at Ages 3–5. Years on Schizotypal Personality and Antisocial Behavior at Ages 17 and 23 Years." *American Journal of Psychiatry* 160: 1627–35.
- Roberts, G., Grimes, K. (2011). Return on Investment—Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention. Canadian Policy Network at the University of Western Ontario. Return on Investment.
- Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annual review of clinical psychology*, 12, 465–487.
- Sainsbury Centre for Mental Health (2009). The chance of a lifetime: preventing early conduct problems and reducing crime. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Sánchez, A., A. Villaveces, R. Krafty, P. Taeyoung, W. Harold, et al (2011). "Policies for Alcohol Restriction and Their Association with Interpersonal Violence: A Time-Series Analysis of Homicides in Cali, Colombia." *International Journal of Epidemiology* 40 (4): 1037–46.
- Semlyen, J., Johnson, K., & Barnes, R. (2018). Improving the mental health outcomes of Nottingham's LGBT populations: a rapid evidence assessment. University of Leicester.

- Šlepecký M., Clark D. M., Šefarová I., Praško J., Zatková M., Popelková M., Kotianová A., Bašistová A., Jandová K., Šaffová M (2019). The role of effective treatment of mental illness in the fight against poverty, *Československá psychologie*, vol. LXIII, p. 67-79.
- Song, H., Fang, F., Tomasson, G., Arnberg, F. K., Mataix-Cols, D., de la Cruz, L. F., ... & Valdimarsdóttir, U. A. (2018). Association of stress-related disorders with subsequent autoimmune disease. *Jama*, 319(23), 2388-2400.
- Tyson, P., Law, C., Reed, S., Johnsey, E., Aruna, O., & Hall, S. (2016). Preventing suicide and self-harm: Evaluating the efficacy of a helpline from a service user and helpline worker perspective. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(5), 353–360.
- Útvar hodnoty za peniaze a Inštitút zdravotnej politiky (ÚHP a IZP) (2019). Revízia výdavkov na zdravotníctvo II. MF SR, MZ SR. Dostupné na: https://www.mfsr.sk/files/archiv/44/revizia_zdravotnictvo_2.pdf.
- Útvar hodnoty za peniaze (ÚHP), Inštitút vzdelávacej politiky, Inštitút sociálnej politiky (2020). Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením. MF SR, MŠVVŠ SR, MPSVaR SR. Dostupné na: <https://www.mfsr.sk/files/archiv/65/ReviziavydavkovnaohrozeneskupinyZSverzia20.pdf>.
- Úřad vlády České republiky (ÚV ČR), Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2020). Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030. Reforma péče o duševní zdraví. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi_4114_3.html.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) ČR (2018). Psychiatrická péče 2017. Zdravotnická statistika. Dostupné na: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2017.pdf>.
- Velemínský, M., Rost, M., Samková, J., Samek, J., Steflava, A., & Sethie, D. (2017). Survey of adverse childhood experiences in the Czech Republic. Copenhagen. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Waters and Graf (2018). The Cost of Chronic Diseases in the U.S. Milken Institute. Dostupné na: <https://assets1b.milkeninstitute.org/assets/Publication/Viewpoint/PDF/Chronic-Disease-Executive-Summary-r2.pdf>.
- Winkler P., Španiel F., Csémy, L., Janoušková, M., Krejníková, L. (2013). Reforma systému psychiatrické péče: Psychiatrické centrum Praha.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- WHO (2005). The WHO Mental Health Policy and Service Development Guidance Package. Organization of Services. Geneva, WHO.
- WHO (2000). Preventing suicide: a resource for general physicians. World Health Organization.