Ekonomické aspekty denní psychiatrické péče II Porovnání pacientů v denní péči a klasické hospitalizaci

Kitzlerová E.[1], Howardová A.[1], Půbal K.[2], Kališová L.[1], Sekot M.[1], Baková N.[1], Číhal L.[3], Raboch J.[1]

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.[1]
Vysoká škola ekonomická, Praha[2]
Ministerstvo zemědělství ČR, Praha[3]

Souhrn

Studie zabývající se ekonomickými aspekty psychiatrické péče jsou v naší republice stále spíše výjimkou. Publikované práce z poslední doby naznačují, že psychiatrická denní péče by mohla ušetřit téměř 1/3 nákladů vynaložených na klasickou hospitalizační péči. Kromě toho denní psychiatrická péče vede ke snížení počtu návštěv pacientů u somatických lékařů, snižuje počet rehospitalizací. Tato data se však týkají 20–40 % pacientů trpících akutní duševní poruchou.

Cílem předložené studie je identifikace a následné porovnání nákladů spojených s léčbou psychiatrických pacientů formou denního stacionáře (DS) a klasickou hospitalizační léčbou (KH).

Výběr pacientů a jejich randomizace se řídily předem danými vstupními a vylučovacími kritérii. Do studie jsme zařadili celkem 206 pacientů (k denní péči 100 pacientů, k hospitalizaci 106), kteří byli sledováni během akutní léčby a v období jednoho roku po propuštění ve stanovených časových intervalech; T1 – při přijetí, T2 – za týden po přijetí, T3 – za měsíc po přijetí, T4 – při dimisi, T5 – za 3 měsíce po dimisi, T6 – za 12 měsíců po dimisi. K hodnocení jednotlivých aspektů psychiatrické péče byly použity standardizované dotazníky, které byly vybrány i z hlediska mezinárodní srovnatelnosti. K hodnocení ekonomických údajů jsme použili dotazník CSRI, k hodnocení psychopatologie dotazník BPRS a k hodnocení spokojenosti pacientů s terapií dotazník CAT. Ekonomická data jsme zpracovali podle námi navrženého postupu tzv. „účetním přístupem".

***Výsledky:* Průměrná délka pobytu pacientů v DS i KH byla stejná a činila 39 dní, dokončilo ji 75,5 % pacientů v KH a 72,0 % pacientů v režimu DS.**

Průměrné celkové náklady na jednoho pacienta zařazeného do studie byly ve skupině DS ve srovnání se skupinou KH nižší přibližně o 342 EUR/10 944 Kč, což představuje 22 %. Tento rozdíl byl statisticky významný. Rozdíly mezi sledovanými skupinami v konzumaci další zdravotní péče v jednom roce po propuštění v jednotlivých položkách (léky, zdravotní služby apod.) nebyly statisticky významné.

Mezi pacienty nejčastěji využívané zdravotnické služby po dimisi patřily: ambulantní psychiatr, psycholog, praktický lékař a lékaři jiných odborností (neurolog, stomatolog, gynekolog, chirurg atd.). Zlepšení psychopatologie bylo v DS i KH srovnatelné, stejně tak i spokojenost pacientů s léčbou.

Klíčová slova: akutní duševní porucha, denní stacionář, klasická hospitalizace, ekonomické aspekty.

Summary: Kitzlerová E., Howardová A., Půbal K., Kališová L., Sekot M., Baková N., Číhal L., Raboch J.: Economic Aspects of Daily Psychiatric Care II. Comparison of Patients in Daily Care and Classical Hospitalization

Studies involving economic part of treatment are in our country more of an exeption. Studies published in recent years show that treatment in a day hospital setting generally costs 1/3 less than comparable inpatient treatment. Day hospital treatment can prevent or reduce the number of somatic therapy measures. Patients treated in day care setting in the long run use less of follow up and outpatient care is cheaper than inpatient treatment for both patients and relatives. The noted affirmations are valid for about 20–40 % of persons with acute mental disorder.

The aim of the study was to identify and to compare the costs effectiveness in a day hospital setting and inpatient treatment.

Recruitment of the patients was carried out according to defined inclusion and exlusion criterias. Patients were randomised into group of day care setting and inpatient setting. Total number of patients was 206 (106 in inpatient care, 100 in day care setting), they were assessed in several periods: T1 – admission, T2 – 1 week after admission, T3 – 1 month after admission, T4 – during discharge, T5 – 3 months after discharge, T6 – 12 months after discharge. For the assessment of health care costs was used the CSRI questionnaire and the data were processed by our own designed procedure – "accountant way". Psychopathology was assessed by BPRS questionnaire and treatment satisfaction was assessed by the CAT questionnaire.

***Results:* The average length of stay was 39 days in both settings. 72% of patients in the group of day care have finished the treatment, inpatient treatment (hospitalization) have finished 75.5% of them.**

Psychiatric treatment in the form of day care is 22% (342 EUR/10 944 CZK) cheaper than inpatient care in some part of psychiatric patients with acute mental disorder (20–40%); this difference is statistically significant. Outpatient psychiatrists, psychologists, general practitioners and other physicians (neurologist, stomatologist, gynaecologist, surgeons etc.) were the most frequently used health services in both settings since the discharge. Psychopathology improved similary in both followed groups as well as the treatment satisfaction.
Key words: acute mental disorder, day care, hospitalization, economic aspects.

Čes. a slov. Psychiat., 101, 2005, No. 3, pp. 148–154.

ÚVOD

Ekonomické aspekty poskytované psychiatrické péče jsou velmi důležitou součástí všech koncepcí zdravotní péče, včetně psychiatrické, ale kvalitní studie týkající se této problematiky jsou u nás stále spíše výjimkou [1, 2, 6, 8].

I v zahraničí je do dnešní doby k dispozici pouze několik metodicky kvalitních publikací, které se zabývají ekonomikou zdravotního systému a obsahují i data týkající se nákladů na léčbu v denních stacionářích (DS) [5, 7]. Starší práce se omezují pouze na odhad přímých nákladů na léčbu, které vykazují v DS úspory až o třetinu [4, 13]. Novější randomizované kontrolované studie již počítají i s nepřímými a skrytými náklady na psychiatrickou péči. Jejich výsledky dokazují, že pacienti léčení formou DS mají menší spotřebu následné a ambulantní péče [3, 19, 20].

Sledge s kol. provedl analýzu přímých nákladů a zjistil při desetiměsíčním sledování úsporu 6600 Euro na pacienta léčeného v denní psychiatrické péči oproti hospitalizaci, což představuje zhruba 20 % celkových přímých nákladů [21]. Studie neprokázala žádný rozdíl mezi oběma podskupinami pacientů v oblasti spotřeby lékařské péče a nákladů z toho vyplývajících. V analýze, zaměřené na diagnózu a finanční úspory, je uvedeno, že potenciál ušetřit náklady je vyšší u pacientů s diagnózou jinou než s diagnózou z okruhu psychotických poruch.

Metaanalýzy recentnějších publikací však konstatují menší finanční úspory, a to zhruba okolo 5 až 10 % celkových nákladů [11]. Je třeba dodat, že uvedená tvrzení se vztahují asi na 20–40 % pacientů z celkového počtu všech pacientů odeslaných k hospitalizaci pro akutní duševní poruchu, pro které je tato forma terapie vhodná [7, 10, 14].

Na druhou stranu je však nutno přiznat, že existuje poměrně vysoké procento pacientů, kteří léčbu v denních stacionářích nedokončí [25]. Je tedy otázkou, zda léčba touto formou psychiatrické péče ve svých důsledcích nepovede k institucionalizaci pacientů, a to díky výrazně delším pobytům než v případě klasických hospitalizací [5, 18, 23]. V nedávno publikované práci jsme se pokusili navrhnout metodu pro alokaci a výpočet průměrných nákladů pro psychiatrickou péči v České republice s důrazem na nemocniční oddělení a výpočet jednotkových cen služeb poskytovaných psychiatrickým pacientům [15].

Cílem předložené studie je identifikace a následné porovnání nákladů spojených s léčbou psychiatrických pacientů formou denního stacionáře (DS) a klasickou léčbou hospitalizační (KH).

HYPOTÉZA

Naší pracovní hypotézou bylo prověřit v zahraničí opakovaně vyslovený názor, že denní psychiatrická péče je u vybrané skupiny psychiatrických pacientů s akutní duševní poruchou alternativou klasické hospitalizace při srovnatelné terapeutické účinnosti, vyšší spokojenosti s léčbou při nižších finančních nákladech.

METODA

Výběr pacientů a jejich randomizace se řídily předem danými vstupními a vylučovacími kritérii, která jsou detailně popsána v našem předchozím sdělení [9]. Do studie jsme zařadili celkem 206 pacientů (k denní péči 100 pacientů, k hospitalizaci 106), kteří byli sledováni během akutní léčby a v období jednoho roku po propuštění ve stanovených časových intervalech: T1 – při přijetí, T2 – za týden po přijetí, T3 – za měsíc po přijetí, T4 – při dimisi, T5 – za 3 měsíce po dimisi, T6 – za 12 měsíců po dimisi.

K hodnocení jednotlivých aspektů psychiatrické péče byly použity standardizované dotazníky, které byly vybrány i z hlediska mezinárodní srovnatelnosti:

Pomocí **dotazníku CSRI (Client Service Receipt Inventory)** jsme se zaměřili na hodnocení nákladů zdravotní péče.

V časech T1, T5, T6 jsme zjišťovali tyto údaje:

– u všech pacientů veškeré pobyty v nemocnici a v denní péči v době od propuštění a v průběhu posledních třech měsíců (typ léčebného zařízení při hospitalizaci, typ oddělení, den přijetí, délka trvání pobytu) doplňková péče v posledních třech měsících (např. psychologické poradenství, sociálně psychiatrické služby, poradna pro závislosti, pracovní terapie, denní centra, pracovní centra pro postižené, integrované a chráněné dílny, svépomocné skupiny atd.)
– počet návštěv, délka trvání návštěvy,

– ambulantní péče v době od propuštění a v průběhu posledních třech měsíců (amb. psychiatr, amb. psycholog, praktický lékař, sociální pracovník, jiný odborný lékař, pečovatelka aj.) – počet návštěv, délka trvání návštěvy,
– kontakty s policií a justicí,
– medikace od propuštění a v průběhu posledního měsíce – název, léková forma, denní dávka, kolik dní byl lék v posledním měsíci užíván, celkové množství léku v posledním měsíci, od kdy byl lék užíván, cena v Kč na jednotku (1 mg, 1 ml).

V čase T4 jsme zjišťovali:

– kolik dní byl pacient hospitalizován v lůžkovém zařízení, ev. kolik dní strávil v denním stacionáři – typ zařízení, forma hospitalizace/stacionáře, trvání pobytu,
– léčebné metody, které pacient v průběhu pobytu v daném zařízení absolvoval (např. individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, relaxační metody, psychoedukační programy, kognitivní skupiny, pracovní terapie, arteterapie, pohybová terapie aj.) – počet,
– další jiná poskytnutá zdravotní nebo sociální péče – počet návštěv, doba trvání,
– kontakty s policií a justicí,
– medikace užívaná v posledním měsíci – název, léková forma, denní dávka, kolik dní byl lék v posledním měsíci užíván, celkové množství léku v posledním měsíci, od kdy byl lék užíván, cena v Kč na jednotku (1 mg, 1 ml).

Výskyt psychopatologických symptomů byl hodnocen pomocí **dotazníku BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)** v časech T1, T2, T3, T4, T5, T6.

Pro vyhodnocení spokojenosti s léčbou jsme použili **dotazník CAT (Client's Scale for Assessment of Treatment)** v časech T1, T2, T4.

Získaná data byla zpracována v databázovém systému Access a základní statistické evaluace byly provedeny v programu SPSS.

VÝSLEDKY

Délka akutní léčby byl u obou skupin zařazených pacientů přibližně stejná (KH = 39,4, SD = 17,6 dní, range (5,89); DS = 39,3, SD = 19,2 dní, range (7,137)) a dokončilo ji 75,5 % pacientů v KH a 72,0 % pacientů v režimu DS (tab. 1).

Sledovaní pacienti navštěvovali i jiná než pouze psychiatrická zařízení. Jednalo se např. o ambulance praktického lékaře, lékařů jiných odborností (stomatologa, neurologa, gynekologa, chirurga aj.), služby sociální péče, různé formy psychoterapie atd. Vzhledem k rozsahu těchto zdravotnických služeb i k obtížnosti získat veškerá potřebná data bylo nutné přistoupit na určité zjednodušení. Rozhodli jsme se pro určení cen služeb pouze u vybraných, nejčastěji využívaných zdravotnických zařízení s tím, že tyto výsledky poslouží jako přijatelná aproximace k ostatním, méně frekventovaným službám. S jejich zřizovateli jsme se dohodli na spolupráci a získali od nich relevantní ekonomická data. Jednalo se o dvě psychiatrické ambulance, dva praktické lékaře, jednu psychiatrickou léčebnu s několika sty lůžky, jeden samostatný denní stacionář a šest psychiatrických zařízení nemocničního typu s průměrným počtem kolem 30 lůžek.

Tato ekonomická data jsme zpracovali podle

Tab. 1. Počty pacientů v časových obdobích T4, T5, T6

Časové období	Počty pacientů Denní péče (DS)	Klasická hospitalizace (KH)
T1	100	106
T2	97	102
T3	69	73
T4	987	104
T5	82	87
T6	72	80

Tab. 2. Průměrná cena zdravotní péče ve vybraných zdravotnických zařízeních (Kč/jedna návštěva nebo jeden den léčby).

Psychiatrická ambulance – náklad na 1 vyšetření	527,60 Kč
Praktický lékař 1	180,52 Kč
Praktický lékař 2	139,20 Kč
Zařízení typu samostatného denního stacionáře	570,14 Kč
Psychiatrická léčebna	922,92 Kč
Integrovaný denní stacionář	576,09 Kč
Psychiatrické odd. a	928,35 Kč
odd. b	879,76 Kč
odd. c	709,10 Kč
odd. d	1035,85 Kč
odd. e	683,46 Kč
odd. f	897,47 Kč

Tab. 3. Jednotkové náklady DS, KH Eur/Kč.

	DS		W	
	€	Kč	€	Kč
T4 (cena pobytu + léky + lékařské výkony do dimise)	1000*	32 000	1214*	38 848
T5 (léky + zdrav. služby 3 měsíce po dimisi)	196	6272	227	7264
T6 (léky + zdrav. služby 9 měsíců po dimisi)	286	9152	383	12 256
Celkové náklady pacient/rok	1482**	47 424	1824**	58 368

Zdroj: Vlastní výpočet viz graf 1.

** signifikantní rozdíl v ceně pobytu pacienta p=0,01*

*** signifikantní rozdíl v celkové ceně na pacienta p=0,013*

námi navrženého postupu tzv. „účetním přístupem“ [15].

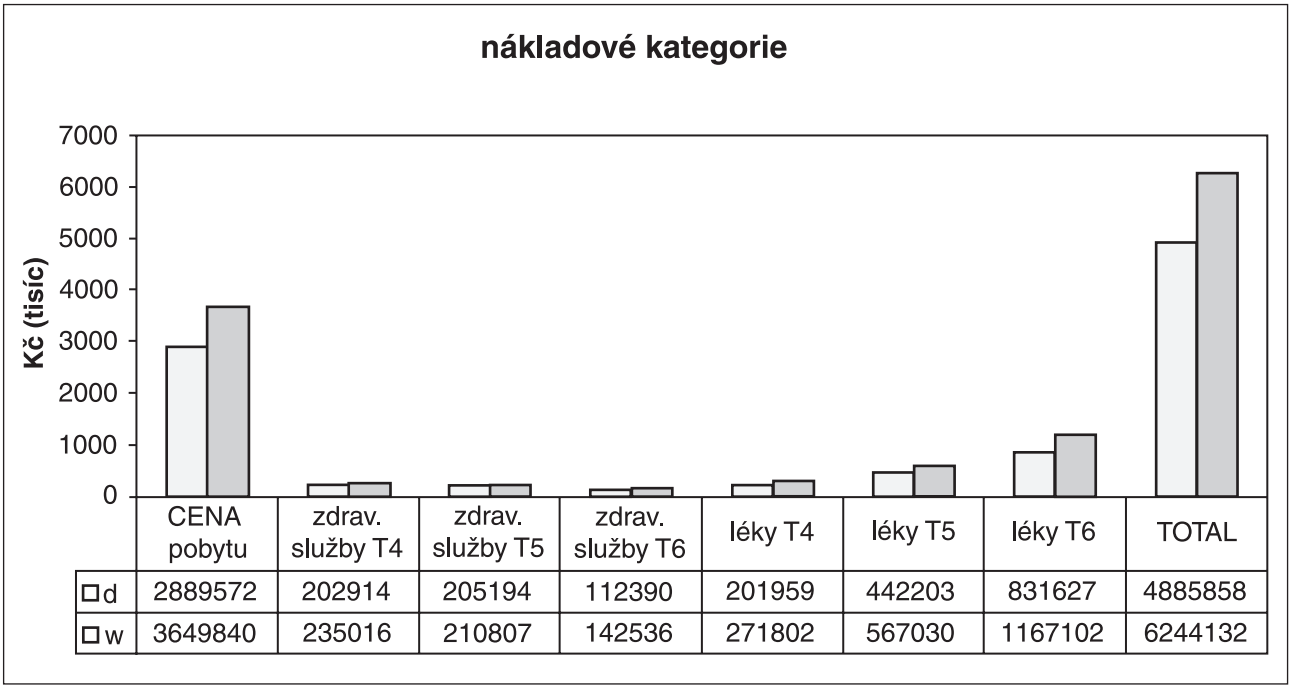
Prvním krokem bylo určení průměrných nákladů na jednoho pacienta v těchto zdravotnických zařízeních. Zjištěné údaje jsou uvedeny v tab. 2.

Druhým krokem byla identifikace a výpočet nákladové funkce každého pacienta podle vzorce:

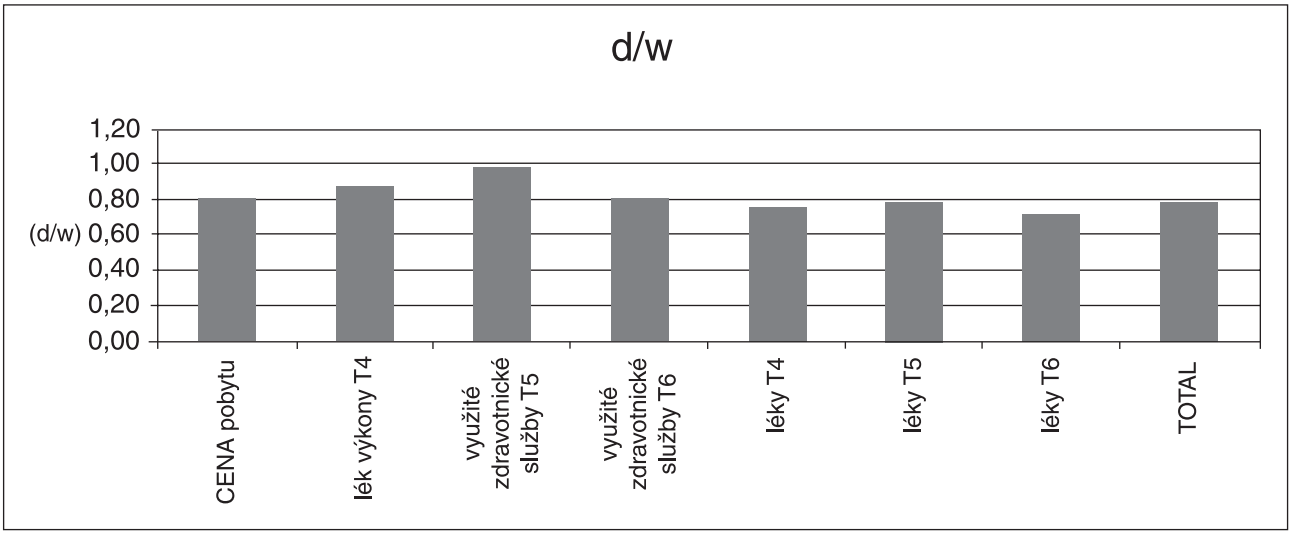
$$\eta_{1D} = \alpha_{ID} * CP + \Sigma_i (\beta_i^{ID} \lambda_i) * CR + farmac_{ID},$$

η_{ID} = celková cena pacienta ID,
ID = identifikační číslo pacienta,
CP = cena pobytu pro stacionář/hospitalizaci (cena hospitalizace byla dále členěna podle oddělení),
CR = referenční cena (cena návštěvy u praktického lékaře),
α_{ID} = počet dní pacienta ID strávených ve zdravotnickém zařízení,
β_i^{ID} = počet návštěv pacienta ID u specialisty (terapie),
λ_I = váha zdravotnické profese,
$farmac_{ID}$ = celková cena spotřebovaných léků pacienta ID.

Třetím krokem byl výpočet celkových průměr-



Graf 1. Nákladové kategorie DS a KH v časech T4, T5, T6 v Kč.
Legenda: léky T4 = medikace spotřebovaná pacientem za poslední měsíc; léky T5 = medikace spotřebovaná pacientem za poslední 3 měsíce; léky T6 = medikace spotřebovaná pacientem za posledních 9 měsíců. Zdrav. služby = zdravotnické služby, které pacient využil do propuštění, T5 = za 3 měsíce po propuštění, T6 = za 9 měsíců po propuštění.

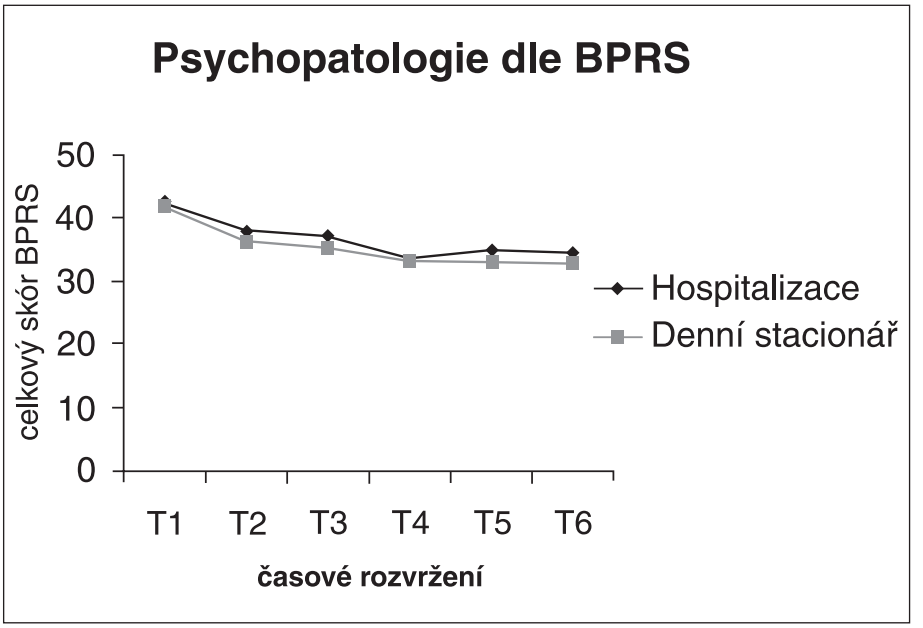


Graf 2. Poměr DS/W jednotlivých nákladových kategorií.

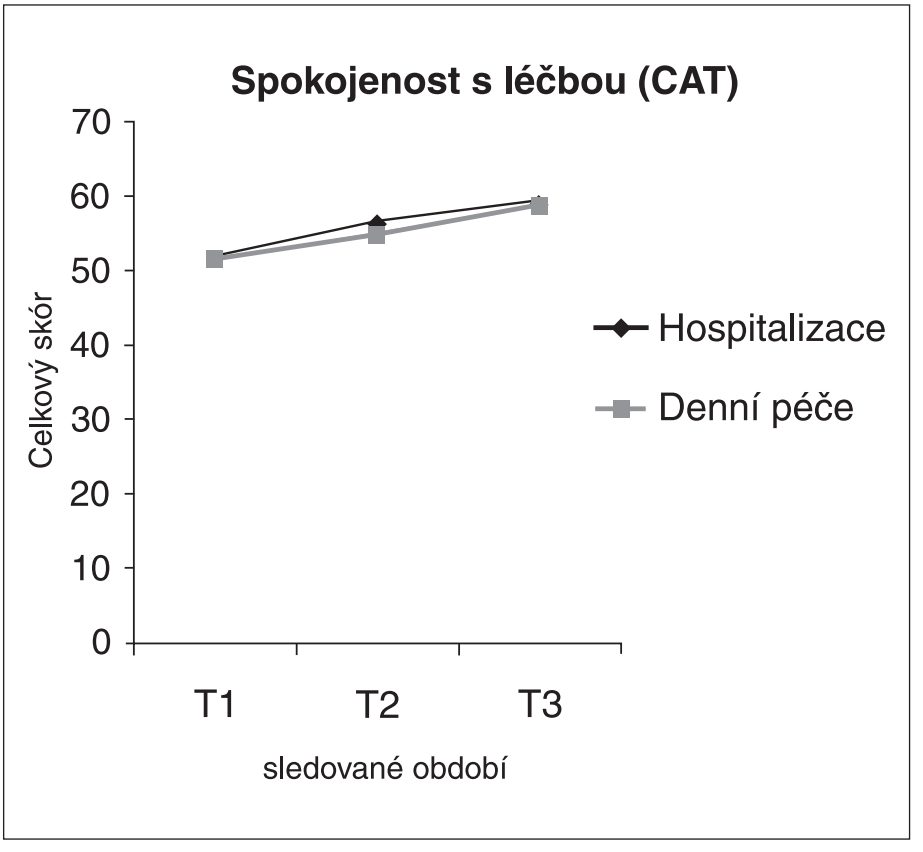
ných nákladů na jednoho pacienta léčeného původně v denním stacionáři nebo formou klasické hospitalizace. Zjištěné údaje jsou uvedeny v tab. 3.

Průměrné celkové náklady na jednoho pacienta zařazeného do studie byly ve skupině DS ve srovnání se skupinou KH nižší přibližně o 342 EUR/10 944 Kč, což představuje 22 %. Tento rozdíl byl statisticky významný. Úspora byla dána především nižšími náklady spojenými s akutní léčbou. Rozdíly mezi sledovanými skupinami v konzumaci další zdravotní péče v jednom roce po propuštění v jednotlivých položkách (léky, zdravotní služby apod.) nebyly statisticky významné (graf 1, graf 2).

Psychopatologická symptomatika se podle skórů dotazníku BPRS zlepšovala shodně v obou skupinách DS a KH (graf 3). S akutní léčbou byly obě skupiny pacientů spokojeny shodně (graf 4). V těchto parametrech jsme nezjistili mezi sledovanými podskupinami statisticky významné rozdíly.



Graf 3. Psychopatologie podle dotazníku BPRS pro DS, W.



Graf 4. Spokojenost s léčbou podle dotazníku CAT pro DS, W.

DISKUSE

V naší studii jsme měli možnost sledovat vybranou skupinu více než 200 pacientů odeslaných z ambulantní sféry pro akutní duševní poruchu k hospitalizaci. Porovnali jsme výsledky léčby u randomizovaných podskupin ve formě klasické hospitalizace a v integrovaném denním stacionáři. Potvrdili jsme zahraniční zkušenosti [20, 21], že pro vybranou část psychiatrické populace s lepším sociálním zázemím a lehčí duševní poruchou je denní péče srovnatelně účinná při nižších finančních nákladech. Průměrná délka pobytu na lůžku i v denní péči se nelišila, což je odlišný nález ve srovnání s některými jinými literárními údaji, a proto ani neovlivnila sledované ekonomické ukazatele [5]. Obě skupiny byly s léčbou spokojené a jejich názory se v tomto směru od sebe nijak neodlišovaly.

Uvedené skupiny jsme pak sledovali dalších 12 měsíců. Po tomto roce jsme získali kompletní data od více než 70 % pacientů v obou skupinách, což

považujeme i ve srovnání s jinými studiemi [4] za dobrý výsledek. I v dalším průběhu nedošlo mezi srovnávanými podskupinami k rozdílu ve výskytu psychopatologických příznaků. I když náklady spojené s další péčí o naše pacienty byly ve všech položkách skupiny DS nižší než u skupiny KH, nebyl tento rozdíl statisticky významný.

Jedním z hlavních výstupů naší studie je vypracování metodiky ekonomického hodnocení nákladů zdravotní péče tzv. účetním přístupem a její konkrétní využití v praxi. Náš přístup je nutně redukcionistický a aproximativní. Neměli jsme z pochopitelných důvodů k dispozici data o všech zdravotnických zařízeních, které naši pacienti během jednoročního sledování navštívili. Museli jsme proto jednotkové ceny těchto pracovišť odhadnout. Jsme si dále vědomi toho, že ne všechna data, která jsme od spolupracujících zařízení získali, jsou zcela spolehlivá. Na tomto místě bychom však rádi citovali autorku známých zdravotně-ekonomických studií z Velké Británie J. Beecham. V rozhovoru na toto téma nám řekla, že první výpočty tohoto druhu jsou nutně méně přesné, podruhé je to již o něco lepší a po několikanásobném přepočítávání se začínají zjištěná data velmi blížit skutečnosti (J. Beecham, osobní sdělení).

Naše výsledky jsou také omezeny na městskou populaci pacientů a tzv. integrovaný denní stacionář. Zde je možno ale zdůraznit, že obdobné zahraniční studie [20, 21], které byly provedeny na různých vzorcích pacientů v samostatném zařízení denní péče, přinesly velmi podobné výsledky.

Cena 39denní ústavní léčby tvoří 60 % celkových nákladů přibližně jednoroční péče o pacienta s duševní poruchou. Oproti nákladům na léky (30 %) a na další ambulantní lékařské a jiné služby (6 %) je tento poměr vysoký. Důvodem je velká režie – spotřebovaná energie, voda, strava atd. ve srovnání s relativně nízkou cenou lidské pracovní síly. Tyto námi zjištěné vztahy jsou v souladu se strukturou procentuálních výdajů VZP vynaložených na psychiatrickou péči v roce 2001 [24].

V rámci realizace koncepce oboru psychiatrie, která si klade kromě jiného za cíl postupnou restrukturalizaci sítě poskytovaných služeb, se často podsouvají rozhodujícím politickým činitelům líbivá tvrzení o finančních úsporách spojených především s redukcí lůžkového fondu. Podle našeho názoru je však těžko obhajitelná představa, že zkvalitnění péče o pacienty s duševními poruchami, které žádá po našich vládách velmi důrazně i např. Světová zdravotnická organizace [26], povede k ekonomickým úsporám. Duševní poruchy, které v moderních společnostech představují více než jednu pětinu společensko-ekonomických ztrát [12], si jistě zaslouží více pozornosti celé společnosti, včetně ekonomů.

I v naší studii jsme prokázali, že denní péče udržující léčené osoby v kontaktu s domácím prostředím může být stejně kvalitní a efektivní jako péče ústavní. To se ale týká pouze úzké a vybrané skupiny (asi jedné pětiny) pacientů trpících akutní duševní poruchou. Abychom mohli rozšířit tyto služby pro pacienty různých věkových kategorií, širšího diagnostického spektra, s horším sociálním zázemím a závažnější psychopatologií, potřebovali bychom zlepšení technického zázemí, více kvalifikovaného personálu adekvátním způsobem vyškoleného a rozšíření komunitních služeb. To by jistě též zlepšilo naši péči, ale také vedlo k vyšším výdajům.

Graham Thornicroft tvrdí, že současné paradigma poskytování psychiatrické péče se změnilo od deinstitucionalizace k „vybalancování“ péče [22]. Jistě je nutné dále budovat denní stacionáře a další zařízení komunitní psychiatrie, ale ani v budoucnu se neobejdeme bez kvalitní psychiatrické ambulance, nemocničních oddělení a následné rehabilitační péče. Takováto struktura péče o duševní zdraví jistě bude pro naše pacienty humánnější, efektivnější a kvalitnější a bude více zaměřena na primární, sekundární i terciární prevenci duševních poruch tak, jak to po nás žádá medicína 21. století. Vyžádá si více přímých nákladů, které se jistě vrátí v úspoře výdajů nepřímých.

Tento článek vznikl za podpory grantu IGA MZ ČR č. 7515-2.

LITERATURA

1. **Bouček, J.:** Vývoj psychiatrické péče – od stacionární ke komunitní – 1. část. Psychiatrie pro praxi, 2, 2000, s. 51–52.
2. **Bouček, J.:** Vývoj psychiatrické péče – od stacionární ke komunitní – 2. část. Psychiatrie pro praxi, 2, 2002, s. 77–80.
3. **Creed, F., Mbaya, P., Lancashire, S. et al.:** Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomised controlled trial. BMJ, 314, 1997, (7091), pp. 1381–1385.
4. **Dick, P. L., Cameron, L., Cohen, D. et al.:** Day and full time treatment: a controlled comparison., Br. J. Psychiatry, 147, 1985, pp. 246–250.
5. **Hoge, M. A., Davidson, L., Leonard, H. W. et al.:** The promise of partial hospitalisation: a reasesment. Hospital and Community Psychiatry, 43, 1992, pp. 345–354.
6. **Horák, R.:** Které neuroleptikum je nejdražší? Čes. a slov. Psychiat., 96, 2000, pp. 25–29.
7. **Horvitz-Lennon, M., Normand, S. L. T., Gaccione, P. et al.:** 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.
8. **Hosák, L.:** Farmakoekonomika v psychiatrii. Galén, 2000.
9. **Howardová, A., Kitzlerová, E., Půbal, K. et al.:** Ekonomické aspekty denní psychiatrické péče I. Randomizační proces, sociodemografické a klinické charakteristiky. Čes. a slov. Psychiat., 101, 2005, s. 142–147.

10. **Kallert, Th. W.:** Therapeutische Elemente in psychiatrischen Tageskliniken. Vortrag, III. Wissenschaftliche Tagung zur Gemeindepsychiatrie, Berlin, 1998.
11. **Marshall, M., Crowther, R., Almara-Serrano, A. et al.:** Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders, Cochrane Review, Cochrane Library, 3, 2003, Oxford press.
12. **Murray, C. J. L., a Lopez, A. D.:** The global burden of disease, 1996, s. 990.
13. **Newton, P. A.:** An evaluation of the cost effectiveness of day hospitalization for black male schizophrenics. J. Natl. Med. Assoc. 75 (1983), s. 273–285.
14. **Pfeifer, J.:** Koncepce oboru psychiatrie – důvodová zpráva, Česká psychiatrická společnost.
15. **Půbal, K., Raboch, J., Kitzlerová, E.:** Jak měřit náklady psychiatrické péče? Čes. a slov. Psychiat. 6, 2004, s. 356–359.
16. **Priebe, S., Gruyters, T., Heinze, M. et al.:** Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. Psychiat. Prax., 22, 1995, pp. 140–144.
17. **Raboch, J., Howardová, A., Kitzlerová, E. et al.:** Day care in the Czech republic. Abstracts, 20th Danube Symposium of Psychiatry, Bratislava, 2002.
18. **Reker, T.:** Soziotherapie in der tagesklinischen Behandlung. In: Eikelmann B., Reker T., Albers M. [Hrsg.]: Die psychiatrische Tagesklinik. Thieme, Stuttgart New York, 1999, pp. 61–71.
19. **Schene, W. H., van Wijngaarden, B., Poelijoe et al.:** Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. Acta Psychiatr. Scan., 87, 1993, pp. 427–436.
20. **Sledge, W. H., Tebes, J., Rakfeldt, J. et al.:** Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part I: clinical outcomes. Am. J. Psychiatry, 153, 1996, pp. 1065–1073.
21. **Sledge, W. H., Tebes, J., Wolff, N. et al.:** Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part II: Sevice utilization and costs. Am. J. Psychiatry, 153, 1996, pp. 1074–1083.
22. **Thornicroft, G., Tansella, M.:** Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Br. J. of Psychiatry, 185, 2004, s. 283–290.
23. **Vázquez-Barquero, J. L., Garcia, J.:** Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci, 249, 1999, pp. 128–135.
24. Výroční zpráva VZP, 2001, s. 89–90.
25. **Wilkinson, G.:** Day care for patients with psychiatric disorders. BMJ, 288, 1984, pp. 1710–1711.
26. WHO Mental Health. WHO Declaration for Europe. Draft of 2 November 2004, pp. 1–7.

Dodáno redakci: 3. 11. 2005
Po skončení recenzního řízení: 13. 1. 2005

MUDr. Eva Kitzlerová, Ph.D.
Psychiatrická klinika 1. LF UK
Ke Karlovu 11
128 00 Praha 2
e-mail: ekitzlerova@centrum.cz

Referáty z písemnictví

Klement A.: **Bolest hlavy z kontrakce svalů a migréna**
(Spannungskopf-Schmerz und Migräne)
Die Apotheke, 2004, č. 12, s. 8.

Tato samostatná forma bolesti hlavy se vyznačuje tlakovými a tahavými bolestmi, je oboustranná, při pohybech se nezvyšuje. Její intenzita je lehká až střední, tato bolest může být provázena nevolností nebo přecitlivělostí na hluk či světlo, není to ale pravidlem.

U migrény zatěžují ataky bolesti hlavy 4 až 72 hodin, u 72 % pacientů jde o jednostrannou bolest. Ta je spíše klepavá, píchavá či pulzující a má středně silnou intenzitu, bolest se zvyšuje při pohybech jako např. při chůzi do schodů či domácí práci a vynucuje si tělesný klid.

Každý takto trpící pacient by měl konzultovat lékaře v případě, že je bolest hlavy spojena se zrakovými potížemi, závratí, poruchami pocitů či horečkou, nebo kdy má tato nemoc přes podanou terapii tendenci ke zhoršování.

Werner F.: **Schizofreničtí pacienti profitují ze Ziprasidonu**
(Schizofrene Patienten profitieren von Ziprasidon)
Fortschr. Neurol. Psychiat., 72, 2004, č. 12, s. 729.

Toto moderní atypické neuroleptikum zlepšuje u pacientů se schizofrenií či se schizoafektivními poruchami pozitivní a negativní symptomatiku. Lék má celkem příznivý profil nežádoucích vedlejších účinků a zlepšuje subjektivní stav pacienta.

Studie v tomto ohledu u 276 pacientů sledovala účinnost a toleranci tohoto léku v rámci podmínek všedního dne. Všichni pacienti byli až dosud léčeni bez většího efektu, hlavní důvody přechodu na Ziprasidon: 70 % pacientů nesnášelo dosavadní léčbu, u 46 % působila jen nedostatečně a u 45 % došlo k nekontrolovatelnému nárůstu tělesné váhy.

Pacienti dostali v prvních 3 dnech 80 mg nového léku spolu s příjmem potravy, dávka pak byla zvyšována, až bylo dosaženo optimálních hodnot, které činily 120 až 160 mg. Tohoto stavu bylo dosaženo u 64 % pacientů, podle plánu dokončilo studii 113 pacientů. Celková psychopatologická symptomatika se kontinuálně a signifikantně zlepšovala při srovnání s výchozími hodnotami. Celkový dobrý subjektivní stav pacientů byl zároveň motivací i pro jejich lékovou věrnost.

Autor referátů MUDr. Břetislav Fuchs, CSc.