Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

# Dopadová evaluace projektu

## Podpora vzniku Center duševního zdraví I

**Zpracovali:**

Pavel Říčan

Anna Benýšková

Hana Melicharová

Ondřej Krupčík

Jitka Soukupová

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

# Obsah

1 Hlavní zjištění ... 3
2 Úvod ... 3
3 Charakteristiky příjemců péče ... 5
4 CDZ v síti služeb ... 13
5 Hypotézy o efektu CDZ ... 14
5.1 Hypotéza: Poskytování služeb CDZ povede k poklesu počtu hospitalizačních dnů u klientů/pacientů CDZ ... 14
5.2 Hypotéza: CDZ podpoří kvalitu života klientů/pacientů ... 15
5.2.1 Osoby, které ukončily péči CDZ ... 16
5.2.2 Změny po 6 měsících péče v CDZ ... 17
5.2.3 Změny po 12 měsících péče v CDZ ... 18
5.2.4 Změny po 18 měsících péče v CDZ ... 18
5.3 Hypotéza: Služby CDZ přispívají k bezpečí klientů i veřejnosti ... 19
6 Metodologie ... 20
7 Zdroje: ... 21

# 1 Hlavní zjištění

Příjemci péče pěti CDZ z první vlny v období pilotního projektu 18 měsíců tvoří značně heterogenní skupinu 441 osob. Z hlediska medicínského dominují osoby s diagnózou schizofrenie. Polovina se léčí déle než 10 let. Osoby, které se léčí méně než tři roky tvoří pětinu všech příjemců. CDZ mají v péči jak osoby s delším průběhem nemoci, tak i ty, které onemocněly nedávno a je v jejich případě možné hovořit o časné intervenci. Většina klientů CDZ má přiznán invalidní důchod, ale pouze čtvrtina má přiznán příspěvek na péči. Nezaměstnanost dosahuje 58 %.

Z dostupných dat je zřejmé, že u příjemců CDZ se snížil počet dnů na psychiatrickém lůžku o 70 % oproti období 6 měsíců před vstupem do CDZ. Tuto skutečnost je však třeba interpretovat opatrně a provést validaci za pomoci kontrolní skupiny.

Efekt CDZ na kvalitu života je dokumentován ze dvou pohledů.

1. Evaluace se zabývá podrobně změnami u osob, které v projektovém období ukončily péči CDZ. Tyto osoby se zlepšily v naprosté většině parametrů a ve větší míře pracují na otevřeném trhu práce.
2. V druhém pohledu jsou ohniskem zájmu měřitelné změny u příjemců péče, ke kterým dochází po 6 měsících, po 12 měsících a po 18 měsících. Zdá se, že 6 měsíců je pro uskutečnění změn příliš krátká doba, i když i zde lze doložit významné zlepšení zdravotní a sociální situace. Naproti tomu po roce péče je možné konstatovat pozitivní změny na všech použitých škálách (GAF, HoNOS, AQoL). Z analýzy dále vyplanulo, že skupina, která byla v péči CDZ 18 měsíců, se v průměru nezlepšuje ani nezhoršuje.

CDZ přispívá k bezpečnosti příjemců služby i veřejnosti. Bylo zaznamenáno naprosté minimum sebevražedných pokusů a případy agrese vůči okolí se ve statistikách vůbec neobjevily.

# 2 Úvod

Předkládaná evaluace se vztahuje k projektu CDZ I a týká se těchto Center duševního zdraví:

CDZ Havlíčkův Brod, CDZ Praha 9, CDZ Praha 10, CDZ Přerov, CDZ Brno. Doba realizace pilotního provozu trvala 18 měsíců. Tři CDZ začala poskytovat služby v červenci 2018, jedno v srpnu 2018 a poslední CDZ se přidalo v září téhož roku. Detailní personální obsazení je uvedeno v Příloze č. 1.

V rámci evaluace přistupujeme k datům z CDZ jako celku. Pokud se někde objevily výrazné odchylky mezi jednotlivými CDZ, zmiňujeme to přímo v textu. Jednotlivá CDZ v textu konkrétně neidentifikujeme.

Centra duševního zdraví (dále 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 (Flexible assertive community treatment – FACT). Dalším zásadním inspiračním zdrojem bylo uspořádání komunitního centra v italském Trieste. Od těchto týmů se očekává, že zásadním způsobem doplní systém péče o duševní zdraví. Cíle CDZ viz například *Malý průvodce CDZ* zde: Maly_pruvodce_CDZ.indd (mzcr.cz). Standard CDZ byl vytvořen na základě zahraničních i tuzemských zkušeností v roce 2015, Ministerstvo zdravotnictví tento standard vydalo v roce 2016 ve Věstníku č. 5/2016. 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. začala fungovat v červenci 2018. Vyjednávání o tom, co a jak bude evaluováno ovšem 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 MPSV respektive krajské reprezentace.

Evaluační proces byl rozdělen na dvě větve. Externí kvalitativní evaluace byla realizována společností EACE vybranou ve výběrovém řízení. Interní kvantitativní dopadovou evaluaci (zprávu z ní právě čtete) realizovali ve spolupráci evaluátoři CDZ I, CDZ II a pracovníci Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Byly formulovány hypotézy o efektu CDZ.

Jednalo se o tyto hypotézy:

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

Pro ověření hypotéz byly vybrány tři standardizované nástroje, GAF, HoNOS, AQoL, které níže specifikujeme. Plné znění dotazníků lze nalézt v Manuálu evaluace CDZ zde: Manuál_registr CDZ_verze_2a.pdf (mzcr.cz) Byly také definovány další položky, potřebné pro získání představy o příjemcích péče CDZ (invalidita, příspěvek na péči, situace bydlení, situace v pracovní oblasti, historie psychiatrické péče, sebevražedné pokusy, vztah k psychiatrické medikaci aj.)

Pro zajištění inter-rater reliability při používání škál pracovníky CDZ byla zorganizována série školení ještě před spuštěním CDZ v červenci 2018.

**HoNOS**

Dotazník HoNOS 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 (Pěč et al., 2007). 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. 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. Pro používání HoNOS je nutné absolvovat pokud možno akreditované školení pro zajištění inter-reliability.

**GAF**

Globální škála fungování (*Global Assessment of Functioning Scale*, GAF) je škálou používanou 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, která umožňuje určovat skóre s přesností na jednotky. Pro používání GAF je doporučeno zaškolení.

**AQoL**

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

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

# 3 Charakteristiky příjemců péče

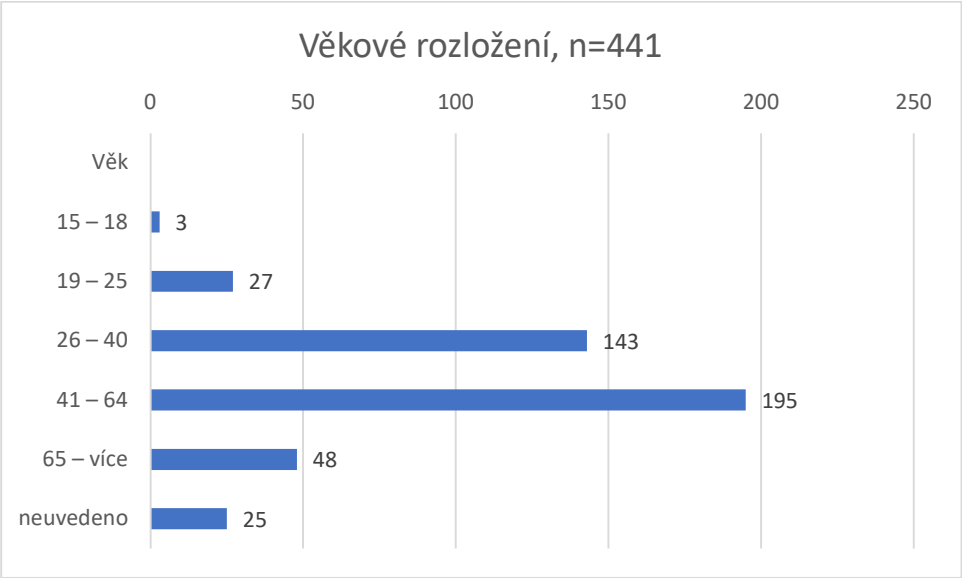
Celkem máme informace o 441 klientech, kteří během 18 měsíců v nějakém rozsahu využili služby pěti hodnocených CDZ. V této kapitole se zaměřujeme na jejich charakteristiky v okamžiku vstupu do služby CDZ. Nerozlišujeme při tom, kdy přesně do služby vstoupili, jak dlouho ji čerpali aj.

Příjemci služeb CDZ I tvoří velmi heterogenní skupinu.

Mírně více je mužů (52 %) nežli žen (48 %).

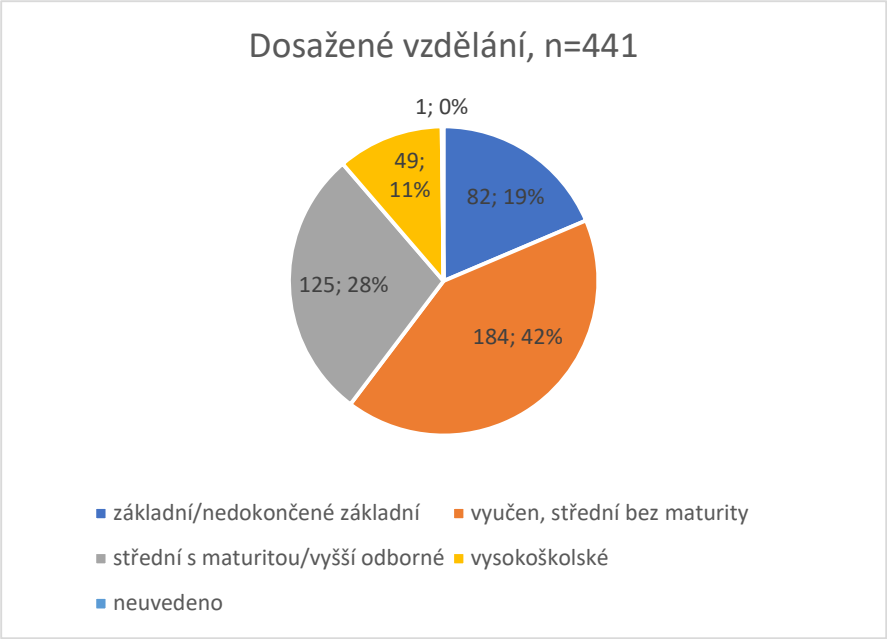
Věkové rozložení je znázorněno v Grafu 1.

*Graf 1*



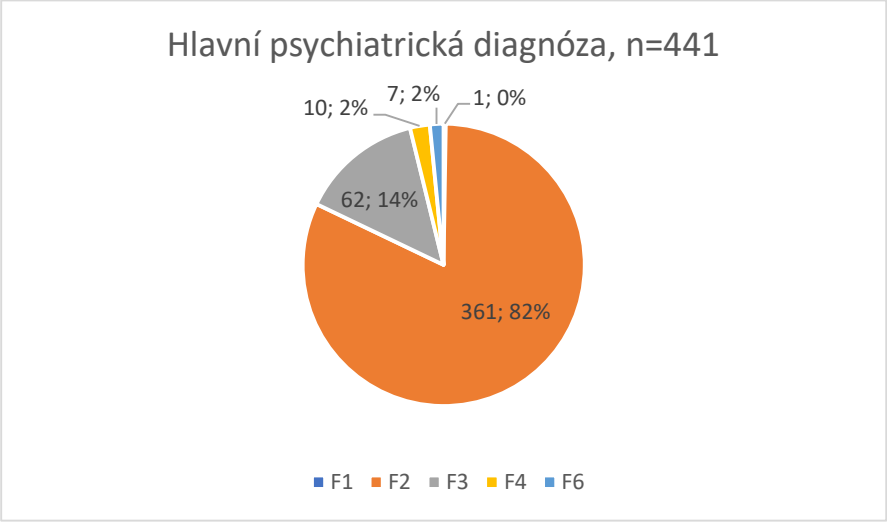

Z hlediska dosaženého vzdělání (Graf 2) je náš vzorek oproti běžné populaci (dle dat ČSÚ, 2016) posunut – zahrnuje poměrně více osob se základním vzděláním (19 % vs. 13,8 %) a středním bez vyučení (42 % vs. 33 %) a naopak poměrně méně osob se středním vzděláním (28 % vs. 33 %) a s vysokoškolským vzděláním (11 % vs. 18,5 %). Tato skutečnost pravděpodobně souvisí s propuknutím obtíží, které řadě lidí s duševním onemocněním komplikuje dokončení formálního vzdělání.

*Graf 2*



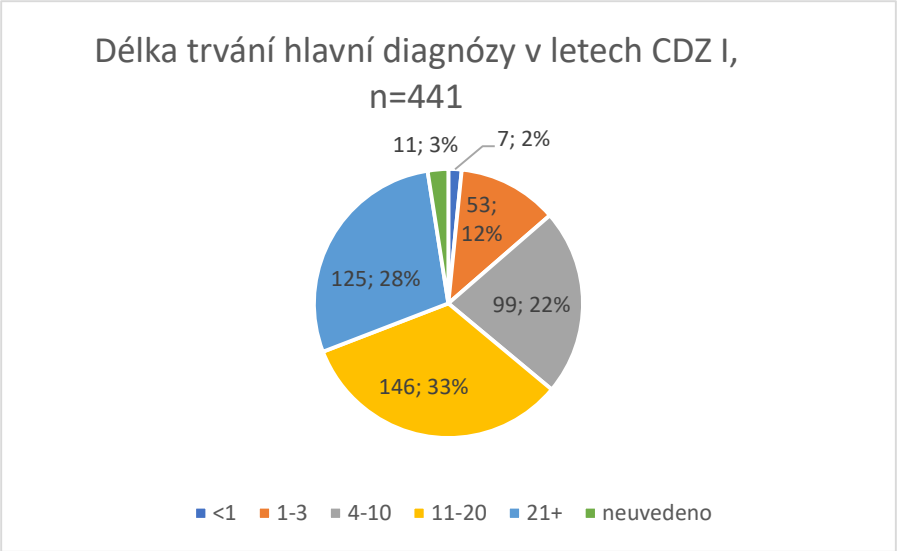

Z hlediska medicínského (Graf 3) převládají v CDZ I osoby s diagnózou F2 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (82 %). Další významnou diagnostickou skupinou jsou osoby s afektivní poruchou (14 %), jiné diagnostické skupiny – neurotické poruchy a poruchy osobnosti, jsou zastoupeny vyloženě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

*Graf 3*



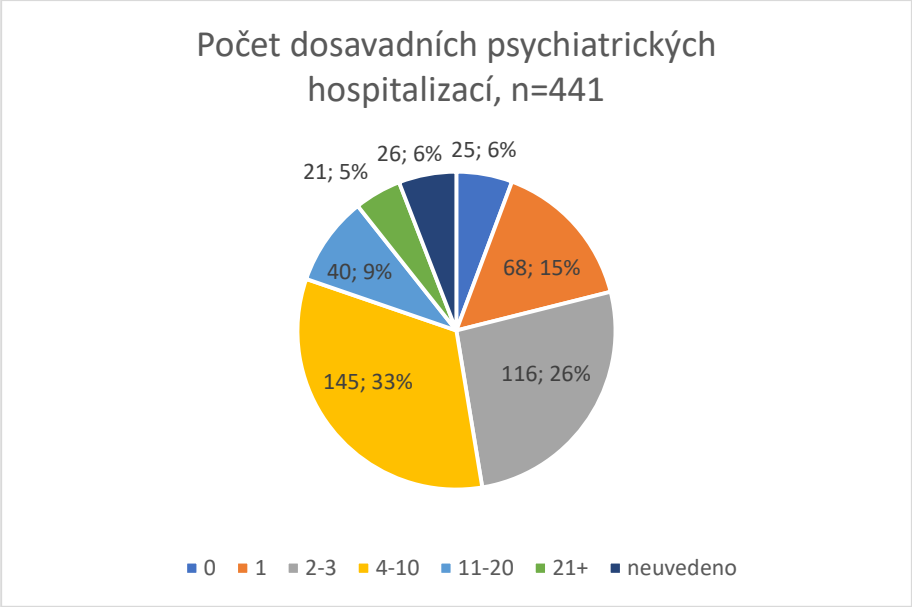

Pokud se podíváme na délku psychiatrické léčby (Graf 4), je zřejmé, že dominují osoby, které se léčí déle než 10 let. Těch je 51 %. Téměř čtvrtinu tvoří lidé, kteří se léčí 4-10 let (22 %). Je ale důležité, že mezi příjemci péče jsou podstatně zastoupeni také ti, kteří se léčí maximálně 3 roky (14 %). To je totiž skupina, pro něž je relevantní přístup známý jako časná intervence (early intervention).

*Graf 4*



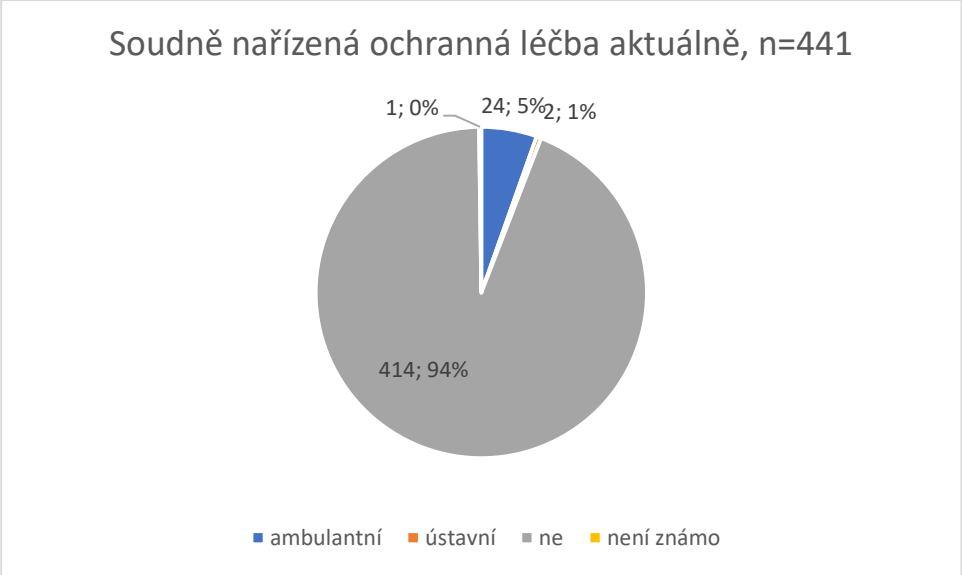

S délkou léčby koresponduje i počet dosavadních psychiatrických hospitalizací (Graf 5). Celkem 6 % příjemců nebylo před vstupem do CDZ hospitalizováno ani jednou a 15 % právě jednou. To je přibližně pětina (21 %) osob, které nelze označit za pacienty s chronickým průběhem onemocnění. Lze tedy konstatovat, že CDZ do určité míry plní jednu se svých rolí, kterou je časný záchyt a prevence chronifikace závažného duševního onemocnění.

*Graf 5*



Soudně nařízenou ambulantní ochrannou léčbu má 5 % vzorku (Graf 6).

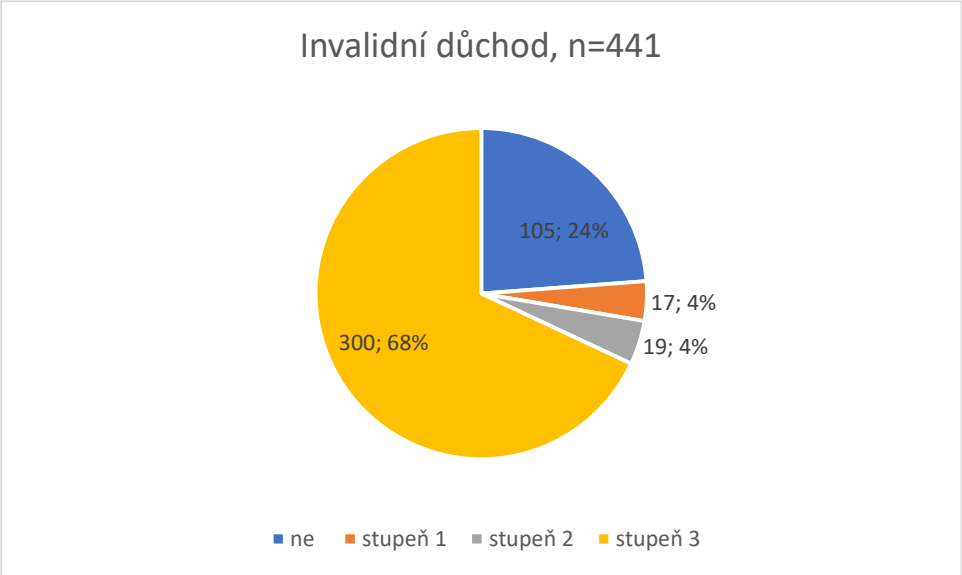
*Graf 6*




Omezena svéprávnost je u 16 % příjemců CDZ.

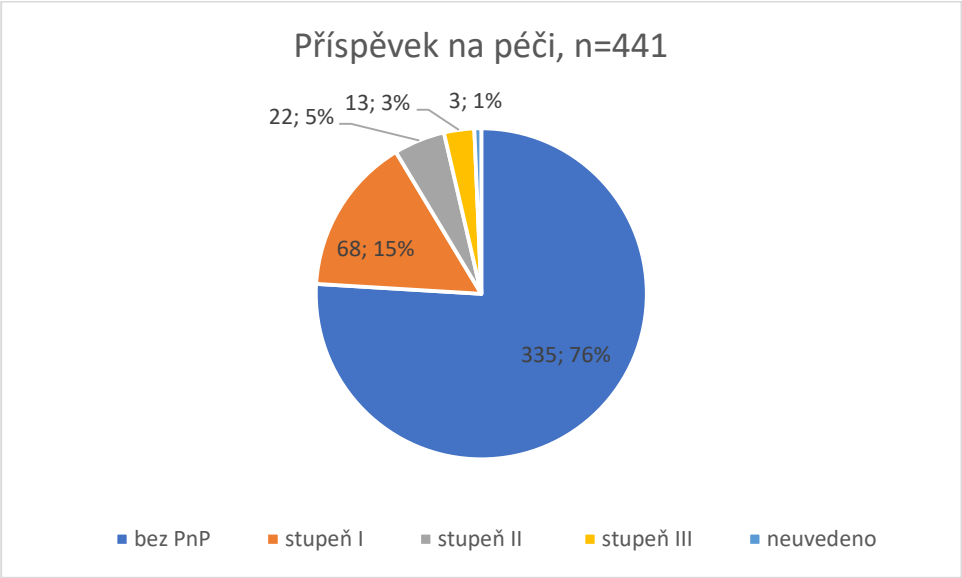
Z hlediska sociálního zabezpečení (Graf 7) se jedná ze tří čtvrtin o osoby s uznanou invaliditou, v 68 % se jedná o invaliditu 3. stupně.

*Graf 7*



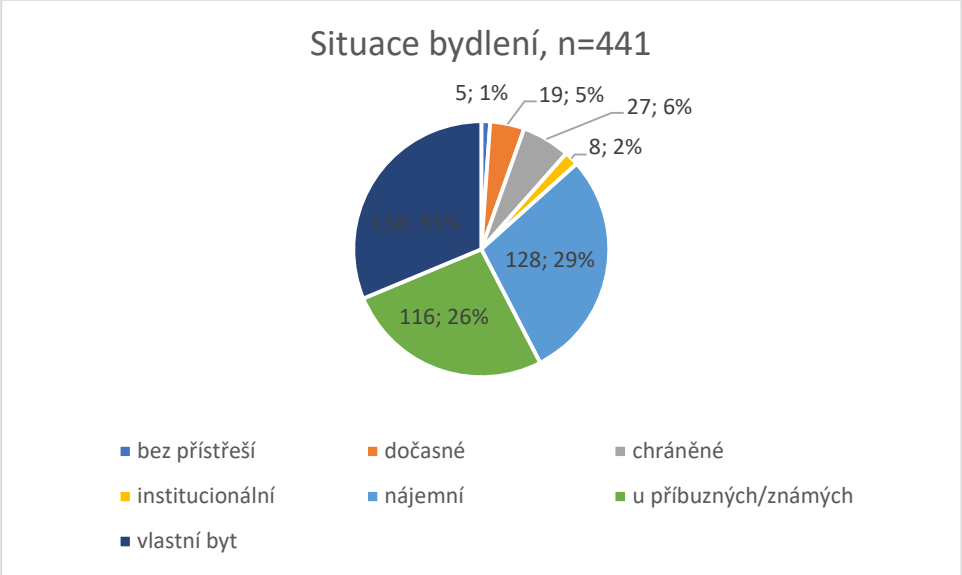
S tím kontrastuje příspěvek na péči (Graf 8), který pobírá pouze čtvrtina osob. Pokud už je nějaký příspěvek přiznán, je to v největší míře ve Stupni I. (15 %). Tato skutečnost není nijak překvapivá. Spíše potvrzuje, že příspěvek na péči je koncipován podle míry fyzické soběstačnosti.

*Graf 8*



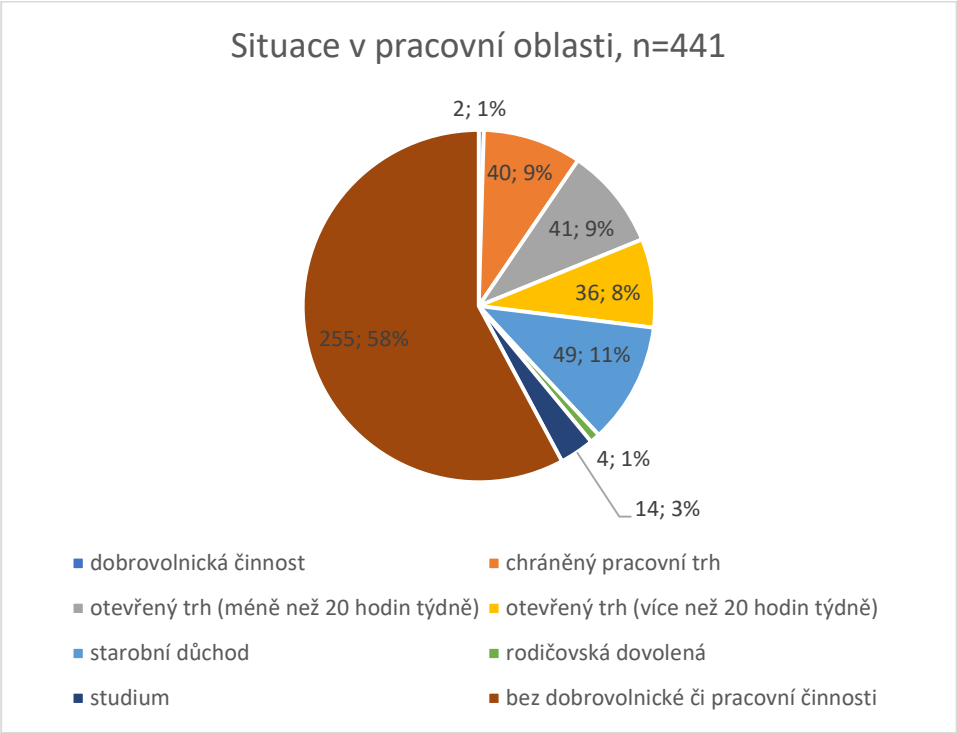

Pokud se týká situace v oblasti bydlení (Graf 9), dělí se nám příjemci péče CDZ do tří zhruba stejně velkých skupin podle toho, jestli bydlí ve vlastním bytě (31 %), v pronájmu (29 %) nebo u příbuzných či známých (26 %). Ostatní situace v oblasti bydlení (chráněné 6 %, dočasné 5 %, institucionální 2 % a bez přístřeší 1 %) jsou méně časté.

*Graf 9*



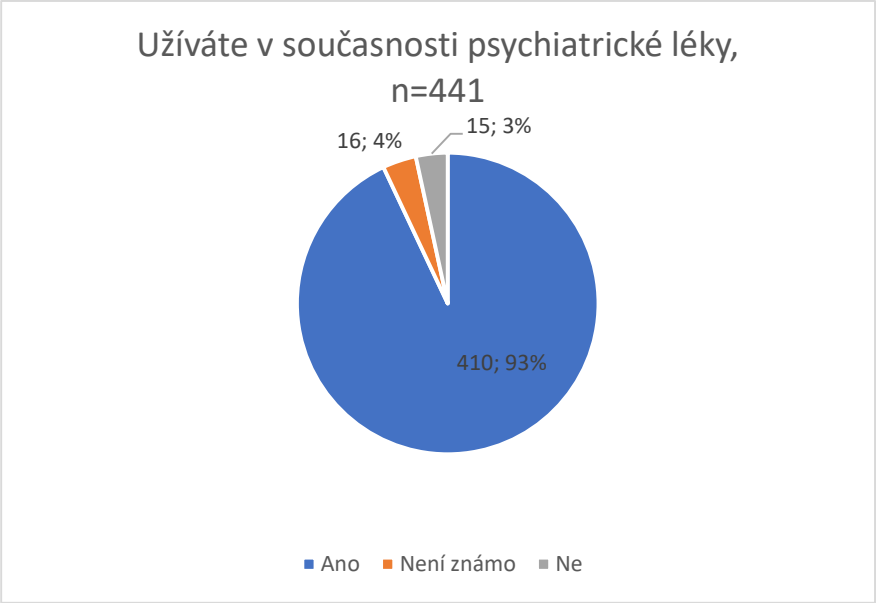
Nadpoloviční většina příjemců péče (58 %) nepracuje ani nevykonává dobrovolnickou činnost. Celkem 17 % pracuje na otevřeném trhu práce a 9 % na chráněném pracovním trhu, 14 % studuje a 11 % je ve starobním důchodu (Graf 10).

*Graf 10*

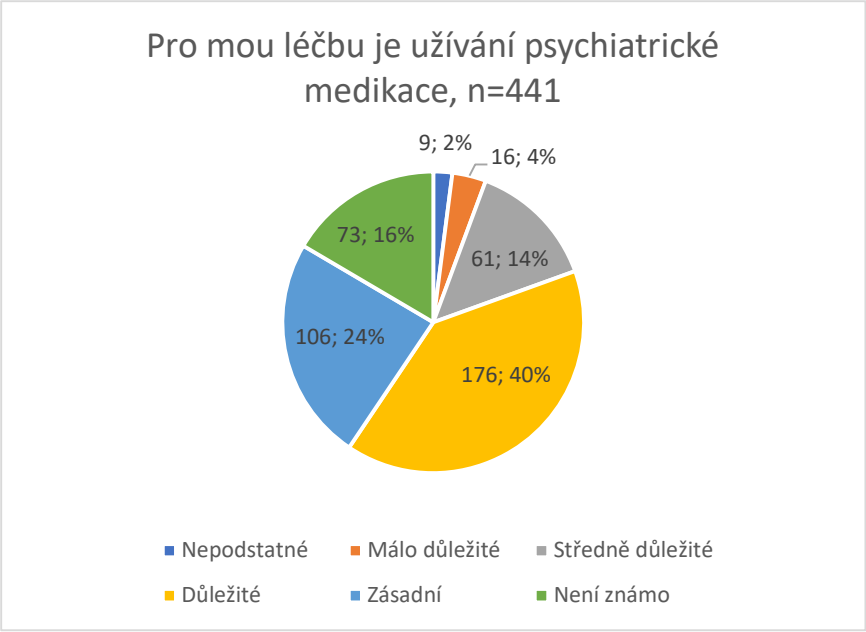



Psychofarmaka užívá 93 % příjemců péče CDZ I (Graf 11), přičemž 74% příjemců péče to považuje za důležitou až zásadní součást jejich léčby (středně důležité 14 %, důležité 40 %, zásadní 24 %) viz Graf 12. Přibližně třetina zároveň uvádí vážné vedlejší příznaky této medikace (středně vážné příznaky 22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

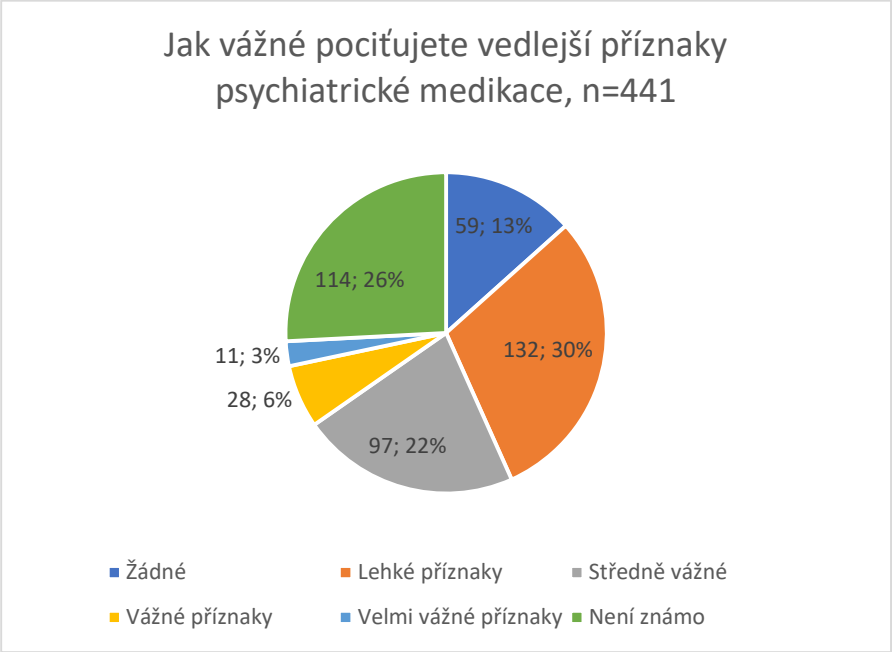
*Graf 11*



*Graf 12*




*Graf 13*



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

*Tabulka 1*

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

Rozdíl mezi skóry AQoL 8D a 6D je daný tím, že oblasti Štěstí a Vlastní hodnota jsou příjemci péče hodnoceny relativně nízko (štěstí 52,1, vlastní hodnota 58,8, přičemž oblast štěstí je příjemci hodnocena vůbec nejníže).

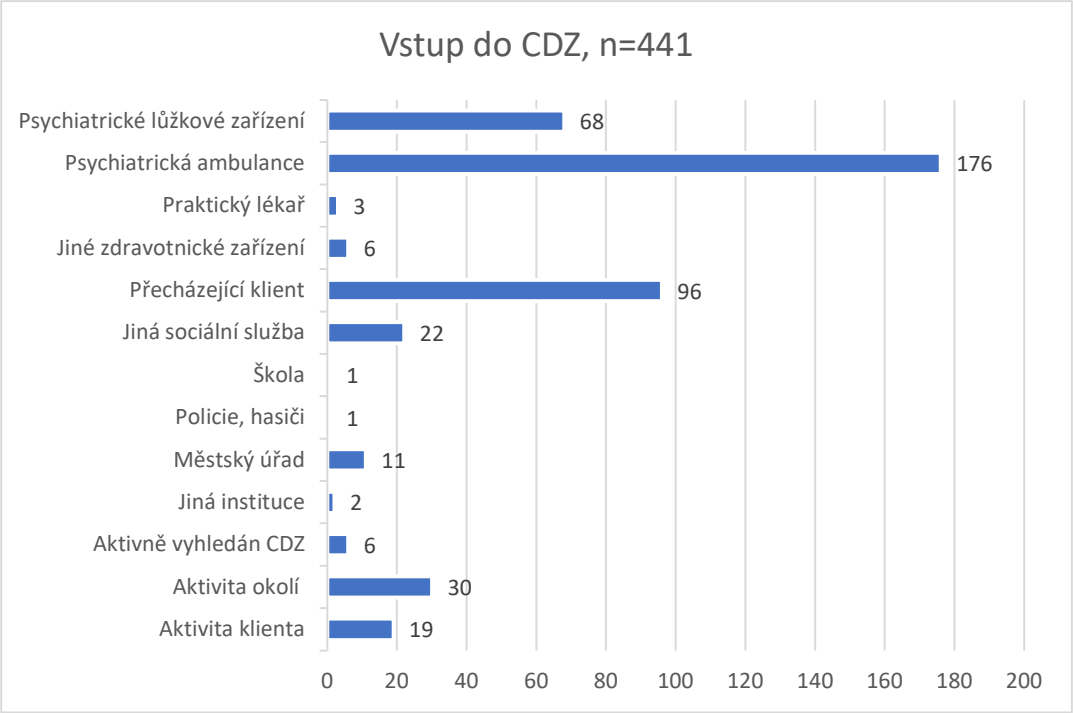
Při přepočtu skóre AQoL na společných 6 dimenzí (6D) dostáváme průměrné skóre 65,6 (medián 66,3 minimum 27,5, maximum 100).

# 4 CDZ v síti služeb

Pozornost si zaslouží pohled na to, odkud se do CDZ klienti dostávají a kam z něj odcházejí. Zde je ovšem nutno podotknout, 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). Vyskytly se také určité nepravidelnosti. Jedno ze sledovaných CDZ uvedlo, že všichni jeho klienti (více než 100 osob) byli doporučeni z psychiatrické ambulance. Jiné CDZ zase s žádným svým klientem během 18 měsíců neukončilo péči. Statistiku tedy musíme brát spíše jako orientační a je možné, že až budeme mít data z dalších CDZ, tento obraz se změní.

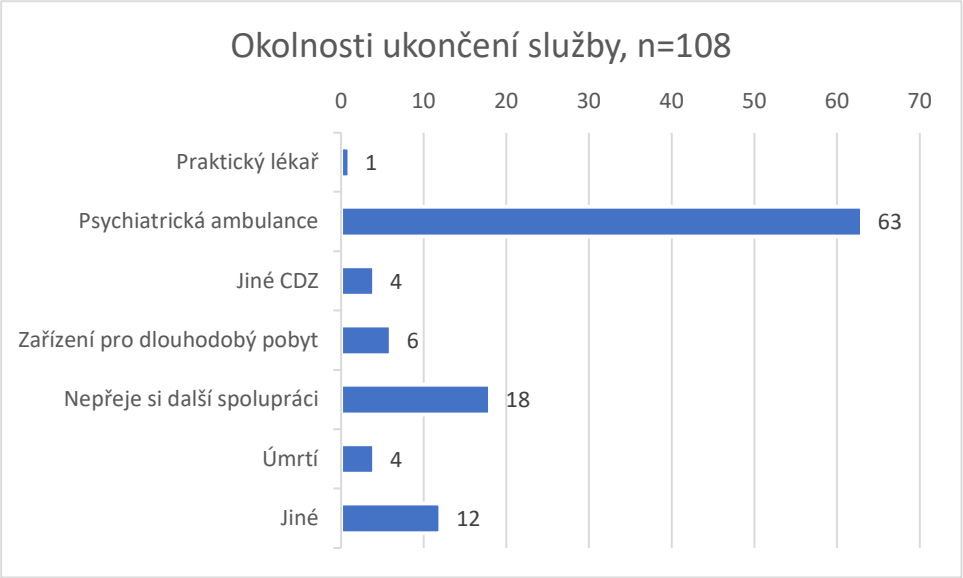
Na vstupu do CDZ (Graf 14) dominovaly tři hlavní zdroje: psychiatrické ambulance (40 %), přecházející klient (22 %) a psychiatrické lůžkové zařízení (15 %).

*Graf 14*




V případě ukončení služby (Graf 15) jsou zřejmě hlavním partnerem CDZ psychiatrické ambulance (58 %). Část klientů (17 %) odchází a nepřeje si další spolupráci.

*Graf 15*




# 5 Hypotézy o efektu CDZ

## 5.1 Hypotéza: Poskytování služeb CDZ povede k poklesu počtu hospitalizačních dnů u klientů/pacientů CDZ

U příjemců péče CDZ I realizoval ÚZIS porovnání počtu hospitalizačních dnů před vstupem a po vstupu do služby CDZ. Viz Národní portál psychiatrické péče | Registr CDZ (uzis.cz).

Hodnocená období byla 6 měsíců před vstupem a 6 měsíců po vstupu. V tomto porovnání je vidět **pokles hospitalizačních dnů o 70 %** u pacientů CDZ (9 442 dnů před vstupem vs. 2 869 dnů po vstupu). To je skutečně masivní změna. Tato zjištění je nicméně třeba interpretovat opatrně, protože design nepracuje s kontrolní skupinou. Markantní pokles hospitalizačních dnů mohl být způsoben jinými faktory. Ke snížení mohl také přispět fakt, že někteří klienti byli do služby přijati bezprostředně po propouštění z hospitalizace a je tedy možné, že by alespoň po nějakou dobu nebyli hospitalizováni ani ve standardní péči v psychiatrické ambulanci. Nicméně zjištěné snížení je opravdu výrazné, a to i když porovnáme počty hospitalizačních dnů v období 12 – 6 měsíců před vstupem do CDZ a 6 měsíců po vstupu do CDZ. (6 471 dnů 12-6 měsíc před vstupem a 2 869 dnů 6 měsíců po vstupu do CDZ). V tomto případě se jedná o pokles o 56 %. Efekt CDZ na snížení hospitalizačních dnů je tedy velmi pravděpodobný. Pro to, abychom tento efekt mohli konstatovat s větší jistotou, je třeba z dat Národního registru hrazených zdravotních služeb konstruovat kontrolní skupinu se stejným věkovým a diagnostickým složením a historií psychiatrické péče. Na této analýze efektu CDZ na spotřebu hospitalizací se momentálně (duben 2021) pracuje a měla by být dokončena do července 2021. V tuto chvíli můžeme konstatovat, že CDZ má rozhodně potenciál snižovat počet hospitalizačních dnů u osob, které má v péči.

Můžeme pokračovat ekonomickou úvahou. Náklady na hospitalizační den v roce 2018 lze kalkulovat 1 504 Kč (Broulíková, Winkler, Páv, & Kondrátová, 2020). Snížení hospitalizačních dnů v prvních 6 měsících péče CDZ tak mohlo vytvořit potenciální úsporu pro zdravotnický systém **9 885 792 Kč** (rozdíl v hospitalizačních dnech x cena za 1 den).

Náklady na 18 měsíců CDZ v pilotním období očištěné od investic jsou uvedeny v Tabulce 2. (dle informací Projektového týmu CDZ I)

*Tabulka 2*

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

Náklady na zdravotní část CDZ převýšily potenciální úsporu vzniklou snížením počtu hospitalizací. Z toho lze dovodit, že očekávat rychlé úspory ve zdravotnických nákladech zavedením CDZ není úplně racionální. Psychiatrické hospitalizace v ČR jsou z hlediska přímých nákladů relativně levné. Například Marcus & Olfson (2008) kalkulují (USA) s cenou hospitalizačního dne 18 200 Kč. Pokud jsou hospitalizace levné (s nízkým ubytovacím standardem), je prokázání prvoplánové nákladové efektivity obtížné pro jakoukoliv alternativu. Se zavedením služeb CDZ získáváme službu, která prokazatelně přispívá k vyšší kvalitě života příjemců péče. Pro posouzení nákladové efektivity bude třeba zahrnout i jiné než přímé náklady a sledovat delší časové období.

## 5.2 Hypotéza: CDZ podpoří kvalitu života klientů/pacientů

Kvalita života je vícerozměrný koncept. Lze ji chápat v širším nebo užším významu. Pro hodnocení CDZ jsme zvolili sledování pracovní situace, situace bydlení a dále konkrétní škály:

GAF (celková míra fungování hodnocená týmem CDZ)

HoNOS (výskyt problémů souvisejících se zdravotním stavem, chováním a sociální situací hodnocená týmem CDZ)

AQoL (se zdravím související kvalita života hodnocená příjemcem péče)

V analýze jsme zvolili dva přístupy:

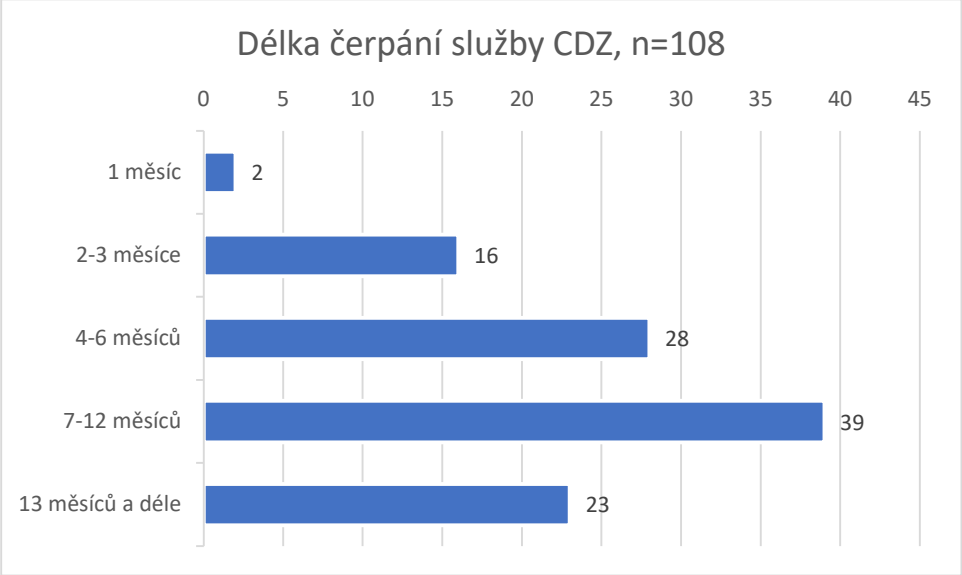
1. Podrobně analyzujeme změny u skupiny osob, které ve sledovaném období 18 měsíců ukončily (n=108), nicméně v některých parametrech nejsou dostupná všechna měření a n je nižší). V tomto smyslu je korektní hovořit o efektu CDZ. I když i zde je třeba výsledky interpretovat opatrně. Nemůžeme zcela vyloučit vliv jiných faktorů, nežli je péče CDZ, na sledované oblasti a charakteristiky.

2. Zabýváme se změnami u příjemců péče CDZ po 6 měsících v péči CDZ, po 12 měsících v CDZ a po 18 měsících v CDZ.

### 5.2.1 Osoby, které ukončily péči CDZ

Nejprve informace o délce čerpání služby (Graf 16) CDZ u 108 klientů, kterým se budeme dále věnovat.

*Graf 16*




Z grafu patrné, že 43 % těchto osob, čerpalo služby CDZ méně než 6 měsíců. Větší část (57 %) potom využívala služby CDZ déle.

Příjemci péče, kteří ukončili službu, vykazují celou řadu **zlepšení ve více parametrech** (Tabulka 3).

*Tabulka 3*

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

Pro výpočet byl použit Wilcoxonův párový test, signifikantní rozdíly tučně

Nástroj AQoL jako celek neukázal statisticky významné rozdíly skóre. Jedním z důvodů může být celkově nižší responze u AQoL nežli u GAF a HoNOS.

Lze však konstatovat referované zlepšení v těchto dimenzích AQoL (Tabulka 4):

*Tabulka 4*

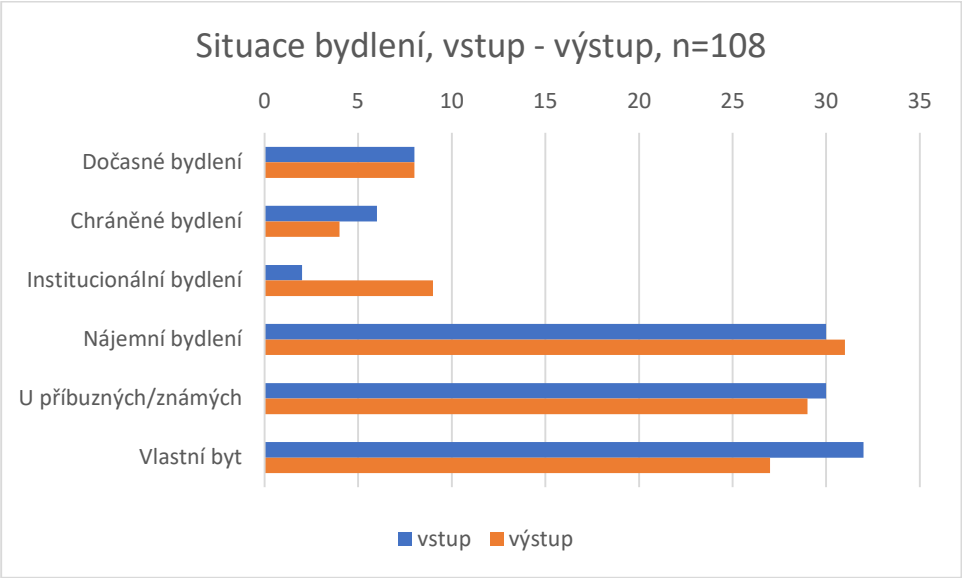
| | | VSTUP | | | | VÝSTUP | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dimenze** | **n** | **Průměr** | **Medián** | **Minimum** | **Maximum** | **Průměr** | **Medián** | **Minimum** | **Maximum** | **p Vstup-Výstup** |
| **AQoL 8D** | | | | | | | | | | |
| Štěstí | 37 | 52,6 | 56,3 |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

Pro výpočet byl použit Wilcoxonův párový test, signifikantní rozdíly tučně

Situace bydlení se u příjemců péče CDZ (Graf 17) na vstupu a na výstupu zásadně nezměnila. Statisticky významně ovšem přibylo klientů, kteří v době ukončení byli v institucionálním bydlení, ze 2 na 9 osob

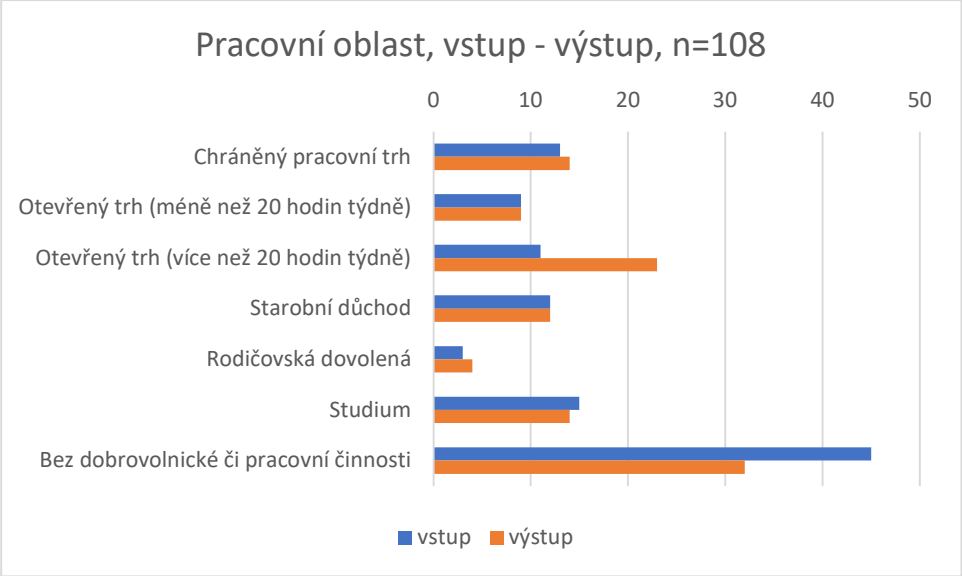
(např. domov se zvláštním režimem). Tato změna není nutně negativní. Pravděpodobně se jednalo o klienty, kteří přišli do CDZ z hospitalizace a zajištění institucionálního bydlení bylo výsledkem práce týmu, který toto řešení zvolil s ohledem na zachované dovednosti klientů a po zvážení jiných možností.

*Graf 17*




Situace v pracovní oblasti se u příjemců péče CDZ (Graf 18) změnila statisticky významně. Jejich nezaměstnanost klesla ze 42 % na 30 % a zdvojnásobilo se procento (z 10 % na 21 %) uplatnění na otevřeném pracovním trhu (více než 20 hod týdně).

*Graf 18*




### 5.2.2 Změny po 6 měsících péče v CDZ

Nejméně 6 měsíců čerpalo služby CDZ 344 osob. Jak je vidět z Tabulky 5, statisticky významné změny zachytila škála HoNOS a okrajově také AQoL. Z toho můžeme dovodit, že už prvních 6 měsíců v péči můžeme očekávat méně problémů ve zdravotní i sociální oblasti. Celková úroveň fungování hodnocená pomocí GAF se významně nezměnila. To může být způsobeno menší citlivostí škály GAF nebo tím, že 6

měsíců není dostatečná doba, aby měla péče větší dopad. Významné zlepšení nezachytila ani škála kvality života (s výjimkou položky bolest).

*Tabulka 5*

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

Pro výpočet byl použit Wilcoxonův párový test, signifikantní rozdíly tučně

### 5.2.3 Změny po 12 měsících péče v CDZ

Změny u osob, které čerpaly podporu CDZ nejméně 12 měsíců jsou významné u všech použitých škál (Tabulka 6). A to přesto, že vzorek, ze kterého vycházíme, se zmenšil (n=217). Po roce podpory můžeme tedy očekávat méně problémů ve zdravotní i sociální oblasti (HoNOS), lepší celkové fungování (GAF) i kvalitu života, jak ji ohodnotili příjemci péče v dotazníku AQoL. Rok poskytování péče se jeví jako vhodné období, pro sledování efektů CDZ.

*Tabulka 6*

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

Pro výpočet byl použit Wilcoxonův párový test, signifikantní rozdíly tučně

### 5.2.4 Změny po 18 měsících péče v CDZ

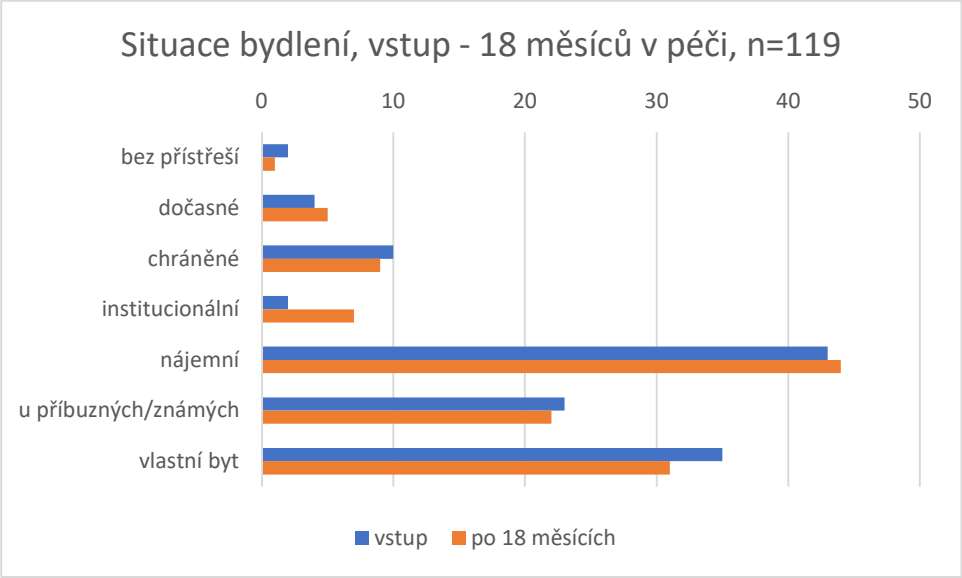
Osob, u nichž máme k dispozici kromě vstupního zjišťování k dispozici další tři měření jejich situace (Tabulka 7) je již méně (n=119). Jedná se o osoby, které čerpaly služby CDZ po celou dobu projektu. Jejich situaci je možné označit jako stabilní. Na škálách GAF a HoNOS nevidíme statisticky významné změny u této skupiny. Nástroj AQoL ukazuje pouze na statisticky významné zlepšení v dimenzi štěstí při srovnání vstupního hodnocení a hodnocení po 18 měsících.

*Tabulka 7*

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

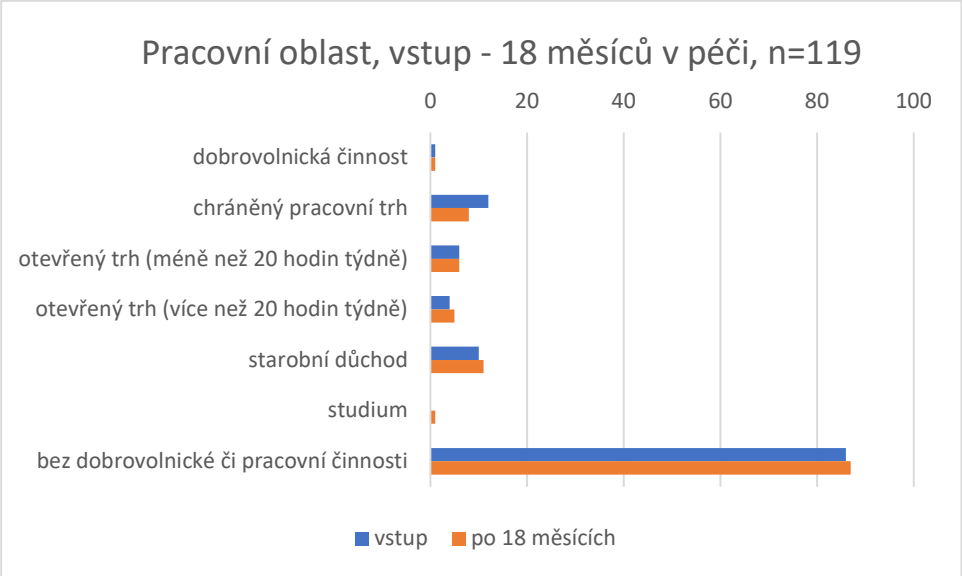
U této skupiny se nezlepšuje situace s bydlením, resp. mírně roste procento osob v institucionálním bydlení (Graf 19).

*Graf 19*




Situace v pracovní oblasti zůstává u této skupiny v celkových číslech konstantní. Postavení příjemců péče na trhu práce se nezlepšuje, ale ani nezhoršuje (Graf 20).

*Graf 20*




Tyto výsledky nejsou až tak překvapivé. Jedná se zřejmě o skupinu osob, které mají potřeby ve více životních oblastech a jejich stabilitu v čase je možné také vnímat jako úspěch. Lze spekulovat, že k pozitivním změnám u těchto osob dojde až po delší době poskytování služby CDZ.

## 5.3 Hypotéza: Služby CDZ přispívají k bezpečí klientů i veřejnosti

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

Dále máme k dispozici výsledky škálování u 379 osob (u opakovaných měření se n snižuje) podle HoNOS, kde se nacházejí tyto položky:

*1. Hyperaktivní, agresivní, rušivé nebo agitované chování*

Hodnota průměru této položky na začátku měření (n=379) je 0,5 a v čase se významně nemění. Škála HoNOS, její jednotlivé položky mohou nabývat hodnot 0-4, kde 0 značí „žádný problém“ a 4 znamená „nejméně jeden případ vážného fyzického napadení lidí nebo zvířat; ničení majetku (např. zakládání požárů); vážné hrozby nebo obscénní chování“. Hodnota 4 se za období 18 měsíců projektu vůbec neobjevila. HoNOS se zaměřuje na hodnocení období posledních 14 dnů. Naše data tedy přítomnost heteroagrese zcela nevylučují.

*2. Úmyslné sebepoškozování*

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

Škála HoNOS, její jednotlivé položky mohou nabývat hodnot 0-4, kde 0 značí „žádný problém“ a 4 „vážný sebevražedný pokus nebo vážné úmyslné sebepoškození během hodnoceného období“. Hodnota 4 se za období 18 měsíců projektu vůbec neobjevila.

Na základě těchto dat, můžeme konstatovat, že **služby CDZ přispívají k bezpečí příjemců péče i veřejnosti.** Tento závěr bude vhodné dále verifikovat na datech CDZ II.

# 6 Metodologie

Pokyny pro sběr dat v CDZ byly vydány v Manuálu k evaluaci CDZ, 2018. Ke stažení zde: Manuál registr CDZ_verze_2a.pdf (mzcr.cz). Designem se jednalo o prospektivní kohortovou studii, bez kontrolní skupiny. CDZ prováděla měření u klientů při vstupu do služby, dále vždy po 6 měsících a při ukončení služby.

CDZ mohla data vkládat do svých databázových programů, nebo je zapisovat do xls tabulky připravené programátory z ÚZIS.

Informace o klientech musely být následně převedeny do signálních kódů, které měly být poté formou K-dávek zasílány zdravotním pojišťovnám. Odtud se měly data dostat do Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRZHS).

Celý proces měl ale značné zpoždění, protože Ministerstvo zdravotnictví konzultovalo s Úřadem pro ochranu osobních údajů, jestli je zvolený postup v souladu se zákonem. Přenos dat z databází poskytovatelů CDZ fungoval problematicky a údaje, které se dostaly do NRHZS byly fragmentované a málo validní. Z těchto důvodů došlo k dohodě s jednotlivými CDZ, která poskytla data o klientech zasláním xls souborů zabezpečenou cestou přímo na ÚZIS. Tím došlo k získání datového souboru o 441 klientech CDZ. Ne všechny údaje byly řádně vyplněny, což se projevuje v evaluační zprávě tak, že pro jednotlivé škály a informace je k dispozici různý počet respondentů. Je tedy vždy uvedeno n, aby bylo zřejmé, o jak velký soubor se jedná.

Konkrétní postupy analýzy byly průběžně konzultovány v autorském týmu. Statistickou práci s daty realizovali pracovníci ÚZIS. Pro výpočet statistické významnosti byly použity Wilcoxonův párový test a McNemarův test.

Zpráva z evaluace je uspořádána tak, že začíná deskripcí charakteristik osob, které využívaly služby CDZ během 18 měsíců projektu. V následující části je věnována pozornost testování hypotéz o efektu CDZ.

- Poskytování služeb CDZ povede k poklesu počtu hospitalizačních dnů u klientů/pacientů CDZ
- CDZ podpoří kvalitu života klientů/pacientů
- Služby CDZ přispívají k bezpečí klientů i veřejnosti

První tři hypotézy byly testovány na datech o příjemcích péče. Čtvrtá hypotéza „Zlepšila se návaznost služeb pro osoby se SMI“ vyžaduje větší množství dat a bude testována společně s CDZ II.

# 7 Zdroje:

Analýza hospitalizačních dnů realizovaná ÚZIS, 2020. Získáno z: Národní portál psychiatrické péče | Registr CDZ (uzis.cz)

Broulíková, H. M., Winkler, P., Páv, M., & Kondrátová, L. (2020). Costs of mental health services in Czechia: Facilitating an evidence-based reform of psychiatric care. *Applied health economics and health policy*, *18*(2), 287-298.

Marcus, S. C., & Olfson, M. (2008). Outpatient antipsychotic treatment and inpatient costs of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, *34*(1), 173-180.

Vzdělanostní struktura obyvatel ČR, 2016. Získáno z: 2501321702.xlsx (czso.cz)