

Prehľadová práca

Komunitná liečba v psychiatrii – jej ciele a význam

Dana Krajčovičová

Súhrn

Komunitná liečba v psychiatrii, v literatúre označovaná tiež ako tretia revolúcia v psychiatrii, predstavuje trend, ktorý úzko súvisel s procesom deinštitucionalizácie v druhej polovici minulého storočia v demokraticky vyspelých krajinách (USA, Veľká Británia). Komunitná liečba (starostlivosť) v psychiatrii predstavuje systém terapie, pomoci a podpory s cieľom napomôcť ľuďom s psychickým postihnutím žiť v podmienkach bežného života uspokojivým spôsobom. V súvislosti s rozvojom komunitnej liečby boli zriaďované viaceré extramurálne zariadenia (psychosociálne rehabilitačné centrá, denné stacionáre, chránené bývanie a zamestnávanie, krízové centrá a iné), čo sa nevyhlo problémom spojeným s nedostatočnou kontrolou chronicky duševne chorých po ich prepustení z nemocničných zariadení.

V práci venujeme pozornosť existujúcim zariadeniam komunitnej liečby, predovšetkým denným stacionárom a ich významu pri zlepšovaní kvality života u chronicky duševne chorých. Značná pozornosť sa sústreďuje na postavenie komunitnej starostlivosti v SR, kde v súvislosti so štátnou politikou zdravia bol vypracovaný v 2004 roku Národný program duševného zdravia (NPDZ). V rámci jeho plnenia v oblasti komunitnej liečby v psychiatrii sa poukazuje na význam niektorých projektov, ako aj činnosť organizácií a inštitúcií (napr. LDZ SR, ODOS). V závere vyzdvihujeme význam komunitnej starostlivosti, ktorá vedie nielen k zlepšeniu kvality života a postavenia duševne chorých, ale je aj ekonomicky efektívnejšia (*lit. 22*).

Kľúčové slová: komunitná liečba, psychosociálne rehabilitačné zariadenia, kvalita života psychicky chorých, ekonomická efektívnosť.

Komunitná liečba v psychiatrii, jej história a formy

Potreba špecifických cieľov v starostlivosti o duševné zdravie vznikla v demokraticky vyspelých štátoch v druhej polovici minulého storočia najmä po druhej svetovej vojne. Poukazovalo sa predovšetkým na význam naväzujúcich služieb umožňujúcich získať, či využiť spôsobilosti potrebné k bežnému životu duševne chorých. V súvislosti s uvedeným trendom sa tak rozvinuli pojmy *deinštitucionalizácie* a *komunitnej starostlivosti*. Komunitná liečba v psychiatrii sa v literatúre označuje tiež ako tretia revolúcia v psychiatrii. Prvá revolúcia prebehla v stredoveku, keď duševné choroby prestali byť považované za dôsledok spojenia so zlými silami či za posadnutosť. Druhou revolúciou je nazývaný vznik psychoanalýzy formulovanej S. Freudom na prelome 19. a 20. storočia.

Hlavný podiel na vypracovaní systému terapeutickkej komunity a jeho praktickom rozširovaní mal Maxwell Jones, podľa ktorého *terapeutická komunita* v širšom poňatí predstavuje špecifickú formu organizácie liečebnej inštitúcie

a tiež zrušenie tradičnej autoritatívnej organizácie výmenou za otvorenú komunikáciu všetkých členov inštitúcie vrátane pacientov. „Komunitnou liečbou v psychiatrii rozumieme systém terapie, pomoci a podpory, ktorý je po obsahovej a organizačnej stránke usporiadaný tak, aby bol schopný pomôcť ľuďom s vážnejším psychickým postihnutím a žiť v podmienkach bežného života subjektívne čo najuspokojivejším spôsobom“ (Höschl a kol., 2002).

Breier (2005) definuje komunitnú starostlivosť ako vyváženú, navzájom prepojenú nemocničnú a mimonemocničnú liečbu, ktorá zahŕňa všetky biologické a psychosociálne postupy. Je poskytovaná v pacientovej prirodzenej komunite, čo najbližšie k jeho bydlisku, bez vytrhnutia z pôvodných sociálnych väzieb, s možnosťou integrovať sa do pôvodnej komunity (www.civil.gov.sk).

V rámci programu starostlivosti o duševné zdravie bolo ustanovené WHO v 70. rokoch niekoľko modelových regiónov v rôznych štátoch Európy, ktoré prakticky realizovali koncepciu komunitnej liečby a overovali jej účinnosť. V dokumente WHO z roku 1973 sú zahrnuté základné podmienky komunitnej liečby (Höschl a kol., 2002):

1. Služby pre duševne chorých majú byť umiestnené lokálne s jasne definovanou spádovou oblasťou, verejnosť má byť dostatočne informovaná.
2. Špeciálna pozornosť sa má venovať chronicky duševne chorým.
3. Potreba komplexného plánovania služieb pre duševne chorých s ohľadom na demografické a sociálne špecifiká duševne chorých.
4. Potreba tréningu profesionálov, zabezpečenie ich vzdelávania a zlepšenia pracovných podmienok a vzťahov.
5. Legislatíva má zabezpečiť záruku pre duševne chorých a prevenciu pred ich vyradením zo spoločnosti.
6. Potreba systematického plánovania postupu pri uskutočňovaní zmien v súvislosti s komunitnou liečbou.

Na základe negatívnych skúseností s deinštitucionalizáciou sa plánovanie v oblasti komunitnej liečby stalo nevyhnutným predpokladom úspešného zaradenia chronicky chorých do spoločnosti. Príkladom negatívnych dôsledkov nedostatočného plánovania bola situácia napr. v Taliansku v r. 1978 v súvislosti s reformou psychiatrickej starostlivosti, kedy nebola dostatočne prepracovaná sieť extramurálnych zariadení, takže veľa chronicky chorých pacientov nebolo po prepustení z nemocníc pod kontrolou a dostatočnou zdravotníckou starostlivosťou. Túto skupinu tvorili predovšetkým chorí so schizofréniou, afektívnymi poruchami, v menšom zastúpení s neurózou, prípadne s poruchami osobnosti. Podobná situácia predchádzala v USA v 60. rokoch a nastala aj vo Veľkej Británii v 80. rokoch, kde boli zriadené komunitné centrá vo veľkom počte, ale bez dostatočnej organizácie a plánovania.

V rámci rozvoja komunitnej starostlivosti v 80. rokoch minulého storočia vznikali v USA psychosociálne rehabilitačné centrá a komunitný podporný systém, v Európe nastal rozvoj sociálnej a komunitnej psychiatrie, taktiež boli zriadené centrá zakladané samotnými užívateľmi psychiatrickej starostlivosti (Vachková, 2008). V súvislosti s rozvojom komunitnej liečby nemožno nespomenúť vznik 3 svetových centier rehabilitácie (Höschl a kol., 2002):

1. *Bostonské centrum*, vedené profesorom Antonym, ktorý uviedol metódu rehabilitácie významnú pre rozvoj schopností jednotlivca v komunite.
2. *Centrum v Los Angeles* pod vedením profesora Libermana zamerané na tréning sociálnych spôsobilostí.
3. *Centrum Benneta a Shepherd* vo Veľkej Británii, ktoré poukázalo na vplyv prostredia a problém prenosu spôsobilostí zvládnutých v jednom prostredí do druhého.

V práci Vachkovej (2008) sa uvádza niekoľko rehabilitačných programov (ACT – asertívna komunitná liečba, club-house model a IPS model – individuálne umiestnenie a podpora), z ktorých *ACT model* predstavuje špeciálny model komunitnej liečby. Uvedený model vznikol v USA v 70. rokoch a bol vytvorený pre tých pacientov, u ktorých existovalo vysoké riziko rehospitalizácie pri nedostačujúcej ambulantnej liečbe. Na účinnosť uvedeného modelu poukazujú aj

evidence-based štúdie, ktoré potvrdili, že ACT model viedol k skráteniu hospitalizácie a k zvýšeniu celkovej spokojnosti duševne chorých a ich príbuzných. Na uvedených pozitívnych výsledkoch sa mohol podieľať napr. systém domácich návštev, prítomnosť tímového koordinátora, liečba v prirodzenom prostredí, komunita personálu, asertívny prístup a multidisciplinárny prístup.

V súvislosti s komunitnou liečbou v psychiatrii boli okrem zriaďovania *denných psychiatrických stacionárov*, ktoré zastávajú v súčasnosti najvýznamnejšie postavenie, rozpracované tiež viaceré programy týkajúce sa bývania, zamestnania, vzdelávania a svojpomoci duševne chorých.

V rámci bývania je v SR rozpracovaný program tzv. chráneného bývania, v ČR a v zahraničí sa uvádza existencia viacerých zariadení: prechodné bývanie, dlhodobé skupinové bývanie, bývanie pri nemocnici a tzv. Family Foster (bývanie s inou rodinou). Ako krátkodobá alternatíva bývania v komunite funguje tiež krízové bývanie, ktoré je zabezpečené v krízových zariadeniach. Podľa Vachkovej (2008) predstavujú uvedené modely bývania tzv. kontinuum *nadväzných zariadení*, kde má užívateľ možnosť postupne nadobudnúť samostatné bývanie. Program *podporovaného (chráneného) bývania* umožňuje udržať bývanie v prostredí, t.j. v stabilnom zariadení, ktoré si užívateľ sám vyberie a poskytuje mu podporu po dostatočne dlhú dobu. Sú to formy bývania pre pacientov, ktorí už nemajú vlastnú rodinu, prípadne ju stratili. Ako formy chráneného bývania sa využívajú: chránené jednotlivé byty, skupiny bytov, bytové družstvá, prechodné byty, chránené domovy.

V rámci práce a zamestnania sú rozpracované viaceré programy, napr. *chránené dielne a zamestnávanie* fungujúce v SR, prípadne v ČR a v zahraničí existujúce *podporované (chránené) a prechodné zamestnávanie* s umiestnením chorého na časovo ohraničené miesto so supervíziou personálu, tzv. „*job kluby*“, v ktorých sa využíva skupinová technika zameraná na získanie pracovného miesta a sociálne firmy zriadené v rámci komunitne orientovaného podniku (Vachková, 2008).

V súčasnosti sa v rámci komunitnej liečby v psychiatrii dostáva do popredia aj ďalší druh zdravotnej a sociálnej pomoci – tzv. *case-management*. Ide o metódu práce s pacientmi, ktorú môže poskytovať zástupca rôznych profesijných skupín. „Case-manager“ určí pacientovi individuálny plán, pričom sa aktívne podieľa na jeho realizácii a kontrole. Sprostredkúva pacientovi kontakt s ďalšími zdravotníckymi a sociálnymi službami a podľa potreby preberá za nich časť zodpovednosti. O svojich skúsenostiach s case-managementom referovala napr. Rachbauer (1997), ktorá zdôraznila základné princípy case-managementu, a to: pomoc na mieste, kontinuitu, zabezpečenie sprístupnenia služieb a zdrojov pre chorého, ako aj pozitívny a akceptujúci vzťah chorý – pomocník.

K tzv. špecifickým komunitným službám v súčasnosti priadujeme aj tzv. krízové služby, napr. telefonická pomoc, krízové kontaktné centrá, mobilná služba, domáce liečenie a služba s možnosťou prespania.

Význam denných stacionárov v komunitnej liečbe

V súčasnosti významné postavenie v komunitnej starostlivosti nielen v SR zohrávajú *denné psychiatrické stacionáre*. Podľa Scheneho a kol. (1994) v súčasnej dobe denné stacionáre spĺňajú základné funkcie:

- môžu byť alternatívou akútnej ústavnej starostlivosti v rámci psychiatrických oddelení a nemocníc,
- môžu byť využité ako intenzívnejší variant ambulantnej starostlivosti,
- sú vhodné pre dlhodobú rehabilitáciu pacientov s chronickou duševnou chorobou.

Viacere práce domácich aj zahraničných autorov poukazujú na to, že spokojnosť pacientov s liečbou a kvalita ich života je vyššia počas liečby v dennom stacionári v porovnaní s hospitalizáciou (napr. Brown, 1999, Brekke a kol., 2000, Stárková a kol., 2003, Pěč, 2004 a ďalší).

Baková a kol. (2004) zdôrazňujú potrebu zvýšenia záujmu o komunitne orientované služby, pričom tieto služby, predovšetkým denné stacionáre, môžu podľa autorov predstavovať alternatívu konvenčnej liečby psychiatrických pacientov na lôžku, prípadne v ambulancii. Vo svojej štúdií sa opierajú o výsledky európskeho multicentrického projektu EDEN – European Day hospital Evaluation (Howardová a kol., 2001), ktorého cieľom bolo zhodnotenie funkcie a efektivity denných stacionárov v akútnej liečbe pacientov s duševnými ochoreniami a definovanie podskupiny pacientov, pre ktorých je uvedená forma hospitalizácie najvhodnejšia. Z výsledkov štúdie vyplynulo, že denný stacionár bol vhodnou formou akútnej liečby pre 20,9 % pacientov s duševnou poruchou. Marshall a kol. (2003) uviedli vo svojej štúdií účinnosť akútnej psychiatrickej starostlivosti formou denného stacionára u 23 % pacientov. Podľa Howardovej a kol. (2005) predstavujú denné stacionáre jednu z alternatív akútnej psychiatrickej starostlivosti určenej najmä pre spolupracujúcich pacientov s ľahkou až stredne ťažkou duševnou poruchou.

V súvislosti s dennými stacionármi sa v súčasnosti dôraz kladie aj na ekonomické aspekty komunitnej psychiatrickej liečby a na otázky finančnej výhodnosti, tzv. cost-effectivity. Viaceré štúdie, napr. Horvitz-Lennon a kol. (2001), Lesage a kol. (2002), Kitzlerová a kol. (2003), Kallert a kol. (2004) a ďalšie poukazujú na skutočnosť, že denné stacionáre môžu byť alternatívou asi pre 20–40 % pacientov vyžadujúcich si akútnu ústavnú psychiatrickú liečbu. Okrem toho autori dospeli k záveru, že denné stacionáre znižujú počet rehospitalizácií, vedú takmer k 1/3 redukcii ekonomických nákladov na liečbu.

Komunitná liečba na Slovensku, jej perspektívy a ciele

Štátna politika zdravia v SR bola prijatá vládou SR v novembri 2000 so zámerom napomôcť v mobilizovaní spoločnosti pri podpore a ochrane zdravia, snaží sa pri tejto akti-

vite získať aj občanov. Zlepšenie duševného zdravia je jednou z jej základných priorít. V rámci tejto priority sa kladie dôraz na:

- vytváranie podmienok psychosociálnej pohody,
- zlepšenie schopnosti ľudí vyrovnávať sa so stresujúcimi životnými udalosťami,
- iniciovanie medzirezortných projektov duševného zdravia,
- odstránenie všetkých foriem diskriminácie duševne chorých a hendikepovaných.

Svetová zdravotnícka organizácia odporučila krajinám vytvorenie vlastných programov duševného zdravia. V r. 2002 vláda SR uložila ministerstvám zdravotníctva, školstva, práce, sociálnych vecí a rodiny vypracovať *Národný program duševného zdravia (NPDZ)*. Pri vypracovávaní Národného programu duševného zdravia podstatnú úlohu splnil aj vstup SR do EÚ v r. 2004, čím sa zvýšil tlak na reformy v oblasti zdravotníctva. Národný program duševného zdravia, ktorý bol schválený vládou SR v 2004 roku, sa stal významným strategicko – koncepčným materiálom. Jeho cieľom sa stala predovšetkým destigmatizácia osôb s duševnou poruchou, vytvorenie služieb krízovej intervencie a rozvoj programov v záujme ochrany duševného zdravia, ktoré sú zakomponované v materiáloch Európskej komisie (Zelená kniha, 2006). Konkrétne zámery NPDZ sa týkajú troch hlavných okruhov:

1. Prevencie (primárnej – predchádzanie duševným poruchám, sekundárnej – zabezpečenie liečby, terciálnej – vytváranie podmienok pre sociálnu integráciu a redukcie dlhodobej hospitalizácie).
2. Účasti ľudí s duševnou poruchou a ich príbuzných na plánovaní, realizácii a hodnotení procesu starostlivosti o duševné zdravie.
3. Právomoci kompetentných s cieľom decentralizácie a riadenia služieb podľa dopytu.

V rámci plnenia úloh NPDZ sa okrem iného dôraz kladie na vypracovanie metodického pokynu pre premiestnenie ľudí s duševným ochorením z ústavnej starostlivosti do *komunitnej starostlivosti* a podporovanie komunitnej starostlivosti v SR.

V rámci toho sa realizoval tzv. Organizačný model komunitnej starostlivosti. Od septembra 2002 prebiehal trojročný testovací *pilótny projekt „ransformácia na integrovaný systém starostlivosti o duševné zdravie“*, ktorého jedným z výstupov je aj Regionálny plán starostlivosti o duševné zdravie pre región Michalovce, ktorý vstúpil do platnosti od januára 2004 roka. Model komunitnej starostlivosti sa v demonštračnej oblasti Michalovce realizuje už od roku 2004 občianskym združením OZ Integra a zahŕňa rehabilitačné stredisko vytvorené v r. 1997 (20 klientov), chránené bývanie (16 klientov), chránené zamestnávanie vytvorené v r. 2003 (10 klientov) a podporované OZ Pro Mente, case management vytvorený v r. 2003 (90 klientov), v rámci toho Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). Lôžková starostlivosť a denný stacionár je doplnený o psychiatrickú ambulantnú

starostlivosť (v r. 2005), spolupráca sa rozvíja s existujúcimi domovmi sociálnych služieb (DSS), pričom pri koordinácii pomáha odbor sociálnych vecí Košického samosprávneho kraja. Model je vytvorený na princípe tetralógu, t.j. vzájomnej komunikácie dialógu pacient – príbuzný – profesionál – verejnosť. V rámci implementácie stratégie duševného zdravia v SR sú navrhované tri hlavné testovacie oblasti, okrem Michaloviec, Bratislava a Trenčín.

V r. 2003 bol v rámci uvedeného projektu uskutočnený 3-ročný slovensko-holandský projekt „MATRA“ zameraný na skríning potreby intervencií (liečby) u psychických ochorení v regióne Michalovce a Sobrance.

V rámci plnenia úloh Národného programu duševného zdravia je realizovaný projekt týkajúci sa vzdelávania a výcviku členov patientskych a príbuzenských mimovládnych organizácií v oblasti obhajoby ľudských a občianskych práv. Ide o *pilótny projekt „Patientská advokácia“* realizovaný v Prievidzi, Michalovciach a v Bratislave, koordinovaný OZ ODOS. Členovia patientskych a príbuzenských organizácií sú členmi Rady duševného zdravia, aktívne sa preto zapájajú do tvorby plánov starostlivosti o duševné zdravie a rozvoja svojpomoci.

Medzi ďalšie nemenej významné projekty patrí projekt „Integra“ zameraný na vypracovanie koncepcie individuálnych plánov pre ľudí s ťažkou pretrvávajúcou psychickou poruchou.

Významnou sa javí spolupráca PN Michalovce a OZ Integra s regiónmi v Kalifornii (USA), významné sú aj ďalšie projekty zamerané na spoluprácu s Berkeley (USA) a s ČR.

Formy komunitnej starostlivosti na Slovensku

Na Slovensku je sieť komunitných zariadení reprezentovaná: dennými psychiatrickými stacionármi, psychosociálnymi centrami, socioterapeutickými klubmi a svojpomocnými skupinami chorých a ich príbuzných. Ďalšie formy predstavuje case-management, chránené zamestnávanie a bývanie.

1. **Denné stacionáre (DS)** predstavujú spojovací článok medzi ambulatnou starostlivosťou a hospitalizáciou. Pracujú samostatne, administratívne sú prepojené na psychiatrické zariadenia. V súčasnosti je na Slovensku evidovaných 15 DS, z toho 5 v Bratislave a ostatných mestách SR (napr. Michalovce, Bojnice, Martin, Košice). Významným posunom v oblasti komunitnej starostlivosti v psychiatrii na úrovni DS bolo vypracovanie „Metodického pokynu na zriadenie a prevádzku denných psychiatrických stacionárov“ (Vestník MZ SR, 2006). Hlavným cieľom je dostupnosť a komplexná psychiatrická starostlivosť. DS sú definované ako zariadenia špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktorá sa realizuje formou denného pobytu v trvaní 6–8 hodín. Pri zriaďovaní DS sa uplatňuje regionálny princíp (t.j. pre región 150 000 obyvateľov/ 30 denných miest a jedna špecializovaná ambulancia). Terapeutické kontinuum, ako základný princíp fungovania DS, je zabezpečený terapeutickým tímom. Predpokladá sa tiež pre-

pojenie DS s lôžkovými psychiatrickými zariadeniami a ambulanciami, s rehabilitačnými strediskami, s organizáciami pacientov a ich príbuzných.

2. **Psychosociálne centrá**, ktoré ponúkajú v rámci doliečovania psychiatrické, psychologické a sociálne služby, t.j. poradenstvo. Poskytujú možnosť nielen denne sa stretávať, ale aj rozvíjať jednotlivé činnosti (napr. literárny, arteterapeutický krúžok, tréning sociálnych zručností a pod.). V Bratislave takto poskytujú svoje služby neziskové organizácie MOST, Samaria, v Trenčíne tzv. Psychosociálne centrum.
3. **Socioterapeutické kluby**, ktoré umožňujú bývalým pacientom pravidelný kontakt v neformálnom prostredí. V rámci klubov (napr. Klub DS pri PK FN v Bratislave) dochádza k spoločenskému kontaktu bývalých pacientov s aktuálne hospitalizovanými.
4. **Svojpomocné skupiny chorých a ich príbuzných**, ktoré podporujú a pomáhajú pri riešení problémov pacientov so psychickým ochorením. Ich podstatou je spolupráca s rodinami pacientov, ako aj kontakty so zdravotníckymi organizáciami a zariadeniami. Plánujú voľnočasové aktivity, edukačné akcie. Uvedené svojpomocné skupiny združuje na Slovensku:
 - Slovenská asociácia pacientov a patientskych organizácií pre duševné zdravie s názvom „PREMENY“, ktorá zahŕňa viacero organizácií, napr. OZ Viktória, OZ Pohľad, OZ Integra, OZ Druhý Breh a ďalšie.
 - Slovenské združenie príbuzných a priateľov duševne chorých s názvom „OPORA“, ktoré združuje organizácie napr. OZ Opora, OZ Kridla, OZ Radosť a ďalšie.

Snahou všetkých uvedených organizácií je pomôcť chorým s duševnou poruchou prevziať časť zodpovednosti za svoj stav a aktívne sa spolupodieľať na liečení a doliečovaní psychických ochorení. V súčasnosti sa v rámci komunitnej liečby psychicky chorých na Slovensku pomaly rozvíja inštitút case-managementu, ako aj formy chráneného bývania a chránených dielní a zamestnávania. Uvedené formy komunitnej starostlivosti sa aktuálne najviac realizujú v SR v regióne Michalovce v rámci už uvedeného pilótného projektu, pričom cieľom je implementácia aj do ostatných regiónov Slovenska.

Postavenie ďalších inštitúcií v komunitnej starostlivosti na Slovensku

V rámci posilnenia komunitnej starostlivosti na Slovensku je dôležité vytváranie inštitúcií, ktoré zodpovedajú potrebám psychicky chorých. V r. 1996 Svetová psychiatrická asociácia rozvinula medzinárodný program prekonávania stigmy a diskriminácie duševne chorých „Open the doors“, čo podnietilo na Slovensku vytvorenie združenia s celonárodnou pôsobnosťou „Otvorme dvere, otvorme srdcia“ (ODOS) v 2001

roku. Cieľom združenia je boj proti stigme a diskriminácii následkom duševných porúch. Jeho hlavným poslaním je okrem prevencie duševných ochorení presadzovať zrovnoprávenie starostlivosti o telesné a duševné zdravie. ODOS je členom Rady duševného zdravia, ktorá vznikla v júni 2005 na MZ SR a riadi vypracovanie Národného programu duševného zdravia. Na regionálnej úrovni ODOS podporuje rozvoj siete regionálnych patientských a príbuzenských organizácií. ODOS v súčasnosti združuje 10 regionálnych patientských organizácií (napr. v Bratislave, Pezinku, Banskej Bystrici) a 7 organizácií príbuzných (Bratislava, Michalovce a ďalšie).

ODOS si za hlavný cieľ stanovil oblasť tzv. *Pacientskej advokácie*, ktorej hlavnými princípmi sú: informovanosť, vzdelávanie, tréning, vzájomná pomoc (svojpomoc), poradenstvo a ochrana práv pacientov a tiež komunikácia s médiami. Širší rámec advokácie predstavuje aktivity združenia ODOS na národnej úrovni, nakoľko tlmochí požiadavky a potreby regionálnych patientských združení a združení príbuzných na stretnutiach so zástupcami MZ SR. V budúcnosti sa predpokladá poskytovanie konkrétnej právnej pomoci, čo predpokladá tiež monitorovanie kvality poskytovania psychiatrickej starostlivosti v lôžkových zariadeniach.

ODOS je členom **Ligy za duševné zdravie (LDZ SR)**, ktorá vznikla na Slovensku v r. 2001 pri príležitosti Svetového dňa duševného zdravia vyhláseného Svetovou zdravotníckou organizáciou. Cieľom LDZ SR sú informovanosť a destigmatizácia ľudí s duševnými poruchami. LDZ SR plní úlohy Národného programu duševného zdravia, podporuje organizácie zamerané na sociálnu integráciu ľudí s duševnými poruchami a ich projekty (chránené dielne, stacionáre, rehabilitačné centrá, patientskú advokáciu spoluprácou so združením ODOS). Činnosť LDZ SR je zameraná na cieľovú skupinu pacientov s duševnou poruchou, ale aj ich rodinných príslušníkov.

Záver

Komunitná starostlivosť na Slovensku je zastúpená predovšetkým mimovládny, neziskovými organizáciami a inštitúciami s tendenciou vytvárať ďalšie špecializované zariadenia komunitnej liečby. Do značnej miery je ich vytváranie závislé od ekonomických ukazovateľov a spôsobu financovania. V rámci plnenia Národného programu duševného zdravia sa predpokladá tiež prepojenie na tretí sektor s tým, že sa umožní flexibilnejšia spolupráca s inštitúciami a koordinácia činností, podpora vzdelávacej činnosti odborníkov, rodinných príslušníkov, pracovníkov zdravotníckych a sociálnych zariadení a pod. Presunutie psychiatrickej starostlivosti z ústavnej starostlivosti do komunitnej starostlivosti, vedie nielen k zvýšeniu spokojnosti chorých, k zlepšeniu ich kvality života, ale znižuje tiež riziko rehospitalizácie, skracaje celkovú dĺžku pobytu na oddeleniach psychiatrických nemocníc a liečební a javí sa ekonomicky výhodnejšia.

Literatúra

- Baková, N., Raboch, J., Kitzlerová, E., Stárková, L., Sekot, M., Peichlová, J., Howardová, A.:** Denní stacionár jako alternativa hospitalizační péče. *Psychiatria pre prax* 2, 2004, s. 83-86.
- Brekke, J.S., Kohrt, B., Green, M.F.:** Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophr.Bull.*, 2000, 26, s. 667-680.
- Brown, S.:** Rehabilitation programmes and quality of life in severe mental illness. *Int. J. Soc. Psychiatry* 1999, 45, s. 302-309.
- Horwitz-Lennon, M., Normand, S.L.T., Gaccione, P., Frank, R.G.:** Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A Systematic review of the Published Literature (1957-1997). *Am. J. Psychiatry* 158, 2001, s. 676-685.
- Hoschl, C., Libiger, J., Švestka, J.:** *Psychiatrie*, TIGIS s.r.o, 2002, s. 625-629.
- Howardová, A., Hamplová, J., Raboch, J., Baková, N., Sekot, M.:** EDEN- European Day Hospital Evaluation, *Psychiatrie (Suppl.)* 2001, 2, s. 56-57.
- Howardová, A., Kitzlerová, E., Púbal, K., Kališová, L., Sekot, M., Baková, N., Číhal, L., Raboch, J.:** Ekonomické aspekty denní psychiatrické péče I. Randomizační proces, sociodemografické a kinické charakteristiky. *Čes. a slov. Psychiatrie* 101, 2005, 3, s.142-147.
- Kallert, T.W., Glockner, M., Priebe, S.:** A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries, implementation of their diversity for day hospital research, *Soc. psychiatry and Psychol. Epidemiology* 2004.
- Kitzlerová, E., Pěč, O., Raboch, J., Howardová, A., Stárková, L.:** Mapování denních stacionářů v české republice. *Čes. a slov. Psychiatrie* 99, 2003, s. 299-305.
- Lesage, A.D., Onsack, Ch., Clere, D., Vanier, C.:** Alternatives to acute hospital psychiatric care in East-end Montreal. *Can. J. Psych.*, 47, 2002, s. 49-55.
- Marshall, M., Crowter, R., Almaraz-Serrano, A.:** Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue, 2003, Oxford: Update Software.
- Metodický pokyn** o zriaďovaní a prevádzke denných psychiatrických stacionárov. *Vestník Ministerstva zdravotníctva SR*, 2006.
- Pěč, O.:** Některé charakteristiky sociální integrace u pacientu propuštěných z denního stacionáře pro léčbu psychóz. *Česká psychiatrie a svět*. Praha, Galén 2004, s. 164.
- Rachbauer, Ch.:** Formy života a case-managenet: alternativy k psychiatrickej nemocnici, Reintegrácia psychosociálne postihnutých do spoločnosti, súčasný stav a perspek-

tívy. Zborník prác z II. medzinárodnej konferencie v Michalovciach, 22.-23. 9. 1997, s. 38-49.

15. Schene, A.H., van Wijngaarden, B, van Baaren-Marcelis, J.W.: Randomisation and generalisation in psychiatric research. *Int. J. Methods in Psych. Res.* 4, 1994, s. 1-5.

16. Stárková, L., Raboch, J., Kitzlerová, E, Baková, N., Sekot, M., Howardová, A., Peichlová, J., Kallert, T.: Hodnocení klinického stavu spokojenosti s léčbou a kvalita života u dvou skupin pacientů. léčených formou denního stacionáře a klasickou hospitalizací - mezinárodní studie EDEN. *Čes. a slov. Psychiatr.* 99, 2003, 5, s. 260-264.

17. Vachková, L.: Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatria pre prax*, 9, 2008, č. 3, s. 136-140.

18. www.asvet.sk

19. www.civil.gov.sk

20. www.dusevnezdravie.sk

21. [www. google.sk](http://www.google.sk): Komunitná starostlivosť v psychiatrii (Metódy a prístupy v sociálnej práci)

22. www.zdravie.sk

Do redakcie došlo 11.1.2008.