

Souhrnná závěrečná zpráva o realizaci pilotního programu

Pilotní program – síť komplexních specializovaných adiktologických ambulancí

období

1. 1. 2016 – 31. 12. 2017

Pilotní program VZP pro síť specializovaných adiktologických ambulancí (odbornost 919) trval v časovém rozmezí od 1. 1. 2016 do 31. 12. 2017. Do pilotního programu bylo zapojeno celkem 7 odborných pracovišť. Pracoviště zařazená do pilotního programu představovala z pohledu právní formy poměrně různorodou skupinu. Stejně tak bylo různorodé zázemí odborných pracovišť. Jedno ze zařízení je součástí nemocnice, v jednom případě se jedná o program příspěvkové organizace, ve dvou případech jsou provozovateli nestátní neziskové organizace, ve třech případech se jedná o společnosti s ručením omezeným.

Konkrétně se jednalo o tato pracoviště:

- Adiktologická ambulance Remedis Brno (Remedis, s.r.o.)
- Adiktologická ambulance Remedis Praha (Remedis, s.r.o.)
- Adiktologická ambulance Beroun (Magdaléna, o.p.s.)
- Adiktologická ambulance prevence a léčby závislosti Olomouc (Nestátní interní oddělení, s.r.o.)
- Adiktologická ambulance pro Ústecký kraj (Krajská zdravotní, a.s. Masarykova nem. v Ústí nad Labem)
- Adiktologická ambulance RIAPS Trutnov (Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov – RIAPS)
- Adiktologická poradna PREVENT České Budějovice (PREVENT 99 z.ú.)

Vnější hodnocení kvality

Všechna zařízení participující v pilotním programu kromě základních legislativních a technických norem naplňují i další nadstandardní externí systémy hodnocení kvality. Skupina zařízení v pilotním programu představuje reprezentativní vzorek adiktologických služeb, kde je externí hodnocení kvality dlouholetým standardem, ve většině případů i nezbytnou podmínkou pro financování a zařazení do sítě služeb. Nejčastějším systémem hodnocení, které zařízení podstoupily (4 zařízení, další 2 čekají na místní šetření), je Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog v ČR.

Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog v ČR byly zahájeny na základě usnesení vlády ze dne 16. března 2005 č. 300/2005. Jedná se o posouzení a formální uznání, že daná služba má odpovídající kvalitu, odbornost a komplexnost - podle kritérií stanovených Certifikačními standardy. Výsledkem posouzení je udělení či neudělení certifikátu. Usnesením ze dne 8. června 2005 č. 700/2005 pak vláda uložila jako podmínku pro poskytování finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku, že programy protidrogové politiky musí mít certifikaci odborné způsobilosti (s účinností od roku 2007).

K základním dokumentům pro certifikace patří Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, Certifikační řád a Metodika místního šetření. Místní šetření provádějí tzv. certifikátoři. Agendu Certifikačního výboru zajišťuje sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Certifikace zajišťuje certifikační agentura, kterou je Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách (CEKAS), které působí jako součást Národního vzdělávacího fondu, o.p.s.

Certifikát se uděluje na období 1 roku až 4 let (dle míry naplnění standardů). V případě nenaplnění většího množství standardů nebo při nenaplnění zásadních standardů certifikát udělen není. Všechny zařízení, které jsou držiteli certifikace, jsou držiteli certifikace na nejdelší možné období 4 let.

Dalšími systémy vnějšího hodnocení jsou ISO 9001 (1 zařízení) a ISQua - Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb (1 zařízení).

Odborné týmy

Kromě adiktologa byly součástí týmu často i další odbornosti či profese. Složení týmů tak odráží transdisciplinární podstatu problematiky závislostí, zařízení nabízela kromě adiktologické péče další komplexní služby. Mezi další členy týmu patřili nejčastěji psychiatr, zdravotní sestra, zdravotně sociální pracovník, klinický psycholog, lékař další specializace. Průměrná velikost týmu činila 4,8 osob, medián 4,5. Všichni členové týmu naplňují celoživotní vzdělávání.

Komplexnost, transdisciplinarita a odbornost nabízené péče garantovaná celoživotním vzděláváním je mimo jiné zkoumána v rámci externího systému hodnocení (Certifikace odborné způsobilosti) popsaného výše.

Spolupráce v systému péče

Všechna zařízení jsou součástí široké sítě zdravotních i sociálních služeb. Adiktologické ambulance navázaly spolupráci jak s psychiatry, tak s dalšími specialisty - pediatry, hepatology, psychology i s dalšími institucemi a odbornými zařízeními, jako např. nízkoprahové služby, detoxy, probační a mediační služba, sociální kurátoři, psychiatrické nemocnice, terapeutické komunity, doléčovací programy a další.

Pilotní program z tohoto pohledu ukazuje, že adiktologické ambulance se rychle staly součástí odborných služeb zabezpečující péči o osoby zneužívající návykové látky. Často doplnily chybějící

součástí sítě. Adiktologické ambulance se staly zařízeními, na které je v rámci sítě odkazováno, stejně tak adiktologické ambulance referují v indikovaných případech do dalších odborných zdravotních nebo sociálních služeb.

Cílová skupina, sledované údaje

V rámci pilotního programu prošlo odbornou péčí všech zapojených zařízení celkem 1637 pacientů. Některá ze zařízení měla v péči i klienty mimo úhradu ze zdravotního pojištění. Pro účely této zprávy jsou evidováni pouze pacienti pod úhradou z veřejného pojištění.

Tabulka č. 1 – počet pacientů VZP a ostatních ZP celkem ve sledovaném období

	VZP	Ostatní ZP	celkem
Krajská zdravotní a.s. - AA Ústí nad Labem	77	87	164
Magdalena o.p.s.	46	87	133
Nestátní interní odd s.r.p - AA Olomouc	45	145	190
Prevent 99, z.ú.	100	88	188
Remedis s.r.o. – Praha	302	456	758
Remedis s.r.o. – Brno	38	21	59
RIAPS Trutnov	110	35	145
Celkem	718	919	1637

V pilotním programu byli zastoupeni pacienti z celého spektra diagnóz F10.X – F19.X, F63.0, služeb odborných pracovišť případně využívali rovněž rodinní příslušníci. Ve sledovaném období byly diagnostické skupiny různě zastoupeny. V případě jednoho poskytovatele významně převažovalo zaměření na uživatele opioidů, problémové uživatele (dle EMCDDA). Pokud bychom tuto službu nezahrnuli do hodnocení, je možné konstatovat, že nejčastěji zastoupenou diagnózou je F10.

Tabulka č. 2 – zastoupení pacientů podle diagnóz

	celkem
F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	477
F11 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů	628
F12 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů	34
F13 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo Hypnotik	21
F14 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu	2
F15 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu	110
F16 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů	0
F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku	12
F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých Rozpouštědel	1
F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných	282

psychoaktivních látek	
F63 Patologické hráčství	70
Celkem	1637

V průběhu pilotního programu byla sledována úspěšnost, efektivita, komplikace při poskytování péče pacientům s dg. skupiny F10 – F19 a F63 v rámci odbornosti 919. Byly sledovány parametry statistické:

- celkový počet pacientů za 1 rok
- počet pacientů v ambulantní léčbě (AL odb. 919)
- podíl jednotlivých pacientů v dg. skupinách
- podíl pacientů odeslaných z ústavní léčby do AL odb. 919
- podíl pacientů indikovaných z AL odb. 919 do ústavní léčby
- počet/podíl neuskutečněných vyšetření/terapií (zrušeno ze strany pacienta)

Sledování změn v oblasti kvality života pacientů, zdravotního stavu a rizikového chování obsahovalo:

- užívání drog pacientem (před a po léčbě)
- rizikové chování pacienta ve vztahu k užívání návykových látek (před a po léčbě), např. injekční užívání drog, rizikový sex, otrava alkoholem, atd.
- zdravotní stav pacienta (před a po léčbě)
- psychický stav pacienta (před a po léčbě)

Dalšími sledovanými parametry byly:

- komplikace v léčbě
- souběh dalších onemocnění – komorbidity (podíl pacientů)
- somatická léčba a komplikace (např. podíl pacientů s VHC, VHB, DM, onemocnění jater, apod.)
- psychiatrické léčba

Souhrn výstupů pilotního programu

Určitá část pacientů se v péči neudržela a z léčby adiktologické ambulance vypadla (drop out). Odchod klienta před řádným dokončením léčby je v České republice ale i ve světě častým jevem. Přesná čísla nejsou úplně známá, také se liší podle druhu léčebného programu, zařízení atd. Podle zahraniční literatury se vypadnutí z léčby pohybuje od 17 % až do 80 % dle různých zdrojů (Brorson et al., 2013; López-Goñi et al., 2012; Stevens et al., 2013). Vyšší procento předčasného odchodu z léčby se uvádí u zařízení na principu denních stacionářů, kde procento vypadnutí z léčby neklesá pod 50 % (Kalina, 2003) Ball et al., 2006; Fernandez-Montalvo, López-Goñi, 2010). V kontextu statistik uváděných v odborné literatuře je výsledek pilotního programu velmi uspokojivý. Drop out se pohyboval cca od 10 do 40 %, v průměru mezi 20 a 30 %.

U ostatních pacientů docházelo ve sledovaném období ke zlepšení psychického i somatického stavu. Nejčastěji docházelo k dosažení nebo udržení abstinence, k signifikantnímu snížení užívané dávky, případně byli pacienti indikováni ke vhodnějšímu typu léčby (substituční léčba, pobytová léčba aj.).

Tabulka č. 3 – přehled výkonů

	VZP	Ostatní ZP	Cekem
Vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče (38021)	544	531	1075
Vyšetření adiktologem kontrolní (38022)	2819	1813	4632
Minimální kontakt adiktologa s pacientem (38023)	4924	3282	8206
Adiktologická terapie individuální (38024)	2391	2853	5244
Adiktologická terapie rodinná (38025)	127	163	290
Adiktologická terapie skupinová (38026)	610	1049	1659
Počet neuskutečněných vyšetření/terapií (zrušeno ze strany pacienta (Poznámka 1))	1206		1206
Testy HIV	604	330	934
Testy HCV	945	510	1455
Testy HBV	650	328	978
Testy na přítomnost drog	13729		13729

Poznámka 1: ne všechny zařízení sledovaly tento statistický výstup.

Zařízení hodnotila péči o pacienty za úspěšnou v 65 až 89 % případů, v průměru zařízení vykazovala úspěšnost v 75 % případů. Za úspěch léčby bylo ze strany zařízení považováno především:

- abstinence/udržení abstinence,
- signifikantní snížení užívané dávky,
- zlepšení či stabilizace psychického/somatického stavu,
- převod na jinou (indikovanou) formu léčby.

Psychiatrická komorbidita se u pacientů objevovala u 28 až 35 % případů, dle konkrétního zařízení. Nejčastěji zmiňovanými psychiatrickými poruchami byly depresivní poruchy, schizofrenie, úzkostné poruchy a bipolární poruchy. Uvedená procenta představují pouze ty případy, kdy byla již psychiatrická diagnóza stanovena psychiatrem a pacient tuto skutečnost oznámil během péče adiktologa.

Mezi somatické komplikace v léčbě nejčastěji patřily hepatitida typu C, případně další neinfekční onemocnění jater nebo slinivky, gastritidy, gastroduodenitidy a diabetes mellitus.

Komplikace v léčbě

Z pohledu komplikací v léčbě zapojená zařízení nejčastěji referovala o dlouhých čekacích dobách na vyšetření/indikaci ze strany psychiatra. Vstup do péče adiktologa byl tímto často zpožděn i o několik měsíců. Takové prodloužení má samozřejmě negativní vliv na motivaci k léčbě a podstatnou část

potenciálních pacientů odradí. Ti se následně do léčby dostávají pozdě nebo vůbec, což má negativní vliv na jejich zdravotní stav a léčba takového pacienta je komplikovanější a ve výsledku dražší. Jako diskutabilní se ukázala i povinnost opakované indikace psychiatrem k léčbě min. jednou za tři měsíce. Pokud se pacient nedostavil na termín vyšetření daný psychiatrem – což se vzhledem k charakteru onemocnění pacienta stává, pacient tak na několik měsíců vypadl z léčby. Tato skutečnost odráží nízkou dostupnost, kapacitu a vysoký práh pro vstup do psychiatrické péče

Mezi další komplikace byla řazena rovněž dopravní dostupnost, pacienti se museli do místa ambulance dopravovat ze vzdálených, či špatně dostupných lokalit. Zde se projevil fakt, že adiktologických ambulancí je nedostatek a pro mnohé pacienty jsou místně nedostupné.

Nízké úhrady za výkon, nedostatečná časová dotace za výkon, nedostatečná frekvence výkonu jsou vnímány jako další problémy. Jako příklad by mohl být uvedený case management, který jako jedna z deseti technik individuální adiktologické terapie je činností, která u pacientů se závislostní diagnózou zabere více než 45 minut týdně. Společně s administrativou to u některých pacientů může být i několik hodin týdně. Odklad péče může mít v určitých případech dopad na pacientovo somatické, psychické i sociální zdraví.

Dalšími zaznamenanými potížemi jsou nespolupráce pacientů, nedocházení na vyšetření a terapie, časté přeobjednávání. To samozřejmě do určité míry souvisí s charakterem onemocnění a je třeba s tím počítat.

Shrnutí

Ukázalo se, že adiktologické ambulance vyplňují prázdná místa v oblasti poskytování ambulantní léčby u osob s diagnózou závislosti. Ambulantní péče u odborností, které se závislým také věnují (psychiatr, klinický psycholog) je i nadále fakticky těžko dostupná z důvodu přetížení dalšími diagnózami. Podařilo se prokázat, že poskytování adiktologické péče má pozitivní efekt na zdraví pacienta (v bio-psycho-sociálním rozměru). Zdraví pacientů se z velké části léčbou podařilo buď zlepšit, případně zastavit jeho zhoršování.

Pro faktické zvýšení dostupnosti odborné adiktologické péče doporučujeme snížení prahu pro vstup pacienta do léčby nebo reálné zvýšení dostupnosti psychiatrické péče tak, aby pacienti nemuseli na léčbu čekat několik měsíců, tak jak se to aktuálně děje. Vedle toho doporučujeme rozšíření adiktologické péče do všech regionů ČR, ideálně v rozsahu alespoň jedné ambulance pro každý okres.

Jako velmi důležité vnímáme rozšíření povědomí o důležitosti adiktologické péče jak mezi laickou veřejností (pacienti), tak mezi veřejností odbornou (lékaři, farmaceuti, nelékařské zdravotnické profese).

Pilotní program nenaplnil očekávání finanční stability a předvídatelného finančního zdroje. Limity frekvence i délky jednotlivých výkonů jsou nedostatečné pro adekvátní péči a jsou nedostatečně ohodnoceny např. ve srovnání s jinými profesemi.

Jako pozitivní se ukázalo rozšíření o další finanční zdroj. Nicméně tento zdroj není dostatečný v té míře, aby pomohl k osamostatnění se od veřejných (dotačních) zdrojů. To s sebou samozřejmě nese riziko finanční nestability a nepředvídatelnosti financování, což ohrožuje poskytování péče samotným pacientům a v důsledku vede k eskalaci zdravotních a sociálních problémů.

Za kolektiv autorů, v Praze, dne 25. 10. 2018

Mgr. Vojtěch Janoušek
Předseda České asociace adiktologů
731 906 605