



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Metodická příručka pro evidenci respektující rozvoj psychiatrické péče

20. prosince 2019

Národní ústav duševního zdraví
Topolová 748, 250 67 Klecany



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Obsah

Obsah	1
Úvod	4
1 Rozhodování o rozvoji systému péče o duševní zdraví	5
1.1. Politika a legislativa týkající se duševního zdraví	5
Indikátor 1: Legislativa pro oblast duševního zdraví	5
Indikátor 2: Účast stakeholderů na tvorbě politiky a legislativy v oblasti duševního zdraví	7
Indikátor 3: Zapojení uživatelů péče a jejich rodin do rozhodování	9
Indikátor 4: Pravidelná šetření mezi uživateli péče	11
Indikátor 5: Plán pro duševní zdraví	12
Indikátor 6: Plán prevence sebevraždy	14
Indikátor 7: Dodržování lidských práv	15
1.2. Monitorování, organizace a financování systému péče o duševní zdraví	17
Indikátor 8: Výdaje na duševní zdraví ze zdravotnického rozpočtu	17
Indikátor 9: Výdaje na duševní zdraví ze sociálního rozpočtu	19
Indikátor 10: Výdaje na psychiatrické nemocnice	20
Indikátor 11: Zdravotní pojištění pro psychiatrickou péči	21
Indikátor 12: Informační systém o poskytování péče o duševní zdraví	22
Indikátor 13: Prevalence duševních onemocnění	24
Indikátor 14: Incidence duševních onemocnění	26
Indikátor 15: Prevalence sebevražedných pokusů	30
Indikátor 16: Hospitalizace lidí s duševním onemocněním	31



Indikátor 17: Re-hospitalizace lidí s duševním onemocněním	34
Indikátor 18: Úmrtnost lidí s duševním onemocněním	37
Indikátor 19: Sebevražednost lidí s duševním onemocněním	40
Indikátor 20: Pokrytí ambulantními psychiatrickými službami	42
Indikátor 21: Pokrytí psychofarmaky	44
Indikátor 22: Pokrytí návaznou péčí	47
Indikátor 23: Pokrytí efektivní péčí	50
Indikátor 24: Monitorování vedlejších účinků antipsychotik	51
Indikátor 25: Antipsychotika u pacientů s demencí	54
2 Struktura systému péče o duševní zdraví.....	55
2.1 Lidské zdroje	55
Indikátor 26: Psychiatři	55
Indikátor 27: Zdravotní sestry	57
Indikátor 28: Sociální pracovníci	59
Indikátor 29: Psychologové	60
Indikátor 30: Standardy kvalifikace	61
2.2 Dostupnost péče.....	62
Indikátor 31: Lůžková péče	62
Indikátor 32: Ambulantní péče	64
Indikátor 33: Komunitní péče	65
Indikátor 34: Krizové služby	66
Indikátor 35: Denní stacionáře	67
Indikátor 36: Detenční zařízení	68



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 37: Chráněné bydlení	69
Indikátor 38: Péče pro etnické menšiny	70
3 Destigmatizace a vzdělávání	71
Indikátor 39: Destigmatizační iniciativy	71
Indikátor 40: Vzdělávání v primární péči	73
Seznam zkratk	74



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Úvod

Metodická příručka pro evidenci respektující rozvoj psychiatrické péče (dále jen „příručka“) představuje soubor postupů, které umožňují systematicky a opakovaně hodnotit kvalitu péče o duševní zdraví v České republice. Příručka je určena pro tvorbu podkladů nezbytných pro informované rozhodování o využívání dostupných lidských a finančních zdrojů tak, aby docházelo k vytváření co nejvyššího zdravotně-sociálního užítku. Příručku lze využít pro hodnocení efektivity politik, programů, služeb a intervencí v oblasti duševního zdraví a v případě pravidelného užití i pro hodnocení vývoje v čase.

Tematicky je metodická příručka členěna do tří základních kapitol. První kapitola se soustředí na rozhodování o rozvoji systému psychiatrické péče a obsahuje podkapitoly související s politikou, legislativou, zapojením uživatelů, organizací a financováním systému psychiatrické péče. Druhá kapitola se dotýká témat souvisejících se strukturou systému péče o duševní zdraví a zahrnuje podkapitoly týkající se hodnocení služeb ve smyslu jejich kvality a dostupnosti, a také popis struktury lidských zdrojů. Třetí kapitola se pak věnuje vzdělávání a destigmatizaci duševních nemocí. Všechny podkapitoly se skládají z jednotlivých indikátorů a obsahují jejich definici, zdroj dat sloužících k jejich posouzení a způsob stanovení.

Indikátory byly vybrány na základě analýzy mezinárodně používaných indikátorů pro hodnocení a porovnávání systémů péče o duševní zdraví a prošly posuzováním proveditelnosti, diskusemi na platformě odborníků v rámci projektu Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb (MERRPS) a následně adaptací na české podmínky.





Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



1 Rozhodování o rozvoji systému péče o duševní zdraví

1.1. Politika a legislativa týkající se duševního zdraví

Indikátor 1: Legislativa pro oblast duševního zdraví

Definice

Indikátor sleduje existenci zákonných norem pro oblast duševního zdraví.

Zdůvodnění

Kvalitní legislativa dává základní rámec pro poskytování služeb péče o duševní zdraví, ochranu práv lidí s duševním onemocněním a zajištění jejich základních socioekonomických potřeb.

Zdroj dat

Konzultace se zástupci různých skupin stakeholderů, které se opírají o legislativu České republiky (ČR) a World Health Organization assessment instrument for mental health systems 2.2¹.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě těchto tří hledisek:

1. Existence samostatné legislativy pro duševní zdraví.
Možné odpovědi: *Ano / Ne / Nelze určit.*
2. Včlenění legislativy pro duševní zdraví do legislativy týkající se zdravotnictví.
Možné odpovědi: *Ano / Ne / Nelze určit.*
3. Zahnutí následujících oblastí do stávající legislativy:

¹ WHO AIMS 2.2 (Ženeva, World Health Organization 2005) je nástroj pro hodnocení systému péče o duševní zdraví s cílem iniciovat jeho další rozvoj. Zahrnuje 6 domén: Politický a legislativní rámec, Služby péče o duševní zdraví, Duševní zdraví v primární péči, Lidské zdroje, Veřejné vzdělávání a vazby na další sektory, Monitorování a výzkum.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- přístup k péči o duševní zdraví včetně přístupu k nejméně omezující péči
- práva uživatelů péče o duševní zdraví, rodinných příslušníků a neformálních pečovatелů
- kompetence, kapacita a opatrovnictví pro osoby s duševním onemocněním
- dobrovolná a nedobrovolná léčba
- akreditace odborníků a zařízení poskytujících péči
- vymáhání práv a další otázky soudního systému pro osoby s duševním onemocněním
- mechanismy pro dohled nad nedobrovolným přijetím a léčbou
- mechanismy pro implementaci právních předpisů týkajících se duševního zdraví

Možné odpovědi: Stávající legislativa zmíněné oblasti: *Zahrnuje / Nezahrnuje / Nelze určit.*



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 2: Účast stakeholderů na tvorbě politiky a legislativy v oblasti duševního zdraví

Definice

Indikátor hodnotí, zda byli v posledních dvou letech do oblasti politiky, plánování a legislativy² péče o duševní zdraví zapojeni tito relevantní stakeholdeři: uživatelé péče, rodinní příslušníci, zdravotní pojišťovny, kraje, ministerstva.

Zdůvodnění

Dostatečné zapojení všech zmíněných stakeholderů zajistí, aby politika, plán i legislativa v oblasti péče o duševní zdraví byla racionální, proveditelná, odpovídala potřebám jedinců s duševním onemocněním a jejich blízkých a aby mohla být implementována na úrovni krajů i celonárodně.

Zdroj dat

Konzultace se zástupci různých skupin stakeholderů:

- jednotlivé organizace uživatelů péče o duševní zdraví, organizace rodinných příslušníků uživatelů
- zdravotní pojišťovny
- kraje
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR) a Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (MPSV ČR)

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě tohoto hlediska: Zapojení daného stakeholdera (uživatelé péče, rodinní příslušníci, zdravotní pojišťovny, kraje, MZ ČR, MPSV ČR) do oblasti politiky, plánování a legislativy péče o duševní zdraví.

² Politika je souborem principů, vizí a hodnot vztahujících se k poskytování péče o duševní zdraví na celonárodní úrovni, případně na úrovni mezinárodní. Politika je orientovaná na dlouhodobé cíle (5 až 10 let). Plán je oproti politice souborem specifických cílů a aktivit, které jsou v souladu s nastavenou strategií postupně implementovány a vyhodnocovány, a to na celonárodní či krajské úrovni. Plán je orientován na střednědobý horizont (3 až 5 let). Legislativa je souborem právních předpisů.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Možné odpovědi: *Ano, plně / Ano, částečně / Iniciováno / Neiniciováno.*

Vysvětlení:

- *Ano, plně* – vysoký stupeň zapojení, připomínky jsou respektovány ostatními stakeholdery.
- *Ano, částečně* – stupeň zapojení je uspokojivý, existuje nicméně další prostor pro rozvoj spolupráce s ostatními stakeholdery, případně možnost rozšíření zapojení daného stakeholdera i do dalších relevantních orgánů.
- *Iniciováno* – zapojení stakeholdera do tvorby dané oblasti již bylo zahájeno, neexistují však zatím jasné výstupy tohoto zapojení.
- *Neiniciováno* – stakeholder není zapojen, ani nebyl vznesen návrh na jeho zapojení.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 3: Zapojení uživatelů péče a jejich rodin do rozhodování

Definice

Indikátor zjišťuje počet a míru účasti uživatelů péče a jejich rodin v procesu rozhodování o rozvoji péče o duševní zdraví na úrovni vlády, ministerstev a krajů.

Zdůvodnění

Zapojení uživatelů péče a jejich rodin do procesu rozhodování o rozvoji péče o duševní zdraví je základním předpokladem pro rozvoj služeb, které odpovídají potřebám a preferencím uživatelů, a které tak mají potenciál být efektivní a vést k zotavení z duševních onemocnění.

Zdroj dat

Konzultace se zástupci těchto institucí:

- jednotlivé organizace uživatelů péče o duševní zdraví a rodinných příslušníků uživatelů
- Celorepubliková zastřešující organizace rodinných příslušníků „Sdružení pomoci duševně nemocným ČR, z.s.“
- MZ ČR – Odbor koncepcí a reforem
- jiné relevantní instituce a zdroje

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě těchto dvou hledisek:

1. Zapojení uživatelů a jejich rodin do rozhodování o rozvoji péče o duševní zdraví na úrovni vlády, ministerstev a krajů:

Možné odpovědi: *Ano, plně / Ano, částečně / Iniciováno / Neiniciováno.*

Vysvětlení:

- *Ano, plně* – uživatelé péče a jejich rodiny jsou zcela zapojeni do rozhodování o rozvoji péče o duševní zdraví na všech úrovních.
- *Ano, částečně* – uživatelé péče a jejich rodiny jsou zapojeni do rozhodování o rozvoji péče o duševní zdraví na některých úrovních, nicméně existuje další prostor pro zapojení do ostatních institucí, komunikaci a spolupráci s dalšími příslušnými orgány.
- *Iniciováno* – zapojení uživatelů péče a jejich rodin do rozhodování o rozvoji péče o duševní zdraví bylo zahájeno, neexistují však zatím jasné výstupy této spolupráce.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- *Neiniciováno* – zapojení uživatelů péče a jejich rodin do rozhodování o rozvoji péče o duševní zdraví neprobíhá.
2. Počet uživatelů a počet zástupců jejich rodin zapojených do rozhodování na jednotlivých úrovních: vláda, ministerstva, kraje



Indikátor 4: Pravidelná šetření mezi uživateli péče

Definice

Indikátor zjišťuje, zda se v ČR konají šetření mezi uživateli péče o duševní zdraví. Specificky se jedná o pravidelně opakovaná dotazníková šetření na reprezentativním vzorku lidí s duševním onemocněním. Šetření se zaměřují na identifikaci potřeb a průzkum spokojenosti s poskytovanými službami.

Zdůvodnění

Existence pravidelných šetření mezi uživateli péče o duševní zdraví svědčí o orientaci systému na člověka se zkušeností s duševním onemocněním. Zjišťování potřeb a spokojenosti uživatelů péče je klíčové pro získání zpětné vazby o poskytované péči a umožní flexibilní a včasné reakce na zjištěné potřeby.

Zdroj dat

Konzultace se zástupci těchto institucí a projektů:

- MZ ČR – Odbor koncepcí a reforem
- projekt Kvalita očima pacientů – Hodnocení nemocnic (<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/>)
- jednotlivé organizace uživatelů péče o duševní zdraví
- další relevantní instituce a zdroje

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě tohoto hlediska: Existence pravidelných reprezentativních šetření zkoumajících potřeby uživatelů péče o duševní zdraví a jejich spokojenost se službami.

Možné odpovědi: *Ano, plně* / *Ano, částečně* / *Iniciováno* / *Neiniciováno*.

Vysvětlení:

- *Ano, plně* – mezi uživateli péče o duševní zdraví probíhají pravidelná reprezentativní šetření zkoumající jejich potřeby a spokojenost se službami.
- *Ano, částečně* – šetření probíhají, ale nejsou splněna všechna kritéria (pravidelnost, reprezentativnost, zjišťování potřeb a spokojenosti se službami).
- *Iniciováno* – šetření je v přípravě či probíhá, ale nejsou dostupné výstupy tohoto šetření.
- *Neiniciováno* – šetření neprobíhají ani se nepřipravují.



Indikátor 5: Plán pro duševní zdraví

Definice

Indikátor zjišťuje, zda existuje plán pro duševní zdraví. Jedná se o politicky závazný dokument, který definuje opatření v oblasti duševního zdraví, stanoví časový plán a zodpovědnost za realizaci těchto opatření, uvádí alokaci zdrojů a indikátory zajišťující možnost efektivního monitoringu plnění definovaných opatření. Plán pro duševní zdraví tak obvykle zahrnuje aktivity k podpoře duševního zdraví, prevenci duševních onemocnění a léčbě osob s duševním onemocněním.

Zdůvodnění

Existence národního plánu pro duševní zdraví napomáhá zajistit systematický rozvoj péče o duševní zdraví s ohledem na aktuální vývoj a poznatky. Plán pro duševní zdraví zajišťuje a umožňuje hodnotit naplňování strategií v oblasti duševního zdraví.

Zdroj dat

Zdrojem dat jsou veřejně politické dokumenty – strategie, akční plány, legislativa.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě čtyř těchto hledisek:

1. Existence plánu pro duševní zdraví:
Možné odpovědi: *Ano / Ne / Připravuje se*
2. Aktualizace plánu v posledních 5 letech:
Možné odpovědi: *Ano / Ne / Nelze určit.*
3. Plán obsahuje následující komponenty (popisuje se plán, který byl platný v loňském roce):
 - organizace služeb: rozvoj komunitních center duševního zdraví
 - organizace služeb: snižování kapacit velkých psychiatrických nemocnic
 - organizace služeb: reforma psychiatrických nemocnic směřovaná k poskytování komplexní péče
 - organizace služeb: zavedení péče o duševní zdraví v primární péči
 - lidské zdroje
 - zapojení uživatelů a rodin
 - propagace a podpora
 - ochrana lidských práv uživatelů
 - rovnost v přístupu ke službám napříč různými skupinami



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- financování
- zlepšování kvality
- systém monitorování

Možné odpovědi: *Ano / Ne / Nelze určit.*

4. Strategie posledního plánu:

- plán zmiňuje rozpočet
- plán zmiňuje časové ohraničení
- plán zmiňuje specifické cíle
- některý z cílů zmíněných v plánu byl v posledním roce dosažen
- plán definuje odpovědnost konkrétních institucí za navržená opatření

Možné odpovědi: *Ano / Ne / Nelze určit.*



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 6: Plán prevence sebevražd

Definice

Indikátor sleduje, zda existuje plán prevence sebevražd. Jedná se o politicky závazný dokument, který definuje priority v oblasti prevence sebevražd, stanoví časový harmonogram, zodpovědnosti a zdroje nezbytné k realizaci plánu.

Zdůvodnění

Existence národního plánu prevence sebevražd napomáhá zajistit jak systematickou prevenci sebevražd, tak evaluaci učiněných opatření.

Zdroj dat

Zdrojem dat jsou veřejně politické dokumenty – strategie, akční plány, legislativa.

Způsob stanovení

Indikátor se stanoví na základě těchto tří hledisek:

1. Existence plánu prevence sebevražd:
Možné odpovědi: *Ano / Ne / Připravuje se.*
2. Aktualizace plánu v posledních 5 letech:
Možné odpovědi: *Ano / Ne / Nelze určit.*
3. Strategie posledního plánu:
 - plán zmiňuje rozpočet
 - plán zmiňuje časové ohraničení
 - plán zmiňuje specifické cíle
 - některý z cílů zmíněných v plánu byl v posledním roce dosažen
 - plán definuje odpovědnost konkrétních institucí za navržená opatřeníMožné odpovědi: *Ano / Ne / Nelze určit.*



Indikátor 7: Dodržování lidských práv

Definice

Indikátor hodnotí, do jaké míry jsou zdravotní a sociální zařízení poskytující péči o duševní zdraví v ČR v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením.

Zdůvodnění

Česká republika ratifikovala v září 2009 Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, čímž se zavázala k dodržování práv lidí s duševním onemocněním. Pomocí nástroje „WHO QualityRights Toolkit“ je možné hodnotit, jak lůžková psychiatrická zařízení a sociální zařízení dodržují konkrétní články této úmluvy.

Zdroj dat

Zdrojem dat jsou jednotlivé instituce a webové stránky:

- MZ ČR
- webové stránky Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti: <http://www.psychiatrie.cz>
- webové stránky Reformy péče o duševní zdraví v ČR: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) – ročenka Psychiatrická péče – pro zjištění počtu psychiatrických nemocnic
- webové stránky Světové zdravotnické organizace: http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/
- webové stránky MPSV ČR: <http://www.mpsv.cz> – registr poskytovatelů sociálních služeb – pro zjištění počtu relevantních sociálních zařízení
- webové stránky jednotlivých zařízení

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě těchto dvou hledisek:

1. Podíl psychiatrických nemocnic, které prošly hodnocením:
 - Čítatel: Počet psychiatrických nemocnic, které prošly během posledních 5 let hodnocením pomocí nástroje „WHO QualityRights Toolkit“
 - Jmenovatel: Počet všech psychiatrických nemocnic



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



2. Podíl sociálních služeb³, které prošly hodnocením:

- Čítatel: Počet zařízení sociálních služeb poskytujících dlouhodobou lůžkovou péči lidem s duševním onemocněním, která prošla během posledních 5 let hodnocením pomocí nástroje „WHO QualityRights Toolkit“
- Jmenovatel: Počet všech zařízení sociálních služeb poskytujících dlouhodobou lůžkovou péči lidem s duševním onemocněním.

³ Za pobytové sociální služby poskytující dlouhodobou lůžkovou péči lidem s duševním onemocněním jsou pro tento indikátor považovány: Domovy se zvláštním režimem, Domovy pro seniory a Domovy pro osoby se zdravotním postižením. Pobytové sociální služby poskytují služby pro lidi s duševním onemocněním, včetně lidí bojujících se závislostí na návykových látkách. Do výpočtu nejsou zahrnuta zařízení pro cílovou skupinu lidí s pouze mentálním postižením.



1.2. Monitorování, organizace a financování systému péče o duševní zdraví

Indikátor 8: Výdaje na duševní zdraví ze zdravotnického rozpočtu

Definice

Indikátor zjišťuje výši výdajů na oblast duševního zdraví ve vztahu ke zdravotnickému rozpočtu.

Zdůvodnění

Výše výdajů na duševní zdraví ve vztahu ke zdravotnickému rozpočtu umožňuje posoudit, nakolik investice do duševního zdraví odpovídají skutečné zdravotní zátěži způsobené duševními onemocněními.

Zdroj dat

Zdrojové dokumenty jsou následující:

- Výsledky zdravotnických účtů – Český statistický úřad (ČSÚ)
- Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP)
- informace o výdajích na segmenty psychiatrické péče VZP (neveřejné)
- výnosy Zdravotnické záchranné služby (ZZS) a jejich rozřazení dle diagnóz a plátců (Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky, ZZS hlavního města Praha, neveřejné)
- informace o repatriaci pacientů s dušením onemocněním (MZ ČR, neveřejné)

Způsob stanovení

Krok 1

Základem kroku 1 jsou informace o výdajích na následující segmenty péče VZP: ambulantní psychiatrická péče, psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, lázně, psychofarmaka. Údaje o prvních třech segmentech nejsou publikovány a je možné je získat přímo od VZP. Údaje za lázně a psychofarmaka (součet nákladů na léky pracoviště psychiatrie, dětské psychiatrie, alkoholismu a toxikomanií, sexuologie) lze získat z publikace Ročenka VZP. Další informací nutnou pro krok 1 je informace o celkových nákladech VZP.

Zjistíme podíl součtu výdajů na psychiatrickou péči na celkových výdajích na psychiatrickou péči VZP i podíly jednotlivých segmentů.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Krok 2

Základem kroku 2 jsou informace o výdajích na zdravotnictví získané z publikace Výsledky zdravotnických účtů. Od celkové sumy odečítáme náklady kapitoly Preventivní péče, Správa systému zdravotní péče, Dlouhodobá sociální péči (HCR.1), Podpora zdraví (HCR.2), Investiční náklady (R.1) a Vzdělávání (R.2).

Náklady na segmenty psychiatrické péče extrapolujeme z nákladů VZP na náklady systému vynásobením celkových nákladů systémů podílem jednotlivých segmentů.

Náklady na správu systému zdravotní péče zjistíme jako podíl Správa systému zdravotní péče odpovídající podílu nákladů na psychiatrickou péči na celkových výdajích VZP. Závěrem kroku 2 přičteme výdaje na ZZS poskytnutou osobám s primární diagnózou duševního onemocnění.

Jako výsledek kroku 2 máme k dispozici odhad výdajů zdravotního systému na psychiatrickou péči v těchto segmentech:

- ambulantní péče
- psychiatrické nemocnice
- psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic
- lázně
- léky
- ZZS a repatriace
- správa systému

Součet nákladů v těchto segmentech dává celkové výdaje na duševní zdraví.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 9: Výdaje na duševní zdraví ze sociálního rozpočtu

Definice

Indikátor zjišťuje poměrnou část celkových výdajů státního rozpočtu alokovanou na sociální služby pro oblast duševního zdraví.

Zdůvodnění

Výše výdajů na duševní zdraví ve vztahu k sociálnímu rozpočtu umožňuje posoudit, nakolik investice do duševního zdraví odpovídají skutečné sociální zátěži způsobené duševními onemocněními.

Zdroj dat

Není v současné době k dispozici.

Způsob stanovení

Nelze stanovit, jelikož data nejsou k dispozici.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 10: Výdaje na psychiatrické nemocnice

Definice

Indikátor sleduje výši výdajů na psychiatrické nemocnice ve vztahu k celkovým výdajům na duševní zdraví.

Zdůvodnění

Klesající podíl výdajů na psychiatrické nemocnice z celkové finanční částky na duševní zdraví indikuje postupný přesun péče o lidi s duševním onemocněním z velkých institucí směrem k péči v přirozeném prostředí člověka s duševním onemocněním (proces deinstitucionalizace).

Zdroj dat

Zdrojové dokumenty jsou následující:

- Výsledky zdravotnických účtů – ČSÚ
- Ročenka VZP
- informace o výdajích na segmenty psychiatrické péče VZP (neveřejné)
- výnosy ZZS a jejich rozřazení dle diagnóz a plátců (Asociace ZZS ČR, ZZS hlavního města Praha, neveřejné)
- informace o repatriaci pacientů s duševním onemocněním (MZ ČR, neveřejné)

Způsob stanovení

Viz způsob stanovení indikátoru 8 „Výdaje na duševní zdraví ze zdravotnického rozpočtu“.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 11: Zdravotní pojištění pro psychiatrickou péči

Definice

Indikátor zjišťuje počet lidí s duševním onemocněním, kterým v daném roce pojištění nekryje psychiatrickou péči.

Zdůvodnění

Pojištění, které kryje psychiatrickou péči, je základním atributem dostupnosti péče. V ČR existuje veřejné zdravotní pojištění, které kryje psychiatrickou péči. Problém s pojištěním pro psychiatrickou péči se týká převážně části migrantů. Především migranti ze zemí mimo Evropskou unii, kteří v ČR nemají trvalý pobyt a nejsou zde zaměstnáni, jsou z veřejného pojištění vyloučeni. Buď se neúčastní žádného zdravotního pojištění, nebo mají uzavřené komerční zdravotní pojištění, které může, nebo nemusí, pokrývat psychiatrickou péči. Dále se problém týká migrantů, kteří jsou na území ČR neoprávněně.

Zdroj dat

V současné době neexistuje zdroj dat, pomocí kterého by se dalo zjistit, kolika lidí se tento problém týká. Komerční pojišťovny by mohly poskytnout data o tom, u kolika lidí jejich pojištění nekryje psychiatrickou péči, nicméně rutinně se tato data nereportují.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví jako následující podíl:

- Čítatel: Počet lidí s duševním onemocněním bez pojištění na psychiatrickou péči
- Jmenovatel: Počet lidí s duševním onemocněním v populaci



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 12: Informační systém o poskytování péče o duševní zdraví

Definice

Indikátor sleduje existenci systému pro sběr dat o poskytování péče o duševní zdraví, který zajišťuje přehled o počtu zdravotnických a sociálních služeb a jimi poskytovaných intervencí.

Zdůvodnění

Kvalitně fungující informační systém je základním nástrojem pro monitorování systému péče o duševní zdraví a hodnocení efektivity politik, programů, opatření a inovací.

Zdroj dat

Rozděleno dle typu zařízení a služeb na:

- zdravotnická zařízení – ÚZIS
- sociální zařízení – MPSV ČR
- zdravotně-sociální zařízení – MPSV ČR, MZ ČR, Národní ústav duševního zdraví (NUDZ)

Způsob stanovení

Indikátor se stanoví na základě těchto čtyř hledisek:

1. Existence rutinního sběru dat:
Možné odpovědi: *Ano / Ne.*
2. Dostupnost dat:
Možné odpovědi: *Individuální / Agregovaná / Oba typy.*
3. Dostupnost pravidelně publikovaných výročních zpráv:
Možné odpovědi: *Ano / Ne.*
4. Existence systému pro pravidelné vyhodnocování počtu lidí, kteří byli umístěni v místnosti určené k bezpečnému pohybu, nebo jim byly uloženy jiné omezovací prostředky:
Možné odpovědi: *Ano / Ne.*

Pokud se na 4. otázku odpoví „*Ano*“, prosím uveďte:

- Počet udělení izolace v daném roce.
- Počet pacientů, kteří byli umístěni do izolace v daném roce.
- Počet případů, kdy byla použita nedobrovolná sedativní medikace bez souhlasu, tzn. pro rychlé zklidnění.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- Počet případů, kdy bylo použito fyzické omezení v daném roce.
- Počet pacientů, kteří byli fyzicky omezeni v daném roce.
- Počet použití omezení vleže s obličejem dolů⁴ v daném roce.
- Počet pacientů, kteří byli omezeni v této pozici v daném roce.

⁴ „prone restraint“



Indikátor 13: Prevalence duševních onemocnění

Definice

Indikátor zjišťuje přehled o prevalenci duševních onemocnění, což zachycuje celkový výskyt duševních onemocnění v populaci v daném roce.

Zdůvodnění

Přehled o prevalenci duševních onemocnění je základním předpokladem pro posouzení míry potřeb péče v obecné populaci, a tím také plánování rozvoje sítě služeb založeného na důkazech.

Zdroj dat

Zdrojem dat pro výpočet prevalence je CZEch Mental health Study (CZEMS)⁵, populační, národně reprezentativní studie zaměřená na prevalenci duševních nemocí v obecné populaci. Sběr dat proběhl v roce 2017 na souboru 3 306 lidí. Duševní nemoci jsou určeny pomocí nástroje Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Takovému šetření by se mělo opakovat alespoň jednou za 10 let⁶.

Způsob stanovení

Prevalence duševních onemocnění je počítána jako počet lidí klasifikovaných s těmito současnými duševními nemocemi:

1. poruchy nálady (dohromady velká depresivní epizoda, dystymie, manická epizoda, hypomanická epizoda)
 - velká depresivní epizoda

⁵ Winkler, P., Formanek, T., Mlada, K., & Cermakova, P. (2018). The CZEch Mental health Study (CZEMS): Study rationale, design, and methods. *Int J Methods Psychiatr Res*, 27(3), e1728. doi:10.1002/mpr.1728

⁶ Touto metodikou se určí počet lidí, kteří mají příznaky svědčící pro současnou duševní nemoc. Skutečná prevalence duševních nemocí je tedy pravděpodobně podhodnocena, jelikož jedinci, kteří mají diagnostikovanou duševní nemoc, ale jsou léčeni a dobře kompenzováni (tedy nevykazují příznaky duševních nemocí), nejsou v této studii zachyceni, stejně jako lidé s duševními nemocemi, kteří jsou institucionalizováni nebo bez domova.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



2. úzkostné poruchy (dohromady panická porucha, agorafobie, posttraumatická stresová porucha, sociální fobie, generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně-nutková porucha)
 - generalizovaná úzkostná porucha
 - obsedantně-nutková porucha
 - posttraumatická stresová porucha
3. psychotické poruchy
4. poruchy spojené s užíváním alkoholu (dohromady abúzus a závislost)
 - závislost na alkoholu
5. poruchy spojené s užíváním jiných psychoaktivních látek (dohromady abúzus a závislost na stimulantech, narkotických, halucinogenech, inhalantech, marihuaně, trankvilizérech, jiných)
 - závislost na jiných psychoaktivních látkách





Indikátor 14: Incidence duševních onemocnění

Definice

Indikátor zjišťuje přehled o počtu jedinců, kteří jsou nově zachyceni a diagnostikováni s duševním onemocněním ve zdravotních službách v daném roce. To může sloužit jako přibližný ukazatel incidence duševních onemocnění v populaci v daném roce.

Zdůvodnění

Přehled o změně v počtu nově zachycených duševních onemocnění je základním předpokladem pro posouzení míry potřeb péče v obecné populaci, a tím také plánování rozvoje sítě služeb založeného na důkazech.

Zdroj dat

Zdroj dat pro zjištění incidence duševních onemocnění v populaci není současně k dispozici. Tento indikátor se tedy soustředí na stanovení počtu jedinců, kteří jsou v daném roce poprvé ve zdravotních službách diagnostikováni s duševním onemocněním. Zdrojem dat pro tento výpočet je Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS) spravovaný ÚZIS. Duševní nemoci jsou definovány pomocí kódu dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize (MKN-10) jak v ambulantní, tak v lůžkové péči, pokud se daná diagnóza vykazala alespoň jednou během roku na hlavní či vedlejší pozici. Zdroj dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.

Identifikace jedinců s danými diagnózami v NRHZS⁷ se provádí na základě těchto druhů dokladů používaných pro styk s pojišťovnou:

- 01 Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
- 02 Vyúčtování výkonů v ústavní péči
- 05 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
- 06 Poukaz na vyšetření / ošetření

Pro všechny sledované okruhy diagnóz se berou v úvahu tyto odbornosti ambulantní péče:

- 305 psychiatrie

⁷ Data jsou k dispozici pouze od roku 2010, počet nově zjištěných duševních onemocnění tak může být nadhodnocen.



- 308 návykové nemoci
- 309 sexuologie
- 901 klinická psychologie
- 350 centrum duševního zdraví
- 914 psychiatrická sestra

Pro všechny sledované okruhy diagnóz se berou v úvahu tyto odbornosti lůžkové péče⁸:

- 3F5 akutní LP psychiatrie – typ F
- 3H5 akutní LP psychiatrie – typ H
- 3I5 intenzivní LP psychiatrie – typ I
- 3T5 intenzivní LP psychiatrie – typ T
- 3U5 dlouhodobá LP psychiatrie – typ U
- 3U8 dlouhodobá LP návykových nemocí – typ U

Pro diagnostický okruh 6 (demence) se dále berou v úvahu i tyto odbornosti ambulantní péče:

- 106 geriatric
- 209 neurologie
- 307 gerontopsychiatrie

Pro diagnostický okruh 6 (demence) se dále berou v úvahu i tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ F
- 3H7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ H
- 3U7 dlouhodobá LP gerontopsychiatrie – typ U
- 2F9 akutní LP neurologie – typ F
- 2H9 akutní LP neurologie – typ H
- 2I9 intenzivní LP neurologie – typ I
- 2T9 intenzivní LP neurologie – typ T
- 2U9 dlouhodobá LP neurologie – typ U

⁸ V úvahu se berou pouze ukončené hospitalizace na lůžkových psychiatrických zařízeních pro zvýšení validity psychiatrických diagnóz. Pacienti hospitalizovaní v jiných lůžkových zařízeních, včetně těch, kteří byli diagnostikováni v rámci psychiatrického konziliárního vyšetření, tedy ve výběru nejsou zastoupeni. Zátěž duševními onemocněními tak může být podhodnocena.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- 1F6 akutní LP geriatric – typ F
- 1H6 akutní LP geriatric – typ H
- 1I6 intenzivní LP geriatric – typ I
- 1T6 intenzivní LP geriatric – typ T
- 1U6 dlouhodobá LP geriatric – typ U

Pro diagnostické okruhy 7 a 8 (mentální retardace a poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání) se dále berou v úvahu i tyto odbornosti ambulantní péče:

- 306 dětská a dorostová psychiatrie
- 931 dětská psychologie
- 210 dětská neurologie

Pro diagnostické okruhy 7 a 8 (mentální retardace a poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání) se dále berou v úvahu i tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ F
- 3H6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ H
- 3I6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ I
- 3T6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ T
- 3U6 dlouhodobá LP dětské a dorostové psychiatrie – typ U

Způsob stanovení

Incidence nově zjištěných duševních onemocnění se počítá jako proporce pacientů s nově zjištěným onemocněním v NRHZS z celkového počtu obyvatel za konkrétní rok. Výsledek se prezentuje zvlášť pro 9 diagnostických okruhů a vybrané nemoci:

1. poruchy nálady (F30–F39)
 - bipolární afektivní porucha (F31)
 - deprese (F32, F33, F34, F38, F31.3-F31.5)
2. neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40–F48)
 - generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)
 - obsedantně-nutkavá porucha (F42)
 - posttraumatická stresová porucha (F43.1)
3. schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20–F29)
 - schizofrenie (F20)





Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



4. poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10)
 - syndrom závislosti na alkoholu (F10.2)
5. poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných psychoaktivních látek (F11–F19)
 - syndrom závislosti na jiných psychoaktivních látkách (F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F17.2, F18.2, F19.2)
6. demence (G30, F00–F03)
 - Alzheimerova nemoc (G30, F00)
 - vaskulární demence (F01)
7. mentální retardace (F70–F79); pouze osoby před dosažením 19. roku
8. poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání (F90–F98); pouze osoby před dosažením 19. roku
9. poruchy osobnosti a chování dospělých (F60–F69)



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 15: Prevalence sebevražedných pokusů

Definice

Indikátor sleduje počet sebevražedných pokusů na 100 000 obyvatel.

Zdůvodnění

Světová zdravotnická organizace odhaduje počet sebevražedných pokusů na dvacetinásobek dokonaných sebevražd. Pokus o sebevraždu je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro dokonanou sebevraždu. Sledování míry sebevražedných pokusů je doplňkem ke sledování samotné míry sebevražednosti a může významně přispět ke zkvalitňování preventivních aktivit formou indikovaných intervencí.

Zdroj dat

Zdrojem dat o sebevražedných pokusech je NRHZZ spravovaný ÚZIS, kde jsou důvody hospitalizace kódovány dle MKN-10 v lůžkové péči. Sebevražedný pokus je identifikován na základě kódů X60–X84 („Úmyslné sebepoškození“)⁹, definovaný jako Vnější příčina nemoci a úmrtnosti. Zdrojem dat o úmrtí je List o prohlídce zemřelého (LPZ) spravovaný ÚZIS. Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.

Identifikace jedinců s daným kódem v NRHZZ se provádí na základě dokladu „02 Vyúčtování výkonů v ústavní péči“ používaného pro styk s pojišťovnou.

Způsob stanovení

V NRHZZ jsou pro daný rok vybrány všechny ukončené hospitalizace kódovány jako X60–X84 u lidí, kteří nezemřeli. Výsledky se přepočítají na 100 000 obyvatel a prezentují se zvlášť pro muže a ženy.

⁹ Limitací tohoto způsobu stanovení je, že se jedná pouze o sebevražedné pokusy končící hospitalizací, což podhodnocuje skutečný počet sebevražedných pokusů v populaci. Další limitací je, že ne všechny hospitalizace pro záměrné sebepoškození lze chápat jako sebevražedný pokus, což na druhou stranu nadhodnotí počet sebevražedných pokusů. V současnosti neexistuje specifický kód pro sebevražedný pokus.



Indikátor 16: Hospitalizace lidí s duševním onemocněním

Definice

Indikátor sleduje proporční rozdělení pacientů za daný rok dle délky jejich hospitalizace a dané skupiny diagnóz.

Zdůvodnění

Znalosti o počtu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů umožní zhodnotit stupeň de(institucionalizace) systému psychiatrické péče. Klesající počet dlouhodobě hospitalizovaných pacientů indikuje vyšší míru deinstitucionalizace systému péče o duševní zdraví, tj. vyšší míru přechodu od péče ve velkých institucích k péči v přirozeném prostředí klientů.

Zdroj dat

Zdrojem dat o hospitalizacích¹⁰ je NRHVS spravovaný ÚZIS. Duševní nemoci jsou definovány pomocí kódu dle MKN-10 v lůžkové péči, pokud se daná diagnóza vyskytuje na hlavní pozici. Výjimkou jsou diagnostické okruhy 7 a 8 (mentální retardace a poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání), při nichž může být diagnóza i na vedlejší pozici.

Identifikace jedinců s danými diagnózami v NRHVS se provádí na základě dokladu „02 Vyúčtování výkonů v ústavní péči“ používaného pro styk s pojišťovnou.

Pro všechny sledované okruhy diagnóz se berou v úvahu tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F5 akutní LP psychiatrie – typ F
- 3H5 akutní LP psychiatrie – typ H
- 3I5 intenzivní LP psychiatrie – typ I
- 3T5 intenzivní LP psychiatrie – typ T
- 3U5 dlouhodobá LP psychiatrie – typ U
- 3U8 dlouhodobá LP návykových nemocí – typ U

¹⁰ Hospitalizace je ukončený pobyt pacienta v jednom lůžkovém zdravotnickém zařízení akutní nebo následné péče, v časové řadě, která nebyla přerušena na více než 1 kalendářní den ode dne přijetí, případně ve více zdravotnických zařízeních, pokud se den propuštění a následného přijetí v jiném zdravotnickém zařízení shoduje. Data z NRHVS jsou k dispozici pouze od roku 2010, což představuje limitaci pro dlouhé hospitalizace, kdy neznáme přesně jejich začátek



Pro diagnostický okruh 6 (demence) se dále berou v úvahu i tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ F
- 3H7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ H
- 3U7 dlouhodobá LP gerontopsychiatrie – typ U
- 2F9 akutní LP neurologie – typ F
- 2H9 akutní LP neurologie – typ H
- 2I9 intenzivní LP neurologie – typ I
- 2T9 intenzivní LP neurologie – typ T
- 2U9 dlouhodobá LP neurologie – typ U
- 1F6 akutní LP geriatric – typ F
- 1H6 akutní LP geriatric – typ H
- 1I6 intenzivní LP geriatric – typ I
- 1T6 intenzivní LP geriatric – typ T
- 1U6 dlouhodobá LP geriatric – typ U

Pro diagnostické okruhy 7 a 8 (mentální retardace a poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání) se dále berou v úvahu i tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ F
- 3H6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ H
- 3I6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ I
- 3T6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ T
- 3U6 dlouhodobá LP dětské a dorostové psychiatrie – typ U

Způsob stanovení

Ukončené hospitalizace jsou rozděleny do následujících skupin dle délky:

- do 7 dní
- 8–14 dní
- 15–30 dní
- 31–91 dní
- 92–182 dní
- 183–365 dní
- 1 rok až 5 let
- více než 5 let



Výsledky se prezentují dvěma způsoby: pro počet hospitalizačních případů a pro počet hospitalizovaných pacientů. U hospitalizací trvajících déle než rok se prezentují také tři nejčastější vedlejší diagnózy, vykázané s danou hlavní diagnózou na stejném dokladu 02 u všech hospitalizací. Výsledky se prezentují zvlášť pro 9 diagnostických okruhů a zvlášť pro vybrané nemoci:

1. poruchy nálady (F30–F39)
 - bipolární afektivní porucha (F31)
 - deprese (F32, F33, F34, F38, F31.3-F31.5)
2. neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40–F48)
 - generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)
 - obsedantně-nutková porucha (F42)
 - posttraumatická stresová porucha (F43.1)
3. schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20–F29)
 - schizofrenie (F20)
4. poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10)
 - syndrom závislosti na alkoholu (F10.2)
5. poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných psychoaktivních látek (F11–F19)
 - syndrom závislosti na jiných psychoaktivních látkách (F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F17.2, F18.2, F19.2)
6. demence (G30, F00–F03)
 - Alzheimerova nemoc (G30, F00)
 - vaskulární demence (F01)
7. mentální retardace (F70–F79); pouze osoby před dosažením 19. roku
8. poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání (F90-F98); pouze osoby před dosažením 19. roku
9. poruchy osobnosti a chování dospělých (F60-F69)



Indikátor 17: Re-hospitalizace lidí s duševním onemocněním

Definice

Indikátor sleduje míru opětovných přijetí do lůžkové psychiatrické péče, která následují po ukončení předchozí hospitalizace během určitého období.

Zdůvodnění

Míra re-hospitalizace ukazuje na kvalitu a návaznost extramurálních služeb a je základním ukazatelem fungování systému péče o lidi s duševním onemocněním.

Zdroj dat

Zdrojem dat je NRHZS spravovaný ÚZIS. Duševní nemoci jsou definovány pomocí kódu dle MKN-10 v lůžkové péči nacházející se na hlavní pozici.

Identifikace jedinců s danými diagnózami v NRHZS se provádí na základě dokladu „02 Vyúčtování výkonů v ústavní péči“ používaného pro styk s pojišťovnou.

Pro všechny sledované okruhy diagnóz se berou v úvahu tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F5 akutní LP psychiatrie – typ F
- 3H5 akutní LP psychiatrie – typ H
- 3I5 intenzivní LP psychiatrie – typ I
- 3T5 intenzivní LP psychiatrie – typ T
- 3U5 dlouhodobá LP psychiatrie – typ U
- 3U8 dlouhodobá LP návykových nemocí – typ U

Pro diagnostický okruh 6 (demence) se dále berou v úvahu i tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ F
- 3H7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ H
- 3U7 dlouhodobá LP gerontopsychiatrie – typ U
- 2F9 akutní LP neurologie – typ F
- 2H9 akutní LP neurologie – typ H
- 2I9 intenzivní LP neurologie – typ I
- 2T9 intenzivní LP neurologie – typ T
- 2U9 dlouhodobá LP neurologie – typ U
- 1F6 akutní LP geriatric – typ F



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- 1H6 akutní LP geriatric – typ H
- 1I6 intenzivní LP geriatric – typ I
- 1T6 intenzivní LP geriatric – typ T
- 1U6 dlouhodobá LP geriatric – typ U

Pro diagnostické okruhy 7 a 8 (mentální retardace a poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání) se dále berou v úvahu i tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ F
- 3H6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ H
- 3I6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ I
- 3T6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ T
- 3U6 dlouhodobá LP dětské a dorostové psychiatrie – typ U

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví jako následující podíl:

V čitateli je celkový počet opakovaných hospitalizací, které se udály během:

- 7 dní po ukončení předcházející hospitalizace (během sledovaného období 1 roku)
- 30 dní po ukončení předcházející hospitalizace (během sledovaného období 1 roku)

Jmenovatel je celkový počet propuštění z psychiatrické lůžkové péče během sledovaného období 1 roku.

Referenční hospitalizace (tj. první hospitalizace) je definovaná diagnózou na hlavní pozici ve výše uvedených zařízeních¹¹. Následující hospitalizace je jakákoliv diagnóza F00-F99 na hlavní pozici v jakémkoliv lůžkovém zařízení. Výsledky se prezentují zvlášť pro 9 diagnostických okruhů a vybrané nemoci:

1. poruchy nálady (F30–F39)
 - bipolární afektivní porucha (F31)
 - deprese (F32, F33, F34, F38, F31.3-F31.5)

¹¹ Hospitalizace je ukončený pobyt pacienta v jednom lůžkovém zdravotnickém zařízení akutní nebo následné péče, v časové řadě, která nebyla přerušena na více než 1 kalendářní den ode dne přijetí, případně ve více zdravotnických zařízeních, pokud se den propuštění a následného přijetí v jiném zdravotnickém zařízení shoduje.



2. neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40–F48)
 - generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)
 - obsedantně-nutková porucha (F42)
 - posttraumatická stresová porucha (F43.1)
3. schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20–F29)
 - schizofrenie (F20)
4. poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10)
 - syndrom závislosti na alkoholu (F10.2)
5. poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných psychoaktivních látek (F11–F19)
 - syndrom závislosti na jiných psychoaktivních látkách (F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F17.2, F18.2, F19.2)
6. demence (G30, F00–F03)
 - Alzheimerova nemoc (G30, F00)
 - vaskulární demence (F01)
7. mentální retardace (F70–F79); pouze osoby před dosažením 19. roku
8. poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání (F90-F98); pouze osoby před dosažením 19. roku
9. poruchy osobnosti a chování dospělých (F60-F69)



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 18: Úmrtnost lidí s duševním onemocněním

Definice

Tento indikátor sleduje úmrtnost osob s historií hospitalizace pro duševní onemocnění standardizovanou na obecnou populaci.

Zdůvodnění

Zvýšená úmrtnost lidí s duševním onemocněním oproti obecné populaci je považována za zásadní výzvu pro veřejné zdravotnictví, která vyžaduje změnu. Dle odhadů Světové zdravotnické organizace umírají lidé se závažným duševním onemocněním přibližně o 10 až 20 let dříve než obecná populace, většinou z důvodu fyzických nemocí, kterým je z velké části možno předejít. Tento indikátor tedy svědčí především o kvalitě péče o fyzické zdraví jedinců s duševním onemocněním.

Zdroj dat

Zdrojem dat o jedincích hospitalizovaných¹² pro duševní nemoc je NRHZS spravovaný ÚZIS. Duševní nemoci jsou definovány pomocí kódu dle MKN-10 v lůžkové péči, přičemž je diagnóza vykázána na hlavní pozici. Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ.

Identifikace jedinců s danými diagnózami v NRHZS se provádí na základě dokladu „02 Vyúčtování výkonů v ústavní péči“ používaného pro styk s pojišťovnou.

Pro všechny sledované okruhy diagnóz se berou v úvahu tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F5 akutní LP psychiatrie – typ F
- 3H5 akutní LP psychiatrie – typ H
- 3I5 intenzivní LP psychiatrie – typ I
- 3T5 intenzivní LP psychiatrie – typ T
- 3U5 dlouhodobá LP psychiatrie – typ U
- 3U8 dlouhodobá LP návykových nemocí – typ U

¹² Hospitalizace je ukončený pobyt pacienta v jednom lůžkovém zdravotnickém zařízení akutní nebo následné péče, v časové řadě, která nebyla přerušena na více než 1 kalendářní den ode dne přijetí, případně ve více zdravotnických zařízeních, pokud se den propuštění a následného přijetí v jiném zdravotnickém zařízení shoduje.





Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Pro diagnostický okruh 6 (demence) se dále berou v úvahu i tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ F
- 3H7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ H
- 3U7 dlouhodobá LP gerontopsychiatrie – typ U
- 2F9 akutní LP neurologie – typ F
- 2H9 akutní LP neurologie – typ H
- 2I9 intenzivní LP neurologie – typ I
- 2T9 intenzivní LP neurologie – typ T
- 2U9 dlouhodobá LP neurologie – typ U
- 1F6 akutní LP geriatric – typ F
- 1H6 akutní LP geriatric – typ H
- 1I6 intenzivní LP geriatric – typ I
- 1T6 intenzivní LP geriatric – typ T
- 1U6 dlouhodobá LP geriatric – typ U

Pro diagnostické okruhy 7 a 8 (mentální retardace a poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání) se dále berou v úvahu i tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ F
- 3H6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ H
- 3I6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ I
- 3T6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ T
- 3U6 dlouhodobá LP dětské a dorostové psychiatrie – typ U

Způsob stanovení

Standardizovaná míra úmrtnosti je definována jako podíl skutečného počtu úmrtí daný rok, v populaci osob 15 až 74 let s historií hospitalizace pro duševní onemocnění, a očekávaného počtu úmrtí v této populaci (tj. počtu úmrtí v obecné populaci, pokud by rozložení věku a pohlaví v ní odpovídalo tomu ve studované populaci). Provede se výpočet podílu k 1. 1. daného roku.

Čítatel: Pacienti ve věku 15–74 let, kteří zemřeli v daném roce (např. 2018) a byli hospitalizováni mezi lety 2010 a předchozím rokem (např. 2010-2017), separátně za jednotlivé okruhy diagnóz na hlavní pozici.

Jmenovatel: Pacienti ve věku 15–74 let žijící k 1. 1. daného roku (např. 2018) s hospitalizací mezi lety 2010 a předchozím rokem (např. 2010-2017), separátně za jednotlivé okruhy diagnóz na hlavní pozici.



Výsledek se prezentuje zvlášť pro muže a ženy, dle věkových kategorií: 15–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74.

Výsledky se prezentují zvlášť pro 9 diagnostických okruhů a vybrané nemoci:

1. poruchy nálady (F30–F39)
 - bipolární afektivní porucha (F31)
 - deprese (F32, F33, F34, F38, F31.3-F31.5)
2. neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40–F48)
 - generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)
 - obsedantně-nutkává porucha (F42)
 - posttraumatická stresová porucha (F43.1)
3. schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20–F29)
 - schizofrenie (F20)
4. poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10)
 - syndrom závislosti na alkoholu (F10.2)
5. poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných psychoaktivních látek (F11–F19)
 - syndrom závislosti na jiných psychoaktivních látkách (F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F17.2, F18.2, F19.2)
6. demence (G30, F00–F03)
 - Alzheimerova nemoc (G30, F00)
 - vaskulární demence (F01)
7. mentální retardace (F70–F79); pouze osoby před dosažením 19. roku
8. poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání (F90-F98); pouze osoby před dosažením 19. roku
9. poruchy osobnosti a chování dospělých (F60-F69)



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 19: Sebevražednost lidí s duševním onemocněním

Definice

Indikátor sleduje míru sebevražd u osob s duševním onemocněním.

Zdůvodnění

Riziko sebevraždy je u osob s diagnostikovaným duševním onemocněním proti běžné populaci významně zvýšeno. Sledování sebevražednosti lidí s duševním onemocněním po propuštění z lůžkové psychiatrické péče poukazuje mimo jiné vzájemnou provázanost extramurální a intramurální péče. Během dvou měsíců po propuštění z psychiatrické lůžkové léčby je obzvláště zvýšené riziko sebevraždy.

Zdroj dat

Zdrojem dat je NRHZS spravovaný ÚZIS, kde jsou důvody hospitalizace definovány dle MKN-10 v lůžkové péči. Z NRHZS jsou získána data týkající se všech osob ve věku 19 let a více, u kterých byla ve sledovaném období ukončena hospitalizace s libovolnou diagnózou F00-F99 na hlavní nebo vedlejší pozici. Tyto osoby se sledují po dobu 2 měsíců od propuštění z hospitalizace pro výskyt sebevraždy. Zdrojem dat o úmrtí je LPZ spravovaný ÚZIS, kde je sebevražda identifikována na základě kódů X60–X84.

Identifikace jedinců s daným kódem v NRHZS se provádí na základě dokladu „02 Vyúčtování výkonů v ústavní péči“ používaného pro styk s pojišťovnou.

Pro všechny diagnózy se berou v úvahu tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F5 akutní LP psychiatrie – typ F
- 3H5 akutní LP psychiatrie – typ H
- 3I5 intenzivní LP psychiatrie – typ I
- 3T5 intenzivní LP psychiatrie – typ T
- 3U5 dlouhodobá LP psychiatrie – typ U
- 3U8 dlouhodobá LP návykových nemocí – typ U
- 3F7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ F
- 3H7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ H
- 3U7 dlouhodobá LP gerontopsychiatrie – typ U
- 2F9 akutní LP neurologie – typ F
- 2H9 akutní LP neurologie – typ H
- 2I9 intenzivní LP neurologie – typ I
- 2T9 intenzivní LP neurologie – typ T

40



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- 2U9 dlouhodobá LP neurologie – typ U
- 1F6 akutní LP geriatry – typ F
- 1H6 akutní LP geriatry – typ H
- 1I6 intenzivní LP geriatry – typ I
- 1T6 intenzivní LP geriatry – typ T
- 1U6 dlouhodobá LP geriatry – typ U

Způsob stanovení

Počet lidí s duševním onemocněním, kteří spáchali sebevraždu, se přepočte na 100 000 osob s duševním onemocněním. Výsledky se prezentují zvláště pro muže a ženy a dle doby sebevraždy:

- v den propuštění¹³
- 1–14 dní po hospitalizaci
- 15–61 dní po hospitalizaci

¹³ V současnosti nelze zjistit, zda dotyčný spáchal sebevraždu během hospitalizace nebo po propuštění.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 20: Pokrytí ambulantními psychiatrickými službami

Definice

Indikátor ukazuje podíl osob s duševním onemocněním, které za poslední rok využily služeb ambulantního psychiatra, z celkového počtu osob s duševním onemocněním v populaci.

Zdůvodnění

Tento indikátor zachycuje pokrytí péče o lidi s duševním onemocněním ambulantními psychiatrickými službami. To je klíčový ukazatel dostupnosti a kvality péče o duševní zdraví.

Zdroj dat

Zdrojem dat o užívání ambulantních psychiatrických služeb je NRHZS spravovaný ÚZIS. Duševní nemoci jsou definovány pomocí kódu dle MKN-10 v ambulantní péči, přičemž je diagnóza vykázána alespoň jednou během roku na hlavní nebo vedlejší pozici. Zdrojem dat o prevalenci deprese, úzkostných poruch, psychotických poruch a závislostí je CZEMS. Zdroj dat o prevalenci demence je „The Global Health Data Exchange“¹⁴. Identifikace jedinců užívajících ambulantní psychiatrickou péči se provádí z NRHZS na základě těchto druhů dokladů používaných pro styk s pojišťovnou:

- 01 Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
- 05 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
- 06 Poukaz na vyšetření / ošetření

Pro všechny sledované okruhy diagnóz se berou v úvahu tyto odbornosti ambulantní péče:

- 305 psychiatrie
- 308 návykové nemoci
- 309 sexuologie
- 901 klinická psychologie
- 350 centrum duševního zdraví

¹⁴ V České republice není nyní k dispozici zdroj dat pro určení prevalence demence, proto se použijí data od The Institute for Health Metrics and Evaluation; <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. Rovněž není zdroj dat k určení prevalence mentální retardace, poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání a poruch osobnosti a chování dospělých. V budoucnosti je třeba populačních šetření na zjištění jejich výskytu.





- 914 psychiatrická sestra

Pro diagnostický okruh 6 (demence) se dále berou v úvahu i tyto odbornosti ambulantní péče:

- 106 geriatric
- 209 neurologie
- 307 gerontopsychiatrie

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví jako následující podíl:

- Čítec je počet osob diagnostikovaných s duševním onemocněním, které v daném roce využily služeb ambulantního psychiatra.
- Jmenovatelem je prevalence duševního onemocnění v populaci v daném roce.

Výsledky se prezentují zvlášť pro tyto skupiny duševních nemocí:

1. deprese
 - čítec: F32, F33, F34, F38, F31.3-F31.5 (NRHVS)
 - jmenovatel: prevalence velké depresivní epizody (CZEMS)
2. úzkostné poruchy
 - čítec: F40.0; F40.1; F41.0; F41.1; F42; F43.1 (NRHVS)
 - jmenovatel: prevalence panické poruchy, agorafobie, posttraumatické stresové poruchy, sociální fobie, generalizované úzkostné poruchy, obsedantně nutkavé poruchy (CZEMS)
3. psychotické poruchy
 - čítec: F20-F29 (NRHVS)
 - jmenovatel: prevalence psychotických poruch (CZEMS)
4. závislost na alkoholu
 - čítec: F10.2 (NRHVS)
 - jmenovatel: prevalence závislosti na alkoholu (CZEMS)
5. závislost na jiných psychoaktivních látkách
 - čítec: F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F17.2, F18.2, F19.2 (NRHVS)
 - jmenovatel: prevalence závislosti na jiných psychoaktivních látkách (CZEMS)
6. demence
 - čítec: G30, F00-F03 (NRHVS)
 - jmenovatel: prevalence Alzheimerovy nemoci a jiných demencí (The Global Health Data Exchange)



Indikátor 21: Pokrytí psychofarmaky

Definice

Indikátor ukazuje na pokrytí farmakologické léčby u lidí s depresí a psychotickými poruchami.

Zdůvodnění

Dostupnost a užívání farmakologické léčby pro péči o jedince s depresí a psychotickými poruchami je jedním ze základních ukazatelů kvality odborné lékařské péče o duševní zdraví.

Zdroj dat

Zdrojem dat o užívání farmakologické léčby je NRHZS spravovaný ÚZIS. Informace o lécích je definovaná pomocí kódu dle anatomicko-terapeuticko-chemické (ATC) klasifikace¹⁵. Deprese a psychotické poruchy jsou definovány pomocí kódu dle MKN-10 v ambulantní či lůžkové péči, přičemž je diagnóza vykázána alespoň jednou během sledovaného roku. Diagnóza i lék mohou být vykázány kdykoliv během roku (nemusí být vykázány ve stejný čas). Zdrojem dat o prevalenci deprese a psychotických poruch je CZEMS.

Identifikace jedinců s danými diagnózami a léky v NRHZS se provádí na základě těchto druhů dokladů používaných pro styk s pojišťovnou:

- 01 Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
- 02 Vyúčtování výkonů v ústavní péči
- 05 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
- 06 Poukaz na vyšetření / ošetření
- 10 Recept

Pro obě diagnózy se berou v úvahu tyto odbornosti ambulantní péče:

- 305 psychiatrie
- 306 dětská a dorostová psychiatrie
- 307 gerontopsychiatrie
- 308 návykové nemoci
- 309 sexuologie

¹⁵ Limitací tohoto způsobu stanovení je, že nejsou k dispozici data o psychofarmakologické léčbě předepsané během hospitalizace.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- 901 klinická psychologie
- 350 centrum duševního zdraví
- 106 geriatric
- 001 praktické lékařství pro dospělé
- 002 praktické lékařství pro děti a dorost
- 209 neurologie
- 409 dětská neurologie
- 914 psychiatrická sestra

Pro obě diagnózy se berou v úvahu tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F5 akutní LP psychiatrie – typ F
- 3H5 akutní LP psychiatrie – typ H
- 3I5 intenzivní LP psychiatrie – typ I
- 3T5 intenzivní LP psychiatrie – typ T
- 3U5 dlouhodobá LP psychiatrie – typ U
- 3U8 dlouhodobá LP návykových nemocí – typ U
- 3F7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ F
- 3H7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ H
- 3U7 dlouhodobá LP gerontopsychiatrie – typ U
- 2F9 akutní LP neurologie – typ F
- 2H9 akutní LP neurologie – typ H
- 2I9 intenzivní LP neurologie – typ I
- 2T9 intenzivní LP neurologie – typ T
- 2U9 dlouhodobá LP neurologie – typ U
- 1F6 akutní LP geriatric – typ F
- 1H6 akutní LP geriatric – typ H
- 1I6 intenzivní LP geriatric – typ I
- 1T6 intenzivní LP geriatric – typ T
- 1U6 dlouhodobá LP geriatric – typ U
- 3F6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ F
- 3H6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ H
- 3I6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ I
- 3T6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ T
- 3U6 dlouhodobá LP dětské a dorostové psychiatrie – typ U

45



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Způsob stanovení

1. Psychofarmaka u lidí s depresí

Výsledek se stanoví jako následující podíl:

- Čítec je počet lidí, kterým byla předepsána antidepresiva (ATC skupina N06A) a mají diagnózu deprese (F32, F33, F34, F38, F31.3–F31.5).
- Jmenovatelem je počet lidí klasifikovaných s velkou depresivní epizodou ve studii CZEMS.

Výsledky se prezentují zvlášť pro ambulantní a lůžkovou péči.

2. Psychofarmaka u lidí s psychotickými poruchami

Výsledek se stanoví jako následující podíl:

- Čítec je počet lidí, kterým byla předepsána antipsychotika (ATC skupina N05A) a mají diagnózu schizofrenie, poruch schizotypálních a poruch s bludy (F20-F29).
- Jmenovatel je počet lidí klasifikovaných s psychotickými poruchami ve studii CZEMS.



Indikátor 22: Pokrytí návaznou péčí

Definice

Indikátor sleduje počet lidí, kteří mají během určité doby od hospitalizace pro duševní onemocnění kontakt s ambulantním psychiatrem. Indikátor se dělí na tři části – deprese, sebevražedný pokus a psychotické poruchy.

Zdůvodnění

Návaznost péče pro jedince hospitalizované kvůli depresi, sebevražednému pokusu a psychotickým poruchám je významným ukazatelem úspěšnosti včasného propojení služeb ambulantních psychiatrů s lůžkovými službami.

Zdroj dat

Zdrojem dat je NRHZS spravovaný ÚZIS. Duševní nemoci jsou definovány pomocí kódu dle MKN-10 v lůžkové péči, pokud je specifická diagnóza (deprese, sebevražedný pokus, psychotické poruchy) vykázána na hlavní pozici. Kontakt s ambulantní péčí je definován bez ohledu na diagnózu.

Identifikace jedinců s danými diagnózami v NRHZS se provádí na základě těchto druhů dokladů používaných pro styk s pojišťovnou:

- 01 Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
- 02 Vyúčtování výkonů v ústavní péči
- 05 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
- 06 Poukaz na vyšetření / ošetření

Pro všechny tři diagnózy se berou v úvahu tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F5 akutní LP psychiatrie – typ F
- 3H5 akutní LP psychiatrie – typ H
- 3I5 intenzivní LP psychiatrie – typ I
- 3T5 intenzivní LP psychiatrie – typ T
- 3U5 dlouhodobá LP psychiatrie – typ U
- 3U8 dlouhodobá LP návykových nemocí – typ U
- 3F7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ F
- 3H7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ H
- 3U7 dlouhodobá LP gerontopsychiatrie – typ U



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- 2F9 akutní LP neurologie – typ F
- 2H9 akutní LP neurologie – typ H
- 2I9 intenzivní LP neurologie – typ I
- 2T9 intenzivní LP neurologie – typ T
- 2U9 dlouhodobá LP neurologie – typ U
- 1F6 akutní LP geriatric – typ F
- 1H6 akutní LP geriatric – typ H
- 1I6 intenzivní LP geriatric – typ I
- 1T6 intenzivní LP geriatric – typ T
- 1U6 dlouhodobá LP geriatric – typ U
- 3F6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ F
- 3H6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ H
- 3I6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ I
- 3T6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ T
- 3U6 dlouhodobá LP dětské a dorostové psychiatrie – typ U

Pro všechny tři diagnózy se berou v úvahu tyto odbornosti ambulantní péče:

- 305 psychiatrie
- 306 dětská a dorostová psychiatrie
- 307 gerontopsychiatrie
- 308 návykové nemoci
- 309 sexuologie
- 901 klinická psychologie
- 350 centrum duševního zdraví
- 914 psychiatrická sestra

Způsob stanovení

1. Deprese

Výsledek se stanoví jako následující podíl:

- Čítec je počet lidí, kteří byli hospitalizováni pro depresi (F32, F33, F34, F38, F31.3–F31.5) a zároveň se setkali s ambulantním psychiatrem do:
 - 7 dní po propuštění z hospitalizace

48



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- 30 dnů po propuštění z hospitalizace
- Jmenovatel je počet lidí hospitalizovaných pro depresi (F32, F33, F34, F38, F31.3–F31.5).

2. Sebevražedný pokus

Výsledek se stanoví jako následující podíl:

- Čítec je počet lidí, kteří byli hospitalizováni pro sebevražedný pokus (X60–X84) a zároveň se setkali s ambulantním psychiatrem do:
 - 7 dní po propuštění z hospitalizace
 - 30 dnů po propuštění z hospitalizace
- Jmenovatel se vypočítá jako počet lidí, kteří byli hospitalizováni pro sebevražedný pokus.

3. Psychotické onemocnění

Výsledek se stanoví jako následující podíl:

- Čítec je počet lidí hospitalizovaných pro psychotické poruchy (F20–F29), kteří se setkali s ambulantním psychiatrem do:
 - 7 dní po propuštění z hospitalizace
 - 30 dnů po propuštění z hospitalizace
- Jmenovatel je počet lidí, kteří byli hospitalizováni pro psychotické poruchy.



Indikátor 23: Pokrytí efektivní péčí

Definice

Indikátor zjišťuje míru péče o osoby s duševním onemocněním, která vede ke stabilizaci nebo zlepšení klinických výstupů pacientů.

Zdůvodnění

Zlepšení klinických výstupů pacientů s duševním onemocněním či jejich stabilizace svědčí o efektivní a kvalitní péči o duševní zdraví.

Zdroj dat

Pro výpočet míry péče o pacienty, jejichž stav se po léčbě změnil nebo zůstal stejný, v současnosti neexistuje zdroj rutinně sbíraných dat. Pouze pro centra duševního zdraví (CDZ) existuje pravidelný sběr těchto nástrojů: funkčnost měřena pomocí “Global Assessment of Functioning” (GAF) škály, kvalita života měřena pomocí “The Assessment of Quality of Life” (AQoL) a hodnocení symptomů a sociálních funkcí u duševně nemocných měřeno dle “Health of the Nations Outcome Scales” (HoNOS)¹⁶.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví jako následující podíl:

- Čítel: Počet příjemců služeb, jejichž stav se po obdržení léčby zlepšil / zhoršil / zůstal stejný
- Jmenovatel: Počet příjemců služeb

Pro CDZ je možné tento indikátor vypočítat v intervalech 6 měsíců a změnu stavu je možné hodnotit z hlediska funkčnosti, kvality života a hodnocení symptomů a sociálních funkcí.

¹⁶ Informace o GAF, AQoL a HoNOS se sbírají nejpozději do měsíce od přijetí do služby a poté vždy po 6 měsících poskytování péče. Klienti jsou dotazováni také při odchodu ze služby, a to i v případě, že od posledního měření uplynula doba kratší než 6 měsíců.



Indikátor 24: Monitorování vedlejších účinků antipsychotik

Definice

Indikátor sleduje míru monitorování vedlejších účinků antipsychotik u osob s psychotickými poruchami.

Zdůvodnění

Pravidelné monitorování vedlejších účinků antipsychotik u pacientů s psychotickými poruchami svědčí o systému péče, který bere v úvahu vyšší riziko nemocnosti a úmrtnosti pacientů s psychotickými poruchami z důvodu antipsychotické terapie. Monitorování vedlejších účinků léků také svědčí o připravenosti systému odpovědět na výzvu zvýšené úmrtnosti těchto pacientů.

Zdroj dat

V současné době není k dispozici žádný zdroj rutinně sbíraných dat o monitoraci vedlejších účinků antipsychotik¹⁷. Zdrojem dat o užívání antipsychotik u pacientů s psychotickou poruchou je NRHZS spravovaný ÚZIS, kde jsou psychotické poruchy kódu definovány dle MKN-10 v lůžkové či ambulantní péči, přičemž je diagnóza pod kódem F20-29 vykázána alespoň jednou během sledovaného roku na hlavní nebo vedlejší pozici. Informace o lécích je definovaná dle ATC kódu N05A u lidí s diagnózou F20-29. Diagnóza i lék mohou být vykázané kdykoliv během roku (nemusí být vykázané ve stejný čas).

Identifikace jedinců s danou diagnózou a léky v NRHZS se provádí na základě těchto druhů dokladů používaných pro styk s pojišťovnou:

- 01 Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
- 02 Vyúčtování výkonů v ústavní péči
- 05 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
- 06 Poukaz na vyšetření / ošetření
- 10 Recept

Pro obě diagnózy se berou v úvahu tyto odbornosti ambulantní péče:

- 305 psychiatrie
- 306 dětská a dorostová psychiatrie

¹⁷ Jedná se především o pravidelné monitorování kardiovaskulárních a metabolických účinků antipsychotik, tedy cholesterolemie, triglyceridů, glykémie a body mass indexu.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- 307 gerontopsychiatrie
- 308 návykové nemoci
- 309 sexuologie
- 901 klinická psychologie
- 350 centrum duševního zdraví
- 106 geriatrie
- 001 praktické lékařství pro dospělé
- 002 praktické lékařství pro děti a dorost
- 209 neurologie
- 409 dětská neurologie
- 914 psychiatrická sestra

Pro obě diagnózy se berou v úvahu tyto odbornosti lůžkové péče:

- 3F5 akutní LP psychiatrie – typ F
- 3H5 akutní LP psychiatrie – typ H
- 3I5 intenzivní LP psychiatrie – typ I
- 3T5 intenzivní LP psychiatrie – typ T
- 3U5 dlouhodobá LP psychiatrie – typ U
- 3U8 dlouhodobá LP návykových nemocí – typ U
- 3F7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ F
- 3H7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ H
- 3U7 dlouhodobá LP gerontopsychiatrie – typ U
- 2F9 akutní LP neurologie – typ F
- 2H9 akutní LP neurologie – typ H
- 2I9 intenzivní LP neurologie – typ I
- 2T9 intenzivní LP neurologie – typ T
- 2U9 dlouhodobá LP neurologie – typ U
- 1F6 akutní LP geriatrie – typ F
- 1H6 akutní LP geriatrie – typ H
- 1I6 intenzivní LP geriatrie – typ I
- 1T6 intenzivní LP geriatrie – typ T
- 1U6 dlouhodobá LP geriatrie – typ U
- 3F6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ F
- 3H6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ H

52



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- 3I6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ I
- 3T6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ T
- 3U6 dlouhodobá LP dětské a dorostové psychiatrie – typ U

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví jako následující podíl:

- Čítatel: počet lidí s diagnostikovanou psychotickou poruchou, u nichž se pravidelně monitorují vedlejší účinky antipsychotické terapie.
- Jmenovatel: počet lidí s diagnostikovanou psychotickou poruchou, kteří užívají antipsychotika.



Indikátor 25: Antipsychotika u pacientů s demencí

Definice

Indikátor sleduje míru předepisování antipsychotické terapie pacientům diagnostikovaným s demencí.

Zdůvodnění

U jedinců s demencí se často objevuje pozměněné chování, které se tradičně zvládalo pomocí antipsychotické terapie. Jelikož se ukázalo, že tyto léky jsou u pacientů s demencí asociované s jejich vyšší úmrtností, jejich předepisování není doporučováno. Nízká míra antipsychotické terapie u pacientů s demencí svědčí o systému péče, který bere v úvahu komplexní příčiny pozměněného chování u těchto pacientů a je schopen ho řešit pomocí nefarmakologických přístupů.

Zdroj dat

Zdrojem dat o užívání antipsychotik u pacientů s demencí je NRHZZ spravovaný ÚZIS, kde je demence definována dle MKN-10 v lůžkové či ambulantní péči, přičemž je diagnóza pod kódy G30, F00-F03 vykázána alespoň jednou během roku na hlavní nebo vedlejší pozici. Informace o antipsychotické terapii je definovaná pomocí ATC kódu N05A u lidí s diagnózou G30, F00-F03. Diagnóza i lék mohou být vykázané kdykoliv během roku (nemusí být vykázané ve stejný čas).

Identifikace jedinců s danou diagnózou a léky v NRHZZ se provádí na základě těchto druhů dokladů používaných pro styk s pojišťovnou:

- 01 Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
- 02 Vyúčtování výkonů v ústavní péči
- 05 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
- 06 Poukaz na vyšetření / ošetření
- 10 Recept

V úvahu se berou všechny odbornosti ambulantní i lůžkové péče.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví jako následující podíl:

- Čítatel: počet lidí s diagnostikovanou demencí, kterým v daném roce nebyla předepsána antipsychotická terapie.
- Jmenovatel: počet lidí s diagnostikovanou demencí.



2 Struktura systému péče o duševní zdraví

2.1 Lidské zdroje

Indikátor 26: Psychiatrii

Definice

Indikátor zjišťuje počet psychiatrů v ČR na 100 000 obyvatel a jejich zastoupení v psychiatrických nemocnicích.

Zdůvodnění

Počet kvalifikovaných psychiatrů indikuje dostupnost odborné lékařské péče o duševní zdraví.

Zdroj dat

Zdrojem dat pro výpočet průměrného ročního přepočteného počtu psychiatrů jsou následující výkazy spravované ÚZIS:

- Příloha 1 k ročnímu výkazu E(MZ) 2-01/E(MZ) 3-01 o složkách platu / mzdy, personálním a provozním vybavení poskytovatele zdravotních služeb
- Výkaz A(MZ) 1-01 pro obor činnosti psychiatrie (A013)

Pro odhad počtu psychiatrů v psychiatrických nemocnicích se berou v úvahu zařízení 112 (psychiatrická nemocnice) a 122 (dětská psychiatrická nemocnice) a obory psychiatrie, dětská psychiatrie, návykové nemoci a gerontopsychiatrie.

Pro odhad počtu psychiatrů na psychiatrickém oddělení nemocnic se berou v úvahu zařízení 101 (fakultní nemocnice) a 102 (nemocnice) a obory psychiatrie, dětská psychiatrie, návykové nemoci a gerontopsychiatrie.

Pro odhad počtu psychiatrů v ambulantních psychiatrických zařízeních se berou v úvahu ambulantní zařízení včetně ambulantních částí lůžkových zařízení oborů psychiatrie, dětská psychiatrie, návykové nemoci, gerontopsychiatrie a sexuologie.

Pro odhad počtu psychiatrů v komunitních službách se berou v úvahu zařízení 461 (psychoterapeutický stacionář), 465 (krizové centrum) a 466 (CDZ). Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě těchto tří hledisek:

- Celkový počet psychiatrů (součet počtu psychiatrů v psychiatrických nemocnicích, na psychiatrických odděleních nemocnic a v ambulantních psychiatrických zařízeních), přepočten na 100 000 obyvatel
- Proporce psychiatrů v psychiatrických nemocnicích z celkového počtu psychiatrů
- Proporce dětských psychiatrů z celkového počtu psychiatrů

Výsledek se prezentuje zvlášť pro každý kraj.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 27: Zdravotní sestry

Definice

Indikátor zjišťuje počet zdravotních sester v oblasti péče o duševní zdraví v ČR na 100 000 obyvatel a jejich zastoupení v psychiatrických nemocnicích.

Zdůvodnění

Počet kvalifikovaných zdravotních sester svědčí o dostupnosti ošetrovatelské péče v psychiatrii.

Zdroj dat

Zdrojem dat pro výpočet průměrného ročního přepočteného počtu zdravotních sester jsou následující výkazy spravované ÚZIS:

- Příloha 1 k ročnímu výkazu E(MZ) 2-01/E(MZ) 3-01 o složkách platu / mzdy, personálním a provozním vybavení poskytovatele zdravotních služeb
- Výkaz A(MZ) 1-01 pro obor činnosti psychiatrie (A013)

Pro odhad počtu zdravotních sester v psychiatrických nemocnicích se berou v úvahu zařízení 112 (psychiatrická nemocnice) a 122 (dětská psychiatrická nemocnice). Zdravotní sestry jsou vykazovány pod odborností všeobecná sestra a porodní asistentka¹⁸.

Pro odhad počtu zdravotních sester na psychiatrickém oddělení nemocnic se berou v úvahu zařízení 101 (fakultní nemocnice) a 102 (nemocnice), obory psychiatrie, dětská psychiatrie, návykové nemoci a gerontopsychiatrie. Zdravotní sestry jsou vykazovány pod odborností všeobecná sestra a porodní asistentka.

Pro odhad počtu zdravotních sester v ambulantních psychiatrických zařízeních se berou v úvahu ambulantní zařízení včetně ambulantních částí lůžkových zařízení oborů psychiatrie, dětská psychiatrie, návykové nemoci, gerontopsychiatrie a sexuologie. Zdravotní sestry jsou vykazovány pod odbornostmi všeobecná sestry, dětská sestra a porodní asistentka. Pro odhad počtu zdravotních sester v komunitních službách se berou v úvahu zařízení 461 (psychoterapeutický stacionář), 465 (krizové centrum) a 466 (CDZ).

Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.

¹⁸ Porodní asistentky jsou vykazovány společně se všeobecnými sestrami, nelze oddělit.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě těchto tří hledisek:

- Celkový počet zdravotních sester (součet počtu zdravotních sester v psychiatrických nemocnicích, na psychiatrických odděleních nemocnic a v ambulantních psychiatrických zařízeních), přepočten na 100 000 obyvatel.
- Proporce zdravotních sester v psychiatrických nemocnicích z celkového počtu zdravotních sester.
- Proporce psychiatrických sester z celkového počtu zdravotních sester.

Výsledek se prezentuje zvlášť pro každý kraj.



Indikátor 28: Sociální pracovníci

Definice

Indikátor zjišťuje počet sociálních pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví v ČR na 100 000 obyvatel a jejich zastoupení v psychiatrických nemocnicích.

Zdůvodnění

Dostatečný počet sociálních pracovníků v systému péče o duševní zdraví je zapotřebí pro zajištění integrace člověka s duševním onemocněním do společnosti.

Zdroj dat

Zdrojem dat pro výpočet průměrného ročního přepočteného počtu sociálních pracovníků ve zdravotnických službách je následující výkaz spravované ÚZIS: Příloha 1 k ročnímu výkazu E(MZ) 2-01/E(MZ) 3-01 o složkách platu / mzdy, personálním a provozním vybavení poskytovatele zdravotních služeb

- Pro odhad počtu sociálních pracovníků v psychiatrických nemocnicích se berou v úvahu zařízení 112 (psychiatrická nemocnice) a 122 (dětská psychiatrická nemocnice).
- Pro odhad počtu sociálních pracovníků na psychiatrickém oddělení nemocnic nejsou k dispozici přesná data, protože se počet sociálních pracovníků sleduje pouze jako součást kategorie „jiný odborný pracovník“.
- Pro odhad počtu sociálních pracovníků v komunitních službách se berou v úvahu zařízení 461 (psychoterapeutický stacionář), 465 (krizové centrum) a 466 (CDZ).

Zdrojem dat pro výpočet průměrného ročního přepočteného počtu sociálních pracovníků v sociálních službách je MPSV – Oddělení koncepce financování sociálních služeb. Berou se v úvahu služby registrované pro převažující cílovou skupinu „osoby s chronickým duševním onemocněním“. Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě těchto dvou hledisek:

- Celkový počet sociálních pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví (součet počtu sociálních pracovníků ve zdravotních a sociálních službách), přepočten na 100 000 obyvatel.
- Proporce sociálních pracovníků v psychiatrických nemocnicích z celkového počtu sociálních pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví.

Výsledek se prezentuje zvlášť pro každý kraj.



Indikátor 29: Psychologové

Definice

Indikátor zjišťuje počet psychologů v ČR na 100 000 obyvatel a jejich zastoupení v psychiatrických nemocnicích.

Zdůvodnění

Dostatečný počet psychologů svědčí o dostupnosti odborné nelékařské péče o duševní zdraví.

Zdroj dat

Zdrojem dat pro výpočet průměrného ročního přepočteného počtu klinických psychologů a psychologů jsou následující výkazy spravované ÚZIS:

- Příloha 1 k ročnímu výkazu E(MZ) 2-01/E(MZ) 3-01 o složkách platu / mzdy, personálním a provozním vybavení poskytovatele zdravotních služeb
- Výkaz A(MZ) 1-01 pro obor činnosti psychiatrie (A013)

Pro odhad počtu psychologů v psychiatrických nemocnicích se berou v úvahu zařízení 112 (psychiatrická nemocnice) a 122 (dětská psychiatrická nemocnice). Pro odhad počtu psychologů na psychiatrickém oddělení nemocnic nejsou k dispozici přesná data, protože se počet psychologů sleduje pouze jako součást kategorie „jiný odborný pracovník“ a „zdravotnický pracovník nelékař způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti“. Pro odhad počtu psychologů v ambulantních psychiatrických zařízeních se berou v úvahu ambulantní zařízení včetně ambulantních částí lůžkových zařízení oborů psychiatrie, dětská psychiatrie, návykové nemoci, gerontopsychiatrie a sexuologie. Pro odhad počtu psychologů v komunitních službách se berou v úvahu zařízení 461 (psychoterapeutický stacionář), 465 (krizové centrum) a 466 (CDZ). Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě těchto dvou hledisek:

- Celkový počet psychologů (součet počtu psychologů v psychiatrických nemocnicích, komunitních službách a ambulantních psychiatrických zařízeních), přepočten na 100 000 obyvatel.
- Proporce psychologů v psychiatrických nemocnicích z celkového počtu psychologů.

Výsledek se prezentuje zvlášť pro každý kraj.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 30: Standardy kvalifikace

Definice

Indikátor zjišťuje existenci standardů kvalifikace pro odborné pracovníky v oblasti péče o duševní zdraví.

Zdůvodnění

Kvalita péče o duševní zdraví závisí mimo jiné na úrovni kvalifikace pečujících profesionálů.

Zdroj dat

Zdrojem dat pro zjištění standardů kvalifikace je legislativa ČR.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě tohoto hlediska: Existence standardů pro následující pracovníky v péči o duševní zdraví:

- psychiatr, gerontopsychiatr, dětský a dorostový psychiatr
- klinický psycholog
- sestra pro péči v psychiatrii
- sociální pracovník
- ergoterapeut
- adiktolog
- peer konzultant

Možné odpovědi: *Ano / Ne / Nelze určit.*



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



2.2 Dostupnost péče

Indikátor 31: Lůžková péče

Definice

Indikátor zjišťuje kapacitu lůžkové psychiatrické péče¹⁹ pro dospělé a děti v ČR na 100 000 obyvatel.

Zdůvodnění

Dostupnost a struktura lůžkové péče jsou základním ukazatelem připravenosti systému psychiatrické péče poskytnout odbornou lékařskou péči lidem s duševním onemocněním.

Zdroj dat

Zdrojem dat je NRHZS spravovaný ÚZIS poskytující informace o počtu nasmlouvaných lůžek zdravotními pojišťovnami. Oddělení jsou vybrána na základě vykazování některé z lůžkových psychiatrických odborností:

Oddělení pro dospělé:

- 3I5 intenzivní LP psychiatrie – typ I
- 3T5 intenzivní LP psychiatrie – typ T
- 3F5 akutní LP psychiatrie – typ F
- 3F7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ F
- 3H5 akutní LP psychiatrie – typ H
- 3H7 akutní LP gerontopsychiatrie – typ H
- 3U5 dlouhodobá LP psychiatrie – typ U
- 3U7 dlouhodobá LP gerontopsychiatrie – typ U
- 3U8 dlouhodobá LP návykových nemocí – typ U

¹⁹ Lůžkovou psychiatrickou péčí se rozumí lůžka v psychiatrické nemocnici nebo na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Psychiatrickou nemocnicí se rozumí instituce pro poskytování lůžkové psychiatrické péče, která není součástí všeobecné nemocnice. Psychiatrickým oddělením všeobecné nemocnice se rozumí oddělení pro poskytování lůžkové psychiatrické péče, která je součástí všeobecné nemocnice. Psychiatrickým lůžkem se rozumí lůžko určené pro pacienty s diagnózami okruhu F (kód F00–F99) dle MKN-10.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Oddělení pro děti a dorost:

- 3I6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ I
- 3T6 intenzivní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ T
- 3F6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ F
- 3H6 akutní LP dětské a dorostové psychiatrie – typ H
- 3U6 dlouhodobá LP dětské a dorostové psychiatrie – typ U

Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě těchto dvou hledisek:

1. počet lůžek v psychiatrických nemocnicích²⁰ na 100 000 obyvatel
 - pro děti a dorost
 - pro dospělé
2. počet lůžek na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic na 100 000 obyvatel
 - pro děti a dorost
 - pro dospělé

²⁰ Lůžka na odděleních jiných než psychiatrických (např. interních či neurologických) v rámci psychiatrické nemocnice se nezapočítávají.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 32: Ambulantní péče

Definice

Indikátor zjišťuje počet ordinací a rozšířených ordinací ambulantních psychiatrů pro dospělé a děti v ČR na 100 000 obyvatel.

Zdůvodnění

Dostatečný počet ordinací svědčí o dostupnosti odborné lékařské péče o duševní zdraví mimo velké nemocnice, je nutný pro předcházení dlouhodobé lůžkové péče a pro návaznou péči po ukončené hospitalizaci pro duševní nemoc.

Zdroj dat

Zdrojem dat je NRHZS spravovaný ÚZIS. Ambulance jsou vybrány dle identifikačního čísla provozovny na základě vykazání alespoň 50 dokladů za rok některé z následujících ambulantních psychiatrických odborností:

Pro dospělé:

- 305 psychiatrie
- 307 gerontopsychiatrie
- 308 návykové nemoci
- 309 sexuologie

Pro děti a dorost:

- 306 dětská a dorostová psychiatrie

Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě těchto dvou hledisek:

- Počet ambulantních psychiatrických zařízení pro dospělé na 100 000 obyvatel
- Počet ambulantních psychiatrických zařízení pro děti a dorost na 100 000 obyvatel



Indikátor 33: Komunitní péče

Definice

Indikátor zjišťuje počet komunitních týmů v ČR na 100 000 obyvatel.

Zdůvodnění

Tento indikátor svědčí o dostupnosti sociální a zdravotně-sociální služby, která je zásadní pro transformaci péče o duševní zdraví, kdy osoba s duševním onemocněním dostává podporu při zvládnání duševního onemocnění od komunitního týmu v prostorách centra či ve svém domácím prostředí. Dostatečný počet komunitních týmů je předpokladem pro úspěšnou transformaci péče o duševní zdraví z lůžkových zařízení na péči v přirozeném prostředí člověka s duševním onemocněním. Týmy mohou být multidisciplinární²¹ a mohou splňovat standardy CDZ.

Zdroj dat

V současnosti neexistuje žádný spolehlivý zdroj počtu multidisciplinárních komunitních týmů fungujících v rámci CDZ či mimo CDZ. Je možné zjistit pouze počet CDZ podpořených dotací od MZ ČR. Přesný zdroj dat mapující počet nemultidisciplinárních komunitních týmů fungujících mimo CDZ také není, nicméně z Registru poskytovatelů sociálních služeb (<https://iregistr.mpsv.cz>) je možné získat informaci o počtu poskytovatelů nemultidisciplinárních komunitních služeb a celkový počet poskytovaných služeb. V registru se vyfiltruje forma služby „terénní“ a „sociální rehabilitace“ s cílovou skupinou „chronicky duševně nemocní“ (započítávají se služby, které mají více cílových skupin). Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě těchto tří hledisek:

- Počet multidisciplinárních komunitních týmů splňujících standardy CDZ na 100 000 obyvatel
- Počet multidisciplinárních komunitních týmů nesplňujících standardy CDZ na 100 000 obyvatel
- Počet nemultidisciplinárních komunitních týmů na 100 000 obyvatel²²

²¹ Multidisciplinární tým tvoří profesionálové zdravotních i sociálních odborností, kteří spolu spolupracují. Pracují ambulantně i v terénu, sdílí klienty, předávají si informace a většinu intervencí realizují v přirozeném prostředí klientů.

²² V případě, že těchto týmů je méně než 10 v celé České republice, výsledek se nepřečítává na 100 000 obyvatel.



Indikátor 34: Krizové služby

Definice

Indikátor zjišťuje počet poskytovatelů krizových služeb ambulantního, terénního a pobytového typu v ČR na 100 000 obyvatel. U služeb pobytového typu indikátor zjišťuje také počet lůžek.

Zdůvodnění

Krizové služby jsou důležitou součástí psychiatrické péče, slouží k zachycení akutních stavů a pomáhají předcházet negativním následkům, jako jsou dlouhodobá lůžková psychiatrická hospitalizace nebo sebevraždy.

Zdroj dat

Zdrojem dat o krizových službách je Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV (<https://iregistr.mpsv.cz>). V Registru vyfiltruje typ služby („krizová pomoc“) a dále alternativně služby ambulantního / terénního / pobytového typu s cílovou skupinou „chronicky duševně nemocní“ (započítávají se i služby, které mají více cílových skupin). Souhrnné údaje o počtu krizových lůžek, které jsou spravovány zdravotnickými zařízeními, nejsou v tuto chvíli dispozici. Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví na základě těchto tří hledisek:

- Počet ambulantních krizových služeb na 100 000 obyvatel
- Počet terénních krizových služeb na 100 000 obyvatel
- Počet lůžkových krizových služeb a počet lůžek v nich na 100 000 obyvatel



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 35: Denní stacionáře

Definice

Indikátor zjišťuje kapacitu denních stacionářů pro lidi s duševním onemocněním v ČR na 100 000 obyvatel.

Zdůvodnění

Dostatečná kapacita denních stacionářů pro osoby s duševním onemocněním svědčí o dostupnosti ambulantní sociální služby, která umožňuje lidem s duševním onemocněním žít doma ve vlastním prostředí, a přesto získávat intenzivní denní odbornou podporu při zvládnání projevů duševního onemocnění.

Zdroj dat

Zdrojem dat o denních stacionářích je Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV (<https://iregistr.mpsv.cz>). V Registru se vyfiltruje typ služby („denní stacionář“) s cílovou skupinou „chronicky duševně nemocní“ (započítávají se i služby, které mají více cílových skupin). Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví jako počet denních stacionářů a počet míst v nich na 100 000 obyvatel.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 36: Detenční zařízení

Definice

Indikátor zjišťuje počet ústavů a jejich lůžek pro výkon zabezpečovací detence pro osoby s duševním onemocněním v ČR na 100 000 obyvatel.

Zdůvodnění

Tento indikátor sleduje dostupnost opatření, jehož hlavním smyslem je ochrana společnosti před pachateli zvláště nebezpečných trestných činů. Zařízení je určeno mimořádně nebezpečným osobám, například těm s klinicky významnou těžkou psychopatií či sexuální deviací, u kterých by pouze tento typ ochranného léčení nevedl k dostatečné ochraně společnosti. Dalším smyslem detence je terapeutické a výchovné působení na osoby v detenci, aby byly motivovány a připraveny podrobit se případnému ochrannému léčení.

Zdroj dat

Zdrojem dat o detenčním zařízení je Statistická ročenka Vězeňské služby ČR (www.vscr.cz). Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví jako počet detenčních zařízení a počet míst v nich na 100 000 obyvatel.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 37: Chráněné bydlení

Definice

Indikátor zjišťuje počet míst v chráněném bydlení pro osoby s duševním onemocněním v ČR na 100 000 obyvatel.

Zdůvodnění

Dostupnost chráněného bydlení svědčí o připravenosti systému pomoci lidem s duševním onemocněním, kteří mají sníženou soběstačnost a kterým duševní onemocnění brání v samostatném žití. Jedná se o pobytovou službu, která má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Tato služba napomáhá transformaci péče o duševní zdraví z převážně odborné lůžkové péče na péči v přirozeném prostředí člověka s duševním onemocněním.

Zdroj dat

Zdrojem dat o chráněném bydlení je Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV (<https://iregistr.mpsv.cz>). V registru se vyfiltruje typ služby („chráněné bydlení“) s cílovou skupinou „chronicky duševně nemocní“ (započítávají se i služby, které mají více cílových skupin). Zdrojem dat o počtu obyvatel je ČSÚ k 1.7. daného roku.

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví jako počet poskytovatelů chráněného bydlení a celkový počet lůžek v těchto zařízeních na 100 000 obyvatel.



Indikátor 38: Péče pro etnické menšiny

Definice

Indikátor zjišťuje počet zařízení v ČR, která mají zdroje pro poskytování adekvátní péče o duševní zdraví příslušníkům etnických menšin.

Zdůvodnění

Jedinci patřící k etnickým menšinám mohou být ve vyšším riziku rozvoje duševních onemocnění a zároveň mohou mít ztížený přístup k péči o duševní zdraví. Dostupnost zdrojů na poskytování péče etnickým menšinám svědčí o připravenosti systému naplnit potřeby péče o duševní zdraví pro celou populaci ČR.

Zdroj dat

Pro tento indikátor není spolehlivý zdroj dat. Pro přibližný odhad může sloužit Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV (<https://iregistr.mpsv.cz>). V registru lze vyfiltrovat služby s cílovou skupinou “etnické menšiny” a zároveň “chronicky duševně nemocní”²³. Dalším zdrojem dat jsou jednotliví poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb pro migranty (<https://www.migrace.com/cs/akce>; <http://www.inbaze.cz/inbaze-praha/psychoterapeuticke-poradenstvi/>).

Způsob stanovení

Výsledek se stanoví jako počet poskytovatelů služeb mající zdroje pro poskytování adekvátní péče o duševní zdraví příslušníkům etnických menšin.

²³ Většina z těchto služeb má však velmi široké zaměření a poskytují své služby téměř všem cílovým skupinám (obecně se jedná nejčastěji o krizovou telefonickou pomoc a odborné sociální poradenství).



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



3 Destigmatizace a vzdělávání

Indikátor 39: Destigmatizační iniciativy

Definice

Tento indikátor se zabývá iniciativami zaměřujícími se na snižování stigmatu duševních onemocnění ve společnosti celkově i uvnitř specifických skupin.

Zdůvodnění

Stigma spojené s duševním onemocněním vede k sociálnímu vyloučení a diskriminaci od okolí, snižuje pravděpodobnost, že lidé s duševním onemocněním vyhledají včasnou pomoc, a tím snižuje šanci na jejich zotavení. Destigmatizační iniciativy zahrnují řadu aktivit, jako jsou destigmatizační kampaně, veřejné diskuse, přednášky, programy stimulující zaměstnanost osob s duševním onemocněním. Dále mezi ně patří intervence zaměřené na podporu ochoty lidí s duševními problémy vyhledat pomoc, podporu včasné detekce a posilování uživatelských hnutí a organizací. Destigmatizační iniciativy zlepšují postoje a chování společnosti vůči lidem s duševním onemocněním a přispívají k jejich zotavení a zvýšení kvality života.

Zdroj dat

Zdrojem dat ke zjištění destigmatizačních iniciativ jsou

- Výzkumná zpráva Stigmatizace v ČR²⁴
- MZ ČR
- MPSV ČR
- NUDZ

²⁴ Janoušková M, Weissová A, Tušková E, Šouláková B, Mladá K, Pasz J, Chrtková D, Růžičková T, Winkler P. Stigmatizace v České republice. Výzkumná zpráva. Národní ústav duševního zdraví 2016. http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf. Tato zpráva by se měla opakovat zhruba každých pět let opakovat.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



- Jiné relevantní instituce a zdroje

Způsob stanovení

Indikátor se stanoví na základě těchto tří hledisek:

1. Počet destigmatizačních iniciativ v ČR v daném roce
2. Podíl destigmatizačních iniciativ, které prošly formální evaluací v daném roce
3. Celkový objem finančních prostředků vynaložených na destigmatizační iniciativy z národních nebo mezinárodních zdrojů v daném roce



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Indikátor 40: Vzdělávání v primární péči

Definice

Indikátor sleduje počet akreditovaných kurzů zaměřených na duševní zdraví pro pracovníky primární péče, které byly uskutečněné ve sledovaném roce.

Zdůvodnění

Primární péče je většinou první místo kontaktu člověka s duševním onemocněním s odbornou lékařskou a ošetrovatelskou péčí. Dostatečné vzdělávání odborníků primární péče v oblasti duševního zdraví je klíčové pro včasné rozpoznání příznaků duševních nemocí a pro další organizaci péče.

Zdroj dat

Zdrojem dat o vzdělávání v primární péči jsou tyto instituce:

- Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
- Česká asociace sester
- MZ ČR

Způsob stanovení

Součet kurzů v minimálním rozsahu 16 hodin, které byly zaměřeny na duševní zdraví a určeny pro vzdělávání zdravotníků v primární péči (praktické lékaře pro dospělé, praktické lékaři pro děti a dorost a zdravotní sestry v primární péči).



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Seznam zkratk

AQoL	The Assessment of Quality of Life
ATC klasifikace	Anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace
CDZ	Centrum duševního zdraví
CZEMS	CZEch Mental health Study
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
GAF	Global Assessment of Functioning
HoNOS	Health of the Nations Outcome Scales
LPZ	List o prohlídce zemřelého
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NRHOSP	Národní registr hospitalizovaných
NRHZS	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

