

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný manažment pacienta s trvalými poruchami s bludmi

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0011	15. február 2018	Schválené	1. január 2019

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

MUDr. Marek Zelman; prof. MUDr. Ján Pečeňák, CSc.; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MHP; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Ľubomíra Izaková, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MHP; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Miroslav Halecký; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. Peadr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hruziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVaR SR NFP s názvom: "Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NFP312040J193)

Kľúčové slová

trvalá porucha s bludmi, antipsychotiká, elektrokonvulzívna terapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

A1G/A2G	- antipsychotiká 1. a 2. generácie
AP	- antipsychotiká
ECT	- elektrokonvulzívna liečba
MKCH-10	- Medzinárodná klasifikácia chorôb 10. decenálna revízia
MR	- magnetická rezonancia
PET	- pozitronová emisná tomografia

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, administrácia krokov pri nedobrovoľnej hospitalizácii, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, indikácia a realizácia ECT (v spolupráci s anesteziológom), prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným psoudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť - supervízia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, realizácia ECT (po zaškolení), psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychodiagnostiky a psychoterapie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Sestra - podávanie farmakoterapie, podávanie depotných AP (po zaškolení), ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Sociálny pracovník – psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora.

Anesteziológ - podávanie celkovej anestézy pri realizácii ECT.

Úvod

Štandardizovaný postup a komplexný manažment pacienta s trvalými poruchami s bludmi, prináša ucelený manuál pre dodržanie potrebných postupov v diagnostike a terapii trvalých porúch s bludmi, ktorých dodržanie vedie k maximalizácii úspešnosti intervencií a naopak opomenutie, môže negatívne ovplyvniť ich výsledný efekt. Tento postup tiež umožňuje poskytovanie longitudinálnej starostlivosti realizovanej viacerými ústavnými či ambulantnými poskytovateľmi.

Trvalá porucha s bludmi patrí medzi poruchy schizofrénneho spektra. Kraepelin ju zaradil do paranoidného "subspektra" bludová porucha (paranoia) - parafrénia - paranoidná schizofrénia.

Patria sem poruchy, ktorých jedinou alebo dominujúcou charakteristikou je dlhodobá prítomnosť bludov.

Prevenca

Špecifická prevencia vzniku bludovej poruchy nie je možná. V rámci sekundárnej prevencie je nevyhnutná dlhodobá terapia antipsychotikami s opakovaným preverovaním adherencie.

Epidemiológia

Celoživotná prevalencia trvalých porúch s bludmi je 0,02 - 0,03 % s vyšším výskytom u žien oproti mužom (Dušek 2015).

Patofyziológia

Patogenetický mechanizmus pri bludovej poruche nie je známy. Klasici psychiatrie, najmä v predneuroleptickej ére, zdôrazňovali podiel psychologických mechanizmov na vzniku bludov.

Klasifikácia

Klasifikácia trvalých porúch s bludmi sa opiera o charakteristiky jednotlivých typov bludov:

1. **perzekučné bludy** - presvedčenie o prenasledovaní, organizovanom sprisahaní voči chorému, odpočúvaní a pod.
2. **erotomaničné bludy** - presvedčenie o milovaní inou osobou obvykle mediálne známou
3. **megalomaničné bludy** - presvedčenie o neobvyklých schopnostiach prípadne talente
4. **emulačné bludy** - presvedčenie o partnerovej nevere
5. **hypochondrické bludy** - presvedčenia o prítomnosti najrôznejších chorôb, napr. "*bludová parazitóza*" (delusional parasitosis)
6. **kombinácie bludov**

Klinický obraz

Diagnostika sa opiera o **všeobecne prijímanú definíciu bludov** charakterizovanú ako:

1. absolútne presvedčenia;
2. jedinec zažíva bludné presvedčenie ako samozrejmé a pripisuje mu veľký osobný význam;
3. nedajú sa vyvrátiť zdôvodnením ich nesprávnosti/neprimeranosti alebo skúsenosťou;
4. ich obsah je nepravdepodobný a často fantastický (pri bludovej poruche môže byť blízky realite);
5. obsah nepravdivého presvedčenia nie je zdieľaný inými v podobnom socioekonomickom millieu.

Všeobecné kritériá MKCH-10 pre F 22.0 Porucha s bludmi:

- A) Musia byť prítomné blud alebo skupina príbuzných bludov iných ako sú typicky uvádzané pri schizofrénii v kritériu G1(1) b alebo d pre F20.0 - F20.3 (teda iné ako bizarné alebo v danej kultúre neprijateľné).
- B) Blud/bludy podľa kritéria A musia byť prítomné najmenej 3 mesiace.
- C) Nie sú splnené kritériá pre schizofréniu (F20.0 - F20.3).
- D) Nesmú byť prítomné trvalé halucinácie akéhokoľvek typu (ale môžu byť prechodné alebo príležitostné sluchové halucinácie, ktoré nie sú v tretej osobe alebo nekomentujú správanie).
- E) . Občas môžu byť prítomné depresívne príznaky (alebo dokonca plne rozvinutá depresívna epizóda F32 za predpokladu, že bludy trvajú aj v čase, kedy sa neprejavuje žiadna porucha nálady).

Diagnostika (postup určenia diagnózy)

Diagnostika trvalých porúch s bludmi sa opiera o komplexné psychiatrické vyšetrenie a vyhodnotenie jednotlivých skupín psychopatologických prejavov. Je postavená na prítomnosti psychotických príznakov a vylúčení iných diagnostických kategórií s možnosťou prezentácie psychózy (Gelder 2012).

1. V prvom rade sa zakladá na zistení prítomnosti charakteristického bludu resp. bludného systému.
2. Nasleduje vylúčenie iných psychických príznakov často spojených s prítomnosťou bludov, ako sú napr. zmätenosť, agitovanosť, percepčné poruchy, afektívne zmeny.
3. Na záver je potrebná systematická diferenciálna diagnostika oproti iným psychotickým poruchám, pri ktorých sa môžu vyskytovať bludné presvedčenia (schizofrénia, afektívne poruchy, alkoholová psychóza, poruchy osobnosti - paranoidná, organické duševné poruchy a pod.) a tiež diagnostické postupy nutné pre vylúčenie organických / somatogénnych príčin.

Vzhľadom na potenciálne riziko sekundárne patologicky motivovaného auto- i heteroagresívneho správania je nutnou súčasťou diagnostiky cieleňá explorácia suicidálnych myšlienok, hostilných ideácií či tendencií a tiež evaluácia potenciálnej hrozby (napr. vlastnenie zbrojného preukazu)!

K základnému psychiatrickému vyšetreniu patrí aj orientačné zhodnotenie telesného stavu pacienta, v prípade zistenia príznakov telesného ochorenia je indikovaná konzultácia/odoslanie na vyšetrenie k lekárovi príslušnej odbornosti (praktický lekár, špecialisti).

K základným diagnostickým metódam patria okrem vlastného komplexného psychiatrického vyšetrenia (ich indikácia je identická ako pri iných schizoforných poruchách F20-F29):

1. psychodiagnostické vyšetrenie
2. laboratórne vyšetrenia (rozsah ako pri schizofrénii)
3. zobrazovacie vyšetrovacie metódy (rozsah ako pri schizofrénii)
4. konziliárne vyšetrenie lekárom inej špecializácie

Liečba

Liečba trvalých porúch s bludmi musí byť komplexná, zahŕňa je **biologickú liečbu** (farmakoterapiu, elektrokonvulzívnu terapiu), **psychoterapeutické a psychosociálne intervencie**.

Primárne sa v liečbe trvalých porúch s bludmi používajú **antipsychotiká** (AP). Výber antipsychotika sa riadi rovnakými pravidlami ako výber AP pri liečbe schizofrénie. Pri výraznej tenzii, úzkosti či psychomotorickom nepokoji je prechodne indikované podávanie anxiolytík (Gelder 2012).

Kľúčovým faktorom pre liečbu bludovej poruchy je snaha o vytvorenie terapeutickej aliancie s pacientom a dohoda o akceptovateľnej symptomatickej liečbe (Manschreck 1996). Bludová porucha je prakticky vždy sprevádzaná anozognóziou, preto je potrebné sa zamerať na jej pozorovateľné prejavy a využiť ich pri budovaní dôvery (hnev, strach, depresia a pod.).

V prípade zistenia auto alebo heteroagresívnych ideácií alebo tendencií je nevyhnutná ústavná liečba i s prípadným využitím ustanovenia § 9 a Z. o zdravotnej starostlivosti č.576/2004 Z.z. v aktuálnom znení.

Psychoedukácia pacientov (vysvetľovanie a porozumenie ich ochoreniu) má význam z hľadiska zabezpečenia spolupráce pacienta pri liečbe, ale môže mať limity a to najmä u paranoidných

pacientov. Zahrnutie rodinných príslušníkov do psychoedukačného procesu s cieľom ich spolupráce pri liečbe chorého je nielen dôležité, ale často nevyhnutné (Krajčovičová 2009).

V rámci **kognitívne behaviorálnej terapie** boli vypracované postupy, ktorými je možné zmierniť bludy u niektorých pacientov. Pri dodržaní istých všeobecných zásad v prístupe ku psychotickým pacientom, ako empatia, konzistentnosť, nekonfrontačný štýl, rešpektovanie limitov a trpezlivosť, možno naučiť pacienta metódu odvedenia pozornosti (napr. počúvanie hudby, zaujímavá činnosť a pod.) alebo zmierniť postoj k psychotickým intrúziám, t. j. nepodliehať im, nenechať sa nimi vyviesť z miery, nereagovať na ne. Cieľom je znížiť nepohodu a ich vplyv na konanie pacienta. Pri spochybňovaní bludných presvedčení sa odporúča tiež technika tzv. „*periférneho pýtania sa*“, t. j. pýtať sa na menej významné zložky bludného presvedčenia a len postupne sa prepracovávať až k jadru bludu alebo metóda spoločného testovania reality. Terapeut sa však nesmie dostať do konfrontácie s pacientom a presviedčať ho o svojej pravde.

Cieľom psychosociálnych intervencií je zlepšiť adhérenciu, hoci možnosti psychoterapeutického ovplyvnenia symptómov u pacientov s florídnou psychotickou symptomatikou sú limitované. Prístup k týmto pacientom má isté špecifiká a kladie nároky na terapeutovu skúsenosť so psychotickými pacientami.

U pacientov s aspoň parciálnou kritičnosťou a náhľadom na túto poruchu je indikovaná **komunitná liečba**, ktorá predstavuje systém terapie pomoci a podpory s cieľom pomôcť ľuďom s psychickým postihnutím žiť v podmienkach bežného života uspokojivým spôsobom.

Prognóza

Prognóza trvalých porúch s bludmi býva nepriaznivá. Aj pri kontinuálnej AP terapii je veľmi ťažké nadviazať dostatočnú spoluprácu pre charakter jadrovej paranoidnej symptomatiky. Kľúčovým faktorom pre ovplyvnenie prognózy je vytvorenie terapeutického vzťahu dovoľujúceho kopírovať poruchy myslenia aspoň na úroveň sociálnej remisie.

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

Prítomnosť trvalej poruchy s bludmi znamená prítomnosť pretrvávajúcej závažnej symptomatiky s vážnym dosahom na schopnosť zárobkovej činnosti.

V extrémnych prípadoch, keď sekundárne patologické poruchy konania motivované perzistenciou bludov vedú k dlhodobému konaniu ohrozujúceho pacienta či jeho okolie, je namieste zväznenie návrhu na obmedzenie spôsobilosti chorého na právne úkony.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre s materiálo - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - hospitalizácia, farmakoterapia, ECT, psychoterapia.

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti s materiálo - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - farmakoterapia, psychoterapia.

Denné psychiatrické stacionáre - poskytovatelia ústavnej a ambulantnej psychiatrickej starostlivosti - farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti s materiálo - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - psychoterapia, psychoedukácia.

Všeobecný lekár / lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy:

- posúdi či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu - ak áno zabezpečí prevoz pacienta do psychiatrického (ambulantného alebo ústavného) zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ);
- ak takéto riziko nehrozí odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.

Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár/lekár RZP vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie postupuje podľa príslušného štandardu;

Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra. Ak sa všeobecný lekár/psychiater dozvie okolnosti (napr. od príbuzných pacienta, inštitúcií etc.) svedčiace o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojim správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí prevoz pacienta do psychiatrického (ambulantného alebo ústavného) zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Vo fáze stabilizácie po doporučení psychiatrom možné manažovanie pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom.

Komunitná starostlivosť - predstavuje jednu z alternatív psychiatrickej starostlivosti určenú najmä pre spolupracujúcich pacientov s trvalou poruchou s bludmi. V rámci nej sú pacienti súčasťou terapeutickej komunity, a tak v podmienkach emočnej podpory, interpersonálneho kontaktu a možnosti denného monitorovania stavu pacienta, môže byť poskytovaná účinná komplexná liečba.

Ďalšími formami komunitnej starostlivosti sú psychosociálne centrá, socioterapeutické kluby, svojpomocné skupiny. Presunutie psychiatrickej starostlivosti z ústavnej do komunitnej starostlivosti, môže viesť nielen k zvýšeniu spokojnosti chorých a k zlepšeniu ich kvality života, ale potenciálne znižuje riziko rehospitalizácie a skracuje celkovú dĺžku pobytu na oddeleniach či v liečebniach.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Psychofarmakologická liečba a manažment pacienta s trvalými poruchami s bludmi patrí výlučne do rúk psychiatra.

Alternatívne odporúčania

Integrálnou súčasťou komplexného bio-psycho-sociálneho prístupu sú (ako doplnok k farmakoterapii a psychoterapii) psychosociálne intervencie najmä v oblasti psychosociálnej rehabilitácie ev. komunitnej starostlivosti.

Špeciálny doplnok štandardu

Informovaný súhlas a postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bez súhlasu a návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou.

Informovaný súhlas pri diagnostike a liečbe trvalých porúch s bludmi:

Každý zdravotnícky pracovník je povinný poučiť pacienta pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Túto povinnosť upravuje zákon č. 576/2004 Z. z.

Pri liečbe trvalej poruchy s bludmi sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Osobitný informovaný súhlas sa vyžaduje pri liečbe schizofrénie v rámci terapeutických úkonov pre podávanie elektrokonvulzívnej terapie.

Súhlas pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nevyžaduje v prípadoch stanovených v §. 6 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z.

- ide o ochranné liečenie uložené súdom (§6 ods. 9 písm. b) alebo
- ide o poskytovanie ambulantnej starostlivosti alebo ústavnej starostlivosti, ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu (§6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z.

Postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa §6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z.

Podľa § 253 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilného mimosporového poriadku zdravotnícke zariadenie, v ktorom je osoba umiestnená z dôvodov uvedených v osobitnom predpise, je povinné oznámiť súdu do 24 hodín prevzatie umiestneného bez jeho informovaného súhlasu. Oznamovaciu povinnosť má zdravotnícke zariadenie aj vtedy, ak umiestnený svoj informovaný súhlas odvolá, a to do 24 hodín od odvolania informovaného súhlasu. Ak je umiestnený, ktorý bol prijatý do zdravotníckeho zariadenia s informovaným súhlasom, obmedzený vo voľnom pohybe alebo styku s vonkajším svetom, je toto zdravotnícke zariadenie povinné urobiť oznámenie podľa odseku 1 do 24 hodín od takého obmedzenia.

Návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou

Prekladový list medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou by mal obsahovať informácie o zdravotnom stave v rozsahu:

1. dôvod hospitalizácie
2. popis klinického stavu pri prijatí
3. diagnostické intervencie
4. terapeutické intervencie vrátane nefarmakologických
5. popis klinického stavu pri prepustení
6. diagnostický záver
7. odporúčanie diagnostických a terapeutických postupov po prepustení vrátane odporúčania pre sledovanie NÚL a prípadných interakcií liečiv

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia po 1. roku, následne každých 5 rokov.

Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

DUŠEK, K.; PROCHÁZKOVÁ-VEČEROVÁ, A. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. GRADA,2015, 371s. ISBN 987-80-247-9855-4.

GELDER, M. G., 2012. *New Oxford textbook of psychiatry. 2nd ed.* Oxford ; New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-969675-8.

HAVLÍKOVÁ, V.; HAŠTO, J. 2007. Personálna terapia schizofrénii a príbuzných ochorení. Koncepcia individualizovaného prístupu G.E.Hogartyho. In *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*, 2007, roč. 14, č.4, s.185-193.

HOSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. 2004. *Psychiatrie*. Praha: Tigris. ISBN 978-80-900130-7-0.

KRAJČOVIČOVÁ, D. 2009. Komunitná liečba v psychiatrii, jej ciele a význam. In *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*, 2009, roč. 16, č.1, s.31-36.

MANSCHRECK, T. C. 1996. Delusional disorder: the recognition and management of paranoia. In *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 57, Suppl 3, pp. 32-38; discussion 49. ISSN 0160-6689.

MOŽNÝ, P.; PRAŠKO, J. 1999. *Kognitívne behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe*. TRITON, 1999, s. 244-248, ISBN 80-7254-038-6.

SMOLÍK, P. 1996. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 80-85800-33-0.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008.

WRIGHT, J. W.; BASCO, M. R.; THASE, M. 2008. *Učenie sa kognitívno-behaviorálnej terapie*. F, Pro mente sana, s.r.o., Trenčín, 2008, s. 263-267, ISBN 978-80-88952-53-4.

Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 576/2004 Z.z. o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 1. januára 2019.

Andrea Kalavská, v. r.

ministerka