



# Zpráva z dopadové kvantitativní evaluace projektu

## Podpora vzniku Center duševního zdraví II

### **Zpracovali:**

Ondřej Krupčík

Pavel Říčan

Markéta Opletalová

Jitka Soukupová

Hana Melicharová



## Obsah

Hlavní zjištění .....	3
Úvod .....	4
1 Použité metody .....	5
1.1 Psychodiagnostické nástroje .....	5
1.2 Participanti a sběr dat .....	6
1.3 Zpracování a analýza .....	7
2 Charakteristiky příjemců péče.....	8
3 CDZ v síti služeb .....	13
4 Hospitalizační dny (evaluační okruh 1).....	15
5 Kvalita života (evaluační okruh 2).....	17
5.1 Výsledky osob, které ukončily péči CDZ .....	18
5.2 Výsledky po 6, 12 a 18 měsících čerpání služby .....	21
5.2.1 Výsledky po 6 měsících.....	21
5.2.2 Výsledky po 12 měsících.....	24
5.2.3 Výsledky po 18 měsících.....	26
6 Bezpečí klientů i veřejnosti (evaluační okruh 3).....	28
7 Návaznost služeb (evaluační okruh 4).....	30
Diskuze a závěr .....	31
Zdroje .....	32



## Hlavní zjištění

Příjemci péče pilotního provozu center duševního zdraví, které vznikly v rámci projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví II (dále jen „CDZ II“) tvořili heterogenní skupinu celkem 2860 osob. Převážně se jednalo o osoby v produktivním věku, zastoupení obou pohlaví bylo v podstatě vyrovnané. Vzdělání většiny klientů bylo na úrovni střední školy nebo odborného učiliště. Asi 35 % klientů vykonávalo v okamžiku navázání spolupráce pracovní nebo dobrovolnickou činnost, přibližně 60 % pobíralo některou z forem invalidního důchodu a zhruba 8 % bylo v procesu aktivního studia.

Z hlediska diagnostického převažovaly osoby s diagnózou z okruhu F2 (Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy). Asi ve 40 % případů trvala psychiatrická diagnóza déle než 10 let, asi u 10 % se jednalo o dobu kratší než jeden rok. Přibližně 15 % klientů doposud nepodstoupilo psychiatrickou hospitalizaci. Zdrojem většiny klientů byly psychiatrické ambulance nebo hospitalizační psychiatrická zařízení (v obou případech asi 20 %). Asi 36 % klientů ukončilo spolupráci s centrem duševního zdraví (dále jen „CDZ“) v souvislosti s předáním do péče ambulantního psychiatra.

U příjemců podpory CDZ se při porovnání období jednoho roku před vstupem do CDZ s obdobím jednoho roku po vstupu snížil počet dnů na psychiatrickém lůžku o 65 %. U kontrolní skupiny byl úbytek 54 %. V průměru byl počet hospitalizačních dní u skupiny CDZ (18,9) nižší o 5,3 dne při porovnání s kontrolní skupinou (24,2). Úbytek byl více patrný u skupiny, která do CDZ vstoupila z hospitalizace.

U klientů, kteří v rámci sledovaného období ukončili spolupráci, bylo zjištěno signifikantní zlepšení v oblasti globálního fungování a problémů souvisejících se zdravím. Při pohledu na různé skupiny klientů vymezené na základě délky jejich spolupráce s CDZ byl potvrzen spíše krátkodobý dopad péče na problémy a kvalitu života související se zdravím. Z dlouhodobé perspektivy (12 a 18 měsíců) bylo potvrzeno zlepšení v oblasti globálního fungování. Bez ohledu na časové období byly pozorovány pozitivní dopady v rámci pracovního uplatnění, sociálního zabezpečení a situaci v oblasti bydlení. Centra duševního zdraví přispěla k bezpečí příjemců péče a lepší provázanosti zdravotních, sociálních a dalších relevantních služeb.



## Úvod

Tato evaluační zpráva prezentuje výsledky dopadové kvantitativní evaluace projektu „Podpora vzniku Center duševního zdraví II“. V rámci projektu byl pilotován provoz celkem šestnácti center duševního zdraví, jejich přehled společně s daty spuštění a ukončení pilotního provozu uvádíme v tabulce č. 1.

Tabulka 1. Přehled CDZ II včetně termínů zahájení a ukončení pilotního provozu

Běžný název CDZ	Datum spuštění pilotu	Datum ukončení pilotu
CDZ Opava	01. 04. 2019	01. 10. 2020
CDZ Plzeň	01. 04. 2019	01. 10. 2020
CDZ pro Prahu 6	01. 05. 2019	01. 11. 2020
CDZ Uherské Hradiště	03. 05. 2019	02. 11. 2020
CDZ Cheb	01. 05. 2019	01. 11. 2020
CDZ RIAPS Trutnov	01. 07. 2019	01. 01. 2021
CDZ Karlovy Vary	01. 05. 2019	01. 11. 2020
CDZ Mladá Boleslav	01. 07. 2019	01. 01. 2021
CDZ Strakonice	01. 07. 2019	01. 01. 2021
CDZ Kroměříž	01. 05. 2019	01. 11. 2020
CDZ Hradec Králové	01. 07. 2019	01. 01. 2021
CDZ Pardubice	01. 07. 2019	01. 01. 2021
CDZ Tábor	01. 01. 2020	01. 07. 2021
CDZ PN Brno	01. 01. 2020	01. 07. 2021
CDZ Podskalí	01. 04. 2020	01. 10. 2021
CDZ Jihlava	01. 04. 2020	01. 10. 2021

Centra duševního zdraví (CDZ) 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. Například lze uvést model známý jako Asertivní komunitní léčba (Assertive community treatment – ACT) nebo jeho holandskou variantu (Flexibilně assertive community treatment – FACT). Dalším zásadním inspiračním zdrojem bylo uspořádání komunitního centra v italském Trieste. Standard CDZ (oficiálně „Standard péče v poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ)“ uveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 5/2016) byl vytvořen na základě zahraničních i tuzemských zkušeností v roce 2015 a aktualizován v roce 2021 („Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ)“, uveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 8/2021). Vznik center duševního zdraví se stal jedním z hlavních cílů reformního úsilí v České republice. První centra podpořená z projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví I spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu v rámci Operačního programu Zaměstnanost začala fungovat v červenci 2018. Od dubna roku 2019 byla postupně spouštěna pilotní centra podpořená z projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví II. Od Center duševního zdraví se očekává, že zásadním způsobem doplní systém péče o duševní zdraví. Malý průvodce CDZ, který představuje základní charakteristiku CDZ uvádí tyto cíle služby: a) podpora klienta/pacienta na jeho cestě zotavení, b) prevence hospitalizací či jejich zkracování, c) včasná diagnostika onemocnění a rychlé započítí léčby, d) podpora ve (znovu) zapojení osob v dlouhodobé hospitalizaci do běžné komunity (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).



Vyjednávání o tom, co a jak bude evaluováno, probíhala intenzivně již od roku 2017. Vzhledem k vysokému 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 Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“), respektive krajské reprezentace.

Zpráva začíná představením použitých metod, respektive souhrnem informací k použitým nástrojům a sběru dat. Dále navazuje kapitola zaměřená na charakteristiky příjemců péče CDZ během 18 měsíců projektu. Následně je věnována pozornost otázce CDZ v síti služeb a jednotlivým evaluačním okruhům.

## 1 Použité metody

Evaluační proces byl rozdělen na dvě části. Externí kvalitativně orientovaná evaluace byla realizována společností Evaluation Advisory CE s.r.o. na základě veřejné zakázky. Výsledky této části evaluace byly prezentovány v závěrečné evaluační zprávě. Kvantitativní dopadovou evaluaci realizovali v úzké návaznosti evaluátoři projektů CDZ I, CDZ II a CDZ III společně s pracovníky Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

Kvantitativní dopadová evaluace je založena na metodě prospektivní kohortové studie, přičemž kohorta je definovaná vstupem do CDZ během sledovaného období (1. 4. 2019 - 30. 6. 2021). Celkem byly stanoveny čtyři klíčové oblasti pro vyhodnocení efektivity CDZ, které jsou formulovány pomocí evaluačních okruhů:

- 1. Poskytování služeb CDZ povede k poklesu počtu hospitalizačních dnů u klientů/pacientů CDZ**
- 2. CDZ podpoří kvalitu života klientů/pacientů**
- 3. Služby CDZ přispějí k bezpečí klientů i veřejnosti**
- 4. Zlepší se návaznost služeb pro osoby se SMI**

### 1.1 Psychodiagnostické nástroje

Pro sběr dat byly v návaznosti na projekt "Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb" realizovaného Národním ústavem duševního zdraví vybrány tři standardizované nástroje, konkrétně GAF, HoNOS, AQoL, které níže specifikujeme. Plné znění dotazníků lze nalézt v Manuálu evaluace CDZ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018). 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.

#### **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 (Peč et al., 2009). 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

Podpora vzniku Center duševního zdraví II (reg. číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0007037)



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 fungování (Jones, Thornicroft, Coffey, & Dunn, 1995) 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 (Hall, 1995), která umožňuje určovat skóre s přesností na jednotky.

### **The Assessment of Quality of Life (AQoL)**

Dotazník AQoL slouží k měření kvality života související se zdravím (Hawthorne, Richardson, & Osborne, 1992). 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 k případnému upřesnění otázek.

## **1.2 Participantů a sběr dat**

Cílovou skupinu CDZ tvoří v rámci pilotních projektů 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)<sup>1</sup>;
  - b) trvání onemocnění (déle než 2 roky);
  - c) funkční narušení (skóre GAF <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

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 souhrnně vydány v Manuálu evaluace CDZ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018).

CDZ mohla data vkládat do svých databázových programů, nebo je zapisovat do excelové tabulky připravené pracovníky ÚZIS. Informace o klientech byly následně převedeny do signálních kódů, které byly formou K-dávek zasílány zdravotním pojišťovnám. Odtud byla data kvartálně předávána do Národního registru hrazených zdravotních služeb (dále jen „NRZHS“).

<sup>1</sup> F2 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, F3 - Afektivní poruchy (poruchy nálady), F42 - Obsedantně-nutková porucha, F6 - Poruchy osobnosti a chování u dospělých



Přenos dat z databází poskytovatelů CDZ fungoval se znatelnými obtížemi, podstatná část dat je v důsledku různých technických obtíží fragmentovaná. Hlavní příčina spočívá ve využití inovativního způsobu předávání evaluačních dat pomocí K-dávek, který byl zvolen s ohledem na legislativní kontext. Především při spuštění pilotního provozu systém nebyl odpovídajícím způsobem odladěn a vytvářel značný prostor pro chybu lidského faktoru. V průběhu projektu se problémy dařilo operativně řešit a z globálního pohledu lze získaná data považovat za validní a závěry evaluace za relevantní, byť je nutné uvažovat možná omezení.

Základní přehled validních záznamů v NRHZS uvádíme v tabulce č. 2. Pozornost je v tomto případě soustředěna na hlavní skóry jednotlivých klinických nástrojů, a to zvláště pro různá CDZ (v anonymizované podobě). Je patrné, že míra návratnosti se výrazně liší mezi jednotlivými centry. Tyto odlišnosti mohou být dány především různým softwarovým vybavením center a také odlišným způsobem práce a administrace přijetí. U klientů, kteří byli přijati do péče (nemusí se týkat všech, kteří mají záznam v NRHZS), by se návratnost v ideálním případě měla pohybovat nad 50 % pro všechny uvedené nástroje.

Tabulka 2. Základní přehled validních záznamů (návratnosti) v NRHZS pro jednotlivá centra (anonymizováno včetně pořadí)

Zařízení	n celkem	HoNOS hodnota	AQoL hodnota <sup>1</sup>	GAF hodnota <sup>2</sup>
CDZ anonym číslo 1	282	127 (45 %)	117 (41 %)	14 (05 %)
CDZ anonym číslo 2	203	88 (43 %)	72 (35 %)	3 (01 %)
CDZ anonym číslo 3	171	130 (76 %)	94 (55 %)	1 (01 %)
CDZ anonym číslo 4	140	84 (60 %)	79 (56 %)	0 (00 %)
CDZ anonym číslo 5	142	75 (53 %)	55 (39 %)	0 (00 %)
CDZ anonym číslo 6	186	99 (53 %)	27 (15 %)	80 (43 %)
CDZ anonym číslo 7	307	74 (24 %)	57 (19 %)	46 (15 %)
CDZ anonym číslo 8	209	119 (57 %)	100 (48 %)	18 (09 %)
CDZ anonym číslo 9	240	97 (40 %)	67 (28 %)	2 (01 %)
CDZ anonym číslo 10	200	80 (40 %)	74 (37 %)	83 (42 %)
CDZ anonym číslo 11	99	60 (61 %)	61 (62 %)	2 (02 %)
CDZ anonym číslo 12	111	73 (66 %)	68 (61 %)	1 (01 %)
CDZ anonym číslo 13	83	63 (76 %)	59 (71 %)	0 (00 %)
CDZ anonym číslo 14	112	73 (65 %)	15 (13 %)	5 (04 %)
CDZ anonym číslo 15	128	99 (77 %)	98 (77 %)	6 (05 %)
CDZ anonym číslo 16	247	141 (57 %)	96 (39 %)	158 (64 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860</b>	<b>1482 (52 %)</b>	<b>1139 (40 %)</b>	<b>419 (15 %)</b>

<sup>1</sup>Zahrnutý verze AQoL8d i AQoL6d. <sup>2</sup>Podle výkonu číslo 99711.

### 1.3 Zpracování a analýza

V rámci dalšího zpracování byla provedena řada navazujících kroků. Jednalo se zejména o rekódování a filtraci dat. Z dat byly odfiltrovány evidentně chybné hodnoty (mimo stanovený rozsah). Tyto hodnoty se objevovaly v zanedbatelném množství.

Vzhledem k tomu, že evaluační data jsou do NRHZS reportována kontinuálně, bylo potřeba provést jejich klasifikaci a přiřadit je k jednotlivým sledovaným obdobím (vstup, 6., 12., 18. měsíc, výstup).



Proto byla pro každý případ vytvořena individuální časová linka rozdělená do šestiměsíčních intervalů počínaje třetím měsícem od prvního záznamu. Do daného měření byl přiřazen záznam, který spadl do stanoveného intervalu a v případě, že v daném intervalu bylo záznamů více, byl vybrán ten, který z pohledu času nejlépe odpovídal harmonogramu dle Manuálu evaluace.

Zpracování a analýza dat byly provedeny pomocí jazyka a softwarového prostředí „R“. Byly využity standardní nástroje deskriptivní a inferenční statistiky. Pro výpočet statistické signifikance byl vzhledem k omezené normalitě dat konsenzuálně volen Wilcoxonův test.

## 2 Charakteristiky příjemců péče

Do sběru dat bylo zapojeno celkem 2860 klientů, kteří v období 1. 4. 2019 - 30. 6. 2021 (26 měsíců) v nějakém rozsahu využili služby šestnácti hodnocených CDZ, to znamená v průměru přibližně 180 klientů na jedno centrum.

V této kapitole se zaměřujeme na charakteristiky klientů v okamžiku jejich prvního kontaktu se službou CDZ. Zohledňujeme celkem tři skupiny:

- 1) Všichni klienti, kteří byli v CDZ identifikováni pomocí rodného čísla a byl u nich vykázan alespoň jeden záznam na zdravotní pojišťovnu. Přibližně u 40 % případů nejsou k dispozici podrobnější sociodemografické údaje, je to zcela v pořádku – jedná se o klienty, kteří sice využili služeb CDZ, ale v spíše v nízkém rozsahu a nebyla u nich administrována evaluační baterie. Přehledy za tuto skupinu uvádíme pro úplnost, ale vzhledem k vyššímu počtu chybějících hodnot je tato skupina méně relevantní pro další analýzu a ve větší míře se jí dále nevěnujeme.
- 2) Klienti, kteří byli alespoň 5 dní v kontaktu a byla u nich vykázána hodnota GAF (5 DK + GAF). U těchto klientů byl minimálně v pěti různých dnech vykázan alespoň jeden zdravotnický výkon a také alespoň jeden z výkonů číslo 99711<sup>2</sup> nebo 99713<sup>3</sup>, přičemž druhý uvedený výkon nevyjadřuje hodnotu, ale dává informaci o provedené administraci. Toto kritérium je pro potřeby evaluace považováno za přijetí do služby.
- 3) Klienti, u kterých byla splněna podmínka (5 DK + GAF) a zároveň bylo vykázáno ukončení (+ Ukončení). Celkem u 5 klientů bylo evidováno ukončení v souvislosti s úmrtím. Tito jedinci nebyli do analýzy zařazeni.

Z dostupných dat je patrné, že zastoupení pohlaví bylo u zkoumaného vzorku v podstatě vyrovnané. U klientů, se kterými byla ukončena spolupráce, byl mírně vyšší podíl mužů (tabulka č. 3).

Tabulka 3. Rozdělení podle pohlaví

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
<b>Muž</b>	1419 (50 %)	843 (50 %)	178 (53 %)
<b>Žen</b>	1441 (50 %)	834 (50 %)	161 (47 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

<sup>2</sup> (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON - GAF SYMPTOMY

<sup>3</sup> (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON - BYL GAF VYPLNĚN





Z pohledu věku byli nejvíce zastoupeni klienti v produktivním období, tedy mezi 18 a 44, respektive 45-64 roky (tabulka č. 4). Významně byli zastoupeni také klienti ve věku 65+. Jen velmi ojediněle CDZ spolupracovala s klienty mladšími osmnácti let.

Tabulka 4. Zastoupení věkových kategorií

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
<b>16-17</b>	7 (00 %)	2 (00 %)	0 (00 %)
<b>18-44</b>	1551 (55 %)	939 (56 %)	202 (59 %)
<b>45-64</b>	1067 (37 %)	633 (38 %)	111 (33 %)
<b>65+</b>	235 (08 %)	103 (06 %)	26 (08 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Vzdělání většiny klientů se pohybovalo na úrovni odborného učiliště, střední nebo vyšší odborné školy (přibližně 35 % v obou případech). Klienti se základním vzděláním byli zastoupeni přibližně v 20 % případů. Klientů se vzděláním na úrovni vysoké školy bylo okolo 10 % (tabulka č. 5).

Tabulka 5. Nejvyšší dosažené vzdělání

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
<b>ZŠ (i nedokončené)</b>	337 (12 %)	336 (20 %)	61 (18 %)
<b>Vyučen, SŠ bez maturity</b>	546 (19 %)	545 (32 %)	123 (36 %)
<b>SŠ, VOŠ</b>	610 (21 %)	610 (36 %)	120 (35 %)
<b>VŠ</b>	181 (06 %)	181 (11 %)	34 (10 %)
<b>Chybí</b>	1186 (41 %)	5 (00 %)	1 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Z hlediska diagnostického (tabulka č. 6) převládali klienti s diagnózou ze skupiny F2 dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, tedy „Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy“. Další významnou diagnostickou skupinou byly osoby s diagnózou z okruhu afektivních poruch (F3) a poruch osobnosti (F6). Jiné diagnostické skupiny byly zastoupeny méně, nicméně z diagnostického pohledu se vzorek zdá být pestřejší, jsou zastoupeni také klienti nad rámec (F2, F3, eventuálně F42 a F6). Do přehledu byly zahrnuty nejčastěji vykazované diagnózy pro konkrétní případ, pokud byly zastoupeny různé kategorie se stejnou četností, byla vybrána ta s nižším pořadím.

Tabulka 6. Zastoupení klientů dle diagnostických kategorií

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
<b>F1</b>	15 (01 %)	14 (01 %)	4 (01 %)
<b>F2</b>	1121 (39 %)	1078 (64 %)	199 (59 %)
<b>F3</b>	336 (12 %)	315 (19 %)	64 (19 %)
<b>F4</b>	79 (03 %)	71 (04 %)	19 (06 %)
<b>F6</b>	182 (06 %)	177 (11 %)	50 (15 %)
<b>F5, F7, F9</b>	29 (02 %)	18 (01 %)	3 (01 %)
<b>chybí</b>	1098 (37 %)	4 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>



Ukazuje se, že CDZ ve značné míře pracovala s dlouhodobě léčenými klienty, přibližně 40 % z nich mělo trvání psychiatrické diagnózy delší než deset let. Vedle toho u zhruba u 20 % klientů trvala psychiatrická diagnóza kratší dobu než dva roky, což znamená, že síti CDZ se dařilo realizovat včasnou intervenci (tabulka č. 7).

Tabulka 7. Délka trvání psychiatrické diagnózy v letech

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
0	141 (05 %)	141 (08 %)	36 (11 %)
1	125 (04 %)	125 (07 %)	29 (09 %)
2-4	183 (06 %)	181 (11 %)	34 (10 %)
5-9	244 (09 %)	244 (15 %)	49 (14 %)
10+	744 (26 %)	744 (44 %)	131 (39 %)
chybí	1423 (50 %)	242 (14 %)	60 (18 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Realizaci včasné intervence potvrzuje také tabulka č. 8. Přibližně patnáct procent klientů v minulosti neprošlo hospitalizací z důvodu psychiatrické diagnózy. Zároveň platí, že většina klientů byla v minulosti opakovaně psychiatricky hospitalizovaná.

Tabulka 8. Dosavadní počet psychiatrických hospitalizací

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
0	220 (08 %)	220 (13 %)	53 (16 %)
1	218 (08 %)	217 (13 %)	42 (12 %)
2-4	480 (17 %)	480 (29 %)	95 (28 %)
5-9	257 (09 %)	257 (15 %)	43 (13 %)
10+	181 (06 %)	181 (11 %)	28 (08 %)
Chybí	1424 (50 %)	242 (14 %)	60 (18 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Během předchozího roku třetina pacientů nebyla psychiatricky hospitalizovaná. Další třetina byla v hospitalizaci nejdéle tři měsíce (tabulka č. 9). Byla zohledněna data za období rok před vstupem klienta do CDZ, a to do 30. června roku 2020.

Tabulka 9. Dny hospitalizace z důvodu F diagnóz v předchozím roce (záznamy jiných ZZ v NRHZS)

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
0	807 (28 %)	520 (31 %)	103 (30 %)
1-29	327 (11 %)	195 (12 %)	43 (13 %)
30-90	514 (18 %)	336 (20 %)	72 (21 %)
91-181	270 (09 %)	171 (10 %)	30 (09 %)
182+	312 (11 %)	190 (11 %)	43 (13 %)
Chybí	630 (22 %)	265 (16 %)	48 (14 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>



Pokud zohledníme období pěti let před zahájením spolupráce s CDZ, je patrné, že asi dvě třetiny klientů byly hospitalizované déle než jeden měsíc (tabulka č. 10). Byla zohledněna data za období pěti let před vstupem klienta do CDZ, a to do 30. června roku 2020.

Tabulka 10. Dny hospitalizace z důvodu F diagnóz v předchozích pěti letech (záznamy hospitalizačních ZZ v NRHZS)

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
<b>0</b>	284 (10 %)	170 (10 %)	36 (11 %)
<b>1-29</b>	285 (10 %)	166 (10 %)	30 (09 %)
<b>30-181</b>	950 (33 %)	611 (36 %)	136 (40 %)
<b>182-729</b>	521 (18 %)	354 (21 %)	63 (19 %)
<b>730+</b>	190 (07 %)	111 (07 %)	26 (08 %)
<b>Chybí</b>	630 (22 %)	265 (16 %)	48 (14 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Většina klientů byla v době prvního kontaktu bez omezení svéprávnosti (tabulka č. 11).

Tabulka 11. Omezení svéprávnosti

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
<b>Ano</b>	252 (09 %)	252 (15 %)	45 (13 %)
<b>Ne</b>	1423 (50 %)	1421 (85 %)	294 (87 %)
<b>Chybí</b>	1185 (41 %)	4 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Spíše ojediněle byli ve vzorku zastoupeni klienti s aktuálně soudem nařízenou ochrannou léčbou. Podle dostupných dat byl podíl jejich zastoupení do deseti procent, přičemž převažovali klienti s ambulantní formou nařízené ochranné léčby (tabulka č. 12).

Tabulka 12. Soudně nařízená ochranná léčba v současnosti

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
<b>Ne</b>	1569 (55 %)	1569 (94 %)	308 (91 %)
<b>Ambulantní</b>	87 (03 %)	87 (05 %)	27 (08 %)
<b>Ústavní</b>	15 (01 %)	15 (01 %)	3 (01 %)
<b>Chybí</b>	1189 (42 %)	6 (00 %)	1 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Většina klientů (asi 50 %) k bydlení využívala nájemní byt, nebo byt v osobním vlastnictví (tabulka č. 13). Výrazná část (asi 30 %) byla ubytovaná u příbuzných nebo známých. Klienti bez přístřeší byli zastoupeni v nižších jednotkách procent.



Tabulka 13. Aktuální situace v oblasti bydlení

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
Bez přístřeší	66 (02 %)	66 (04 %)	10 (03 %)
Institucionální*	58 (02 %)	58 (03 %)	12 (04 %)
Dočasné	107 (04 %)	107 (06 %)	26 (08 %)
Chráněné bydlení	78 (03 %)	77 (05 %)	16 (05 %)
Nájemní bydlení	433 (15 %)	433 (26 %)	92 (27 %)
U příbuzných/známých	495 (17 %)	495 (30 %)	101 (30 %)
Vlastní byt	435 (15 %)	435 (26 %)	82 (24 %)
Chybí	1188 (42 %)	6 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

\*Domov se zvláštním režimem, domov pro osoby se zdravotním postižením, domov s pečovatelskou službou, dlouhodobá hospitalizace

Pokud jde o situaci v pracovní oblasti, většina klientů (asi 65 %) v okamžiku prvního kontaktu nevykonávala žádnou dobrovolnickou nebo pracovní činnost, ať už na otevřeném nebo chráněném trhu práce (tabulka č. 14). Zároveň je třeba uvažovat, že část těchto osob čerpala starobní důchod, nebo se jednalo o studující. Mezi pracovně aktivními klienty byli nejvíce zastoupeni ti s uplatněním na otevřeném trhu práce (zhruba 10 %).

Tabulka 14. Situace v pracovní oblasti

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
Dobrovolnická činnost	34 (01 %)	34 (02 %)	6 (02 %)
Chráněný pracovní trh	109 (04 %)	109 (06 %)	16 (05 %)
Otevřený trh (<20h/týden)	105 (04 %)	105 (06 %)	22 (06 %)
Otevřený trh (>20h/týden)	173 (06 %)	173 (10 %)	46 (14 %)
Chráněný + otevřený trh (<20h/týden)	24 (01 %)	24 (01 %)	1 (00 %)
Chráněný + otevřený trh (>20h/týden)	27 (01 %)	26 (02 %)	8 (02 %)
D + CHTP + OTP (>20h/týden)	31 (01 %)	31 (02 %)	4 (01 %)
Jiné	15 (01 %)	15 (01 %)	2 (01 %)
Bez dobrovol. nebo prac. činnosti	1080 (38 %)	1080 (64 %)	222 (65 %)
Chybí	1262 (44 %)	80 (05 %)	12 (04 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Přibližně 40 % klientů nečerpalo v době zahájení spolupráce s CDZ žádnou formu invalidního důchodu. Zhruba 50 % klientů pobírala v okamžiku vstupu do CDZ invalidní důchod III. stupně (tabulka č. 15).

Tabulka 15. Invalidní důchod

Celkem	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
Žádný	573 (20 %)	572 (34 %)	134 (40 %)
I. Stupeň	116 (04 %)	115 (07 %)	25 (07 %)
II. Stupeň	124 (04 %)	124 (07 %)	22 (06 %)
III. Stupeň	859 (30 %)	859 (51 %)	158 (47 %)
Chybí	1188 (42 %)	7 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>



Starobní důchod pobíralo na začátku spolupráce s CDZ podle dostupných dat asi 8 % klientů (tabulka č. 16). Tato skutečnost odpovídá věkovému profilu klientů, ve kterém jsou přibližně v 8 % případů zastoupeni klienti ve věku 65+ let.

Tabulka 16. Starobní důchod

<b>Celkem</b>	<b>Všichni</b>	<b>5 DK + GAF</b>	<b>+ Ukončení</b>
<b>Ano</b>	140 (05 %)	140 (08 %)	27 (08 %)
<b>Ne</b>	1534 (54 %)	1533 (91 %)	312 (92 %)
<b>Chybí</b>	1186 (41 %)	4 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Podobná situace byla také v oblasti studia v současnosti, aktuálně probíhající studium bylo evidováno u přibližně 8 % klientů (tabulka č. 17).

Tabulka 17. Studium aktuálně

<b>Celkem</b>	<b>Všichni</b>	<b>5 DK + GAF</b>	<b>+ Ukončení</b>
<b>Ano</b>	135 (05 %)	135 (08 %)	26 (08 %)
<b>Ne</b>	1536 (53 %)	1536 (92 %)	312 (92 %)
<b>Chybí</b>	1189 (42 %)	6 (00 %)	1 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

### 3 CDZ v síti služeb

Je důležité, odkud se klienti do CDZ dostávají, respektive jaký je „zdroj“ konkrétní spolupráce. Je třeba zmínit, že CDZ ve fázi startu začínala s různě velkou základnou klientů, kteří již dříve čerpali část služeb (zdravotní nebo sociální, nebo v určité míře obě části). Zdroje klienta při zahájení spolupráce uvádíme v tabulce č. 18. Nejpočetněji byly zastoupeny skupiny přecházející z hospitalizace a z psychiatrické ambulance. Celkově je pokrytí různých subjektů poměrně široké a zdá se, že CDZ byla ve značné míře napojena na další služby a instituce. Vedle toho bylo téměř 20 % těch, kteří zahájili spolupráci na základě vlastní aktivity, nebo iniciativy užšího sociálního okolí (soused, rodina a další). V jednotkách byli zastoupeni také klienti, kteří byli aktivně vyhledáni CDZ, to znamená, že se u nich dařilo realizovat asertivní způsob práce.



Tabulka 18. Zdroje klienta při zahájení spolupráce

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF	+ Ukončení
Praktický lékař	51 (02 %)	51 (03 %)	10 (03 %)
Psychiatrická ambulance	353 (12 %)	352 (21 %)	50 (15 %)
Psychiatrická lůžková péče	382 (13 %)	382 (23 %)	71 (21 %)
Jiné zdravotnické zařízení	32 (01 %)	32 (02 %)	9 (03 %)
Škola	11 (00 %)	11 (01 %)	2 (01 %)
Městský úřad	28 (01 %)	28 (02 %)	10 (03 %)
Jiná instituce	23 (01 %)	23 (01 %)	1 (00 %)
Sociální služba	111 (04 %)	110 (07 %)	21 (06 %)
Aktivita okolí (soused, rodina aj.)	133 (05 %)	133 (08 %)	28 (08 %)
Aktivita klienta	141 (05 %)	141 (08 %)	29 (09 %)
Aktivně vyhledán CDZ	25 (01 %)	25 (01 %)	4 (01 %)
Přecházející klient/pacient	166 (06 %)	166 (10 %)	47 (14 %)
Chybí	1404 (49 %)	223 (13 %)	57 (17 %)
<b>Celkem</b>	<b>2860 (100 %)</b>	<b>1677 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Z pohledu okolností ukončení spolupráce tvořili nejvýraznější skupinu klienti, kteří v návaznosti na CDZ využili služeb psychiatrické ambulance nebo ambulance s rozšířenou péčí (36 %). Výrazný je také podíl klientů, kteří si nepřáli ve spolupráci dále pokračovat. Tuto skutečnost není možné chápat apriori negativně, může se jednat o pozitivní výsledek terapeutické práce CDZ na základě naplnění terapeutické zakázky (tabulka č. 19).

Tabulka 19. Okolnosti ukončení spolupráce

Kategorie	+ Ukončení
Praktický lékař	10 (03 %)
Psychiatrická/rozšířená amb.	122 (36 %)
CDZ v jiném regionu	24 (07 %)
Zařízení pro dlouhodobý pobyt	17 (05 %)
Dlouhodobá hospitalizace	6 (02 %)
Nepřeje si další spolupráci	73 (22 %)
Úmrtí	0 (00 %)
Nezvěstný/bez kontaktu	19 (06 %)
Jiné	67 (20 %)
Chybí	1 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>339 (100 %)</b>



## 4 Hospitalizační dny (evaluační okruh 1)

### Evaluační otázka:

**Poskytování služeb CDZ povede k poklesu počtu hospitalizačních dnů u klientů/pacientů CDZ.**

Do analýzy hospitalizačních dnů byli v návaznosti na jednotný evaluační rámec projektů CDZ I a CDZ II zařazeni klienti z obou vln. Konkrétně se jednalo o klienty, jejichž první kontakt s CDZ proběhl v letech 2018 a 2019. Jako kritérium vstupu do studie bylo stanoveno 5 a více dnů v kontaktu a vykazání některého z výkonů GAF. Do studie bylo zařazeno celkem 1084 klientů CDZ, jejich základní charakteristiky uvádíme v tabulce č. 20. Ve vzorku byli více zastoupeni muži a ve většině případů se jednalo o klienty s diagnózou z okruhu F2.

Tabulka 20. Základní charakteristiky klientů CDZ zařazených do studie

Kategorie	Počet, podíl
<b>n</b>	1084 (100 %)
<b>Pohlaví</b>	
muži	565 (52 %)
ženy	519 (48 %)
<b>Základní diagnóza</b>	
F2	824 (77 %)
F3	143 (13 %)
F4	36 (3 %)
F6	81 (7 %)

Podle dat klientů CDZ byla pomocí metody exaktního matchingu provedeného na základě kategorií konstruována kontrolní skupina, a to s využitím dat pacientů, kteří v období červenec roku 2018 až prosinec roku 2019 navštívili alespoň dvakrát ambulantního psychiatra, nebo ukončili hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Pro propuštění z hospitalizace byly zohledněny následující odbornosti: 3F5, 3F6, 3H5, 3T5, 3U5, 3U6, 3U8<sup>4</sup>.

Matching byl proveden na základě těchto proměnných a jejich kategorií:

- základní diagnóza (F2x, F3, F4, F5)
- pohlaví (žena/muž)
- věk (17-34, 35-49, 50-64, 65-87)
- hospitalizační dny v předchozích pěti letech (0, 1-29, 30-90, 91-181, 182-364, 365-729, 730+)
- hospitalizační dny v předchozím roce (0, 1-29, 30-90, 91-181, 181+)
- z hospitalizace (ano/ne)
- délka poslední hospitalizace (0, 1-90, 91-181, 182-729, 730+)
- datum prvního záznamu ( $\pm$  6 měsíců)

<sup>4</sup> 3F5 standardní ústavní lůžková péče psychiatrická - F typu

3F6 standardní ústavní lůžková péče dětské psychiatrie - F typu

3H5 standardní ústavní lůžková péče psychiatrická - H typu

3T5 resuscitační a intenzivní ústavní lůžková péče psychiatrická - T typu

3U5 dlouhodobá (chronická) ústavní lůžková péče psychiatrická - U typu

3U6 dlouhodobá (chronická) ústavní lůžková péče dětské psychiatrie - U typu

3U8 dlouhodobá (chronická) léčba alkoholismu a jiných toxikomanií - U typu



Pokud pro klienta CDZ nebyl nalezen alespoň jeden kontrolní případ, klient byl vyřazen z analýzy. Ze vzorku 1084 bylo do další analýzy zařazeno 897 (83 %) klientů a celkem 187 (17 %) bylo vyřazeno. Ve vzorku, který byl zařazen do další analýzy, setrvaly spíše případy s nižším profilem hospitalizací, rozdíl je statisticky významný v případě hospitalizačních dní rok přijetí do péče CDZ. Ze vzorku bylo vyloučeno proporcčně více klientů, kteří do CDZ nevstoupili z hospitalizace, rozdíl v tomto případě není signifikantní. Také bylo vyřazeno signifikantně více klientů s diagnózou z okruhu F6. To může souviset se skutečností, že léčených a hospitalizovaných pacientů ve skupině F6 je relativně méně, a proto je obtížnější nalezení odpovídajících kontrol. Podrobnější informace o zařazených/vyřazených klientech uvádíme v tabulce č. 21.

Tabulka 21. Klienti CDZ zařazení do další analýzy

		V analýze	Vyřazení	p <sup>1</sup>
<b>Pohlaví</b>	Muži	53 %	47 %	0.149
	Ženy	47 %	53 %	
<b>Věk (průměr)</b>		43.7	45.2	0.175
<b>Základní diagnóza</b>	F2	692 (77 %)	132 (70 %)	0.010
	F3	121 (14 %)	22 (12 %)	
	F4	27 (3 %)	9 (5 %)	
	F6	57 (6 %)	24 (13 %)	
<b>Hosp. dny rok před (průměr)</b>		53.7	64.4	0.143
<b>Hosp. dny rok po (průměr)</b>		18.9	28.6	0.033
<b>Z hospitalizace</b>	Ano	35 %	16 %	0.113
	Ne	65 %	84 %	
<b>Délka předchozí hosp. (průměr)</b>		275.9	448.2	0.325

<sup>1</sup>p - p hodnota

Počet kontrol na jeden případ byl omezen na maximálně 10. Hospitalizační dny byly pro každou skupinu kontrol vypočítány pomocí průměru.

Z výsledků analýzy je patrné, že u příjemců péče CDZ se při porovnání „roku před“ a „roku po“ snížila suma dnů na psychiatrickém lůžku ze 48 126 na 16 977 (-65 %). V případě kontrolní skupiny byl realizován úbytek ze 47 382 na 21 728 (-54 %). V průměru je počet hospitalizačních dní v období „rok po“ u skupiny CDZ nižší o 5,3 dne při porovnání s kontrolní skupinou (tabulka č. 22).

Tabulka 22. Změna hospitalizačních dnů

	CDZ		KS	
	rok před	rok po	rok před	rok po
<b>Min</b>	0	0	0	0
<b>1. kvartil</b>	0	0	0	0
<b>Medián</b>	0	0	0	0.5
<b>Průměr</b>	53.7	18.9	52.8	24.2
<b>3. kvartil</b>	68.0	0	58.9	31.5
<b>Max</b>	366	322	365	347
<b>p</b>				0.011 <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Srovnání pouze hodnot „rok po“



Úbytek hospitalizačních dní byl pochopitelně výraznější u skupin, které přišly z hospitalizace (bez ohledu na to, jestli se jednalo o klienty CDZ, nebo kontrolní skupinu). U skupiny klientů CDZ byl v porovnání s kontrolní skupinou počet hospitalizačních dnů v období „rok po“ průměru nižší o 21,5 dne (tabulka č. 23).

Tabulka 23. Změna hospitalizačních dnů rozdělení podle zdroje klienta

	Z hospitalizace				Odjinud			
	CDZ		KS		CDZ		KS	
	před	po	před	po	před	po	před	po
<b>n</b>	193				704			
<b>průměr</b>	<b>159.1</b>	<b>35.8</b>	<b>153.7</b>	<b>57.8</b>	<b>24.7</b>	<b>14.3</b>	<b>25.2</b>	<b>15.2</b>
<b>suma</b>	30714	6916	29669	11156	17412	10061	17713	10572
<b>změna</b>		<b>-78 %</b>		<b>-62 %</b>		<b>-42 %</b>		<b>-40 %</b>
<b>p</b>				<b>&lt; 0.000</b>				<b>&lt; 0.000</b>

## 5 Kvalita života (evaluační okruh 2)

### Evaluační otázka:

#### **CDZ podpoří kvalitu života klientů/pacientů**

Kvalita života je vícerozměrný koncept a lze ji chápat různými způsoby. Pro hodnocení CDZ bylo zvoleno hodnocení kvality života na základě situace v pracovní oblasti, bydlení a pomocí škál GAF, HoNOS a AQoL.

- **GAF** – celková míra fungování hodnocená týmem CDZ (škála 0-100, vyšší hodnota je lepší)
- **HoNOS** – výskyt problémů souvisejících se zdravotním stavem, chováním a sociální situací hodnocená týmem CDZ (škála 0-48, nižší hodnota je lepší)
- **AQoL** – kvalita života související se zdravím reportovaná příjemcem péče (škála 0-100, vyšší hodnota je lepší)

V analýze byly zvoleny dva přístupy. Nejprve analyzujeme změny u skupiny osob, které ve sledovaném období ukončily spolupráci. Zvláště u této skupiny je korektní hovořit o efektu CDZ, nicméně ani v tomto případě nemůžeme vyloučit vliv jiných faktorů. Dále se zabýváme změnami u příjemců péče po 6, 12 a 18 měsících spolupráce. U všech uvedených výsledků platí, že možný efekt CDZ zachycují spíše nepřímo a nemůžeme mluvit o přímé kauzalitě. Je důležité říci, že pozitivním výsledkem nemusí být pouze zlepšení v daných oblastech, v případě progredujícího duševního onemocnění lze jako pozitivní výsledek chápat také udržení srovnatelné úrovně, nebo mírnění negativních dopadů.

V následujících částech analýzy (evaluační okruhy 2-4) jsou zahrnuti pouze klienti druhé vlny center duševního zdraví (CDZ II).



## 5.1 Výsledky osob, které ukončily péči CDZ

Pokud se zabýváme skupinou klientů, kteří ukončili péči v CDZ, je nezbytné uvést, jakou dobu spolupráce s těmito klienty trvala. Přibližně u 10 % klientů se jednalo o dobu kratší než tři měsíce (tabulka č. 24), u této skupiny lze spíše polemizovat o možném efektu služby. Přibližně u 70 % se jedná o období půl roku až dva roky. Klienti s dobou trvání spolupráce delší, než dva roky se objevují ojediněle, to je pochopitelné vzhledem k omezené době od startu pilotního provozu.

Tabulka 24. Doba mezi vstupem a ukončením (dny)

Kategorie	Počet (podíl)
<b>1-90</b>	33 (10 %)
<b>91-181</b>	72 (21 %)
<b>182-364</b>	109 (32 %)
<b>365-729</b>	118 (35 %)
<b>730+</b>	7 (02 %)
<b>Celkem</b>	<b>339 (100 %)</b>

Podle použitých psychodiagnostických nástrojů došlo při porovnání situace na vstupu se situací při ukončení k signifikantnímu zlepšení v oblastech globálního fungování (GAF) a problémů souvisejících se zdravím (HoNOS). Z pohledu kvality života související se zdravím (AQoL-8D) bylo podle mediánových a průměrných hodnot realizováno zlepšení, které ovšem není statisticky signifikantní (tabulka č. 25).

Tabulka 25. Výsledky psychodiagnostických nástrojů

	Vstup					Ukončení				
	n <sup>1</sup>	min	max	med	prům	min	max	med	prům	p
<b>GAF</b>	88	22	90	59	57.9	33	90	70	64.9	<b>0.005</b>
<b>HoNOS</b>	202	0	25	9	9.62	0	25	7	7.82	<b>0.000</b>
<b>AQoL-8D</b>	117	26	100	63	62.9	27	93	64	65.1	0.193

n – počet případů

Při podrobnějším pohledu na výsledky škály HoNOS můžeme vidět, že ke statisticky významnému zlepšení došlo v celkem čtyřech doménách (tabulka č. 26), konkrétně se jednalo o úmyslné sebepoškození, problémy se vztahy, problémy s každodenními činnostmi a jiné psychické problémy. Poslední uvedená doména zahrnuje symptomy z různých oblastí, například úzkosti, tenze, disociace, příjmu potravy, spánku a jiných. I ve všech ostatních doménách došlo ke zlepšení, ale výsledky nejsou statisticky signifikantní.



Tabulka 26. Výsledky v jednotlivých doménách HoNOS

Doména HoNOS	Vstup <sup>1</sup>	Ukončení <sup>2</sup>
Hyperaktivní, agresivní, rušivé chování	0.36	0.26 (0.122)
Úmyslné sebepoškozování	0.25	<b>0.11 (0.022)</b>
Alkohol, drogy	0.39	0.33 (0.959)
Kognitivní problémy	0.81	0.70 (0.198)
Tělesná nemoc nebo postižení	0.85	0.79 (0.553)
Halucinace, bludy	0.58	0.41 (0.053)
Depresivní nálada	1.00	0.88 (0.115)
Jiné psychické problémy a poruchy chování	1.54	<b>1.25 (0.002)</b>
Problémy se vztahy	1.54	<b>1.33 (0.047)</b>
Problémy s každodenními činnostmi	1.21	<b>0.93 (0.003)</b>
Problémy s podmínkami bydlení	0.57	0.45 (0.107)
Problémy se zapojením a dalšími činnostmi	0.52	0.39 (0.079)

<sup>1</sup>průměr, <sup>2</sup>průměr a p-hodnota

Mírné zlepšení, které ovšem není statisticky signifikantní, můžeme pozorovat také ve většině domén AQoL-8D (tabulka č. 27). Nejvýraznější změna je pravděpodobně přítomná v doméně duševního zdraví.

Tabulka 27. Výsledky v jednotlivých doménách AQoL-8D

Doména AQoL-8D	Vstup	Ukončení
Samostatné bydlení	70.9	72.6 (0.324)
Smysly	78.6	78.2 (0.954)
Bolest	74.3	74.1 (0.876)
Duševní zdraví	60.9	65.2 (0.054)
Štěstí	50.8	52.0 (0.479)
Vlastní hodnota	56.8	61.5 (0.134)
Zvládnání	52.6	55.6 (0.180)
Vztahy	62.6	63.5 (0.644)

Zlepšení můžeme vidět také v pracovní oblasti. Při porovnání situace na vstupu se situací v době ukončení spolupráce se přibližně o tři procenta snížil podíl klientů, kteří nevykonávali žádnou dobrovolnickou nebo pracovní činnost (tabulka č. 28). Největší změna byla realizována v kategoriích otevřeného trhu práce, kam se nově zařadilo 10 klientů (4 %).

Tabulka 28. Situace v pracovní oblasti

Kategorie	Vstup	Ukončení
Dobrovolnická činnost	6 (02 %)	3 (01 %)
Chráněný pracovní trh	14 (04 %)	16 (05 %)
Otevřený trh (<20h/týden)	22 (06 %)	26 (08 %)
Otevřený trh (>20h/týden)	44 (13 %)	50 (15 %)
Chráněný + otevřený trh (<20h/týden)	1 (00 %)	4 (01 %)
Chráněný + otevřený trh (>20h/týden)	7 (02 %)	5 (01 %)
D + CHTP + OTP (>20h/týden)	4 (01 %)	2 (01 %)
Jiné	1 (00 %)	3 (01 %)
Bez dobrovol. nebo prac. činnosti	217 (64 %)	207 (61 %)
Chybí	23 (08 %)	23 (08 %)
<b>Celkem</b>	<b>339 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Podpora vzniku Center duševního zdraví II (reg. číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0007037)



Ke změnám došlo také v oblasti invalidních důchodů, ubylo asi 7 % klientů, kteří nečerpali žádný druh této podpory, a naopak přibýlo těch, kteří některou z těchto podpor využili (tabulka č. 29).

Tabulka 29. Invalidní důchod

Kategorie	Vstup	Ukončení
Žádný	131 (39 %)	108 (32 %)
I. Stupeň	24 (07 %)	30 (09 %)
II. Stupeň	22 (06 %)	23 (07 %)
III. Stupeň	154 (45 %)	170 (50 %)
Chybí	8 (02 %)	8 (02 %)
<b>Celkem</b>	<b>339 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Situace v oblasti čerpání starobních důchodů při srovnání vstupu s ukončením v podstatě zůstala stabilní (tabulka č. 30).

Tabulka 30. Starobní důchod

Kategorie	Vstup	Ukončení
Ano	26 (08 %)	25 (07 %)
Ne	304 (90 %)	305 (91 %)
Chybí	9 (02 %)	9 (02 %)
<b>Celkem</b>	<b>339 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

V oblasti aktivního studia naopak klientů ubylo (tabulka č. 31). Je pravděpodobné, že někteří klienti studium úspěšně dokončili. Zároveň tato změna může souviset s dynamikou závažných duševních onemocnění, která se obvykle demonstrují v období mladší dospělosti a mohou situaci vzdělání komplikovat.

Tabulka 31. Studium v současnosti

Kategorie	Vstup	Ukončení
Ano	25 (07 %)	14 (04 %)
Ne	305 (91 %)	316 (94 %)
Chybí	9 (02 %)	9 (02 %)
<b>Celkem</b>	<b>339 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

Pokud porovnáme situaci v oblasti bydlení, vidíme mírné snížení počtu těch, kteří byli bez přístřeší. Úbytek je patrný také v případě dočasného, chráněného nebo vlastního bydlení. Nárůst vidíme u institucionálního bydlení a nájmu (tabulka č. 32).

Tabulka 32. Situace v oblasti bydlení

Kategorie	Vstup	Ukončení
Bez přístřeší	9 (03 %)	5 (01 %)
Institucionální	12 (04 %)	26 (08 %)
Dočasné	25 (07 %)	18 (05 %)
Chráněné bydlení	16 (05 %)	12 (04 %)
Nájemní bydlení	91 (27 %)	99 (29 %)
U příbuzných/známých	96 (28 %)	100 (29 %)
Vlastní byt	82 (24 %)	71 (21 %)
Chybí	8 (02 %)	8 (02 %)
<b>Celkem</b>	<b>339 (100 %)</b>	<b>339 (100 %)</b>

## 5.2 Výsledky po 6, 12 a 18 měsících čerpání služby

V následující podkapitole jsou prezentovány výsledky klientů v období 6, 12 a 18 měsíců od okamžiku vstupu. Nebylo zohledněno případné ukončení spolupráce ani to, že proces vstupu je průběžný a část klientů zatím nedosáhla dalších měření.

V tabulce č. 33 uvádíme souhrn výsledků psychodiagnostických nástrojů. Jak už bylo zmíněno v úvodu, návratnost jednotlivých nástrojů se výrazně liší. Zatímco data HoNOS jsou v době vstupu k dispozici v případě 1474 klientů, u AQoL-8D je to 1135 a u GAF dokonce 414, tedy výrazně méně. Klientů, kteří absolvovali další navazující kola měření (6., 12., 18. měsíc) z pochopitelných důvodů ubývá. Pokud jde o 18. měsíc spolupráce, máme k dispozici celkem 282 záznamů v případě HoNOS, 154 v případě AQoL-8D a 71 v případě GAF.

Tabulka 33. Souhrn výsledků psychodiagnostických nástrojů

	n	Vstup	6. měsíc	12. měsíc	18. měsíc
<b>GAF</b>	414	52.7			
	233	50.1	51.8 (0.091)		
	134	48.8	49.8 (0.301)	<b>52.3 (0.016)</b>	
	71	49.1	50.7 (0.312)	51.9 (0.111)	<b>53.6 (0.024)</b>
<b>HoNOS</b>	1474	10.50			
	812	10.17	<b>9.61 (0.023)</b>		
	508	9.82	9.66 (0.476)	9.43 (0.231)	
	282	10.04	9.78 (0.657)	9.67 (0.518)	9.94 (0.785)
<b>AQoL-8D</b>	1135	61.9			
	540	62.6	<b>64.7 (0.005)</b>		
	291	63.3	64.6 (0.158)	63.1 (0.552)	
	154	63.5	<b>66.6 (0.020)</b>	64.4 (0.334)	62.0 (0.933)

### 5.2.1 Výsledky po 6 měsících

Pokud srovnáme situaci na vstupu se situací v 6. měsíci čerpání služby, můžeme pozorovat významné zlepšení v oblastech problémů a kvality života souvisejících se zdravím (tabulka č. 34). Rozdíl je patrný také v průměrných, mediánových a minimálních hodnotách GAF, výsledek ovšem není statisticky významný. Z výsledků vyplývá, že centra duševního zdraví, pokud jde o dopad na klienty, jsou



v krátkodobém horizontu (6 měsíců), úspěšná především v prvních dvou zmíněných oblastech, tedy řešení aktuálních problémů a kvality života souvisejících se zdravím.

Tabulka 34. Výsledky psychodiagnostických nástrojů

	vstup					6. měsíc				
	n	min	max	med	prům	min	max	med	prům	p
<b>GAF</b>	233	20	92	49	50.1	21	82	51	51.8	0.091
<b>HoNOS</b>	812	0	40	10	10.17	0	30	9	9.61	<b>0.023</b>
<b>AQoL-8D</b>	540	23	100	62	62.6	17	100	66	64.7	<b>0.005</b>

Výsledky v jednotlivých doménách HoNOS naznačují, že ke zlepšení došlo především v oblastech problémů s každodenními činnostmi, podmínek bydlení a zapojení a dalších činností (tabulka č. 35).

Tabulka 35. Výsledky v jednotlivých doménách HoNOS

Doména HoNOS	Vstup	6. měsíc
Hyperaktivní, agresivní, rušivé chování	0.37	0.38 (0.672)
Úmyslné sebepoškozování	0.25	0.23 (0.553)
Alkohol, drogy	0.29	0.31 (0.594)
Kognitivní problémy	0.93	0.87 (0.196)
Tělesná nemoc nebo postižení	0.91	0.88 (0.573)
Halucinace, bludy	0.72	0.74 (0.645)
Depresivní nálada	1.08	1.07 (0.934)
Jiné psychické problémy a poruchy chování	1.58	1.54 (0.556)
Problémy se vztahy	1.59	1.51 (0.133)
Problémy s každodenními činnostmi	1.34	<b>1.22 (0.010)</b>
Problémy s podmínkami bydlení	0.57	<b>0.45 (0.005)</b>
Problémy se zapojením a dalšími činnostmi	0.54	<b>0.42 (0.006)</b>

Ke zlepšení došlo ve všech doménách AQoL-8D, nicméně signifikantní rozdíly byly přítomné v doménách duševního zdraví, štěstí, vlastní hodnota a vztahů (tabulka č. 36).

Tabulka 36. Výsledky v jednotlivých doménách AQoL-8D

Doména AQoL-8D	Vstup	6. měsíc
<b>Samostatné bydlení</b>	71.6	72.9 (0.262)
<b>Smysly</b>	76.9	77.5 (0.547)
<b>Bolest</b>	73.3	74.4 (0.704)
<b>Duševní zdraví</b>	61.1	<b>64.0 (0.002)</b>
<b>Štěstí</b>	51.3	<b>53.2 (0.048)</b>
<b>Vlastní hodnota</b>	55.7	<b>59.4 (0.008)</b>
<b>Zvládání</b>	52.2	54.4 (0.056)
<b>Vztahy</b>	61.6	<b>63.7 (0.021)</b>

V oblasti bydlení došlo k úbytku klientů bez přístřeší, výraznější přírůstek naopak nastal v oblasti bydlení v nájmu (tabulka č. 37). Tyto informace v podstatě potvrzují signifikantní zlepšení v doméně bydlení škály HoNOS.



Tabulka 37. Situace v oblasti bydlení

Kategorie	Vstup	6. měsíc
Bez přístřeší	42 (04 %)	26 (03 %)
Institucionální	33 (03 %)	40 (04 %)
Dočasné	64 (07 %)	60 (06 %)
Chráněné bydlení	46 (05 %)	45 (05 %)
Nájemní bydlení	243 (25 %)	278 (28 %)
U příbuzných/známých	294 (30 %)	275 (28 %)
Vlastní byt	254 (26 %)	253 (26 %)
Chybí	1 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>977 (100 %)</b>	<b>977 (100 %)</b>

V pracovní oblasti bylo možné pozorovat mírný úbytek ve skupině klientů bez dobrovolnické nebo pracovní činnosti. Naopak nárůst byl přítomný především v kategorii uplatnění na chráněném trhu práce (tabulka č. 38).

Tabulka 38. Situace v pracovní oblasti

Kategorie	Vstup	6. měsíc
Dobrovolnická činnost	26 (03 %)	28 (03 %)
Chráněný pracovní trh	64 (07 %)	91 (10 %)
Otevřený trh (<20h/týden)	67 (07 %)	69 (07 %)
Otevřený trh (>20h/týden)	79 (09 %)	81 (09 %)
Chráněný + otevřený trh (<20h/týden)	17 (02 %)	15 (02 %)
Chráněný + otevřený trh (>20h/týden)	19 (02 %)	14 (02 %)
D + CHTP + OTP (>20h/týden)	20 (02 %)	9 (01 %)
Jiné	9 (01 %)	9 (01 %)
Bez dobrovol. nebo prac. činnosti	627 (68 %)	613 (66 %)
Chybí	1 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>929 (100 %)</b>	<b>929 (100 %)</b>

Také u této skupiny ubylo klientů, kteří nečerpali žádnou formu invalidního důchodu. K nárůstu došlo především mezi klienty, kteří čerpali invalidní důchod třetího stupně (tabulka č. 39).

Tabulka 39. Invalidní důchod

Kategorie	Vstup	6. měsíc
Žádný	305 (31 %)	254 (26 %)
I. Stupeň	59 (06 %)	69 (07 %)
II. Stupeň	67 (07 %)	74 (08 %)
III. Stupeň	544 (56 %)	579 (59 %)
Chybí	1 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>976 (100 %)</b>	<b>976 (100 %)</b>



Nejasná situace nastala v oblasti starobního důchodu, z dat vyplývá, že klientů, kteří pobírali starobní důchod během prvního půl roku ubylo, a to přibližně o jedno procento. Tuto skutečnost nelze vysvětlit pomocí možného úmrtí, proto se s největší pravděpodobností jedná o chybu v datech (tabulka č. 40).

Tabulka 40. Starobní důchod

Kategorie	Vstup	6. měsíc
Ano	89 (09 %)	79 (08 %)
Ne	888 (91 %)	899 (92 %)
Chybí	1 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>978 (100 %)</b>	<b>978 (100 %)</b>

Podle dat došlo asi ke dvouprocentnímu úbytku aktivně studujících (SŠ, VOŠ, VŠ). Je pravděpodobné, že aktivní studenti během sledovaného období studium dokončili, případně přerušili, nebo ukončili (tabulka č. 41).

Tabulka 41. Studium v současnosti

Kategorie	Vstup	6. měsíc
Ano	77 (08 %)	56 (06 %)
Ne	898 (92 %)	920 (94 %)
Chybí	1 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>976 (100 %)</b>	<b>976 (100 %)</b>

### 5.2.2 Výsledky po 12 měsících

V případě 12 měsíců trvající spolupráce klienta a CDZ je situace poněkud odlišná. Bylo možné pozorovat pozitivní a statisticky významnou změnu v oblasti globálního fungování (GAF), ale zlepšení v oblastech HoNOS a AQoL se v tomto případě nepotvrzuje (tabulka č. 42).

Tabulka 42. Výsledky psychodiagnostických nástrojů

	Vstup					12. měsíc				
	n	min	max	med	Prům	min	max	med	prům	p
<b>GAF</b>	134	21	92	47	48.8	21	82	52	52.3	<b>0.016</b>
<b>HoNOS</b>	508	0	31	10	9.82	0	23	9	9.43	0.231
<b>AQoL-8D</b>	291	23	100	62	63.3	21	100	63	63.1	0.552

V oblasti situace bydlení byl i přes to vývoj pozitivní a dále můžeme pozorovat znatelný úbytek klientů bez přístřeší. Při srovnání hodnoty v době vstupu s hodnotou v období 12. měsíce došlo ke snížení přibližně o 6 %. Výrazný byl naopak přírůstek v oblasti bydlení v nájmu, podíl klientů v této kategorii se zvětšil přibližně o 4 % (tabulka č. 43).





Tabulka 43. Situace v oblasti bydlení

Kategorie	Vstup	12. měsíc
Bez přístřeší	46 (08 %)	13 (02 %)
Institucionální	26 (04 %)	32 (05 %)
Dočasné	24 (04 %)	25 (04 %)
Chráněné bydlení	33 (05 %)	34 (06 %)
Nájemní bydlení	145 (24 %)	172 (28 %)
U příbuzných/známých	179 (29 %)	178 (29 %)
Vlastní byt	160 (26 %)	160 (26 %)
Chybí	1 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>614 (100 %)</b>	<b>614 (100 %)</b>

Situace v pracovní oblasti se z celkového pohledu aktivity klientů v podstatě nezměnila. Přesto došlo ke změnám v zastoupení jednotlivých kategorií, největší přírůstek je patrný v kategoriích práce na chráněném nebo otevřeném trhu práce, naopak ubylo dobrovolnické činnosti (tabulka č. 44).

Tabulka 44. Situace v pracovní oblasti

Kategorie	Vstup	12. měsíc
Dobrovolnická činnost	22 (04 %)	7 (01 %)
Chráněný pracovní trh	41 (07 %)	53 (09 %)
Otevřený trh (<20h/týden)	40 (07 %)	57 (10 %)
Otevřený trh (>20h/týden)	33 (06 %)	41 (07 %)
Chráněný + otevřený trh (<20h/týden)	11 (02 %)	11 (02 %)
Chráněný + otevřený trh (>20h/týden)	12 (02 %)	7 (01 %)
D + CHTP + OTP (>20h/týden)	19 (03 %)	3 (01 %)
Jiné	5 (01 %)	6 (01 %)
Bez dobrovol. nebo prac. činnosti	392 (68 %)	391 (68 %)
Chybí	1 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>576 (100 %)</b>	<b>576 (100 %)</b>

V oblasti invalidních důchodů došlo k nárůstu napříč všemi skupinami, kteří nějakou z forem této dávky nově pobírali. Nejvýraznější přírůstek (7 %) je patrný u kategorie invalidního důchodu třetího stupně (tabulka č. 45).

Tabulka 45. Invalidní důchod

Kategorie	Vstup	12. měsíc
Žádný	182 (30 %)	109 (18 %)
I. Stupeň	36 (06 %)	53 (09 %)
II. Stupeň	43 (07 %)	57 (09 %)
III. Stupeň	352 (57 %)	395 (64 %)
Chybí	1 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>614 (100 %)</b>	<b>614 (100 %)</b>



Také v případě časového rámce dvanácti měsíců bylo možné pozorovat výrazný úbytek klientů pobírajících starobní důchod (tabulka č. 46). Tento výsledek je těžko interpretovatelný a pravděpodobně se jedná o chybu v datech.

Tabulka 46. Starobní důchod

Kategorie	Vstup	12. měsíc
Ano	73 (12 %)	44 (07 %)
Ne	539 (88 %)	569 (93 %)
Chybí	1 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>613 (100 %)</b>	<b>613 (100 %)</b>

Stejně jako o jiných skupin bylo možné v horizontu 12 měsíců od začátku spolupráce pozorovat značný úbytek v oblasti aktivně studujících klientů (tabulka č. 47).

Tabulka 47. Studium aktuálně

Kategorie	Vstup	12. měsíc
Ano	64 (10 %)	24 (04 %)
Ne	546 (90 %)	587 (96 %)
Chybí	1 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>611 (100 %)</b>	<b>611 (100 %)</b>

### 5.2.3 Výsledky po 18 měsících

V rámci období 18 měsíců došlo podle získaných dat ke zlepšení v oblasti globálního fungování (GAF). Je patrné, že popisovaná skupina klientů vstoupila do CDZ v podstatě na začátku pilotního provozu a mohlo se jednat o klienty s relativně horším zdravotně sociálním profilem. Průměrná vstupní hodnota GAF byla u této skupiny spíše nízká (49,1). Zatímco v oblasti globálního fungování tedy bylo možné pozorovat pozitivní změnu, zlepšení v oblastech HoNOS a AQoL-8D se dále nepotvrzuje (tabulka č. 48). V případě AQoL-8D se dokonce zdá, že signifikantní zlepšení, ke kterému u této skupiny došlo v 6. měsíci (tabulka č. 33) se nedaří dále udržet a hodnota se v podstatě vrací na původní úroveň na vstupu.

Tabulka 48. Výsledky psychodiagnostických nástrojů

	Vstup					18. měsíc				
	n	min	max	med	prům	min	max	med	prům	p
<b>GAF</b>	71	22	74	48	49.1	21	86	52	53.6	<b>0.024</b>
<b>HoNOS</b>	282	0	40	10	10.04	0	26	10	9.94	0.785
<b>AQoL-8D</b>	154	29.6	100	62	63.5	26	100	63	62.0	0.933

Během období 18. měsíců došlo k výraznému zlepšení z pohledu situace bydlení. Po 18. měsících téměř vymizeli klienti bez přístřeší, v kategoriích institucionálního a nájemního bydlení naopak došlo k nárůstu (tabulka č. 49).



Tabulka 49. Situace v oblasti bydlení

Kategorie	Vstup	18. měsíc
Bez přístřeší	26 (07 %)	1 (00 %)
Institucionální	19 (05 %)	32 (09 %)
Dočasné	12 (03 %)	15 (04 %)
Chráněné bydlení	21 (06 %)	16 (04 %)
Nájemní bydlení	88 (24 %)	109 (30 %)
U příbuzných/známých	110 (30 %)	103 (28 %)
Vlastní byt	87 (24 %)	89 (24 %)
Chybí	2 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>365 (100 %)</b>	<b>365 (100 %)</b>

Z pohledu situace v pracovní oblasti můžeme po 18. měsících spolupráce pozorovat spíše menší změny, celkový počet klientů vykonávajících určitou činnost, respektive bez pracovní nebo dobrovolnické činnosti, se v podstatě nemění (tabulka č. 50).

Tabulka 50. Situace v pracovní oblasti

Kategorie	Vstup	18. měsíc
Dobrovolnická činnost	15 (05 %)	4 (01 %)
Chráněný pracovní trh	33 (10 %)	41 (12 %)
Otevřený trh (<20h/týden)	20 (06 %)	24 (07 %)
Otevřený trh (>20h/týden)	17 (05 %)	19 (06 %)
Chráněný + otevřený trh (<20h/týden)	4 (01 %)	7 (02 %)
Chráněný + otevřený trh (>20h/týden)	6 (02 %)	4 (01 %)
D + CHTP + OTP (>20h/týden)	10 (03 %)	1 (00 %)
Jiné	2 (01 %)	5 (02 %)
Bez dobrovol. nebo prac. činnosti	220 (67 %)	224 (68 %)
Chybí	2 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>329 (100 %)</b>	<b>329 (100 %)</b>

K výrazné změně došlo v oblasti invalidních důchodů, podíl klientů, kteří nepobírali žádnou formu této podpory, se snížil z 28 % na polovinu, tedy 14 %. Největší podíl klientů (8 %) naopak přibyl v kategorii invalidního důchodu třetího stupně (tabulka č. 51).

Tabulka 51. Invalidní důchod

Kategorie	Vstup	18. měsíc
Žádný	103 (28 %)	52 (14 %)
I. Stupeň	19 (05 %)	35 (10 %)
II. Stupeň	21 (06 %)	28 (08 %)
III. Stupeň	219 (60 %)	249 (68 %)
Chybí	2 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>364 (100 %)</b>	<b>364 (100 %)</b>



V oblasti starobních důchodů i u této skupiny došlo k těžko pochopitelnému úbytku klientů, kteří tuto dávku pobírali (tabulka č. 52). Opět se přikláníme k možnosti, že se jedná o chybu v datech.

Tabulka 52. Starobní důchod

Kategorie	Vstup	18. měsíc
Ano	41 (11 %)	26 (07 %)
Ne	320 (89 %)	337 (93 %)
Chybí	2 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>363 (100 %)</b>	<b>363 (100 %)</b>

Z dat také vyplývá, že k výraznému úbytku došlo v kategorii aktivně studujících klientů. Zdá se, že počet studujících (SŠ, VOŠ, VŠ) se snížil téměř o 10 % (tabulka č. 53). Je pravděpodobné, že někteří klienti studium v průběhu daného období dokončili, případně přerušili či ukončili.

Tabulka 53. Studium aktuálně

Kategorie	Vstup	18. měsíc
Ano	44 (12 %)	12 (03 %)
Ne	317 (88 %)	351 (97 %)
Chybí	2 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>363 (100 %)</b>	<b>363 (100 %)</b>

## 6 Bezpečí klientů i veřejnosti (evaluační okruh 3)

### Evaluační otázka:

#### **Služby CDZ přispějí k bezpečí klientů i veřejnosti**

Vyhodnocení tohoto okruhu je založeno na základě dat HoNOS a také pomocí informací o suicidálních pokusech, které byly součástí doplňující sady dotazů. V případě HoNOS se přihlíží konkrétně ke dvěma dimenzím:

#### 1) *Hyperaktivní, agresivní, rušivé nebo agitované chování*

Jednotlivé položky 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“. HoNOS se zaměřuje na hodnocení období posledních 14 dnů.

#### 2) *Úmyslné sebepoškozování*

Stejně jako v případě předchozí dimenze může položka nabývat hodnot 0-4, kde 0 značí „žádný problém“ a 4 „vážný sebevražedný pokus nebo vážné úmyslné sebepoškození během hodnoceného období“. Opět je hodnoceno období minulých dnů.



Zatímco v doméně hyperaktivního, agresivního a rušivého chování nebyl při porovnání hodnot na vstupu a při ukončení zjištěn signifikantní rozdíl (tabulka č. 51), v případě úmyslného sebepoškozování došlo ke statisticky významné redukci.

Tabulka 54. Vybrané domény HoNOS

	Vstup					Ukončení				
	n	min	max	med	Prům	min	max	med	prům	p
Hyperaktivní, agresivní... ch.	202	0	3	0	0.36	0	3	0	0.26	0.121
Úmyslné sebepoškozování	202	0	4	0	0.25	0	2	0	0.11	<b>0.022</b>

Informaci o sebevražedném jednání (sebevražedných pokusech) uvádíme v tabulkách č. 55-57. Je patrné, že v průběhu spolupráce s CDZ má ukazatel spíše sestupnou tendenci.

Tabulka 55. Sebevražedné pokusy v předchozím půl roce

Počet pokusů	Vstup	6. měsíc
0	604 (97 %)	608 (98 %)
1	11 (02 %)	10 (02 %)
2	4 (01 %)	2 (00 %)
3	1 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>620 (100 %)</b>	<b>620 (100 %)</b>

Tabulka 56. Sebevražedné pokusy v předchozím roce

Počet pokusů	Vstup	12. měsíc
0	355 (98 %)	357 (98 %)
1	4 (01 %)	3 (01 %)
2	2 (01 %)	3 (01 %)
3	1 (00 %)	0 (00 %)
Chybí	1 (00 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>363 (100 %)</b>	<b>363 (100 %)</b>

Tabulka 57. Sebevražedné pokusy v předchozím roce a půl

Počet pokusů	Vstup	18. měsíc
0	109 (98 %)	108 (97 %)
1	1 (01 %)	3 (03 %)
3	1 (01 %)	0 (00 %)
<b>Celkem</b>	<b>111 (100 %)</b>	<b>111 (100 %)</b>



## 7 Návaznost služeb (evaluační okruh 4)

### **Evaluační otázka:**

#### ***Zlepší se návaznost služeb pro osoby se SMI***

V kapitole č. 3 tohoto textu (CDZ v síti služeb) uvádíme, z jakých zdrojů klienti přišli a jakým způsobem ukončili spolupráci s CDZ, respektive kam a do jaké služby odešli. Tento přehled nám dává informaci, že CDZ jsou do značné míry napojena na systém dalších služeb. Zároveň, jak už bylo zmíněno, CDZ ve fázi startu začínala s různě velkou základnou klientů, kteří již dříve čerpali část služeb (zdravotní nebo sociální, nebo v určité míře obě části). Lepší představu o této oblasti by mohla přinést analýza založená na komplexnějším datasetu z NRHZS, které se v této zprávě nevěnujeme. Souhrnné vyhodnocení očekáváme v rámci evaluace třetí vlny CDZ.



## Diskuze a závěr

Důležitou otázkou při interpretaci uvedených výsledků je úplnost získaných dat. Je patrné, že značná část záznamů není kompletní. Tato skutečnost nicméně není překvapivá. Klientů, kteří byli identifikováni pomocí rodného čísla a kterým byl v rámci spolupráce s CDZ vytvořen záznam v NRHZS a zároveň u nich nebyla provedena administrace evaluační baterie, je podle dostupných dat přibližně polovina. Tento stav může být z pohledu klienta i CDZ jako zdravotnického zařízení zcela legitimní.

Zároveň je patrné, že návratnost dat z různých nástrojů i jednotlivých center se výrazně liší. V případě HoNOS se pohybuje na úrovni 52 %, v případě AQoL je to 40 % a v případě GAF pouhých 15 %. Pokud jde o GAF, je evidentní, že pouze tři CDZ poskytla přibližně tři čtvrtiny všech záznamů. Předpokládáme, že výsledky touto skutečností nejsou systematicky ovlivněny, přesto je patrné, že výpovědní hodnota může být v takovém případě omezena.

Je nutné připustit, že nastavený systém sběru dat vytvořil značný prostor pro lidskou chybu. Především pro centra bez odpovídajícího softwarového vybavení mohlo vykazování evaluačních dat přinášet značné administrativní náklady. Dále je evidentní, že v době zahájení pilotního provozu neměl menší počet zdravotních pojišťoven optimalizovaný systém pro vykazování kompletní evaluační baterie a k chybám mohlo docházet také v této oblasti. U kategoriálních dat (jako například informace čerpání starobního důchodu) je patrný efekt postupného zácvičení systému vykazování – to znamená, že reálně mohlo docházet k odchylkám v úvodu a závěru projektu a tyto odchylky se mohly promítnout do výsledků longitudinálních srovnání.

Komplikace se objevily také při analýze. Vzhledem ke značným odlišnostem v praxi vykazování jednotlivých center například nebylo možné jednoznačně určit vstup klienta do CDZ, za tímto účelem bylo stanoveno kritérium pěti dnů v kontaktu a vykazování některého z výkonů pro GAF.

I přes uvedené problémy se podařilo vytvořit analýzu, jejíž výsledky lze označit za relevantní a věrohodné. Dle dostupných dat CDZ jednoznačně přispěla k redukci hospitalizačních dnů jejich klientů a tím aktivně napomohla k deinstitucionalizaci psychiatrické péče. Pozitivní dopady byly v krátkodobém horizontu zjištěny také v oblastech problémů a kvality života související se zdravím a dlouhodobě přispěly ke zvýšení úrovně globálního fungování příjemců péče. Pozitivní dopady byly popsány také na úrovni bydlení, situace v pracovní oblasti a sociálního zabezpečení. CDZ také přispěla k bezpečí jejich klientů a lepší provázanosti zdravotních, sociálních a dalších relevantních služeb. Tyto závěry by bylo vhodné dále ověřit a rozpracovat, případně replikovat.



## Zdroje

Hall RC. Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics* 1995; 36 (3): 267-275.

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.

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.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Malý průvodce centry duševního zdraví 2020. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/we-pub/15623/38543/Maly\\_pruvodce\\_CDZ.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/we-pub/15623/38543/Maly_pruvodce_CDZ.pdf).

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Manuál evaluace CDZ 2018. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/materialy-pro-prijemce-dotace-z-programu-podpory-center-dusevniho-zdravi-2/>.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Věstník č. 8/2021 2021. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-8-2021>.

Pěč O, Čechová D, Pěčová J, Dragomirecká 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.

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.