



Zpráva z dopadové kvantitativní evaluace projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III

Zpracovali:

Ondřej Krupčík

Pavel Říčan

Jitka Soukupová



Obsah

Seznam použitých zkratk	3
Hlavní zjištění	4
Úvod	5
1 Použité metody	6
1.1 Standardizované nástroje	6
1.2 Participanti a sběr dat	7
1.3 Zpracování a analýza	8
2 Charakteristiky příjemců péče	8
3 CDZ v síti služeb	14
4 Hospitalizační dny (evaluační okruh 1)	16
5 Kvalita života (evaluační okruh 2)	18
5.1 Výsledky po 6 a 12 měsících čerpání služby	18
5.1.1 Výsledky po 6 měsících	19
5.1.2 Výsledky po 12 měsících	21
6 Bezpečí klientů i veřejnosti (evaluační okruh 3)	24
7 Návaznost služeb (evaluační okruh 4)	25
7.1 Čerpání služeb po propuštění z PN v souvislosti se službou CDZ	25
Diskuze a závěr	27
Zdroje	28



Seznam použitých zkratk

ACT	Assertive community treatment
AQoL	The Assessment of Quality of Life
CDZ	Centrum duševního zdraví
DK	Dny kontaktu
FACT	Flexible assertive community treatment
F1	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F2	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F3	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F4	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F6	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F7	Mentální retardace
F9	Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
KS	Kontrolní skupina
MERRPS	Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NRHZS	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OD	Ošetřovací dny
PN	Psychiatrická nemocnice
SMI	Severe mental illness
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR



Hlavní zjištění

Příjemci péče pilotního provozu center duševního zdraví, které vznikly v rámci projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III (dále jen „CDZ III“) tvořili heterogenní skupinu celkem 935 osob. Převážně se jednalo o osoby v produktivním věku, zastoupení obou pohlaví bylo vyrovnané. Vzdělání většiny klientů bylo na úrovni střední školy nebo odborného učiliště. Asi 25 % klientů vykonávalo v okamžiku navázání spolupráce pracovní nebo dobrovolnickou činnost, přibližně 65 % pobíralo některou z forem invalidního důchodu a zhruba 8 % bylo v procesu aktivního studia. Větší část klientů (téměř 90 %) bydlela ve vlastním, případně pronajatém bytě, nebo u příbuzných. V menší míře byli zastoupeni také klienti bez domova, což naznačuje, že CDZ jsou schopna pracovat i s touto cílovou skupinou, což se v pilotních projektech CDZ I a CDZ II neprokázalo.

Z hlediska diagnostického převažovaly osoby s diagnózou z okruhu F2 (schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy). Tento okruh zastupovalo téměř 60 % případů. Ve více než 40 % případů trvala psychiatrická diagnóza déle než 10 let, asi u 5 % se jednalo o dobu kratší než jeden rok. Přibližně 15 % klientů doposud nepodstoupilo psychiatrickou hospitalizaci. Zdrojem největší části klientů byly psychiatrické ambulance a lůžková psychiatrická zařízení (v obou případech asi 20 %). Také se ukázalo, že do CDZ je přijímáno přibližně stejné množství osob na základě kontaktu z lůžkového zařízení (18%) a z běžného prostředí (17%). CDZ tak pravděpodobně zvyšuje dostupnost služeb péče o duševní zdraví.

U příjemců podpory CDZ (týká se klientů CDZ I, CDZ II a CDZ III) se při porovnání období jednoho roku před zahájením spolupráce s CDZ s obdobím jednoho roku po vstupu snížil počet dnů na psychiatrickém lůžku o 67 %. U kontrolní skupiny byl úbytek 56 %. V průměru byl počet hospitalizačních dní u skupiny CDZ (18,5) nižší o 5,7 dne při porovnání s kontrolní skupinou (24,2). Úbytek byl více patrný u skupiny, která do CDZ vstoupila z hospitalizace. Během šesti měsíců čerpání služby byla zaznamenána pozitivní změna v doménách globálního fungování, problémů souvisejících s duševním zdravím i příjemcem reportované kvality života. Další analýzy ukázaly, že u pacientů propuštěných z dlouhodobé hospitalizace, kteří následně navázali spolupráci s CDZ, došlo v průměru ke snížení průměrné doby ošetrovacích dní na lůžkových zařízeních, a naopak došlo k výraznějšímu čerpání služeb ambulantního typu.



Úvod

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

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

Běžný název CDZ	Období pilotního provozu
Beskydské CDZ	1. 7. 2020 – 31. 12. 2021
CDZ Ostrava	1. 8. 2020 – 31. 1. 2022
CDZ Olomouc	1. 9. 2020 – 28. 2. 2022
CDZ Ústí nad Labem	1. 10. 2020 – 31. 3. 2022
CDZ Chrudim	1. 11. 2020 – 30. 4. 2022
CDZ Brandýsko	1. 11. 2020 – 30. 4. 2022
CDZ Fénix	1. 11. 2020 – 30. 4. 2022
CDZ Klatovy	1. 1. 2021 – 30. 6. 2022

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. Například lze uvést model známý jako Asertivní komunitní léčba (Assertive community treatment – ACT) nebo jeho holandskou variantu (Flexible assertive community treatment – FACT). Dalším zásadním inspiračním zdrojem bylo uspořádání komunitního centra v italském Trieste. Standard CDZ (oficiálně „Standard péče 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 byla spuštěna v červenci roku 2018. Od roku 2019 postupně navázala centra podpořená z projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví II a v průběhu roku 2020 byl zahájen provoz prvních center na základě projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III. Od Center duševního zdraví se očekává, že ve srovnání se stavem před jejich spuštěním zásadním způsobem doplní systém péče o duševní zdraví v ČR. 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, jakým způsobem bude nastavena evaluace, 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 podpory CDZ. 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 Socio Factor s.r.o. na základě veřejné zakázky. Výsledky této části evaluace byly prezentovány v závěrečné evaluační zprávě. Kvantitativní dopadovou evaluaci realizovali v úzké návaznosti evaluační 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. 7. 2020 - 31. 12. 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 Standardizované 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 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 a jeho vyplnění mohou odmítnout.

1.2 Participanti a sběr dat

Cílovou skupinu CDZ tvořily 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)¹;
 - b) trvání onemocnění (déle než 2 roky);
 - c) funkční narušení (skóre GAF <70², 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“).

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.

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

² Na základě nového Standardu služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI) byla hodnota snížena na 60. Center ve fázi pilotu by se tato změna neměla dotknout.



Základní přehled validních záznamů v NRHZS uvádíme v tabulce č. 2. Je patrné, že četnost klientů z jednotlivých center se v některých případech až násobně lišila. Jako kritérium zahájení spolupráce s CDZ byla v návaznosti na předchozí evaluační aktivity stanoveno kritérium alespoň pěti dní kontaktu a byla u nich vykázána hodnota GAF, tedy (5 DK + GAF). Lze předpokládat, že tito klienti službu využili v rozsahu, který mohl mít reálný dopad na stav jejich onemocnění.

Tabulka 2. Přehled klientů z jednotlivých CDZ

Zařízení	Všichni	5 DK + GAF
CDZ anonym č. 1	108	49 (45 %)
CDZ anonym č. 2	87	58 (67 %)
CDZ anonym č. 3	59	35 (59 %)
CDZ anonym č. 4	138	119 (86 %)
CDZ anonym č. 5	148	67 (45 %)
CDZ anonym č. 6	191	125 (65 %)
CDZ anonym č. 7	138	79 (57 %)
CDZ anonym č. 8	66	52 (79 %)
Celkem	935	584 (62 %)

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. a 12. měsíc). 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 935 klientů, kteří v období 1. 7. 2020 - 31. 12. 2021 (18 měsíců) v nějakém rozsahu využili služby osmi evaluovaných CDZ, to znamená v průměru téměř 120 klientů na jedno centrum.

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

- 1) Všichni klienti, kteří byli v CDZ identifikováni pomocí rodného čísla a byl u nich vykázán alespoň jeden záznam na zdravotní pojišťovnu. Přibližně u 20–40 % případů nejsou k dispozici podrobnější sociodemografické údaje – jedná se o klienty, kteří sice využili služeb CDZ, ale spíše v malém rozsahu a nebyla u nich administrována evaluační baterie.
- 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 vykázán alespoň jeden zdravotnický výkon



a také alespoň jeden z výkonů číslo 99711³ nebo 99713⁴, přičemž druhý uvedený výkon nevyjadřuje hodnotu, ale dává informaci o provedené administraci. Splnění tohoto kritéria je pro potřeby evaluace považováno za přijetí do služby.

V následující části textu uvádíme hodnoty pro obě skupiny. Toto srovnání umožňuje porovnat případné rozdíly mezi základním vzorkem všech klientů a výběrem vytvořeným na základě uvedených kritérií (5 DK + GAF). Dále uvedené interpretace se vztahují zejména ke druhé z uvedených skupin, tedy (5 DK + GAF), kterou považujeme za více relevantní vzhledem k povaze služby CDZ a jejích dopadů.

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
Muž	466 (50 %)	280 (48 %)
Žen	469 (50 %)	304 (52 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

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
16-17	2 (00 %)	2 (00 %)
18-44	522 (56 %)	322 (55 %)
45-64	368 (39 %)	242 (41 %)
65+	43 (05 %)	18 (03 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

Vzdělání většiny klientů se pohybovalo na úrovni odborného učiliště (38 %), střední nebo vyšší odborné školy (30 %). Klienti se základním vzděláním byli zastoupeni přibližně ve 21 % případů. Klientů se vzděláním na úrovni vysoké školy bylo okolo 11 % (tabulka č. 5).

Tabulka 5. Nejvyšší dosažené vzdělání

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF
ZŠ (i nedokončené)	129 (14 %)	123 (21 %)
Vyučen, SŠ bez maturity	235 (25 %)	220 (38 %)
SŠ, VOŠ	190 (20 %)	173 (30 %)
VŠ	72 (08 %)	67 (11 %)
Chybí	309 (33 %)	1 (00 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

³ (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON - GAF SYMPTOMY

⁴ (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON - BYL GAF VYPLNĚN



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). Objevili se také klienti nad rámec skupin F2, F3, eventuálně F4 a F6, ale byli zastoupeni méně. 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
F1	4 (00 %)	4 (01 %)
F2	378 (40 %)	334 (57 %)
F3	148 (16 %)	127 (22 %)
F4	46 (05 %)	39 (07 %)
F6	85 (09 %)	72 (12 %)
F7	3 (00 %)	2 (00 %)
F9	20 (02 %)	4 (01 %)
chybí	251 (27 %)	2 (00 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

Ukazuje se, že CDZ ve značné míře pracovala s dlouhodobě léčenými klienty, asi 42 % z nich mělo trvání psychiatrické diagnózy delší než deset let. Vedle toho u zhruba u 11 % 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
0	37 (04 %)	31 (05 %)
1	37 (04 %)	33 (06 %)
2-4	89 (10 %)	82 (14 %)
5-9	96 (10 %)	93 (16 %)
10+	266 (28 %)	247 (42 %)
chybí	410 (44 %)	98 (17 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

Realizaci včasné intervence potvrzuje také tabulka č. 8. Asi 14 % 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
0	92 (10 %)	82 (14 %)
1	86 (09 %)	78 (13 %)
2-4	146 (16 %)	136 (23 %)
5-9	112 (12 %)	104 (18 %)
10+	78 (08 %)	75 (13 %)
Chybí	421 (45 %)	109 (19 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

Během jednoho roku předcházejícího spolupráci více než třetina pacientů nebyla psychiatricky hospitalizovaná. Méně než třetina byla v hospitalizaci nejdéle tři měsíce (tabulka č. 9). Byla zohledněna data za období rok před vstupem klienta do CDZ, a to do konce roku 2021.

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

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF
0	294 (31 %)	214 (37 %)
1-29	124 (13 %)	83 (14 %)
30-90	149 (16 %)	90 (15 %)
91-181	86 (09 %)	49 (08 %)
182+	75 (08 %)	38 (07 %)
Chybí	207 (22 %)	110 (19 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

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 konce roku 2021.

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

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF
0	93 (10 %)	65 (11 %)
1-29	108 (12 %)	71 (12 %)
30-181	314 (34 %)	206 (35 %)
182-729	158 (17 %)	99 (17 %)
730+	55 (06 %)	33 (06 %)
Chybí	207 (22 %)	110 (19 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)



Přibližně 21 % klientů neprošlo psychiatrickou hospitalizací a přibližně jedna třetina uvedla, že předchozí hospitalizace skončila nejpozději pět měsíců před zahájením spolupráce.

Tabulka 11. Doba od poslední psychiatrické hospitalizace v měsících

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF
Bez hosp.	134 (14 %)	120 (21 %)
0-5	168 (18 %)	157 (27 %)
6-23	91 (10 %)	89 (15 %)
24-59	66 (07 %)	58 (10 %)
60+	53 (06 %)	49 (08 %)
Chybí	423 (45 %)	111 (19 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

Většina klientů byla v době prvního kontaktu bez omezení svéprávnosti (tabulka č. 12).

Tabulka 12. Omezení svéprávnosti

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF
Ano	75 (08 %)	71 (12 %)
Ne	551 (59 %)	512 (88 %)
Chybí	309 (33 %)	1 (00 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

Spíše ojediněle byli ve vzorku zastoupeni klienti s aktuální soudem nařízenou ochrannou léčbou. Podle dostupných dat bylo jejich zastoupení 3–6 procent, přičemž převažovali klienti s ambulantní formou nařízené ochranné léčby (tabulka č. 13).

Tabulka 13. Soudně nařízená ochranná léčba v současnosti

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF
Ne	591 (63 %)	549 (94 %)
Ambulantní	30 (03 %)	30 (05 %)
Ústavní	4 (00 %)	4 (01 %)
Chybí	310 (33 %)	1 (00 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

Více než polovina klientů k bydlení využívala nájemní byt, nebo byt v osobním vlastnictví (tabulka č. 14). Asi třetina byla ubytovaná u příbuzných nebo známých. Klienti bez přístřeší byli zastoupeni v nižších jednotkách procent. Zjištění naznačuje, že CDZ jsou schopna pracovat i s touto cílovou skupinou, což se v pilotních projektech CDZ I a CDZ II neprokázalo.



Tabulka 14. Aktuální situace v oblasti bydlení

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF
Bez přístřeší	9 (01 %)	9 (02 %)
Institucionální*	17 (02 %)	17 (03 %)
Dočasné	25 (03 %)	24 (04 %)
Chráněné bydlení	28 (03 %)	25 (04 %)
Nájemní bydlení	167 (18 %)	160 (27 %)
U příbuzných/známých	190 (20 %)	182 (31 %)
Vlastní byt	190 (20 %)	166 (28 %)
Chybí	309 (33 %)	1 (00 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

Pokud jde o situaci v pracovní oblasti, asi dvě třetiny klientů v okamžiku prvního kontaktu nevykonávaly žádnou dobrovolnickou nebo pracovní činnost, ať už na otevřeném nebo chráněném trhu práce (tabulka č. 15). 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.

Tabulka 135. Situace v pracovní oblasti

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF
Dobrovolnická činnost	4 (00 %)	4 (01 %)
Chráněný pracovní trh	31 (03 %)	31 (05 %)
Otevřený trh (<20h/týden)	39 (04 %)	34 (06 %)
Otevřený trh (>20h/týden)	83 (09 %)	72 (12 %)
Chráněný + otevřený trh (<20h/týden)	3 (00 %)	3 (01 %)
Chráněný + otevřený trh (>20h/týden)	3 (00 %)	2 (00 %)
D + CHTP + OTP (>20h/týden)	1 (00 %)	1 (00 %)
Jiné	6 (01 %)	5 (01 %)
Bez dobrovol. nebo prac. činnosti	424 (45 %)	399 (68 %)
Chybí	341 (36 %)	33 (06 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

Přibližně třetina klientů nečerpala v době zahájení spolupráce s CDZ žádnou formu invalidního důchodu. Zhruba polovina klientů pobírala v okamžiku vstupu do CDZ invalidní důchod III. stupně (tabulka č. 16).

Tabulka 146. Invalidní důchod

Celkem	Všichni	5 DK + GAF
Žádný	230 (25 %)	206 (35 %)
I. Stupeň	53 (06 %)	51 (09 %)
II. Stupeň	46 (05 %)	44 (08 %)
III. Stupeň	297 (32 %)	282 (48 %)
Chybí	309 (33 %)	1 (00 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)



Starobní důchod pobíraly na začátku spolupráce s CDZ asi 3 % klientů (tabulka č. 17). Tato skutečnost odpovídá věkovému profilu klientů.

Tabulka 17. Starobní důchod

Celkem	Všichni	5 DK + GAF
Ano	23 (02 %)	19 (03 %)
Ne	603 (64 %)	564 (97 %)
Chybí	309 (33 %)	1 (00 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

Aktuálně probíhající studium bylo evidováno u přibližně 9 % klientů (tabulka č. 18).

Tabulka 1815. Studium aktuálně

Celkem	Všichni	5 DK + GAF
Ano	55 (06 %)	54 (09 %)
Ne	571 (61 %)	529 (91 %)
Chybí	309 (33 %)	1 (00 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

3 CDZ v síti služeb

Jednou z důležitých otázek je, 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. 19. 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. Toto je důležité zjištění, které ukazuje, že do CDZ je přijímáno přibližně stejné množství osob na základě kontaktu z lůžkového zařízení (18%) a z běžného prostředí (17%). CDZ tak pravděpodobně zvyšuje dostupnost služeb péče o duševní zdraví. Mluvit o CDZ jako o následné péči (následující po hospitalizaci) by tedy neodpovídalo skutečnosti.



Tabulka 1916. Zdroje klienta při zahájení spolupráce

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF
Praktický lékař	7 (01 %)	5 (01 %)
Psychiatrická ambulance	121 (13 %)	118 (20 %)
Psychiatrická lůžková péče	112 (12 %)	104 (18 %)
Jiné zdravotnické zařízení	24 (03 %)	21 (04 %)
Městský úřad	7 (01 %)	6 (01 %)
Jiná instituce	10 (01 %)	9 (02 %)
Sociální služba	55 (06 %)	50 (09 %)
Aktivita okolí (soused, rodina aj.)	50 (05 %)	46 (08 %)
Aktivita klienta	52 (06 %)	48 (08 %)
Aktivně vyhledán CDZ	6 (01 %)	6 (01 %)
Přecházející klient/pacient	87 (09 %)	78 (13 %)
Chybí	404 (43 %)	93 (16 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)

Z pohledu okolností ukončení spolupráce tvořili nejvýraznější skupinu klienti, kteří v návaznosti na CDZ využili služeb psychiatrické ambulance nebo ambulance s rozšířenou péčí. Relevantní je také podíl klientů, kteří si nepřáli ve spolupráci dále pokračovat. Tuto skutečnost není možné chápat apriori negativně, může se jednat o pozitivní výsledek služby CDZ v souvislosti s naplněním terapeutické zakázky (tabulka č. 20).

Tabulka 2017. Okolnosti ukončení spolupráce

Kategorie	Všichni	5 DK + GAF
Praktický lékař	3 (00 %)	2 (00 %)
Psychiatrická/rozšířená amb.	36 (04 %)	25 (04 %)
CDZ v jiném regionu	15 (02 %)	9 (02 %)
Zařízení pro dlouhodobý pobyt	4 (00 %)	3 (01 %)
Dlouhodobá hospitalizace	1 (00 %)	1 (00 %)
Nepřeje si další spolupráci	23 (02 %)	21 (04 %)
Nezvěstný/bez kontaktu	2 (00 %)	1 (00 %)
Jiné	14 (01 %)	12 (02 %)
Chybí	837 (90 %)	510 (87 %)
Celkem	935 (100 %)	584 (100 %)



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 zařazeni klienti ze všech tří vln, tedy CDZ I, CDZ II a CDZ III. Konkrétně se jednalo o klienty, jejichž první kontakt s CDZ proběhl v letech 2018 až 2020. Jako kritérium vstupu do studie bylo stanoveno 5 a více dnů v kontaktu a vykazání některého z výkonů GAF. Do studie bylo zařazeno celkem 2660 klientů CDZ, jejich základní charakteristiky uvádíme v tabulce č. 21. Ve vzorku byli více zastoupeni muži a ve většině případů se jednalo o klienty s diagnózou z okruhu F2.

Tabulka 21. Základní charakteristiky klientů CDZ zařazených do studie

Kategorie	Počet, podíl
n	2660 (100 %)
Pohlaví	
muži	1384 (52 %)
ženy	1276 (48 %)
Základní diagnóza	
F1	162 (06 %)
F2	1658 (62 %)
F3	327 (12 %)
F4	237 (09 %)
F6	154 (06 %)
jiné	122 (05 %)

Podle dat klientů CDZ byla pomocí metody exaktního matchingu provedené 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, 3U8⁵.

Matching byl proveden na základě těchto proměnných a jejich kategorií:

- základní diagnóza (Fx, F2x)
- pohlaví (žena/muž)
- věk (17-34, 35-64, 65+)
- z hospitalizace (ano/ne)
- hospitalizační dny v předchozích pěti letech (0, 1-90, 91-364, 365+)
- hospitalizační dny v předchozím roce (0, 1-90, 91+)
- délka předchozí hospitalizace (0, 1-181, 182+)

⁵ 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 2660 bylo do další analýzy zařazeno 2319 (87 %) klientů a celkem 341 (13 %) bylo vyřazeno.

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 z 143 277 na 42 992 (-67 %). V případě kontrolní skupiny byl zjištěn úbytek z 129 019 na 56 138 (-56 %). V průměru je počet hospitalizačních dní v období „rok po“ u skupiny CDZ nižší zhruba o 6 dní při porovnání s kontrolní skupinou (tabulka č. 22).

Tabulka 18. Změna hospitalizačních dnů

	CDZ		KS	
	rok před	rok po	rok před	rok po
Min	0	0	0	0
1. kvartil	0	0	0	2.6
Medián	21.0	0	25.2	12.4
Průměr	61.8	18.5	55.6	24.2
3. kvartil	79.0	9.0	52.2	32.8
Max	365	324	364	251

Úbytek hospitalizačních dní byl pochopitelně výraznější u všech klientů, kteří přišli z hospitalizace. U skupiny klientů CDZ byl v porovnání s kontrolní skupinou počet hospitalizačních dnů v období „rok po“ průměru nižší o 27,1 dne (tabulka č. 23).

Tabulka 19. Změna hospitalizačních dnů rozdělení podle zdroje klienta

	Z hospitalizace				Odjinud			
	CDZ		KS		CDZ		KS	
	před	po	před	po	před	po	před	po
n	541				1778			
průměr	149.1	25.2	128.0	52.3	35.2	16.5	34.3	15.6
suma	80 654	13 629	69 237	28 287	62 623	29 363	60 947	27 753
změna		-83.1 %		-59.1 %		-53.1 %		-54.4 %
p				< 0.000				



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 rámci evaluace CDZ III se zabýváme změnami u příjemců péče po 6 a 12 měsících spolupráce. Na rozdíl od evaluace CDZ I a CDZ II se text nevěnuje skupině, která ukončila spolupráci, protože daných klientů byl podle dostupných dat nízký počet. Pro uvedené výsledky 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 2-3) jsou zahrnuti pouze klienti třetí vlny center duševního zdraví (CDZ III).

5.1 Výsledky po 6 a 12 měsících čerpání služby

V následující podkapitole jsou prezentovány výsledky klientů v období 6 a 12 měsíců od okamžiku vstupu. Nebylo zohledněno případné ukončení spolupráce ani to, že proces vstupu je průběžný a u části klientů zatím neproběhla další měření.

V tabulce č. 33 uvádíme souhrn výsledků standardizovaných nástrojů. Návratnost jednotlivých nástrojů se výrazně liší. Zatímco data HoNOS jsou v době vstupu k dispozici v případě 438 klientů, u AQoL-8D je to 327 a u GAF 176, tedy výrazně méně. Klientů, kteří absolvovali další navazující kola měření (6., 12.) pochopitelně ubývá.

Tabulka 20. Souhrn výsledků standardizovaných nástrojů

	n	Vstup	6. měsíc	12. měsíc
GAF	176	51.6		
	33	50.7	56.2 (0.010)	
HoNOS	438	11.2		
	196	11.1	9.9 (0.006)	
	63	10.5	9 (0.078)	10.0 (0.626)
AQoL-8D	327	57,3		
	127	55,9	58.8 (0.052)	
	41	54,3	59.7 (0.042)	58 (0.138)



5.1.1 Výsledky po 6 měsících

Pokud srovnáme situaci na vstupu se situací v 6. měsíci čerpání služby, můžeme pozorovat signifikantní zlepšení ve všech oblastech použitých standardizovaných nástrojů, tj. globálního fungování, problémů souvisejících s duševním zdravím a příjemcem reportované kvality života (tabulka č. 34).

Tabulka 21. Výsledky standardizovaných nástrojů

	vstup					6. měsíc				
	n	min	max	med	prům	min	max	med	prům	p
GAF	33	32.0	66.0	52	50.7	21.0	78.0	58	56.2	0.010
HoNOS	196	0.0	24.0	11.0	11.1	1.0	22.0	9.0	9.9	0.006
AQoL-8D	127	23.2	91.5	54.9	55.9	22.5	95.1	59.2	58.8	0.052

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

Tabulka 22. Výsledky v jednotlivých doménách HoNOS

Doména HoNOS	Vstup	6. měsíc
Hyperaktivní, agresivní, rušivé chování	0.34	0.35 (0.520)
Úmyslné sebepoškozování	0.31	0.18 (0.142)
Alkohol, drogy	0.18	0.19 (0.748)
Kognitivní problémy	1.24	1.09 (0.083)
Tělesná nemoc nebo postižení	0.98	0.92 (0.724)
Halucinace, bludy	0.74	0.73 (0.707)
Depresivní nálada	1.39	1.21 (0.055)
Jiné psychické problémy a poruchy chování	1.91	1.73 (0.104)
Problémy se vztahy	1.71	1.57 (0.178)
Problémy s každodenními činnostmi	1.49	1.36 (0.173)
Problémy s podmínkami bydlení	0.49	0.30 (0.004)
Problémy se zapojením a dalšími činnostmi	0.34	0.21 (0.032)

Ke zlepšení došlo ve většině domén AQoL-8D, nicméně signifikantní rozdíly byly přítomné pouze v doméně duševního zdraví (tabulka č. 36).

Tabulka 23. Výsledky v jednotlivých doménách AQoL-8D

Doména AQoL-8D	Vstup	6. měsíc
Samostatné bydlení	64.8	67.5 (0.215)
Smysly	75.3	74.8 (0.839)
Bolest	66.7	67.9 (0.596)
Duševní zdraví	52.1	56.6 (0.024)
Štěstí	45.8	48.8 (0.120)
Vlastní hodnota	47.6	52.0 (0.076)
Zvládání	44.8	47.6 (0.140)
Vztahy	55.5	57.9 (0.172)

V oblasti bydlení (tabulka č. 37) nedošlo po šesti měsících k výraznějším změnám.



Tabulka 24. Situace v oblasti bydlení

Kategorie	Vstup	6. měsíc
Bez přístřeší	2 (01 %)	2 (01 %)
Institucionální	8 (03 %)	16 (06 %)
Dočasné	7 (03 %)	7 (03 %)
Chráněné bydlení	11 (04 %)	10 (04 %)
Nájemní bydlení	78 (30 %)	76 (29 %)
U příbuzných/známých	74 (29 %)	69 (27 %)
Vlastní byt	79 (31 %)	79 (31 %)
Celkem	259 (100 %)	259 (100 %)

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

Tabulka 25. Situace v pracovní oblasti

Kategorie	Vstup	6. měsíc
Dobrovolnická činnost	2 (01 %)	1 (00 %)
Chráněný pracovní trh	12 (05 %)	12 (05 %)
Otevřený trh (<20h/týden)	16 (06 %)	29 (11 %)
Otevřený trh (>20h/týden)	33 (13 %)	32 (13 %)
Chráněný + otevřený trh (<20h/týden)	2 (01 %)	1 (00 %)
D + CHTP + OTP (>20h/týden)	1 (00 %)	0 (00 %)
Jiné	1 (00 %)	2 (01 %)
Bez dobrovol. nebo prac. činnosti	186 (74 %)	176 (70 %)
Celkem	253 (100 %)	253 (100 %)

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

Tabulka 26. Invalidní důchod

Kategorie	Vstup	6. měsíc
Žádný	81 (31 %)	82 (32 %)
I. Stupeň	27 (10 %)	20 (08 %)
II. Stupeň	19 (07 %)	25 (10 %)
III. Stupeň	131 (51 %)	131 (51 %)
Celkem	258 (100 %)	258 (100 %)

Z dat vyplývá, že počet klientů, kteří pobírali starobní důchod během prvního půl roku, se snížil, a to přibližně o jedno procento (tabulka č. 40).



Tabulka 27. Starobní důchod

Kategorie	Vstup	6. měsíc
Ano	12 (05 %)	10 (04 %)
Ne	247 (95 %)	249 (96 %)
Celkem	259 (100 %)	259 (100 %)

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

Tabulka 28. Studium v současnosti

Kategorie	Vstup	6. měsíc
Ano	25 (10 %)	23 (09 %)
Ne	234 (90 %)	236 (91 %)
Celkem	259 (100 %)	259 (100 %)

5.1.2 Výsledky po 12 měsících

V případě 12 měsíců trvající spolupráce klienta a CDZ je situace poněkud odlišná. Signifikantní zlepšení v oblastech HoNOS a AQoL se v tomto případě nepotvrzuje (tabulka č. 42).

Tabulka 29. Výsledky standardizovaných nástrojů

	Vstup					12. měsíc				
	n	min	max	med	Prům	Min	max	med	prům	p
HoNOS	63	0.0	24.0	10.0	10.5	2.0	20.0	9.0	10.0	0.626
AQoL-8D	41	30.3	78.9	57.7	54.3	33.8	89.4	59.9	58.0	0.138

Pokud jde o domény HoNOS, signifikantní zlepšení je přítomné pouze v doméně problémů se zapojením a dalšími činnostmi (tabulka č. 43).

Tabulka 43. Výsledky v jednotlivých doménách HoNOS

Doména HoNOS	Vstup	12. měsíc
Hyperaktivní, agresivní, rušivé chování	0.25	0.33 (0.408)
Úmyslné sebepoškozování	0.33	0.22 (0.560)
Alkohol, drogy	0.14	0.16 (0.794)
Kognitivní problémy	1.08	1.02 (0.679)
Tělesná nemoc nebo postižení	0.89	0.95 (0.637)
Halucinace, bludy	0.83	0.92 (0.401)
Depresivní nálada	1.38	1.24 (0.431)
Jiné psychické problémy a poruchy chování	1.87	1.83 (0.867)
Problémy se vztahy	1.52	1.57 (0.736)
Problémy s každodenními činnostmi	1.43	1.37 (0.865)
Problémy s podmínkami bydlení	0.46	0.27 (0.103)
Problémy se zapojením a dalšími činnostmi	0.27	0.11 (0.034)



Ke zlepšení došlo ve většině domén AQoL-8D, rozdíly ale nejsou signifikantní (tabulka č. 44).

Tabulka 44. Výsledky v jednotlivých doménách AQoL-8D

Doména AQoL-8D	Vstup	12. měsíc
Samostatné bydlení	62.7	66.0 (0.343)
Smysly	75.6	74.3 (0.567)
Bolest	66.1	72.1 (0.247)
Duševní zdraví	48.7	54.5 (0.140)
Štěstí	45.1	48.0 (0.458)
Vlastní hodnota	43.9	50.0 (0.160)
Zvládnání	44.9	47.8 (0.282)
Vztahy	54.9	57.5 (0.390)

V oblasti situace bydlení nedošlo v období 12. měsíců k výraznějším změnám (tabulka č. 45).

Tabulka 45. Situace v oblasti bydlení

Kategorie	Vstup	12. měsíc
Bez přístřeší	0 (00 %)	0 (00 %)
Institucionální	2 (02 %)	4 (05 %)
Dočasné	2 (02 %)	5 (06 %)
Chráněné bydlení	4 (05 %)	5 (06 %)
Nájemní bydlení	29 (33 %)	21 (24 %)
U příbuzných/známých	20 (23 %)	21 (24 %)
Vlastní byt	31 (35 %)	32 (36 %)
Celkem	88 (100 %)	88 (100 %)

Během dvanácti měsíců ubylo množství klientů bez pracovní nebo dobrovolnické činnosti (tabulka č. 46).

Tabulka 30. Situace v pracovní oblasti

Kategorie	Vstup	12. měsíc
Dobrovolnická činnost	0 (00 %)	1 (01 %)
Chráněný pracovní trh	4 (05 %)	10 (11 %)
Otevřený trh (<20h/týden)	6 (07 %)	8 (09 %)
Otevřený trh (>20h/týden)	8 (09 %)	6 (07 %)
Chráněný + otevřený trh (<20h/týden)	2 (02 %)	0 (00 %)
Bez dobrovol. nebo prac. činnosti	68 (77 %)	63 (72 %)
Celkem	88 (100 %)	88 (100 %)



V oblasti invalidních i starobních důchodů nedošlo k výraznějším změnám (tabulka č. 47 a č. 48.).

Tabulka 47. Invalidní důchod

Kategorie	Vstup	12. měsíc
Žádný	15 (17 %)	13 (15 %)
I. Stupeň	9 (10 %)	7 (08 %)
II. Stupeň	7 (08 %)	14 (16 %)
III. Stupeň	57 (65 %)	54 (61 %)
Celkem	88 (100 %)	88 (100 %)

Tabulka 48. Starobní důchod

Kategorie	Vstup	12. měsíc
Ano	0 (00 %)	1 (01 %)
Ne	88 (100 %)	87 (99 %)
Celkem	88 (100 %)	88 (100 %)

Stejně jako o jiných skupin bylo možné v horizontu 12 měsíců od začátku spolupráce pozorovat málo patrný úbytek v oblasti aktivně studujících klientů (tabulka č. 49).

Tabulka 49. Studium aktuálně

Kategorie	Vstup	12. měsíc
Ano	6 (07 %)	4 (04 %)
Ne	83 (93 %)	85 (96 %)
Celkem	89 (100 %)	89 (100 %)

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.

V doménách hyperaktivního, agresivního a rušivého chování nedošlo ke statisticky významným změnám (tabulka č. 50 a č. 51), totéž můžeme pozorovat u sebepoškozování.

Tabulka 50. Vybrané domény HoNOS po 6 měsících

	Vstup					6. měsíc				
	n	min	max	med	Prům	min	max	med	prům	p
Hyperaktivní, agresivní... ch.	196	0	2	0	0.34	0	2	0	0.35	0.519
Úmyslné sebepoškozování	196	0	4	0	0.31	0	3	0	0.18	0.141

Tabulka 51. Vybrané domény HoNOS po 12 měsících

	Vstup					12. měsíc				
	n	min	max	med	Prům	min	max	med	prům	p
Hyperaktivní, agresivní... ch.	63	0	2	0	0.25	0	2	0	0.33	0.408
Úmyslné sebepoškozování	63	0	4	0	0.33	0	4	0	0.22	0.559

Informaci o sebevražedném jednání (sebevražedných pokusech) uvádíme v tabulce č. 52. Zdá se, že četnost sebevražedných pokusů se v průběhu spolupráce s CDZ se výrazně neměnila.

Tabulka 52. Sebevražedné pokusy v předchozím půl roce

Kategorie	Vstup	6. měsíc
0	95 (97 %)	95 (97 %)
2	2 (02 %)	3 (03 %)
4	1 (01 %)	0 (00 %)
Celkem	98 (100 %)	98 (100 %)



7 Návaznost služeb (evaluační okruh 4)

Evaluační otázka:

Zlepší se návaznost služeb pro osoby se SMI

V kapitole č. 3 bylo uvedeno, 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).

7.1 Čerpání služeb po propuštění z PN v souvislosti se službou CDZ

Cílem následující analýzy bylo zjistit, jakým způsobem pacienti propuštění z dlouhodobé hospitalizace v psychiatrické nemocnici (182 dní a více) čerpají psychiatrické a jiné relevantní služby v době 365 dnů před hospitalizací a 365 dnů po propuštění, s to v souvislosti s tím, zda využili služeb CDZ, nebo ne. Pacienti, kteří nespolupracovali s CDZ tvoří kontrolní skupinu. Tato část analýzy byla vypracována v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné (reg. číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213) na základě dat NZIS (Národní zdravotnický informační systém) ve spolupráci s pracovníky Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Data byla získána z registru ke dni 31. 3. 2022. Do studie byli zařazeni všichni pacienti, kteří byli alespoň jednou v kontaktu s CDZ a kteří v období 1. 10. 2018–30. 9. 2020 ukončili dlouhodobou hospitalizaci v těchto zařízeních:

Tabulka 53. Vybraná zařízení hospitalizační psychiatrické péče

Zařízení
Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské
Psychiatrická nemocnice Bohnice
Psychiatrická nemocnice Brno
Psychiatrická nemocnice v Dobřanech
Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice
Psychiatrická nemocnice Jihlava
Psychiatrická nemocnice Kosmonosy
Psychiatrická nemocnice v Kroměříži
Psychiatrická léčebna Lnáře
Psychiatrická nemocnice v Opavě
Psychiatrická léčebna Petrohrad
Psychiatrická léčebna Šternberk
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

Do srovnání bylo zařazeno celkem 55 pacientů, kteří spolupracovali s CDZ a 246 pacientů z kontrolní skupiny. Z celkového srovnání je patrné, že pacienti, kteří byli propuštěni z dlouhodobé hospitalizace a navázali spolupráci s CDZ méně konzumovali služby jiných poskytovatelů v ambulantní oblasti, jako jsou například psychiatrická pracoviště pro dospělou i dětskou populaci, adiktologické služby, nebo pracoviště klinické psychologie. Nepřekvapivě více navštěvovali služby CDZ, ale také pracoviště s odborností sexuologie. Méně času trávili v hospitalizaci, na úrovni jednotlivých hospitalizací i klientů došlo v porovnání s kontrolní skupinou ke snížení průměru ošetřovacích dnů. U skupiny, která čerpala služby CDZ také došlo k výrazné redukci sebevražedných pokusů. Podrobné i shrnující výsledky jsou uvedeny v následujících tabulkách.



Tabulka 314. Průměrné počty kontaktů u pacientů, kteří spolupracovali s CDZ, v období 365 dní před hospitalizací a 365 dní po hospitalizaci s ohledem na to, s jakým časovým odstupem proběhl kontakt s CDZ

	Kontakt s CDZ								
	0-7 dní			8-90 dní			91-365 dní		
	před	po	změna	před	po	změna	před	po	změna
305 - Pracoviště psychiatrie	8,8	6,9	-21 %	9,8	9,8	+1 %	16,8	10,9	-35 %
306 - Pracoviště dětské psychiatrie	6,0	0,0	-100 %	0,0	0,0		0,0	0,0	
308 - Pracoviště léčby alk. a tox.	14,0	1,5	-89 %	0,0	0,0		0,0	7,5	
309 - Pracoviště sexuologie	0,0	0,0		0,0	0,0		2,0	5,0	+150 %
350 - Centrum duševního zdraví	5,0	42,1	+741 %	0,0	22,4		0,0	8,7	
901 - Pracoviště klinické psych.	5,4	9,0	+67 %	1,5	2,5	+67 %	3,9	3,2	-18 %
Celkem	7,4	24,7	+232 %	7,7	15,6	+103 %	11,9	8,8	-26 %

Tabulka 32. Hospitalizace v období 365 dní před hospitalizací a 365 dní po hospitalizaci u pacientů, kteří spolupracovali s CDZ, s ohledem na to, s jakým časovým odstupem proběhl kontakt s CDZ

	Kontakt s CDZ								
	0-7 dní			8-90 dní			91-365 dní		
	před	po	změna	před	po	změna	před	po	změna
Celkový počet hospitalizací	31,0	19,0	-39 %	13,0	9,0	-31 %	42,0	22,0	-48 %
Celkový počet unikátních pacientů	15,0	9,0	-40 %	11,0	6,0	-45 %	17,0	12,0	-29 %
Z toho pacientů s F diagnózou	14,0	9,0	-36 %	9,0	3,0	-67 %	16,0	11,0	-31 %
Celkem ošetřovacích dní	1271,0	753,0	-41 %	925,0	368,0	-60 %	1997,0	1483,0	-26 %
Průměr OD u jednotlivých hosp.	41,0	39,6	-3 %	71,2	40,9	-43 %	47,5	67,4	+42 %
Průměr OD u jednotlivých pac.	84,7	83,7	-1 %	84,1	61,3	-27 %	117,5	123,6	+5 %
Sebevražedných pokusů	0,0	1,0		1,0	0,0	-100 %	2,0	0,0	-100 %

OD = ošetřovací dny

Tabulka 33. Průměrné počty kontaktů u pacientů, kteří spolupracovali s CDZ, v období 365 dní před hospitalizací a 365 dní po hospitalizaci bez ohledu na to, s jakým časovým odstupem proběhl kontakt s CDZ

	Bez CDZ			S CDZ		
	před	po	změna	před	po	změna
305 - Pracoviště psychiatrie	8,7	10,6	+22 %	12,0	9,3	-22 %
306 - Pracoviště dětské psychiatrie	5,6	3,0	-46 %	6,0	0,0	-100 %
308 - Pracoviště léčby alk. a tox.	4,0	2,0	-50 %	14,0	4,5	-68 %
309 - Pracoviště sexuologie	6,5	6,8	+4 %	2,0	5,0	+150 %
350 - Centrum duševního zdraví	0,0	0,0		5,0	24,3	+386 %
901 - Pracoviště klinické psychologie	4,2	9,8	+133 %	4,1	3,7	-11 %
Celkem	7,6	10,3	+36 %	9,1	15,7	+73 %



Tabulka 34. Hospitalizace v období 365 dní před hospitalizací a 365 dní po hospitalizaci u pacientů, kteří spolupracovali s CDZ, bez ohledu na to, s jakým časovým odstupem proběhl kontakt s CDZ

	Bez CDZ			S CDZ		
	před	po	změna	před	po	změna
Celkový počet hospitalizací	314,0	177,0	-44 %	86,0	50,0	-42 %
Celkový počet unikátních pacientů	146,0	85,0	-42 %	43,0	27,0	-37 %
Z toho pacientů s F diagnózou	122,0	66,0	-46 %	39,0	23,0	-41 %
Celkem ošetrovacích dní	13333,0	8368,0	-37 %	4193,0	2604,0	-38 %
Průměr OD u jednotlivých hospitalizací	42,5	47,3	+11 %	159,7	147,9	-7 %
Průměr OD u jednotlivých pacientů	91,3	98,4	+8 %	286,3	268,6	-6 %
Sebevražedných pokusů	6,0	4,0	-33 %	3,0	1,0	-67 %

OD = ošetrovací dny

Diskuze a závěr

Systém sběru založený na reportingu pomocí tzv. K-dávek do registru NRHZS se během pilotních projektů CDZ I a CDZ II podařilo odpilotovat a byla získána validní data pro evaluaci projektu CDZ III. Může se zdát, že 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 relativně velká část. Tento stav může být z pohledu klienta i CDZ jako zdravotnického zařízení zcela legitimní. Přesto, konkrétně v případě položky GAF, byla kvalita reportingu zhoršená a bylo vhodné položku dále optimalizovat. Limitací může být také relativně krátký časový úsek, během kterého byla data reportovaná. S tím souvisí omezení na období 6, respektive 12 měsíců v případě pre-post srovnání.

Dle dostupných dat CDZ jednoznačně přispěla k redukcí hospitalizačních dnů jejich klientů a tím aktivně napomohla k deinstitucionalizaci psychiatrické péče. Pozitivní dopady byly v horizontu šesti měsíců zjištěny také v oblastech problémů a kvality života související se zdravím a také došlo ke zvýšení úrovně globálního fungování klientů. Menší zlepšení bylo zaznamenáno také v pracovní oblasti. Centra duševního zdraví dále přispěla k lepší provázanosti zdravotních, sociálních a dalších relevantních služeb. Zatímco došlo k úbytku v oblasti hospitalizačních dnů, byl zaznamenán nárůst čerpání v oblasti ambulantní péče. Mezi klienty byli ve stejné míře zastoupeni klienti, kteří přišli z hospitalizace a ti, kteří CDZ vyhledali sami, případně s pomocí blízkého sociálního okolí, což ukazuje na zvýšení dostupnosti péče.



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.

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.