

PRVNÍ VLNA CENTER DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ Z POHLEDU KVANTITATIVNÍ EVALUACE I ZKUŠENOSTI

původní práce

Pavel Říčan^{1,8}
Ondřej Krupčík^{1,2}
Hana Melicharová³
Anna Benýšková³
Juraj Rektor⁴
Ondřej Pěč^{5,6}
Ondřej Plecháček⁷

¹Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha

²Národní ústav duševního zdraví, Klecany

³Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha

⁴Psychosociální centrum Přerov

⁵ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, Praha

⁶Psychiatrická klinika a ÚHSL 1. LF UK v Praze

⁷Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

⁸Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha

Kontaktní adresa:

Mgr. Bc. Ondřej Krupčík
Národní ústav duševního zdraví
Topolová 748
250 67 Klecany
e-mail: ondrej.krupcik@nudz.cz

Projekt MZ Podpora vzniku Center duševního zdraví I, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0004672, je spolufinancovaný Evropskou unií z Evropského sociálního fondu v rámci Operačního programu Zaměstnanost.

SOUHRN

Říčan P, Krupčík O, Melicharová H, Benýšková A, Rektor J, Pěč O, Plecháček O. První vlna center duševního zdraví z pohledu kvantitativní evaluace i zkušenosti

Cíle: Cílem této studie je odpovědět na otázky, které byly stanoveny v rámci interní kvantitativní dopadové evaluace pilotního projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví I. Otázky byly zaměřené na snížení hospitalizačních dnů u zkoumaného vzorku, zlepšení klinických ukazatelů včetně kvality života související se zdravím a bezpečnost.

Metody: Studie je založená na longitudinálním šetření v podobě prospektivní kohortové studie. V rámci pilotního provozu pěti CDZ byla po dobu 18 měsíců sbírána data pomocí klinických nástrojů GAF, HoNOS a AQoL. Dále byla využita data o čerpání hospitalizační psychiatrické péče z Národního registru hrazených zdravotních služeb. Byla provedena statistická analýza. Vedle výsledků kvantitativní evaluace jsou uvedeny tři krátké kazuistiky vývoje a fungování CDZ.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno celkem 441 klientů, kteří během pilotního provozu využili služby CDZ. Příjemci péče tvořili značně heterogenní skupinu. Zastoupení pohlaví bylo v podstatě vyrovnané. Oproti běžné populaci byly více zastoupeny nižší stupně vzdělání. Z hlediska diagnostického asi čtyři pětiny tvořily osoby s diagnózou z kategorie F2. Asi polovina pacientů se léčila déle než 10 let. Zdrojem největší části pacientů, asi dvou čtvrtin, byly psychiatrické ambulance. Podle dat

SUMMARY

Říčan P, Krupčík O, Melicharová H, Benýšková A, Rektor J, Pěč O, Plecháček O. The first wave of Community Mental Health Centres from a quantitative evaluation and providers experience perspectives

Objective: The aim of this study is to answer the questions that were identified in the internal quantitative impact evaluation of the pilot project Support for the Establishment of Community Mental Health Centers I.

Methods: The study is based on a longitudinal research in the form of a prospective cohort study. As part of the pilot project of five CMHC, data were collected for 18 months using the clinical assessment tools GAF, HoNOS and AQoL. Furthermore, data of the use of inpatient psychiatric care from the national health registers were used. Statistical analysis was performed. In addition to the results of the quantitative evaluation, three short case studies of the development and functioning of CMHC are presented.

Results: A total of 441 clients who used CMHC services during the pilot project were included in the study. Recipients of care formed a highly heterogeneous group. Gender representation was essentially balanced. Compared to the general population, lower levels of education were more represented. From a diagnostic point of view, about four-fifths were people with a diagnosis of category F2. About half of the patients were treated for more than 10 years. The source of the largest part of patients, about two quarters, were psychiatric clinics. According to data from the national health registers, patients had a 70% reduction in the number of days

z Národního registru hrazených zdravotních služeb došlo u pacientů ke snížení počtu hospitalizačních dnů po vstupu do CDZ o 70 %. U skupiny pacientů, kteří služby CDZ využívali po dobu 12 měsíců, bylo zjištěno signifikantní zlepšení v doménách fungování, symptomů a kvality života související se zdravím. Služby CDZ jsou podle výsledků bezpečné pro veřejnost i jejich uživatele.

Diskuse: Díky evaluaci projektů CDZ disponujeme prvními informacemi o dopadu tohoto nového typu služby. Za přesvědčivé lze označit pozitivní změny u příjemců péče, slibné se zdá zjištěné snížení počtu hospitalizačních dnů po zahájení spolupráce. Tato zjištění zároveň bude vhodné ověřit na větším množství dat a za využití sofistikovanějších výzkumných designů. Otázka, zda zavedení CDZ do systému péče přinese ekonomické úspory, zůstává otevřená. V tomto případě je třeba sledovat více druhů nákladů, nejen přímé zdravotní výdaje.

Klíčová slova: centrum duševního zdraví, komunitní služby, závažné duševní onemocnění, reforma péče o duševní zdraví, kvantitativní evaluace.

inpatient care after entering the CMHC. In the group of patients who used CMHC services for 12 months, there was a significant improvement in the domain of functioning, symptoms and health-related quality of life. According to the results, CMHC services are safe for the public and their users.

Discussion: Thanks to the evaluation of CMHC projects, we have the first information about the impact of this new type of service. The positive changes in the recipients of care can be described as convincing, the observed reduction in the number of hospitalization days after the start of cooperation seems promising. At the same time, it will be appropriate to verify these findings on a larger amount of data and using more sophisticated research designs. The question of whether the introduction of CMHC into the care system will bring economic savings remains open. In this case, it is necessary to monitor more types of costs, not just direct medical expenses.

Key words: mental health center, community services, serious mental illness, mental health care reform, quantitative evaluation.

ÚVOD

Vznik Center duševního zdraví (CDZ) se stal jedním z hlavních cílů reformního úsilí v oblasti péče o duševní zdraví v České republice. První centra podpořená z projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví I. začala fungovat v červenci 2018. Centra duševního zdraví byla poprvé koncipována ve Strategii reformy psychiatrické péče schválené v roce 2013. Jedná se o koncept multidisciplinárního terénního týmu. Podobné týmy fungují v zahraničí pod různými názvy a v různých modelech a jsou zakládány s ambicí přesunout těžiště péče z nemocnic do komunity. Historicky prvním modelem se stala Asertivní komunitní léčba na konci sedmdesátých let devatenáctého století v USA.¹ Na formování konceptu CDZ v České republice měly vliv především systém péče v italském Triestu a holandský model FACT.² Standard CDZ byl vytvořen na základě zahraničních i tuzemských zkušeností v roce 2015 a aktualizován v roce 2021.³ Od Center duševního zdraví se očekává, že zásadním způsobem doplní systém péče o duševní zdraví. Malý průvodce Centry duševního zdraví⁴ uvádí tyto cíle služby: a) podpora klienta/pacienta na jeho cestě zotavení, b) prevence hospitalizací či jejich zkracování, c) včasná diagnostika onemocnění a rychlé započetí léčby, d) podpora ve (znovu) zapojení osob v dlouhodobé hospitalizaci do běžné komunity.

Vzhledem k značnému očekávání vůči novému typu služby bylo potřeba najít shodu významných stakeholderů a sledovat parametry, které přinesou přesvědčivé argumenty pro plátce péče – tedy zdravotní pojišťovny a Ministerstvo práce a sociálních věcí, respektive krajské reprezentace. Cílem této studie je shrnout výsledky interní kvantitativní dopadové evaluace, kterou realizovali evaluátoři projektů Podpora vzniku Center duševního zdraví I a Podpora vzniku Center duševního zdraví II spolu s pracovníky Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Vedle výsledků kvantitativní evaluace uvádíme tři krátké kazuistiky vývoje a fungování CDZ.

METODY

Design studie

Evaluace je založená na metodě prospektivní kohortové studie, přičemž kohorta je definovaná vstupem do CDZ během 18 měsíců pilotního provozu. Celkem byly stanoveny čtyři klíčové oblasti pro vyhodnocení efektivity CDZ a pro každou z nich byla přiřazena evaluační otázka:

Otázka 1: Vede poskytování služeb CDZ k poklesu počtu hospitalizačních dnů u klientů/pacientů CDZ?

Otázka 2: Podpoří CDZ kvalitu života klientů/pacientů?

Otázka 3: Přispějí služby CDZ k bezpečí klientů i veřejnosti?

Otázka 4: Zlepší se návaznost služeb pro osoby se SMI (závažným duševním onemocněním)?

První tři otázky byly testovány na datech o příjemcích péče. Čtvrtá otázka vyžaduje data také z jiných zdrojů, než je interní evidence jednotlivých CDZ, a bude testována společně s druhou vlnou CDZ.

Pro lepší ilustraci vzniku, vývoje, problematiky a stavu CDZ první vlny jsme se rozhodli uvést malé kazuistiky u tří CDZ (CDZ Praha 8, CDZ Přerov a CDZ ESET). Cílem těchto ilustrací je přinést vzhled do vývoje a fungování CDZ.

Participanti a sběr dat

Studie založená na kvantitativních datech se vztahuje k projektu CDZ I a týká se těchto Center duševního zdraví: CDZ Havlíčkův Brod, CDZ Praha 9, CDZ Praha 10, CDZ Přerov, CDZ Brno. Tři CDZ začala poskytovat služby v červenci 2018, jedno v srpnu 2018 a poslední CDZ se přidalo v září téhož roku. Doba realizace pilotního provozu trvala 18 měsíců.

Jednotlivá CDZ prováděla na základě předem stanovené metodiky měření u klientů při vstupu do služby, dále vždy po 6 měsících a při ukončení služby. Pokyny pro sběr dat v CDZ byly vydány v Manuálu evaluace CDZ.⁵

CDZ mohla data vkládat do svých databázových programů, nebo je zapisovat do xls tabulky připravené programátory z ÚZIS. Informace o klientech musely být následně převedeny do signálních kódů, které poté měly být formou K-dávek zasílány zdravotním pojišťovám. Odtud se měla data dostat do Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRZHS). Přenos dat z databázi poskytovatelů CDZ fungoval problematicky a údaje, které se dostaly do NRZHS, byly v rámci předběžných analýz vyhodnoceny jako fragmentované a omezeně validní. Z těchto důvodů došlo k dohodě s jednotlivými CDZ, která poskytla data o klientech zasláním xls souborů zabezpečenou cestou přímo na ÚZIS. Tím došlo k získání datového souboru o 441 klientech CDZ.

Do cílové skupiny CDZ byly v rámci pilotních projektů řazeny následující kategorie osob:

1) klienti/pacienti se závažným duševním onemocněním (SMI – severe mental illness), kam patří a) diagnostické okruhy (F2, F3, eventuálně F42 a F6); b) trvání onemocnění (déle než 2 roky); c) funkční narušení (skóre GAF \leq 70, přičemž GAF je klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně fungování) a dále 2) osoby s potřebou včasné intervence, tzn. osoby s rizikem rozvoje SMI.

Nástroje

Pro sběr dat byly v rámci projektu „Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb“ vybrány tři standardizované nástroje, konkrétně GAF, HoNOS, AQoL, které níže specifikujeme. Plné znění dotazníků lze nalézt v Manuálu evaluace CDZ.⁵ Vedle toho byly definovány další sociodemografické a klinicky relevantní údaje

potřebné pro získání informací o příjemcích péče CDZ (invalidita, příspěvek na péči, situace bydlení, situace v pracovní oblasti, historie psychiatrické léčby, sebevražedné pokusy, vztah k psychiatrické medikaci aj.).

Pro zajištění inter-rater reliability při používání škál pracovníky CDZ byla zorganizována série školení pro práci se všemi uvedenými nástroji, a to ještě před spuštěním provozu CDZ v červenci 2018.

Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)

Dotazník HoNOS⁶ byl vyvinut v roce 1993 k měření zdraví a sociálního fungování lidí s vážným duševním onemocněním. Do českého jazyka a prostředí byl nástroj adaptován skupinou odborníků z Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví.⁷ Škála se používá jak ve výzkumu a v klinické praxi, tak v sociálních službách. Obsahuje 12 otázek, které po sečtení tvoří celkové skóre. Čím nižší je výsledné skóre, tím lepší je situace klienta/pacienta. Nástroj je vhodný jak pro posuzování zdravotního stavu pacientů v rutinní praxi služeb péče o duševní zdraví, tak pro sledování výsledků léčby. Je zaměřen na hodnocení symptomů i sociálních funkcí. Pro účely evaluace CDZ byla vybrána verze HoNOS pro externí hodnotitele.

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Škála globálního fungování⁸ je využívána k měření celkového fungování klientů služeb. Mezi sledované oblasti patří závažnost symptomů, pozorovatelné chování, obtíže při vykonávání sociálních rolí či při provádění každodenních činností. Na tyto indikátory se nahlíží souhrnně a zanášejí se na 100bodovou škálu, přičemž platí, že čím lepší celkové fungování, tím vyšší skóre na GAF škále. Pro evaluaci v CDZ byla využita verze mGAF,⁹ která umožňuje určovat skóre s přesností na jednotky.

The Assessment of Quality of Life (AQoL)

Dotazník AQoL¹⁰ slouží k měření kvality života související se zdravím. Byl vyvinut za účelem využití v ekonomických analýzách (*cost utility analysis*, analýzy užitečnosti nákladů). AQoL-8D obsahuje celkem 35 otázek rozdělených do osmi dimenzí. Pokud klient není schopen vyplnit 35 otázek, je možné nabídnout vyplnění zkrácené verze AQoL-6D, která obsahuje 20 otázek. Tím však klient přichází o možnost sledovat posun ve dvou dimenzích kvality života související se zdravím (konkrétně vnímání vlastní hodnoty a štěstí).

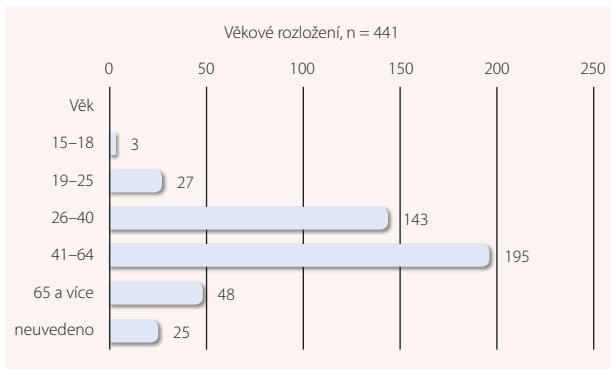
Dotazník AQoL vyplňují klienti/pacienti sami (dotazník je *self-reported*) a může se stát, že vyplnění odmítnou. Tuto skutečnost je nutné respektovat. Pracovník služby by měl být klientovi při vyplňování k dispozici pro zodpovězení dotazů a případnému upřesnění otázek.

Analýza dat

Pro jednotlivé evaluační otázky byly zvoleny odlišné analytické postupy.

Změny v hospitalizačních dnech (Otázka 1) byly vypočteny z dat Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRZHS).

Pro odpověď na Otázku 2 (změny v kvalitě života) jsme pracovali s vícerozměrným konceptem kvality života,

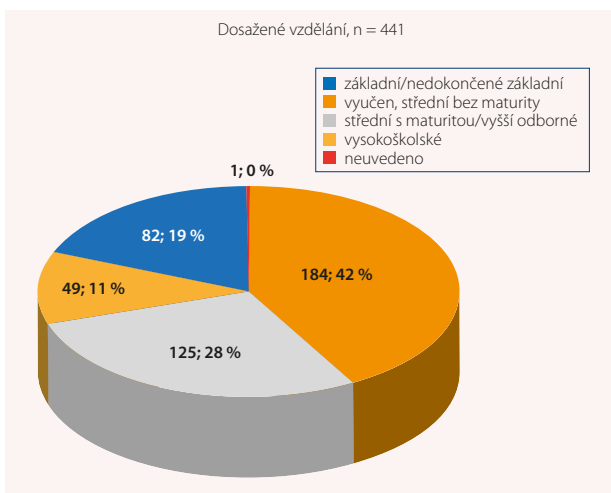


Graf 1

do kterého jsme zahrnuli sledování pracovní situace, situace bydlení a dále škály GAF, HoNOS a AQoL. Pro analýzu jsme zvolili dva přístupy: 1) podrobně analyzujeme změny u skupiny osob, které ve sledovaném období 18 měsíců ukončily spolupráci (n = 108), nicméně v některých parametrech nejsou dostupná všechna měření a velikost vzorku je menší; 2) zabýváme se změnami u příjemců péče CDZ po 6 měsících v péči CDZ, po 12 měsících v CDZ a po 18 měsících v CDZ.

Bezpečnost služeb CDZ (Otázka 3) byla zjišťována na základě několika datových zdrojů. Vyhodnoceny byly dvě položky nástroje HoNOS, které sledují míru auto-agrese a heteroagrese v opakovaných měřeních u 379 osob. Dále se jednalo o výskyt pokusů o sebevraždu v celém výzkumném souboru za celou dobu 18 měsíců pilotního projektu a rovněž byly v Informačním systému List o prohlídce zemřelého dohledány příčiny úmrtí u 4 osob, které zemřely.

Statistickou analýzu provedli pracovníci ÚZIS. Byly využity základní nástroje deskriptivní statistiky, k výpočtu statistické významnosti byl zvolen McNemarův test a Wilcoxonův párový test.



Graf 2

VÝSLEDKY

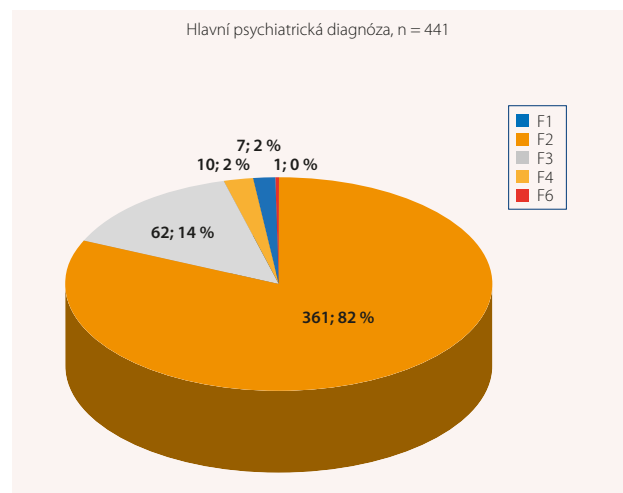
Popisné charakteristiky vzorku

Do studie bylo zařazeno celkem 441 účastníků, kteří během 18 měsíců v nějakém rozsahu využili služby pěti hodnocených CDZ. V této části textu se zaměřujeme na deskripci jejich charakteristik v okamžiku vstupu do služby CDZ. Nerozlišujeme přitom, kdy přesně do služby vstoupili, jak dlouho ji čerpali aj.

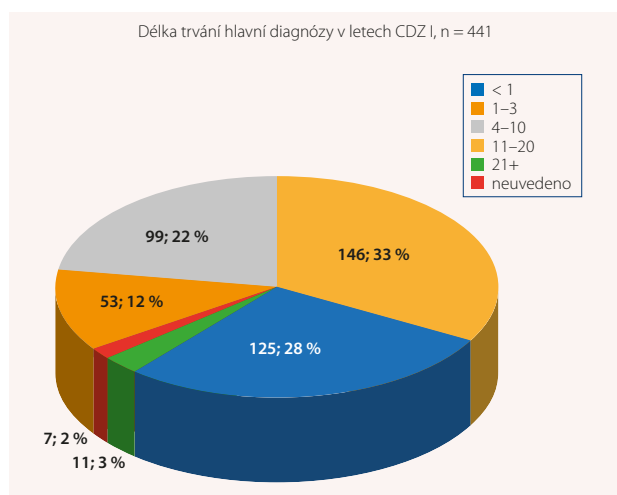
Příjemci služeb CDZ I tvoří heterogenní skupinu. Mírně více je mužů (52 %) nežli žen (48 %). Věkové rozložení je znázorněno v grafu 1. Z hlediska dosaženého vzdělání (graf 2) je vzorek oproti běžné populaci¹¹ posunut – zahrnuje poměrně více osob se základním vzděláním (19 % vs. 14 %) a středním bez vyučení (42 % vs. 33 %) a naopak poměrně méně osob se středním vzděláním (28 % vs. 34 %) a s vysokoškolským vzděláním (11 % vs. 19 %). Tato skutečnost pravděpodobně souvisí s propuknutím obtíží, které řadě lidí s duševním onemocněním komplikuje dokončení formálního vzdělání.

Z hlediska diagnostického (graf 3) převládají v CDZ I osoby s diagnózou z kategorie F2 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (82 %). Další významnou diagnostickou skupinou jsou osoby s afektivní poruchou (14 %), jiné diagnostické skupiny – neurotické poruchy a poruchy osobnosti, jsou zastoupeny vyloženě okrajově.

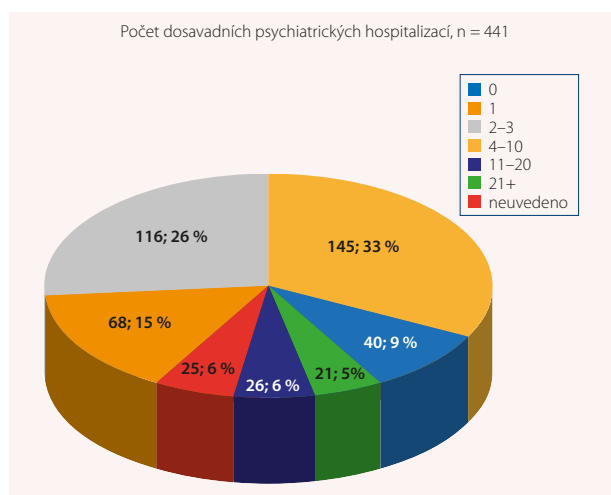
Pokud se podíváme na délku psychiatrické léčby (graf 4), je zřejmé, že dominují osoby, které se léčí déle než 10 let, těch je 51 %. Téměř čtvrtinu tvoří lidé, kteří se léčí 4–10 let (22 %). Je ale důležité, že mezi příjemci péče jsou podstatně zastoupeni také ti, kteří se léčí maximálně 3 roky (14 %). To je totiž skupina, pro niž je relevantní přístup známý jako časná intervence (early intervention). S délkou léčby koresponduje i počet dosavadních psychiatrických hospitalizací (graf 5). Celkem 6 % příjemců nebylo před vstupem do CDZ hospitalizováno ani jednou a 15 % právě jednou. To je přibližně pětina (21 %) osob, které nelze označit za pacienty s chronickým průběhem onemocnění.



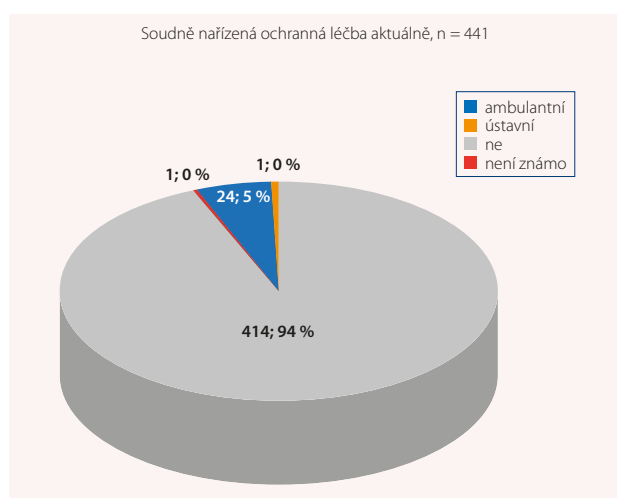
Graf 3



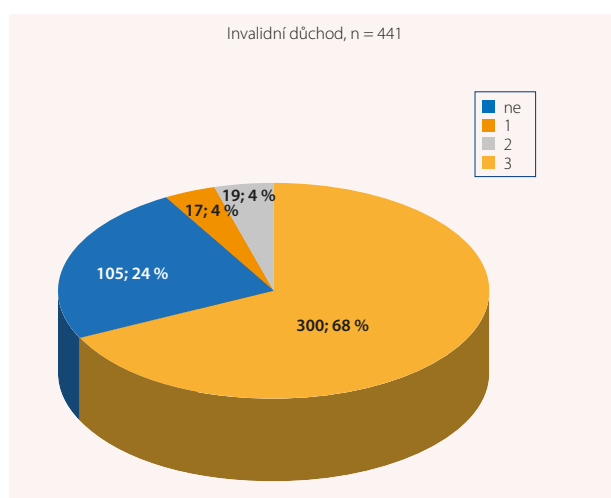
Graf 4



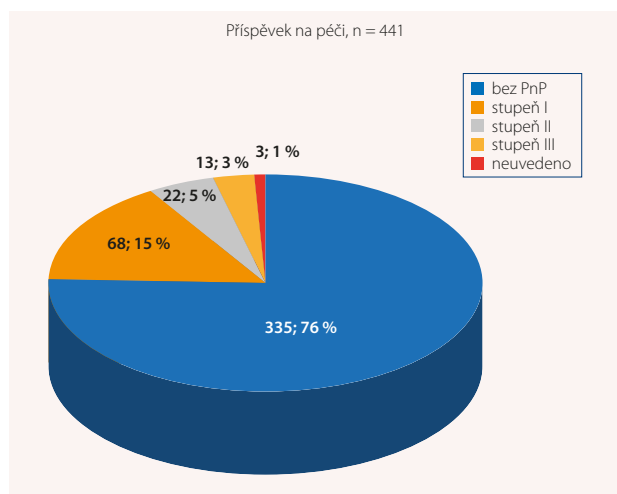
Graf 5



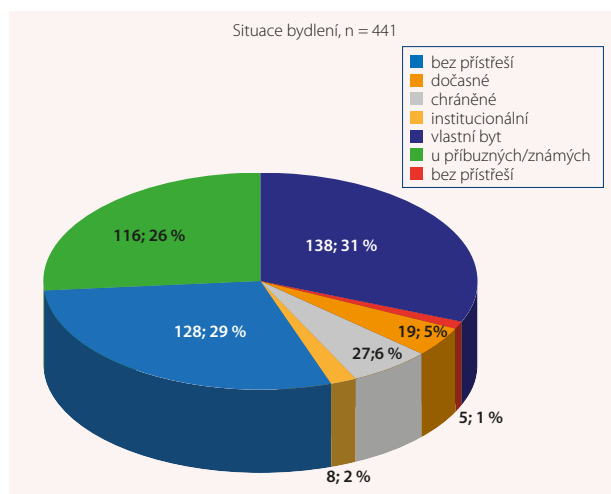
Graf 6



Graf 7



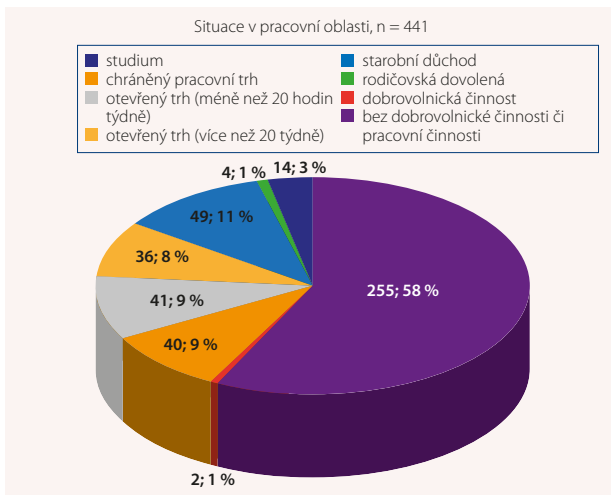
Graf 8



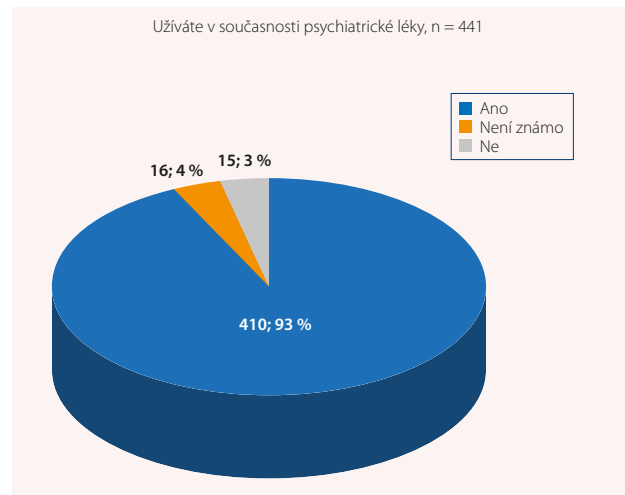
Graf 9

Soudně nařízenou ambulantní ochrannou léčbu má 5 % vzorku (graf 6). Omezena svéprávnost je u 16 % příjemců služeb CDZ. Z hlediska sociálního zabezpečení (graf 7) se jedná ze tří čtvrtin o osoby s uznanou invaliditou, v 68 %

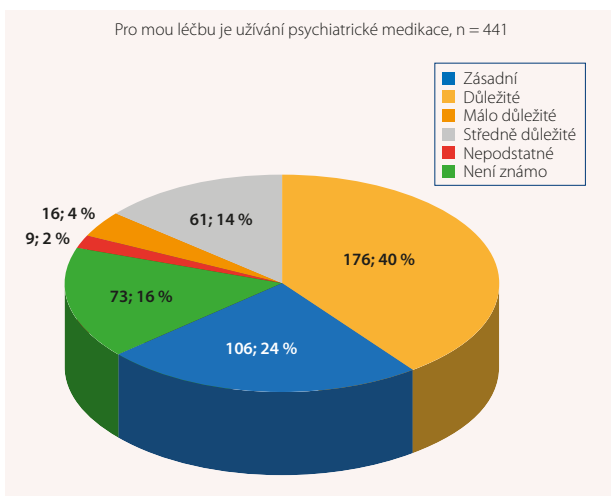
se jedná o invaliditu 3. stupně. S tím kontrastuje příspěvek na péči (graf 8), který pobírá pouze čtvrtina osob. Pokud už je nějaký příspěvek přiznán, je to v největší míře ve Stupni I. (15 %). Tato skutečnost není nijak překvapivá.



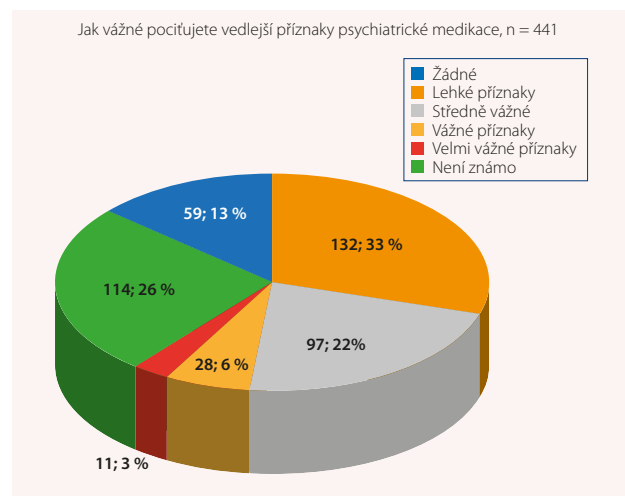
Graf 10



Graf 11



Graf 12



Graf 13

Spíše potvrzuje, že příspěvek na péči je koncipován podle míry fyzické soběstačnosti.

Pokud se týká situace v oblasti bydlení (graf 9), dělí se příjemci péče CDZ do tří zhruba stejně velkých skupin podle toho, jestli bydlí ve vlastním bytě (31 %), v pronájmu (29 %), nebo u příbuzných či známých (26 %). Ostatní situace v oblasti bydlení (chráněné 6 %, dočasné 5 %, institucionální 2 % a bez přístřeší 1 %) jsou méně časté. Nadpoloviční většina příjemců péče (58 %) nepracuje ani nevykonává dobrovolnickou činnost. Celkem 17 % pracuje na otevřeném trhu práce a 9 % na chráněném pracovním trhu, 14 % studuje a 11 % je ve starobním důchodu (graf 10).

Psychofarmaka užívá 93 % příjemců péče CDZ I (graf 11), přičemž 74 % příjemců péče to považuje za důležitou až zásadní součást jejich léčby (středně důležité 14 %, důležité 40 %, zásadní 24 %) viz graf 12. Přibližně třetina zároveň uvádí vážné vedlejší příznaky této medikace (středně vážné příznaky 22 %, vážné příznaky 6 %, velmi vážné příznaky 3 %) (graf 13).

Charakteristiky příjemců péče dle použitých škál ukazuje tab. 1. Množství respondentů – n – udává, u kolika osob se podařilo získat hodnoty daného hodnocení.

Rozdíl mezi skóry AQoL 8D a 6D je daný tím, že oblast Štěstí a Vlastní hodnota jsou příjemci péče hodnoceny

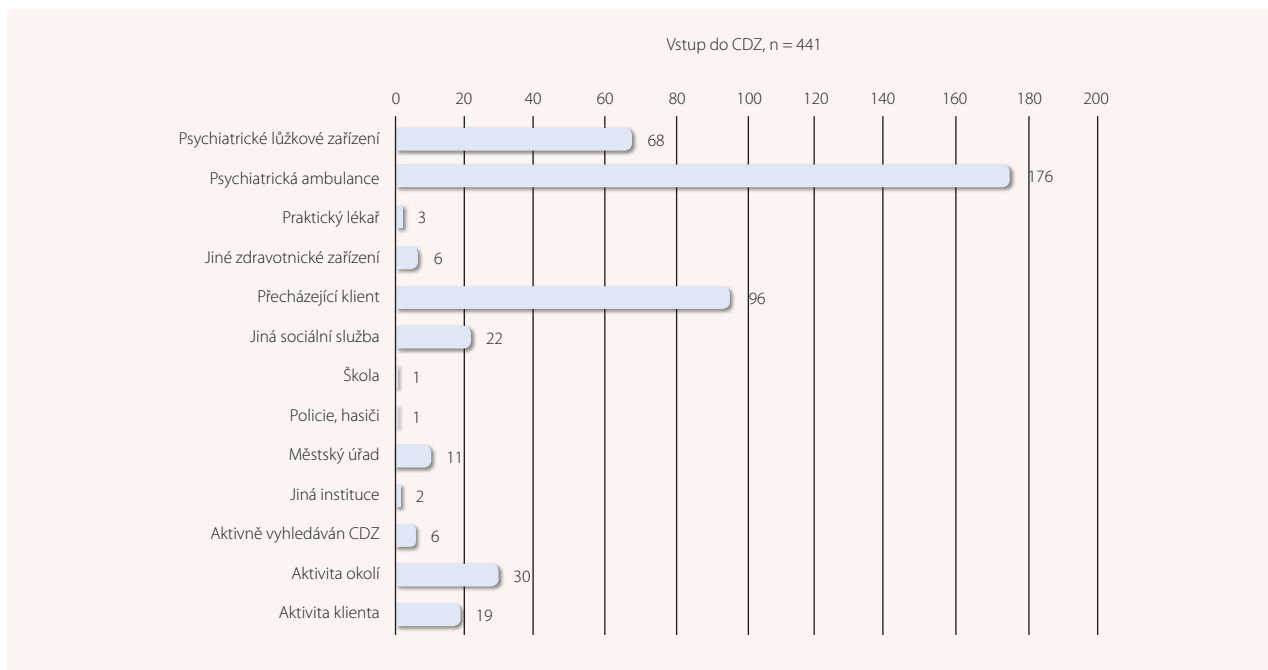
Tab. 1. Charakteristiky příjemců péče dle použitých škál

Nástroj	n	průměr	medián	minimum	maximum
GAF	405	47,6	47	20	78
HoNOS	379	11,8	12	0	30
HoNOS 10	389	10,5	10	0	29
AQoL 8D	279	62,7	63,4	19,7	100
AQoL 6D	61	68,0	65,0	40,0	98,8

relativně nízko (štěstí 52,1, vlastní hodnota 58,8, přičemž oblast štěstí je příjemci hodnocena vůbec nejnižší). Při přepočtu skóre AQoL na společných 6 dimenzích (6D) dostáváme průměrné skóre 65,6 (medián 66,3, minimum 27,5, maximum 100).

CDZ v síti služeb

Pozornost si zaslouží pohled na to, odkud se do CDZ klienti/pacienti dostávají a kam z něj odcházejí. Je nutné podotknout, že CDZ ve fázi startu začínala s různě velkou základnou klientů/pacientů, kteří již dříve čerpali část služeb (zdravotní nebo sociální nebo v určité míře obě části). Vyskytly se také určité nepravidelnosti. Jedno ze



Graf 14

sledovaných CDZ uvedlo, že všichni jeho klienti/pacienti (více než 100 osob) byli doporučeni z psychiatrické ambulance. Jiné CDZ zase s žádným svým klientem během 18 měsíců neukončilo péči. Statistiku tedy je nutné brát spíše jako orientační a je možné, že až budou k dispozici data z dalších CDZ, tento obraz se změní.

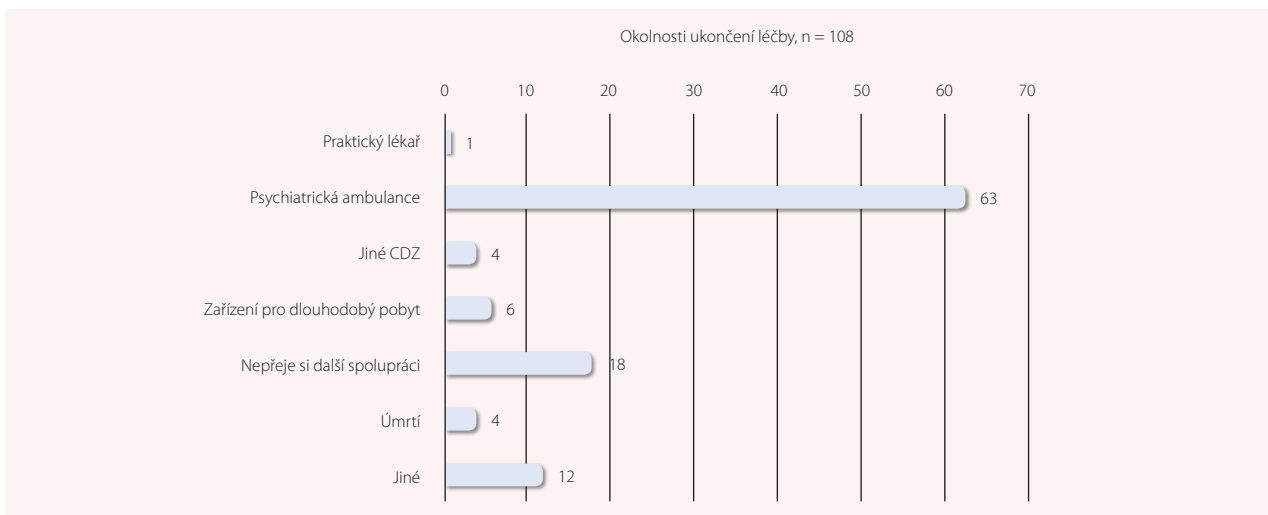
Na vstupu do CDZ (graf 14) dominovaly tři hlavní zdroje: psychiatrické ambulance (40 %), přecházející klient (22 %) a psychiatrické lůžkové zařízení (15 %). V případě ukončení služby (graf 15) jsou zřejmě hlavním partnerem CDZ psychiatrické ambulance (58 %). Část klientů (17 %) odchází a nepřeje si další spolupráci.

Vyhodnocení evaluačních otázek

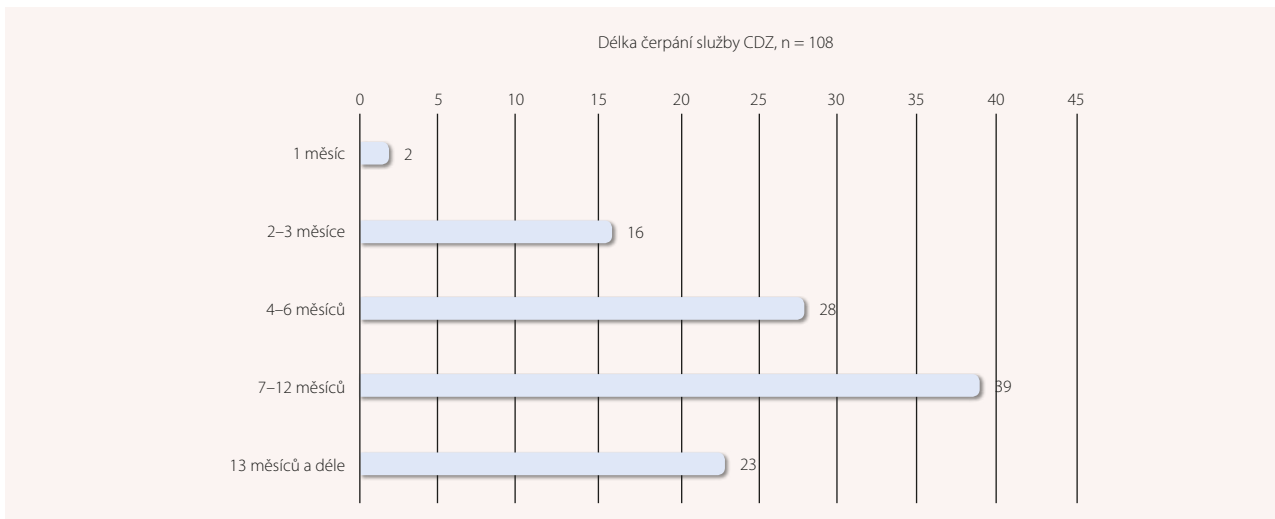
Otázka 1: Vede poskytování služeb CDZ k poklesu počtu hospitalizačních dnů u klientů/pacientů CDZ?

U příjemců péče CDZ I realizoval ÚZIS porovnání počtu hospitalizačních dnů před vstupem a po vstupu do služby CDZ.¹²

Hodnocená období byla 6 měsíců před vstupem a 6 měsíců po vstupu. V tomto porovnání je zřejmý pokles hospitalizačních dnů o 70 % u pacientů CDZ (9 442 dnů před vstupem vs. 2 869 dnů po vstupu). Snížení hospitalizací je patrné, i když porovnáme počty hospitalizačních dnů v období 12–6 měsíců před vstupem do CDZ a 6 měsíců po vstupu do CDZ (6 471 dnů 12–6 měsíců před vstupem a 2 869 dnů 6 měsíců po vstupu do CDZ). V tomto případě se jedná o pokles o 56 %.



Graf 15



Graf 16

Tab. 2. Náklady na 18 měsíců CDZ v pilotním období očištěné od investic

Náklady v projektovém období	18 měsíců	6 měsíců
Sociální část	27 353 743 Kč	9 117 914 Kč
Zdravotní část	39 014 448 Kč	13 004 816 Kč

Náklady na hospitalizační den v roce 2018 lze vyčíslit částkou 1 504 Kč.¹³ Snížení hospitalizačních dnů v prvních 6 měsících péče CDZ tak mohlo vytvořit potenciální úsporu pro zdravotnický systém 9 885 792 Kč (rozdíl počtu hospitalizačních dnů vynásobený náklady na jeden hospitalizační den). Náklady na 18 měsíců CDZ v pilotním období očištěné od investic jsou uvedeny v tab. 2 (dle informací Projektového týmu CDZ I).

Otázka 2: Podpoří CDZ kvalitu života klientů/pacientů?

Osoby, které ukončily péči CDZ

Nejprve uvádíme informace o délce čerpání služby (graf 16) CDZ u 108 klientů, kterým se budeme dále věnovat. Z grafu patrné, že 43 % těchto osob čerpalo služby CDZ méně než 6 měsíců. Větší část (57 %) potom využívala služby CDZ déle. Příjemci péče, kteří ukončili službu, vykazují řadu zlepšení ve více parametrech (tab. 3).

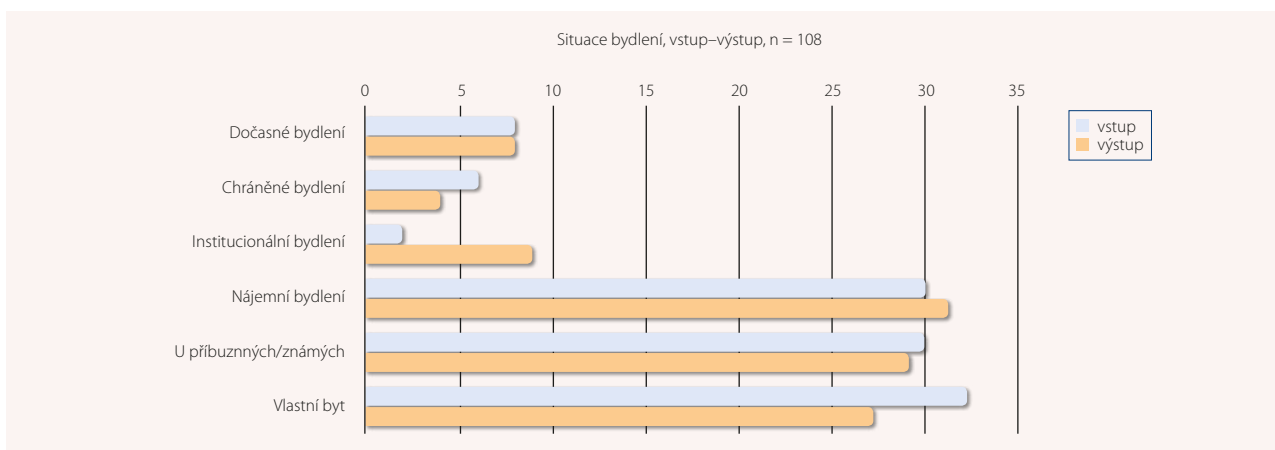
Nástroj AQoL jako celek neukázal statisticky významné rozdíly. V některých dimenzích je přítomné zlepšení (tab. 4).

Situace bydlení se u příjemců péče CDZ (graf 17) na vstupu a na výstupu zásadně nezměnila. Statisticky

Tab. 3. Příjemci péče, kteří ukončili službu, vykazují zlepšení ve více parametrech

	VSTUP					VÝSTUP					p Vstup–Výstup
	N	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Průměr	Medián	Minimum	Maximum		
GAF	103	49,8	50	20	78	62,4	64	33	90	0,001	
HoNOS	89	10,8	11	2	20	7,6	6	0	23	0,008	

Pozn.: Pro výpočet byl použit Wilcoxonův párový test, signifikantní rozdíly tučně.



Graf 17

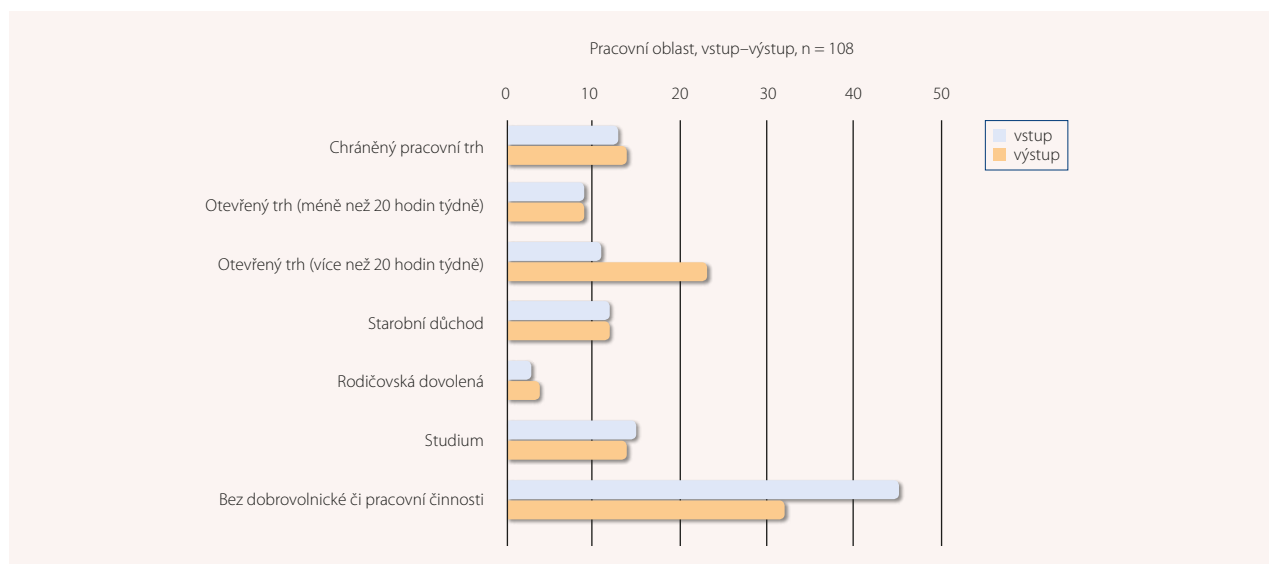
Tab. 4. V některých dimenzích je přítomné zlepšení

Dimenze	n	VSTUP				VÝSTUP				p Vstup–Výstup
		Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	
AQoL 8D										
Štěstí	37	52,6	56,3	0,0	100,0	59,4	56,3	0,0	100,0	0,045
AQoL 6D + 8D										
Samostatné bydlení	51	65,0	66,7	16,7	100,0	70,7	72,2	11,1	100,0	0,034
Vztahy	51	60,5	60,0	10,0	100,0	67,4	70,0	10,0	100,0	0,045

Pozn.: Pro výpočet byl použit Wilcoxonův párový test, signifikantní rozdíly tučně.

významně ovšem přibylo klientů/pacientů, kteří v době ukončení byli v institucionálním bydlení, ze 2 na 9 osob (např. domov se zvláštním režimem). Situace v pracovní oblasti se u příjemců péče CDZ (graf 18) změnila

statisticky významně. Jejich nezaměstnanost klesla ze 42 % na 30 % a zdvojnásobilo se procento (z 10 % na 21 %) uplatnění na otevřeném pracovním trhu (více než 20 hodin týdně).



Graf 18

Změny po 6 měsících péče v CDZ

Nejméně 6 měsíců čerpalo služby CDZ 344 osob. Jak je vidět z tab. 5, statisticky významné změny zachytila škála HoNOS a okrajově také AQoL.

Změny po 12 měsících péče v CDZ

Změny u osob, které čerpaly podporu CDZ nejméně 12 měsíců, jsou významné u všech použitých škál

(tab. 6). Vzorek, ze kterého vycházíme, se zmenšil (n = 217).

Změny po 18 měsících péče v CDZ

Osob, u nichž máme kromě vstupního zjišťování k dispozici další tři měření (tab. 7), je již méně (n = 119). Jedná se o osoby, které čerpaly služby CDZ po celou dobu projektu. Jejich situaci je možné označit jako stabilní. Na škálách

Tab. 5. Statisticky významné změny zachytila škála HoNOS a okrajově také AQoL

6 měsíců v CDZ	n	Vstup		Průběh 1		p Vstup–Průběh 1
n = 344		Průměr	Medián	Průměr	Medián	
GAF	287	47,3	46,0	48,2	47,0	0,052
HoNOS	270	12,4	12,0	11,6	11,0	0,001
AQoL 6D + 8D	249	64,6	66,3	65,3	66,3	0,207
AQoL 6D + 8D – bolest	249	58,4	54,5	60,8	63,6	0,008

Pozn.: Pro výpočet byl použit Wilcoxonův párový test, signifikantní rozdíly tučně.

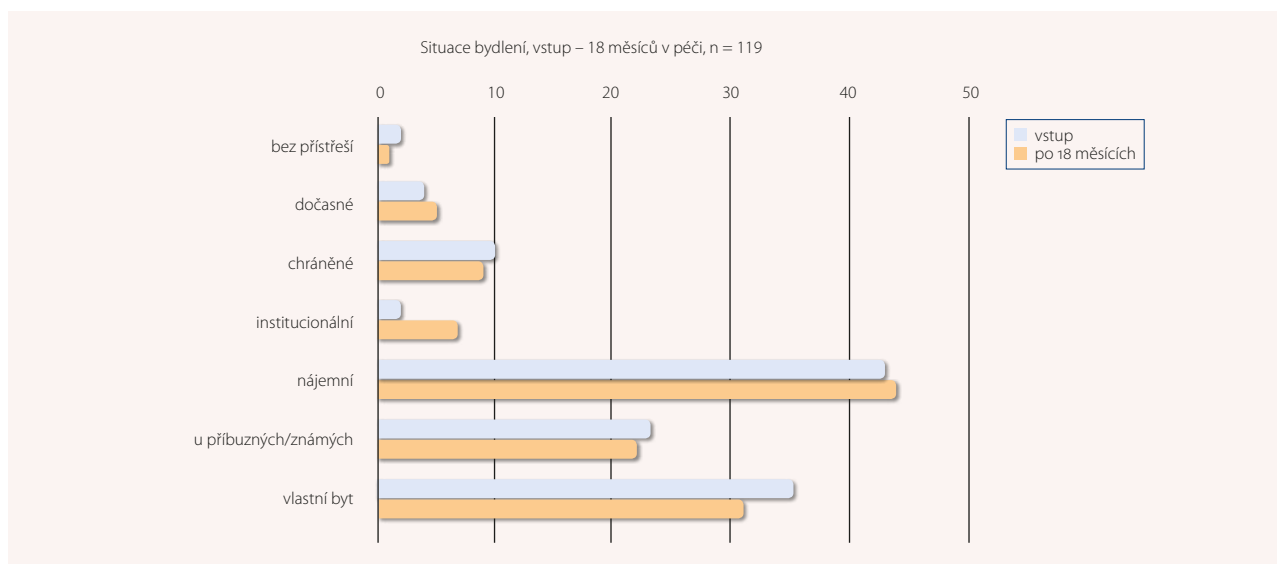
Tab. 6. Změny u osob, které čerpaly podporu CDZ nejméně 12 měsíců, jsou významné u všech použitých škál

12 měsíců v CDZ		Vstup		Průběh 1		Průběh 2		p	p
n = 217	n	Průměr	Medián	Průměr	Medián	Průměr	Medián	Vstup–Průběh 1	Vstup–Průběh 2
GAF	187	46,1	45,0	46,1	45,0	47,9	45,0	1,000	0,026
HoNOS	159	12,6	12,0	11,8	12,0	11,3	11,0	0,007	0,001
AQoL 6D + 8D	126	62,4	63,8	63,1	63,8	64,3	63,8	0,375	0,037

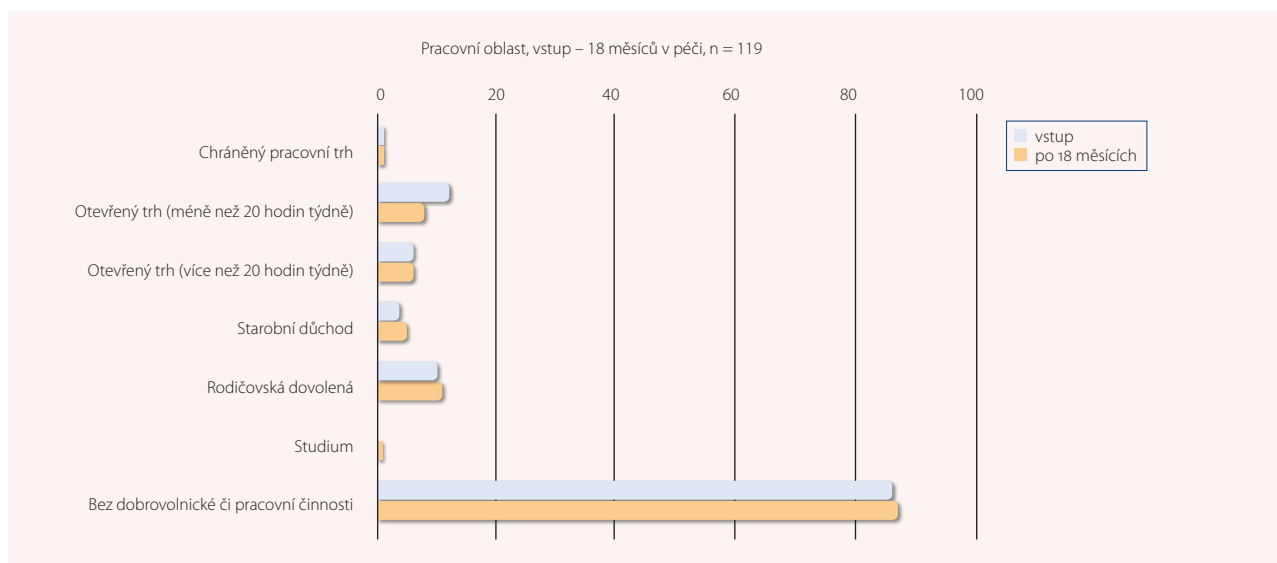
Pozn.: Pro výpočet byl použit Wilcoxonův párový test, signifikantní rozdílly tučně.

Tab. 7. Osoby, které čerpaly služby CDZ po celou dobu projektu (18 měsíců)

18 měsíců v CDZ		Vstup		Průběh 1		Průběh 2		Průběh 3		p	p	p
n = 119	n	Průměr	Medián	Průměr	Medián	Průměr	Medián	Průměr	Medián	Vstup–Průběh 1	Vstup–Průběh 2	Vstup–Průběh 3
GAF	101	46,4	45,0	45,3	45,0	47,1	45,0	48,5	47,0	0,165	0,566	0,070
HoNOS	88	11,7	12,0	11,4	11,0	10,9	10,5	11,4	11,0	0,369	0,101	0,284
AQoL 6D + 8D	55	62,9	65,0	61,3	63,8	63,0	63,8	63,2	64,4	0,452	0,596	0,747
AQoL 8D – štěstí	55	48,1	50,0	46,4	50,0	49,1	50,0	53,3	56,3	0,563	0,624	0,010



Graf 19



Graf 20

GAF a HoNOS nevidíme statisticky významné změny. Nástroj AQoL ukazuje pouze na statisticky významné zlepšení v dimenzi štěstí při srovnání vstupního hodnocení a hodnocení po 18 měsících.

U skupiny se nezlepšuje situace s bydlením, resp. mírně roste procento osob v institucionálním bydlení (graf 19). Situace v pracovní oblasti zůstává u této skupiny v celkových číslech konstantní. Postavení příjemců péče na trhu práce se nezlepšuje, ale ani nezhoršuje (graf 20).

Otázka 3: Přispějí služby CDZ k bezpečí klientů i veřejnosti?

Z celého souboru 441 příjemců péče během 18 měsíců zemřely 4 osoby. V žádném z těchto případů se nejednalo o suicidium. Ve sledovaném období došlo pouze ke dvěma sebevražedným pokusům.

Dále jsou k dispozici výsledky škálování u 379 osob (u opakovaných měření se n snižuje) podle HoNOS, který se zaměřuje na hodnocení období posledních 14 dnů. Pro téma bezpečí jsou relevantní tyto položky:

1. Hyperaktivní, agresivní, rušivé nebo agitované chování

Hodnota průměru této položky na začátku měření ($n = 379$) je 0,5 a v čase se významně nemění. Jednotlivé položky na škále HoNOS mohou nabývat hodnot 0–4, kde 0 značí „žádný problém“ a 4 znamená „nejméně jeden případ vážného fyzického napadení lidí nebo zvířat; ničení majetku (např. zakládání požárů); vážné hrozby nebo obscénní chování“. Hodnota 4 se za období 18 měsíců projektu vůbec neobjevila.

2. Úmyslné sebepoškození

Hodnota průměru na začátku měření ($n = 379$) je 0,3 a u klientů, kde máme k dispozici i další dvě ($n = 159$) nebo i tři měření ($n = 63$), se průměr snižuje až na 0,1.

Hodnota 4, tedy „vážný sebevražedný pokus nebo vážné úmyslné sebepoškození během hodnoceného období“, se za 18 měsíců projektu vůbec neobjevila.

Minikazuistiky CDZ

Na tomto místě prezentujeme základní informace o třech CDZ z tzv. „první vlny“. Liší se genezí vzniku i podmínkami poskytování služeb. Níže pak krátce popíšeme různé formy vzniku CDZ a jejich lokalizaci.

CDZ ESET

CDZ ESET sídlí ve Strašnicích na Praze 10 a vzniklo v červenci 2018 na základě smlouvy o spolupráci mezi Psychoterapeutickou a psychosomatickou klinikou ESET (zdravotní část) a ESET-HELP, z. s. (sociální část). Klinika ESET vznikla v roce 1994 a z iniciativy tohoto zdravotnického zařízení vznikla i organizace pro poskytování sociálních služeb v roce 1995. Od té doby se činnosti obou organizací úzce prolínaly, zejména ve prospěch multiprofesních služeb pro klienty/pacienty se SMI.

Už v devadesátých letech začala se sociální pracovníky v pracovních rehabilitačním týmu a s denním stacionářem pro léčbu psychóz spolupracovat terénní

psychiatrická sestra. Od roku 2006 pak na to navázal i formálně strukturovaný multiprofesní Asertivní komunitní tým s psychiatrickou sestrou, sociální pracovníky a psychiatrem orientovaný na asertivní kontaktování a zapojování klientů/pacientů do léčby. Obdobnou multidisciplinaritou se vyznačoval i Tým pro duální diagnózy se zapojením psychiatricky AT ambulance. V roce 2016 se oba týmy spojily, doplnily další sociální pracovníky a terénní psychiatrické sestry, propracovala se systematictější účast psychiatrů v týmu, a vznikl tak Komunitní terénní tým. Jádrem jeho činnosti byla terénní práce s intervencemi v domácím prostředí pacientů/klientů se závažnými psychickými poruchami.

Vytvoření CDZ na základě projektu MZ v roce 2018 bylo pak logickým pokračováním předchozího vývoje. Tým se doplnil o nové pracovníky, včetně klinického psychologa. CDZ ESET kromě pokračující terénní práce rozvinulo i vlastní denní klubový program ve spolupráci s peerem. Vytvořilo také zázemí se čtyřmi krizovými lůžky, kde dle potřeb klientů/pacientů probíhají několidenní stabilizační pobyty. Toto programové rozšíření bylo umožněno i přestavbou části prostor Kliniky ESET na zázemí pro CDZ. Regionálně se CDZ tým vymezil na oblasti Praha-Háje, Záběhlice, Strašnice a Hostivař s počtem obyvatel cca 110 000. Pro klienty/pacienty přijaté do CDZ z těchto oblastí tým poskytuje nepřetržitou možnost telefonického kontaktu s možností krizového výjezdu. V současné době je v péči CDZ 166 klientů/pacientů a od vzniku CDZ bylo celkově ošetřováno 211 klientů/pacientů.

Personálně je CDZ vybaveno 6,5 úvazku psychiatrické sestry, 8 úvazky sociálního pracovníka, 1,5 úvazku psychiatra a 1 úvazkem klinického psychologa, přičemž psychiatr i psycholog mají oprávnění k poskytování psychoterapie. Tým má zvlášť vedení zdravotní a sociální části, přičemž zastřešujícím vedoucím je psychiatr, který je zároveň ředitelem obou organizací. Celý tým se schází jednou týdně k delší poradě, ostatní porady probíhají průběžně, operativně. Externí supervize probíhá dvakrát měsíčně. Dosavadní vývoj naznačuje, že CDZ je ekonomicky udržitelné, výnosy mírně převyšují vynakládané prostředky.

Centrum duševního zdraví pro Prahu 8

Centrum duševního zdraví pro Prahu 8 (dále CDZ8) vzniklo k 1. 1. 2016 na základě smlouvy o spolupráci mezi Fokusem Praha a Psychiatrickou nemocnicí Bohnice. Záměrem obou zřizovatelů bylo ověření možnosti úzkého propojení zdravotní a sociální péče a životaschopnosti nové služby. Pracovníci CDZ8 formovali podobu nové služby, pro kterou v té době v ČR neexistovala ucelená metodika; to se zejména týkalo budování multidisciplinárního týmu a spolupráce mezi pracovníky dvou různých zřizovatelů. CDZ8 vzniklo ještě před zahájením projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví, do projektu bylo zařazeno až k 1. 1. 2020 v rámci fáze ostrého provozu CDZ.

CDZ8 zajišťuje ambulantní a terénní péči pro oblast Prahy 8, tj. pro cca 100 000 obyvatel, k 31. 7. 2021 mělo v péči 189 klientů. CDZ8 je dostupné nonstop osobně i telefonicky. Klienti CDZ8 mohou využít také pobytovou formu krizové pomoci, CDZ8 má v současnosti k dispozici

2 krizová lůžka. Od roku 2017 nabízí CDZ8 svým klientům program zaměřený na podporu zdravého životního stylu, vedený sestrou a nutriční terapeutkou. Program kombinuje edukaci v oblasti životosprávy, sledování tělesných parametrů s využitím InBody diagnostiky a skupinové i individuální pohybové aktivity. K pravidelným aktivitám patří také psychoterapeutická skupina, skupina zotavení, trénink kognitivních funkcí a resocializační pobyt. Pravidelně probíhají rovněž setkání klientů a pracovníků CDZ8, jejichž cílem je vytvářet pro klienty prostor, kde se mohou aktivně podílet na formování služeb CDZ.

Tým CDZ8 od počátku směřoval k naplnění personálních požadavků standardu CDZ (psychiatr, psycholog, 9 sester, 9 sociálních pracovníků), které drží dosud. Tým vznikl spojením již existujících terénních týmů KOT Sever (Fokus Praha) a Komunitního terénního centra (Psychiatrická nemocnice Bohnice).

Jádrem CDZ8 je terénní tým tvořený sociálními pracovníky a sestrami se specializací v péči o duševní zdraví. Většina členů terénního týmu má roli case managera, výjimkou je IPS specialista a peer konzultantka. U většiny klientů úzce spolupracuje sociální pracovník a sestra, další členové týmu jsou zapojováni podle potřeby a přání klienta. Do péče o jednoho klienta je obvykle zapojeno více pracovníků CDZ8, usiluje se také o to, aby klienti znali většinu členů týmu a naopak. Psychiatr a klinický psycholog je v každodenním kontaktu s terénním týmem, jsou k dispozici klientům i členům terénního týmu v rámci svých profesních kompetencí, pracují ambulantně i v terénu.

Kontinuita péče a sdílení informací mezi všemi členy CDZ8 je zajištěna prostřednictvím ranních porad (1 hodina každý všední den), pravidelných metodických porad (2–3 hodiny 2× měsíčně), supervizí (3 hodiny 1× měsíčně) a sdílené dokumentace. Pracovníci CDZ8 sdílejí zodpovědnost za všechny klienty CDZ8 a v určitých situacích rozhodují společně (zejm. přijetí klienta do služby, přijetí klienta na krizové lůžko, asertivní kontaktování, nedobrovolná hospitalizace).

CDZ8 v rámci své spádové oblasti úzce spolupracuje s Nadací BONA a BONA, o.p.s., zejména v oblasti bydlení. Spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice je kromě péče o společné klienty zaměřena také na pravidelné stáže pracovníků nemocnice v CDZ.

Centrum duševního zdraví Přerov

CDZ Přerov zahájilo pilotní provoz 1. 12. 2016. Multidisciplinární tým je složen ze zdravotnických pracovníků Psychosociálního centra Přerov a ze sociálních pracovníků obecně prospěšné společnosti Duševní zdraví o.p.s. Vznik CDZ byl vyústěním dlouhodobého vývoje spolupráce zdravotní a sociální služby obou zařízení.

Psychosociální centrum vzniklo 1. 1. 1993 na základech rozšířené psychiatrické ambulance, ve které pracovali už tehdy 4 psychiatři, 4 kliničtí psychologové, 5 zdravotních sester a jedna sociální pracovníce. Součástí centra byl od počátku také Denní stacionář pro psychoterapii psychóz. Právě pobyt pacientů v denním stacionáři indukoval potřebu následné péče jak zdravotnické, tak sociální. Z podnětu centra proto vznikla nadace a později nadační fond Duševní zdraví, které se postupně transformovaly do obecně prospěšné společnosti. Touto organizací byly

poskytovány jak sociální poradenství, tak resocializační a aktivizační programy ambulantní formou. V roce 2015 pak byl zahájen terénní rehabilitační program za podpory Norských fondů. V rámci tohoto programu začal pracovat multidisciplinární terénní tým složený ze sociálních pracovníků, psychiatrických sester, psychiatra a klinického psychologa. Tento tým se pak etabloval jednak jako sociální služba podporovaná dotačním programem Olomouckého kraje, jednak jako pilotní program VZP pro služby psychiatrických sester. Tým se ke konci roku 2016 přestěhoval do nových společných prostor a 1. 12. 2016 zahájil pilotní provoz Centra duševního zdraví se všemi základními službami dle standardu CDZ. Předpokladem byl brzký vstup do pilotního programu CDZ-I Ministerstva zdravotnictví, ke kterému však došlo až v červenci 2018.

Od začátku pilotního provozu CDZ pracoval tým ve složení 4 sociální pracovníci (z toho 0,5 úvazku peer konzultanta), 4 psychiatrické sestry, 0,5 úvazku psychiatra a 0,5 úvazku klinického psychologa. Nyní je složení týmu 6 sociálních pracovníků včetně peer konzultanta, 6 psychiatrických sester, 1,3 úvazku psychiatra a 1 klinický psycholog. Při zaškolování týmu byly čerpány zkušenosti od terénních psychiatrických sester psychiatrického oddělení ÚVN a Kliniky Eset, při tvorbě CDZ pak ze zkušeností CDZ Praha 8. Velkou pomocí byly i školení a semináře organizované CRPDZ, především výcvik peer konzultantů. Tým se schází každý pracovní den na ranní poradě před výjezdem k pacientům a jednou týdně na delší poradě celého týmu.

CDZ Přerov působí v regionu bývalého okresu Přerov, který má cca 130 tisíc obyvatel a k němuž přiléhají i některé regiony olomouckého a kroměřížského okresu, jež mají historické a geografické vazby na Přerov. Region se od těch pražských výrazně liší právě geografickou a demografickou charakteristikou. Oproti sídlištní aglomeraci jde o rozlehlou a místy i v zimě hůře dostupnou oblast s hustým a převážně rurálním osídlením, CDZ má proto pro mobilní tým k dispozici 4 plně vytížené osobní automobily. CDZ spolupracuje s ambulantními psychiatry v regionu a má nastavenou dobrou spolupráci s PN Kroměříž i PL Šternberk. V současnosti poskytuje CDZ své služby cca 140 pacientům.

V současnosti působí v ČR 30 CDZ. V letošním roce byla založena Aliance center duševního zdraví, která CDZ sdružuje. Na webu asociace lze nalézt seznam i odkazy na jejich webové stránky.

DISKUSE

Příjemci péče pěti CDZ z první vlny v období 18 měsíců pilotního projektu tvoří značně heterogenní skupinu. Z hlediska medicínského dominují osoby s diagnózou schizofrenie. Polovina se léčí déle než 10 let. Osoby, které se léčí méně než tři roky, tvoří pětinu všech příjemců. CDZ mají v péči jak osoby s delším průběhem nemoci, tak i ty, u kterých se nemoc projevila nedávno a v jejichž případě je možné hovořit o časných intervencích. Na základě toho můžeme konstatovat, že CDZ do určité míry plní jednu ze svých rolí, kterou je časný záchyt a prevence chronifikace závažného duševního onemocnění.

Z dostupných dat je zřejmé, že u příjemců CDZ se snížil počet dnů na psychiatrickém lůžku o 70 % oproti období 6 měsíců před vstupem do CDZ. Pokud porovnáme rozdíl v hospitalizacích mezi 7. a 12. měsícem před vstupem do CDZ s 6 měsíci po vstupu do CDZ, rozdíl se zmenší, ale pořád se jedná o redukci o 56 %. Tato zjištění je nicméně třeba interpretovat opatrně, protože design nepracuje s kontrolní skupinou. Markantní pokles hospitalizačních dnů mohl být způsoben jinými faktory. Ke snížení mohl také přispět fakt, že někteří klienti/pacienti byli do služby přijati bezprostředně po propuštění z hospitalizace a je možné, že by alespoň po nějakou dobu nebyli hospitalizováni ani ve standardní péči v psychiatrické ambulanci. Pro validaci těchto zjištění je vhodné provést doplňující analýzu na základě dat Národního registru hrazených zdravotních služeb, která by pracovala s kontrolní skupinou.

Náklady na zdravotní část CDZ převýšily potenciální úsporu vzniklou snížením počtu hospitalizací. Z toho lze dovodit, že očekávat rychlé úspory ve zdravotnických nákladech zavedením CDZ není úplně racionální. Psychiatrické hospitalizace v ČR jsou z hlediska přímých nákladů relativně levné. Například Marcus a Olfson (USA)¹⁴ kalkulují s cenou hospitalizačního dne 18 200 Kč. Pokud jsou hospitalizace levné (s nízkým ubytovacím standardem), je prokázání prvoplánové nákladové efektivity obtížné pro jakoukoliv alternativu. Se zavedením služeb CDZ získáváme službu, která prokazatelně přispívá k vyšší kvalitě života příjemců péče. Pro posouzení nákladové efektivity bude třeba zahrnout i jiné než přímé náklady a sledovat delší časové období.

Při hodnocení kvality života se analýza soustředila nejdříve na osoby, které ukončily péči v CDZ. Tito lidé se zlepšili v naprosté většině parametrů kvality života a ve větší míře pracují na otevřeném trhu práce. Situace bydlení se u těchto příjemců péče CDZ (graf 17) na vstupu a na výstupu zásadně nezměnila. Statisticky významně ovšem přibýlo klientů/pacientů, kteří v době ukončení byli v institucionálním bydlení, ze 2 na 9 osob (např. domov se zvláštním režimem). Tato změna není nutně negativní. Pravděpodobně se jednalo o klienty/pacienty, kteří přišli do CDZ z hospitalizace, a zajištění institucionálního bydlení bylo výsledkem práce týmu, který toto řešení zvolil s ohledem na zachované dovednosti klientů/pacientů a po zvážení jiných možností. Roli mohla také hrát celkově nízká dostupnost různých typů bydlení v komunitě a podpůrných služeb, které by tito lidé mohli využít.

Nejméně 6 měsíců čerpalo služby CDZ 344 osob. Jak je vidět z tab. 5, statisticky významné změny zachytila škála HoNOS a okrajově také AQoL. Z toho můžeme dovodit, že už prvních 6 měsíců v péči lze očekávat méně problémů ve zdravotní i sociální oblasti. Celková úroveň fungování hodnocená pomocí GAF se významně nezměnila. To může být způsobeno menší citlivostí škály GAF nebo tím, že 6 měsíců není dostatečná doba, aby měla péče větší dopad. Významné zlepšení nezachytila ani škála kvality života (s výjimkou položky bolest).

Změny u osob, které čerpaly podporu CDZ nejméně 12 měsíců, jsou významné u všech použitých škál (tab. 6). Počet případů ve vzorku se zmenšil ($n = 217$). Po roce podpory můžeme tedy očekávat méně problémů ve zdravotní i sociální oblasti (HoNOS), lepší celkové fungování (GAF)

i kvalitu života, jak ji ohodnotili příjemci péče v dotazníku AQoL. Rok poskytování péče se jeví jako vhodné období pro sledování efektů CDZ.

Osob, u nichž máme k dispozici kromě vstupního zjišťování k dispozici další tři měření (tab. 7), je již méně ($n = 119$). Jedná se o osoby, které čerpaly služby CDZ po celou dobu projektu, tedy 18 měsíců. Jejich situaci je možné označit jako stabilní. Na škálách GAF a HoNOS nevidíme statisticky významné změny u této skupiny. Nástroj AQoL ukazuje pouze na statisticky významné zlepšení v dimenzi štěstí při srovnání vstupního hodnocení a hodnocení po 18 měsících. U této skupiny se nezlepšuje situace s bydlením, resp. mírně roste procento osob v institucionálním bydlení (graf 19). Situace v pracovní oblasti zůstává u této skupiny v celkových číslech konstantní. Postavení příjemců péče na trhu práce se nezlepšuje, ale ani nezhoršuje (graf 20). Tyto výsledky nejsou až tak překvapivé. Jedná se zřejmě o skupinu osob, které mají potřeby ve více životních oblastech a jejichž stabilitu v čase je možné také vnímat jako úspěch. Lze spekulovat, že k pozitivním změnám u těchto osob dojde až po delší době poskytování služby CDZ.

Pokud se týká bezpečnosti příjemců služby CDZ i veřejnosti, bylo zaznamenáno minimum sebevražedných pokusů a případy významnější agrese vůči okolí se ve statistikách vůbec neobjevily. To by mohlo znamenat, že CDZ dokážou prostřednictvím intenzivního kontaktu většinou nebezpečných situací předcházet.

ZÁVĚR

Představili jsme vůbec první na datech založenou studii fungování prvních pěti Center duševního zdraví v České republice. Na příkladech jednotlivých CDZ jsme ilustrovali jejich odlišný vývoj daný spojováním různých typů zdravotních a sociálních služeb do jednoho funkčního týmu. Díky prováděným evaluacím začínáme disponovat větším množstvím informací o CDZ a jejich efektu nežli o ostatních segmentech péče o duševní zdraví. Zjištěné snížení hospitalizačních dnů se jeví jako slibné, nicméně bude vhodné dále tento trend ověřovat s využitím silnějšího výzkumného designu a na větším množství dat. Otázka, zda zavedení CDZ do systému péče přinese i ekonomické úspory, zůstává otevřená a pro její zodpovězení bude třeba sledovat více druhů nákladů, nejen přímé zdravotní výdaje. Za přesvědčivé lze označit pozitivní změny u příjemců péče, které lze konstatovat u osob, jež péči ukončily, ale i při hodnocení změn v čase po 6 a 12 měsících. Pro část příjemců má zřejmě CDZ stabilizující efekt. Služby CDZ se také jeví jako bezpečné pro veřejnost i jejich uživatele. Efekt CDZ bude potřeba dále vyhodnocovat při zahrnutí dat také z dalších 25 center, která v současné době již fungují. Informace z více míst by měly umožnit také zaměřit se na rozdíly mezi jednotlivými CDZ a hodnotit souvislosti mezi praxí a výsledky. Důležité bude také dále zkoumat vliv CDZ na dostupnost a fungování systému péče o duševní zdraví a propojení jednotlivých segmentů (psychiatrické ambulance, lůžková zařízení, terénní, ambulanti a pobytové sociální služby).

LITERATURA

1. Stuchlík J. Asertivní komunitní léčba a case management. Praha: Fokus Books a Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2001.
2. van Veldhuizen JR. FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J* 2007; 43 (4): 421–433.
3. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Věstník č. 8/2021 2021. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-8-2021>.
4. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Malý průvodce centry duševního zdraví 2020. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/webpub/15623/38543/Maly_pruvodce_CDZ.pdf.
5. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Manuál evaluace CDZ 2018. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/materialy-pro-prijemce-dotace-z-programu-podpory-center-duševního-zdraví/>.
6. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *Research and development. Br J Psychiatry* 1998; 172: 11–18.
7. Pěč O, Čechová D, Pěčová J, Dragomírečká E, Šelepová P, Probstová V et al. HoNOS (Hodnocení zdravotního stavu) – adaptace nástroje na hodnocení symptomů a sociálních funkcí u závažně duševně nemocných v českých podmínkách a jeho použití. *Čes a slov Psychiat* 2009; 105 (6): 245–249.
8. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry* 1995; 166 (5): 654–659.
9. Hall RC. Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics* 1995; 36 (3): 267–275.
10. Hawthorne G, Richardson J, Osborne R. The Assessment of Quality of Life (AQoL) instrument: a psychometric measure of health-related quality of life. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 1999; 8 (3): 209–224.
11. Český statistický úřad. Vzdělanostní struktura populace ČR 2019. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zamestnanost-a-nezamestnanost-podle-vysledku-vsp-s-rocni-prumery-2019>.
12. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Hospitalizace pacientů v péči CDZ I před a po jejich přijetí do péče 2020. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/registrace-cdz/#k05>.
13. Broulikova HM, Winkler P, Pav M, Kondratova L. Costs of Mental Health Services in Czechia: Facilitating an Evidence-Based Reform of Psychiatric Care. *Appl Health Econ Health Policy* 2020; 18 (2): 287–298.
14. Marcus SC, Olfson M. Outpatient antipsychotic treatment and inpatient costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008; 34 (1): 173–180.

referáty z literatury

Davis JJ, Fournakis N, Ellison J.
Ketogenic diet for the treatment and prevention of dementia: A review

(Ketodieta pro léčbu a prevenci demence: přehled)
Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology 2021; 34 (1): 3–10.

Demence je stále častější syndrom s významnou zátěží pro pacienty, pečovatele, zdravotnictví a společnost. Růst prevalence demence bude jistě pokračovat se stárnutím populace. Nicméně současné léčebné metody demence jsou omezené. Jeden navržený nefarmakologický přístup ke zdržení nebo prevenci demence je ketodieta. Ta byla původně využita k léčbě farmakorezistentní epilepsie a ukázala se nadějnou u dalších neurologických chorob. Nedávno také získala oblibu pro své účinky při hubnutí. Několik preklinických studií potvrdilo prospěch ketózy u kognice a systémového zánětu. Vezmeme-li v úvahu obnovený důraz na zánět ve vztahu k centrálnímu nervovému systému jako patogenního přispěvatele k poklesu poznávání a zmenšený systémový zánět pozorovaný u ketodiety, pak je pravděpodobné, že tato dieta může zdržet, zlepšovat kognitivní pokles nebo předcházet jeho progresi. Několik malých studií u lidí prokázalo prospěch u kognice v případě demence při intervenci s ketodietou.

Podle názoru amerických autorů (pracoviště Hershey, PA, a Newark, DE) jsou zapotřebí další velké kontrolované studie k potvrzení tohoto prospěchu. Nicméně ketodieta se ukázala slibnou, pokud jde o zdržení nebo zmírnění příznaků kognitivního poklesu.

Mukaetova-Ladinska EB, Kronenberg G, Raha-Chowdhury R.

COVID-19 and neurocognitive disorders

(COVID-19 a neurokognitivní poruchy)
Current Opinion in Psychiatry 2021; 34 (2): 149–156.

Infekce COVID-19 má za následek různé koronavirové problémy tělesného a duševního zdraví, obvykle spojené s dlouhodobým psychologickým dopadem pandemie. Doprovázející neurokognitivní změny však zůstávají nedokonalé pochopeny.

Britští autoři z univerzitních pracovišť (Leicester a Cambridge) sloučili současné znalosti o virem SARS-CoV-2 navozeném zánětu, mechanismech vstupu viru do centrálního nervového systému a o změnách neurotransmiterových systémech. Tím poskytují informovaný neurobiologický výklad pro vzestup neurokognitivních poruch.

Příznaky mírné a těžší neurokognitivní poruchy způsobené pandemií COVID-19 poskytují jedinečnou příležitost věnovat se časným změnám tvořícím základ pro neurokognitivní zhoršení jak na klinické, tak na molekulární úrovni.

Závěrem autoři pojednávají o použití dostupných důkazů ke zvládnutí těchto neurokognitivních poruch a o budoucích nových léčebných příležitostech.

MUDr. Jaroslav Veselý