

REGIONÁLNÍ MODEL PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V KARLOVARSKÉM KRAJI

původní práce

Ondřej Pěč¹
Barbora Wenigová¹
Martin Dlouhý²
Tomáš Raiter³
Pavla Šelepová¹
Jan Stuchlík¹
Jiří Bartoš⁴

¹Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha

²Vysoká škola ekonomická v Praze

³STEM/MARK, a. s., Praha

⁴Nestátní zdravotnické zařízení – psychoterapie, psychiatrie a supervize, Karlovy Vary

Kontaktní adresa:

MUDr. Ondřej Pěč
ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s. r. o.
Vejvanovského 1610
149 00 Praha 4
e-mail: eset.pec@volny.cz

Financováno z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR a Světovou zdravotnickou organizací v rámci Pilotního projektu „Podpora rozvoje komunitní regionální péče v České republice (Biennial Collaborative Agreement 2010–2011)“

SOUHRN

Pěč O, Wenigová B, Dlouhý M, Raiter T, Šelepová P, Stuchlík J, Bartoš J. Regionální model péče o osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji

Cíl: Cílem šetření bylo odhadnout potřebné zastoupení služeb pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji, jejich množství a provozní náklady. Získaný odhad byl využit pro zpracování krajské koncepce péče o duševní zdraví.

Materiál a metoda: Soubor byl tvořen osobami s duševními poruchami s bydlištěm v Karlovarském kraji (8392 osob). Vlastní metodou bylo dvoufázové kvalitativní šetření prostřednictvím focus group a dotazníků u uživatelů a poskytovatelů péče (celkem 96 účastníků focus group a 88 respondentů dotazníkového šetření). Při odhadu nákladů jsme vycházeli z jednotkových nákladů na obdobné typy služeb z jiných regionů.

Výsledky: Kvalitativní analýza focus group zjistila nedostatek všech typů služeb a jejich omezenou místní dostupnost. Poukázala na potřebu lepší mobility služeb a jejich provázanosti a dále na posílení prevence a zvýšení informovanosti o duševních poruchách a službách. Dotazníková šetření indikovala potřebnost podstatného navýšení u následujících služeb: případové vedení, rezidenční komunitní služby, denní stacionáře a psychoterapeutické programy, pracovní rehabilitace a poradenství. Realizace navrhovaných změn ve službách

SUMMARY

Pěč O, Wenigová B, Dlouhý M, Raiter T, Šelepová P, Stuchlík J, Bartoš J. The regional model of mental health care in Karlovy Vary region

Aims/Objectives: A purpose of this investigation was to assess a spectrum of necessary services for people with mental illness in the Karlovy Vary region, incl. their quantity and operating costs. The estimate obtained by this study was used for formation of regional concept of mental health care.

Methods: A sample of this survey was formed by persons with mental disorders residing in the Karlovy Vary region (8392 persons). A qualitative investigation using focus groups and questionnaires for users and providers of care (a total of 96 focus group participants and 88 survey respondents) has been applied as a two-stage method. In an estimation of costs, we came out from unit costs for similar types of services from other regions.

Results: Qualitative analysis of focus groups identified lack of all types of services and their limited local accessibility. It also points out a need for enhanced mobility of the services, their linkage and a necessity for prevention and information about mental disorders and services. The questionnaire survey indicated a need for substantial increases for following services: case management, community residential services, day care centers and psychotherapeutic programs, vocational rehabilitation and counseling. Implementation of proposed changes in

by znamenala nárůst ročních výdajů na ně o 144 mil. Kč, tj. o 34%.

Závěr: K vytvoření plánu služeb v rámci regionálního modelu služeb pro osoby s duševním onemocněním lze využít kvalitativní šetření formou focus group a dotazníků u uživatelů a poskytovatelů služeb. V Karlovarském kraji byl takto vytvořen model služeb, jehož realizace již byla započata (doplňování chybějících služeb, destigmatizace).

Klíčová slova: služby duševního zdraví, regionální plánování péče, ekonomická analýza, focus group, dotazníkové šetření.

the services would imply a rise in spending on them by 144 mil. CZK per year, or 34%.

Conclusion: A qualitative investigation using focus groups and questionnaires for users and service providers can be favorably used for a formation of a plan of services, within a regional model of mental health care. So formed model of services has been created in the Karlovy Vary region and its implementation has already started (adding missing services, de-stigmatization).

Key words: mental health services, regional health planning, costs and cost analysis, focus groups, questionnaires.

ÚVOD

Princip regionality byl uplatňován při rozvoji moderních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve velké většině civilizovaných zemí. Služby jsou vázány na určité geografické území, většinou jde o správní celek. Jeho uplatňování napomáhá dvěma zásadám komunitní psychiatrické péče: provázanosti a koordinovanosti služeb (služby mohou být vázány na strukturu správního celku) a možnosti poskytovat služby co nejvíce ve vlastním prostředí pacientů nebo co nejbližší jejich domovů. Příklady regionálního utváření služeb můžeme najít jak v evropském prostoru – Velké Británii, Nizozemsku, Itálii, severovýchodních státech, tak i v zámorí – v USA, Kanadě či Austrálii.^{1,2,3,4}

Přesun péče z velkých nemocničních zařízení do komunitních služeb v těchto zemích v minulých desetiletích si vyžádal plánování rozvoje nových služeb. Plánování bylo potřebné především pro dosažení lepší efektivity služeb a optimalizaci nákladů. Postupně se ujímaly různé formy strategického plánování se zahrnutím názorů různých zájmových stran (stakeholders): uživatelé, rodinní příslušníci, poskytovatelé, státní správa a neziskový sektor, akademické instituce.^{5,6,7,8}

Pro získání dat k vytvoření modelu služeb se začaly u těchto zájmových skupin využívat semistrukturované rozhovory či skupiny reprezentativně vybraných respondentů zaměřené na určité téma (focus groups).^{8,9} Faulkner a Goldman¹⁰ nebo Elisha et al.¹¹ uvádějí ucelené postupy pro odhad personálních kapacit pracovníků pro péči o osoby s duševním onemocněním v rámci určité geografické oblasti. Tyto postupy zahrnují určení skupin pacientů včetně jejich počtů podle diagnóz a funkčního stavu, definici potřeb péče u těchto skupin v diskusi mezi profesionály a uživateli, stanovení rolí profesionálů, potřebného času

pro péči o jednotlivé typy klientely a popis jejich klinické práce. Kuno et al.¹² vytvořili počítačovou simulaci modelu regionálních služeb, který je charakterizován přesuny pacientů mezi lůžkovou a rezidenční péčí za vlivu komunitních týmů.

V tomto příspěvku volně navazujeme na předchozí publikace vztahující se k vytváření modelu péče o osoby s duševním onemocněním v regionu hlavního města Prahy.^{13,14} V minulém šetření jsme zjišťovali potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče v kvalitě a kvantitě služeb pro osoby s duševním onemocněním v Praze. Potřeby jsme zkoumali formou focus group a následného dotazníkového šetření. Výsledky ukázaly potřebu navýšení kapacit ambulantních, rehabilitačních, psychoterapeutických forem péče a restrukturalizace lůžkového fondu. Kvalitativní analýza dospěla k důrazu na propojenost všech segmentů péče, k potřebě orientovat služby co nejvíce do přirozeného prostředí pacientů, ke zdůraznění ambulantní psychiatrické péče a významu terapeutického vztahu. Realizace navrhovaných změn v kapacitách služeb by znamenala navýšení finančních prostředků o 2,83 mld. Kč.

V předkládané práci byli předmětem našeho šetření lidé s duševními poruchami žijící na území Karlovarského kraje. Cílem bylo vytvoření odhadu optimálního zastoupení služeb pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji na základě potřeb uživatelů a poskytovatelů, jejich kvantifikace, potřebné vlastnosti a organizace a odhad nákladů na jejich provozování. Karlovarský kraj byl zvolen proto, že jde o region s nejméně rozvinutou sítí zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v ČR a vedení kraje mělo zájem o toto šetření spolu s vytvořením krajské koncepce péče o osoby s duševním onemocněním, včetně postupného doplnění

potřebných služeb. Dalším argumentem pro výběr tohoto kraje byly některé jeho charakteristiky potencionálně nepříznivé pro psychiatrickou morbiditu: vyšší nezaměstnanost (11,1% oproti 9,2% v ČR v prosinci 2009), nepříznivá vzdělanostní a kvalifikační struktura obyvatelstva (podíl vysokoškolsky vzdělaných obyvatel hluboko pod celorepublikovým průměrem, vysoký podíl občanů s nedokončeným nebo základním vzděláním), větší množství sociálně slabých obyvatel a osob bez přístřeší.

V Karlovarském kraji působí 15 ambulancí psychiatrů a 14 klinických psychologů. Pro skupinu uživatelů závislých na návykových látkách existuje v kraji jedna protialkoholní a protitoxikomanická poradna spolu s Centrem substituční terapie. V kraji je jedno lůžkové oddělení v soukromé nemocnici v Ostrově, kde je k dispozici celkem 40 lůžek. Lůžka následné i akutní péče jsou v počtu 200–300 k dispozici v Psychiatrické léčebně Dobřany mimo území kraje. V regionu existují dva denní stacionáře s celkem 17 místy, v jednom z nich se 7 místy však byl v roce 2008 pozastaven provoz. V předběžném dotazníkovém šetření u poskytovatelů sociálních služeb¹⁵ jsme zjistili zastoupení klientů s duševní poruchou v sociálních službách kraje (tab. 1).

Z tab. 1 vyplývá, že téměř neexistují svépomocné a aktivizační programy, případové vedení, pracovní rehabilitace a specializované poradenství pro osoby s psychózou, závislostí a ostatními duševními poruchami. Nejsou rozvinuty rezidenční komunitní služby pro všechny okruhy poruch, s výjimkou dvou zařízení pro osoby s mentálním postižením. Prakticky neexistují krizové služby, kromě jednoho zařízení pro osoby s ostatními duševními poruchami.

V příspěvku uvádíme základní popis metodiky a výsledků, jejich širší popis nalezne čtenář v dalších dokumentech.^{15,16}

MATERIÁL A METODIKA

Vyšetřovaným souborem byly osoby s duševními poruchami (MKN F0–F99), které byly v roce 2007 v péči psychiatrické ambulantní péče v Karlovarském kraji, a dále ty osoby s bydlištěm v kraji, které byly déle než jeden rok hospitalizovány v Psychiatrické léčebně v Dobřanech, která sídlí mimo region, avšak přijímá pacienty z Karlo-

varského kraje k dlouhodobé hospitalizaci. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS) bylo v roce 2007 v Karlovarském kraji ošetřováno v psychiatrických ambulancích 8397 pacientů s duševní poruchou, současně bylo dlouhodobě hospitalizováno (déle než jeden rok) v Psychiatrické léčebně Dobřany 113 těchto pacientů s bydlištěm v Karlovarském kraji. Počty těchto pacientů v jednotlivých diagnostických kategoriích udává tab. 2.

Šetření probíhalo ve dvou fázích. První fáze se soustřeďovala na odhad potřebných kvalitativních a kvantitativních parametrů služeb na základě výstupů focus group a dotazníkového šetření u uživatelů a poskytovatelů péče. Ve druhé fázi šetření byli uživatelé a poskytovatelé seznámeni s předběžnými výsledky předchozí kvalitativní analýzy a v následném dotazníkovém šetření a focus group měli ověřit tyto předběžné výsledky. První fáze probíhala od dubna do září 2009, druhá fáze v průběhu roku 2010.

První fáze šetření

Přiřazení variant optimální péče pro každou diagnostickou skupinu zvláště jsme provedli s využitím metody focus group.¹⁷ Jde o formu kvalitativního výzkumu. Focus group představuje pracovní skupinu reprezentativně vybraných respondentů, ve které jsou podporovány interakce. Skupina využívá skupinové dynamiky a je tázána na postoje k určitému tématu. V našem případě měla skupina navíc za úkol směřovat ke shodě v návrhu potřebné kvantifikace služeb pro psychiatrické pacienty. Postupovali jsme tak, že pro diagnostické okruhy: 1. organické psychické poruchy (F0), 2. závislosti (F1), 3. schizofrenní poruchy (F2), 4. afektivní poruchy (F3), 5. úzkostné a behaviorální poruchy (F4, 5), 6. poruchy osobnosti (F6), 7. psychické poruchy v dětství a adolescenci (F8–F9) jsme vytvářeli diskusní skupiny složené z odborníků působících ve službách pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji a focus groups tvořené uživateli péče nebo jejich rodinnými příslušníky s bydlištěm rovněž v Karlovarském kraji. Celkem takto bylo uskutečněno 12 skupinových diskusí se 41 odborníky a 47 uživateli. Z odborníků byli nejvíce zastoupeni psychologové, lékaři a ošetřovatelský personál. Pro každou diagnostickou kategorii byl nejprve projektovým týmem osloven odborný koordinátor – odborník s dlouholetou klinickou zkušeností s danou diagnostickou

Tab. 1. Počty zařízení a počty klientů dle typů poruchy využívající jednotlivé sociální služby v průběhu jednoho roku na území Karlovarského kraje

	Mentální retardace		Demence		Psychóza		Závislost		Ostatní duševní poruchy	
	Počet zařízení	Počet klientů	Počet zařízení	Počet klientů	Počet zařízení	Počet klientů	Počet zařízení	Počet klientů	Počet zařízení	Počet klientů
Svépomocné a aktivizační programy	3	149	1	30	1	8		0		0
Poradenství	2	123	1	121	1	5		4	1	1
Případové vedení	1	11	3	37	2	2	1	2	1	1
Ústavní rezidenční služby	18	724	18	596	19	282	11	65	6	101
Pracovní rehabilitace	2	72	1	15	2	6	1	4	0	0
Rezidenční komunitní služby	2	21	0	0	1	4	1	1	0	0
Krizové služby	0	0	0	0	0	0	0	0	1	79
Kontaktní a terénní protidrogové služby							2	500		
Jiné nespécifické služby	4	35	4	110	4	78	4	227	3	153

Tab. 2. Počty pacientů léčených v psychiatrických ambulancích v Karlovarském kraji a dlouhodobě hospitalizovaných v PL Dobřany v roce 2007

Diagnostická kategorie			celkem
Organická duševní porucha F00–09	v péči psychiatrické ambulance	978	1003
	dlouhodobě hospitalizován	25	
Poruchy vyvolané alkoholem a ost. psychoaktivními látkami F10–19	v péči psychiatrické ambulance	510	537
	dlouhodobě hospitalizován	27	
Schizofrenie F20–F29	v péči psychiatrické ambulance	805	837
	dlouhodobě hospitalizován	32	
Afektivní poruchy F30–F39	v péči psychiatrické ambulance	1494	1500
	dlouhodobě hospitalizován	6	
Úzkostné a behaviorální poruchy F40–F48, F50–F59	v péči psychiatrické ambulance	2952	2962
	dlouhodobě hospitalizován	10	
Poruchy osobnosti F60–F63, F68–F69	v péči psychiatrické ambulance	379	382
	dlouhodobě hospitalizován	3	
Sexuální poruchy, deviace F64–F66	v péči psychiatrické ambulance	10	10
	dlouhodobě hospitalizován		
Mentální retardace F70–F79	v péči psychiatrické ambulance	595	604
	dlouhodobě hospitalizován	9	
Psychické poruchy v dětství a adolescenci F80–F98	v péči psychiatrické ambulance	524	524
	dlouhodobě hospitalizován		
Neurčená duševní porucha F99	v péči psychiatrické ambulance	32	33
	dlouhodobě hospitalizován	1	
CELKEM			8392

skupinou. Odborný koordinátor poté vyhledal odborníky a uživatele do focus group. Bylo požadováno, aby výběr takto získaných diskutujících maximálně zohlednil různé názorové proudy v dané specializaci. Odborný koordinátor měl dále za úkol shrnout výsledky diskuse. Jednotlivé diskusní skupiny se zaměřily na určení typů potřebných služeb pro pacienty dané diagnostické kategorie a podílu na počtu pacientů této diagnostické skupiny, kteří je v průběhu jednoho roku využijí. Skupiny diskutujících měly také za úkol navrhnout potřebnou kvalitu těchto služeb. Kromě řízené diskuse byl ve focus group aplikován i jednoduchý strukturovaný dotazník pro členy pracovních skupin. Kvantitativní návrhy focus group (počty pacientů potřebujících určitou službu) jsme porovnávali s co možno nejaktuálnějšími počty pacientů, kteří byli uživateli jednotlivých typů služeb. Data o počtech pacientů ve zdravotnických službách jsme čerpali ze zdrojů ÚZIS z roku 2007. Počty hospitalizovaných z regionu v Psychiatrické léčebně Dobřany jsme zjišťovali přímým dotazováním, podobně i u některých sociálních služeb (denních stacionářů sociálního typu, domovů se zvláštním režimem). U protidrogových služeb jsme počty klientů vyhledali z výročních zpráv. Byla použita data z roku 2007.

Pro posouzení výstupů z diskusních skupin jsme sestavili standardizovaný dotazník s 23 otázkami orientovanými na posouzení potřebného počtu pacientů a jejich diagnostické struktury, kteří by měli být optimálně ošetřováni v jednotlivých typech služeb. Dotazník byl zpracován do elektronické formy a umístěn na webovou adresu. Následně jsme oslovili (e-maily, telefonicky či osobně) odborníky pracující ve zdravotních i sociálních službách pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji s žádostí o vyplnění. Odborníci byli vyhledáváni na základě veřejně dostupných databází. Započítávány byly jen kompletně vyplněné dotazníky. K zodpovězení dotazníků bylo vybídáno celkově 91 osob a odpovědělo 33 respondentů. Mezi respondenty pře-

važovaly ženy v 73 %. Věkově byla nejvíce zastoupena skupina mezi 31 a 40 lety. Téměř polovinu dotazovaných tvořili psychiatři a nejvíce zastoupeným typem odborné praxe respondentů byla ambulanti péče.

Vzhledem k tomu, že cílem tohoto kvantitativního šetření nebylo získání primárních údajů, ale ověření návrhů vzestých z diskusních skupin odborníků, zaměřili jsme se při vyhodnocení především na míru souhlasu s předloženými návrhy a na rozložení průměrné hodnoty nesouhlasných reakcí, a to zvlášť směrem k vyšším a nižším hodnotám. Při zpracování dat dotazníkového šetření byly spočítány aritmetické průměry u jednotlivých odpovědí, které hodnotily změny využití jednotlivých služeb v procentech, s tím, že souhlasné odpovědi měly tu procentní hodnotu, která byla obsažena v tvrzení, se kterým byl vyjádřen souhlas. Dále byly zjištěny počty souhlasných a nesouhlasných odpovědí u jednotlivých položek a u nesouhlasných odpovědí rovněž počty respondentů s hodnotou odpovědi vyšší než tázaná hodnota a průměrná hodnota, maxima, minima jejich odpovědi. Totéž bylo spočteno i u respondentů s hodnotou odpovědi nižší, než byla tázaná hodnota.

Druhá fáze šetření

Abychom ověřili výstupy předchozího šetření či získali další nové informace, sestavili jsme dotazník zvlášť pro profesionály v přímé péči o osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji a zvlášť pro uživatele těchto služeb v témže regionu. Dotazník pro profesionály obsahoval celkem šest otázek. V prvních dvou otázkách měli respondenti potvrdit výstup kvalitativní analýzy z předchozího šetření, v další otázce posoudit potřebu snížení či navýšení u jednotlivých typů služeb a v posledních třech otázkách znovu otestovat pořadí potřebného využití jednotlivými skupinami psychických poruch u některých služeb (případové vedení, rezidenční komunitní služby, pracovní rehabilitace). Dotaz-

ník pro uživatele měl velmi podobnou strukturu, byly však vynechány poslední tři otázky.

Dotazník pro poskytovatele byl e-mailovou poštou odeslán do všech služeb, které byly identifikovány jako služby s cílovou klientelou osob s duševním onemocněním. Dotazník pro uživatele byl distribuován mezi pacienty 10 vybraných zařízení. Celkem bylo odborníkům rozesláno 90 dotazníků a uživatelům 60 dotazníků. Zpět jsme obdrželi 31 vyplněných dotazníků od profesionálů a 24 vyplněných dotazníků od uživatelů. V dotazníkovém šetření profesionálů převažovaly ženy staršího středního věku, sociální pracovníce nebo zdravotní sestry, pracující v sociálních službách nebo službách psychosociální rehabilitace. Naproti tomu dotazníkového šetření uživatelů se účastnili nejvíce muži mladšího či mladšího středního věku, se středoškolským vzděláním s nejčastější dobou léčby mezi 5 a 20 lety.

Druhé dotazníkové šetření jsme ještě doplnili o focus group, která byla sestavena z 8 poskytovatelů – odborníků se zastoupením různých specializací podle zkoumaných diagnostických skupin. Diskutovaným tématem byl souhrn kvalitativní a kvantitativní analýzy z předchozí první fáze šetření.

Na základě výsledků z obou fází šetření byly specifikovány konkrétní typy služeb, které měly být zavedeny či jejichž kapacity by měly být rozšířeny. Navrhované změny byly vyjádřeny změnou ročního počtu ošetřených pacientů/klientů oproti současnému využití v jednotlivých službách. K nim byla přiřazena nutná minimální kapacita a časový plán realizace (2, 5, 10 let). Takto vzniklý plán po doplnění způsobu organizace a potřebné kvality služeb se stal základem Konceptu péče pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji.

Při těchto doporučeních pro další rozvoj služeb jsme pokládali za nezbytné v průběhu dalších 10 let zvětšit kapacity některých služeb alespoň na 30–50 % potřebného navýšení, u některých služeb plně na navrhovanou úroveň. Zohlednili jsme naše předchozí zkušenosti i doporučení diskusních skupin v té věci, že v oblasti potřebného navýšení služeb bylo zapotřebí stanovit jak potřebu celkových změn kapacity, tak určit priority. Jako prioritní jsme doporučili zavést či posílit ty služby, u nichž v dotazníkovém šetření jak profesionálové, tak uživatelé shodně navrhovali podstatné zvýšení kapacity.

Dále jsme se pokusili posoudit, jak by se současné a potřebné využití služeb vyjádřené v počtu pacientů ošetřených během jednoho roku mohlo odrazit ve změnách kapacit jednotlivých služeb vyjádřených dle povahy dané služby v počtu lůžek, míst či počtu odborného personálu. Tam, kde je známo potřebné procentuální navýšení a současná kapacita služby (ambulanti péče, akutní lůžková psychiatrická péče), jsme provedli procentuální navýšení. Pokud jsme znali současný počet pacientů a odhad kapacitních možností jednoho pracovního místa v počtu pacientů v typologicky stejných službách z dat ÚZIS (krizová centra, denní stacionář), odvodili jsme kapacity z požadovaného počtu pacientů násobeného obráceným poměrem počtu pacientů a jednoho pracovního místa. Pokud nebyla ani data z ÚZIS, využili jsme evidence jiných podobných služeb (psychiatrická rehabilitace, poradenství) z výročních zpráv organizací poskytujících tyto služby nebo z evidence Asociace komunitních služeb.

Ekonomická analýza

Odhady ekonomických vstupních dat pocházejí z různých zdrojů, např. ze zdravotních pojišťoven, ÚZIS, poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. Tradiční zdroje oficiálních údajů (zdravotní pojišťovny, ÚZIS) popisují zejména zdroje financování a výdaje podle typu poskytovatelů. Údaje od poskytovatelů popisují především náklady, takže bylo nutné kombinovat jak úhrady (výdaje), tak informace o nákladech.

Při odhadu výdajů pro každou službu jsme postupovali tak, že jsme určili vhodnou výdajovou (nákladovou) jednotku, pro kterou jsme se pokusili odhadnout jednotkové výdaje (náklady). Při predikci budoucích nákladů na péči o duševní zdraví jsme vždy vycházeli z předpokladu lineárních vztahů: dvojnásobek služeb bude stát dvojnásobek prostředků. I když lze předpokládat určité úspory z rozsahu (více služeb bude stát v průměru méně), nelze o takových úsporách dělat žádné rozumné předpoklady. Z tohoto důvodu jsme počítali s konstantním průběhem jednotkových výdajů (nákladů), které mohou být brány jako pesimistický odhad nárůstu výdajů (nákladů) na péči o duševní zdraví. V ekonomickém modelu jsme uvažovali kategorii „léky na předpis“ jako samostatnou položku, která je zcela svázána s rozsahem poskytované ambulantní péče.

V dalším kroku jsme výdaje (náklady) na zvolenou kapacitní jednotku vynásobili počtem požadovaných kapacit. Kapacity byly převzaty z navrhovaných změn ve struktuře služeb. Tímto způsobem jsme obdrželi odhad nákladů podle jednotlivých služeb.

Koncepce péče spolu s ekonomickou analýzou byla následně ještě připomínkována 20 odborníky v oblasti duševního zdraví z Karlovarského kraje. Možná rizika realizace koncepce byla diskutována se čtyřmi zástupci obdobných regionálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v ČR formou dotazníku a na společném diskusním setkání.

VÝSLEDKY

Výsledky kvalitativní analýzy získané v obou fázích šetření, především na základě zpracování výstupů focus group, lze shrnout do následujících významových celků:

1. chybění všech typů služeb, zdravotních i sociálních, specializovaných na psychické poruchy, nedostatek vzdělaných profesionálů v této oblasti a malé finanční zdroje na ně;
2. omezená místní dostupnost služeb (značné dojezdové vzdálenosti za odbornými službami, následná lůžková psychiatrická péče ve velké vzdálenosti mimo kraj) a potřeba vzniku mobilních týmů a terénních služeb;
3. potřeba lepšího propojení a provázání služeb, včetně zapojení rodin nemocných do péče;
4. nedostatečná informovanost o duševních poruchách a možnostech pomoci s potřebou vzniku informačních center;
5. zvýšení důrazu na prevenci duševních poruch (odpovídající sociální zabezpečení, psychoterapie a krizové služby, zapojení rodin).

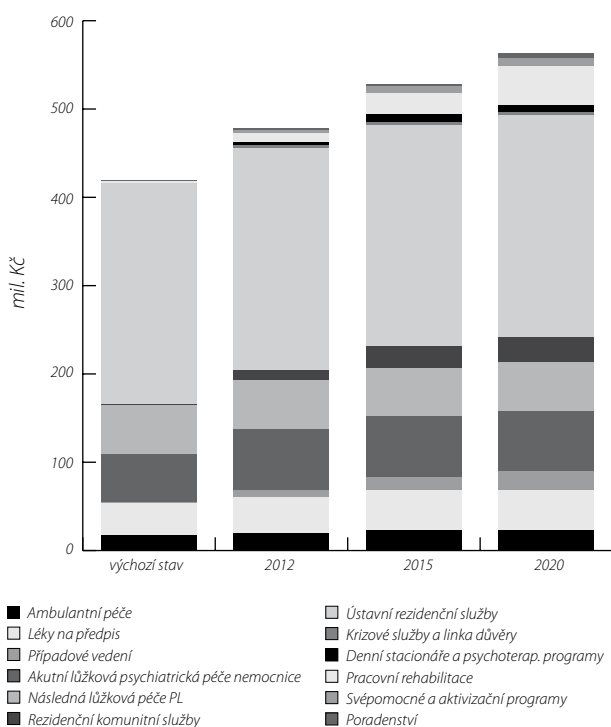
Tab. 3. **Současné a navrhované využití služeb pro osoby s duševní poruchou v Karlovarském kraji**

Typ služby	Současné využití (pacienti/rok)	Navržené využití (pacienti/rok)
Ambulantní péče	8392	10600
Případové vedení	42	1200
Akutní lůžková psychiatrická péče nemocnic	1476	1845
Následná lůžková péče psychiatrické léčebny	682	682
Rezidenční komunitní služby	5	238
Ústavní rezidenční služby	1044	1044
Krizové služby	79	1500
Linky důvěry	0	2200
Denní stacionáře a psychotherapeutické programy	45	1294
Pracovní rehabilitace	25	725
Svépomocné a aktivizační programy	38	450
Poradenství	131	1900

Tab. 3 ukazuje současné a navržené využití služeb (počty ošetřených pacientů v dané službě za rok) v jejich optimálním modelu na základě dotazníkového šetření z první fáze. Použity jsou hodnoty z průměru platných odpovědí dotazníkového šetření (návrh změn kapacity v procentech) a jsou přepočteny do formátu počet pacientů za rok.

Graf 1 zobrazuje náklady na provoz navrhovaných služeb po provedené etapizaci na 2, 5 a 10 let, tj. na roky 2012, 2015 a 2020. Údaje pro rok 2020 odpovídají navrženému využití služeb optimálního modelu z dotazníkového šetření první fáze.

Současné celkové výdaje na duševní zdraví odhadujeme na částku zhruba 420 mil. Kč. Největší odhadovanou



Graf 1. **Odhad výdajů na služby pro osoby s duševními poruchami v Karlovarském kraji po etapách**

Tab. 4. **Služby indikované nadpoloviční většinou respondentů dotazníkového šetření k podstatnému navýšení kapacity**

Typ služby	Profesionálové	Uživatelé
Ambulantní péče (psychiatrická, AT, sexuologická)	x	
Případové vedení působící ve vlastním prostředí pacientů	x	x
Rezidenční komunitní služby	x	x
Krizové služby	x	
Denní stacionáře a psychotherapeutické programy	x	x
Rodinné intervence a psychoedukace	x	
Pracovní rehabilitace	x	x
Svépomocné a aktivizační programy	x	
Poradenství	x	x

Tab. 5. **Pořadí potřebnosti zapojení jednotlivých druhů psychických poruch ve vybraných službách**

Služby	Souhlasící respondenti	Nesouhlasící respondenti
Případové vedení	1. organ. psych. poruchy	1. schizofrenie
	2. úzkostné poruchy	2. organické psych. poruchy
	3. afektivní poruchy	3. afektivní poruchy
Rezidenční komunitní péče	1. schizofrenie	1. schizofrenie
	2. afektivní poruchy	2. afektivní poruchy
	3. úzkostné poruchy	3. psychické poruchy u dětí
Pracovní rehabilitace	1. úzkostné poruchy	1. schizofrenie
	2. afektivní poruchy	2. afektivní poruchy
	3. schizofrenie	3. úzkostné poruchy

položkou jsou ústavní rezidenční služby, které představují více než polovinu výdajů. Realizace změn znamená zvýšení celkových ročních výdajů na duševní zdraví v Karlovarském kraji z nyní odhadovaných 419 mil. Kč na 563 mil. Kč. To znamená nárůst o 144 mil. Kč ročně, v procentních bodech nárůst o 34 %.

Priority v dalším rozšiřování služeb duševního zdraví ukazuje následující tab. 4. Znázorňuje ty služby, u kterých se více než polovina respondentů (profesionálů nebo uživatelů) v dotazníkovém šetření druhé fáze vyslovila pro podstatné navýšení kapacity.

Z tab. 4 vyplývá, že služby, u kterých se současně profesionálové i uživatelé vyslovují pro podstatné navýšení, jsou následující: případové vedení, rezidenční komunitní služby, denní stacionáře a psychotherapeutické programy, pracovní rehabilitace a poradenství.

Tab. 5 znázorňuje pořadí indikací dle největší potřebnosti zapojení jednotlivých druhů psychických poruch u některých vybraných služeb, které byly vytipovávány k podstatnému navýšení kapacity (případové vedení, rezidenční komunitní služby, pracovní rehabilitace). Uvedené pořadí vyplynulo z výsledků dotazníkového šetření s profesionály v druhé fázi. Zvlášť jsou uvedena pořadí u souhlasících a zvlášť u nesouhlasících respondentů.

V doporučeních pro Koncepti péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje jsme na základě zjištěných skutečností zdůrazňovali vedení destigmatizační kampaně, zřízení informačního centra, zavedení koordinačního týmu (průběžná koordinace služeb mezi zástupci úřadu a klíčových zdravotnických a sociálních služeb), mobilní a preventivní charakter nově navrhovaných služeb.

V tab. 6 jsou uvedeny služby určené k postupnému navýšení dle navrhované koncepce, kapacity jsou uvedeny v počtech míst, úvazků či zařízení.

DISKUSE

Na problematiku místa našeho šetření jsme již poukazovali v předchozích publikacích, kdy šetření probíhalo obdobným způsobem:^{13,14} omezení daná výběrem účastníků do diskusních skupin a získáváním respondentů dotazníkových šetření, nezohlednění možného nárůstu počtu léčených pacientů v psychiatrické péči v příštích deseti letech, možné navýšení času odborné práce v souvislosti s tlakem na zvýšení její kvality. Počet respondentů-profesionálů dotazníkového šetření (31 v první fázi a 33 ve druhé fázi) odráží omezený počet poskytovatelů – odborníků se zaměřením na psychické poruchy v Karlovarském kraji (cca 90 osob). Zastoupení profesí respondentů, kde v první fázi převažovali ambulantní psychiatři, vyvážilo složení respondentů ve druhé fázi, kde spíše převažovali pracovníci sociálních a rehabilitačních služeb.

Podobně jako v minulých šetřeních na obdobné téma nebyl vyšetřovaný soubor omezen jen na pacienty s nižší funkční kapacitou. Pokud bychom jej takto omezili, daly by se předpokládat nižší kvantitativní odhady potřebných služeb i nákladů.

U ekonomické analýzy je nutné považovat vstupní jednotková data u některých typů služeb za méně kvalitní z důvodů malé transparentnosti a dostupnosti těchto dat a z důvodů nutnosti kombinovat údaje od plátců péče (jako náklady) a od poskytovatelů (jako příjmy). Jakékoliv odhady je proto nutno považovat za výsledky orientační, ukazující pravděpodobné rozložení výdajů v Karlovarském kraji. Predikce výdajů podle typu služby je v případě navrhovaných transformačních změn expertním odhadem.

Jiným typem diskuse je realizovatelnost navrhovaných změn. Cílenou diskusí se zástupci poskytovatelů služeb duševního zdraví z jiných regionů, kde již některé transformační kroky proběhly, jsme získali následující poznatky: Existuje riziko dlouhodobé finanční udržitelnosti sociálních služeb. Službám hrazeným dočasně z evropských zdrojů může být ukončena podpora, proto je zapotřebí se více soustředit na nezbytné služby. Dalším rizikem je

Tab. 6. **Návrh navýšení služeb pro koncepci péče duševního zdraví**

Typ služby	Potřebné navýšení	Časový plán		
		Rok 2012	Rok 2015	Rok 2020
DS psychotherapeutický – úzkostné poruchy	15 míst	15 míst		
DS psychotherapeutický pro psychózy	45 míst	18 míst	27 míst	
DS doléčovací pro závislé	25 míst		25 míst	
DS pro organické psychické poruchy	35 míst		35 míst	
Středisko psychotherapie pro děti	20 míst	20 míst		
Ambulantní psychiatr pro dospělé	2 úvazky	1 úvazek	1 úvazek	
Ambulantní psychiatr pro děti	1 úvazek	1 úvazek		
Ambulance pro léčbu závislostí	1 úvazek	1 úvazek		
Ambulance psychiatrické sexuologie	1 úvazek		1 úvazek	
Ambulantní psychiatr – psychotherapie	1 úvazek	1 úvazek	1 úvazek	
Klinický psycholog	2 úvazky			
Komunitní bydlení – psychózy	4 zařízení	1 zařízení	1 zařízení	2 zařízení
Tréninkové chráněné byty – psychózy	30 lůžek	10 lůžek	10 lůžek	10 lůžek
Pobyty pro děti a adolescenty	20 míst	20 míst		
Terapeutická komunita pro závislé	1 zařízení	1 zařízení		
Terapeutická komunita – poruchy osobnosti	1 zařízení	1 zařízení		
Chráněná dílna – psychózy	30 úvazků	6 úvazků	12 úvazků	12 úvazků
Přechodné zaměstnávání	20 úvazků	5 úvazků	5 úvazků	10 úvazků
Podporované zaměstnání	20 úvazků	5 úvazků	5 úvazků	10 úvazků
Specializované poradenství	7,5 úvazků	2 úvazky	2 úvazky	3,5 úvazku
Centra denních aktivit – psychózy	3 zařízení	1 zařízení	1 zařízení	1 zařízení
Denní centra – organické poruchy	2 zařízení	1 zařízení	1 zařízení	
Svépomocné uživatelské organizace	1 organizace	1 organizace		
Nízkoprahová centra pro závislé	1 zařízení	1 zařízení		
Střediska rané péče	1 zařízení		1 zařízení	
Centra – děti s autismem	1 zařízení		1 zařízení	
Komunitní psychiatrické sestry	9 úvazků	2 úvazky	3 úvazky	4 úvazky
Sociální pracovníci – case management	3 úvazků	2 úvazky	1 úvazek	
Adiktolog – case management	3 úvazků	2 úvazky	1 úvazek	
Osobní asistence pro duševně nemocné	10 úvazků	3 úvazky	3 úvazky	4 úvazky
Gerontologické sestry	5 úvazků	2 úvazky	3 úvazky	

špatná spolupráce se zdravotními pojišťovnami v rozšiřování nových potřebných služeb a nepropojení zdravotních a sociálních služeb. Z tohoto důvodu je třeba klást od počátku důraz i na rozvoj zdravotních služeb a jejich provázání se sociální oblastí. Stávající podpora vedení kraje v rozšiřování služeb se může vytratit změnou politického vedení kraje, pak může být obtížné změny udržet. Dalším problémem může být nedostatečné množství kvalifikovaných zkušených pracovníků (zdravotníků a sociálních pracovníků) v regionu pro rozvoj služeb. Rizika v oblasti postojů veřejnosti se týkají především stigmatizace duševně nemocných a závislých.

Zjevným pokrokem oproti jiným minulým regionálním koncepcím duševního zdraví je v případě Karlovarského kraje počínající realizace tohoto plánu.* Vedení kraje zřetelně podporuje tento rozvoj. V průběhu letošního a příštího roku vznikne centrum pro předpracovní a pracovní rehabilitaci a tým případového vedení (sociálně terapeutická dílna a sociální rehabilitace – terénní

* Plné znění Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje včetně příloh je dostupné na stránkách projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ www.rpkk.cz

a ambulantní forma) a poradenská a informační linka pro osoby s duševním onemocněním a jejich blízké. V oblasti zdravotních služeb bude pravděpodobně zahájena služba terénních psychiatrických sester. Destigmatizační kampaň a specializované internetové poradenství již probíhají od minulého roku.

ZÁVĚR

Na základě doufákového šetření s využitím focus group a dotazníků s daty od poskytovatelů, uživatelů péče duševního zdraví a jejich rodinných příslušníků jsme vytvořili model potřebných služeb duševního zdraví v Karlovarském kraji. Ekonomická analýza ukázala, že potřebný nárůst ročních finančních prostředků pro realizaci tohoto modelu během dalších deseti let je 34 %, což je podstatně méně, než ukázala obdobná studie realizovaná v Praze, kde by si transformace vyžádala zvýšení výdajů na více než dvojnásobek. Z tohoto pohledu výsledek pro Karlovarský kraj vypadá střízlivě a mohl by být realizovatelný i za méně příznivých ekonomických podmínek, které v současnosti panují.

LITERATURA

- Arvidsson H, Ericson BG. The development of psychiatric care after the mental health care reform in Sweden. A case register study. *Nord J Psychiatry* 2005; 59: 186–192.
- Dumont MP, Dumont DM. Deinstitutionalization in the United States and Italy. A Historical Survey. *International Journal of Mental Health* 2009; 37 (4): 61–70.
- Ravelli DP. Deinstitutionalization of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care* [on-line] 2006; 6 [cit. 2011-07-14]. Dostupné z <http://www.ijic.org>.
- Rosen A. The Australian experience of deinstitutionalization: interaction of Australian culture with the development and reform of its mental health services. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113 (Suppl. 429): 81–89.
- Goding M. Strategic planning and public mental health services. *Australian Psychiatry* 2005; 13 (2): 116–119.
- Mental health care in community-based services. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Newbrough G. Policy values in community mental health program planning. *Journal of Community Psychology* 1978; 6: 48–50.
- Restall G, Strutt C. Participation in planning and evaluating mental health services: building capacity. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2008; 31 (3): 234–238.
- Sutton KP, Maybery D, Moore T. Creating a sustainable and effective mental health workforce for Gippsland, Victoria: solutions and directions for strategic planning. *Furl Remote Health* [on-line] 2011; 11(1), [cit. 2011-07-14]. Dostupné z http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_1585.pdf.
- Faulkner JR, Goldman CR. Estimating psychiatric manpower requirements base on patients' needs. *Psychiatric Services* 1997; 48 (5): 666–670.
- Elisha D, Levinson D, Grinspoon A. A need-based model for determining staffing needs for the public sector outpatient mental health service system. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 2004; 31 (3): 324–333.
- Kuno E, Koizumi N, Rothbard AB. A Service System Planning Model for Individuals With Serious Mental Illness. *Mental Health Services Research* 2005; 7 (3): 135–144.
- Pěč O, Wenigová B, Raiter T et al. Potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče pro vytvoření modelu služeb pro duševně nemocné v Praze. *Psychiatrie* 2009; 13 (1): 10–14.
- Pěč O, Dlouhý M, Wenigová B et al. Model péče o duševně nemocné v Praze a jeho ekonomické vyhodnocení, využití pro Karlovarský kraj. *Psychiatrie* 2009; 13 (2–3): 68–73.
- Wenigová B, Pěč O, Šelepová P, Stuchlík J, Bartoš J, Dolejš M. Situační analýza stavu péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje. Odborná zpráva z individuálního projektu. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [on-line] 2010; 87 s., [cit. 2011-07-14]. Dostupné z <http://www.rpkk.cz/download/situacni-analyza.pdf>.
- Wenigová B, Pěč O, Bartoš J, Konečný M, Raiter T, Šelepová P. Odborná zpráva projektu „Pilotní model péče o duševně nemocné v Karlovarském kraji (2009)“. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [on-line] 2009; 442 s., [cit. 2011-07-14]. Dostupné z <http://www.cmhcd.cz/soubory/1284382637.pdf>.
- Morgan DL. Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu. *Boskovice: Albert*; 2001.