

K reforme starostlivosti o duševné zdravie

MUDr. Tatiana Magová, september 2020

Úvod

Spoznávanie psychiatrie v mojom prípade začalo v Pinelovej nemocnici v Pezinku (1997-2004). O tému novej reformy som sa začala zaujímať počas pôsobenia v Psychiatrickej nemocnici v Bohnicích v Prahe (2011-2013), kde som sa stretla s informáciami o systéme psychiatickej starostlivosti v talianskom Terste. Téma ma veľmi zaujala a preto som sa jej venovala aj vo svojej špecializačnej práci Terstský model psychiatickej starostlivosti (2013, SZU v Bratislave). Jej súčasťou je aj prehľad skúseností s komunitnou psychiatriou v rôznych európskych krajinách, založený na preklade príspevkov zo zborníka Beyond The Walls (Gorgonzola:Global Print S.r.l. 2010). Počas pôsobenia v Centre pre liečbu drogových závislostí v Bratislave (2015 - 2018) som sa v r. 2017 s podporou zamestnávateľa zúčastnila aj krátkej stáže v Terste. Následne som svoje skúsenosti sprostredkovala na Česko - slovenskom psychiatrickom zjazde v Bratislave na jeseň 2017. Od leta 2018 pracujem ako zmluvná ambulantná psychiatrička v Bratislave.

Starostlivosť o duševné zdravie sa po rokoch dostala aj do programového vyhlásenia vlády. Bola by som rada, ak by sa podarilo previesť do praxe potrebné zmeny. Zároveň mám obavy, že bez kvalitnej vnútroodborovej aj mediodborovej diskusie to nemusí dopadnúť dobre.

Predkladám môj príspevok k diskusii:

I. Komunitná psychiatria

- u nás ju čiastočne supľujú ambulantní psychiatri, denné stacionáre, občianske združenia (OZ), chránené dielne
- úplne chýbajú Centrá duševného zdravia (CDZ) a prepojenia - terénni pracovníci - na zabezpečenie kontinuity starostlivosti: CDZ - nemocnica - ambulancia a/alebo stacionár - podporované bývanie a práca
- odlišnosti od Terstu:
 - iná doba, iná vstupná situácia
 - rozdiely: „veľká“ a „malá“ psychiatria
 - nemusia byť noví ľudia, malo by sa využiť, čo funguje, podporiť ľudí v systéme
 - nie je nutné zrušiť nemocnice a liečebne - u nás už väčšina hospitalizácií dobrovoľná, ale vhodné bude zmeniť štruktúru lôžok podľa súčasných potrieb a ponúknuť alternatívu liečby v kríze

Zhrnutie - ako má fungovať komunitná psychiatrická starostlivosť:

Liečenie v akútnej fáze ochorenia prebieha buď doma alebo v regionálnom centre duševného zdravia alebo na akútnom psychiatrickom oddelení, ktoré je súčasťou všeobecnej nemocnice, prípadne v našich pomeroch aj v psychiatrickej nemocnici či liečebni, ak je to pre pacienta najvhodnejšia a prijateľná možnosť. Od začiatku je pozornosť venovaná nielen odstráneniu symptómov ochorenia, ale jeho vplyvu na celý život človeka. Snaží sa zachovať doterajšie pracovné a spoločenské zaradenie človeka, ak to nie je možné, pomáha hľadať iné možnosti pracovného uplatnenia a začlenenia do rodinných a spoločenských vzťahov. Rieši aj otázky ubytovania a voľného času. Výrazne sa venuje najťažším a horšie spolupracujúcim pacientom. Zameriava sa aj na prevenciu duševných porúch v komunite. **Jednotlivé články systému spolu komunikujú v záujme pacienta.**

Návrhy opatrení:

Denné stacionáre - ak priestor umožní, možno rozšíriť na CDZ- pridať 12 hodinovú službu - prvý kontakt - psychológ/ sestra/ sociálny pracovník - ďalej nasmeruje pacienta (objedná na vyšetrenie či už k psychiatrovi alebo k psychológovi, ak treba, pomáha riešiť sociálnu situáciu)

Každé CDZ pozná ambulantných aj nemocničných psychiatrov v okolí - prepojenie, spoločné stretnutia

Krízový mobilný tím s autami

Zdravotná sestra má pár hodín na starosti aj výdaj liekov - denné centrum (bez nutnosti, aby sa pacient zapojil do aktivít stacionára)

Kde sa dá, možnosť stravovania (možnosť sociálneho podniku)

Neskôr pridať krízové lôžka, nočná služba (po doškolení pracovníkov)

Inde nové CDZ - v súčinnosti s obecnými úradmi, s fungujúcimi OZ, sociálnymi podnikmi, psychiatrickými nemocnicami a liečebňami

CDZ - spádové oblasti (každý pacient podľa bydliska vie, na aké CDZ sa môže obrátiť), možnosť výberu ambulantného psychiatra ale ponechať voľnú

Financovanie CDZ - paušálne - nie podľa výkonov, ale podľa spádovej oblasti (pomerne od poisťovní?, priamo od MZ a MPSVR?, alebo kombinácia – poisťovne +ministerstvá) + zohľadňovať ponúkané služby aj nájom za priestory podľa regiónu

- ponúkané služby sa môžu rozvíjať a pridávať postupne , podľa potrieb a možností regiónov

Ak by sme orientačne vychádzali z modelu v Terste, kde je na 60 000 obyvateľov 1 CDZ, tak by sme v SR potrebovali 91 CDZ, čiže o niečo viac ako 1 CDZ na okres. Regionálne rozdiely ale môžu byť významné - napr. v dostupnosti už existujúcej starostlivosti o duševné zdravie, v zložení obyvateľstva.

Zhrnutie - služby CDZ:

1. Krízová služba 12 hod denne (sociálny pracovník alebo psychológ alebo sestra + ošetrovateľ)
 - zabezpečí ďalšie nasmerovanie pacienta - či už vyšetrenie u praktického lekára, ambulantného alebo nemocničného psychiatra alebo psychológa, eventuálne sociálne poradenstvo, prípadne presmerovanie do Centra pre liečbu závislostí
2. Psychiatrické konzílium - zabezpečí supervíziu fungovania CDZ - podľa regionálnych špecifik - buď lekári z blízkej nemocnice, liečebne, pridruženého stacionára, ambulantní lekári z okolia - platení ako externisti
3. Denné centrum - psychiatrická sestra - podávanie liekov, krátka kontrola, krátky málo štruktúrovaný program („káva, čaj“) - podľa potrieb cca 2 hod denne
 - slúži pre preklenutie krízy namiesto hospitalizácie, u niektorých pacientov môže vyhovovať dlhodobo
4. Krízový mobilný tím - psychiatrická sestra + ošetrovateľ alebo sociálny pracovník, výnimočne psychiater - nadväzuje na prácu denného centra - výjazdy za ťažšie spolupracujúcimi pacientami, v nevyhnutných prípadoch prvá konzultácia s novým pacientom v domácom prostredí
5. Krátkodobá podporná psychoterapia (3-5 stretnutí) - psychológ

Voliteľné:

6. Denný stacionár - štruktúrované psychoterapeutické aktivity (podľa potrieb pre skupiny pacientov s psychózou, úzkostne - depresívnymi poruchami, gerontopsychiatrických pacientov a i.) - stacionáre môžu a nemusia byť súčasťou CDZ
7. Dlhodobá individuálna alebo skupinová psychoterapia
8. Krízové lôžka s nočnou službou (sestra, ošetrovateľ) na krátkodobé pobyty (do týždňa)
9. Možnosť stravovania
10. Voľnočasové aktivity - pre pacientov aj obyvateľov okolia - v spolupráci s obcou, OZ
11. Spolupráca so sociálnymi podnikmi
12. Spolupráca so združeniami pacientov
13. Spolupráca pri vytváraní možností chráneného bývania

II. Závislosti

Vzhľadom na vlastné skúsenosti i prax zahraničí - vhodné fungovanie paralelného systému pre závislosti s preferenciou liečby v Centrách pre liečbu závislostí (CPLZ) a nie v samostatných ambulanciách ani vo vyššie spomínaných CDZ

Dôvody: - zo strany pacienta - závislí pacienti vyžadujú iný prístup, prísnejšie nastavené hranice

- zo strany personálu - detto - pri miešaní pacientov veľké znásobenie záťaže, + pri liečbe závislých je veľmi vhodná práca v tíme
- zo strany pacientov bez závislosti - pri miešaní by odradilo od využívania služieb CDZ či ambulancií
- z organizačne ekonomických dôvodov - mnohé aktivity v liečbe závislostí je vhodné robiť skupinovo - to sa ťažko realizuje v bežnej ambulancii

Pri komorbidite - individuálny prístup - dohoda medzi CDZ a/alebo ambulanciou a Centrom pre liečbu závislostí o vhodnom postupe

Pacient má mať nárok na starostlivosť ako vo všeobecnej psychiatrickej ambulancii a/alebo CDZ, tak i v špecializovanom centre pre závislosti - zabezpečiť bezproblémové preplácanie.

Navrhované riešenie (MUDr. Okruhlica) - vyhradený 1 deň v týždni pre závislosti v psychiatrických ambulanciách - nechať ako dobrovoľnú možnosť - môže dočasne pomôcť preklenúť problémy napríklad v regiónoch

Opatrenia:

- výrazne zvýšiť financovanie doteraz existujúcich Centier pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ) , aby mohli zvýšiť počty personálu a zabezpečiť aj vzdelávanie potrebných odborníkov pre nové centrá
- zvážiť premenovanie na Centrá pre liečbu závislostí (CPLZ) - aby nebol vynechaný alkohol a nelátkové závislosti
- založiť nové CPLZ - v spolupráci s už fungujúcimi ambulanciami, ktoré sa na závislosti špecializujú, tieto centrá by mali podporovať prevažne ambulantnú liečbu
- podporiť spoluprácu a vzdelávanie praktických lekárov - hlavne ohľadom liečby závislosti od alkoholu a tabaku a škodlivého užívania alkoholu
- podľa vyjadrenia odborníkov na závislosti rozšíriť aj lôžkovú liečbu závislosti - podľa potrieb jednotlivých regiónov (v rámci zmeny štruktúry existujúcich lôžok)
- doriešiť možnosti liečby pre pacientov 15-18 ročných - náročné
- doriešiť, na akých oddeleniach riešiť delíriá trémens - v rámci našich podmienok veľmi časté - vhodné riešiť skôr v bežných nemocniciach (somatické komplikácie), než v odľahlých psychiatrických nemocniciach či liečebniach - bolo by dobré mať lôžka pre delíriá oddelené od ostatných akútnych psychiatrických lôžok

III. Gerontopsychiatria

- podpora vzniku Denných centier pre seniorov s demenciou (ostatní môžu využívať CDZ)
- rozšíriť kompetencie geriatrov a praktických lekárov - po zaškolení (bezplatnom) - pri riešení častých problémov - psychiatrov nie je toľko, aby mohli pokryť potrebu vyšetrení (napr. domovy dôchodcov)
psychiatri ako experti + školitelia
- vzdelávacie programy - v rámci grantov na reformu

IV. Detská psychiatria

- vytvoriť Detské centrá duševného zdravia - rozšíriť existujúce pedagogicko - psychologické poradne alebo ambulancie klinických detských psychológov??? – tiež paušálne platby podľa rajónu na bežnú prevádzku
- uľahčiť možnosť získať špecializáciu detský psychiater
- prednostne zvýšiť preplácanie psychoterapie detských pacientov a rodinnej psychoterapie
- dotovať psychoterapeutické výcviky pre detských psychiatrov, psychológov a sociálnych pracovníkov
- podľa vyjadrenia pedopsychiatrov rozšíriť lôžka v rámci reštrukturalizácie nemocníc
- spolupracovať s rajónnymi detskými lekármi, tiež vzdelávacie bezplatné programy
- bezplatné vzdelávacie programy pre učiteľov a vychovávateľov

V. Ambulantní psychiatri

- dokončiť prácu na zrealnení odmeňovania a ocenenia výkonov lekárov a sestier (obdobne klinických psychológov v ambulanciách)
- nezabúdať, že platby za výkony nie sú priamou odmenou lekára, ale príjmom s.r.o., zväžiť priame príspevky na nájom
- pri často medializovanej téme objednávaní pacientov sa zabúda zohľadniť situácia, že pacient sa objedná a na termín nepríde - finančná strata ambulancie
- v našom odbore nie je vhodné zaviesť povinné objednávanie on-line
 - termíny kontroly sa menia podľa stavu pacienta - má o nich rozhodovať lekár po dohode s pacientom
 - veľa psychiatrických pacientov nemá prístup k počítaču a potrebné zručnosti
- v rámci ambulancie nie je vhodné riešenie akútnych stavov u nových pacientov
 - z organizačných aj ekonomických dôvodov
 - ambulantný psychiater má byť špecialista, ku ktorému sa objednáva
- tým, že CDZ postupne čiastočne odbremenia ambulancie, mala by sa skrátiť lehota čakania na vyšetrenie, aj ambulantní lekári sa budú môcť ako platení externisti zapojiť do spolupráce s CDZ, odmena musí byť motivačná, aby prácou pre CDZ nemali finančnú stratu - tak budú môcť vyhradiť čas pre akútne prípady, ktoré im posunie CDZ, forma spolupráce môže byť variabilná - lekár dochádza do blízkeho CDZ alebo terénny pracovník privedie pacienta k psychiatrovi alebo výnimočne je psychiater aj súčasťou mobilného tímu a ide vyšetriť pacienta domov

(po založení CDZ je vhodné, aby ambulantní psychiatri z okolia spolupracovali s CDZ a poskytovali psychiatrické vyšetrenia a konzília – platení CDZ ako externisti)
- v regiónoch s veľmi nízkym počtom ambulantných psychiatrov zväžiť možnosť vytvoriť psychiatrickú ambulanciu priamo v CDZ - s nízkym nájomom
- ambulantní lekári by sa mali (dobrovoľne a za primeranú odmenu) zapojiť aj do systému vzdelávania psychiatrov v špecializačnej príprave

VI. Nemocničná starostlivosť

- nemocniční lekári a ostatní zdravotníckí pracovníci by sa mali zapojiť do budovania CDZ v okolí, sami vedia, ktorí ich opakovane sa vracajúci pacienti by viac profitovali z možnosti riešiť krízu v CDZ, vedia vytipovať pacientov vhodných do sledovania v rámci mobilného tímu
- zvlášť zamestnanci psychiatrických nemocníc a liečební - zväčša vzdialených od centier miest a obcí by sa mali v spolupráci s obcami snažiť vytvoriť „vysunuté pracoviská“
- psychiatrické nemocnice a liečebne - v rámci reštrukturalizácie (po znížení množstva pacientov - využívaním služieb CDZ):
 - o rozšíriť podľa potreby regiónu lôžka pre liečbu závislostí
 - o založiť „psychoterapeutické oddelenia“ typu Psychosomatickej kliniky v Pezinku: umožniť hospitalizáciu pacientom, ktorí ju aj sami chcú („malá psychiatria“, „neurotici“ - tu je vhodná psychoterapia, režimová liečba a často aj prerušenie kontaktu s domácim prostredím - na rozdiel od väčšiny pacientov s psychózou)
 - pri týchto hospitalizáciách by bol umožnený prístup k psychoterapii širokej skupine pacientov - nie len liečebný, ale aj preventívny význam (zvýšenie celkového povedomia o „psychohygiene“) - nutné samozrejme výrazne zmeniť systém financovania - takýto typ oddelenia nemôže súťažiť s akútnymi lôžkami

VII. Trestné činy psychiatrických pacientov, súdne liečby

Psychiatrickí pacienti, ktorí spáchajú závažný trestný čin (vražda, ublíženie na zdraví, sexuálne trestné činy, podpaľačstvo a pod.) by sa nemali liečiť na bežných psychiatrických oddeleniach - veľa negatív:

- ohrozenie spolupacientov
- ohrozenie personálu
- negatívny obraz verejnosti o psychiatrických pacientoch a psychiatrických oddeleniach všeobecne

Opatrenia:

- týchto pacientov liečiť na Psychiatrickom oddelení väzenských nemocníc - po preliečení akútneho stavu rozhodnúť individuálne ako ďalej - či zvládne bežnú väzbu alebo prechodnú detenciu, vo výnimočných prípadoch trvalá detencia
- rozšíriť v prípade potreby kapacity väzenských nemocníc
- dobudovať detenčné zariadenie - vzhľadom na malé množstvo trestných činov spáchaných pacientami s psychózou - nie je potrebné veľké rozširovanie počtu lôžok
- psychiatria má slúžiť na liečbu ľudí, nie trestanie, ak je trestanie potrebné, prenechať to inštitúciám na to určeným - spadajúcim pod Ministerstvo vnútra
- v spolupráci so znalcami - neodporúčať ochranné liečby u pacientov s Poruchami osobnosti
 - dôvod: široké pole na možné zneužitie psychiatrie, praktická nerealizovateľnosť
- individuálne posúdenie možností daného pacienta na začlenenie späť do komunity, spolupráca s miestnym CDZ (možné nariadenie súdnej ambulantnej liečby - možné zabezpečenie dennej kontroly užívania liekov, denného fungovania), pri najväznejších prípadoch vhodné na potrebný čas zabezpečiť 24 hod asistentov na dohľad nad pacientom
- pacienta s psychózou, ktorý spáchal trestný čin treba samozrejme posudzovať inak ako zločinca bez psychózy, umožniť mu liečbu a podporný prístup, ale to neznamená, že treba úplne vylúčiť možnosť trestu - čo môže byť napríklad už pobyt vo väzenskej nemocnici - môžeme predsa hovoriť aj o „práve byť potrestaný“

VIII. „Invalidné“ dôchodky (ID)

- prehodnotiť systém výpočtu ID hlavne u pacientov s diagnózami z okruhu F 20 a F 25 - často nevznikne nárok na výplatu pre neodpracované roky - čo je spôsobené skorým nástupom ochorenia a častým sociálnym zlyhávaním už v rámci prodrómov ochorenia, ktoré ale ešte nie je diagnostikované,
- pacienti s F20 a s ťažkým priebehom F 25 a F31 by mali mať automaticky nárok na plný ID, obmedziť frekvenciu prehodnocovaní, po určitom počte prehodnotení už nechať doživotne - pre pacientov často veľmi stresujúce - z pohľadu priebehu ochorenia prehodnocovanie zbytočné
- celkovo zvýšiť sumy ID - aby reálne umožňovali samostatný život
- komentár: ID nemá znamenať, že pacient nie je schopný práce - čo už ani v súčasnosti prakticky neplatí, hoci do odporúčaní na invalidizáciu to musíme uvádzať, uznanie nároku na ID znamená, že pacient v dôsledku vážneho trvalého ochorenia je výrazne limitovaný v zaradení sa do bežného trhu práce a tiež toho, že stres zo sociálnej neistoty môže výrazne zhoršovať prognózu ochorenia a riziko sociálneho vylúčenia
- **Iné:** vyradiť schizofréniu zo zoznamu ochorení, ktoré by mali automaticky viesť k zákazu viesť motorové vozidlo - prípady hodnotiť individuálne podľa priebehu ochorenia u každého pacienta, klinického stavu, jeho spolupráce pri liečbe, využívať psychologické testovanie schopnosti viesť motorové vozidlo

IX. Sociálne podniky, podporované bývanie, občianske združenia pacientov a príbuzných (OZ)

- zaradiť existujúce organizácie, ktoré sa venujú problematike duševného zdravia do siete spolupráce s príslušným CDZ, (nerušiť už fungujúce organizácie, skôr ich podporiť a zlepšiť ich možnosti ako prispieť k fungovaniu nového systému)
- zabezpečiť reálnu pomoc aj ťažšie spolupracujúcim pacientom
- komentár: samotná zmena oslovenia z „pacient“ na „klient“ ani náhodou nestačí na naplnenie podstaty komunitnej psychiatrie a skutočnú pomoc
- pre niektorých pacientov sú vhodné chránené dielne, modernejší variant je zapojenie pacientov do sociálnych podnikov, kde pracujú vedľa zdravých ľudí
- vhodné podporiť regionálne vhodné riešenia v spolupráci s miestnymi úradmi

X. Farmakoterapia

- umožniť lekárom slobodu v preskripcii vhodných liekov – určite je vhodné, aby boli vypracované ŠDTP, ale psychiater po atestácii by mal mať jednoduchú možnosť, aby vybral liek, ktorý považuje za správny - bez nutnosti žiadať výnimku z ministerstva alebo mať obavy, že po kontrole mu poisťovňa liečbu nepreplatí, len preto, že liek napr. nemá u nás zaregistrovanú indikáciu hoci sa bežne na liečbu daného stavu používa
- zrušiť povinnú prvú voľbu ako u depresí, tak u psychóz, možnosť použiť nízku dávku neuroleptika aj pri podozrení na ochorenie z okruhu Schizofrénie, hoci ešte nie je dg. stanovená – umožniť liečiť prodromálne štádiá, a pod.
- využiť dobré príklady zo zahraničia
- o vhodnosti medikácie nemajú rozhodovať ani poisťovne, ani farmaceutické firmy, ale lekári

XI. Psychoterapia

- *rozlišovať psychoterapiu bežnú a expertnú:*
- **Bežná** - vykonávajú atestovaní psychiatri a klinickí psychológovia - automaticky všetci, ktorí už atestovaní sú alebo sú zaradení v atestačných programoch,
 - perspektívne prehodnotiť poskytované vzdelanie – upraviť – ale nepredlžovať,
 - určite nedávať nové podmienky odborníkom už pracujúcim v systéme – ktorí dlhodobo pracujú v nie ich vinou zle fungujúcom systéme a sú dlhodobo finančne podhodnotení
 - upraviť preplácanie poisťovňami v rámci navyšovania platieb za všetky výkony
- **Expertná** - vykonávajú absolventi certifikovaných výcvikov Európskej asociácie pre psychoterapiu (EAP),(ktorí si v prevažnej väčšine platili uvedené výcviky z vlastných zdrojov)
 - platba za ich služby má byť vyššia, ak by aj nebola možnosť preplácať celú sumu poisťovňami - možno rozdeliť preplácanie - časť poisťovňa, časť pacient
 - využiť týchto expertov na školenie pracovníkov v systéme - za primeranú odmenu a na dobrovoľnej báze
 - vytvoriť možnosť príspevku na absolvovanie výcviku, možnosť protihodnoty – napr. pracovať potom istý čas ako školiteľ

XII. Spolupráca s praktickými lekármi

- pokračovať v spolupráci s praktickými lekármi
- bezplatné vzdelávacie programy - prednostne:
 - škodlivé užívanie alkoholu,
 - úzkostné a depresívne poruchy,
 - prodromálne štádiá schizofrénie

- umožniť jednoduchšiu špecializáciu praktickým lekárom, napr. uznať všetkým internistom, ktorí do istého dátumu podajú žiadosť možnosť pracovať ako praktický lekár bez ďalších podmienok (ostatným, ktorí už do špecializačnej prípravy dali svoju námahu a čas, dať jednorazovú finančnú kompenzáciu)

XIII. Vzdelávanie

- rozšíriť kompetencie psychiatrických sestier, klinických psychológov, sociálnych pracovníkov - existujúcich odborníkov využiť na báze dobrovoľnosti a za primeranú odmenu na potrebné doškolenie
- do špecializačnej prípravy psychiatrov zaradiť po novom aj prax v ambulanciách a CDZ
- vzdelávacie programy z grantov na reformu
 - pracovníci CDZ
 - praktickí lekári
 - geriatri
 - detskí lekári
 - učitelia a vychovávatelia

XIV. Veda a výskum

- v spolupráci s inštitúciami, ktoré sa výskumu venujú (SAV, lekárske fakulty, fakulty psychológie, ???) - zistiť možnosti podpory

XV. Financovanie

- **trvalé zmeny** - nutné hradiť z rozpočtu ministerstiev zdravotníctva a sociálnych vecí a zdravotných poisťovní:
 - paušálne náklady na CDZ, CPLZ, Detské centrá, Denné centrá pre pacientov s demenciou (prevádzka, nájom, platy stálych zamestnancov a externistov) - podľa veľkosti rajónu
 - náklady na podporované bývanie (event. + miestne rozpočty)
 - náklady na zvýšenie počtu a uľahčenie fungovania sociálnych podnikov (event. + miestne rozpočty)
 - náklady na rozšírenie kapacity väzenskej psychiatrie - MV SR
- **zahajovacie náklady** - využiť možnosti eurofondov:
 - výstavba nových CDZ, CPLZ, Detských centier duševného zdravia, Denných centier pre pacientov s demenciou
 - prestavba a rekonštrukcia existujúcich zariadení, ktoré sa dajú využiť na horeuvedený účel
 - nákup vozidiel pre mobilné tímy CDZ
 - vzdelávacie programy - doškolenie súčasných aj nových zamestnancov CDZ a ostatných centier
 - podpora vedecko - výskumných projektov
 - vzdelávacie programy pre praktických lekárov, geriatrov a pediatrov
 - výstavba alebo rekonštrukcia objektov vhodných na podporované bývanie
 - podpora na rekonštrukciu a zariadenie existujúcich OZ