



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

NU^DZ
NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Situační analýza české zkušenosti

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



Obsah

| | |
|---|----|
| Obsah..... | 2 |
| Anotace | 3 |
| Úvod | 3 |
| Co jsou včasné intervence? | 4 |
| Současný stav psychiatrické péče v ČR | 4 |
| Cíl situační analýzy | 5 |
| Epidemiologická data | 6 |
| Současná prevalence..... | 6 |
| Incidence vážných duševních onemocnění..... | 6 |
| Kvalitativní analýza rozhovorů s poskytovateli služeb | 11 |
| Metoda | 11 |
| Výsledky..... | 12 |
| Služby včasné intervence v kontextu reformy..... | 26 |
| Cílová skupina a kapacita služby | 26 |
| Specifické vzdělávání..... | 26 |
| Fidelita služby | 27 |
| Budoucnost ED a EI v kontextu CDZ | 27 |
| Shrnutí | 28 |
| Reference | 29 |
| Příloha | 31 |



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.¹

Úvod

Duševní onemocnění představují jeden z hlavních globálních zdravotních problémů. Lidé s duševním onemocněním mají ve srovnání s obecnou populací nižší naději dožití a vyšší riziko rozvinutí dalších fyzických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární onemocnění nebo diabetes (De Hert et al., 2009; Newcomer, 2006; Vuksan-Ćusa, 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 (Kondrátová et al., v tisku). Vážná duševní onemocnění také souvisejí s vysokou společenskou zátěží, která zahrnuje náklady na ambulanci 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).

¹ Za závažná duševní onemocnění (severe mental illnesses – SMI) zde v souladu se zahraniční literaturou považujeme diagnózy F20–F29 (s výjimkou indikované poruchy s bludy – F24), manické fáze (F30), bipolární afektivní poruchy (F31) a těžké depresivní fáze (F32.2, F32.3, F33.3).



Co jsou včasné intervence?

Programy včasné detekce a včasné intervence se soustředí na lidi s vysokým rizikem rozvoje závažného duševního onemocnění 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 podle 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 závažné duševní onemocnění 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 služba 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 neinstitucionalizovanou 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 celoživotní prevalence symptomů psychotických onemocnění je 3,3 %. Podle zahraničních studií se současná míra prevalence psychotických onemocnění v obecné populaci pohybuje kolem 1 % (Phillips et al., 2009). Symptomy vážné deprese pak aktuálně vykazují 4 % populace. Z analýzy dále vyplývá, že 55 % respondentů, u kterých bylo vyhodnoceno někdy v životě psychotické onemocnění, nedostává žádnou odbornou pomoc. Obdobně u velké depresivní epizody šlo o 48 % a u manické fáze o 43 % (Winkler, Formánek, Mladá, & Čermáková, 2018).

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

Podle údajů z roku 2013 bylo průměrně diagnostikováno 49 nových případů schizofrenie (F20–F29) na 100 tisíc obyvatel odpovídající spádové oblasti 1 centra duševního zdraví (ÚZIS, 2014). Analýza ukazuje na nejvyšší míru incidence diagnóz F20–F29 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 5238, 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, str. 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, jejíž cílem je mimo jiné



právě hospitalizacím předcházet, jsme se v následující analýze zaměřili na data z Národního registru hospitalizovaných (NRHOSP), který je součástí Národního zdravotnického informačního systému spravovaného Ústavem 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 do 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). Povaha individuálních registrových dat umožňuje analýzu na úrovni podrobnější diagnózy, než je tomu u dat z ambulantní péče.

Do analýzy jsme dále zahrnuli pokusy o sebevraždy (X60–X84) s ohledem na to, že se jedná o osoby nacházející se 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) hospitalizovány 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 20 letech (a byli z této první hospitalizace propuštěni v letech 2014–2016). Nejčastějším 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 |

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 |
| Celkem | 1 020 | 100,0 | | 556 | 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 |
| Kraj 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 | |
| Celkem | 1 020 | 100,0 | | 556 | 100,0 | |



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.

| 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 | 81,9 |
| 30–34 let | 129 | 14,4 | 96,3 |
| 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 dané 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 přítomní 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.

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 kritériím. Celkem bylo realizováno 28 rozhovorů. Vzorek realizovaných rozhovorů s poskytovateli komunitních služeb pokrývá všech 14 krajů České republiky.

Potenciální respondenti byli osloveni prostřednictvím e-mailu, případně byly rozhovory domluveny telefonicky.

Naprostá většina rozhovorů (26 z 28) proběhla face-to-face formou, dva proběhly telefonicky. Sběr dat probíhal v průběhu května a na začátku června 2018. Průměrná délka rozhovoru byla 50 minut.

Výsledky

Struktura cílových skupin

Lidé se závažnými duševními onemocněními jsou hlavní cílovou skupinou všech zastoupených organizací, jedná se však převážně o dlouhodobé klienty v následné péči. Do služeb mnoha organizací se však dostávají i lidé v raných fázích duševních onemocnění, tedy po první atace nebo v prodromálních stadiích, ačkoli nejde o primární cílovou skupinu.

Žádná z organizací nemá vypracovanou statistiku klientů podle fáze onemocnění, kdy se dostali do služeb. Odhadem však tvoří souhrnně skupina klientů po první atace a v prodromálních fázích onemocnění 5–20 % 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 zanedbatelnou část klientů těchto služeb.

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



Cesta klienta do služeb

„Prvokontakt“

Na základě zkušeností poskytovatelů služeb lze shrnout typickou cestu člověka, který se začne potýkat s rozvíjejícím se duševním onemocněním. Kontakt mladého člověka s nějakou formou pomoci zpravidla probíhá pozdě, až když jsou projevy psychózy naplno rozvinuté. Ačkoli poskytovatelé nemají systematická data o tom, jak dlouho může trvat **doba neléčené psychózy**, zmiňují, že detekce není dost včasná, ke kontaktu klienta se službami dochází pozdě a doba neléčené psychózy je tak dlouhá:

„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)

Pozdní detekce má nejčastěji v zásadě dvě hlavní příčiny: První je to, že duševní onemocnění je spojeno se společenským **stigmatem**, blízcí (nejčastěji rodiče) často z tohoto důvodu nechtějí vyhledat odbornou pomoc. Podobně jsou i existující služby vnímané jako stigmatizující. Někteří poskytovatelé zmiňují, že mají dobrou zkušenost se službami, které stigmatizační tolik nejsou – například s krizovou pomocí, která má širší cílovou skupinu:

„Ty lidi, když se o nás dozví, tak přijdou, ale myslím, že se toho hodně lidí obává, jak se tady znaj. Jako my teda teď auto máme už bez nálepek, když máme auto s modrýma nálepkama, tak to není dobrý. Ty druhý už máme bez. Myslím si, že ty lidi se pak obávají, že sousedi uvidí, že k nim někdo chodí.“ (R11)

Druhou bariérou k cestě do služeb může být i **malá edukovanost** okolí mladého člověka o duševních onemocněních. Respondenti opakovaně uváděli, že rodiny, učitelé, psychologové nebo výchovní poradci 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“:

„To duševní onemocnění není vidět, respektive když je vidět, tak je to onemocnění v plný palbě, že jo. Kdežto ty časné příznaky zvlášť u mladistvých, to okolí to vnímá, že jsou jako v pubertě, tak kdo z nás jako nedivočel, ale pak už to dobrý není a to už je pozdě.“ (R2)

Zde někteří poskytovatelé zmiňovali i praktické lékaře, kteří mohou být prvním kontaktem, zejména pokud se u člověka projevují závažnější příznaky. Často však nejsou



informováni o organizacích v regionu a o způsobech jejich práce nebo o nich mají zkreslené představy. Praktičtí lékaři tak podle respondentů častěji doporučují psychiatra či zprostředkovávají kontakt na něj, než by odkázali na služby komunitního typu. Nejčastěji ale podle zkušeností poskytovatelů přerostou potíže do krize či první ataky. Odborné pomoci se tak člověku v rané fázi závažného duševního onemocnění dostane až v rámci hospitalizace v psychiatrické nemocnici nebo na psychiatrickém oddělení nemocnice.

Kontakt s komunitní službou

Přímo do služeb komunitních organizací se klienti v raných fázích duševních onemocnění dostávají několika cestami. Nejčastěji komunitní službu kontaktují nemocnice, blízcí klienta, v menší míře pak úřady nebo jiné služby v regionu.

Nejčastějším způsobem je kontakt prostřednictvím **lůžkových zdravotnických zařízení** – psychiatrických nemocnic a psychiatrických oddělení nemocnic. Většina poskytovatelů komunitních služeb pravidelně navštěvuje tyto nemocnice a spolupracuje s nimi na zajištění návaznosti služeb pro pacienty, kterým byla ukončena hospitalizace. Jde tedy o klienty po první atace psychózy, která vedla k jejich hospitalizaci a navázání na komunitní služby probíhá v rámci hospitalizace a po ní.

Plynulost této spolupráce záleží na postoji konkrétních lékařů k sociálním službám (kterou hodnotí poskytovatelé jako obecně dobrou, ale objevují se zde i výjimky, kdy jsou lékaři k sociálním službám nedůvěřiví). Dále záleží i na blízkosti a dostupnosti „spádového“, respektive nejbližšího zdravotnického zařízení. Někteří poskytovatelé zmiňují obtíže v kontaktování kvůli velké vzdálenosti psychiatrické nemocnice, jiní hovoří o dobré spolupráci, například speciálně s dětskou psychiatrickou nemocnicí.

Dále jsou kontaktem do sociálních služeb přímo **blízcí** (zpravidla rodiče) klienta, i přes to, že jsou zde určité překážky (stigma, malá informovanost). Nepřítomnost stigmatu spojeného se službou a obecná znalost služeb jsou klíčovými prvky pro to, aby se rodina ozvala co nejdříve.

Poskytovatelé zmiňují ještě vesměs dobrou 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). 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 spolupráci, zároveň jde o aktéry, u kterých by mělo smysl spolupráci v oblasti včasné detekce rozvíjet.



Celkově vzato, nejběžnější 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, u klientů před první atakou kontaktuje služby nejčastěji rodina:

„První varianta je hospitalizace. (...) To funguje tak, že nějakou dobu trvá, než se to vyvine v průšvih, kdy to rodina, nechci říct maskuje, ale že to hází na dospívání a problémy s drogami, nebo nevím, neřeší se to. Pak to vygraduje, pak se to hodně tutlá. Mám zkušenost, že rodiny hodně tutlaj, dokavad je to únosný, pro tu rodinu jako pečující osoby. Takže nechtějí, aby se to o tom vědělo. Jsme na malém městě a tady se to hodně řeší.“ (R20)

Specifika práce s klienty v raných fázích vážného duševního onemocnění.

Poskytovatelé sociální služeb nemají žádné zvláštní metodiky ani ustálené způsoby práce pro práci s lidmi v raných fázích závažných duševních onemocnění:

„My neřešíme, jestli je to klient v rané fázi, ale když přijde, tak my reagujeme podle toho, co on potřebuje.“ (R27)

Poskytovatelé uváděli, že se práce s klienty v raných fázích závažného duševního onemocnění odvíjí od jejich **potřeb**. Mezi potřeby, které se objevují napříč rozhovory, spadá především: podpora při nacházení náhledu na onemocnění, edukace klienta i rodiny, podpora v oblastech bydlení, vzdělání, zaměstnání a v celkové orientaci v systému sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním.

„Nemáme nějakou speciální metodiku nebo přístup, jdeme nějakým individuálním přístupem, co ten člověk zrovna potřebuje, a protože většinou jsou to lidi mezi 20–25 lety, tak tam hodně řešíme to, že to je ta první zkušenost, pro toho člověka i pro tu rodinu, takže se hodně jako bavíme o tomhle a jde tam o nějaký učení se a zjišťování, jak předejít nějaký další atace, a je to takový to první ohmatávání terénu, týhle problematiky, často co jako si vybavuju, se hodně řeší i studium, jestli dál pokračovat nebo ne“ (R10)

Respondenti tedy často uváděli, že ke klientům v raných fázích přistupují podobně jako k ostatním klientům s ohledem na jejich potřeby. 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 je klíčové zejména na začátku spolupráce:

„Říkáme ‚Dobrý den, my jsme slyšeli, že chcete najít zaměstnání a my jsme tady, abychom vám pomohli.‘ Takže řešíme ty věci, i když se zdají



být nereálný. A možná v té chvíli jsou nereálný, ale ten klient nám začne věřit a po nějaký době se dostaneme k řešení těch hlavních problémů a k tomu zdravotnímu stavu a tak.“ (R14)

„Hlavně se snažíme pro ně hledat, co je pro ně motivační, co jim dává smysl, co pro ně má nějakou hodnotu (...) Nedá se to prostě zobecnit. Záleží na tom, co ten člověk jako chce, co žije, co je pro něj důležité, nedá se to podle mě zobecnit. A dokonce si myslím, že to je správně.“ (R19)

Náhled a edukace

Práce se často zaměřuje na podporu klienta v **získávání náhledu** 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, nebo naopak propadnou beznaději. Jedním z důležitých prvků práce je právě snaha posílit náhled klienta na duševní onemocnění a přijetí onemocnění.

V případech, kdy klienti v důsledku nemoci zažívají beznaděj, 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. Kromě toho může peer účinně působit v osvětových programech a informačních kampaních například na školách:

„Klienti říkají, že je pro ně důležitý slyšet někoho s tím příběhem, který by o tom otevřeně mluvil. Myslím, že pro tu včasnou detekci a pro tu perspektivu.“ (R15)

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, přijmout identitu duševně nemocného.

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

Edukace zde není zaměřená jen na klienta samotného, důležitou roli hraje **edukace rodičů** (u kterých mladí lidé v raných fázích duševního onemocnění často bydlí) nebo jiných blízkých, pro které je duševní onemocnění také úplně nová situace. Zde je lepší zkušenost s individuální formou edukace, které umožní lépe zacílit obsah edukace podle potřeb. Kromě toho bývá navštěvování edukačních skupin spojeno se stigma-tem, zejména na malých městech. 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. Možnost jak individuální, tak skupinové edukace blízkých se ukazovala jako nevhodnější možnost:

„Je to malý město, jako aby se profláklo, že já chodím do [organizace] a někdo z mé rodiny má nějaký problém s duševním onemocněním a aby takovej ten strach z toho, že když to vlastně řeknu před dalšíma sedmi lidma, že se ty informace dostanou ven.“ (R14)

Práce s okruhem blízkých klienta (tedy nejčastěji rodičů) byla podle některých důležitá zvláště v situacích, kdy službu zkontaktuje rodina a zpočátku pracovníci služby pracují s rodinou klienta, která zůstává jako vazba na klienta samotného:

„Naším klientem může být i pouze neformální pečovatel, což se stává často u těch klientů, kde dochází právě k té první atace nebo k tomu, že ten mladej člověk nechce přijmout to onemocnění.“ (R14)

Podpora v praktických oblastech – navázání na ambulantního psychiatra, vzdělání, zaměstnání, bydlení

Zaměření na praktické obtíže může pomoci navázání vztahu s klientem. 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 značně lišit. Většina poskytovatelů komunitních služeb nemá psychiatra přímo v týmu, navázání na (ne)vhodného psychiatra tak může mít velký vliv na celkovou spolupráci s klientem.

Vzhledem k tomu, že lidé v raných fázích závažných duševních onemocnění 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 nich záleží na konkrétních školách, učitelích a ředitelích.

Podpora zaměstnání tolik zmiňována nebyla (nejspíš právě s ohledem na tyto biografie lidí v raných fázích vážného duševního onemocnění), 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 orientaci v systému péče**. Tento aspekt bývá 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 zapojeni. Respondenti zmiňovali, že jsou často pro klienta „průvodci systémem“:



„Nabízíme to, že jsme tady od toho, přišel jste o bydlení, přišel jste o práci, tak jsme tady od toho vyjednat vám dávky, zaregistrovat se na pracáku, vlastně jsme průvodci nějakým systémem (...) my jsme jeden z mála kontaktů, který maj, takže i nějakej spojenec nebo jak to nazvat.“ (R2)

Nicméně zde respondenti velmi často zdůrazňovali to, že u klientů v raných fázích nevidí jako prospěšné zapojovat je do služeb, jako jsou například chráněná pracovní místa nebo chráněné bydlení. Důvodem je to, že pro klienty v raných fázích je 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.

„A víc u těch jako hodně mladejch lidí, tak se je snažíme nezapojit do společenství lidí, který dlouhodobě mají duševní nemoc, neposíláme je do sociálně terapeutický dílny, často i kvůli tomu, aby ideálně zůstali v místě, kde jsou, zvládali vlastně práci, zůstalo jim bydlení a se plně neidentifikovali se skupinou lidí dlouhodobě duševně nemocnej, že to nemusí bejt úplně užitečný.“ (R3)

Ve většině rozhovorů byli k těmto aspektům poskytovatelé velmi pozorní, zmiňovali nutnost nestigmatizovat klienty zapojením do služeb a v jedné organizaci dokonce mají zavedeno časové omezení pro chráněná pracovní místa pouze na pár měsíců. Podobně chráněné bydlení či svépomocné skupiny poskytovatelé vnímali jako zaměřené spíše pro klienty s dlouhodobými obtížemi:

„Naše zkušenost je taková a vlastně tomu úplně rozumím, proč to tak mají, že nechtějí mít se službami nic společného. Protože prostě oni nejsou nemocní a nechtějí mít ten život devastovaný nemocí ani nechtějí přijmout tu nabídku, která se jim dává nebo otevírá. A úplně tomu rozumím, proč to tak je.“ (R19)

Další témata

Zvláštní oblastní je pak práce s **motivací** klienta. Osoby 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:

„A ty lidi jako často nechtěj, možná ta rodina je jedinej způsob, jak se k nim dostat

Tazatel: Jako že nejdříve začnete pracovat s tou rodinou a pak se začínáte dostávat k tomu klientovi?

Jo, snažíme se. Občas jsme v tom hodně asertivní.“ (R27)



Podle některých poskytovatelů je práce s klienty v raných fázích intenzivnější, schůzky jsou častější a snaha o kontakt je rychlejší, což ale může mnohdy narážet na nedostatečné kapacity služeb:

„Ted' je ten trend teda u nás jako zapojit co nejrychleji zpátky (...) Má ho na starosti klíčový pracovník, ale fakt tam pracuje celý tým, aby ty kontakty byly co nejintenzivnější a aby se vlastně událo co nejvíce věcí v co nejkratší době.“ (R20)

Někteří poskytovatelé dále zmiňovali, že práce s klienty v raných fázích pro ně jakožto pracovníky zahrnuje více naděje vyplývající z lepší prognózy klientů:

„Dá se s nima plánovat, dá se dohodnout na spoustu věcí, dá se bavit o studiu o práci. Člověk, co byl 15 let v Bohnicích, tak už je to komplikovanější. Ale to je spíš ulehčení pro nás, ale myslím si, že i pro kolegy je to hodně pozitivní tahle práce. Dostaví se rychlejší výsledky.“ (R28)

„Pokud jsou to ti mladí, tak mají větší tendenci třeba naskočit do vzdělávání nebo do práce, ještě tam není takové to vymizení všech návyků, takže snáz se vrátíme k režimu a socializaci.“ (R12)

Regionální spolupráce a zasíťování

Lékařské služby

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:

„Ano, makáme na tom. Všude jsou schůzky, u lékařů, praktiků, psychiatrů, úřadech, starostů obcí, ve školách asi ne, ale kde se dá, tak se snažíme vloudit, vysvětlujeme a vysvětlujeme. Vlastně i nabízíme těm organizacím nebo těm jiným složkám, že vlastně i my můžeme být pro ně nějaká úleva nebo pomoc. Jako už se to daří.“ (R20)

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 informovaní, 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 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, jak už je uvedeno výše. Spolupráce na konkrétních případech klientů se různí, někteří poskytovatelé hovoří obecně o dobré spolupráci, jiní o horší, 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. Sociální pracovníci nejsou někdy pro zdravotníky respektovanými partnery, což ztěžuje komunikaci a spolupráci mezi jednotlivými složkami. Klíčové je to, že psychiatři mají předchozí zkušenost se spoluprací s komunitním týmem, a proto tedy mají lepší představu o tom, co tým dělá:

„Osvědčil se osobní přístup k věci. Dojít osobně, řekněme do té léčebny, a pohovořit o té službě jako takové. Odpovídat na jejich dotazy. Být u té propagace osobně přítomni.“ (R6)

„Já bych viděla jako možnost rozvíjení větší práce s ambulantama, větší práce s psychiatry, souvisí to s nějakou edukativně osvětovou aktivitou vůči těm psychiatrům, protože oni leckdy ty sociální služby vnímají, jakože ,tam to pošleme, vyřídí jim důchod, tím končí jejich kompetence, protože jenom my jsme zdravotníci.“ (R24)

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:

„Tam jako máme v týmu vlastně i pracovníky z toho psychiatrického oddělení na dohodu, máme v týmu primářku a plus psychiatrickou sestru a s doktorem máme společný porady, takže když je tam hospitalizovaný nějaký klient a má třeba po první atace nebo to jako není úplně jasné, co se s ním děje, tak my se potom na něj navážeme a pracujeme s ním.“ (R14)

„V případě, že to bude vyznat se v nemoci, mohu nabídnout sestru, v případě, že to bude nebrat tyto léky, což je často, nechci brát tyto léky, mohu nabídnout kontakt s psychiatrem, který jim sice nezajistí to, že nebudou brát ty léky, ale bude s nimi o tom mluvit nějak partnersky.“ (R19)

U **praktických lékařů** zpravidla spolupráce nefunguje příliš dobře, bylo by přínosné ji rozvíjet. Poskytovatelé se vesměs snaží zvyšovat povědomí mezi lékaři prostřednictvím osobních schůzek, letáků nebo na menších městech díky osobním kontaktům.



Větší spolupráce (například ve formě pravidelných schůzek) se 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 zaštiťené například skrze komunitní plánování často praktičtí lékaři vůbec nechodí:

„S praktikama je to docela komplikovaný, protože vlastně my se s nima snažíme spolupracovat, oni říkají, že chtějí, ale nemaj na to moc čas. My jsme měli vystoupení pro 150 praktickéjch lékařů, když měli nějakou svoji konferenci, a tam jsem získal třeba kontakty, my jsme ty lidi obešli a pak z toho nic nebylo. Takže je to tak, že my se snažíme spolupracovat, ale oni ještě nechápu ten svůj význam v rámci té péče.“ (R15)

„V loňském roce to bylo na krajském úřadě (...) setkání poskytovatelů sociálních služeb plus zdravotníků. A tam teda dorazilo málo těch lékařů. Pořád volají po tom, že nemají ty informace, ale když jim něco nabídnete, tak jich tam úplně nedošlo.“ (R13)

Poskytovatelé by ocenili větší edukaci praktických lékařů, spolupráci by podle nich pomohlo právě důkladnější informování o službách a edukace o duševních onemocněních, často na to osobní oslovování poskytovatelé nemají časové kapacity:

„Určitě mi přijde fajn to oslovování dalších organizací a lékařů a opravdu tam jít s těma letákama. Protože když se jim to pošle mailem, ať si to vytisknou a dají to někam do čekárny, tak to nikdo neudělá.“ (R11)

Mezi školami a poskytovateli komunitní péče často funguje spolupráce vytvořená na základě informačních kampaní a programů, často v rámci projektu „Blázníš? No a!“. Zpravidla jde u škol spíše o osvětové a destigmatizační aktivity, po kterých je na některých školách poptávka. Tyto programy můžou 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 jisté rezervy. Větší edukovanost může velmi pomoci především v oblasti rané detekce, případně i pro vytváření individuálních studijních plánů. Pro spolupráci jsou často důležité postoje konkrétních ředitelů a učitelů.

Úřady a jiné služby

Dalším zmiňovaným aktérem jsou zástupci úřadů (např. orgány sociálně-právní ochrany dětí – OSPOD, sociální odbory) či starostové malých obcí. Hrají roli zpravidla 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 vyrazí ke krizovým situacím. Navazování kontaktů s těmito aktéry probíhá skrze komu-



nitní plánování sociálních služeb, se kterým mají poskytovatelé zpravidla dobrou zkušenost, případně přes osobní kontakty (zejména v menších městech). Poskytovatelé by ale ocenili větší informovanost a edukovanost těchto složek:

„Já jsem v oboru 20 let a v regionu, tak můj ksicht tam každý zná dobře. Takže na osobní rovině, pak na nějaký profesionální rovině, že ty služby představujeme, prezentace na obcích a hlavně je zveme na ty naše aktivity. A jeden z těch lidí chodí pravidelně a pak jako informuje dál na té své úrovni. Ale řeší to s náma jen ti, co mají zájem. (...) Vznikl regionální tým, abychom se tam potkávali jako ze státní správy nebo samosprávy, a díky tomu se to rozšiřuje, když si ti regionální pracovníci volají: ‚No jo, když my chodíme na ten regionální tým.‘ Takže nějak se je snažíme zachytit v síti.“ (R1)

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, ke které se klient dostane, když se psychotické příznaky rozvíjejí v souvislosti s užíváním návykových látek. Mladí lidé v raných fázích duševního onemocnění 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.

Síťování s dalšími aktéry je tedy klíčové zejména pro včasnou detekci lidí v raných fázích závažných duševních onemocnění, kde můžou hrát důležitější roli zejména školy a praktičtí lékaři. Spolupráce s psychiatry a zdravotními zařízeními je důležitá především proto, že komunitní služby nemohou poskytovat zdravotnické služby. Nicméně v zasíťování jsou mnohdy mezery, které jsou dané především malou informovaností mezi dalšími aktéry a tím, že služby nemají kapacity se více věnovat informování o službách a síťování.

Cesty rozvoje služeb a vnímané bariéry

Personální kapacity

Na základě rozhovorů můžeme identifikovat několik oblastí, které by pomohly rozvoji služeb pro lidi v raných fázích vážného duševního onemocnění. Nejčastěji se zde objevovaly personální kapacity. Služby často mají naplněné kapacity a nemůžou proto tolik flexibilně reagovat na nové klienty v raných fázích a intenzivněji se jim věnovat.

To souviselo s možnostmi rozvoje v šíři poskytovaných služeb, kde se jako důležité objevovalo rozšíření služeb o terapeutickou podporu, práci s duálními diagnózami a nepřetržitou krizovou službu. Dále by rozvoji služeb pomohlo rozšíření týmů o zdravotní sestry a psychiatry a tedy rozšíření služeb o zdravotní péči.



Kromě toho nemají komunitní služby dostatečné kapacity na nepřímou práci v oblasti síťování a šíření povědomí mezi odbornou i širší veřejností.

Povědomí o duševních onemocněních a dostupných službách

Jako důležité vnímali poskytovatelé šíření povědomí o duševních onemocněních a o službách, které poskytují, a to jak u odborníků, tak u širší veřejnosti. U veřejnosti šlo o obecnou znalost témat duševního zdraví a služeb, která podle některých poskytovatelů dobře funguje například prostřednictvím kulturních akcí nebo sociálních podniků, kde pracují lidé se zkušeností s duševním onemocněním.

Povědomí u odborníků se ukazuje jako největší bariéra, zejména nedostatečná znalost dostupných služeb a problematiky duševních onemocnění u pracovníků ve školství (u školních psychologů, výchovných poradců, případně pedagogicko-psychologických poraden) a u praktických lékařů. Větší osvěta by mohla napomoci hlavně včasější detekci:

„Já si myslím, že by fakt pomohla nějaká systémová práce se SŠ a VŠ, aby ta primární prevence duševního zdraví se stala stejně normální jako primární prevence drog.“ (R15)

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:

„Máme nějaký nápad, ale chybí kapacita, jakože můžeme chodit ordinaci po ordinaci, mít nějaké letáky, ale to je hrozně náročný časově, jakože bych potřeboval na nějaký měsíc úvazek někoho, kdo se tomu bude věnovat.“ (R1)

Objevoval se ale i názor, že by tuto osvětu měl dělat někdo jiný, s větší autoritou. Sociální služby nemají potřebný respekt u zdravotníků, respondenti navrhovali, že větší dopad by měla edukace, kterou by zdravotníkům poskytovali zdravotníci. Jako dobrá praxe se může ukazovat záštita úřadů:

„My máme takovou dohodu s [městským úřadem], že zašle letáčky se službama přímo všem praktickým lékařům, s tím, že to mají z té strany toho města, a tak to berou víc, než když by tam přišel nějaký člověk, jako třeba já, a nutil by jim tam nějaké letáčky.“ (R28)

„My jsme zkoušeli všechno možné. Zkoušeli jsme oslovovat ty školy samotný, pak samozřejmě je dobrý, když za tím někdo stojí, takže jsme šli za místostarostou.“ (R14)



„Bysme ještě potrebovali, aby někdo s nima mluvil jinej, abychom to nebyli jenom my, ale aby tam byl někdo, kdo řekne: fakt je to důležitý, soustředte se na to, dělejte nějakou detekci nebo depistáž.“ (R15)

Stigma

Tématem byla v rozhovorech i stigmatizace, která brání především tomu, aby klienti (popřípadě jejich blízcí) vyhledali odbornou pomoc včas. Destigmatizace jako nutnost pro rozvoj péče se objevovala ve dvou tématech, jednak jako celková informovanost a proměna postojů ve společnosti ohledně duševního zdraví a duševních onemocnění. Kromě toho pomáhá to, že je samotná služba nestigmatizující. Dobrou praxí například je, když schůzky 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 obecná krizová pomoc:

„Doktor je schopný dojít na to oddělení za tím člověkem, nevzít si na sebe ty bílé hadry, ale nějaké běžné oblečení, a prostě tam normálně dojít, podat mu ruku, a říct, kdo je. To jsou prostě věci, které už teď umíme jako multidisciplinární tým, které děláme.“ (R19)

„Nabídnout těm lidem to, že my přijedem za váma nebo se někde sejdeme, vy nemusíte za náma a nemusíte se nijak doprošovat a jednak se hrozit toho, že půjdu do nějaký ordinace a ještě mě tam někdo uvidí, to když se sejdou prostě s někým na kafi, tak co bych nemoh, nebo za váma přijedou domů, jeden dva lidi, tak jako co je. Nesmí přijet v bílejch pláštích samozřejmě, to je jako blbý, nebo s nějakým šíleným popiskem na autě. Ale jinak jako, myslím, že tohle je cesta rozhodně.“ (R2)

Výše zmíněné bariéry a možnosti rozvoje můžeme vnímat jako vzájemně provázané. Respondenti uváděli, že nedostatečné kapacity jim brání věnovat se více nepřímé práci, tedy síťování a šíření povědomí o duševních onemocněních a dostupných službách, případně práci na destigmatizaci duševních onemocnění.

Další vnímané bariéry

Bariérou jsou legislativní překážky, které brání vhodnější péči o lidi v raných fázích vážného duševního onemocnění. Jde především o věkovou hranici 18 let, která brání celkově většímu zaměření na rané fáze nemoci a například i intenzivnější spolupráci se školami:

„Na našich letácích, propagačních, máme uvedenou hranici od osmnácti let výše. Ti lidé možná rovnou naznají, že to pro ně není.“ (R9)



Dále se objevovalo i to, že služby můžou legálně pracovat jenom s lidmi, kteří mají přidělenou diagnózu, což je u lidí v raných fázích mnohdy obtížné a brzké přidělení diagnózy může být stigmatizující:

„Oni nemají ještě diagnózu, možná ji nikdy mít nebudou. Možná aby ji měli, je to zbytečný stigma, a možná i dost zbytečný stigma, aby byli v roli klienta. Tam je taková šedá zóna, z jakýho právního titulu s nima vlastně pracovat.“ (R18)

Spíše zřídka se objevoval zájem o konkrétní techniky nebo způsoby práce, spíše se objevoval názor, že týmy mají potřebné dovednosti a zkušenosti pro práci s lidmi v raných fázích duševních onemocnění. Pokud ano, zmiňován byl přístup Otevřeného dialogu. Poskytovatelé zmiňovali, že tento přístup znají díky tomu, že v českém prostředí existuje povědomí a workshopy zaměřené na tento přístup.



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 jsou 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 rozvoje 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 klientela CDZ, nebude-li toto CDZ mít schopnost poskytovat včasné intervence, bude 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 pacientům zcela jiné potřeby. Například v rané fázi onemocnění je žádoucí zaměřit podporu na prevenci ztráty zaměstnání a na práci s rodinou. 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 plánován jeho vývoj 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 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 „jedna 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 nikdy ani pilotně zavedeny. 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 vážného duševního onemocnění a pečují především o lidi s chronickým duševním onemocněním, kteří tvoří v závislosti na dané organizaci 80–95 % 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 jejímž rámci 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, et al., 2018). 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. doi:10.1192/bjp.bp.109.074526
- 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>> [zkontrolováno 10. 9. 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. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.01.005
- 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. doi:10.1093/schbul/sbv141
- 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. doi:10.1192/bjp.bp.104.007286
- 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. doi:10.1016/S0920-9964(01)00237-7
- Kašpárek, M. T. (2009). Predikce průběhu léčby schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 10(4): 163-166.
- Kondrátová L., Chrtková D., Mladá K., Janoušková M., Štanglová A., Roboch Z. ... & Winkler, P. (v tisku). Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Česká a Slovenská psychiatrie* 114 (4), 577-83.
- 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. doi: 10.1192/bjp.bp.109.075622
- 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. doi:10.1001/archpsyc.62.9.975
- MPSV. (2018). *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Dostupné z <<http://iregistr.mpsv.cz>> [zkontrolováno 10. 9. 2018].
- 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. doi:10.1177/0004867413500352
- Newcomer, J. W. (2006). Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (Supplement 9), 25-30; discussion 36-42.
- NICE. (2016). *Implementing the early intervention in psychosis access and waiting time standard: Guidance*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- 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. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1785
- Phillips, M. R., Zhang, J., Shi, Q., Song, Z., Ding, Z., Pang, S., . . . Wang, Z. (2009). Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in china during 2001-05: An epidemiological survey. *The Lancet*, 373(9680), 2041-2053. doi:10.1016/S0140-6736(09)60660-7
- 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. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.009
- 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>> [zkontrolováno 10. 9. 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., Janoušková, M., & Höschl, C. (2016). Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 421-428. doi:10.1192/bjp.bp.114.161943
- Winkler, P., Broulíková, H. M., Kondrátová, L., Knapp, M., Arteel, P., Boyer, P., ... & Wasserman, D. (2018). Value of schizophrenia treatment II: Decision modelling for developing early detection and early intervention services in the Czech Republic. *European Psychiatry*, 53, 116-122. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.06.008
- Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Čermáková, P. (2018). The CZEch Mental health Study (CZEMS): Study rationale, design, and methods. *International journal of methods in psychiatric research*, 27 (3), e1728. Doi: doi.org/10.1002/mpr.1728



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 jste 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?