



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

# Situační analýza české zkušenosti

Lucie Kondrátová  
Gabriela Urbášková  
Karolína Mladá  
Bronislav Farkač  
Matyáš Müller  
Pavel Říčan  
Petr Winkler



# Obsah

|  |    |
|--|----|
| Anotace .....  | 3  |
| Úvod .....   | 3  |
| Co jsou včasné intervence? .....   | 3  |
| Současný stav psychiatrické péče v ČR .....                                  | 4  |
| Cíl situační analýzy .....   | 4  |
| Epidemiologická data .....   | 6  |
| Současná prevalence.....   | 6  |
| Incidence vážných duševních onemocnění.....                                  | 6  |
| Kvalitativní analýza rozhovorů s poskytovateli služeb .....                  | 10 |
| Metoda .....   | 10 |
| Výsledky.....  | 11 |
| Struktura cílových skupin.....   | 11 |
| Cesta klienta do služeb .....  | 11 |
| Specifika práce s klienty v raných fázích vážného duševního onemocnění. .... | 13 |
| Regionální spolupráce a zasíťování .....                                     | 15 |
| Cesty rozvoje služeb a vnímané bariéry .....                                 | 16 |
| Služby včasné intervence v kontextu reformy.....                             | 18 |
| Shrnutí .....  | 20 |
| Reference .....  | 21 |
| Příloha .....  | 23 |
| Schéma rozhovoru s poskytovateli služeb.....                                 | 23 |



# Anotace

Předkládaná situační analýza byla zpracována pro potřeby projektu Včasné Intervence u Závažných Duševních Onemocnění v ČR (dále jen VIZDOM), který se zaměřuje na podporu včasné detekce a včasné intervence u závažných duševních onemocnění. Cílem této analýzy je podat zprávu o situaci v oblasti poskytování specializovaných služeb včasné intervence (Early Intervention, EI) a včasné detekce (Early Detection, ED) určených osobám v raných fázích vážného duševního onemocnění v České republice.

## Úvod

Duševní onemocnění představují jeden z hlavních globálních zdravotních problémů. Lidé s duševním onemocněním mají nižší naději dožití ve srovnání s obecnou populací a vyšší riziko rozvinutí dalších fyzických onemocnění jako jsou kardiovaskulární onemocnění nebo diabetes (De Hert et al., 2009; Newcomer, 2006; Vuksan–Čusa, Marčinko, Šagud, & Jakovljević, 2009). Lidé s vážným duševním onemocněním navíc mívají problémy s fungováním ve společnosti, vyskytují se u nich opakované hospitalizace a vysoká míra nezaměstnanosti. Vážná duševní onemocnění také souvisejí s vysokou společenskou zátěží, která zahrnuje náklady na ambulantní i lůžkovou péči, ale například také náklady vzniklé ztrátou produktivity (Evensen et al., 2015; Knapp, Mangalore, & Simon, 2004; Neil, Carr, Mihalopoulos, Mackinnon, & Morgan, 2014; Rössler, Salize, van Os, & Riecher-Rössler, 2005). Vědecké poznatky přitom jednoznačně ukazují, že čím delší je doba neléčené nemoci, tím horší je celková prognóza onemocnění. Doba neléčené nemoci je zásadní pro celkovou prognózu onemocnění, neboť má, jak bylo prokázáno, významný vliv na závažnost symptomů, dobu nutnou pro dosažení remise, riziko relapsu, celkové fungování a celkovou reakci na léčbu (Kašpárek, 2009; Marshall et al., 2005; Perkins, Gu, Boteva, & Lieberman, 2005). S cílem snížit dobu neléčeného závažného duševního onemocnění převážně psychotického okruhu (*Duration of Untreated Psychosis, DUP*), tedy dobu mezi propuknutím duševního onemocnění a zahájením léčby, byly v zahraničí postupně implementovány tzv. služby včasné detekce (Early Detection, ED) a navazující služby včasné intervence (Early Intervention, EI).

## Co jsou včasné intervence?

Programy včasné detekce a včasné intervence se soustředí na lidi s vysokým rizikem rozvoje závažného duševního onemocnění, zpravidla psychotického okruhu, a na práci s lidmi v první epizodě závažného duševního onemocnění. Včasné detekce, ani včasné intervence nelze považovat za jednoznačně definovaný pojem a lze jej chápat ve třech různých významech dle typu cílové skupiny pro intervenci. První z nich je intervence určená klientům, u kterých se vyskytly *prodromální nebo rizikové příznaky*. Tito klienti tedy nesplňují diagnostická kritéria pro určitou závažnou duševní poruchu a jejich další průběh může, ale nemusí, vyústit v závažné duševní onemocnění. Druhou cílovou skupinou včasných intervencí jsou lidé v *první atace* závažného duševního onemocnění, kdy tento typ služby spočívá v poskytnutí intervencí, které zvyšují šanci



na rychlejší stabilizaci stavu klienta. Intervence je poskytována klientovi i jeho blízkým. Třetí typ intervence je cílen na osoby v *remisi po první atace* onemocnění a zahrnuje následnou několikaletou péči (CRPDZ, 2017, p. 6), která je zpravidla poskytována multidisciplinárním terénním týmem ve spolupráci se sítí ambulantních a praktických lékařů.

Zatímco služby včasné detekce se zaměřují na asertivní vyhledávání osob s vysokým rizikem rozvoje závažného duševního onemocnění či osoby v jeho rané fázi, v rámci služeb včasné intervence je klientovi služby poskytována kontinuální podpora na cestě k zotavení. Služby poskytované v rámci včasné intervence tedy nekončí časnou detekcí a zahrnují komplexní služby lidem v první fázi závažného duševního onemocnění a to zpravidla po dobu prvních dvou až pěti let od rozvoje onemocnění. ED a EI služby jsou založeny na kooperaci multidisciplinárního týmu s praktickými lékaři a rodinami postižených (NICE, 2016) a vycházejí z různých druhů relevantních služeb, včetně case managementu, farmakoterapie, psychologické podpory (zpravidla kognitivně-behaviorální terapie), psychosociálních intervencí (jako je poradenství a podpora tréninku sociálních dovedností), rodinné terapie a služeb podporovaného zaměstnávání (Bird et al., 2010; Garety et al., 2006).

ED a EI služby využívají média, veřejné události a komunitní práci, aby informovaly o prvních příznacích onemocnění a usnadnily přístup mladých dospělých ke službám péče o duševní zdraví (Johannessen et al., 2001). Mnoho vědeckých evaluací opakovaně potvrdilo efektivitu služeb ED ve snižování doby neléčené nemoci (Johannessen et al., 2001; Lloyd-Evans et al., 2011). Služby včasné detekce jsou mnohdy doprovázeny osvětovými kampaněmi zaměřenými na destigmatizaci psychiatrické péče, které mají za cíl snížit práh vstupu do psychiatrických služeb a zvýšit ochotu vyhledat odbornou pomoc (Lloyd-Evans et al., 2011).

## Současný stav psychiatrické péče v ČR

V České republice v posledních letech probíhá plánování změn v poskytování péče lidem se závažným duševním onemocněním. Jedním z hlavních cílů je deinstitucionalizace psychiatrické péče, tedy přesun těžiště od dlouhodobé ústavní péče směrem k péči komunitní. Současný nedostatek komunitních služeb a péče založená na velkých psychiatrických nemocnicích vede k excesivně dlouhým hospitalizacím, překračujícím v ČR ve stovkách případů i 20 let, s průměrnou dobou trvání 100 dní (Winkler et al., 2016). S transformací psychiatrické péče proto souvisí také zavádění služeb včasné intervence, které jsou důležitou součástí péče v komunitách. Klienti využívající služby včasné intervence mají prokazatelně lepší prognózu onemocnění, díky čemuž se snižuje také délka hospitalizace a šance na rehospitalizaci. Rozvoj specializovaných služeb poskytovaných přímo v komunitě, jakými jsou mj. služby včasné intervence, musí být nutnou součástí procesu deinstitucionalizace.

## Cíl situační analýzy

V první části situační analýzy jsme se zaměřili na epidemiologickou situaci ohledně vážných duševních onemocnění v české populaci, jejímž cílem bylo zjistit, kolik je potenciálních klientů služeb včasné intervence v České republice. Dále jsme



realizovali kvalitativní šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, kteří se zaměřují na poskytování komunitní péče lidem s duševním onemocněním, jehož cílem bylo celkové zhodnocení a) strategií identifikace nových případů vážných duševních onemocnění poskytovateli komunitních služeb, dále b) dostupnosti služeb pro osoby v raných fázích vážného duševního onemocnění v regionech ČR a c) provázanosti komunitních služeb na ostatní prvky zdravotně-sociálního systému.



# Epidemiologická data

## Současná prevalence

Na základě epidemiologického šetření uskutečněného na reprezentativním vzorku pro českou neinstitutionalizovanou populaci v roce 2017 bylo zjištěno, že aktuálně prožívá symptomy duševního onemocnění 23,5 % lidí v České republice. Za pomoci diagnostického nástroje M.I.N.I. pak bylo dále zjištěno, že aktuální prevalence u psychotických onemocnění je 1,5 %, což odpovídá v ČR populaci více než 150 000 osob. 4 % populace pak aktuálně vykazuje symptomy vážné deprese. Z analýzy dále vyplývá, že 55% respondentů, u kterých bylo vyhodnoceno současné psychotické onemocnění, nedostává žádnou odbornou pomoc (Winkler, Formánek, Mladá, & Čermáková, v tisku). Obdobně u velké depresivní epizody šlo o 48% a u manické fáze o 43%.

## Incidence vážných duševních onemocnění

Data o incidenci vážných duševních onemocnění, tedy počtu nově identifikovaných případů vážných duševních onemocnění, byla převzata z ročenky vydávané Ústavem zdravotnických informací a služeb a doplněna analýzou o počtu nových hospitalizací pro diagnózu vážného duševního onemocnění.

## Data o nově zjištěných případech v ambulantní péči

Dle údajů z roku 2013 bylo průměrně diagnostikováno 49 nových případů schizofrenie (F20-29) na 100 tisíc obyvatel odpovídající spádové oblasti 1 centra duševního zdraví (ÚZIS, 2014). Analýza ukazuje na nejvyšší míru incidence diagnóz F20-29 v hlavním městě Praze (7,9 %), a dále v Plzeňském (6,7 %) a Jihomoravském kraji (6,1 %). V roce 2016 byl pak souhrnný počet nově zjištěných případů pro stejný diagnostický okruh 5 238, a to z celkového počtu více než 50 000 ambulantně léčených pacientů. Pro diagnózu afektivní poruchy pak bylo nově zjištěno 15 661 případů, a to z celkového počtu 107 506 ambulantně léčených pacientů (ÚZIS, 2016, p. 41). Míra incidence pro afektivní poruchy pak v roce 2013 byla 18 % průměrně pro celou Českou republiku (ÚZIS, 2014).

## Registrová data

Jak vyplývá z kvalitativních rozhovorů s poskytovateli služeb provedených v rámci této situační analýzy (viz dále), lidé v rané fázi vážného duševního onemocnění se nejčastěji dostanou do péče až ve chvíli, kdy hospitalizace je jedinou možností. S cílem analyzovat počet potenciálních klientů služeb včasné intervence, jedním z jejichž cílů je právě hospitalizacím předcházet, jsme se v následující analýze zaměřili na data z Registru ukončených hospitalizací (NRHOS), který je součástí Národního zdravotnického informačního systému, který spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Individuální data o každé hospitalizaci jsou do registru sbírána na základě hlášenek o ukončení hospitalizace, které zdravotnická zařízení zasílají jednou za měsíc na ÚZIS. Tento následně provádí kontrolu dat a předává je po zašifrování



rodných čísel Národnímu ústavu duševního zdraví na základě dohody o poskytnutí dat pro vědecké účely.

Do analýzy registrových dat byli zahrnuti lidé hospitalizovaní pro závažné duševní onemocnění: pro diagnózu schizofrenního typu (F20 - F29, s výjimkou indikované poruchy s bludy - F24), hospitalizace z důvodů manické fáze (F30), bipolární afektivní poruchy (F31) a těžké depresivní fáze (F32.2, F32.3, F33.3). Do analýzy jsme dále zahrnuli pokusy o sebevraždy (X60-X84) s ohledem na to, že se jedná o osoby, které se nacházejí v krizi a jsou tedy rovněž potenciálními klienty programů včasné detekce a včasné intervence.

Cílem bylo zmapovat počet osob, které byly hospitalizovány pro některou z diagnóz vážného duševního onemocnění v průběhu jednoho roku, konkrétně v roce 2014. Registrová data jsme proto omezili pouze na osoby, které nebyly v posledních 20 letech (tj. mezi lety 1994 – 2013) hospitalizované pro žádnou diagnózu duševní poruchy ani poruchu chování. Vážná duševní onemocnění zpravidla propukají v mladém věku, proto jsme omezili analýzy na osoby mladší 35 let. Následně byla provedena popisná analýza vzorku osob v roce 2014 poprvé hospitalizovaných pro vážné duševní onemocnění podle sledovaných diagnóz. Dále jsme sledovali kraj trvalého bydliště pacientů, věk při propuštění a dobu hospitalizace. Analýzy byly provedeny souhrnně pro všechny sledované diagnózy, poté byla z analýzy vyčleněna nejpočetnější diagnóza pro prvně hospitalizované (F23 - Akutní a přechodné psychotické poruchy) a také pokusy o sebevraždu.

## Výsledky

### První hospitalizace pro vážné duševní onemocnění

Na základě dat z registru ukončených hospitalizací bylo v roce 2014 přijato do některého z psychiatrických lůžkových zařízení zjištění celkem 1 020 lidí, kteří nebyli hospitalizováni v předcházejících dvaceti letech (a byli z této první hospitalizace propuštěni v letech 2014 až 2016). Nejčetnějším důvodem pro hospitalizace nových případů vážných duševních onemocnění u osob mezi 15 a 35 roky byla diagnóza F23 (Akutní a přechodné psychotické poruchy; 55%), druhou nejvíce zastoupenou diagnózou pak byla diagnóza F20 (Schizofrenie; 20%).

| Diagnóza     |   | N     | %     |
|--------------|---|-------|-------|
| F20          | Schizofrenie  | 203   | 19,9  |
| F21          | Schizotypální porucha   | 12    | 1,2   |
| F22          | Poruchy s trvalými bludy                                      | 10    | 1,0   |
| F23          | Akutní a přechodné psychotické poruchy                        | 556   | 54,5  |
| F25          | Schizoafektivní poruchy                                       | 47    | 4,6   |
| F28          | Jiné neorganické psychotické poruchy                          | 6     | 0,6   |
| F29          | Neurčené neorganické psychózy                                 | 2     | 0,2   |
| F30          | Manická fáze  | 39    | 3,8   |
| F31          | Bipolární afektivní porucha                                   | 67    | 6,6   |
| F32.2, F32.3 | Depresivní fáze, těžká  | 73    | 7,2   |
| F33.3        | Periodická depresivní porucha, těžká s psychotickými příznaky | 5     | 0,5   |
| Celkem       |   | 1 020 | 100,0 |



## Kraj trvalého bydliště

Hospitalizace podle kraje bydliště hospitalizovaného je zobrazena v tabulce. Jedná se však o údaj o trvalém bydlišti, které u některých lidí nemusí odpovídat bydlišti, kde skutečně žijí.

| Kraj trvalého bydliště | Všechny diagnózy |              |                 | F23        |              |                 |
|------------------------|------------------|--------------|-----------------|------------|--------------|-----------------|
|                        | N                | %            | % v rámci kraje | N          | %            | % v rámci kraje |
| Hl. m. Praha           | 121              | 11,9         | 0,010           | 65         | 11,7         | 0,005           |
| Středočeský kraj       | 105              | 10,3         | 0,008           | 57         | 10,3         | 0,004           |
| Jihočeský kraj         | 58               | 5,7          | 0,009           | 27         | 4,9          | 0,004           |
| Plzeňský kraj          | 55               | 5,4          | 0,010           | 22         | 4,0          | 0,004           |
| Karlovarský kraj       | 33               | 3,2          | 0,011           | 18         | 3,2          | 0,006           |
| Ústecký kraj           | 71               | 7,0          | 0,009           | 37         | 6,7          | 0,004           |
| Liberecký kraj         | 38               | 3,7          | 0,009           | 20         | 3,6          | 0,005           |
| Královéhradecký kraj   | 47               | 4,6          | 0,009           | 29         | 5,2          | 0,005           |
| Pardubický kraj        | 43               | 4,2          | 0,008           | 22         | 4,0          | 0,004           |
| Vysočina               | 45               | 4,4          | 0,009           | 25         | 4,5          | 0,005           |
| Jihomoravský kraj      | 98               | 9,6          | 0,008           | 38         | 6,8          | 0,003           |
| Olomoucký kraj         | 53               | 5,2          | 0,008           | 28         | 5,0          | 0,004           |
| Zlínský kraj           | 46               | 4,5          | 0,008           | 25         | 4,5          | 0,004           |
| Moravskoslezský kraj   | 134              | 13,1         | 0,011           | 102        | 18,4         | 0,008           |
| Bez trvalého bydliště  | 73               | 7,2          |                 | 41         | 7,4          |                 |
| <b>Celkem</b>          | <b>1 020</b>     | <b>100,0</b> |                 | <b>556</b> | <b>100,0</b> |                 |

## Věk při propuštění

Zastoupení věku při propuštění bylo mezi 19. a 35. rokem rovnoměrné (4-7%), pro 15. až 18. věk života se pohybovalo mezi 1,7% a 3,3% (pro skupinu F23 mezi 1,6% a 3,8%).

| Věk při propuštění | Všechny diagnózy |              |          | F23        |              |          |
|--------------------|------------------|--------------|----------|------------|--------------|----------|
|                    | N                | %            | Kumul. % | N          | %            | Kumul. % |
| 15-17 let          | 79               | 7,7          | 7,7      | 45         | 8,1          | 8,1      |
| 18-19 let          | 70               | 6,9          | 14,6     | 46         | 8,3          | 16,4     |
| 20-24 let          | 284              | 27,8         | 42,4     | 151        | 27,2         | 43,6     |
| 25-29 let          | 259              | 25,4         | 67,8     | 148        | 26,6         | 70,2     |
| 30-34 let          | 272              | 26,7         | 94,5     | 143        | 25,7         | 95,9     |
| 35 let             | 56               | 5,5          | 100,0    | 23         | 4,1          | 100,0    |
| <b>Celkem</b>      | <b>1 020</b>     | <b>100,0</b> |          | <b>556</b> | <b>100,0</b> |          |





## Délka hospitalizace

Ve skupině všech vážných duševních onemocnění bylo 49% prvních hospitalizací ukončeno po jednom až třiceti dnech, zatímco ve skupině F23 šlo o 58%.

| Doba hospitalizace | Všechny diagnózy |       |          | F23 |       |          |
|--------------------|------------------|-------|----------|-----|-------|----------|
|                    | N                | %     | Kumul. % | N   | %     | Kumul. % |
| 1-14 dnů           | 251              | 24,6  | 24,6     | 174 | 31,3  | 31,3     |
| 15-30 dnů          | 245              | 24,0  | 48,6     | 146 | 26,3  | 57,6     |
| 31-90 dnů          | 421              | 41,3  | 89,9     | 206 | 37,0  | 94,6     |
| 91-180 dnů         | 77               | 7,5   | 97,4     | 29  | 5,2   | 99,8     |
| 181-365 dnů        | 18               | 1,8   | 99,2     | 1   | 0,2   | 100,0    |
| Více než 365 dnů   | 8                | 0,8   | 100,0    | -   | -     |          |
| Celkem             | 1 020            | 100,0 |          | 556 | 100,0 |          |

### První hospitalizace pro pokus o sebevraždu

Celkem bylo v roce 2014 do hospitalizace pro pokus o sebevraždu (X60-X84) přijato 892 lidí, kteří nebyli v předcházejících dvaceti letech hospitalizováni pro pokus o sebevraždu či psychiatrickou diagnózu.

| Kraj trvalého bydliště | N   | %     | % v rámci kraje |
|------------------------|-----|-------|-----------------|
| Hl. M. Praha           | 46  | 5,2   | 0,004           |
| Středočeský kraj       | 78  | 8,7   | 0,006           |
| Jihočeský kraj         | 67  | 7,5   | 0,011           |
| Plzeňský kraj          | 50  | 5,6   | 0,009           |
| Karlovarský kraj       | 34  | 3,8   | 0,011           |
| Ústecký kraj           | 89  | 10,0  | 0,011           |
| Liberecký kraj         | 75  | 8,4   | 0,017           |
| Královéhradecký kraj   | 63  | 7,1   | 0,011           |
| Pardubický kraj        | 45  | 5,0   | 0,009           |
| Vysočina               | 45  | 5,0   | 0,009           |
| Jihomoravský kraj      | 83  | 9,3   | 0,007           |
| Olomoucký kraj         | 50  | 5,6   | 0,008           |
| Zlínský kraj           | 38  | 4,3   | 0,006           |
| Moravskoslezský kraj   | 109 | 12,2  | 0,009           |
| Cizinci                | 20  | 2,2   |                 |
| Celkem                 | 892 | 100,0 |                 |

| Věk při propuštění | N   | %     | Kumul. % |
|--------------------|-----|-------|----------|
| 15-17 let          | 225 | 25,2  | 25,2     |
| 18-19 let          | 121 | 13,6  | 38,8     |
| 20-24 let          | 219 | 24,6  | 63,3     |
| 25-29 let          | 166 | 18,6  | 85,9     |
| 30-34 let          | 129 | 14,4  | 96,4     |
| 35 let             | 32  | 3,6   | 100,0    |
| Celkem             | 892 | 100,0 |          |



# Kvalitativní analýza rozhovorů s poskytovateli služeb

## Metoda

### Vzorek

#### Vstupní kritéria

Pro účely kvalitativní studie byli osloveni poskyvatelé komunitních služeb, kteří byli předem vytipováni na základě následujících kritérií:

1. hlavní cílovou skupinou pro poskytování služeb jsou osoby s vážným duševním onemocněním
2. hlavní složku poskytovaných služeb představuje služba sociální rehabilitace poskytovaná v terénní formě
3. poskytované služby jsou postaveny na principech asertivní komunitní péče a případového vedení (též case management).

Při vytváření seznamu poskytovatelů komunitních služeb, kteří byli osloveni s nabídkou účasti na studii, byla využita data z registru poskytovatelů sociálních služeb (MPSV, 2018).

#### Charakteristika respondentů

K účasti na studii byli osloveni metodici služeb, vedoucí terénních týmů či osoby na obdobné pozici. Požadavkem bylo, aby měl každý z respondentů každodenní zkušenost s přímou prací s klienty a zároveň aby měl přehled o struktuře, koncepcích, vizích a v daném organizaci používaných metodikách. Ačkoli organizace, které byly ve vzorku zastoupeny, mají rozdílnou organizační strukturu, toto kritérium se nepodařilo plně dodržet pouze ve dvou případech - v jedné z organizací proběhl rozhovor s ředitelem organizace, v jedné organizaci proběhl rozhovor s řadovým členem týmu. U čtyř rozhovorů byli kromě vedoucího týmu přítomni další pracovníci týmu.

#### Zaměření rozhovorů

Scénář rozhovoru, jenž je přílohou této situační analýzy, byl specificky zaměřen na metodiku práce s klienty v raných fázích duševních onemocnění. Za použití příkladů dobré zahraniční praxe jsme identifikovali tato klíčová témata, která byla v rámci rozhovorů pokryta:

- Cesta klienta do služeb. Prvokontakt. Reference na nového klienta.
- Specifika práce s klienty v raných fázích vážného duševního onemocnění.
- Regionální spolupráce a zasíťování.
- Cesty rozvoje služeb a vnímané bariéry.



## Výsledky

Cílem bylo realizovat minimálně 2 rozhovory v každém ze 14 krajů České republiky, celkem tedy 28 rozhovorů. Vzhledem k regionálním rozdílům v hustotě sítě služeb v jednom z krajů mohl proběhnout rozhovor pouze v jedné organizaci, která odpovídala výše stanoveným regionům. Nicméně vzorek realizovaných rozhovorů s poskytovateli komunitních služeb pokrývá všech 14 krajů.

Kontakt s potenciálními respondenty probíhal prostřednictvím mailové komunikace, ve většině krajů se podařilo rozhovory domluvit na základě mailové komunikace, případně byli vybraní zástupci organizace kontaktováni telefonicky

Většinou rozhovorů proběhla face-to-face formou, dva proběhly telefonicky. Sběr dat probíhal v průběhu května a na začátku června 2018.

## Struktura cílových skupin

Lidé se závažnými duševními onemocněními jsou hlavní cílovou skupinou všech zastoupených organizací. Jedná se převážně o dlouhodobé klienty, ale do komunitních služeb se dostávají i osoby v raných fázích vážného duševního onemocnění. Žádná z organizací nemá vypracovanou statistiku klientů dle fáze onemocnění, kdy se dostali do služeb. Odhadem však tvoří tato skupina 5 až 20 % ze všech stávajících klientů sociálních služeb, z toho převládají klienti, kteří už prošli první atakou onemocnění, typicky spojenou s hospitalizací; klienti s prodromálními psychotickými příznaky tvoří menší část klientů v raných fázích vážného duševního onemocnění.

Cílová skupina je také vymezena věkem, kdy většina organizací zahrnutých do vzorku může pracovat pouze s lidmi staršími 18 let. To vnímali respondenti často jako legislativní bariéru, uměle nastavenou hranici, která brání více pracovat právě s lidmi v raných fázích vážných duševních onemocnění. Objevily se ojedinělé výjimky, kdy několik organizací má tento práh vstupu do služeb posunutý na 16 let, což respondenti hodnotili pozitivně.

## Cesta klienta do služeb

### „Prvokontakt“

Na základě zkušeností poskytovatelů služeb lze shrnout jejich představu o typické cestě člověka, který se začne potýkat s rozvíjejícím se duševním onemocněním. Kontakt mladého člověka s nějakou formou pomoci zpravidla probíhá pozdě. Respondenti zmiňují, že detekce není dost včasná, může být obtížné klienty detekovat, ačkoli poskytovatelé nemají systematická data o tom, jak dlouho může **doba neléčené psychózy** trvat.

Pozdní detekce může mít podle zkušeností respondentů nejčastěji v zásadě dvě hlavní příčiny: První je to, že duševní onemocnění je spojeno se společenským **stigmatem**, blízcí (nejčastěji rodiče) podle respondentů často z tohoto důvodu nechtějí vyhledat odbornou pomoc. Často hovoří respondenti o tom, že existující služby jsou vnímané



jako stigmatizující. Někteří poskytovatelé zmiňují, že mají dobrou zkušenost se službami, které nejsou stigmatizační – například s krizovou pomocí, která má širší cílovou skupinu.

Druhou bariérou k cestě do služeb může být i **malá edukovanost okolí** mladého člověka. Respondenti často zmiňovali, že rodiny, učitelé nebo jiní pracovníci ve školách jsou s mladým člověkem často v kontaktu a všimnou si tak změny v jeho chování, ale neví, že by mohlo jít o první projevy duševního onemocnění a často to přisuzují „běžnému dospívání“.

Zde někteří poskytovatelé zmiňovali i praktické lékaře, kteří mohou být prvním kontaktem u závažnějších příznaků. Často však nejsou informováni o organizacích v regionu, o způsobech jejich práce nebo o nich mají zkreslené představy. Praktičtí lékaři tak podle respondentů častěji doporučují psychiatra či zprostředkovávají kontakt na něj, než na služby komunitního typu. Nejčastěji ale podle zkušeností poskytovatelů přerostou potíže do krize či první ataky a první odbornou pomocí je tak pro člověka v rané fázi SMI hospitalizace na psychiatrickém oddělení nemocnice:

*„Mám představu o tom, že to trvá strašně dlouho, než to propukne úplně naplno, než se vůbec začne něco dít, většinou ti rodiče nebo i ti sami mladí klienti popisují, že se jim něco dělo, někdo jim neřekl, kam se mají obrátit nebo podobně. A já mám pocit, že jsme k tomu jako ještě pořád málo obezřetní, že dokud to nějak jde a ten člověk se drží v té škole, tak to v podstatě rodiče nijak jako neřeší a přikládají to třeba tomu, že ten člověk dospívá.“ (R13)*

### Kontakt s komunitní službou

Nejčastějšími cestami, jak se podle respondentů klienti dostávají do služeb komunitních organizací, je několik. Nejčastějším způsobem je kontakt skrze **lůžková zdravotnická zařízení** – psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení nemocnic. Poskytovatelé zpravidla zmiňují, že pravidelně navštěvují tyto nemocnice a spolupracují s nimi na zajištění návaznosti služeb pro klienty.

U plynulosti této spolupráce záleží na postoji konkrétních lékařů k sociálním službám (kterou obecně hodnotí poskytovatelé jako dobrou, ale objevují se zde i výjimky, kdy jsou lékaři k sociálním službám nedůvěřiví). Dále záleží i na blízkosti „spádového“, respektive nejbližšího zdravotnického zařízení. Někteří poskytovatelé zmiňují obtíže ve vzdálenosti „spádové“ psychiatrické nemocnice, jiní zmiňují dobrou spolupráci například speciálně s dětskou psychiatrickou nemocnicí.

Dále poskytovatelé zmiňují, že je kontaktují i **blízcí** (zpravidla rodiče) klienta. I přes to, že respondenti zmiňují určité překážky (stigma, informovanost). Stigma spojované se službou a obecná znalost služeb jsou zmiňované jaké klíčové prvky pro to, aby se rodina ozvala co nejdříve.

Poskytovatelé zmiňují ještě spolupráci s **úřady** (sociální odbory měst, OSPOD, starostové menších obcí) – jejich prostřednictvím se ke službám dostávají lidé, u kterých se projevují potíže v jiných oblastech (bydlení, práce). Poskytovatelé zmiňují vesměs dobrou zkušenost s touto spoluprací. Další aktéři (školy, policie, IZS, praktičtí



lékaři, krizové služby, jiné služby, sousedé) se objevují spíše jako výjimečné případy, kdy se konkrétním poskytovatelům podařilo navázat s nimi dobrou spoluprací, nebo zároveň i jako oblasti, kde by podle poskytovatelů mělo smysl spoluprací v oblasti včasné detekce rozvíjet.

Nejčastější cestou, jak se tedy klienti v raných fázích SMI dostávají do služeb komunitních týmů, je kontaktování v psychiatrických nemocnicích a na psychiatrických odděleních po první hospitalizaci, před první atakou kontaktuje služby nejčastěji rodina.

## Specifika práce s klienty v raných fázích vážného duševního onemocnění.

Poskytovatelé hovoří o tom, že nemají žádné metodiky ani ustálené způsoby práce pro práci s lidmi v raných fázích SMI. V rozhovorech se objevovalo, že nejde úplně zobecnit, čím je práce s lidmi v raných fázích specifická. Poskytovatelé uváděli, že se práce s klienty v raných fázích SMI odvíjí od jejich **potřeb**. Je to podle poskytovatelů způsob práce, který jsou zvyklí aplikovat při práci se všemi klienty, kromě toho zaměření na konkrétní praktické potřeby může pomoci při navázání vztahu s klientem, což považovali respondenti za klíčové zejména na začátku spolupráce. Přesto je však možné nalézt napříč rozhovory určitá témata, která poskytovatelé vnímají jako důležitá a společná při práci s klienty v raných fázích SMI.

### Náhled a edukace

Důraz kladli poskytovatelé ve svých výpovědích na **získávání náhledu** klienta na duševní onemocnění. Často může jít o nerealistická očekávání spojená s první atakou. Klienti jsou často přesvědčeni, že po první atace se po kratším čase vrátí naplno k životu před propuknutím onemocnění (což se povede pouze části z nich), nebo naopak propadnou beznaději.

V případech, kdy klienti spíše zažívají ohledně nemoci pesimismus, poskytovatelé přímo zmiňovali, že je nutné dát klientům naději a optimismus. Zde někteří poskytovatelé oceňovali roli peer konzultanta v týmu (nebo minimálně příběhů lidí se zkušeností), kteří mohou sdílet vlastní příběh zotavení. Podobnou roli mohou naplňovat i svépomocné i řízené skupiny lidí se zkušeností – zde se však objevovalo úskalí, že klienti v raných fázích nechtějí „patřit“ do skupiny duševně nemocných.

Získávání náhledu je spojeno s širší **edukací** o různých aspektech nemoci, kdy člověk v rané fázi SMI a jeho okolí často nemají přesnou představu o tom, co se děje a co duševní onemocnění obnáší. V rozhovorech se tak objevovala nutnost edukace ohledně medikace nebo souvislosti duševních onemocnění a užívání drog.

Edukace zde není zaměřená jen na klienta samotného, důležitou roli hraje **edukace rodičů** (u kterých mladí lidé v raných fázích SMI často bydlí) nebo jiných blízkých, pro které je duševní onemocnění také úplně nová situace. Zde opět hovoří poskytovatelé o lepší zkušenosti s individuální formou edukace, které umožní lépe zacílit obsah edukace podle potřeby. Nicméně časté jsou i edukační skupiny, zájem o ně se ale různí, v některých případech přerůstaly do svépomocné formy, jindy o ně nebyl velký zájem.



## Podpora v praktických oblastech – vzdělání, zaměstnání, bydlení

Poskytovatelé zmiňovali konkrétní praktické oblasti života, ve kterých poskytují klientům podporu. Zde jde zejména o pomoc při hledání vhodného ambulantního psychiatra. Tomu někteří poskytovatelé dávali velkou důležitost vzhledem k tomu, že přístup k léčbě jednotlivých psychiatrů se může podle zkušeností respondentů značně lišit. Většina poskytovatelů služeb ve vzorku nemá psychiatra přímo v týmu, navázání na (ne)vhodného psychiatra tak může mít velký vliv na celkovou spolupráci s klientem. Zaměření na praktické obtíže vnímali respondenti jako něco, co může pomoci navázání vztahu s klientem.

Vzhledem k tomu, že lidé v raných fázích SMI jsou zpravidla mladí lidé, kteří studují střední nebo vysokou školu, podpora v jejich vzdělávací dráze je jedním z důležitých témat při poskytování podpory. Zde se týmy snaží působit jako prostředníci mezi klientem a školou a snaží se například domlouvat individuální studijní plány. S úspěšností měli poskytovatelé různou zkušenost, často podle jejich výpovědí záleželo na konkrétních školách, učitelích a ředitelích.

Podpora zaměstnání tolik zmiňovaná nebyla (nejspíš právě s ohledem na tyto biografie lidí v raných fázích SMI), podobně bydlení nebylo tolik zmiňovanou potřebou klientů, neboť klienti často bydlí u rodičů.

## Klient a systém

Součástí je kromě náhledu na nemoc i **podpora v tom vyznat se v systému péče**. Tento aspekt zmiňovali respondenti často v kontrastu k práci s lidmi, kteří se s duševním onemocněním potýkají dlouhodobě, více se v systému péče vyznají a jsou už v jiných službách zapojení. Respondenti zmiňovali, že jsou často pro klienta „průvodci systémem“.

Nicméně zde velmi často zdůrazňovali respondenti to, že u klientů v raných fázích nevidí jako prospěšné zapojovat je do služeb, jako jsou například chráněná pracovní místa nebo chráněné bydlení. Jako důvody uváděli to, že je pro klienty v raných fázích důležitější nevytrhávat je z jejich prostředí, nezařazovat je do společnosti duševně nemocných a podporovat vztahy a činnosti mimo služby tak, aby se člověk v rané fázi nedostal jenom do role pacienta s duševním onemocněním. Ve většině rozhovorů byli k těmto aspektům poskytovatelé velmi pozorní, zmiňovali nutnost nestigmatizovat klienty zapojením do služeb a v jedné organizaci dokonce hovořili respondenti o časovém omezení pro chráněná pracovní místa pouze na pár měsíců. Kromě chráněných pracovních míst nebo bydlení se toto téma objevovalo u zapojování do svépomocných skupin, které poskytovatelé (i klienti v raných fázích) vnímali jako zaměřené spíše pro klienty s dlouhodobými obtížemi.

Zvláštní oblastí je pak práce s motivací klienta. Často se objevovalo téma, že lidé v raných fázích často nemají motivaci k zapojení do odborných služeb (například kvůli malému náhledu na onemocnění). Týmy se tak snaží v rámci asertivního přístupu pracovat nejprve s rodinou klienta s tím, že se později do služeb zapojí i klient v rané fázi SMI.



## Regionální spolupráce a zasíťování

Jak už je patrné z předchozích částí, pro komunitní služby je klíčové zasíťování a spolupráce s dalšími aktéry, kteří se setkávají s lidmi v raných fázích závažných duševních onemocnění. Jde především o psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení nemocnic, ambulantní psychiatry, praktické lékaře, školy, úřady, integrovaný záchranný systém (IZS) a další služby působící v regionu. Poskytovatelé popisovali jak stávající spolupráci, tak snahy o její posílení a oblasti, kde by bylo podle nich účinné spolupráci rozvíjet.

Jak už je uvedeno výše, **psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení** jsou nejčastějším zdrojem, jak se do komunitních služeb dostávají klienti po první atace. Většinou probíhá spolupráce formou pravidelných návštěv týmu v nemocnici, kdy lékaři vytipují klienty, kteří by mohli z komunitních služeb mít užitek a klienti už jsou dopředu informováni, že komunitní tým přijde. Často jde o spolupráci, která je tímto způsobem navázaná už tradičně a delší dobu a aktéři s ní mají tedy dobrou zkušenost. Nicméně poskytovatelé zmiňují, že míra spolupráce záleží i na osobním přesvědčení a postojích jednotlivých lékařů k sociálním službám.

Spolupráce s **ambulantními psychiatry** probíhá často tak, že se komunitní týmy snaží najít klientům vhodného psychiatra. Spolupráce na konkrétních případech klientů se různí, někteří poskytovatelé hovoří obecně o dobré spolupráci, jiní o horší. Poskytovatelé zde zmiňují, že často záleží i na osobních vazbách a postojích psychiatrů k sociálním službám, objevuje se i názor, že jde o generační záležitost, kdy starší psychiatři nejsou tolik nakloněni spolupráci se sociálními službami. Poskytovatelé zmiňují, že klíčová je předchozí znalost práce týmu, která vychází z předchozích zkušeností s prací týmů. Poskytovatelé mluví o tom, že by jim pomohlo, kdyby mohli mít psychiatra přímo v týmu, jak je to v plánu pro centra duševního zdraví, někdy mají čerstvě dobrou zkušenost s tím, že mají ambulantní psychiatři částečné úvazky v rámci organizace.

U **praktických lékařů** zpravidla spolupráce nefunguje příliš dobře. Poskytovatelé spolupráci s praktickými lékaři často vnímají jako něco, co by bylo třeba rozvíjet. Vesměs se snaží zvyšovat povědomí mezi lékaři prostřednictvím osobních schůzek letáků nebo na menších městech díky osobním kontaktům („říkal jsem svému praktikovi, kde pracuji“), ale spíše hodnotí spolupráci jako něco, kde jsou velké rezervy. Větší spolupráce (například ve formě pravidelných schůzek) se podle poskytovatelů nedaří rozvinout kvůli tomu, že praktici nepovažují duševní onemocnění za tak důležité, neví, co komunitní služby dělají nebo k nim nemají důvěru. Na společné schůzky různých služeb zaštitěné například skrze komunitní plánování často praktičtí lékaři vůbec nechodí. Poskytovatelé by ocenili větší edukaci praktických lékařů, spolupráci by podle nich pomohlo právě důkladnější informování o službách a edukace, často na to však poskytovatelé nemají časové kapacity.

Poskytovatelé často zmiňují **školy** jako důležité aktéry. Zde se často jedná o spolupráci, která byla navázaná v rámci jiných projektů (typicky Blázníš no a). Zpravidla jde u škol spíše o osvětové a destigmatizační aktivity, po kterých je na některých školách poptávka. Tyto programy můžou podle poskytovatelů napomoci



detekci, kdy se jim spíše ozve někdo, kdo se potýká s nějakými obtížemi (nebo jeho blízký), nicméně v kontextu celkového počtu klientů je to často jenom malý počet.

V oblasti šíření povědomí na školách formou edukace o duševních onemocněních vidí poskytovatelé rezervy a možnosti rozvíjení, které by mohlo velmi napomoci především v oblasti rané detekce, případně i pro vytváření individuálních studijních plánů. I zde se však objevuje přesvědčení, že pro spolupráci jsou často důležité postoje konkrétních ředitelů a učitelů.

Dalším zmiňovaným aktérem jsou zástupci úřadů (např. orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPODy), sociální odbory) či starostové malých obcí. Podle poskytovatelů hrají roli v následné péči nebo v případě detekce osob, které se začnou primárně potýkat s obtížemi v jiných oblastech. Podobně důležitá může být **policie (případně IZS)**, která vyráží ke krizovým situacím. Zde by poskytovatelé ocenili větší informovanost a edukovanost těchto složek. Navazování kontaktů s těmito aktéry probíhá podle poskytovatelů skrze komunitní plánování sociálních služeb, se kterým mají poskytovatelé dobrou zpravidla dobrou zkušenost, případně přes osobní kontakty (zejména v menších městech).

Komunitní plánování je příležitostí k síťování i s dalšími službami. Někteří poskytovatelé zmiňují i dobrou a důležitou spolupráci se **službami zaměřenými na návykové látky**, které mohou být první službou, kdy se psychotické příznaky rozvíjejí u mladých lidí v souvislosti s užíváním návykových látek. Mladí lidé v raných fázích SMI jsou podle poskytovatelů často klienti s duálními diagnózami, využívají tak zároveň více služeb. Spolupráce s těmito dalšími službami probíhá často formou společných porad týmů, zřídka mají přímo komunitní týmy zaměřené na duševní onemocnění v týmu adiktologa, někteří by ocenili větší znalost způsobů práce s klienty s duálními diagnózami.

## Cesty rozvoje služeb a vnímané bariéry

Poskytovatelé zmiňovali několik oblastí, které by pomohly rozvoji služeb pro lidi v raných fázích SMI. Nejčastěji se zde objevovaly personální kapacity. Služby často mají naplněné kapacity a nemůžou proto tolik flexibilně reagovat na nové klienty v raných fázích. Speciálně pak ještě občas poskytovatelé zmiňovali, že jim chybí zdravotní sestry a psychiatři, není tedy z jejich strany možné poskytovat zdravotní péči. Jenom zřídka se objevoval zájem o konkrétní techniky nebo způsoby práce, spíše se objevoval názor, že týmy mají potřebné dovednosti. Pokud ano, zmiňován byl přístup Otevřeného dialogu.

Jako důležité vnímali poskytovatelé šíření povědomí o duševních onemocněních a o službách, které poskytují, zejména ve školách a u praktických lékařů, což by mohlo napomoci hlavně včasnější detekci. Podle poskytovatelů je šíření osvěty také částečně otázkou kapacit, kdy pracovníci nemají kvůli přímé práci s klienty prostor pro větší a systematictější síťování s dalšími důležitými aktéry. Objevoval se ale i názor, že by tuto osvětu měl dělat někdo jiný, s větší autoritou.

Tématem byla v rozhovorech i stigmatizace, která podle poskytovatelů brání především tomu, aby klienti (popřípadě jejich blízcí) vyhledali odbornou pomoc včas.





Kromě proměny celkových postojů k duševním onemocněním ve společnosti podle poskytovatelů pomáhá to, že je služba nestigmatizující. Schůzky tak například probíhají neformálně („u kafe“), práce se zaměřuje spíše na praktické obtíže než přímo na onemocnění, týmy mají neoznačená auta nebo jsou služby pro lidi s vážným duševním onemocněním začleněné do služeb s širšími cílovými skupinami, jako je například krizová pomoc.

Poskytovatelé často zmiňovali i legislativní bariéry, které brání vhodnější péči o lidi v raných fázích vážného duševního onemocnění. Často zmiňovaná byla věková hranice 18 let, která brání celkově většímu zaměření na rané fáze nemoci a například i větší práci ve školách. Dále se objevovalo i to, že služby mohou pracovat jenom s lidmi, kteří mají přidělenou diagnózu, což je u lidí v raných fázích někdy obtížné a brzké přidělení diagnózy může být stigmatizující.



# Služby včasné intervence v kontextu reformy

Vlajkovou lodí změn v poskytování psychiatrické péče se stala centra duševního zdraví, jejichž jádrem je multidisciplinární terénní tým umožňující poskytování služby přímo v přirozeném prostředí klienta/pacienta. Centra duševního zdraví (CDZ) ve svém regionu spolupracují s dalšími potřebnými subjekty a specializovanými službami, se službami včasné intervence a detekce se předpokládá úzká spolupráce, např. ve formě předávání klientů. Služby včasné intervence plně komplementární typ služby k CDZ:

## Cílová skupina a kapacita služby

CDZ jsou specifickou službou, která cílí na to stát se přemostující službou mezi lůžkovou a ambulantní psychiatrickou péčí a která je primárně určená pro chronické pacienty se závažným duševním onemocněním (tj. s délkou trvání nemoci déle než 2 roky). Jednou z funkcí těchto nově budovaných služeb má být rovněž schopnost reagovat na rozvoj duševních onemocnění přímo v komunitě a také včas, proto je jako cílová skupina CDZ rovněž uvažovaná skupina osob s rizikem rozvojem vážného duševního onemocnění. Nicméně, s ohledem na kapacitu služby CDZ (tj. 120 – 280 osob/1 CDZ) a incidenci vážných duševních onemocnění, nelze předpokládat, že CDZ týmy budou mít personální kapacitu k tomu aktivně vyhledávat osoby v riziku rozvoje vážného duševního onemocnění (tzv. populace „ultra high risk“). Lze proto předpokládat, že bude klientela CDZ - nebude-li toto CDZ vybaveno schopností poskytovat včasné intervence, tvořena především lidmi s chronickým onemocněním.

## Specifické vzdělávání

Osoby v riziku rozvoje vážného duševního onemocnění a osoby v první fázi vážného duševního onemocnění navíc mají oproti chronickým pacientů zcela jiné potřeby. Například, v rané fázi onemocnění je žádoucí zaměřit podporu na prevenci ztráty zaměstnání a na práci s rodinnou. Obě tyto aktivity budou standardní službou poskytovanou ED a EI týmy, jejichž členové jsou absolventy standardizovaného systému vzdělávání pro práci s prvními epizodami vážných duševních onemocnění. V českém prostředí doposud není podobný standardizovaný systém vzdělávání tohoto typu dostupný. V rámci projektu VIZDOM je proto ve spolupráci s tuzemskými i zahraničními experty plánováno jeho vyvinutí pro oblast vzdělávání v oblasti psychiatrické péče.

## Fidelita služby

Centra duševního zdraví jsou založena na metodě ACT (asertivní komunitní péče), případně na metodě FACT (flexibilní asertivní komunitní péče). Existují sice nástroje



měření fidelity dané služby vůči FACT modelu, nicméně některé z položek jsou s ohledem na specifika systému psychiatrické péče v České republice irelevantní a nelze je tedy objektivně v českém kontextu zhodnotit (CRPDZ, 2016). Metodika CDZ je navíc postavena na kombinaci ambulantních, terénních, denních a krizových služeb pro osoby s vážným duševním onemocněním. Služby včasné intervence tak představují pouze dílčí, avšak zcela zásadní komponentu z těchto služeb.

V rámci projektu VIZDOM je ovšem plánováno vytvoření standardizované služby včasných intervencí poskytovaných multidisciplinárními terénními týmy specificky pro český kontext, a to na základě nejlepších zahraničních zkušeností. Tím je zaručeno, že služby včasných intervencí budou efektivně navázány jak na již existující (psychiatrické ambulance apod.), tak na v kontextu reformy psychiatrické péče nově vznikající služby, zejména CDZ. Výcvik pro práci ED a EI týmů, který bude v rámci projektu VIZDOM vytvořen a testován, rovněž podpoří fidelitu nově zaváděných ED a EI služeb v ČR a tím i možnost na důkazech založeného rozhodování pro plánování psychiatrické péče.

## Budoucnost ED a EI v kontextu CDZ

Metodika časných intervencí v multidisciplinárních terénních týmech (CRPDZ, 2017) byla Českou psychiatrickou společností doporučena jako „jedn[a] ze součástí pracovních postupů vznikajících center duševního zdraví“ (str. 1). Aby se služby včasné detekce a včasné intervence mohly stát funkční a plnohodnotnou komponentou CDZ, je třeba přístup včasných intervencí nejprve samostatně vytvořit, přizpůsobit pracovní postupy kontextu České republiky a také otestovat efektivitu. Součástí testování bude i vhodný organizační model, který propojí CDZ a služby včasné intervence.



# Shrnutí

Navzdory evidenci o efektivitě včasných intervencí, tento typ služby v Česku stále chybí. Specializované programy včasné detekce a včasné intervence v českém prostředí nebyly ani nikdy pilotně zaváděny. Jistou práci v tomto ohledu vykonávají multidisciplinární týmy v komunitní péči – asertivní komunitní týmy, případně flexibilní asertivní komunitní týmy (Flexible Assertive Community Treatment, FACT). Mezi organizace, které podobné služby poskytují v českém prostředí, patří například Fokus Mladá Boleslav, Fokus Praha, Sdružení Práh nebo PDZ (Péče o duševní zdraví). Tito poskytovatelé však nemají specifický výcvik pro práci s populací ohroženou rozvojem vážného duševního onemocnění a s populací v první fázi váženého duševního onemocnění a pečují především o lidi s chronickým duševním onemocněním, kteří tvoří v závislosti na dané organizaci 80 až 95 % veškeré klientely těchto služeb. Na rozdíl od programů včasné intervence nejsou stávající služby komunitních týmů časově určeny, nejsou vždy plně navázány na reintegrační služby (služby podporovaného zaměstnávání apod.) a nejsou dostatečně navázány na primární péči (zejména role praktických lékařů je pro včasnou detekci vážných duševních onemocnění klíčová).

Hlavními limity rozvoje služeb včasné detekce a včasné intervence v ČR tedy je neexistence specifického výcviku pro práci s lidmi v rané fázi vážného duševního onemocnění a absence jakýchkoliv specializovaných služeb pro tuto cílovou skupinu. Samostatným problémem je dlouhodobá podfinancovanost a „zakonzervovanost“ psychiatrické péče v České republice. Pouze velmi obtížně jsou prosazovány na důkazech založené postupy a intervence a většina psychiatrické péče je nadále poskytována velkými psychiatrickými nemocnicemi a pouze pozvolně je přesouvána do komunit. Přitom výsledky studie realizované Národním ústavem duševního zdraví ve spolupráci s London School of Economics, European Brain Council a European Psychiatric Association, v rámci které byly modelovány ekonomické dopady vlivu zavedení služeb včasné detekce a včasné intervence v České republice, jasně ukazují na očekávanou nákladovou efektivitu v případě zavedení služeb včasné detekce a včasné intervence v ČR (Winkler, Broulíková, et al., v tisku). Dalším problémem je také nedostatečné vzdělání odborníků (především pracovníků primární péče) a nedostatek informací pro veřejnost o problematice duševních onemocnění. V české populaci je vysoká rezistence v ochotě vyhledávat v případě psychiatrických obtíží odbornou psychiatrickou pomoc, jelikož psychiatrická péče je v porovnání s jinými zeměmi silně stigmatizovaná.



# Reference

- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350-356.
- CRPDZ. (2016). *Fact Fidelity Scale*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/CMHCD/files/09/095cf469-8614-4a28-95bd-c427ae3b128a.pdf> [staženo 12.1.2018].
- CRPDZ. (2017). *Metodika časných intervencí v multidisciplinárních týmech*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- De Hert, M., Dekker, J., Wood, D., Kahl, K., Holt, R., & Möller, H.-J. (2009). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European psychiatry*, 24(6), 412-424.
- Evensen, S., Wisløff, T., Lystad, J. U., Bull, H., Ueland, T., & Falkum, E. (2015). Prevalence, employment rate, and cost of schizophrenia in a high-income welfare society: a population-based study using comprehensive health and welfare registers. *Schizophrenia Bulletin*, 42(2), 476-483.
- Garety, P. A., Craig, T. K., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., Rahaman, N., . . . Power, P. (2006). Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188(1), 37-45.
- Johannessen, J. O., McGlashan, T. H., Larsen, T. K., Horneland, M., Joa, I., Mardal, S., . . . Opjordsmoen, S. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia research*, 51(1), 39-46.
- Kašpárek, M. T. (2009). Predikce průběhu léčby schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 5.
- Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 279-293.
- Lloyd-Evans, B., Crosby, M., Stockton, S., Pilling, S., Hobbs, L., Hinton, M., & Johnson, S. (2011). Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 198(4), 256-263.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 975-983.
- MPSV. (2018). *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Retrieved from Praha:



- Neil, A. L., Carr, V. J., Mihalopoulos, C., Mackinnon, A., & Morgan, V. A. (2014). Costs of psychosis in 2010: Findings from the second Australian National Survey of Psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2), 169-182.
- Newcomer, J. W. (2006). Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 67, 25-30; discussion 36-42.
- NICE. (2016). Implementing the early intervention in psychosis access and waiting time standard: Guidance. National Institute for Health and Care Excellence London.
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1785-1804.
- Rössler, W., Salize, H. J., van Os, J., & Riecher-Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399-409.
- ÚZIS. (2014). Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2013. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-ambulantnich-psychiatrickych-zarizeni-roce-2013> [staženo 11. 6. 2018].
- ÚZIS. (2016). *Psychiatrická péče*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.
- Vuksan-Ćusa, B., Marčinko, D., Šagud, M., & Jakovljević, M. (2009). The comorbidity of bipolar disorder and cardiovascular diseases from pharmacotherapy perspective. *Psychiatria Danubina*, 21(3), 382-385.
- Winkler, P., Barrett, B., McCrone, P., Csémy, L., Janousková, M., & Höschl, C. (2016). Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 421-428.
- Winkler, P., Broulíková, H. M., Kondratova, L., Knapp, M., Arteel, P., Boyer, P., . . . Gaebel, W. (v tisku). Value of Schizophrenia Treatment II: Decision modelling for developing Early Detection and Early Intervention services in the Czech Republic *European psychiatry*.
- Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Čermáková, P. (v tisku). The CZEch Mental health Study (CZEMS): study rationale, design and methods. *Int J Methods Psychiatr Res*.



# Příloha

## Schéma rozhovoru s poskytovateli služeb

### 1. Služby organizace specificky pro osoby v rané fázi SMI

- Pracujete i s lidmi v rané fázi SMI?
- Jsou vaše služby přímo zaměřené i na osoby v rané fázi SMI?
- Jak vypadá Vaše práce s klienty v rané fázi SMI? Jaké služby poskytujete pro tyto klienty? Jak se tyto služby liší od služeb poskytovaných jiným klientům (například pro klienty, se kterými pracujete delší dobu)?
- Jakou část vašich klientů tvoří lidé v rané fázi SMI? Kolik lidí to je v celkových číslech?
- Setkali se někdy s pojmy včasná detekce & včasná intervence?  
Prompts: přednášky, školení, konference, literatura

### 2. Ostatní služby v regionu + spolupráce

#### a. Zmapování skrze „konkrétní“ případ

- Jak podle vás ve vašem regionu typicky vypadá cesta člověka v rané fázi SMI zdravotními a sociálními službami?
- S jakou službou takový člověk zpravidla naváže první kontakt? S jakými službami může takový člověk dále spolupracovat?  
Prompts: psychiatrické nemocnice, všeobecné nemocnice – různá oddělení, ambulantní psychiatři, praktiční lékaři, krizové služby, školy/školní psychologové, policie, úřady (zaměstnanci veřejné správy), komunity

#### b. Ostatní služby s ohledem na ranou fázi SMI + spolupráce

- S kým běžně spolupracujete a komunikujete, co se týče práce s lidmi v rané fázi SMI?
- Jaká je Vaše spolupráce s těmito službami?

### 3. Vnímané možnosti a úskalí pro rozvoj služeb

- Jaké služby by byly potřebné pro klienty v rané fázi SMI?
- Jak důležité/potřebné je podle Vás rozvíjení služeb pro lidi v rané fázi SMI ve Vašem týmu/organizaci? A v regionu?
- V jaké oblasti vidíte prostor pro rozvíjení služeb pro osoby v rané fázi SMI ve Vašem týmu/organizaci? A v regionu?
- Jaké problémy podle se vás můžou ve vaší organizaci objevit při rozvíjení služeb pro lidi v rané fázi SMI? A v regionu?