



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

NU^DZ
NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

ZÁVĚREČNÁ EVALUAČNÍ ZPRÁVA

Název projektu:
Doba realizace:
Evidenční číslo:
Interní evaluátor:

Včasné intervence u závažných duševních onemocnění v ČR
1. 4. 2018 - 30. 6. 2022
CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009304
Mgr. Ondřej Krupčík (ondrej.krupcik@nudz.cz)

Národní ústav duševního zdraví
Veřejné duševní zdraví
Projekt VIZDOM
Topolová 748
250 67 Klecany
2022



Obsah

1	Manažerské shrnutí	4
2	Cíl, účel a kontext evaluace	5
2.1	Popis projektu.....	5
2.2	Vazba k relevantním strategiím.....	6
2.3	Koordinace s relevantními programy a strategiemi	6
2.4	Specifikace evaluace projektu	7
2.5	Teorie změny projektu	8
2.6	Použité metody	9
3	Procesní část evaluace – hodnocení průběhu realizace	10
3.1	Průběh klíčových aktivit a harmonogram.....	10
3.2	Cílové skupiny.....	12
3.3	Personální situace.....	16
3.4	Rozpočet projektu a čerpání podpory	17
3.5	Vyhodnocení otázek k procesní části evaluace	18
3.6	Souhrn procesní evaluace	23
4	Dopadová část evaluace	24
4.1	Klinické hodnocení	25
4.1.1	Participantí a sběr dat	25
4.1.2	Výsledky.....	27
4.2	Ekonomická část evaluace	32
4.2.1	Rekalkulace jednotkových nákladů	33
4.2.2	Hodnocení efektu vůči nákladům projektu	34
4.3	Šetření fidelity	35
4.3.1	Použitá metoda	35
4.3.2	Sběr dat a analýza.....	36
4.3.3	První kolo hodnocení fidelity.....	36
4.3.4	Druhé kolo hodnocení fidelity	37
4.3.5	Srovnání prvního a druhého kola	39
4.3.6	Souhrn a doporučení z šetření fidelity	39
4.4	Kvalitativní šetření s klienty.....	41
4.4.1	Metodologie	41
4.4.2	Výsledky.....	42
4.4.3	Tematická analýza	42
4.4.4	Průběh spolupráce před pandemií Covid-19.....	42
4.4.5	Hodnocení spolupráce se službou včasné intervence.....	43



4.4.6	Situace klienta před navázáním spolupráce se službou	44
4.4.7	Navázání spolupráce se službou včasné intervence.....	45
4.4.8	Průběh spolupráce během pandemie Covid-19	46
4.4.9	Webová stránka VIZDOM	47
4.5	Kvalitativní šetření se stakeholdery.....	48
4.5.1	Metodologie	48
4.5.2	Výsledky.....	49
4.5.3	Tematická analýza	50
4.5.4	Dohoda o spolupráci s týmy včasné intervence	50
4.5.5	Průběh spolupráce se stakeholdery v přímé péči	51
4.5.6	Dopady služby včasné intervence	53
4.5.7	Informovanost stakeholderů o službě včasné intervence.....	54
4.5.8	Hodnocení péče poskytované týmy včasné intervence	54
4.5.9	Doporučení pro budoucí implementaci služeb včasné intervence	55
4.5.10	Spolupráce s klienty z pohledu stakeholderů.....	56
4.5.11	Informace o projektu VIZDOM online	57
4.5.12	Průběh spolupráce se síťovými kontakty mimo přímou péči.....	57
4.5.13	Diseminace služby	59
5	Vyhodnocení otázek a doporučení z dopadové části evaluace	60
	Souhrn	62
	Použitá literatura	63
	Přílohy	64
	Příloha č. 1. Komponenty z FEPS-FS	64
	Příloha č. 2. Rozdělení komponentů FEPS-FS dle domén.....	65
	Příloha č. 3. Scénář rozhovoru s klienty VIZDOM.....	66
	Příloha č. 4. Rozhovory s klienty – kategorie a frekvence kódů v každé kategorii.....	68
	Příloha č. 5. Rozhovory s klienty – kódovací schéma a frekvence kódů v podkategoriích.....	69
	Příloha č. 6. Scénáře rozhovorů se stakeholdery	71
	Příloha č. 7. Kategorie a frekvence vyskytujících se kódů v každé kategorii.....	74
	Příloha č. 8. Kódovací schéma a frekvence kódů v každé kategorii a podkategorii	75



Seznam použitých zkratk

ARMS	<i>at risk mental state</i>
AQoL	<i>The Assessment of Quality of Life</i>
CAARMS	<i>Comprehensive Assessment of At Risk Mental States</i>
CDZ	centrum duševního zdraví
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
DI	projekt Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné
DO	duševní onemocnění
ED/EI	včasná detekce/včasná intervence
F2	schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy dle MKN-10
FEP	<i>first episode psychosis</i>
FEPS-FS	<i>First Episode Psychosis Services Fidelity Scale</i>
GAF	<i>Global Assessment of Functioning Scale</i>
HoNOS	<i>Health of the Nation Outcome Scales</i>
IS	informovaný souhlas
IZS	integrovaný záchranný systém
MERRPS	Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NUDZ DUP	Vodítka pro odhad doby neléčené psychózy
PANSS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
PQ-B	<i>The Prodromal Questionnaire, Brief Version</i>
SKPS	Soupis klientem přijatých služeb
ÚP	úřad práce
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR



1 Manažerské shrnutí

Procesní evaluace

Klíčové aktivity projektu proběhly podle harmonogramu. Týmy včasné intervence fungovaly stabilně, v průběhu projektu se jim dařilo zajišťovat služby včasné detekce a včasné intervence podle stanovených parametrů. Fungování interního týmu bylo stabilizované, pozice byly obsazeny kvalifikovanými pracovníky. Z pohledu rozpočtu byl projekt realizován dle schválené projektové žádosti a nepotýkal se s žádnými obtížemi, které by ohrožovaly jeho implementaci. Čerpání probíhalo dle schváleného finančního plánu. Projekt byl realizován v souladu se Strategií reformy psychiatrické péče a v návaznosti na Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, probíhala jeho koordinace s dalšími projekty Reformy péče o duševní zdraví.

Dopadová část evaluace

V rámci projektu bylo podpořeno celkem 531 klientů, 302 rodinných příslušníků a 979 síťových kontaktů. Pro dopadovou evaluaci projektu bylo zvoleno několik evaluačních přístupů, základem byla prospektivní kohortová studie založená na opakovaném sběru dat u jednotlivých klientů. Do studie se zapojilo 61 osob s informovaným souhlasem. Klinické šetření bylo doplněno sběrem a vyhodnocením ekonomických dat referujících k nákladové efektivitě. Byla provedena studie fidelity a realizováno několik kvalitativních šetření, kterého se zúčastnili klienti projektu, intervenční týmy i stakeholdeři, respektive síťové/diseminační kontakty.

V průběhu prvních šesti měsíců čerpání služby u klientů došlo k signifikantnímu zlepšení v doménách fungování, problémů souvisejících s duševním zdravím, symptomů nemoci a úbytku hospitalizačních dnů zhruba ve výši 75 %. Během jednoho roku sledování došlo k dalšímu ústupu klinických projevů, přibližně 80% redukcí hospitalizačních dnů a 60% nárůstu odpracovaných hodin. Asi 67 % klientů bylo v případě psychotického onemocnění detekováno do 6 měsíců od prvních jasných projevů nemoci. Z pohledu nákladů se intervence na základě dosavadních zjištění ukázala jako efektivní.



2 Cíl, účel a kontext evaluace

Předmětem této zprávy je průběh evaluace projektu realizovaného Národním ústavem duševního zdraví s názvem „Včasné intervence u závažných duševních onemocnění v ČR“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009304. Cílem je zprostředkovat informace o procesní evaluaci projektu, a zároveň popsat dosavadní postup a plánovaný záměr evaluace dopadu.

2.1 Popis projektu

Východiskem projektu byla absence adekvátních psychiatrických služeb pro osoby v riziku, nebo rané fázi závažného duševního onemocnění a jejich blízké. Podle zjištění, realizovaných před zahájením projektu, systém neodpovídal potřebám osob dané cílové skupiny. Další služby, které jsou postupně zaváděny v rámci probíhající reformy péče o duševní zdraví, se zaměřují na jiné typy služeb. Model tzv. asertivní komunitní péče postavený na základě case managementu (též případového vedení), který je uplatňován zejména v síti center duševního zdraví (CDZ) je určen primárně pro klienty s chronickým vážným duševním onemocněním. Na základě doporučení Psychiatrické společnosti ČLS JEP jsou jedním z preferovaných způsobů práce multidisciplinárních týmů CDZ tzv. služby včasné intervence (Early Intervention, EI). Služby EI, které jsou primárně určeny pro osoby v rané fázi závažného duševního onemocnění, však doposud nebyly v českém prostředí implementovány. Dle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky je v Česku ročně nově diagnostikováno až 50 nových případů psychotických onemocnění na 100 000 obyvatel. S ohledem na nedostatek komunitních psychiatrických služeb v ČR lze navíc očekávat, že CDZ budou postupně přebírat klienty stávajících komunitních služeb, tedy především klienty s chronickým průběhem a nebudou mít kapacitu pro včasnou detekci (Early Detection - ED), která je komplementární součástí včasné intervence (Early Intervention – EI). Zavedení specializované služby pro osoby v rané fázi závažného duševního onemocnění v ČR je z tohoto důvodu vysoce žádoucí.

Dlouhodobou vizí projektu je: Lepší kvalita života a prognóza všech lidí v ČR, kteří jsou v riziku nebo časné fázi závažného duševního onemocnění.

Globálním cílem projektu je: Trvalé zvýšení kvality života stanoveného počtu osob s rozvíjejícím se závažným duševním onemocněním v ČR.

Specifické cíle (výsledky) projektu v období 1. 4. 2018–30. 6. 2022:

1. V prvních 6 měsících projektu zpracovat analýzu stávající české i zahraniční zkušenosti s ED/EI službou, zpracovat podkladové materiály pro výcvik ED/EI týmů, toho bude dosaženo prostřednictvím realizace KA 01.
2. Do konce prvního roku trvání projektu vytrénovat 3 týmy pro specializované služby ED/EI na základě nejlepších mezinárodních zkušeností s těmito službami, toho bude dosaženo prostřednictvím realizace KA 02.
3. Ve druhém až čtvrtém roce poskytovat ED/EI služby alespoň stanovenému počtu lidí ve třech regionech ČR a za pravidelné supervize a sdílení zkušeností mezi jednotlivými týmy připravit a realizovat detekční opatření ve 3 regionech, toho bude dosaženo prostřednictvím realizace KA 03.
4. Vyhodnotit cost-efektivitu ED/EI služeb v ČR a zpracovat zprávu o implementaci a dlouhodobé udržitelnosti ED/EI služeb, toho bude dosaženo prostřednictvím realizace KA 04.



2.2 Vazba k relevantním strategiím

Projekt je realizován v souladu se Strategií reformy psychiatrické péče (schválena ministrem zdravotnictví 7. 10. 2013, dále jen Strategie), která je založená na konsenzu zainteresovaných stakeholderů (odborné veřejnosti, zdravotnických zařízení, resortních ministerstev, plátců zdravotní péče). Projekt přímo naplňuje dva ze sedmi hlavních cílů Strategie:

1. Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti
2. Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.

Projektový záměr vychází ze strategie Zdraví 2020. Projekt je také v souladu s cíli zahraničních dokumentů (Zelená kniha EU, Evropský akční plán duševního zdraví, Akční plán pro duševní zdraví WHO). Zohledňuje aktuální potřeby, plánované i realizované aktivity a opatření komplementárních projektů v rámci reformy psychiatrické péče.

Relevantním aktuálním nadřazeným strategickým dokumentem je Strategický rámec Zdraví 2030, v němž je oblast psychiatrie řešena v rámci specifického cíle 2.1. Vláda schválila Strategický rámec Zdraví 2030 v roce 2019.

V lednu roku 2020 vláda ČR schválila Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, který rozpracovává agendu Reformy psychiatrické péče do podoby podrobného implementačního dokumentu. Na jeho přípravě se podílel gestor projektu VIZDOM PhDr. Petr Winkler, Ph.D.

Akční plán stanovuje finanční potřeby na dosažení cílů a mechanismy, kterým se bude realizace vymezených opatření promítat do rozpočtu (státního rozpočtu a rozpočtu ostatních veřejných rozpočtů, resp. rozpočtů ostatních zúčastněných rezortů a institucí), a v relevantních případech identifikuje alternativní zdroje financování. V plánu je u jednotlivých opatření stanovena zodpovědnost za jejich naplňování a také jsou v něm obsaženy indikátory pro měření úspěšnosti v naplňování cílů.

Protože Reforma psychiatrické péče patří mezi agendy průřezového charakteru (jednotlivé implementační kroky) vyžadují součinnost více ministerstev, rozhodla vláda ve vazbě na schválení Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030 o vytvoření Rady vlády ČR pro duševní zdraví. Rada má za úkol koordinovat politiku duševního zdraví v rámci mezinárodních vztahů a řídit implementaci strategických dokumentů pro tuto oblast. (Rada koordinuje spolupráci mezi ministerstvy, správními úřady, nestátními organizacemi a odbornými společnostmi, a dále předkládá doporučení k materiálům předloženým vládě ČR.)

2.3 Koordinace s relevantními programy a strategiemi

Významnou roli v zajištění dostatečné vazby projektu VIZDOM na ostatní prvky reformy psychiatrické péče zajišťuje gestor projektu. Vazba na ostatní projekty reformy je naplněna na dvou základních úrovních:

Výkonný výbor pro řízení implementace Strategie reformy psychiatrické péče, který se zabývá reformou jako celkem; periodicita jednání výboru je stanovena na 1x/měsíc (více informací lze dohledat na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR: <https://ppo.mzcr.cz/workGroup/70>). Členem výboru je PhDr. Petr Winkler, Ph.D., který je odborným gestorem/garantem projektu.

Odborná rada pro odbornou garanci Strategie reformy psychiatrické péče, která se zabývá reformou jako celkem. Periodicita jednání rady je stanovena na 4x/rok (více informací lze dohledat na



webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR: <https://ppo.mzcr.cz/workGroup/69>). Členem rady je opět PhDr. Petr Winkler, Ph.D.

Gestor projektu také zprostředkovává jednání s gestorkou projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné (MUDr. Simona Papežová) s cílem nastavit finanční udržitelnost projektu.

Provázanost na projekty Podpory vzniku Center duševního zdraví a Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné zprostředkovává také evaluátora a specialista projektu VIZDOM (Mgr. Bc. Ondřej Krupčík), který na projektech působí jako interní evaluátor (CDZ II, CDZ III) a zajišťuje datově-koordináční a analytickou práci (DI).

Projekt využívá metodiku pro vyhodnocení efektivity služeb pro lidi s duševním onemocněním, která byla vyvinuta v rámci projektu MERRPS (<http://merrps.cz/domains/merrps.cz/>) a specificky ji doplňuje o nástroje určené pro osoby s psychotickým onemocněním (PANSS, CAARMS, DUP). MERRPS představuje standard v probíhající Reformě péče o duševní zdraví.

2.4 Specifikace evaluace projektu

Evaluace projektu má dvě hlavní části, dopadovou a procesní. Základní rámec evaluace je daný projektovou žádostí, konkrétní postupy byly definovány ve vstupní evaluační zprávě, která představuje evaluační plán. V průběhu let 2020, 2021 a 2022 byly odevzdány tři zprávy o průběhu. Přehled všech zpráv uvádíme v tabulce č. 1. Tato závěrečná evaluační zpráva je finalizací práce, která byla realizována v průběhu celého projektu. Garantem a realizátorem evaluace byl interní evaluátor, na dílčích aktivitách se v souladu s náplní práce podíleli specialisté projektu, ale i další zástupci odborného týmu.

Tabulka 1. Přehled evaluačních zpráv

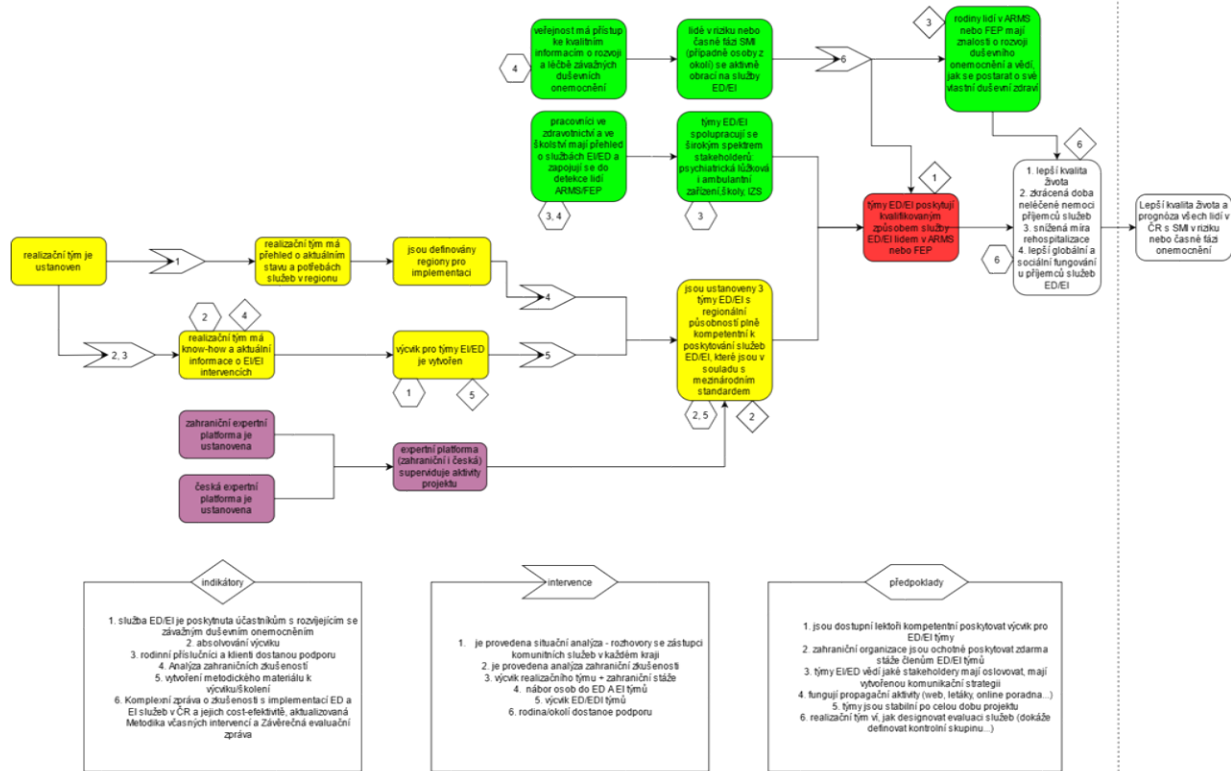
Výstup evaluace	Termín/období
Vstupní zpráva (výstup)	9/2018
Průběžná evaluační zpráva (výstup)	2019, 2020, 2021
Závěrečná zpráva (výstup)	6/2022



2.5 Teorie změny projektu

V rámci evaluace projektu byla navržena teorie změny (obrázek č. 1), která specifikuje, jakým způsobem povedou aktivity projektu k naplnění cílů a očekávaných dopadů. Schéma identifikuje kauzální vztahy – příčiny v podobě intervencí a následky v podobě indikátorů – včetně klíčových předpokladů pro jejich dosažení.

Obrázek 1. Teorie změny VIZDOM





2.6 Použité metody

V rámci evaluace je využíváno množství kvalitativních i kvantitativních metod. V rámci procesní evaluace se jedná především o desk research. Tato metoda je založená na sekundární analýze dokumentů, zahrnuje vyhledání, sběr, rešerši, analýzu a vyhodnocení již existujících dostupných informací a relevantních materiálů. Dále byly využity skupinové diskuze a individuální rozhovory zejména s intervenčními týmy a stakeholdery. Tyto metody umožňují participantům sdílet informace, které oni sami považují za důležité. Pro analýzu byla využita metoda otevřeného kódování.

V rámci dopadové evaluace je využit design prospektivní kohortové studie. V průběhu spolupráce s jednotlivými klienty probíhal na základě informovaného souhlasu kontinuální sběr evaluačních dat, a to obvykle při vstupu do služby a dále vždy v intervalu šesti měsíců. Pro získávání dat bylo využito několik standardizovaných klinických škál a dotazníků, které umožnily získat validní informace o dané službě a na jejich základě koncipovat odpovídající analýzy a výstupy. Také v rámci dopadové evaluace byly realizovány skupinové diskuze s ED/EI týmy, individuální rozhovory s klienty i se stakeholdery. Toto řešení přináší informace v podstatě ze všech stran, které vstupují do individuálního případu klienta, ale i těch které jsou relevantní pro další udržitelnost na úrovni systému. Pro analýzu byla i v tomto případě využita metoda otevřeného kódování. Dále bylo realizována šetření fidelity intervenčních týmů na základě k tomu určené škály.



3 Procesní část evaluace – hodnocení průběhu realizace

Cílem procesní evaluace bylo vyhodnotit, zda je projekt realizován v souladu s plánem. Pozornost je věnována průběhu klíčových aktivit, práci s cílovou skupinou, rozpočtu a čerpání podpory a personální oblasti. V závěru kapitoly jsou uvedeny otázky k procesní části evaluace včetně jejich průběžného vyhodnocení.

3.1 Průběh klíčových aktivit a harmonogram

V rámci projektu byly realizovány celkem čtyři klíčové aktivity. Šlo o přípravu ED a EI služeb; výcvik týmů a přípravu ED a EI opatření; Implementaci; evaluaci a vyhodnocení implementace. V textu níže je u jednotlivých klíčových aktivit uvedeno hodnocení průběhu a případně připojen komentář. Dále jsou uvedeny dokončené výsledky a výstupy jednotlivých klíčových aktivit projektu (označeno symbolem ✓✓).

KA I – Příprava ED a EI služeb

Hodnocení průběhu: KA I proběhla v souladu s plánem a dle schváleného harmonogramu

V rámci aktivity byly ustanoveny dvě expertní platformy (česká a zahraniční), v průběhu realizace docházelo k jejich pravidelnému setkávání. Realizace platform pomohla projekt zasadit do českého i mezinárodního kontextu, a to na odborné i praktické úrovni a jednoznačně přinesla podněty pro další rozvoj služby a další výhled v otázce udržitelnosti. Zápisy jsou k dispozici na webových stránkách projektu.

Výstupy KA I:

zpráva ze situační analýzy ✓✓

analýza zahraničních zkušeností ✓✓

Výsledky KA I:

ustanovení expertních platform projektu ✓✓

připraven výcvik ED a EI týmů ✓✓

KA II – Výcvik týmů a příprava ED a EI opatření

Hodnocení průběhu: KA II proběhla v souladu s plánem a dle schváleného harmonogramu

Výcvik (vzdělávací kurz) ED/EI týmů byl realizován a průběžně doplňován na základě požadavků pracovníků. Zahraniční stáže byly realizovány a jednoznačně podpořily výkon jednotlivých pracovníků. V průběžné evaluační zprávě č. 1. byly prezentovány výsledky fokusní skupiny zaměřené na hodnocení výcviku z pohledu účastníků, výcvik i zahraniční stáže byly také hodnoceny v rámci skupinových diskuzí s intervenčními týmy. Byla připravena Metodika výcviku týmů včasné detekce a včasné intervence.

Výstupy KA II:

realizace školení a zahraniční stáže ✓✓

Výsledky KA II:

pilotní provedení vzdělávacího kurzu v rozsahu 120 hod. ✓✓

zahraniční stáže ✓✓

KA III – Implementace ED a EI

Hodnocení průběhu: KA III proběhla v souladu s plánem a dle schváleného harmonogramu

V průběhu projektu byl spuštěn provoz tří intervenčních týmů včasné intervence, a to v regionech Praha 8, Plzeň-město a Blansko (obrázek č. 2). Intervenční týmy realizovali pilotáž služby včasné intervence dle očekávání. Ve spolupráci s interním výzkumným týmem docházelo ke kontinuálnímu rozvoji služby, především na základě odborného vzdělání intervenčních pracovníků a úprav metodických postupů. Na vzájemných setkáváních probíhala výměna zkušeností mezi týmy. Jejich práce byla dále supervidována českými i zahraničními platformami expertů i supervizory v klinickém smyslu.

Obrázek 2. Schematická mapa intervenčních týmů VIZDOM



Do konce roku 2021 ED/EI týmy realizovaly detekční opatření a včasnou intervenci, a to i ve zhoršené epidemické situaci v souvislosti s pandemií covid-19. Mezi průběžné změny patřilo zejména:

- Obvyklá a často preferovaná forma osobního setkání s jednotlivými klienty byla nahrazena/doplněna alternativními formami spolupráce. Došlo k významnému navýšení telefonních hovorů a online setkání.
- Diseminační aktivity byly zacíleny především na jiné odborníky v oboru zdravotní péče nebo praktické lékaře. Aktivity na školách byly výrazně omezeny, případně přesunuty do online prostředí.

V úvodu projektu byly spuštěny webové stránky www.vizdom.cz. V době činnosti intervenčních týmů bylo možné na stránkách dohledat kontakty na intervenční týmy, dále jsou k dispozici informace o duševních onemocněních nebo materiály relevantní k projektu. Podle Google Analytics navštívilo stránku jako celek od ledna roku 2019 do konce roku 2021 celkem 13 343 návštěvníků, kteří realizovali 18 340 návštěv a v průměru na stránce strávili 2:08 minuty. Do konce projektu byla na stránkách k dispozici online poradna. Stránky obsahují také dotazník psychotických příznaků (Prodromal Questionnaire-Brief - PQ-B), který slouží veřejnosti pro potřeby sebeposouzení.

Výstupy KA III:

- | |
|---|
| spuštění infowebu a internetové poradny pro včasné intervence ✓✓ |
| realizace detekčních opatření ✓✓ |
| poskytování služby ED/EI ✓✓ |
| supervize českými i zahraničními odborníky, supervizorem ✓✓ |
| výměna zkušeností mezi ED/EI týmy a kontinuální rozvoj jejich služeb ✓✓ |

KA IV – evaluace a vyhodnocení implementace

Hodnocení průběhu: KA IV probíhá v souladu s plánem a dle schváleného harmonogramu

V rámci dosavadního průběhu byly realizovány aktivity procesní i dopadové evaluace. Byl metodicky i technicky nastaven sběr kvantitativních dat. V informačním systému regionálních ED/EI týmů byly kontinuálně shromažďovány informace o jednotlivých klientech a jim poskytnutých službách včetně dat z nástrojů pro dopadovou evaluaci. Ve spolupráci terénních pracovníků a výzkumného týmu se dařilo zaznamenávat data potřebná pro průběh a tvorbu výstupů projektu i nastavení další



udržitelosti. Odborným týmem byla sepsána metodika práce terénních týmů s názvem Včasná intervence u osob se závažným duševním onemocněním, která byla připomínkována a editována externími odborníky.

Byla naplánována a realizována procesní i dopadová evaluace projektu z velké části založená na primárních a svého druhu unikátních datech a informacích. Součástí je kohortová studie založená na základě klinického šetření, hodnocení fidelity, rekalkulace jednotkových nákladů, analýza nákladové efektivity i kvalitativní šetření (skupinové diskuze a individuální rozhovory s různými subjekty).

Velké množství aktivit bylo realizováno v rámci diseminace. Podrobný přehled výstupů cílených na veřejnost (například články v regionálním tisku) i odborníky (příspěvky na konferencích) je předmětem samostatné zprávy o diseminaci. V závěru projektu, ve dnech 1.-2. června roku 2022, proběhl mezinárodní workshop včasné intervence zaměřený na představení výsledků VIZDOM a sdílení zkušeností z různých zemí. Dále proběhly tři přednášky o včasných intervencích pro posluchače vysokých škol. Ve dnech 31. 5. 2022 a 10. 6. 2022 byly také pilotovány a evaluovány dva celodenní vzdělávací workshopy včasné intervence určené zejména pro CDZ a další služby.

Souhrn hodnocení workshopů včasné detekce a včasné intervence

V rámci kvantitativního hodnocení obou proběhlých workshopů byly u většiny participantů hodnoceny pozitivně. S ohledem na přínos kurzu hodnotilo 82,32 % participantů jako pozitivní (ano: 45,73 %, spíše ano: 36,59 %) a žádný respondent nehodnotil kurz zcela negativně (ne: 0,00 %). V rámci hodnocení celkové kvality úrovně a kvality workshopu zvolilo 88,16 % účastníků pozitivní hodnocení (velmi dobře: 58,54 %, dobré: 29,62 %), 10,8 % průměrné hodnocení, 1,05 % nepříliš dobré a opět nikdo nehodnotil workshop zcela špatně.

V první otevřené otázce (*Co se Vám líbilo nejvíce?*) účastníci 12x zmínili nové informace, jejich výklad a fakta a 11x zkušenost s novými dotazníky. V rámci druhé otevřené otázky (*Co se Vám líbilo nejméně?*) byla 6x zmíněna občasná nepřehlednost či pomalost výkladu. V poslední navazující otázce (*Co byste v kurzu uvítali?*) bylo pouze 3x zmíněna lepší struktura výkladu a zapojení více kazuistik.

Výstupy KA IV:

Komplexní zpráva o zkušenosti s implementací ED a EI služeb v ČR a jejich cost-efektivitě ✓✓
Rekalkulace jednotkových nákladů ✓✓
Aktualizovaná metodika časných intervencí ✓✓
Zpráva o diseminaci výsledků ✓✓

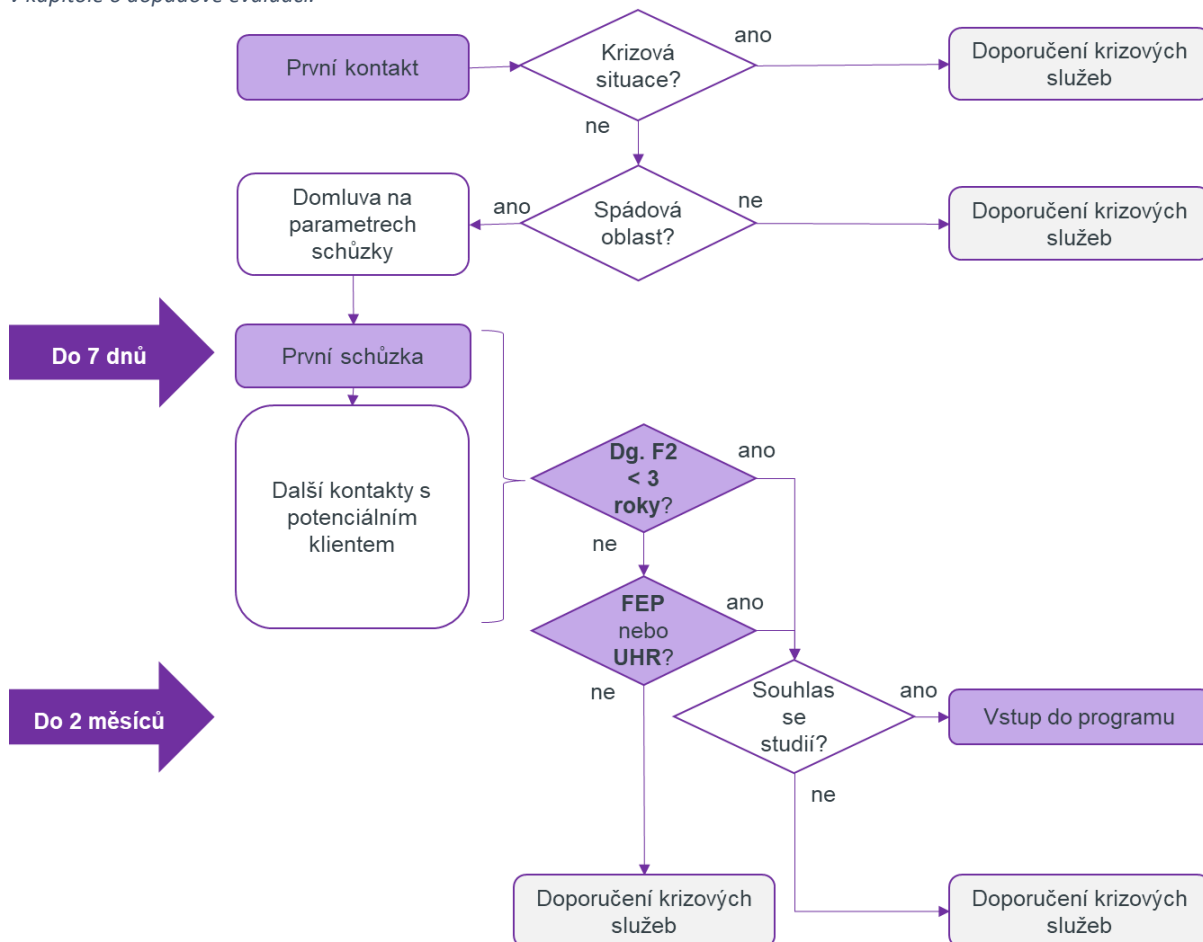
3.2 Cílové skupiny

Pracovníci ED/EI týmů poskytovali podporu cílové skupině lidí ohrožených závažným duševním onemocněním, přičemž byla sledována kritéria pro zařazení do služby. Jedná se o věk 16-60 let, pobyt v cílovém regionu, a zároveň příslušnost k jedné z diagnostických skupin (ARMS, FEP nebo lidé s diagnózou F2 a léčbou kratší než tři roky)¹. Schéma kontaktu klienta s ED/EI týmem VIZDOM je uvedeno na obrázku č. 3. Zároveň jsou zohledněny případné kontraindikace pro vstup – jedná se

¹ Kategorie ARMS označuje stav vysokého rizika rozvoje psychotického onemocnění neboli „*at risk mental state*“, který nastává během prodromální fáze onemocnění. Tzv. prodromy jsou obdobím nepohody, rozladění či rozrušení, které představují odchylku od předchozí zkušenosti a obvyklého chování jedince. Prodromální fázi lze diagnostikovat pouze zpětně, tj. po rozvinutí floridních příznaků psychózy. Kategorie FEP označuje první epizodu psychotického onemocnění, neboli „*first episode of psychosis*“. V projektu VIZDOM byli klienti do této skupiny zařazení na základě odpovídajícího výsledku nástroje PANSS.

osoby s primárním onemocněním z okruhu závislostí nebo organických poruch a ty, které mají uspokojivou léčbu v jiné službě.

Obrázek 3. Schéma kontaktu klienta s ED/EI týmem VIZDOM. Informace o použitých diagnostických nástrojích jsou uvedeny v kapitole o dopadové evaluaci.





V průběhu projektu byla schválena podstatná změna, která významným způsobem upravila cílové hodnoty indikátorů. Jednalo se o indikátory celkového počtu účastníků a využívání podpořených služeb (tabulka č. 2). Změna byla odůvodněna na základě toho, že cílem pilotního programu včasné detekce a intervence je primárně zachytit osoby v rané fázi psychotického onemocnění a poskytnout těmto osobám bezprostředně potřebnou podporu, případně je přeměrovat na jiné specializované služby, které budou odpovídat jejich individuálním potřebám. Cílová hodnota 300 účastníků v případě indikátoru 60000, bylo s tímto cílem v přímém rozporu. Důvodem chybného nastavení cílové hodnoty indikátoru byla chyba a komunikační nedorozumění ze strany žadatele o podporu, který si v danou chvíli neuvědomil všechny dopady zařazení klientů ED/EI služeb pod tento indikátor s nadbagatelní podporou. Týmy nemají dublovat činnost Center duševního zdraví. Pokud mají pracovat ve shodě se zahraniční praxí i vyvinutou metodikou, musejí se soustředit na detekci. Změna vymezení monitorovacích období byla realizována z důvodů souběhu konce sledovaného období s projektem MERRPS a maximalizace působivých výdajů před termínem milníku projektu.

Tabulka 2. Změny hodnot indikátorů projektu VIZDOM

Úprava hodnot indikátorů (schválena)	
6000 Celkový počet účastníků	
původní hodnota: 300	
cílová hodnota: 27 (15 klientů, 12 profesionálů)	
67010 Využívání podpořených služeb	
původní hodnota: 150	
cílová hodnota: 800 (200 rodinných příslušníků, 600 klientů)	

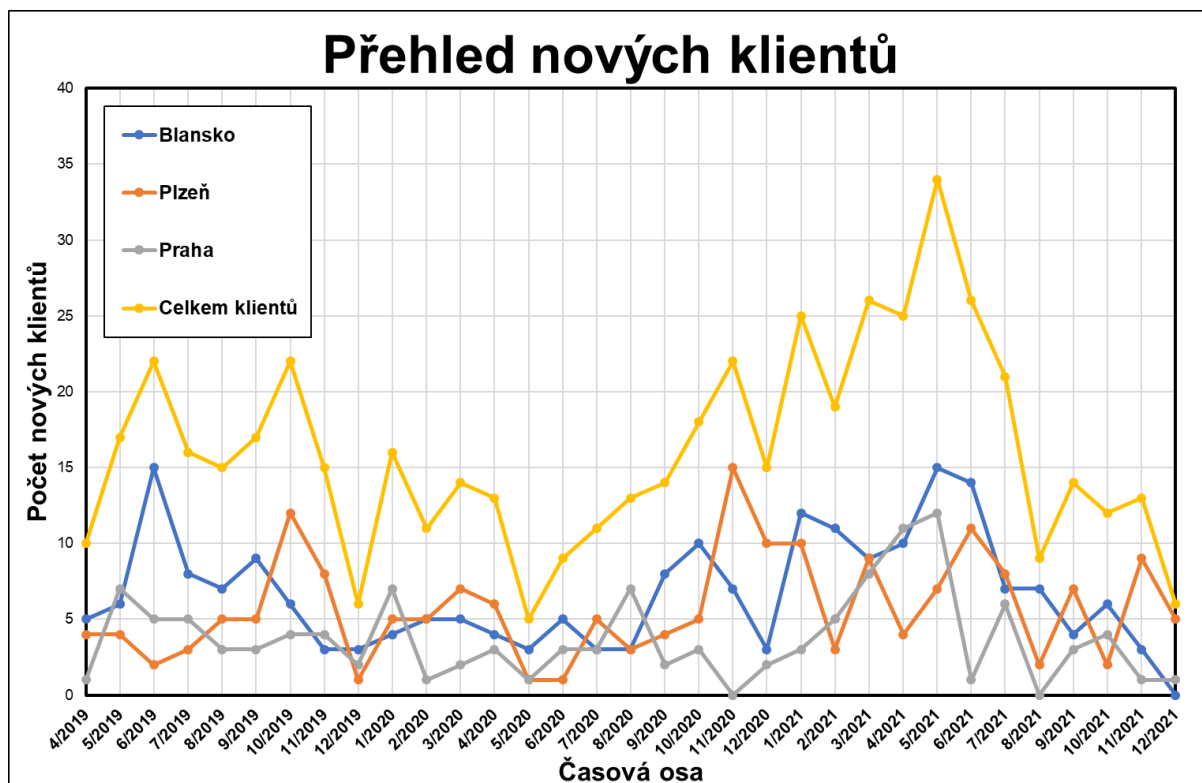
V tabulce č. 3 jsou uvedeny dosažené počty klientů, rodinných příslušníků, a detekčních služeb VIZDOM. Z dat je zároveň patrné, že průměrná doba celkové podpory byla 5,2 h v případě klienta, 1,5 h u rodinných příslušníků a 1,9 h v případě síťových kontaktů, tzn. těch, které vytváří zachytnou síť v případě včasné identifikace osob s potřebou včasné detekce a včasné intervence. Jednalo se například o pracovníky ve zdravotních a soch službách v přímé péči, nebo vzdělávací zařízení.

Tabulka 3. Cílové a dosažené hodnoty indikátorů VIZDOM. Aktuální ke konci projektu

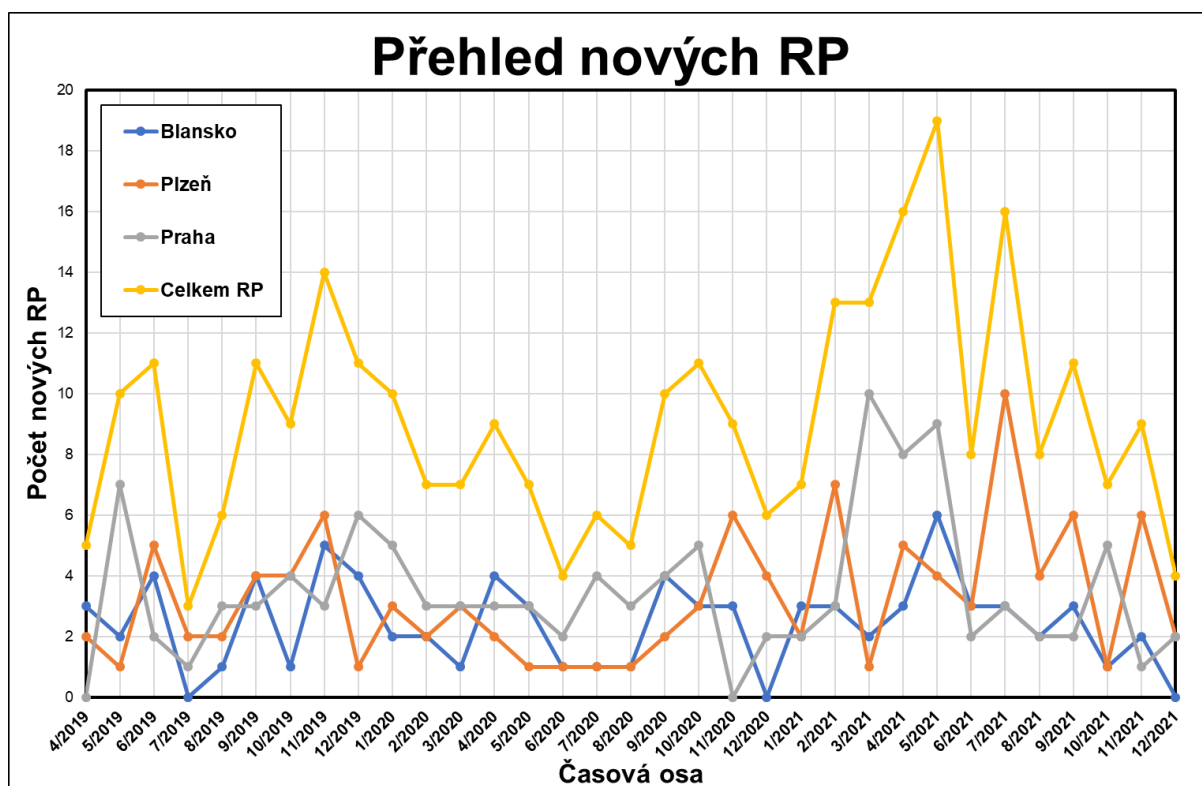
Indikátor	Cíl	2019	2020	2021	Celkem
Počet klientů	600	140	161	230	531
Počet rod. příslušníků	200	80	91	131	302
Počet síťových kontaktů	---	415	351	213	979

V průběhu projektu se dařilo zajišťovat vstup klientů z cílové skupiny do služby. Celkový trend počtu nových klientů v průběhu času byl spíše rostoucí (obr. 4), obdobně tomu bylo u rodinných příslušníků (obr. 5). V dalším obrázku (obr. č. 4) jsou znázorněny počty detekčních kontaktů.

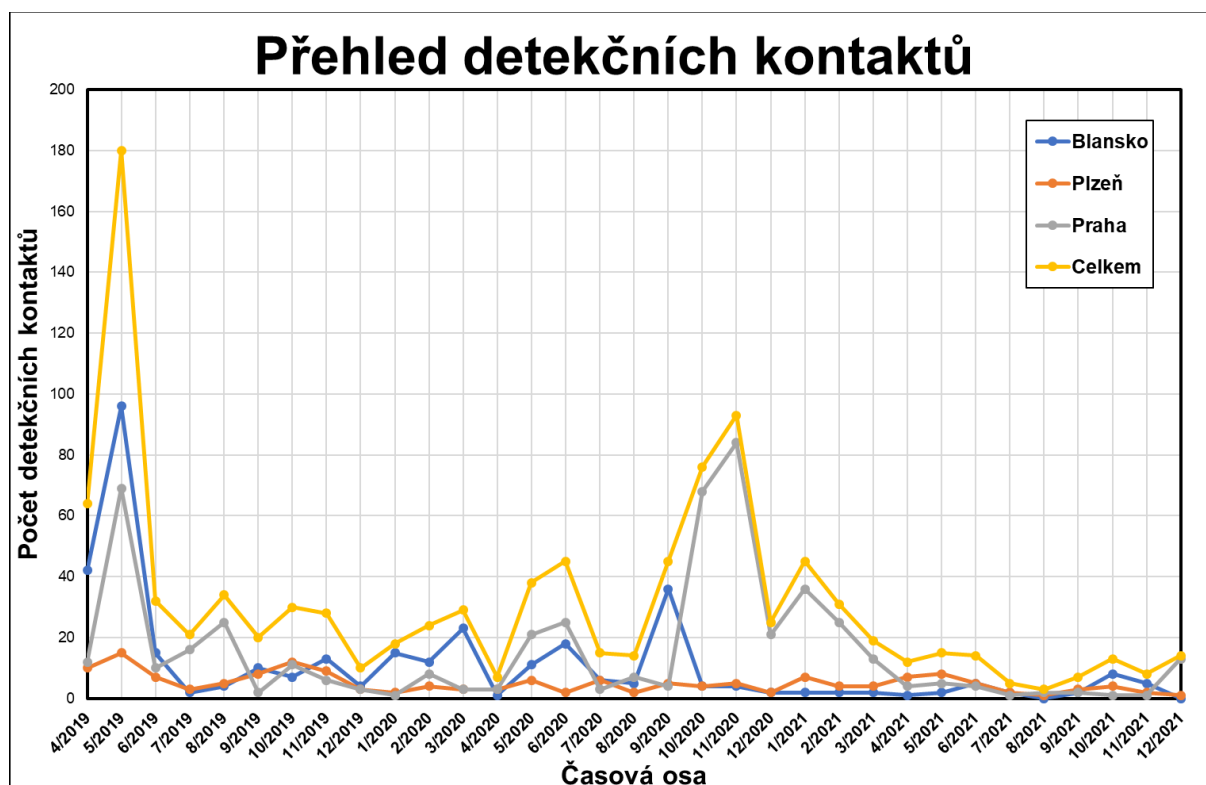
Obrázek 4. Vývoj počtu nových klientů VIZDOM v čase



Obrázek 5. Vývoj počtu rodinných příslušníků VIZDOM v čase



Obrázek 6. Vývoj počtu detekčních kontaktů VIZDOM v čase



3.3 Personální situace

Fungování interního týmu je stabilizované, pozice jsou obsazeny kvalifikovanými pracovníky. Stabilně fungovaly také ED/EI týmy. V intervenčním týmu na Praze 8 dlouhodobě nebyla zastoupena zdravotní sestra a v září roku 2020 došlo změně na pozici psychiatr/psycholog. Do týmu nastoupil psycholog a nebyla zastoupena odbornost psychiatra (nepodařilo se rekrutovat přes inzerci). Podrobný přehled je uveden v tabulce č. 4.

Tabulka 4. Přehled obsazení pracovních pozic v rámci ED/EI týmů v průběhu jejich činnosti. Není zohledněna výše úvazků.

	IX-18	I-19	VII-19	I-20	VII-20	I-21	VII-21
Tým Praha 8							
psycholog 1							
psycholog 2							
psychiatri 1							
psychiatri 2							
soc. pracovník 1							
soc. pracovník 2							
Tým Blansko							
psycholog 1							
psycholog 2							
psychiatri							
soc. pracovník							
zdrav. sestra							
Tým Pízeň							
psycholog 1							
psycholog 2							
psychiatri							
zdrav. sestra							
soc. pracovník							



3.4 Rozpočet projektu a čerpání podpory

Projekt byl realizován dle schválené projektové žádosti (včetně harmonogramu) a nepotýkal se s žádnými obtížemi, které by ohrožovaly jeho implementaci. Čerpání probíhalo dle schváleného finančního plánu.

VIZDOM představuje typ tzv. "měkkého" projektu, převážnou část nákladů tvořily Osobní náklady. Vzhledem k proběhlé pandemii bylo čerpání na některých položkách omezeno, a to zejména kapitola rozpočtu Cestovné, kdy nebylo možné vycestovat ať už v rámci stáží či workshopů do zahraničí. Zahraniční expertní platformy i řada dalších setkání byly realizovány v online podobě. Další položkou, kterou aktuální situace ovlivnila, byla kapitola Nákupu služeb, kde bylo plánováno účastnit se většího počtu tuzemských odborných konferencí, neboť realizace služeb ED/EI týmů je součástí systémových změn psychiatrické péče v ČR a je důležité průběžně seznamovat odbornou veřejnost s výstupy projektu.

Současně bylo plánováno v rámci kapitoly rozpočtu Nákupy služeb poskytnout ED/EI týmům odborné školení a workshopy. Je žádoucí, aby členové odborného týmu a terénních týmů prošli (nad rámec základního výcviku) několika cílenými školeními/výcviky ke zvýšení jejich dovedností pro práci s klienty. Jde o prohloubení jejich kompetencí v ED/EI pro práci s klienty a zaměření těchto výcviků vychází přímo z jejich potřeb. Jednalo se například o online workshop zaměřený na posuzování fidelity služeb ED/EI vedený zahraničním lektorem, online workshopy prakticky zaměřené na témata Včasné detekce a Včasné intervence vedené zahraničními lektory, a dále prakticky orientovaný kurz na práci s rodinným systémem dle konceptu Otevřeného dialogu.

Omezení čerpání rozpočtu v souvislosti s pandemií covid-19:

Cestovné (nemožnost realizovat stáže, workshopy, zahraniční návštěvy)

Řešení: přesun do online prostředí, odložení stáží

Osobní náklady – Dohody o provedení práce (nemožnost realizovat setkání s tuzemskými experty)

Řešení: postupný přesun do online prostředí

Nákup služeb (konferenční poplatky, doplňkové vzdělávání ED/EI týmů)

Řešení: přesun do online prostředí, odložení konferencí/vzdělávání



3.5 Vyhodnocení otázek k procesní části evaluace

V rámci procesní části evaluace byly stanoveny tyto evaluační otázky (tabulka č. 5):

Tabulka 5. Evaluační otázky pro procesní část evaluace

Okruh č. 2.5.1. Jakým způsobem byla zajištěna kvalita výstupů projektu?

2.5.1.1. Do jaké míry byl projekt realizován v souladu s plánem a předpoklady?

2.5.1.2. Dochází k pravidelné konzultaci s českou a zahraniční expertní platformou? Jakým způsobem se odborníci zapojují do průběhu projektu?

2.5.1.3. Byli do projektu zahrnuti relevantní stakeholderi z odborné veřejnosti?

2.5.1.4. Jsou služby ED/EI dobře napojeny na ostatní existující zdravotní a sociální služby? Do jaké míry je žádoucí jejich širší včlenění do systému stávajících služeb?

2.5.1.5. Jaké kroky byly učiněny pro to, aby se všechny cílové skupiny seznámily se službami ED/EI?

2.5.1.6. Je know-how realizačního týmu a týmů ED/EI dostatečně efektivně šířeno?

Okruh č. 2.5.2 Jakým způsobem byla vyhodnocena rizika projektu a jakým způsobem s nimi bylo nakládáno?

2.5.2.1. Jaká nová rizika byla identifikována v průběhu projektu?

Otázka č. 2.5.1.1. Do jaké míry byl projekt realizován v souladu s plánem a předpoklady?

V rámci projektu došlo k podstatným změnám, které se týkaly cílových hodnot indikátorů, harmonogramu monitorovacích období a období realizace. Změny byly realizovány s ohledem na to, že cílem pilotního programu včasné detekce a intervence je primárně zachytit osoby v rané fázi psychotického onemocnění a poskytnout těmto osobám bezprostředně potřebnou podporu, případně je přesměrovat na jiné specializované služby, které budou odpovídat jejich individuálním potřebám. Změna vymezení monitorovacích období byla realizována z důvodů souběhu konce sledovaného období s projektem MERRPS a maximalizace způsobilých výdajů před termínem milníku projektu.

Úpravu některých postupů ED/EI si vyžádala situace v souvislosti s pandemií covid-19. Skutečnost se promítla do spolupráce se síťovými kontakty (například přenášky na školách), s klienty v podobě omezení fyzického kontaktu a také do vnitrostátní a zahraniční mobility (stáže, expertní platformy, konference). V případě mobility se jedná o aktivity, které lze do značné míry substituovat v online prostředí. S přihlédnutím k uvedenému byl projekt realizován v souladu s plánem a předpoklady.

Otázka č. 2.5.1.2 Dochází k pravidelné konzultaci s českou a zahraniční expertní platformou? Jakým způsobem se odborníci zapojují do průběhu projektu?

Do konce projektu bylo v rámci projektu uskutečněno patnáct českých expertních platform a čtyři zahraniční. Kvalifikované připomínky a odborné zkušenosti domácích i zahraničních expertů výrazně pomohly řešit otázky odborně-praktické povahy, které se v průběhu projektu objevily. Materiály související s každým setkáním (prezentace a zápisy) jsou dostupné na stránkách projektu.

Během pandemické situace bylo setkávání omezeno především v roce 2020, uskutečnily se pouze tři české platformy (z plánovaných šesti) a jedna zahraniční. Nad rámec společného setkávání byla spolupráce expertů ve větší míře využita při individuálních konzultacích.

Mimo platform se čeští i zahraniční experti podíleli na konzultaci diagnostických nástrojů a jejich překladu. Zahraniční expertky lektorovaly dva celodenní semináře na téma ED/EI. Čeští experti se dále podíleli na připomínkování metodik (Metodika výcviku, Metodika práce ED/EI týmů). Čeští experti hráli významnou roli také při nastavování udržitelnosti projektu – jedná se o odborníky se zkušenostmi z různých manažerských pozic v oblasti péče o duševní zdraví (zdravotnictví, sociální služby), tato provázanost je pro nastavení udržitelnosti intervenčních týmů důležitá.



Otázka č. 2.5.1.3 Byli do projektu zahrnuti relevantní stakeholdeři z odborné veřejnosti?

Odborníci z českého prostředí byli přítomni v české expertní platformě. Do platformy byli přizváni zástupci všech klíčových odborností. Zastoupeni jsou sociální pracovníci, psychologové, psychiatři z různých pracovišť, pro dětskou i dospělé populaci, a také uživatelé služeb. K původnímu počtu šesti odborníků byli doplněni dva další experti, a to kvůli znalostem konkrétního regionu (Plzeň a Praha 8).

V zahraniční expertní platformě byli zastoupeni čtyři odborníci, kteří mají velmi výrazné zkušenosti s implementací EI/ED programů v zahraničí a kteří jsou v odborné komunitě považováni za mezinárodně uznávané odborníky. Jejich zkušenosti jednoznačně napomáhají usazení české implementace do mezinárodního kontextu.

V obecné rovině byli identifikováni stakeholdeři mezi poskytovateli a zadavateli služeb, kam patří:

- Praktičtí/dětské lékaři
- Ambulantní psychiatři
- Psychiatrická lůžková zařízení
- Centra duševního zdraví
- Jiná zdravotnická zařízení
- Sociální/komunitní služby

Dalšími představiteli jsou tzv. síťové/diseminační kontakty:

- IZS (integrovaný záchranný systém)
- Školy
- Pedagogicko-psychologické poradny
- Správní orgány/úřady (ÚP, ČSSZ...)
- Církevní instituce

Poslední skupinou jsou plátcí péče a decision-makeři:

- MPSV
- MZ
- Pojišťovny
- Kraje

Uvedené subjekty byly do projektu adekvátním způsobem zahrnuty. V případě poskytovatelů služeb a diseminačních kontaktů může být jasnou limitací jejich regionální působení. Zkušenosti získané ve třech regionech by nemusely odpovídat širěji vymezenému prostředí. Vedle zmíněných subjektů udržují zástupci projektu kontakt s představiteli dalších projektů Reformy péče o duševní zdraví. Projekt má zastoupení také ve Výkonném výboru pro řízení implementace Strategie reformy psychiatrické péče. Důležitá je spolupráce s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR na evaluaci projektu. Zástupci projektu jsou v kontaktu také s Psychiatrickou společností ČLS JEP.

Otázka č. 2.5.1.4 Jsou služby ED/EI dobře napojeny na ostatní existující zdravotní a sociální služby?

Aby bylo zajištěno napojení na další služby, pracovníci ED/EI týmů v rámci diseminačních aktivit navazovali kontakty s relevantními subjekty a institucemi, a to především v oblasti zdravotních a sociálních služeb, pedagogiky a veřejné správy. Návaznost v jednotlivých regionech byla podpořena také prostřednictvím představitelů expertní platformy, každý region byl zastoupen odborníkem z dané geografické oblasti. Pro ověření navázání na základě dat pracovníci týmů včasné intervence zaznamenávali tzv. „zdroj klienta“, to znamená subjekt, jehož prostřednictvím byl zprostředkován kontakt mezi klientem a týmem služeb včasné intervence. Přehled je uvedený v tabulce č. 6. Služby byly extenzivně napojeny na stávající systém. Většina příchozích klientů byla delegována ze sociálních



služeb, nebo se jednalo o aktivitu klienta. Značně byla zastoupena také aktivita okolí, CDZ, škol, ambulancí psychiatrů a praktických lékařů. Jako zdroj klienti využívali také internet. Mezi týmy v jednotlivých regionech byly výrazné rozdíly, a to v poměrném zastoupení případů v jednotlivých kategoriích, ale také v absolutních počtech. Vzhledem k tomu, že výběr jednotlivých regionů probíhal ze záměrem vybrat oblasti s odlišnými charakteristikami a strukturou služeb, je to pochopitelné. Na základě individuálních rozhovorů se stakeholdery v každém regionu byl dále kvalitativně mapován praktický průběh spolupráce. Velká část stakeholderů byla s činností týmu obeznámena a byla připravena v odpovídající situaci zprostředkovat kontakt, což se v praxi potvrdilo.

Tabulka 6. Zdroj klientů VIZDOM (4/2019–12/2021)

Zdroj	Blansko	Plzeň	Praha	Celkem
Sociální služby	67	16	1	84 (16 %)
Aktivita klienta	27	25	30	82 (15 %)
Aktivita okolí	20	13	14	47 (09 %)
Internet (web, Google Ads)	10	22	15	47 (09 %)
Leták	4	0	5	9 (02 %)
Tisk	1	1	1	3 (00 %)
CDZ	5	34	9	48 (09 %)
Školy	9	30	7	46 (09 %)
Psychiatrické ambulance	16	6	22	44 (08 %)
Praktičtí lékaři	31	3	8	42 (08 %)
Psychiatrická hospitalizační péče	6	26	1	32 (06 %)
Jiná zdravotnická zařízení	6	2	7	15 (03 %)
Správní orgány	11	1	0	12 (02 %)
Jiné instituce	4	8	0	12 (02 %)
Aktivní vyhledání týmem	2	1	2	5 (01 %)
Nespecifikováno	1	1	1	3 (01 %)
Celkem	220	186	122	531 (100 %)



Otázka č. 2.5.1.5 Jaké kroky byly učiněny pro to, aby se všechny cílové skupiny seznámily se službami ED/EI?

Proces diseminace projektu se zaměřuje na několik cílových skupin, pro každou z nich bylo realizováno množství specifických aktivit se záměrem seznámit danou skupinu se službami ED/EI. Reálný dopad těchto opatření lze posoudit také podle uvedeného zdroje jednotlivých klientů (tabulka č. 6).

Veřejnost

- Webová prezentace
- Sebehodnotící dotazník (PQ-B)
- Online poradna
- Média – tiskové zprávy, rozhovory
- Přednášky pro veřejnost
- Distribuce letáků
- Příspěvky na sociálních sítích

Školy

- Kontaktování specializovaných pracovníků (psycholog, výchovný poradce, metodik prevence, případně vedení školy) pomocí e-mailu, případně telefonicky nebo osobně
- Individuální konzultace problematiky duševního zdraví u mladistvých

Pedagogové

- Workshopy pro vyučující
- Individuální konzultace problematiky duševního zdraví u mladistvých

Studenti

- Realizace workshopů
- Distribuce letáků
- Individuální konzultace

Praktičtí lékaři, ambulantní psychiatrii, lůžková psychiatrická zařízení, jiná zdravotnická zařízení, krizová centra

- Telefonické, e-mailové, osobní kontaktování
- Individuální konzultace

Sociální služby, správní orgány, integrovaný záchranný systém, církevní instituce

- Telefonické, e-mailové, osobní kontaktování
- Individuální konzultace

Odborná veřejnost

- Odborné články
- Příspěvky na odborných konferencích

Otázka č. 2.5.1.6 Je know-how realizačního týmu a týmů ED/EI dostatečně efektivně šířeno?

Prostřednictvím Výkonného výbor pro řízení implementace Strategie reformy psychiatrické péče dochází k průběžné komunikaci výsledků a know-how projektu VIZDOM v odborné komunitě. Mimo to dochází na různých úrovních ke komunikaci a koordinaci s jinými projekty Reformy péče o duševní zdraví. Zástupci projektu VIZDOM se adekvátně k situaci zúčastnili relevantních odborných konferencí a workshopů. Byla publikována Metodika výcviku ED/EI týmů, je připravována Metodika ED/EI týmů.



Okruh č. 2.5.2 Jakým způsobem byla vyhodnocena rizika projektu a jakým způsobem s nimi bylo nakládáno?

Otázka č. 2.5.2.1 Jaká nová rizika byla identifikována v průběhu projektu

V průběhu projektu byla průběžně identifikována tato nová rizika:

- **Omezení kontaktu s cílovými skupinami (redukováno).** Mohlo být dané především zhoršením epidemické situace a vyhlášením nouzového stavu vládou České republiky – tyto události se mohou výrazně promítnout do práce regionálních ED/EI týmů. Důsledkem mohou být výrazná omezení při realizaci diseminačních aktivit (například ve školách), případně při kontaktech s klienty. Pro eliminaci dopadu byla přijata následující opatření (viz též strana 6):
 - Doposud obvyklá a často preferovaná forma osobního setkání s jednotlivými klienty byla doplněna alternativami. Došlo k významnému uplatnění telefonních hovorů a online setkání zprostředkovaných pomocí technologií typu Skype nebo Webex.
 - Diseminační aktivity byly zacíleny především na relevantní odborníky v oboru zdravotní péče, zejména psychiatry nebo praktické lékaře. Aktivity na školách byly omezeny, případně přesunuty do online prostředí.
- **Nízký počet nových klientů (redukováno).** Riziko mohlo vzniknout například v souvislosti s protiepidemickými opatřeními, případně nedostatečnou diseminací projektu, omezeným navázáním na existující služby a další relevantní subjekty. Přináší riziko pro naplnění indikátorů a evaluaci projektu. V rámci eliminace rizika došlo k postupné úpravě diseminačních aktivit ED/EI týmů. Na úrovni interního týmu byla na počátku roku 2021 zřízena pozice PR specialisty VIZDOM, byl vytvořen PR plán a byly posíleny diseminačně-propagační aktivity projektu.
- **Malé množství dat pro evaluaci projektu.** Mohlo být dané například nižší adhezí klientů VIZDOM – ta by mohla souviset se sníženou ochotou podepsat (aktualizovaný) informovaný souhlas a podstoupit administraci standardizovaných evaluačních nástrojů. Jedná se o běžné fenomény související s rozvojem paranoidní symptomatiky, která se velmi často manifestuje v souvislosti s rozvojem ARMS/FEP. K malému množství dat by mohly přispět také nepřesnosti při administraci evaluačních nástrojů a jejich záznamu do systému Highlander. Za účelem eliminace tohoto rizika regionální ED/EI týmy vhodným způsobem motivovaly klienty ke spolupráci a výzkumný tým dohlíží na bezproblémový reporting dat. Další riziko spočívá ve spolupráci se stakeholdery v kontextu evaluace (ÚZIS) a vytížením aktuálních pracovních kapacit této instituce. Toto riziko bylo ošetřeno na základě společné smlouvy.
- **Omezená udržitelnost ED/EI.** Pokud by se nepodařilo zajistit adekvátní podmínky pro fungování ED/EI týmů po skončení projektu, mohla být ohrožena udržitelnost. Jako hlavní předpoklady udržitelnosti byly v rámci evaluace identifikovány 1) odborné výsledky/výstupy a know-how, 2) lidské zdroje, 3) udržitelné financování. V rámci eliminace rizika dochází k realizaci/aktivním přípravám odborné evaluace. Se zástupci relevantních organizací v intervenčních regionech zahájeny přípravy pro zajištění personální kontinuity ED/EI po fázi projektu a se zástupci zdravotních pojišťoven je připravováno udržitelné financování.



3.6 Souhrn procesní evaluace

Jednotlivé klíčové aktivity projektu proběhly podle plánu schváleného harmonogramu. Výsledky a výstupy KA I byly realizovány, pravidelně docházelo k setkávání expertních platforem. Výcvik ED/EI týmu, který byl uskutečněný v rámci KA II proběhl a byl dále doplňován dle potřeb členů týmů. Vzhledem k epidemické situaci bylo nezbytné některé části vzdělávání přesunout do online prostředí. Implementace ED/EI služeb a souvisejících aktivit v rámci KA III proběhla dle očekávání a intervenční týmy i navzdory zhoršené pandemické situaci poskytovaly služby včasné detekce a včasné intervence.

V průběhu projektu se dařilo zajišťovat vstup nových klientů z cílové skupiny do služby. Je patrné, že v květnu roku 2020 jejich přírůstek výrazně poklesl (v důsledku vládních nařízení souvisejících s omezením pohybu apod.). V rámci KA IV docházelo ke sběru a zpracování evaluačních dat, byla realizována řada diseminačních výstupů. Diseminační výstupy byly realizovány v odpovídajícím rozsahu.

Fungování interního týmu bylo po většinu času stabilizované, pozice byly obsazeny kvalifikovanými pracovníky. Stabilně fungovaly také ED/EI týmy, docházelo spíše k menším personálním změnám. V intervenčním týmu na Praze 8 dlouhodobě nebyla zastoupena zdravotní sestra a v září roku 2020 došlo změně na pozici psychiatr/psycholog. Do týmu nastoupil psycholog a nebyla zastoupena odbornost psychiatra (nepodařilo se rekrutovat přes inzerci). Vzhledem k tomu, že tým na Praze 8 působil v regionu, který je velmi dobře saturován profesionály odborností psychiatrie, skutečnost nepředstavovala problém pro realizaci. V případě regionů s řidším pokrytím by tomu mohlo být jinak.

Z pohledu rozpočtu byl projekt realizován dle schválené projektové žádosti a nepotýkal se s žádnými obtížemi, které by ohrožovaly jeho implementaci. Čerpání probíhalo dle schváleného finančního plánu. Projekt je realizován v souladu se Strategií reformy psychiatrické péče a v návaznosti na Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030. Je koordinován s dalšími projekty v rámci probíhající reformy péče o duševní zdraví.



4 Dopadová část evaluace

Cílem dopadové části evaluace je přinést informace o efektivitě služeb ED/EI, vyhodnocení zkušeností s implementací a doporučení pro nastavení dlouhodobé udržitelnosti služeb ED/EI v ČR.

Ve vstupní evaluační zprávě bylo stanoveno celkem pět otázek pro dopadovou část evaluace. Tyto otázky byly dále rozpracovány a na jejich základě byl koncipován další průběh evaluace. Výčet je uveden v tabulce č. 7.

Tabulka 7. Evaluační matice

Otázky k dopadové části evaluace			
Ukazatele	Zdroje dat	Nástroje sběru dat	Analytické metody
2.5.3 Jakých dopadů bylo dosaženo?			
2.5.3.1 Jsou služby ED/EI cost-efektivní?			
Ukazatele nákladové efektivity	Pracovníci, Klienti	Desk research, časové snímky, AQoL	Výpočet jednotkových nákladů, cost-utility analysis
2.5.3.2 Jaká je zkušenost týmů a jejich klientů s fungováním služeb ED/EI?			
Pozitivní i negativní zkušenosti týmů a jejich klientů	Pracovníci Klienti	Skupinové a individuální rozhovory, GAF, HoNOS, PANSS-6, AQoL-8D	Otevřené kódování Kvantitativní analýza (pre-post), kohort. stud.
Přispěla služba k lepší/srovnatelné úrovni globálního a sociálního fungování klientů?			
Globální a sociální fungování	Klienti/pracovníci	GAF, HoNOS	Prospektivní kohortová studie
Přispěla služba k lepší/srovnatelné úrovni kvality života?			
Klientem reportovaná úroveň kvality života	Klienti	AQoL	Prospektivní kohortová studie
Přispěla služba k lepší/srovnatelné úrovni symptomů nemoci?			
Úroveň symptomů psychotického onemocnění	Klienti/pracovníci	PANSS-6	Prospektivní kohortová studie
Přispěla služba k lepší/srovnatelné úrovni sociální situace?			
Odpracované hodiny	Klienti/pracovníci	SKPS	Prospektivní kohortová studie
Přispěla služba k redukcí počtu hospitalizačních dnů?			
Počet hospitalizačních dnů	Klienti/pracovníci	SKPS	Prospektivní kohortová studie
Přispěla služba k redukcí doby neléčené psychózy?			
DUP	Klienti	NUDZ DUP	Prospektivní kohortová studie
Jakou úroveň měla fidelita služby?			
Fidelita	Intervenční týmy Administrativní data	FEPS-FS-1.0	Studie fidelity
2.5.3.3 Jakých nezamýšlených a nežádoucích dopadů bylo dosaženo?			
Zkušenosti klientů, týmů a stakeholderů	Klienti Pracovníci Stakeholderi	Skupinové a individuální rozhovory	Otevřené kódování
2.5.4 Jakým způsobem byla zajištěna udržitelnost projektu			
2.5.4.1 Jakým způsobem by měly služby ED/EI fungovat v dalším období po skončení projektu?			
Zkušenosti klientů, týmů a stakeholderů	Klienti Pracovníci Stakeholderi	Skupinové a individuální rozhovory	Otevřené kódování
2.5.4.2 Jakým způsobem bude zajištěno financování týmů ED/EI po skončení projektu?			
Informace od stakeholderů	Stakeholderi	Individuální rozhovory	Otevřené kódování



Pro evaluaci bylo zvoleno několik evaluačních přístupů, pro přehlednost je rozdělujeme do tří hlavních skupin. Jedná se o klinické hodnocení, ekonomickou evaluaci (micro-costingová studie, analýza nákladové efektivity), šetření fidelity a kvalitativní evaluaci (založené na skupinových diskuzích a rozhovorech s klienty, týmy, stakeholdery). V průběhu projektu bylo spuštěno takzvané Průřezové šetření doby neléčené psychózy v zařízeních psychiatrické péče v ČR, v souvislosti s dopady globální pandemie covid-19 byla realizace zrušena. Další části plánované evaluace se ale podařilo realizovat, některé výstupy budou dále rozpracovány v podobě odborných publikací.

4.1 Klinické hodnocení

Hodnocení je založeno na designu prospektivní kohortové studie, přičemž kohorta je definovaná vstupem do služby, tedy sepsáním informovaného souhlasu s účastí ve VIZDOM. Cílem bylo ověřit, zda služba má pozitivní dopad v klíčových oblastech spojených se zdravím klienta, tedy globálním a sociálním fungováním, zdravotním stavem, počtem hospitalizačních dní a sociální situací klienta.

4.1.1 Participantí a sběr dat

Pro vstup do služby byla stanovena kritéria, která jsou uvedena v obrázku č. 7. Jedná se o věk a vymezený region (okres), respektive příslušnost k některé ze skupin (ARMS a FEP, respektive F2). Kategorizace do cílových skupin probíhá v rámci vstupního mapování při vstupu do služby.

Obrázek 7. Kritéria pro vstup klienta do služby

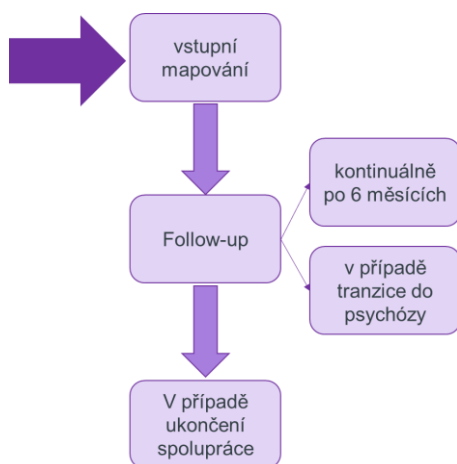


Informace pro evidenci byly kontinuálně zaznamenávány intervenčními pracovníky v systému Highlander. Záznamy zahrnovaly informace o klientech, odborných výkonech i data pro kvantitativní část evaluace. Kompletnost byla průběžně kontrolována pracovníky interního odborného týmu.

Klienti zařazení do evaluační studie podstoupili sérii evaluačních měření, a to vždy při vstupu do služby (vstupní mapování – m1) a následně vždy v intervalu šesti měsíců a navíc při ukončení spolupráce (m1 až m3). Základní schéma je uvedeno v obrázku č. 8.

Jako součást výsledků je prezentováno také srovnání výsledků VIZDOM se službou CDZ. Konkrétně se jednalo o data získaná v rámci evaluace projektu CDZ, jehož realizace časově korespondovala s projektem VIDZOM. Obě služby v některých aspektech srovnatelné (například komunitní styl práce, design evaluace), v některých ohledech se služby liší. Tento rozdíl se týká například cílové skupiny, služba CDZ není specificky cílena na skupinu ARMS, centra zároveň o této skupině nereportují specifická data. Pro potřeby této analýzy byly v rámci skupiny CDZ do kategorie ARMS zařazeni pacienti s jinou primární diagnózou, než je F2.

Obrázek 8. Schéma sběru dat (mapování) na úrovni jednotlivého klienta



Pro sběr dat bylo v návaznosti na projekt MERRPS a rozhodnutí expertních platforem využito několik standardizovaných nástrojů, dále je uveden jejich popis. Základní množina nástrojů (GAF, HoNOS a AQoL) je shodným způsobem využívána v síti CDZ, proto je možné zjištěné výsledky porovnávat.

SKPS

Z anglického CSRI (*Client Service Receipt Inventory*) [1] je výzkumný nástroj určený pro záznam základních sociodemografických charakteristik klienta a také k monitoringu konzumace služeb. Jsou sledovány informace spojené s konzumací hospitalizační péče a komunitních služeb. Primárně je určen pro osoby s onemocněním z okruhu schizofrenie.

GAF

Škála globálního fungování (*Global Assessment of Functioning Scale*) [2] je nástrojem používaným k hodnocení celkového fungování pacienta. Mezi sledované oblasti patří závažnost symptomů a fungování v různých oblastech života. Hodnocení probíhá na škále 0–100, přičemž 0 značí absolutní nefunkčnost a 100 plnou funkčnost. Hodnoceno je období za poslední týden a doba administrace zpravidla nepřesahuje 5 minut.

HoNOS

Nástroj HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) [3, 4] hodnotí funkčnost a problémy pacienta ve dvanácti oblastech jako je například agresivita a agitovanost, kognitivní problémy nebo problémy se zapojením atd. Každá z položek je hodnocena 0-4 body, celkové skóre může nabývat hodnot 0-38, přičemž vyšší hodnota svědčí o vyšší míře problémů. Metoda je vhodná jak pro posuzování zdravotního stavu pacienta v rutinní praxi, tak pro sledování výsledků léčby. Doba administrace trvá přibližně 15 minut. Posuzuje se období posledních 14 dní v životě pacienta.

AQoL-8D a AQoL-6D

Dotazníky AQoL (*The Assessment of Quality of Life*) [5] jsou určeny k měření kvality života související se zdravím. Byly navrženy pro použití při analýzách nákladů a užitku ve zdravotnictví. V rámci šetření jsou použity verze AQoL-8D a AQoL-6D, které se zaměřují na měření kvality života celkem v 8, respektive 6 dimenzích. Verze AQoL-8D obsahuje 35 položek, kratší verze má o 15 položek méně. V případě delší jsou sledovány domény - samostatné bydlení, smysly, bolest, duševní zdraví, štěstí, vlastní hodnota, zvládnání, vztahy. Jednotlivé dimenze i celkový výsledek je možné přepočítat do podoby standardizovaného skóre, které nabývá hodnot 0-100, přičemž vyšší hodnota znamená vyšší kvalitu života.



Všechny verze dotazníku AQoL vyplňuje respondent samostatně, v případě potřeby je možná administrace za asistence tazatele. Doba vyplňování by měla trvat asi 10–20 minut. V případě, že stav pacienta neumožní vyplnit standardní 8D verzi (ta by měla být administrována primárně), je použita zkrácená verze AQoL-6D, která obsahuje 20 otázek a jejíž vyplnění trvá přibližně 5–10 minut. Pokud pacient nemůže vyplnit ani tu, nástroj není administrován.

PANSS-6

Škála pozitivních a negativních příznaků 6 (*Positive and Negative Syndrome Scale 6*) [6] je zkrácenou verzí široce používané metody pro hodnocení pozitivních a negativních symptomů u psychotických onemocnění. Mezi sledované symptomy patří bludy (P1), konceptuální dezorganizace (P2), halucinační chování (P3), citová oploštělost (N1), pasivní/apatické sociální stažení (N4), ztráta spontaneity a plynné konverzace (N6). Každý symptom je hodnocený na škále 1–7 podle příslušných kritérií. Celkové skóre za šest položek může nabývat hodnot 6–42. Vyšší hodnota svědčí o výraznějším rozvoji psychotické symptomatiky a tedy zhoršení psychického stavu. Hodnotitel posuzuje závažnost těchto symptomů v posledním týdnu pacienta. Délka administrace je přibližně 15 minut.

NUDZ DUP

Vodítka pro odhad doby neléčené psychózy (DUP je zkratkou termínu *duration of untreated psychosis*) byla navržena v rámci VIZDOM po vzoru výzkumných nástrojů, které k měření doby neléčené psychózy využívají symptomatologii dle PANSS. Jsou sledovány vybrané pozitivní symptomy, jedná se o bludy (P1), konceptuální dezorganizaci (P2) a halucinační chování (P3). Hodnocení je zaměřeno retrospektivně, tedy do minulosti pacienta. Nástroj má formu klinického rozhovoru. Cílem je odhadnout dobu mezi momentem, kdy kterýkoli z uvedených symptomů dosáhl minimální stanovené intenzity, a okamžikem přijetí do léčby. Délka administrace je přibližně 10 minut.

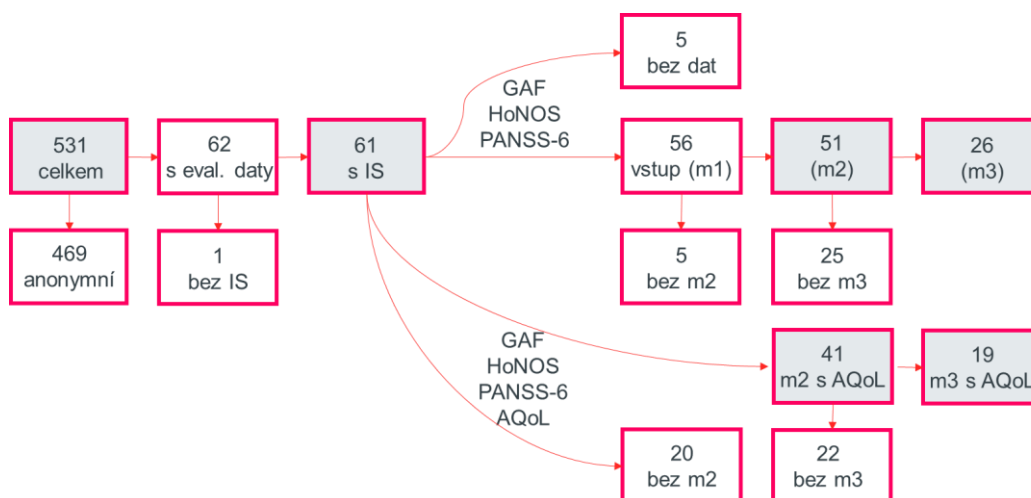
CAARMS

Nástroj (*Comprehensive Assessment of At Risk Mental States*) [7] lze použít k identifikaci rizika rozvoje psychotického onemocnění, případně identifikovat závažnost onemocnění. Je sledováno několik kategorií jako neobvyklý myšlenkový obsah, nebizarní bludy, poruchy vnímání, dezorganizovaná řeč a fungování, případně agresivita a suicidalita.

4.1.2 Výsledky

V rámci projektu VIZDOM bylo podpořeno celkem 531 osob ze skupiny klientů, z toho 61 případů, tedy asi 11 % se zapojilo do evaluační studie. Převážně se jedná o klienty, kteří službu využili ve větším rozsahu a mohli z ní adekvátním způsobem benefitovat. V obrázku č. 9 uvádíme podrobnější schéma toho, v jakých počtech se klienti zapojili do jednotlivých fází sběru dat.

Obrázek 9. Schéma klientů, kteří se zapojili do různých částí evaluační studie



IS = informovaný souhlas, m1 = první měření, m2 = druhé měření, m3 = třetí měření

Deskriptivní charakteristiky

Pokud jde o základní charakteristiky vzorku (tabulka č. 8) většina klientů byla tvořena muži, a největší část patřila do skupiny mezi 25-34 roky, tedy zhruba na přelomu mladší a střední dospělosti. Zároveň platí, že většina klientů byla kategorizována do skupiny v první epizodě (FEP), případně v léčbě a pouze menší část byla v riziku onemocnění (ARMS).

Tabulka 8. Základní charakteristiky klientů VIZDOM

	Všichni s IS	m2	m3
n	61 (100 %)	51 (100 %)	26 (100 %)
Pohlaví			
Muž	35 (57 %)	30 (59 %)	14 (54 %)
Žena	26 (43 %)	21 (41 %)	12 (46 %)
Věková skupina			
16-18	12 (20 %)	10 (20 %)	6 (23 %)
19-24	12 (20 %)	11 (22 %)	4 (15 %)
25-34	21 (34 %)	16 (30 %)	9 (35 %)
35-51	13 (21 %)	12 (24 %)	6 (23 %)
Chybí	3 (05 %)	2 (04 %)	1 (04 %)
Cílová skupina			
ARMS	9 (15 %)	9 (18 %)	5 (19 %)
FEP	20 (33 %)	18 (35 %)	8 (31 %)
V léčbě	23 (37 %)	4 (08 %)	2 (08 %)
Jiné	9 (15 %)	20 (39 %)	11 (42 %)

Pre-post srovnání

Jedním ze základních přístupů, jak vyhodnotit efekt intervence, může být srovnání hodnot vybraných ukazatelů před zahájením intervence a po určité době jejího čerpání. Při srovnání hodnot první a druhé vlny měření, tedy při vstupu a po šesti měsících čerpání služby (pre-post) můžeme vidět řadu statisticky významných výsledků. Jedná se o výsledky nástrojů GAF, HoNOS, PANSS-6 a AQoL-8D, a navíc srovnání počtu hospitalizačních dnů a odpracovaných hodin během tří měsíců, které předcházely danému měření. Tyto informace byly získány pomocí nástroje SKPS. V doménách GAF (globální fungování), HoNOS (problémy související s duševním zdravím), PANSS-6 (pozitivní a negativní symptomy psychózy) a hosp. dnů proběhlo signifikantní zlepšení. Zároveň platí, že došlo k přibližně 75% redukci hospitalizačních dnů a 35% nárůst odpracovaných hodin.

Tabulka 9. Výsledky – 6 měsíců ve službě

Ukazatel	Měření	N	M	Med	SD	Min	Max	p
GAF	1.	51	48.2	47	16.1	16	84	0.000
	2.	51	60.4	65	16.9	18	88	
HoNOS	1.	51	13.1	12	6.6	2	34	0.017
	2.	51	9.5	10	6.6	0	24	
PANSS-6	1.	51	15.5	14	6.2	6	31	0.002
	2.	51	11.9	11	5.3	6	25	
AQoL-8D	1.	41	62.5	63.4	14.1	34.5	92.3	0.118
	2.	41	67.6	69.0	15.2	31.7	95.1	
Hospitalizační dny (poslední 3 měsíce)*	1.	51	19.3	0	28.6	0	90	0.003
	2.	51	4.9	0	18.1	0	90	
Odpracované hodiny (poslední 3 měsíce)*	1.	51	58.7	0	130.8	0	510	0.468
	2.	51	79.2	0	151.7	0	504	

*podle dat z SKPS; N = velikost vzorku, M = průměr, Med = medián, SD = směrodatná odchylka, Min = minimum, Max = maximum, p = p-hodnota (wilcox test)

Při srovnání hodnot získaných na vstupu a po 12 měsících ve službě je patrné signifikantní zlepšení dle GAF, PANSS-6 a hospitalizačních dnů. Zároveň je možné pozorovat přibližně 80% redukci v doméně hospitalizačních dnů a 60% nárůst odpracovaných hodin (tabulka č. 10).

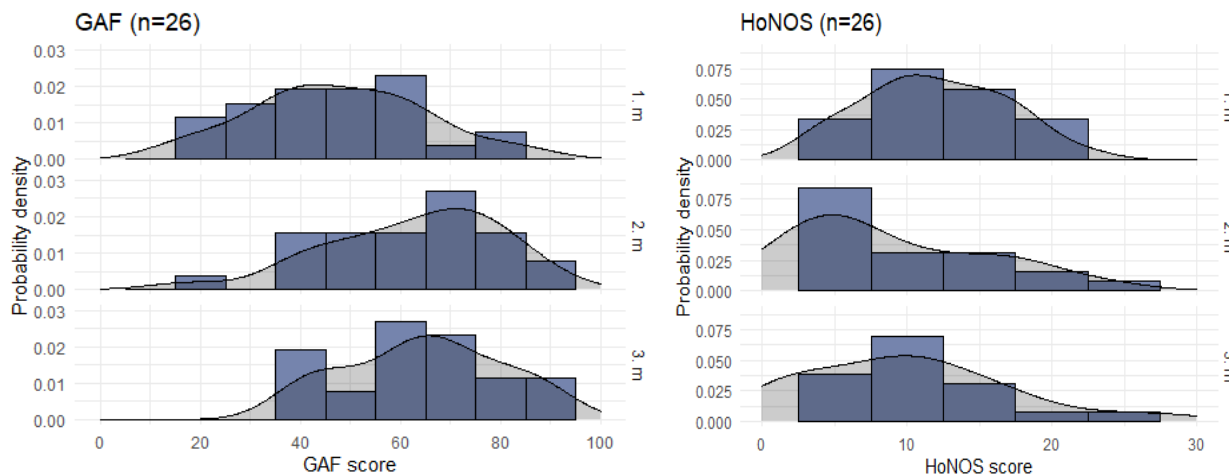
Tabulka 10. Výsledky – 12 měsíců ve službě

Ukazatel	Měření	N	M	Med	SD	Min	Max	p
GAF	1.	26	47.8	47	17.3	16	84	0.001
	3.	26	64.7	65	15.5	39	90	
HoNOS	1.	26	13.6	12.5	7.5	4	34	0.083
	3.	26	9.9	10.5	7.0	0	28	
PANSS-6	1.	26	15.0	14	5.6	7	28	0.002
	3.	26	10.7	9.5	5.4	6	25	
AQoL-8D	1.	19	63.1	64.8	13.9	34.5	85.2	0.072
	3.	19	71.6	71.8	14.4	47.2	96.5	
Hospitalizační dny (poslední 3 měsíce)*	1.	26	20.3	0	33.3	0	90	0.029
	3.	26	3.5	0	17.7	0	90	
Odpracované hodiny (poslední 3 měsíce)	1.	26	64.8	0	154.9	0	510	0.422
	3.	26	104.0	0	192.0	0	660	

*podle dat z SKPS; N = velikost vzorku, M = průměr, Med = medián, SD = směrodatná odchylka, Min = minimum, Max = maximum, p = p-hodnota (wilcox test)

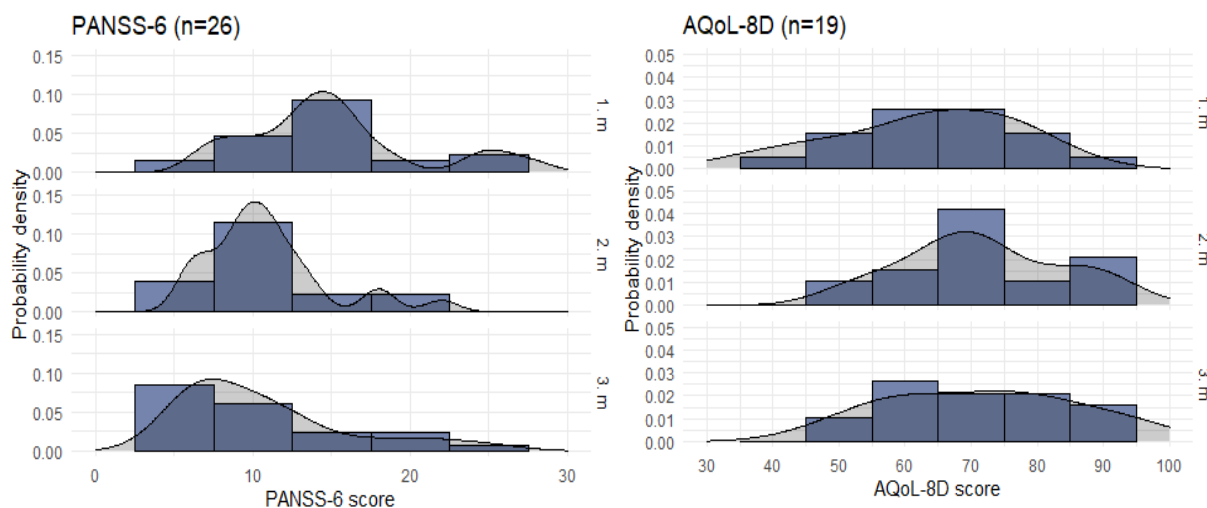
V obrázcích 10. – 11. uvádíme grafy reprezentující data z prvního až třetího měření. Z grafů je patrná změna hodnot dosažených na jednotlivých škálách v souvislosti s číslem měření (délkou čerpání služby).

Platí, že s narůstajícím číslem měření jsou zastoupené spíše vyšší hodnoty GAF, to ukazuje na vyšší úroveň globálního fungování v souvislosti s délkou čerpání služby. Ve druhém případě jsou s narůstajícím číslem měření zastoupeny spíše nižší hodnoty celkového skóre HoNOS. To ukazuje na zastoupení nižších intenzit problémů ve sledovaných oblastech v souvislosti s délkou čerpání služby. Vynásobením zjištěné hustoty pravděpodobnosti šířkou daného sloupce (10 v případě GAF a 5 v případě HoNOS) je možné odvodit procentuální zastoupení případů v jednotlivých sloupcích.



Obdobnou situaci je možné pozorovat u PANSS-6 a AQoL-8D. S narůstajícím číslem měření jsou zastoupené spíše nižší hodnoty PANSS-6, to ukazuje na menší výskyt psychotické symptomatiky v souvislosti s délkou čerpání služby. V případě AQoL-8D jsou s narůstajícím číslem měření zastoupené spíše vyšší hodnoty AQoL-8D, to znamená změnu v úrovni kvality života v souvislosti s délkou čerpání služby, která je ovšem méně výrazná v porovnání s předchozími nástroji. Vynásobením zjištěné hustoty pravděpodobnosti šířkou daného sloupce (5 v případě PANSS-6 a 10 v případě AQoL-8D) je možné odvodit procentuální zastoupení případů v jednotlivých sloupcích.

Obrázek 11. Výsledky PANSS-6 a AQoL-8D v průběhu jednotlivých měření





Srovnání se službou CDZ

V rámci evaluace bylo realizováno také srovnání klinických dopadů služby VIZDOM se službou CDZ. Jelikož realizace obou projektů (VIZDOM a CDZ II) časově korespondovala (2Q 2018-2Q 2021 v případě CDZ II), srovnání je na místě. Zároveň je potřeba připomenout odlišné role obou služeb. Rozdíl byl například v tom, že klienti v riziku závažného duševního onemocnění tvořili pouze jednu z cílových skupin CDZ. V některých ohledech se tedy obě služby značně liší, v jiných aspektech jsou naopak srovnatelné, například pokud jde o model evaluace a použité nástroje.

Podmínkou pro zařazení jedince do srovnání byla kompletní data GAF, HoNOS a AQoL-8D z prvního a druhého měření a zároveň maximální věk 51 let, což bylo maximum v případě vzorku VIZDOM. Přestože síť CDZ byla výrazně větší (16 center) než VIZDOM (3 týmy), vzhledem k fragmentaci při reportingu dat bylo do zkoumaného vzorku CDZ zařazeno relativně málo klientů (n = 75).

V případě pohlaví jsou obě skupiny srovnatelné, zhruba 60 % v obou případech tvořili muži. Vzhledem k tomu, že CDZ nereportují specifická data v případě klientů ze skupiny ARMS, do této skupiny byli všichni klienti CDZ s jinou kategorií hlavní diagnózy než je F2. Pro potřeby této analýzy tedy byly v rámci skupiny CDZ do kategorie ARMS zařazeni pacienti všichni klienti s jinou diagnózou. Ve skupině CDZ zároveň absentují klienti mladší osmnácti let a celkově jsou zastoupeni jedinci ve vyšším věku (tabulka č. 11).

Tabulka 11. Základní charakteristiky klientů VIZDOM a CDZ, alespoň dvě měření

Kategorie		VIZDOM	CDZ
	n	41 (100 %)	75 (100 %)
Pohlaví	Ženy	17(42 %)	31 (41 %)
	Muži	24 (58 %)	44 (59 %)
Dg. kat.	ARMS	7 (17 %)	19 (25 %)*
	FEP	14 (34 %)	3 (04 %)
	V léčbě	17 (42 %)	40 (53 %)
	Ostatní	3 (07 %)	13 (18 %)
Věk	16-18	7 (17 %)	0 (00 %)
	19-24	7 (17 %)	13 (17 %)
	25-35	14 (34 %)	20 (27 %)
	35-51	11 (29 %)	42 (56 %)
	NA	2 (05 %)	0 (00 %)

Kritéria: m1 a m2 GAF, HoNOS a AQoL; věk 16-51*

Ze srovnání výsledků použitých škál je patrné, že klienti VIZDOM, měli v době vstupu do služby v porovnání se vzorkem CDZ v průměru nižší úroveň globálního fungování a kvality života a naopak více zdravotních problémů souvisejících s duševním zdravím. Zároveň je patrné, že po šesti měsících u skupiny VIZDOM došlo k výraznějšímu zlepšení, které bylo v případě GAF a HoNOS statisticky signifikantní (tabulka č. 12).

Tabulka 12. Srovnání GAF, HoNOS a AQoL v případě VIZDOM a CDZ, měření 1 a 2

Nástroj	VIZDOM			CDZ		
	1. m (prům)	2. m (prům)	p	1. m (prům)	2. m (prům)	p
GAF	48.3	61.1	0.000	52.2	54.1	0.369
HoNOS	12.9	9.1	0.017	8.9	8.7	0.709
AQoL-8D	62.5	67.6	0.118	65.7	67.9	0.286

Kritéria: m1 a m2 GAF, HoNOS a AQoL; věk 16-51*

Doba neléčené psychózy

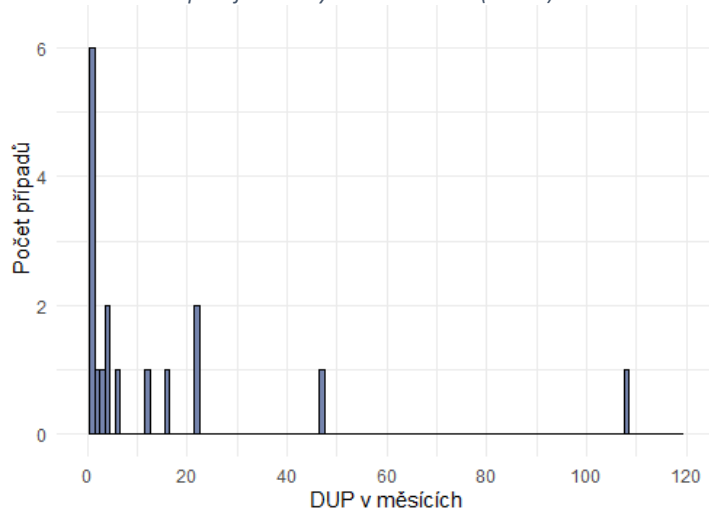
Z celkem 61 klientů, kteří se zapojili do evaluační studie VIZDOM bylo 20 ve skupině FEP, tedy v první epizodě psychotického onemocnění a v případě 18 z nich jsou k dispozici data o době neléčené psychózy (Duration of Untreated Psychosis, DUP).

Doba neléčené psychózy je důležitá pro celkovou prognózu psychotického onemocnění. Má významný vliv na míru rozvinutí symptomů, dobu nutnou pro dosažení remise, riziko relapsu, fungování a celkovou reakci na léčbu. Jedním z důležitých cílů programů včasné intervence je právě snížení doby neléčené psychózy. Ze situační analýzy projektu VIZDOM vyplynulo, že člověk s psychotickým onemocněním vyhledává odbornou pomoc zpravidla pozdě, a to ve chvíli, kdy jsou projevy psychózy plně rozvinuté.

Vzhledem k tomu, že v českém prostředí není využívána žádná standardizovaná metoda pro odhad DUP, v rámci projektu VIZDOM byl vytvořen nástroj s pracovním názvem NUDZ DUP. Vodítka byla navržena po vzoru nástrojů, které k odhadu doby neléčené psychózy využívají symptomatologii dle Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS). Jsou sledovány vybrané pozitivní symptomy, jedná se o bludy (P1), konceptuální dezorganizaci (P2) a halucinační chování (P3). Hodnocení je zaměřeno retrospektivně a má formu klinického rozhovoru. Cílem je odhadnout dobu mezi momentem, kdy kterýkoli z uvedených symptomů dosáhl minimální stanovené intenzity a okamžikem přijetí do léčby.

Z výsledků je patrné, že celkem 67 % (12/18) klientů bylo detekováno do 6 měsíců od prvních projevů jasně psychotických symptomů. Pokud předpokládáme, že největší benefity z léčby lze očekávat během prvních dvou let rozvoje psychotického stavu, zachycení většiny daných případů během prvních šesti měsíců, lze pokládat za velmi dobrý výsledek. V obrázku č. 12 je vidět zastoupení jednotlivých hodnot.

Obrázek 12. Zastoupení jednotlivých hodnot DUP (n = 18)



4.2 Ekonomická část evaluace

Ekonomická část evaluace je členěna do dvou kapitol, jedná se o rekalkulaci jednotkových nákladů a hodnocení efektu vůči nákladům projektu. Více podrobností k oběma kapitolám je prezentováno v dokumentu „Komplexní zpráva o zkušenosti s implementací ED a EI služeb v ČR a jejich cost-efektivitě, rekalkulace jednotkových nákladů“. Závěrečné výsledky budou zpracovány po skončení projektu VIZDOM až s odstupem v podobě odborného výstupu, a to vzhledem k možnosti zhodnocení ekonomického dopadu po určité době.



4.2.1 Rekalkulace jednotkových nákladů

Micro-costingové studie shromažďují podrobné údaje o využívaných zdrojích a jejich hodnotě. Studie jsou užitečné pro odhadování nákladů nových technologií nebo nových intervencí. Zahrnují „přímý výčet a kalkulaci každého vstupu spotřebovaného při léčbě konkrétního pacienta“ [8] a lze je tak porovnat se studii hrubých nákladů, ve kterých průměrné náklady na pacienta jsou zhodnoceny pomocí regionálních nebo národních dat. Výsledky těchto studií mohou být prezentovány samostatně nebo být použity jako vstupy do analýzy nákladové efektivity.

Důvodem provedení micro-costingové studie v rámci projektu VIZDOM je pilotní zavádění služeb ED/EI v České republice. Tyto služby nejsou v současné době hrazené z veřejného rozpočtu.

Použité metody

Kalkulace jednotkových nákladů byla provedena dle standardů Fricka a kolektivu. [9] V případě hodnocení projektu VIZDOM byla využita metoda vyplňování záznamových listů. [10] Všichni pracovníci v každém týmu po dobu 14 dnů zaznamenávali aktivity, které v průběhu každého dne vykonávali. K záznamu bylo využito celkem 43 různých aktivit, a to v podobě 15 minutových intervalů. Ve srovnání se záznamy v administrativní databázi projektu je tento druh evidence přesnější, typicky umožňuje například záznam aktivit, které nelze přiřadit k jednotlivým klientům. V kombinaci s daty z administrativní databáze projektu (informace z projektového rozpočtu, záznamy o výkonech z databáze Highlander) bylo možné získat podrobné informace o aktivitách jednotlivých pracovníků, respektive jednotkových nákladech.

Vstupy do analýzy

Náklady byly vypočítány z níže popsanych položek

1) Osobní náklady osob poskytující intervenci (s přepočtem ze superhrubé mzdy):

- Zdravotní Pracovník 2 osoby 1,0 úvazku 33 měsíců
- Psycholog/Psychiatr 3 osoby 1,0 úvazku 33 měsíců
- Sociální pracovník 4 osoby 1,0 úvazku 33 měsíců

a) Úvazkové složení týmů:

- Praha – psycholog (1,0), sociální pracovník (2,0)
- Plzeň – psychiatr (0,25), psycholog (0,75), zdravotní sestra (1,0), sociální pracovník (1,0)
- Blansko – psychiatr (0,5), psycholog (0,5), zdravotní sestra (1,0), sociální pracovník (1,0)

V rámci analýzy byl proveden výpočet nákladů pro intervenci obsahující přímou práci a práci přímou a nepřímou.

b) Intervence (přímá práce):

- Krizová intervence
- Asistence a doprovod
- Edukace
- Psychoterapie
- Sociální poradenství
- Diagnostika, screening, výzkumné nástroje
- Informování o EI službě
- Mapování situace
- Podpurný hovor
- Plánování případu
- Příprava na schůzku
- Cesta



- Čekání
- Neuskutečněné setkání
- Zápis do Highlanderu
- Doporučení dalších služeb
- Komunikace/porada s jinou službou
- Předávací schůzka s jinou službou
- c) Intervence (Nepřímá práce)
 - Interní porada týmu
 - Metodická porada
 - Supervize
 - Projektové setkání
 - Administrativní práce
 - Přestávka-pauza

2) Supervize

3) Nájem

4) Administrativní náklady

5) Provozní náklady

Do výpočtu nákladů nebyly zahrnuty náklady na vývoj projektu, edukaci týmů, zahraniční cesty v rámci projektu a lokální cestovné.

Předběžné výsledky analýzy

Celkově vyčíslené náklady na celou intervenci včetně přímé a nepřímé práce a všech doplňkových nákladů činily 10 569 535,74 Kč. Po zhodnocení časové investice na jednotlivé úkony intervenčního týmu a na poměr času vynaloženého mezi klienta a rodinné příslušníky byly náklady na intervenci pro jednoho klienta vyčíslené ve výši 14 915 Kč a pro jednoho rodinného příslušníka celkem 8 774 Kč. Nejnákladnější položkou v intervenci je „asistence a doprovod“, a to z důvodu vysoké časové náročnosti (18 hod./měsíc) a poměrově malému využívání (pouze 66x/projekt). Nejlevnější položkou je pak „informování o EI službě“ díky její krátké časové náročnosti (3,25hod./měsíc) a vysoké míře čerpání (435x).

4.2.2 Hodnocení efektu vůči nákladům projektu

K doplnění vstupů hodnocení nákladové efektivity byl pro měření kvality života využit dotazník AQoL-8D. Dle srovnání průměrů po časové investici půl roku byl ve všech doménách AQoL-8D utility score vidět pozitivní trend s celkovým posunem z hodnoty 0,52 (SD 0,21) na 0,60 (SD 0,22) (tabulka č. 13).

Tabulka 13. Struktura a složení jednotlivých domén

Doména	Průměr	SD	Průměr	SD	p
1. Samostatné bydlení	0,81	0,15	0,83	0,14	0,50
2. Smysly	0,56	0,18	0,63	0,19	0,41
3. Bolest	0,51	0,14	0,59	0,18	0,04
4. Duševní zdraví	0,60	0,18	0,65	0,18	0,12
5. Štěstí	0,58	0,12	0,63	0,14	0,03
6. Vlastní hodnota	0,63	0,18	0,67	0,19	0,09
7. Zvládnání	0,81	0,20	0,85	0,22	0,20
8. Vztahy	0,77	0,18	0,85	0,14	0,14
fyzická superdimenze	0,65	0,21	0,72	0,21	0,32
mentální superdimenze	0,21	0,15	0,27	0,20	0,10
AQoL-8D Utility Score	0,52	0,21	0,60	0,22	0,10



Pro přepočítání hodnocení nákladové efektivity byly následně přepočteny hodnoty AQoL-8D na jednotky quality adjusted life-years (QALY). Quality-adjusted life year (QALY) je obecným měřítkem zátěže nemocí, zahrnující jak kvalitu, tak kvantitu prožitého života. Používá se v ekonomickém hodnocení k posouzení hodnoty intervencí. Jeden QALY se rovná jednomu roku v dokonalém zdraví. Skóre QALY se pohybuje od 1 (dokonalé zdraví) do 0 (mrtvé). QALY lze použít k informování o krytí zdravotním pojištěním, rozhodnutí o léčbě, hodnocení programů a stanovení priorit pro budoucí programy.

V rámci přepočtu hodnocení na půl rok intervence byla hodnota 0.5 QALY stanovena na 0,28. Ve srovnání v kontextu České republiky s předešlou studií² je tento výsledek nižší. Ve studii zmíněné v první části byla hodnota 0.5 QALY stanovena na 0,385 (Roční QALY 0,77) u pacientů užívajících komunitní péči a 0.5 QALY 0,4 (Roční QALY 0,80) u pacientů v klasické nemocniční péči. Náklady na péči intervence VIZDOM byly stanoveny na 14 915 Kč (EUR 606). Náklady na propuštění do komunitní péče byly u zmíněné studie stanoveny na EUR 4 251,5 (roční náklady: EUR 8 503) a EUR 8 212,5 (roční náklady: EUR 16 425) za klasickou nemocniční péči [11]. I přes limitní možnost srovnání obou studií z důvodů jiného vzorku, doby provedení a vědeckého designu můžeme usuzovat, že intervence poskytnutá v režimu ED a EI je oproti klasickým způsobech péče efektivnější. Toto může být vysvětleno zejména nižšími náklady na poskytnutou službu.

4.3 Šetření fidelity

Škála fidelity FEPS-FS (First Episode Psychosis Services Fidelity Scale) [12] je určená k měření kvality služeb v oblasti psychiatrické péče zaměřených na klienty v rané fázi psychotického onemocnění. Škála umožňuje zhodnotit, nakolik poskytované služby odpovídají mezinárodním standardům, a zároveň nakolik zprostředkovávají intervence založené na důkazech. Na základě šetření je možné identifikovat silné a slabé stránky implementace a formulovat doporučení pro zlepšení.

Pomocí škály FEPS-FS je hodnoceno celkem 35 oblastí, a to na základě dostupných údajů z metodiky programu, dat z interní dokumentace o poskytnutých intervencích a dat z rozhovorů s poskytovateli služby. Je ověřováno naplnění různých specifík poskytované služby. FEPS-FS představuje uznávanou zahraniční metodiku, její implementace do hodnocení VIZDOM proběhla z důvodu potřeby objektivního hodnocení. Šetření může přispět k rozvoji služby, a zároveň může přispět ke standardizaci napříč poskytovateli.

Od října do listopadu roku 2020 proběhla pilotní měření ve všech třech regionálních týmech VIZDOM. Hodnocení vedl člen výzkumného týmu společně s externím evaluátorem, který byl přizván z ED/EI týmů. Po konzultaci s autorem metody (Dr. Addington) bude ED/EI týmům poskytnuta individuální zpětná vazba. Na začátku roku 2022 proběhlo kontrolní hodnocení na základě dat z evidenčního systému. Cílem bylo identifikovat oblasti, ve kterých došlo ke zlepšení mezi prvním a druhým kolem.

4.3.1 Použitá metoda

FEPS škála se skládá z 35 komponentů, jejich výčet je uveden v příloze č. 1. Každý komponent je hodnocen na pětibodové Likertově škále, kde skóre 1 znamená neimplementováno a skóre 5 vyjadřuje úroveň plné implementace. Skóre 1 až 3 jsou označovány za neuspokojivé. Naopak hodnoty 4 až 5 jsou označovány za uspokojivé. Jednotlivé komponenty jsou rozříděny do 9 domén (rozdělení je uvedeno v příloze č. 2):

² Studie byla provedena na jiném vzorku, v jiný časový úsek a za využití jiných screeningových metod. Citace slouží pouze k možnému porovnání.

- 1) včasná identifikace
- 2) dostupnost služby
- 3) poskytování psychosociální intervence
- 4) farmakologické intervence
- 5) klinické hodnocení
- 6) fungování týmu
- 7) kontinuita péče
- 8) poskytování péče pro podporu zdraví
- 9) zajišťování fidelity

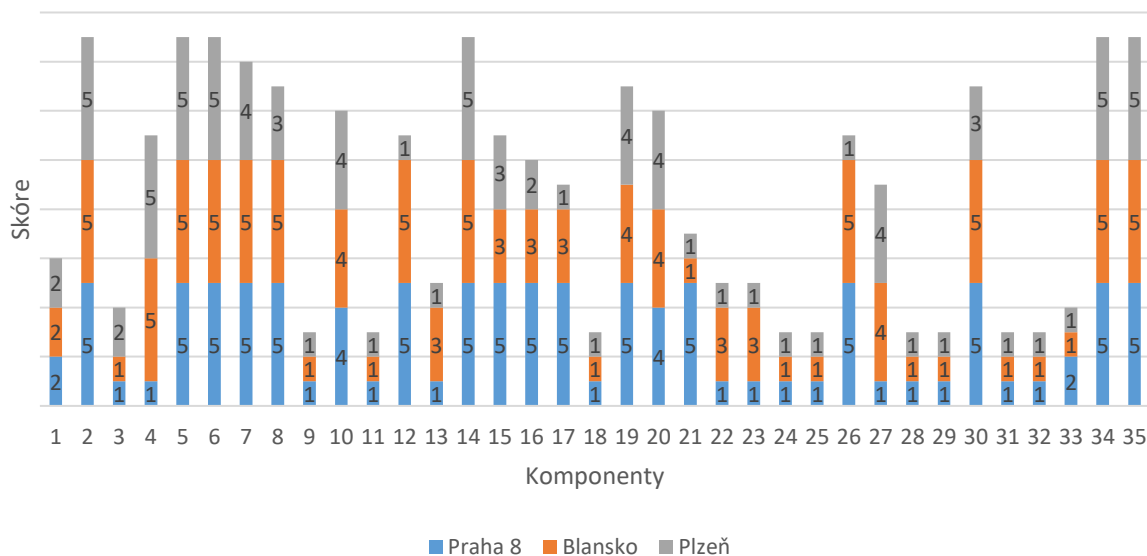
4.3.2 Sběr dat a analýza

Vyhodnocení bylo založeno na administrativních a epidemiologických datech, datech z interní dokumentace o poskytnutých intervencích a rozhovorech s členy ED/EI týmů. Primárním zdrojem administrativních dat byla metodika programu, která představuje podrobný popis služby a uplatňovaných postupů. Pro přehled roční incidence osob s poruchou schizofrenního spektra byla využita data z Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Pro vyhodnocení dat z interní dokumentace o poskytnutých intervencích byl proveden náhodný výběr deseti klientů s informovaným souhlasem. Součástí sběru dat byly dotazníky, které byly administrovány náhodně vybraným klientům; služby, jež byly poskytovány daným klientům; účast rodinných příslušníků klientů a služby, jež byly poskytovány rodinným příslušníkům. Pro realizaci rozhovorů s členy ED/EI týmů byly použity ukázkové otázky z FEPS manuálu. Hodnocení fidelity bylo provedeno dvěma členy výzkumného týmu a externím hodnotitelem, kterým byl člen jiného týmu. Pro zvýšení validity byly výsledky konzultovány s autorem FEPS škály.

4.3.3 První kolo hodnocení fidelity

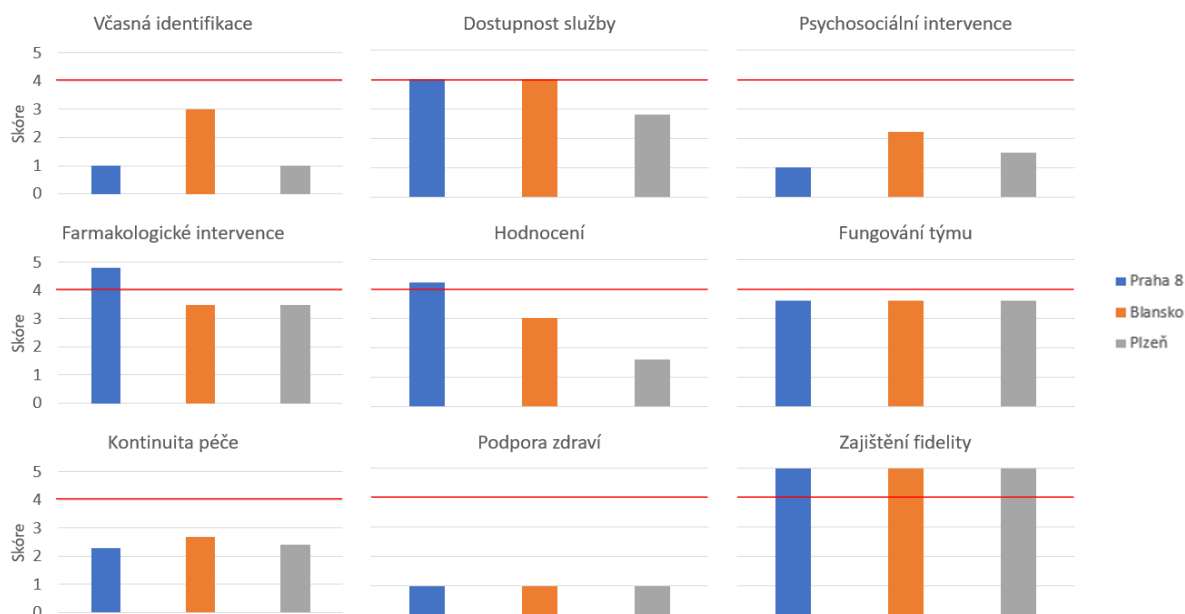
První kolo hodnocení fidelity proběhlo na podzim (říjen-listopad) roku 2020. Celkem 17 až 23 komponentů z 35 (lišilo se dle týmu) bylo hodnoceno neuspokojivě, jelikož přiřazené skóry nabývaly hodnoty v rozmezí 1 až 3. Naopak 12 až 18 komponentů (dle týmu) z 35 bylo hodnoceno uspokojivě, jelikož byly ohodnoceny skórem 4 až 5. Graf č. 1 znázorňuje skóry u jednotlivých komponentů napříč všemi ED/EI týmy.

Graf 1. Skóre u jednotlivých komponentů napříč všemi ED/EI týmy



Skóry u jednotlivých komponentů napříč ED/EI týmy byly v rámci další analýzy rozřazeny do domén a zprůměrovány. Průměrná hodnota domén zaměřených na včasnou identifikaci, poskytování psychosociální intervence, fungování týmu, kontinuitu péče a poskytování péče pro podporu zdraví byla neuspokojivá napříč všemi ED/EI týmy, jelikož průměrné skóre bylo nižší než 3. Naopak průměrné hodnoty domén hodnotících zajištění fidelity byly hodnoceny jako uspokojivé napříč všemi ED/EI týmy, jelikož se průměrné skóre pohybovalo mezi 4 až 5. Značné rozdíly napříč ED/EI týmy byly vyzorovány u domén týkajících se dostupnosti služby, poskytování farmakologických intervencí a hodnocení. Graf č. 2 znázorňuje průměrné skóre domén napříč ED/EI týmy.

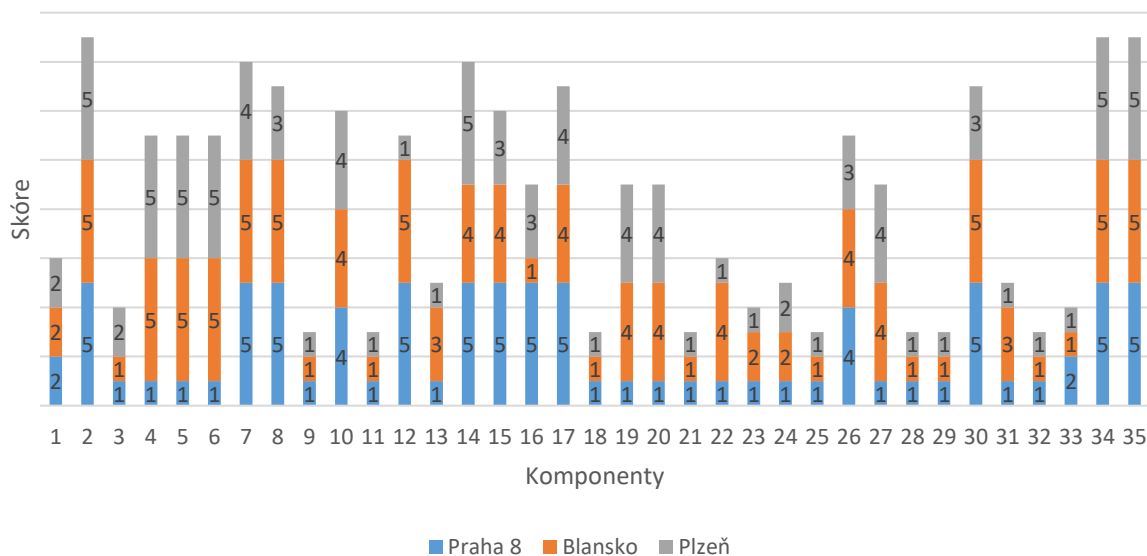
Graf 2. Průměrné skóre komponentů v jednotlivých doménách napříč ED/EI týmy



4.3.4 Druhé kolo hodnocení fidelity

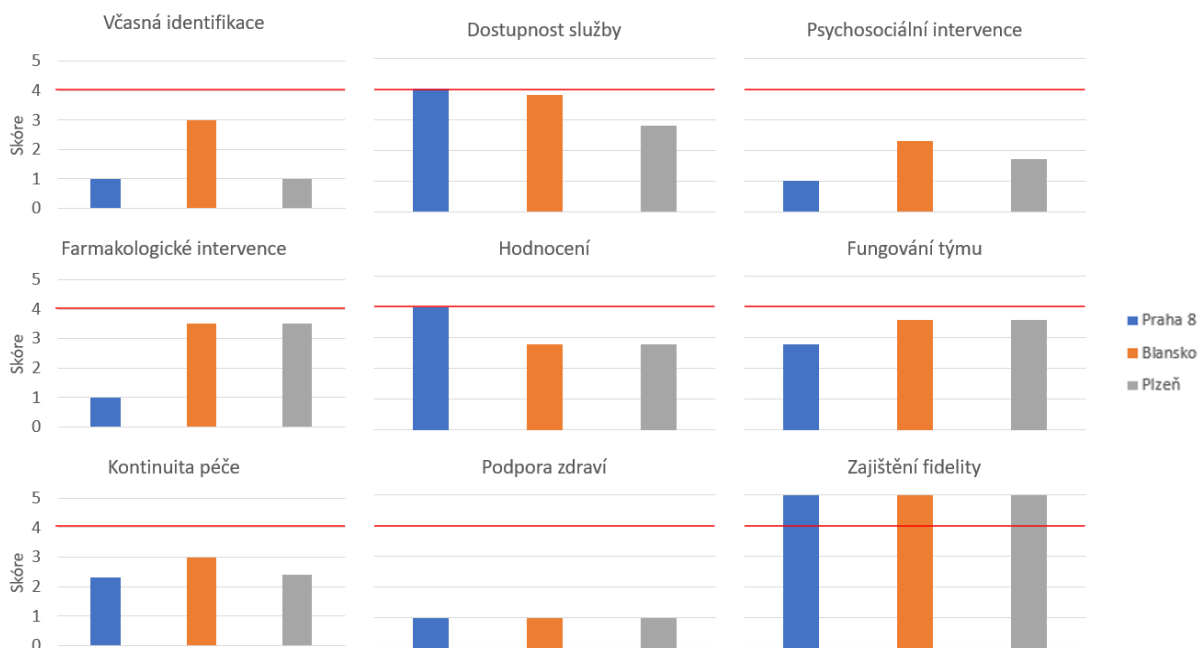
Druhé kolo hodnocení fidelity proběhlo v lednu roku 2022. 16 až 22 komponentů z 35 bylo hodnoceno neuspokojivě, jelikož obdržely skór v rozmezí 1 až 3. Naopak 13 až 19 komponentů z 35 bylo hodnoceny uspokojivě, jelikož obdržely skóre 4 až 5. Graf č. 3 znázorňuje skóry u jednotlivých komponentů napříč všemi ED/EI týmy.

Graf 3. Skóre u jednotlivých komponentů napříč všemi ED/EI týmy



Průměrná hodnota komponentů hodnotících včasnou identifikaci, poskytování psychosociální a farmakologické intervence, fungování týmu, kontinuitu péče a poskytování péče pro podporu zdraví byly hodnoceny jako neuspokojivé napříč všemi ED/EI týmy, jelikož průměrné skóre bylo nižší než 3. Naopak průměrné hodnoty komponentů hodnotících zajištění fidelity byly hodnoceny jako uspokojivé napříč všemi ED/EI týmy, jelikož průměrné skóre se pohybovalo mezi 4 až 5. Značné rozdíly napříč ED/EI týmy byly vyzorovány u domén týkajících se dostupnosti služby a hodnocení. Graf č. 4 znázorňuje průměrné skóre komponentů v jednotlivých doménách napříč ED/EI týmy.

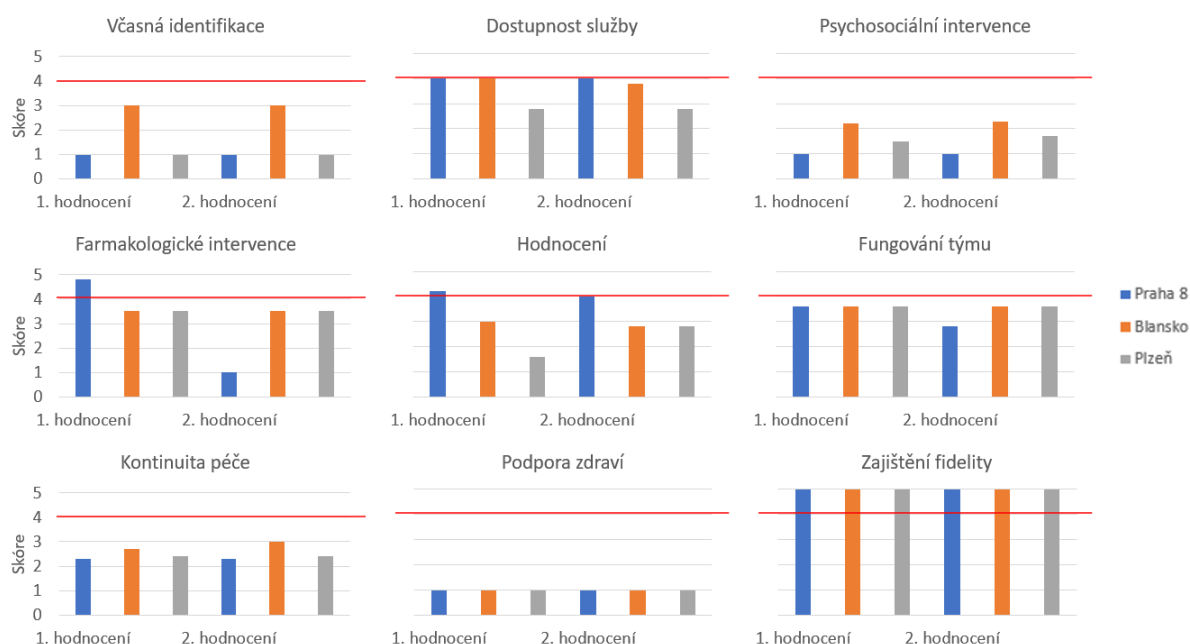
Graf 4. Průměrné skóre komponentů v jednotlivých doménách napříč ED/EI týmy



4.3.5 Srovnání prvního a druhého kola

Při srovnání 1. a 2. kola hodnocení došlo ke zlepšení u plzeňského týmu v oblasti administraci dotazníků v daném časovém rámci (tj. do 6 týdnů od podepsání informovaného souhlasu). Dále došlo ke zlepšení u blanenského týmu v oblasti kontinuity péče. V blanenském týmu bylo vyzorováno zhoršení v oblasti dostupnosti služby. Naopak u oblastí týkajících se včasné identifikace, poskytování psychosociálních intervencí, poskytování péče pro podporu zdraví a zajištění fidelity nedošlo k žádným změnám. Graf č. 5 znázorňuje průměrné skóre komponentů v jednotlivých doménách napříč ED/EI týmy v 1. a 2. kole hodnocení fidelity služeb včasné intervence.

Graf 5. Průměrné skóre komponentů v jednotlivých doménách napříč ED/EI týmy v 1. a 2. kole hodnocení fidelity služeb včasné intervence



4.3.6 Souhrn a doporučení z šetření fidelity

Na základě škály FEPS bylo možné identifikovat silné a slabé stránky pilotní implementace, určit rozdíly napříč ED/EI týmy a možné oblasti pro další rozvoj. Z výsledků bylo vyvozeno několik zásadních doporučení pro další rozvoj a implementaci služeb včasné intervence v České republice:

- **Pozice vedoucího pracovníka:** V pilotních ED/EI týmech nebyla pevně stanovena pozice vedoucího týmu (komponent 1). Tým konzultoval veškerý postup společně. Pro budoucí rozvoj by navíc bylo vhodné, aby psychiatři, kteří obvykle vedoucí roli vykonávají, disponovali odpovídajícím stupněm atestace, a to i z důvodu možného samostatného předepisování psychofarmak.
- **Poskytované služby:** Členové ED/EI týmů neposkytovali služby, pro které neměli dostatečný výcvik (komponent 3). To se týkalo například zdravotních služeb (např. alespoň čtvrtletní měření a dokumentace hmotnosti klienta v průběhu prvního roku od vstupu do programu; Poskytování zpětné vazby ohledně přírůstku na váze a rad ohledně stravy a pohybu; Monitorování a dokumentace extrapyramidálních vedlejších účinků; Roční monitorování triglyceridů a glukózy/Hb A1c (glykovaného hemoglobinu); Monitorování a dokumentace návyku kouření cigaret; Předepisování farmakologické podpory kuřákům, kteří chtějí přestat). Pro budoucí rozvoj by bylo vhodné začlenit výcvik v daných oblastech, případně zajistit návaznost na specializované služby v oblasti adiktologických služeb apod.



- **Návaznost na další služby:** Počet detekovaných případů v rámci pilotního projektu v poměru k očekávané roční incidenci osob s poruchou schizofrenního spektra byl nízký (komponent 9). Potenciální klienti týmů včasné intervence zároveň mohli využít jinou adekvátní službu. Pro budoucí rozvoj by případně bylo vhodné navázat spolupráci s dalšími službami v regionu.
- **Podpora edukace v oblasti duševního zdraví:** Více než 80 % klientů bylo hospitalizováno před přijetím do služby včasné intervence (komponent 13). Pro budoucí rozvoj je nutná podpora destigmatizačních aktivit a zvýšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví s cílem podpořit ochotu vyhledat včas odbornou pomoc ve společnosti.
- **Podpora skupinové psychoedukace:** Vzhledem ke kapacitě ED/EI týmů byly klientům (komponent 22) a rodinám (komponent 23) nabízeny pouze individuální (psycho)edukace. Pro budoucí rozvoj by bylo vhodné rozvinout tuto možnost o skupinové programy.
- **Poskytování kognitivně-behaviorální terapie (KBT):** Členové ED/EI týmů neměli výcvik v kognitivně-behaviorální terapii (komponent 24). Pro budoucí rozvoj by bylo vhodné zahrnout výcvik v KBT do vzdělávání týmů.
- **Podpora fyzického zdraví klientů:** Členové ED/EI týmů se systematicky nezaměřovali na podporu fyzického zdraví klientů (komponent 25). Pro budoucí rozvoj by bylo vhodné zohlednit podporu zdraví klientů.
- **Rozšíření ED/EI týmů o další specialisty:** Součástí ED/EI týmu nebyl specialista vzdělávání (komponent 28) a specialista zaměstnávání (komponent 29). Pro budoucí rozvoj by bylo vhodné zvážit rozšíření týmu, případně nadále využívat specializovaných služeb.
- **Návaznost ED/EI týmů na krizové služby:** Mezi ED/EI týmy a krizovými službami byla nedostatečná návaznost (komponent 32). Vzhledem k malému počtu krizových služeb v České republice by bylo vhodné podpořit rozvoj krizových služeb pro zajištění dostatečné návaznosti.
- **Komunikace mezi ED/EI týmy a lůžkovými zařízeními:** Z důvodu pilotní fáze projektu a nepříznivou epidemickou situací byla komunikace mezi ED/EI týmy a lůžkovými zařízeními negativně ovlivněna. Pro budoucí rozvoj by bylo vhodné navázat efektivní komunikaci mezi ED/EI týmy a lůžkovými zařízeními v případě hospitalizace klienta (komponent 33).
- **Průběžná evaluace služeb včasné intervence:** Nadále evaluovat služby včasné intervence použitím škály FEPS (komponent 35). Pro budoucí rozvoj by bylo vhodné začlenit kontinuální evaluaci služeb včasné intervence, což přispěje k zajištění poskytování kvalitních služeb a podporu rozvoje těchto služeb v České republice.



4.4 Kvalitativní šetření s klienty

Pro účely evaluace projektu VIZDOM výzkumný tým realizoval skupinové diskuze s týmy včasné intervence (součástí zpráv o implementaci a dlouhodobé udržitelnosti) a individuální rozhovory s klienty a stakeholdery, jejichž výsledky jsou prezentovány zde. Pracovníci výzkumného týmu VIZDOM provedli přepis a tematickou analýzu s cílem získat relevantní informace o projektu ze všech zainteresovaných stran.

Cílem realizace rozhovorů s klienty bylo zmapovat různé aspekty spolupráce, jako je například motivace klienta ke spolupráci se službou, hodnocení spolupráce nebo doporučení pro další implementaci služby. Rozhovory byly rozděleny do čtyř oblastí:

Situace klienta – představení situaci klienta; projevy nepříznivého duševního stavu; dopad nepříznivého duševního stavu na klienta a jeho blízké.

Spolupráce s týmem – specifikace prvního kontaktu s ED/EI týmem; způsob jakým se klient dozvěděl o existenci týmu; důvody, kvůli kterým se klient neobrátil na tým dříve; zapojení dalších aktérů do spolupráce; úvodní dojem z týmu a pracoviště; průběh spolupráce.

Hodnocení spolupráce – změny realizované v návaznosti na spolupráci s ED/EI týmem; přínosy a limitace služby; doporučení pro zlepšení; zkušenosti s jinými službami.

Ostatní – zkušenosti s dotazníky; zkušenosti s webovými stránkami, online poradnou a PQB dotazníkem.

Podrobný scénář rozhovorů je uveden v příloze č. 3.

4.4.1 Metodologie

Vzorek fokusních skupin

Výzkumný vzorek byl tvořen celkem 12 klienty VIZDOM. Ve vzorku byli zastoupeni osoby ze všech regionálních týmů, konkrétně se jednalo o 4 klienty z Prahy, 4 klienty z Plzně a 4 klienty z Blanska. Vzorek byl zastoupen 8 muži a 4 ženami. Minimální a maximální věkové rozmezí bylo 17 až 50 let. Jeden klient byl mladší 20 let, 4 klienti byli ve věkovém rozmezí 20-29 let, 4 klienti byli ve věkovém rozmezí 30-39 let, 2 klienti byli ve věkovém rozmezí 40-49 let a jeden klient byl ve věkovém rozmezí 50-59 let. Vzhledem k diagnóze, 6 klientů bylo v léčbě, 5 klientů bylo FEP a jeden klient byl ARMS.

Sběr dat

Výzkumníci týmu VIZDOM provedli polostrukturované rozhovory, které proběhly online pomocí systému Webex. Před zahájením každého individuálního rozhovoru tazatel představil cíl studie a následně vyzval respondenty, aby vyjádřili souhlas s účastí. Průměrná délka každého rozhovoru byla 45 minut. Všechny rozhovory byly vedeny tazatelem, který byl součástí výzkumného týmu VIZDOM. Respondentům byly postupně pokládány otázky, které byly rozděleny do tematických bloků. V případě potřeby byli tito respondenti vyzváni, aby své odpovědi specifikovali nebo rozvedli. Všechny rozhovory byly nahrány a následně byl proveden jejich přepis.



Analýza dat

Transkripce byly revidovány a analyzovány pomocí metody otevřeného kódování. Otevřené kódování bylo provedeno dvěma výzkumnými pracovníky. Oba výzkumníci kodovali část kódů samostatně. Poté proběhla diskuse pro účel dosažení shody. Tento proces byl aplikován v průběhu celého procesu kódování. Výsledkem otevřeného kódování bylo kódovací schéma, které bylo vytvořené prostřednictvím několika interaktivních kódovacích relací. Kódy byly zaznamenány v programu Atlas.ti 8, seskupeny a rozděleny do kategorií dle témat. Zařazení proběhlo na základě domluvy mezi výzkumnými pracovníky. Pro účel koherence a jasnosti byl formát kódovacího schématu upraven spolu s dalšími členy výzkumného týmu. Konečné schéma kódování bylo doplněno názornými citacemi a frekvencemi.

4.4.2 Výsledky

V rámci kvalitativní analýzy bylo vytvořeno 314 kódů, jež byly seskupeny do 6 kategorií (průběh spolupráce před pandemií Covid-19, hodnocení spolupráce se službou včasné intervence, situace klienta (před navázáním spolupráce se službou včasné intervence), navázání spolupráce se službou včasné intervence, průběh spolupráce během pandemie Covid-19, webová stránka VIZDOM). Příloha č. 4 znázorňuje jednotlivé kategorie a frekvence vyskytujících se kódů v každé kategorii. Příloha č. 5 znázorňuje kódovací schéma, jehož součástí jsou kategorie a témata pro evaluaci rozhovorů s ED/EI týmy a frekvenci vyskytujících se kódů v každé kategorii.

4.4.3 Tematická analýza

4.4.4 Průběh spolupráce před pandemií Covid-19

4.4.4.1 Poskytovaná péče službou včasné intervence

Klienti často hovořili o *průběhu spolupráce před pandemií Covid-19*. V rámci této kategorie klienti popisovali péči a podporu, kterou jim týmy včasné intervence poskytovali. Týmy například pomáhaly respondentům s hledáním a navazováním klienta na ambulantní psychiatry. V případě potřeby se jednotliví členové týmu také zúčastnili prvního sezení s psychiatrem, kde psychiatr z týmu konzultoval s ambulantním specialistou úpravu medikace. Týmy s klienty zároveň sestavovali krizový plán pro případ opětovné psychotické epizody. Kromě podpory v oblasti péče o zdraví, týmy také poskytovaly klientům podporu v oblasti zaměstnání a vzdělávání. Podpora se týkala pomoci při hledání zaměstnání a přípravy na pohovor se zaměstnavatelem. V jiných případech se podpora týkala vyřizováním žádostí o invalidní důchod či příspěvků na péči, na které měli klienti nárok vzhledem ke zdravotnímu stavu. „*První kontakt byl vlastně přes Ledovec, kteří mě na ně navedli na ty týmy. Sháněl jsem nějakou pomoc s tou školou, jako co si můžu dovolit jako ohledně těch různých úlev a takový, že jsem se snažil nějak tu školu dodělat. Teď teda nejvíc využívám jakoby ten kontakt s psychologkou z týmu a zdravotní sestrou, kdy jsme řešili různě jako práci a takový jako nějakou budoucnost.*“ (Klient 1.)



Kromě poskytované podpory, klienti také hovořili o cílech, které si s týmy stanovovali a o jejich průběžném plnění. Cíle se týkaly oblastí, ve kterých se klienti chtěli zlepšit. Cílem jednoho z klientů bylo snížit množství předepsané medikace a celkově se navrátit do běžného života, kde se může starat o rodinu a domácnost bez podpory. Mimo jiné, mladší klienti, jež studovali, si stanovili za cíl získat nové známé a tímto se dostat zpět mezi své vrstevníky. V jiných případech klienti usilovali o zlepšení svého duševního stavu. Například jeden z klientů trpěl úzkostí při trávení času mezi lidmi. Jeho cílem bylo zvládnout tuto situaci a navrátit se tak do normálního života. „*Vlastně naše máma nás odváží do té školy, protože já bych nebyla schopná vlézt do autobusu a přestupovat někde. Předtím to bylo ještě horší, to jsem nemohla jezdit ani tramvají. Teď jsem se to naučila, díky taky té zdravotní sestře z týmu, že jsme měly i trénink, kde se mnou jezdila MHD. No, pomáhala mi s tím hodně a naučila mě to. Takže od té doby už jakoby jezdím aspoň na náměstí ze školy.*“ (Klient 10.)

Klienti se také vyjadřovali k vyplňování dotazníků, které týmům pomáhali s vyhodnocením a sledováním jejich duševního stavu. Pro mnohé klienty se jednalo o první zkušenost s vyplňováním dotazníků. Většinou měli pozitivní zkušenost. Klienti popisovali otázky v dotazníku jako srozumitelné. V případě, že nerozuměli jakémukoliv zadání, požádali o pomoc člena týmu včasné intervence. „*Otázky hodnotím jako kladný. Když mi něco nebylo jasné, bylo mi vždy všechno vysvětleno v pořádku.*“ (Klient 1.)

4.4.4.2 Způsob setkávání

Dalším tématem, o kterém klienti často hovořili, byly okolnosti setkávání s týmy. Klienti často oceňovali flexibilitu týmů v místě setkávání. Místa setkávání na klienty působila bezpečně převážně z toho důvodu, že jim nepřipomínaly nemocniční zařízení. Celkově byla místa setkávání hodnocena kladně. „*Mně to působilo, že jsem se tam cítil bezpečně. To jejich pracoviště. Jako bezpečně a příjemně.*“ (Klient 9.)

Vzhledem k místě setkávání, klienti měli možnost si určit místo setkání s týmy. Většina klientů preferovala setkání v domácím prostředí. V jiných případech konzultace probíhaly venku během procházek, případně v kavárně. Pouze v ojedinělých případech probíhaly konzultace v kanceláři týmů. Místa se často měnila dle potřeby klienta. „*Tam byl váš kolega psychiatr, se kterým jsme spolu chodili na šachy.*“ (Klient 2.)

Klienti se také vyjadřovali k tomu, jak často se s týmy setkávali. Intenzita setkávání se lišila dle potřeby klienta. V případě, že klient navázal spolupráci s týmy během hospitalizace, frekvence setkávání byla intenzivnější. V průběhu spolupráce se naopak frekvence setkávání snižovala. Po stabilizování duševního stavu klientů se někteří klienti setkávali s týmy pouze nárazově v případě, že potřebovali pomoc. „*Ze začátku to bylo taky intenzivnější a byl jsem s tím spokojenej.*“ (Klient 9.)

4.4.5 Hodnocení spolupráce se službou včasné intervence

4.4.5.1 Spolupráce se službou včasné intervence

Další nejčastěji zastoupenou oblastí bylo **hodnocení spolupráce**. Klienti hovořili o spolupráci se službou VIZDOM a konkrétně zmiňovali změny, ke kterým došlo v důsledku spolupráce. Díky spolupráci začali někteří klienti lépe fungovat ve společnosti. Jeden z klientů začal



aktivně odpovídat na inzeráty zaměstnání. Další klient se dostal do druhého kola pracovního pohovoru. K těmto změnám přispělo zlepšení jejich duševního a fyzického stavu po navázání spolupráce a lepší vztahy v rodině. „*Jako začali jsme fungovat víc jako rodina.*“ (Klient 3.)

Mimo jiné, klienti také zmiňovali konkrétní přínos, který měla služba včasné intervence pro samotné klienty a jejich rodinu. Jedním z hlavních pozitivně vnímaných specifíků služby byla její terénnost a možnost spolupráce s rodinou. Dalším pozitivním rysem byla multidisciplinarita týmů. Klienti si cenili možnost konzultovat medikaci s psychiatrem a zároveň využívat terapie a podpory poskytované dalšími profesionály. Klienti se cítili bezpečně a otevřeně sdíleli své pocity a názory díky vstřícnému přístupu členů týmů, které bylo přijímající a nebylo stigmatizující. Klienti považovali kontaktování služby včasné intervence za správný krok a často se v rámci spolupráce dařilo naplnit jejich potřeby. „*Měl jsem se na koho obrátit v případě, že bych měl problém. A bylo to taky trochu taky trochu jistota, že v podstatě se v podstatě se zpátky nedostanu do těch Bohnic no.*“ (Klient 2.)

4.4.5.2 Zkušenost klienta s jinými poskytovateli péče a srovnání se službou včasné intervence

Klienti měli také zkušenosti se spoluprací s jinými poskytovateli péče zaměřující se na podporu duševního zdraví. Během rozhovoru často srovnávali službu včasné intervence s jinými poskytovateli, k nimž docházeli. Přístup VIZDOM týmu hodnotili jako osobnější oproti přístupu nemocničního personálu. Zároveň tým hodnotili jako více specializovaný na daný diagnostický okruh. Vzhledem k tomu, že v současných týmech psychiatři nebyli dostatečně kvalifikovaní pro to, aby mohli předepisovat psychofarmaka, dle klientů se služby ambulantního psychiatra a týmů VIZDOM doplňovaly. „*Ten personál, tak nemá tolik času na vás, nemá kapacitu, často je vyhořelý. A to vlastně když srovnám s tím týmem, kterej jako je takovej pozitivně naladěnej a vlastně je hodně aktivní, je hodně takovej víc osobní.*“ (Klient 5.)

4.4.5.3 Doporučení pro zlepšení služby včasné intervence

Klienti také navrhli doporučení pro zlepšení služby včasné intervence. Klienti doporučili zavést skupinové aktivity, jež by se mohli zúčastnit klienti navštěvující službu včasné intervence, kteří mají podobné problémy v oblasti duševního zdraví. Některé skupinové akce by mohly být zaměřené na kulturní či sportovní aktivity. Tyto skupinové aktivity by přispěly k tomu, že by se klienti mohli navzájem seznámit a sdílet svoje zkušenosti. „*No ne, mně stačí někdo, někdo kdo to řídí a několik lidí podobnejch mě. Stačí jeden člověk z týmu. V podstatě by to bylo něco jako skupinová terapie.*“ (Klient 8.)

4.4.6 Situace klienta před navázáním spolupráce se službou

4.4.6.1 Duševní stav klienta

Třetí nejčastěji vyskytující se oblastí byla **situace klienta před navázáním spolupráce se službou VIZDOM**. Klienti hovořili o svém duševním stavu. Mezi časté rané příznaky patřily halucinace či nepříjemné „pociťování energií“. Mnozí klienti si neuvědomovali závažnost svého stavu. Tento stav se u některých z nich projevil jako následek stresu a syndromu vyhoření. „*Já jsem cítila různé energie okolo sebe, což bylo velmi nepříjemné no. A velmi*



špatně se to popisuje, prostě byl to pocit jako, když jde něco za mnou. Jako nějaké energie okolo mě, okolo mého těla a různě jsem se jako otáčela a bylo to nepříjemné.“ (Klient 4.)

Onemocnění celkově ovlivnilo jejich vztahy s rodinou a přáteli. Rodina klientů měla často strach o svého blízkého a byla první, jež vyzozorovala změny v chování klienta. V některých rodinách rodinní příslušníci klientovi projevili podporu. V jiných případech rodina a přátelé klienta neměli dostatek pochopení pro tíživou situaci, v níž se klient nacházel. *„Bydlím s rodinou, protože vlastně ještě nejsem jako dospělá, ještě rok, sama bych asi taky nezvládla zatím žít, protože ta úzkost mi dělá hrozně velkej problém a nejenom to. Nejsem schopná hodně věcí udělat sama.“ (Klient 10.)*

Tyto rané příznaky klienty ovlivňovaly v jejich běžném životě. Ukončení pracovního poměru ze strany zaměstnavatele či nedostatečný prospěch ve škole byly jedny z důsledku onemocnění. V závažnějších případech klienti měli sebevražedné myšlenky. *„Hlavně teda asi bych řekl, že změna byla s tou školou, že mi to překazilo docházku, kterou jsem musel přerušit a vlastně i tu školu úplně přerušit což mi jako vadilo.“ (Klient 1.)*

4.4.7 Navázání spolupráce se službou včasné intervence

4.4.7.1 Kontaktování služby ze strany klienta

Klienti také popisovali svou motivaci pro kontaktování služby včasné intervence. V těchto případech klienti měli náhled na svůj duševní stav a na základě nepříznivých příznaků se rozhodli vyhledat pomoc. Zhoršující se stav motivoval některé klienty k oslovení služby. V jiných případech klienti oslovili tým z důvodu potřeby konzultace farmakologické léčby. *„Začal jsem spolupracovat se službou včasné intervence, protože se nechci znova dostat do psychiatrické léčebny Bohnice.“ (Klient 2.)*

V některých případech nedošlo ke kontaktování služby ze strany klienta z důvodu odhodlání zvládnout situaci sám/sama. V jiných případech se klienti neobrátili na službu z důvodu nedostatečné informovanosti o její existenci. V některých případech klienti nenavázali dřívější spolupráci se službou včasné intervence kvůli stigmatizaci psychiatrické péče. *„Tak asi já no. Snažila jsem se to nějak zvládnout sama.“ (Klient 4.)*

4.4.7.2 První dojem ze služby včasné intervence

Další často zastoupenou kategorií bylo **navázání spolupráce se službou včasné intervence**. Klienti vyjádřili svůj první dojem ze služby včasné intervence. V rámci hodnocení klienti ocenili, že tým byl zastoupen různými profesemi, které se navzájem doplňovaly, což na klienty působilo sympaticky. Tým jim přišel, že je velice odborný. Jeden z klientů se s týmem poprvé setkal během své hospitalizace, kde neměl náhled na svůj stav. Vůči týmu měl tedy na začátku nedůvěru a strach. Následně si klient vybudoval důvěru vůči týmu i z důvodu jejich vstřícného přístupu. *„Byl sem až jako překvapenej tím jak jako vstřícný to je a jak jako se se všichni snaží pomoc. Že to nebylo takový nějaký, že by byli otrávený nebo něco takovýho. No byl jsem jako fakt překvapenej. A byl jsem jako hodně spokojen s tím.“ (Klient 1.)*



4.4.7.3 Zapojení dalších aktérů do spolupráce se službou včasné intervence

Klienti také popisovali zapojení dalších aktérů do spolupráce se službou včasné intervence. U některých klientů byla do spolupráce zapojena jejich rodina. Spolupráce s rodinou či přáteli mnohdy ulehčila nepochopení v rodině skrze poskytnutí edukace o duševním onemocnění. V jiných případech tým také poskytl psychickou podporu jednotlivým rodinným příslušníkům. „Bylo to takový napůl s mámou, protože nejsem úplně takovej na ten jako první kontakt. Prostě jsem takovej stydlivej a úzkostnej z toho. Takže jsem poprosil mámu, aby jako napsala nějaký email těm týmům a pak jsme tam byli jako dohromady se sociálním pracovníkem.“ (Klient 1.)

4.4.7.4 Způsob, jakým byl klientům zprostředkovaný kontakt na službu včasné intervence

Klienti také hovořili o způsobu, jakým jim byl zprostředkován kontakt na službu včasné intervence. Ve většině případů byl klientům kontakt zprostředkován jiným poskytovatelem péče, k němuž klient docházel. Mezi tyto zprostředkovatele patřili ambulantní psychiatři, s nimiž měl daný tým dohodnutou spolupráci, nebo sociální služby, které klient navštěvoval. „No vlastně já jsem byl v těch Bohunicích někdy v tom lednu 2021 a tam přijel ten to cédézetko tam přijelo a pak si na mě vzali vlastně číslo pak mi z ED/EI týmu jako zavolali a domluvili jsme si schůzku.“ (Klient 12.)

V omezené míře se klienti také vyjadřovali ke kontaktování služby včasné intervence jinými aktéry. V některých případech službu včasné intervence vyhledala a kontaktovala rodina klienta. „Tak kontaktovala je moje rodina a já sem se s nimi poprvé potkala a teď nevím, jestli to bylo předloni v prosinci tuším, nebo listopad.“ (Klient 4.)

4.4.8 Průběh spolupráce během pandemie Covid-19

4.4.8.1 Způsob setkávání

Méně zastoupená byla oblast, která se týkala **průběhu spolupráce během pandemie Covid-19**. Klienti se vyjadřovali ke způsobu setkávání, který byl pandemií ovlivněn. Vzhledem k platným protipandemickým nařízením a doporučením, většina schůzek byla realizována buď v online prostředí, nebo v terénu ve venkovním prostředí. „Během pandemie jsme se občas vídali právě venku. To začaly ty procházky, že jsme chodili s respirátorem ale po venku. A online to myslím, že to probíhalo jenom párkrát.“ (Klient 5.)

Klienti také hovořili o intenzitě setkávání s týmy během pandemie Covid-19. Kvůli pozitivnímu Covid testu byly termíny některých schůzek posunuty na pozdější termín. Vzhledem k omezené návštěvnosti v psychiatrických nemocnicích v důsledku protipandemických opatření byly schůzky s hospitalizovanými klienty také omezené. „Nebyly, protože to nebylo možné, v té nemocnici není internet, tam to zařídil jeden kamarád, že jsme mohli mít natajno internet. Ale oficiálně to nešlo, nebylo tu připojení tak silné, aby se daly dělat online rozhovory.“ (Klient 4.)



4.4.9 Webová stránka VIZDOM

Nejméně zastoupenou oblastí, o které respondenti hovořili, bylo **online prostředí**. Klienti se vyjadřovali k webové stránce VIZDOM. Zkušenosti s webem VIZDOM byly poměrně smíšené. Někteří klienti v minulosti stránku navštívili a hodnotili ji kladně, jiní tuto zkušenost naopak neměli. Dotazovaní klienti neměli bližší zkušenost s online poradnou či s vyplňováním dotazníku psychotických příznaků, který je na webu dostupný. *„Přišly mi jako hodně přehledné, s moderní grafikou, hezky jako vytvořené. Že jako kdybych měla takový stránky a se službou nikdy nespolečně pracovala, tak budu mít chuť se na ně obrátit.“* (Klient 5.)



4.5 Kvalitativní šetření se stakeholdery

Cílem rozhovorů se stakeholdery (v tomto případě poskytovateli a zadavateli služeb a diseminačními kontakty, podrobněji uvedeno v tabulce č. 17) bylo získat informace o projektu VIZDOM z pohledu spolupracujících organizací a subjektů. Rozhovory byly rozčleněny do dvou základních tematických oblastí (informace o službě, spolupráce se službou). Cílem bylo zmapovat například to, jakým způsobem se spolupracující subjekty o projektu dozvěděli, případně jakou formu informování by uvítali, motivaci ke spolupráci a preferované způsoby spolupráce nebo hodnocení dopadu na vlastní práci a život klientů.

Tabulka 14. Stakeholdeři projektu VIZDOM

Stakeholder
Poskytovatelé a zadavatelé služeb
a. Praktičtí/dětské lékaři
b. Ambulantní psychiatři
c. Psychiatrická lůžková zařízení
d. Centra duševního zdraví
e. Jiná zdravotnická zařízení
f. Sociální/komunitní služby
Síťové/diseminační kontakty
g. IZS
h. Školy
i. Pedagogicko-psychologické poradny
j. Správní orgány/úřady (ÚP, ČSSZ...)
k. Církevní instituce
Plátcí péče a decision-makeři
l. MPSV
m. MZ
n. Pojišťovny
o. Kraje

4.5.1 Metodologie

Vzorek respondentů

Celkem bylo realizováno 24 individuálních rozhovorů se stakeholdery (síťovými kontakty, tedy subjekty a organizacemi, které spolupracovaly s intervenčními týmy na včasné identifikaci klientů VIZDOM). Mezi respondenty byli poskytovatelé a zadavatelé služeb, tj. praktičtí lékaři (2x), psychiatři (4x), psychologové (1x), vedoucí pracovníci v sociálních službách (7x), vedoucí pracovníci v poradenském zařízení (4x), vedoucí pracovníci ve vzdělávacím zařízení (1x), pedagogičtí pracovníci (2x), metodici prevence (1x), statutární zástupci (1x) či veřejní opatrovníci (1x).

pracovníci z psychiatrických lůžkových zařízení či jiných zdravotnických zařízení, pracovníci z center duševního zdraví (CDZ) a pracovníci ze sociálních/komunitních služeb; tzv. síťové/diseminační kontakty, tj. ISZ, školy, pedagogicko-psychologické poradny a správní orgány.



Sběr dat

Byly provedeny polostrukturované rozhovory, které proběhly online. Před zahájením individuálního rozhovoru byl respondentům představen cíl studie, následně respondenti vyjádřili souhlas s jejich účastí ve studii. Průměrná délka každého rozhovoru byla 20 minut. Všechny rozhovory byly vedeny tazatelem, který byl součástí výzkumného týmu VIZDOM. Respondentům byly postupně pokládány otázky, které byly rozděleny do tematických bloků. V případě potřeby byli tito respondenti vyzváni, zda by své odpovědi mohli rozvést. Všechny rozhovory byly nahrávány pomocí diktafonu a následně byl proveden jejich přepis.

Rozhovory byly rozděleny do dvou okruhů. Scénář rozhovoru je přiložen v příloze 7.

Okruhy 1 až 2:

1. Informace o službě – informovanost o službě včasné intervence
2. Spolupráce se službou – průběh spolupráce mezi stakeholderem a ED/EI týmem

Analýza dat

Transkripce byly revidovány a analyzovány pomocí metody otevřeného kódování. Otevřené kódování bylo provedeno dvěma výzkumnými pracovníky. Oba výzkumní pracovníci kodovali část kódů samostatně. Poté proběhla diskuse pro účel dosažení shody. Tento proces byl aplikován v průběhu celého procesu kódování. Výsledkem otevřeného kódování bylo kódovací schéma, které bylo vyvinuté prostřednictvím několika interaktivních kódovacích relací. Kódy byly zaznamenány v programu Atlas.ti 8.

Kódy byly poté seskupeny a rozděleny do kategorií dle témat. Zařazení proběhlo na základě domluvy mezi výzkumnými pracovníky. Pro účel koherence a jasnosti, formát kódovacího schématu byl upraven spolu s dalšími členy výzkumného týmu. Konečné schéma kódování bylo doplněno názornými citacemi a frekvencemi.

4.5.2 Výsledky

V rámci kvalitativní analýzy bylo vytvořeno 806 kódů, které byly seskupeny do 12 kategorií (seřazeno dle frekvence výskytu v rozhovorech):

- 1) dohoda o spolupráci s týmy včasné intervence
- 2) průběh spolupráce se stakeholdery v přímé péči
- 3) dopady služby včasné intervence
- 4) informovanost stakeholderů o službě včasné intervence
- 5) hodnocení péče poskytované týmy včasné intervence
- 6) doporučení pro budoucí implementaci služeb včasné intervence
- 7) spolupráce s klienty z pohledu cílové skupiny
- 8) informace o projektu VIZDOM online
- 9) průběh spolupráce se stakeholdery mimo přímou péči
- 10) oslovení stakeholderů ze strany ED/EI týmů
- 11) diseminace služby
- 12) dohoda o spolupráci během pandemie Covid-19

Příloha č. 8 znázorňuje jednotlivé kategorie a frekvence vyskytujících se kódů v každé kategorii. Příloha č. 9 znázorňuje kódovací schéma, jehož součástí jsou kategorie a témata pro evaluaci rozhovorů se stakeholdery a frekvenci vyskytujících se kódů v každé kategorii.



4.5.3 Tematická analýza

4.5.4 Dohoda o spolupráci s týmy včasné intervence

4.5.4.1 Stakeholderi, kteří spolupracovali se službou včasné intervence

Stakeholderi, kteří spolupracovali s týmy včasné intervence, nejčastěji hovořili o vlastnostech dané spolupráce. Nejčastěji kontaktovali ED/EI tým v případě, že potřebovali konzultaci týkající se duševního stavu klientů, s nimiž byli v kontaktu. Jednalo se také o klienty, jimž byla například nabídnuta spolupráce s ED/EI týmem, ale spolupráci odmítli. Stakeholderi konzultovali individuální kazuistiky kvůli zajištění naplnění potřeb daných klientů. Jindy stakeholderi kontaktovali tým v případě, že někteří klienti splňovali podmínky pro vstup do služby včasné intervence. V těchto případech byly uskutečněny společné porady během, kterých se s týmem dohodli ohledně předání klienta do péče. *„Jsou to různé formy spolupráce, které probíhají z obou stran a to znamená. To znamená, že klient nechce kontaktovat tým VIZDOM, z jakýchkoliv důvodů. Já vlastně s tím klientem jsem nějak v kontaktu v rámci odborného sociálního poradenství. Spolu s VIZDOM týmem konzultujeme konkrétní věci pro toho klienta. Zároveň tým VIZDOM je pro mě podpora v tom, že se s nima, pokud mám cokoli, tak s nima můžu probrat o tom klientovi a dál ho motivovat nějakým způsobem třeba k tomu, aby jednou k té spolupráci došlo.“* (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)

Kromě způsobu dohodnuté spolupráce, stakeholderi také popisovali vývoj spolupráce se službou včasné intervence v čase. U většiny stakeholderů došlo k navázání spolupráce až v průběhu projektu. Tudíž, všichni stakeholderi nebyli v kontaktu od zahájení projektu VIZDOM. Po navázání spolupráce se službou včasné intervence stakeholderi zůstali v pravidelném kontaktu s ED/ EI týmem v daném regionu. *„Dvakrát jsem si již obrátil na ten tým, ten terénní, který po tom popřípadě navštívil vlastně tu rodinu, toho pacienta. Nějakým způsobem spolu komunikovali.“* (praktický lékař)

4.5.4.2 Stakeholderi, kteří nespupracovali se službou včasné intervence

Během rozhovoru někteří stakeholderi také hovořili o důvodech, proč ke spolupráci se službou včasné intervence nedošlo. V jednom zařízení sociálních služeb nedošlo k navázání spolupráce z důvodu změny vedoucích pracovníků, kteří si nepředali informace ohledně možné spolupráce se službou včasné intervence. V tomto případě vedoucí si nepředali informace o existenci ED/EI týmů z důvodu personálních a organizačních změn v dané organizaci. V jiných případech nedošlo k navázání spolupráce z důvodu zavedení vlastního systému podpory klientů s duševním onemocněním. Mezi další příčiny nespupráce patřila také neinformovanost stakeholderů o existenci služby včasné intervence. *„Tím, že služby včasné intervence jsou deklarovaný jako projekt, který prostě běží a je v nějakým pilotním ověřování, tak mě nenapadlo, že jako je možný vlastně využít těch služeb.“* (vedoucí pracovník v sociálních službách)

I přesto, že někteří stakeholderi neměli navázanou spolupráci se službou včasné intervence, během rozhovoru projevili zájem o její navázání. V mnoha případech se stakeholderi setkávali se zvýšeným výskytem klientů s duševním onemocněním v jejich organizaci. Tedy stakeholderi, kteří měli například již vybudovaný svůj systém podpory, zmiňovali, že by ocenili spolupráci se službou včasné intervence, a tím zvýšili podporu jejich klientů s duševním onemocněním či v riziku rozvoje duševního onemocnění. Stakeholderi ze školských zařízení konstatovali, že by ocenili spolupráci se službou včasné intervence z důvodu workshopů, které ED/EI týmy pořádají. Tyto workshopy by mohly přispět ke zvýšení jejich kompetencí v oblasti duševní gramotnosti. Zároveň by ocenili možnost konzultace individuálních případů, kdy se student může potýkat s příznaky duševního onemocnění. Navázání spolupráce se službou včasné intervence by také umožnilo stakeholderům odkazovat potenciální



klienty na ED/EI týmy. „*Jo to určitě souhlasím se spoluprací. Prostě těch klientů i teďka v současný době, mám několik, kteří se léčili s duševní chorobou.*“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)

4.5.4.3 Stakeholdeři, kteří spolupracovali s jinými poskytovateli péče

Stakeholdeři kromě způsobu, jakým spolupracovali se službou včasné intervence, popisovali způsob spolupráce s jinými službami, kterou v mnoha případech měli navázanou. Klienty odkazovali na různé poskytovatele péče dle potřebné specializace. Často se jednalo o spolupráci s Centrem duševního zdraví (CDZ) nebo se sociální službou. Stakeholdeři odkazovali klienty na další služby zejména v případě, že potřeby klienta přesahovaly jejich kompetence k poskytnutí relevantní podpory. „*Společně probíráme zájemce o podporu v CDZ, nebo teda EI a společně se domlouváme, jestli tu podporu budeme poskytovat jako z CDZ, nebo jestli to jsou spíš klienti pro podporu EI. Takže během těch porad se snažíme nějak společně zhodnotit jeho stav a potřeby a domlouváme se, kdo teda z nás z toho člověka bude kontaktovat. Potom první kontakt zase nějak zhodnotíme, jestli teda je to člověk do podpory EI, nebo spíše CDZ. Případně třeba jsme tam ve spolupráci. Vlastně zvažujeme věk toho člověka, jak dlouho se potýká s nějakými psychickými potížemi, jakýho jsou druhu nebo závažnosti. A potom asi jestli si myslíme, že ten člověk potřebuje podporu v té zdravotní části, to znamená i nějakou medikaci.*“ (vedoucí pracovník v sociálních službách)

Kromě formy spolupráce s jinými sociálními službami, stakeholdeři také popisovali vývoj spolupráce s těmito službami v čase. Většinou se jednalo o dlouhodobou spolupráci, která začala před samotným vznikem služby včasné intervence. „*My spolupracujeme s organizací Ledovec už dlouhodobě.*“ (vedoucí pracovník v sociálních službách)

4.5.4.4 Stakeholdeři, kteří nespolečně spolupracovali s jinými poskytovateli péče

Během rozhovoru stakeholdeři také popisovali případy, kdy nedošlo ke spolupráci mezi nimi a jiným poskytovatelem péče. Mezi příčiny nespolečné spolupráce, o kterých stakeholdeři hovořili, patřila špatná zkušenost s oslovováním poskytovatele péče. Ta byla například způsobená nejasným návodem na webových stránkách daného poskytovatele péče, ze kterého nebylo jasné, kterého pracovníka by měl daný stakeholder kontaktovat či jak postupovat při projevech určitých příznaků duševního onemocnění u klientů. „*No jako, že se mi vlastně zatím ani jednou nepodařilo tam nějakou pomoc pro klienty získat, jo. To, co jsem říkala třeba o těch jejich stránkách. Tam je seznam pracovníků. Ale já vlastně když jsem se to otevřela, tak jsem si říkala, no ale já vůbec nevím, komu z nich zavolat. Tam není žádná jasná postup.*“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)

4.5.5 Průběh spolupráce se stakeholderem v přímé péči

4.5.5.1 Stakeholdeři, kteří spolupracovali se službou včasné intervence

Druhou nejčastěji zastoupenou kategorií byl průběh spolupráce v případě stakeholderů v přímé péči, tedy těmi, kteří byli v přímém kontaktu s klienty a poskytovali jim určitý druh podpory. Během rozhovoru stakeholdeři udávali konkrétní případy spolupráce. Stakeholdeři spolupracovali s ED/EI týmem v případě, kdy klient začal jevit příznaky duševního onemocnění, a bylo nutné provést psychologické vyšetření. Po souhlasu klienta proběhlo setkání s klientem, ED/EI týmem z daného regionu a stakeholderem. Tým včasné intervence následně doporučil další postup. V krajních případech se jednalo o doporučení hospitalizace v psychiatrické nemocnici, pokud klient byl v ohrožení vlastní bezpečnosti. „*Uvědomuju si třeba jednoho klienta, kterej se na nás obrátil, kde jsme byli ve spolupráci s EI. A no byl jako po první hospitalizaci a chtěl dostudovat školu. Byl teda z rodiny, kde maminka byla hluchoněmá, to znamená, že byl z nějakýho takovýho jako specifičtějšího prostředí. Ale bylo teda jasné, že tam bude potřeba asi jako užívat nějakou medikaci. A zároveň teda ho podpořit v tom, aby se nějak vrátil do školy a studoval dál. A co nejvíc, aby se vrátil do toho*



běžného života. Tak tam jsme byli určitě jako na začátku tý spolupráce společně oba týmy jak CDZ tak EI, jo. Že to CDZtko řešilo tu zdravotní část, tu podporu tý medicace. Taky tam probíhalo psychologické vyšetření a tak. Ale to EI tam bylo hodně v té roli toho podpůrce v těch sociálních náležitostech, na tý škole a v komunikaci s tou školou. To, to tam takhle bylo.“ (Vedoucí pracovník v sociálních službách)

Někteří stakeholdeři také hovořili o konkrétních případech, kdy s týmy včasné intervence spolupracovali na síťovacích aktivitách. Stakeholdeři se podíleli na navazování spolupráce s dalšími poskytovateli péče (tzn. ambulantní psychiatři, psychologové, praktičtí lékaři), u nichž by se mohla vyskytovat cílová skupina služby včasné intervence. Stakeholdeři často odkazovali na možnosti včasné podpory a záchytu klientů v krizi či možnosti prevence zhoršení jejich duševního stavu. *„Domluvíme si schůzku a tam je vlastně seznámíme vůbec s cílovou skupinou, a jak by to třeba případně vypadalo jako ta spolupráce se službou včasné intervence.“ (Vedoucí pracovník v sociálních službách)*

Stakeholdeři se také obraceli na službu včasné intervence, pokud je kontaktovala rodina klienta s duševním onemocněním, jehož měli v péči. Stakeholdeři spolupracovali s ED/EI týmem v případě, kdy bylo nutné rodinným příslušníkům vysvětlit duševní stav klienta. Jednalo se o rodinné příslušníky včetně rodičů dětí či partnerů. V některých případech ED/EI tým poskytoval podporu nejenom klientovi, ale zároveň jeho rodině. Spolupráce s klientem a jeho rodinou byla často efektivnější z důvodu možnosti konzultace průběhu léčby a vedla ke snížení stigmatizace v rodině. *„Ta rodina nějakým způsobem se v té léčbě aktivně jakoby nepohybuje. V případě třeba konfrontace anebo potom při tom dodržování a hlídání té léčby, pokud tam rodina není, tak bez toho si to nedovedu představit, že by to mohlo být úspěšný, jo. Protože ta rodina se musí zúčastnit potom i tady těch prvních kontaktů s tím terénním týmem, nebo se mnou a s terénním týmem. Rodina jednak musí samozřejmě nám poskytnout informace. Musí korigovat ty informace, co jsou od toho klienta, nebo je objektivizovat. A musí tam vlastně být potom takovým tím arbitrem té úspěšnosti nebo neúspěšnosti té léčby. Protože ten klient...já, když ho vidím jednou za čas, tak on mi může vykládat cokoliv, že jo. Při tý své diagnóze se může chovat účelově a dezinterpretovat, že jo, všechny ty stavy, které jinak objektivně by mi ta rodina popsala jinak.“ (psychiatr)*

Mimo jiné, stakeholdeři se také vyjadřovali ke vlivu spolupráce se službou včasné intervence na stav klientů, jež mají v péči. Často byla zmiňována spokojenost klientů a rodinných příslušníků se službou, jež navázali na ED/EI týmy. Klienti hovořili o dobrém přijetí, v rámci něhož cítili partnerskou atmosféru a porozumění. Klienti dokázali lépe porozumět svému duševnímu stavu a také jej přijmout. Spolupráce s ED/EI týmy také přiměla klienty k znovuzískání důvěry k profesionálům z oblasti duševního zdraví a ke snížení stigmatizace. *„Přínos jo...no ta klientka je přijala, byla ochotná s nima spolupracovat. Ona v nějakém akutním stavu vlastně ona poprvé navštívila nějakýho jinýho psychologa někde, ten se jí nelíbil, tam spokojená nebyla byla to psycholožka někde myslím. Myslím si, že přístup toho týmu způsobil, že byla ochotna důvěřovat téhle profesi nebo vlastně od profesionálů v oblasti duševního zdraví.“ (Psycholog)*

Klienti, jimž stakeholdeři doporučili spolupráci se službou včasné intervence mnohdy navázali se službou spolupráci. *„Neřeknu vám statistiku, ale mnoho lidí začalo spolupracovat s poradenstvím a velmi brzo začali spolupracovat s VIZDOMem. A to si myslím, že je tak jeden, někdy i dva do měsíce.“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)*

4.5.5.2 Stakeholdeři, kteří nespolečně spolupracovali se službou včasné intervence

Stakeholdeři doporučovali službu včasné intervence klientům i v případech, kdy neměli s danou službou navázanou spolupráci, ale věděli o její existenci. Jednalo se o klienty, u kterých se začaly projevovat příznaky duševního onemocnění a stakeholder jim nemohl poskytnout odpovídající péči.



„Většinou se snažíme odkázat právě, ať už na ten váš projekt, nebo na jiná specializovaná centra, kde jsou jim schopni lépe pomoci.“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)

V mnoha případech klienti kontaktovali službu včasné intervence poté, co obdrželi doporučení od stakeholdera. Někteří klienti navázali spolupráci s ED/EI týmem v daném regionu. Jiní navštívili ED/EI tým pouze jednou. Intenzita setkávání se měnila dle potřeby každého klienta. *„Oni teda jakoby hledaly, oni, maminka klientky vím, že intenzivně hledala a ještě teda, protože tady v Jihomoravském kraji jsou termíny objednání k dětskému psychiatrovi někdy půlroční. Tak myslím si, že i tohle mohl být ten důvod toho, že ten tým vlastně v Blansku tu čekací dobu jako nemá, těch šest měsíců nebo tři měsíce, jo myslím, tak se na ně obrátili a tu klientku v akutním případě vzali.“ (psycholog)*

4.5.5.3 Stakeholdeři, kteří spolupracovali s jinými poskytovateli péče

Během rozhovoru se stakeholdeři, kteří měli navázanou spolupráci s jinými poskytovateli péče, vyjadřovali ke konkrétním případům spolupráce z praxe. V případě, že měli v péči klienty, u nichž se projevila akutní dekompenzace psychického stavu, stakeholdeři je většinou navázali na jiné poskytovatele péče než je služba včasné intervence z důvodu možnosti předepisovat psychofarmaka. *„Teď jsem zrovna teda přes Ledovec řešila jednu klientku, která byla taková jako řekněme trochu dekompenzovaná. Nevím jakou máte hranici na akutní příznaky, ale rozhodně nebyla stabilizovaná tak jako dosud. Tak jsem to zrovna řešila s Ledovcem.“ (praktický lékař)*

Stakeholdeři zároveň spolupracovali s jinými poskytovateli péče, pokud je kontaktovali rodinní příslušníci klientů, jež hledali odbornou pomoc. Jednalo se také o rodiny, které vyhledávaly poskytovatele péče se zkušeností s prací s rodinou. *„Vlastně někdy se sejdeme, když je potřeba třeba i s tou rodinou. Takže s rodinami spolupracuju. Ale poslední dobou, že bych zase jako měla prostor je nějak úplně kontaktovat, tak to taky není. Je fakt, že hodně těch mých pacientů se snažím zapojit do nějakých služeb takže buď mají FOKUS nebo CDZtka, anebo tady ten VIZDOM. Snažím se to potom třeba víc tlačit tady do těch služeb, kde je jako víc časových možností tý spolupráce s těma rodinami.“ (psychiatr)*

4.5.6 Dopady služby včasné intervence

4.5.6.1 Vliv ED/EI týmů na práci stakeholderů

Třetí nejčastěji zastoupenou kategorií byly **dopady služby včasné intervence**. Stakeholdeři se vyjadřovali k tomu, jakým způsobem jim ED/EI týmy pomohly v jejich zaměstnání. Mezi zmiňované dopady patřila podpora respondentů při jejich práci s klienty, u kterých se projevily příznaky duševního onemocnění. ED/EI týmy často pomohly respondentům s identifikováním duševního onemocnění a dále se zajištěním včasné péče. Zároveň týmy snížily zatíženost kapacit pracovníků v přímé péči. *„Takže pro mě je strašně důležitý, že mám tu možnost zavčas požádat někoho z týmu o konzultaci. Někoho kdo tam teda do toho sociálního prostředí toho pacienta přijede, kdo to zanalyzuje, kdo to rozebere s těma rodiněma příslušníkama, s tím pacientem a je schopnej se k tomu nějakým způsobem odborně postavit, že jo.“ (praktický lékař)*

4.5.6.2 Vliv ED/EI týmů na péči o duševní zdraví ve společnosti

Práce ED/EI týmů se také promítla do péče o duševní zdraví ve společnosti. Respondenti zmiňovali, že díky workshopům ED/EI týmů mohli pracovníci v různých sektorech (např. ve školství, zdravotnických zařízeních) získat kompetence k tomu včasné identifikovat příznaky duševního onemocnění a poskytnout klientům včasnou péči. Zároveň klienti mohli získat nový náhled na duševní onemocnění, a tak přijmout pomoc od odborníků z oblasti duševního zdraví. Působení ED/EI týmů mohlo přispět ke zvýšení duševní gramotnosti ve společnosti. *„Ty obtíže duševní tam samozřejmě taky hrajou roli a*



hlavně, když třeba ty lidi si sami neuvědomují své duševní potíže. Ty závažnější případy, pokud by je člověk jako indikoval, tak by tam byla určitě možnost nějaký spolupráce.“ (pracovník ze zdravotnického zařízení)

4.5.6.3 Ohlasy veřejnosti

Stakeholderi se také často vyjadřovali k ohlasům veřejnosti, které zaznamenali. V mnoha případech respondenti zaznamenali pozitivní ohlasy od klientů a jejich rodinných příslušníků, kteří spolupracovali s ED/EI týmy. Pozitivní ohlasy se také vztahovaly k workshopům, které ED/EI týmy pořádaly ve školských zařízeních. Workshopy byly označovány jako velice přínosné, a to jak pro žáky, tak pro pedagogy. Stakeholderi také zaznamenali pozitivní reakce od pracovníků ve zdravotnických zařízeních, jež měli osobní zkušenost s ED/EI týmy. *„Určitě jako ty kontakty, co jsem měl já, tak určitě ohlasy byly jednoznačně pozitivní. Čili od rodinných příslušníků určitě ty ohlasy jsou velmi pozitivní. Zároveň mám jakoby pozitivní ohlasy z obce, že něco takového vůbec existuje.“ (Praktický lékař)*

4.5.7 Informovanost stakeholderů o službě včasné intervence

4.5.7.1 Informace o službě včasné intervence

Čtvrtou často vyskytovanou kategorií byla **informovanost stakeholderů o službách včasné intervence**. Stakeholderi se vyjadřovali ke službám, které ED/EI týmy poskytovaly. Stakeholderi věděli, že se jedná o tým, jež se specializuje na poskytování včasné podpory klientům, u nichž proběhla první ataka. Zároveň měli informace o podpoře, kterou ED/EI týmy poskytují, a to i v terénu. Respondenti byli také informováni o tom, že v případě zhoršení klientova stavu, ED/EI týmy navazují tyto klienty na ambulantní psychiatry, kteří mohou předepisovat psychofarmaka. Kromě včasné podpory, respondenti věděli, že ED/EI týmy se zároveň specializují na prevenci vzniku a rozvoje závažného duševního onemocnění. *„Vím, že klientům nabízíte telefonické kontakty a, že jim nabízíte samozřejmě možnost sejit se, vypracovat nějaký plán, aby se ta situace nezhoršovala a eventuálně je přeposlat do další péče psychiatrů v okamžiku, kdy by se ta situace zhoršila. Ale vlastně jako cílem včasné intervence je, pokud možno, aby se ten stav nezhoršil a, aby byl co nejdřív podchycen. Tímto ten člověk může zůstat ve vlastním domácím prostředí.“ (vedoucí pracovník v sociálních službách)*

Mimo jiné stakeholderi také hovořili o informacích týkající se struktury a působnosti ED/EI týmů. Respondenti často věděli, že se jedná o multidisciplinární tým. Zároveň byli seznámeni s tím, že týmy působí regionálně. Respondenti se často dozvěděli o existenci ED/EI týmů skrze různé zdroje. Mezi nejčastější zdroje informací o ED/EI týmech patřila spolupráce se sociálními službami jako je Práh Morava či Ledovec. Druhým nejčastějším zdrojem informací o týmech bylo pořádání workshopů či účast na konferencích. *„Tak vím, že ty týmy jsou tři. Jeden na Praze 8, v Blansku a v Plzni. My spolupracujeme s organizací Ledovec dlouhodobě, takže většinou jakoby oni nás informují o nových službách nebo o nových projektech.“ (vedoucí pracovník v sociálních službách)*

4.5.8 Hodnocení péče poskytované týmy včasné intervence

4.5.8.1 Přínos služby včasné intervence

Další stejně často vyskytující se kategorií bylo **hodnocení péče poskytované ED/EI týmy**. Respondenti se vyjadřovali k tomu, jaký měla služba včasné intervence přínos pro klienty. Stakeholderi si často cenili rychlé reakce týmů. Terénnost služby zajistila poskytování včasné diagnostiky a podpory klientům, jež byla rychlejší než u ambulantního psychiatra. To přispělo k prevenci zhoršení duševního stavu a hospitalizace klientů. Respondenti si také vážili vstřícného přístupu ke klientům s duševním onemocněním což přispělo k popularizaci služby mezi klienty a rodinnými příslušníky. *„My jim akorát*



jako vysvětlíme, co to tým včasné intervence je. Oni jsou vlastně šťastný, že nemusejí k psychiatrovi, jako přímo do nějaké ambulance nebo do psychiatrické nemocnice, protože to je vlastně jako velké strašák.“ (vedoucí pracovník v sociálních službách)

4.5.8.2 Rizika/negativa služby včasné intervence

Respondenti se také vyjadřovali k rizikům či negativům služby včasné intervence. Absence atestovaného psychiatra v týmu byla vnímána jako negativum, a to převážně z důvodu nemožnosti předepisovat psychofarmaka klientům nacházejícím se v akutním stavu. V blanenském týmu byla nevýhoda v tom, že ED/EI tým neměl k dispozici automobil, což omezovalo jejich schopnost rychle reagovat v akutních případech. *„Ale spíš mi přijde nevýhoda v tom, že neměli třeba auto. Nemohli jezdit úplně kdykoliv. Vlastně, když by někdo zavolal, že něco se děje, tak nemůžou jako ihned reagovat.“ (vedoucí pracovník v sociálních službách)*

4.5.9 Doporučení pro budoucí implementaci služeb včasné intervence

4.5.9.1 Doporučení pro zlepšení služby včasné intervence

Sedmou zastoupenou kategorií, ke které se stakeholdeři vyjadřovali bylo **doporučení pro budoucí implementaci služeb včasné intervence**. Během rozhovoru sdělovali doporučení týkající se například lepší propagace služby. Jelikož malá část stakeholderů nebyla důkladně informována o záměru projektu VIZDOM a o existenci týmů včasné intervence, do budoucna by stakeholdeři uvítali jasnější komunikaci o službách, které týmy poskytují a celkově výrazější propagaci. Zároveň by uvítali, kdyby bylo možné přizpůsobit propagaci laické veřejnosti. *„Pro mě by byla odměna, když byste to nastavili tak, aby to pro ty lidi bylo čitelnější a, aby věděli, že se tam prostě můžou na ty týmy nějak obracet. Když jsem to pročetla, tak bych měla představu, že se s nějakým týmem domluvím a ten mě tam prostě přijede ve čtyřech lidech zachraňovat. Tak to taky není úplně jako něco, co bych chtěla, být člověkem, kterej potřebuje nějakou pomoc. Čili nějak to trošku jakoby naformulovat přijatelněji nebo přístupněji pro nějaký lidi v krizi.“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)*

Kromě doporučení týkající se propagace, stakeholdeři také udávali návrhy týkající se poskytování služeb ED/EI týmem. Často zmiňovaným doporučením bylo zvýšení úvazku psychiatra a psychologa v ED/EI týmech. Jedno z doporučení se týkalo konkrétně ED/EI týmu v Blansku. Vzhledem k regionalitě, respondenti doporučili, že by bylo vhodné kdyby tým disponoval autem. Z vlastní praxe by respondenti do budoucna ocenili větší množství ED/EI týmů v ČR. *„Tak z mého pohledu samozřejmě sehnat personál a začít ve spolupráci s pojišťovnami síťovat Českou republiku. Bylo by dobré, kdyby těch týmů bylo prostě víc a, aby aspoň v každém regionu takový tým byl. Tak ať může koordinálně poskytovat péči a spolupracovat s jinými školními zařízeními a s ambulancemi.“ (psychiatr)*

Stakeholdeři také uvedli návrhy pro budoucí navazování spolupráce se službami. Pro lepší orientaci, respondenti doporučili, aby bylo jasně napsáno, jaké služby ED/EI týmy poskytují klientům a za jakých podmínek. Respondenti také doporučili zaslat terapeutům a dalším stakeholderům odkaz na webovou stránku VIZDOM což by podpořilo nejen informovanost stakeholderů o existenci služby, ale také jejich spolupráci. *„Potřebovala bych vědět, co všechno mohou ty týmy nabídnout pro případného dekompanzovaného klienta. To by asi pro mne byly přínosné informace.“ (psychiatr)*

Další zmíněné návrhy se týkaly doporučení pro budoucí oslovení. Respondenti často hovořili o důležitosti uskutečnit osobní či telefonickou schůzku pro rozvinutí hlubší spolupráce. Telefonický kontakt by umožnil respondentům získat více informací ohledně cílové skupiny služby a zároveň o péči, kterou služba poskytuje. *„Osobní schůzka nebo aspoň telefonát mi přijde vhodný.“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)*



Do menší míry stakeholdeři také vyjádřili doporučení pro vymezení cílové skupiny. Všeobecně stakeholdeři doporučovali snížit věkovou hranici, a to z důvodu vyššího výskytu příznaků duševních onemocnění u dospívajících mladších šestnácti let. „*No, jako pro mě je zásadní ta věková hranice. Tu by podle mě bylo potřeba rozšířit, protože už na druhém stupni se prostě setkáváme s dětmi, které mají výrazné obtíže a, které tuhle službu opravdu potřebují. Tady mi vždycky vyšli vstříc, ale bylo to vlastně z jejich dobré vůle, protože oficiálně by tam ty moje děti vlastně nespadaly.*“ (pedagogický pracovník)

4.5.10 Spolupráce s klienty z pohledu stakeholderů

4.5.10.1 Spolupracovali s klienty s duševním onemocněním

Další zastoupenou kategorií, ke které se stakeholdeři v průběhu rozhovoru vyjadřovali, byla **cílová skupina**. Konkrétně hovořili o klientech, se kterými spolupracovali a u kterých se vyskytovaly příznaky duševního onemocnění. Na základě zkušenosti z praxe, respondenti vnímali, že klientů s duševním onemocněním v posledních letech přibývá. Podobnou reakci měli stakeholdeři, jež měli klienty v přímé péči či stakeholdeři, jež pracovali ve školských zařízeních. „*Jako 60 % prostě našich klientů jsou osoby s duševním onemocněním.*“ (vedoucí pracovník v sociálních službách)

Zvýšený výskyt duševních onemocnění u klientů, se kterými byli stakeholdeři v kontaktu, se také projevil u stakeholderů v práci. Stakeholdeři museli často řešit situace, kdy klient měl příznaky duševního onemocnění. Ve své praxi se setkali s jedinci, kteří měli úzkostnou poruchu. Tyto poruchy byly také evidentní u žáků středních škol. Často se setkávali také s jedinci s duševním onemocněním či podezřením na něj. S takovými jedinci se někteří respondenti setkávali denně. „*Já bych řekla, že se s klienty právě s duševním onemocněním nebo s podezřením na duševní onemocnění setkávám denně. No, je to rozhodně jako denně.*“ (vedoucí pracovník v sociálních službách)

Spolupracovali s klienty s diagnózou spadající do skupiny F2

Mezi tématy, o kterých respondenti hovořili, byla spolupráce s klienty s diagnózou spadající do skupiny *Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy*, neboli F2. Někteří stakeholdeři měli v péči klienta, u něhož se projevil příznak psychotického onemocnění. Většinou se jednalo o dospělé jedince. Stakeholdeři se také setkávali s klienty, kteří byli ve zvýšeném riziku případně podezření onemocnění ze skupiny F2. Dle stakeholderů ve školských zařízeních byl výskyt tohoto druhu onemocnění ojedinělý. Většinou se jednalo o úzkostné poruchy či deprese. „*To vám vůbec nedokážu říct, kolik z nich tvoří lidi s psychózou. Je to hodně malá skupina.*“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)

Všeobecně stakeholdeři potvrdili, že v praxi se setkávali s klienty, u nichž se projevil příznak psychotického onemocnění. Stakeholdeři, jež pracují v sociálních službách, se setkávaly s klienty, u nichž se projevil příznak duševního onemocnění, častěji než stakeholdeři, jež pracují ve školském zařízení. „*Třeba, jako z mého pětiletého působení jsem ve směru psychotické problematiky měla třeba nějaký dva tři případy.*“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)

4.5.10.2 Vymezení cílové skupiny projektu VIZDOM dle věku

Respondenti se do menší míry také vyjadřovali k vymezení cílové skupiny služby včasné intervence. Vymezení cílové skupiny i pro mladší populaci od 16 let bylo hodnoceno kladně. Týkalo se to stakeholderů, kteří pracovali s převážně dospělou populací. „*Za mě i to vymezení cílové skupiny je dobrý.*“ (vedoucí pracovník v sociálních službách)



4.5.11 Informace o projektu VIZDOM online

4.5.11.1 Webová stránka VIZDOM

Devátou nejčastěji zastoupenou kategorií, o které stakeholdeři během rozhovoru hovořili, byly webové stránky VIZDOM. Obecně byla webová stránka projektu hodnocena kladně. Stakeholdeři ji často popisovali jako přehlednou a graficky dobře zpracovanou. Celkově byla přijata jako uživatelsky příjemná, a to jak pro klienty, tak pro stakeholdery. „*Stránky VIZDOM jsou skvěle vyhledatelný přes Google, takže to je všechno dobře udělaný.*“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)

Stakeholdeři obvykle měli o existenci webové stránky informace a často ji využívali pro dohledání informací o službě včasné intervence. Konkrétně se jednalo o dohledání služeb, které ED/EI týmy poskytovaly a o vymezení cílové skupiny. Na webovou stránku VIZDOM také odkazovali potenciální klienty, jež by mohli využívat služeb včasné intervence. „*V podstatě mám informace, který jsem si našla na webu.*“ (psycholog)

4.5.11.2 Online poradna

Stakeholdeři se také vyjadřovali k existenci online poradny. Respondenti hovořili o jejich informovanosti týkající se online poradny, která byla k dispozici na webové stránce VIZDOM, většinou byli informováni. Mnohdy nevěděli, jakým způsobem online poradna fungovala. Někteří stakeholdeři odkazovali klienty na online poradnu. „*Vím, že tam odkazuju na ni odkazuju klienty. Ale nemám s ní bližší zkušenost.*“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)

I když většina stakeholderů nevyužila online poradnu v praxi, ocenili její dostupnost a možnost využití online poradny v případě potřeby. Online poradnu hodnotili jako velice odbornou „*Online poradnu jako nenabízíme. To, na to nemáme právě kapacitu. Takže je určitě fajn, že takováhle služba, služba je k dispozici a má online poradnu.*“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)

4.5.11.3 PQB dotazník (self-screeningový nástroj)

Respondenti se vyjadřovali také k self-screeningovému dotazníku psychotických příznaků, který je veřejně dostupný na webové stránce VIZDOM a který umožňuje instantní sebesposouzení úrovně rané psychotické symptomatiky. Respondenti věděli o možnosti dotazník využít. V některých případech byli o jeho existenci informováni i zdravotní sestry lékaře či psychiatra. „*Ano, vím o PQB testu, viděl jsem ho na webových stránkách.*“ (praktický lékař)

Možnost otestovat se pro zjištění, zda je člověk v riziku či ne hodnotili velice kladně. „*Přišel mi dobrý ten test, když se tam může každé otestovat a zjistit jestli je riziková skupina nebo není.*“ (praktický lékař)

4.5.12 Průběh spolupráce se síťovými kontakty mimo přímou péči

4.5.12.1 Stakeholdeři, kteří spolupracovali se službou včasné intervence

Další vyskytující se kategorií byl **průběh spolupráce se stakeholdery, tzv. síťovými kontakty mimo přímou péči**. Například stakeholdeři ze školského zařízení, kteří měli navázanou spolupráci se službou včasné intervence, hovořili o charakteristikách klientů, které doporučovali do služby včasné intervence. Jednalo se o klienty do 30 let věku, u kterých se manifestovaly známky halucinací nebo bludů, což jsou závažné projevy psychotického onemocnění. Často se jednalo o klienty, kteří nebyli v žádné odborné péči. Stakeholdeři zároveň na službu odkazovali klienty s podezřením na závažné duševní onemocnění, jež měli obavy vyhledat psychiatrickou pomoc. Na ED/EI týmy také odkazovali jedince, kteří byli poprvé hospitalizovaní a navrátili se zpět do školy, nebo ty, kteří se vrátili do



domácího prostředí z psychiatrické nemocnice. *„Tak první byl chlapec, který vlastně, má výraznou depresivní symptomatiku a u kterého byla později diagnostikována bipolární porucha. Přišel ke mně vlastně na začátku mého působení na škole a svěřil se mi nejenom se sebevražednými myšlenkami, ale už podnikal nějaké kroky směrem k tomu. Takže tam jsem vlastně se domluvila s maminkou. Odvezli ho na krizové centrum, kde ho hospitalizovali, ale po návratu z nemocnice, kde mu nasadili antidepresiva, tak měl jako výrazné somatické potíže. On byl hospitalizován poměrně krátce, nasadili mu antidepresiva a hned druhý den šel domů. Takže tam vlastně ani nebyla zkontrolována ta fáze nasazení těch antidepresiv, kdy měl opravdu výrazné potíže. A mamince se podařilo vlastně dětského psychiatra najít až za čtyři, pět měsíců. Bylo to hodně náročné, když jí zvracel několikrát za den. A právě jsem si vzpomněla, že tady funguje tenhle tým, takže jsem mamince doporučila tenhle kontakt a tým fungoval velmi dobře. Pracoval s rodinou, dojížděli vlastně k nim domů. A podařilo se jim i sehnat bližší psychiatrickou péči, pedopsychiatra, protože tam samozřejmě není dětský psychiatr. Takže vlastně postupně docházelo k úpravě té péče.“* (pedagogický pracovník)

Pracovníci ve školských zařízeních doporučovali službu včasné intervence pomocí sdílení kontaktních údajů. V jiných případech stakeholderi posílali studentům a jejich rodinným příslušníkům odkaz na webové stránky VIZDOM. *„Mmají v každé třídě nástěnku, mají tam číslo. Posílali jsme číslo rodičům. Posílala jsem jako metodik prevence čísla a kontakty rodičům. I děckám zvlášť.“* (metodik prevence)

Stakeholderi, kteří neměli klienty přímo v péči, oceňovali spolupráci se službou včasné intervence, služba podle nich měla pozitivní vliv na duševní stav klientů. Individuální přístup ED/EI týmů měl kladný vliv na stabilizaci klienta, což předešlo jeho hospitalizaci. V jiných případech tým včasné intervence přispěl k tomu, aby se klient po hospitalizaci navrátil zpět do běžného života. Často se jednalo i o klienty školou povinné, kteří z důvodu náhlé hospitalizace museli přerušit studium. *„V tuhle chvíli chlapec, co mám zprávy jakoby ze školy, tak má tam nějaké výkyvy, ale loňský ročník se mu podařilo zvládnout, i přes všechny tyhle potíže. A přestože samozřejmě známky šly poměrně hodně dolů, protože prostě předtím byl jedničkář, úplně jako bez problémů, tak teď zvládá.“* (metodik prevence)

Po předání kontaktu na službu včasné intervence, klienti či rodiny klientů většinou kontaktovali službu včasné intervence a využili služeb, které daný ED/EI tým v jejich regionu poskytoval. Délka spolupráce se lišila od každého případu. Většinou se jednalo o delší spolupráci. *„Ale vím, že nadále s tím klientem pracují. Pracují a sledují jeho stav, který se velmi zlepšil a myslím si, že je to i jejich zásluha, hodně velká.“* (pedagogický pracovník)

4.5.12.2 Stakeholderi, kteří nespolupracovali se službou včasné intervence

V některých případech oslovení respondenti neměli navázanou spolupráci se službou včasné intervence. I přesto někdy doporučovali kontaktovat tým. Jelikož se jednalo o stakeholdery, kteří neměli klienty v péči, často se na ně obraceli rodinní příslušníci potenciálních klientů, jež nechtěli využít odbornou pomoc. *„Ale v drtivé většině nám volají jejich rodinní příslušníci a partneři s tím, že neví, co v této situaci má dělat. Z toho, na koho odkazujeme, je tým včasné intervence.“* (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)

Jelikož se jednalo o stakeholdery, jež neměli navázanou spolupráci se službou včasné intervence, většinou nebyli dále informováni o tom, zda klienti či jejich rodinní příslušníci kontaktovali službu včasné intervence a případně o průběhu spolupráce. Po předání kontaktu se klienti většinou vyjadřovali tak, že budou službu včasné intervence kontaktovat. *„My ani dokonce nevíme, jestli ty lidi volali, jestli ty lidi se jim ozvali, jo. Nejsme u předávky, nejsme vlastně de facto u ničeho, jo.“* (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)



Stakeholderi se také setkali s případem, kdy se dozvěděli o důvodu, proč klient, jemuž doporučili službu včasné intervence, nenavázal se službou včasné intervence spolupráci. Mnohdy se jednalo o situaci, kdy klient nechtěl být stigmatizován, případně neměl náhled na svůj zdravotní stav. „*Klienti, kteří nemají náhled na svůj zdravotní stav, často nechtějí navázat kontakt s podpůrnou léčbou.*“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)

4.5.12.3 Stakeholderi, kteří spolupracovali s jinými poskytovateli péče

Stakeholderi, kteří neměli klienty v přímé péči a pouze je odkazovali na další odborné služby, také hovořili o jejich navázané spolupráci s jinými poskytovateli péče. Často se jednalo o dlouhodobou spolupráci, která vznikla před vznikem služeb včasné intervence. Klienty odkazovali na tyto služby dle jejich potřeb a dále dle odbornosti poskytovatelů péče. „*Pro prvozáchyt mladých doporučuju kontaktovat OSPOD.*“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)

4.5.13 Diseminace služby

Další kategorií, o které stakeholderi hovořili byla **diseminace**. Stakeholderi se vyjadřovali k propagaci služby včasné intervence. Propagace o fungování týmů včasné intervence jim přišla nedostatečná. Pro zajištění úspěšnosti respondenti považují dobrou propagaci služby za důležitou. „*Bylo by dobré zlepšit tu propagaci pro ty lidi na venek, jo. Spustili jsme pro vás nověj, záchytnej systém nebo prostě pomoc pro člověka, který cítí, že mu není dobře, nebo něco takovýho.*“ (vedoucí pracovník v poradenském zařízení)



5 Vyhodnocení otázek a doporučení z dopadové části evaluace

Otázka č. 2.5.3.1., Jsou služby ED/EI cost-efektivní?

V rámci evaluace projektu byla provedena rekalkulace jednotkových nákladů a studie zaměřená na analýzu nákladové efektivity. Výsledky jsou v souhrnné podobě předmětem této zprávy a podrobněji jsou prezentovány v samostatném dokumentu s názvem „Komplexní zpráva o zkušenosti s implementací ED a EI služeb v ČR a jejich cost-efektivitě, rekalkulace jednotkových nákladů“. Podle dostupných zjištění byla implementace služby včasné detekce a včasné intervence v ČR v podobě projektu VIZDOM nákladově efektivní. **Doporučení:** Na základě realizovaných zjištění lze doporučit další implementaci služby v systému psychiatrické péče. Zároveň doporučujeme provedení navazující analýzy na základě dat Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZZ), který je spravovaný Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR.

Souhrn
hodnocení



Otázka č. 2.5.3.2., Jaká je zkušenost týmů a jejich klientů s fungováním služeb ED/EI?

Za účelem posouzení zkušeností intervenčních týmů a jejich klientů byly realizovány dvě vlny skupinových diskuzí s intervenčními týmy a individuální rozhovory s klienty. Zkušenosti týmů jsou prezentovány v dokumentu „Komplexní zpráva o zkušenosti s implementací ED a EI služeb v ČR a jejich cost-efektivitě, rekalkulace jednotkových nákladů“, zkušenosti klientů prezentujeme zde. Pracovníci intervenčních týmů pozitivně hodnotili například přínos multidisciplinární práce, zaměření na diseminační aktivity s potenciálem prevence nebo velkou mírou flexibility a prostoru pro individuální práci s klienty. Vzhledem k heterogenní a nediferencované povaze cílové skupiny se v průběhu implementace objevovala potřeba širšího vymezení cílové skupiny, konkrétně snížení dolní věkové hranice a zaměření na širší diagnostické spektrum než SMI. Byla také realizována kvantitativní část evaluace, která reportuje měřitelné dopady včetně příjemcem reportované úrovně kvality života a jiných ukazatelů. Na objektivně měřené úrovni docházelo u klientů v průběhu čerpání služby k významnému zlepšení zejména v oblastech fungování a symptomů. V rámci kvalitativního šetření klienti oceňovali například individuální, vstřícný a partnerský přístup pracovníků. I oni pozitivně hodnotili multidisciplinární složení a komplexní podporu v rámci jednoho týmu. Dobré zkušenosti měli také s proaktivním přístupem týmu při spolupráci se stávající sítí klienta. **Doporučení:** Zkušenosti týmů a jejich klientů využít při další implementaci.

Souhrn
hodnocení



Přispěla služba k lepší/srovnatelné úrovni globálního a sociálního fungování klientů?

Podle výsledků kvantitativní části evaluace služba jednoznačně přispěla ke zlepšení v oblasti globálního a sociálního fungování klientů. Statisticky významné zlepšení bylo přítomné na škále GAF, a to po šesti i dvanácti měsících. Významné zlepšení bylo realizováno po šesti měsících na škále HoNOS.

Souhrn
hodnocení



Přispěla služba k lepší/srovnatelné úrovni kvality života?

Na základě pre-post srovnání služba přispěla ke zlepšení příjemcem reportované úrovně kvality života. Rozdíl nebyl statisticky signifikantní, pravděpodobně i vzhledem k nízkému počtu zúčastněných osob. Můžeme říci, že kvalita života klientů v úhrnu přinejmenším setrvala na stejné úrovni a pozitivní trend by se mohl potvrdit na rozsáhlejší vzorku.

Souhrn
hodnocení





Přispěla služba k lepší/srovnatelné úrovni symptomů nemoci?

Služba jasně přispěla ke snížení psychotické symptomatiky v rámci pre-post srovnání. Signifikantní zlepšení je patrné dle nástroje PANSS-6 po šesti i dvanácti měsících čerpání služby.

Souhrn
hodnocení



Přispěla služba k lepší/srovnatelné úrovni sociální situace?

Jako ukazatel sociální situace byly stanoveny odpracované hodiny. V průběhu čerpání služby byl v průměru realizován výrazný nárůst počtu odpracovaných hodin před vstupem do služby a v období po vstupu. Výsledky srovnání nejsou statisticky významné, reálně ale došlo ke zlepšení v řádu desítek procent.

Souhrn
hodnocení



Přispěla služba k redukci počtu hospitalizačních dnů?

V rámci pre-post srovnání byl realizován statisticky významný úbytek počtu hospitalizačních dnů, a to po šesti měsících i po jednom roce. Po šesti měsících se jednalo o úbytek přes 70 % a po jednom roce o více než 80 %.

Doporučení: Doporučujeme validaci těchto zjištění na základě dat Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS), který je spravovaný Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR.

Souhrn
hodnocení



Přispěla služba k redukci doby neléčené psychózy?

Celkem 67 % klientů (12/18) bylo detekováno do 6 měsíců od prvních projevů jasně psychotických symptomů. Jedná se o velmi dobrý výsledek, zároveň nejsou k dispozici data z českého prostředí pro odpovídající srovnání.

Doporučení: V rámci projektu byl vyvinut nástroj pro odhad doby neléčené psychózy. V praxi se ukázalo, že nástroj poskytuje relevantní data a lze doporučit jeho širší systémovou implementaci.

Souhrn
hodnocení



Jakou úroveň měla fidelita služby?

Z pohledu fidelity měla služba evidentní rezervy v různých oblastech. Za klíčové lze považovat nízké provázání se zdravotním systémem a z toho plynoucí absenci například přímé možnosti farmakologické léčby. Jako další nedostatek se ukázala absence formalizovaného vzdělávání pro poskytování některých služeb, například pracovní poradenství.

Doporučení: V rámci další implementace doporučujeme přímé napojení služby na systém zdravotní péče a formalizované vzdělávání členů intervenčního týmu v návaznosti na výsledky realizovaného šetření fidelity.

Souhrn
hodnocení



Otázka č. 2.5.4.1., Jakým způsobem by měly služby ED/EI fungovat v dalším období po skončení projektu?

Doporučení: Jako nejpříhodnější se jeví možnost navázání týmů včasné intervence na vznikající síť center duševního zdraví, případně na psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic. Otázkám možné kontinuity a udržitelnosti je věnována samostatná Zpráva o dlouhodobé udržitelnosti.

Souhrn
hodnocení





Otázka č. 2.5.4.2., Jakým způsobem bude zajištěno financování týmů ED/EI po skončení projektu?

V rámci udržitelnosti se v době konce projektu podařilo udržet kontinuitu týmu včasné intervence v rámci CDZ Plzeň. V této době byli pracovníci financováni stejným způsobem jako další personál CDZ na základě úhrad za zdravotní výkony a separátního financování sociální části. Zároveň bylo projednáváno zavedení zdravotního výkonu „Identifikace a diagnostika pacienta s potřebou včasné intervence“, který by výhledově měl umožnit financování specifických úkonů spojených s včasnou detekcí a včasnou intervencí.

Doporučení: S ohledem na zkušenosti získané během realizace projektu VIZDOM (2018-2022) se ze zvažovaných variant implementace ED/EI v ČR jako nejproveditelnější jeví navázání vznikajících intervenčních týmů na již fungující CDZ, která zajišťují rámec zdravotně-sociální služby, a to zejména v podobě specialistů včasné intervence, kteří jsou součástí širšího týmu profesionálů. Financování v takovém případě odpovídá standardnímu modelu a to s přihlédnutím ke skutečnosti, že CDZ mají dle Standardu poskytovat služby také osobám ve s potřebou včasné intervence, resp. v riziku SMI, to znamená včetně aktivit diseminace a včasné detekce.

Souhrn hodnocení



Souhrn

Klíčové aktivity projektu proběhly podle harmonogramu. Týmy včasné intervence fungovaly stabilně, v průběhu projektu se jim dařilo zajišťovat služby včasné detekce a včasné intervence podle stanovených parametrů. Fungování interního týmu bylo stabilizované, pozice byly obsazeny kvalifikovanými pracovníky. Z pohledu rozpočtu byl projekt realizován dle schválené projektové žádosti a nepotýkal se s žádnými obtížemi, které by ohrožovaly jeho průběh. Čerpání probíhá dle schváleného finančního plánu. Projekt byl realizován v souladu se Strategií reformy psychiatrické péče a v návaznosti na Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, probíhala jeho koordinace s dalšími projekty Reformy péče o duševní zdraví.

V rámci dopadové části evaluace byly realizovány skupinové diskuze a individuální rozhovory s klienty, intervenčními týmy a stakeholdery. Dále bylo realizována šetření fidelity. V rámci dopadové evaluace je využit design prospektivní kohortové studie.

V rámci projektu bylo podpořeno celkem 531 klientů, 302 rodinných příslušníků a 979 síťových kontaktů. V průběhu prvních šesti měsíců čerpání služby u klientů došlo mimo jiné k významnému zlepšení v doménách fungování, problémů souvisejících s duševním zdravím, symptomů nemoci a úbytku hospitalizačních dnů asi o 75 %. Během dvanácti měsíců sledování došlo dalšímu zlepšení na klinické úrovni, k přibližně 80% redukci hospitalizačních dnů a 60% nárůstu odpracovaných hodin. Asi dvě třetiny klientů byly detekovány do půl roku od prvních projevů jasně psychotických symptomů. Z pohledu nákladů se intervence na základě dosavadních zjištění ukázala jako efektivní.



Použitá literatura

1. Beecham, J., & Knapp, M. , *Costing psychiatric interventions*, in *Measuring mental health needs*, C.B. G. Thornicroft, & J. Wing (Eds.), Editor. 1992, Gaskell: London, UK.
2. Jones, S.H., et al., *A brief mental health outcome scale*. The British Journal of Psychiatry, 1995. **166**(5): p. 654-659.
3. Wing, J., et al., *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development*. The British Journal of Psychiatry, 1998. **172**(1): p. 11-18.
4. Pěč, O., et al., *HoNOS (Hodnocení zdravotního stavu)–adaptace nástroje na hodnocení symptomů a sociálních funkcí u závažně duševně nemocných v českých podmínkách a jeho použití*. Čes a slov Psychiat, 2009. **105**(6): p. 245-249.
5. Hawthorne, G., J. Richardson, and R. Osborne, *The Assessment of Quality of Life (AQoL) instrument: a psychometric measure of health-related quality of life*. Quality of life research, 1999. **8**(3): p. 209-224.
6. Østergaard, S.D., et al., *PANSS-6: a brief rating scale for the measurement of severity in schizophrenia*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2016. **133**(6): p. 436-444.
7. Yung, A., et al., *Comprehensive assessment of at-risk mental states (CAARMS)*. Melbourne, Australia, University of Melbourne, Department of Psychiatry, Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic, 2002.
8. Frick, K.D., *Micro-costing quantity data collection methods*. Medical care, 2009. **47**(7 Suppl 1): p. S76.
9. Mangalore, R. and M. Knapp, *Cost of schizophrenia in England*. The journal of mental health policy and economics, 2007. **10**(1): p. 23-41.
10. Goeree, R., et al., *The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004*. Current medical research and opinion, 2005. **21**(12): p. 2017-2028.
11. Weinstein, M.C., et al., *Cost-effectiveness in health and medicine*. 1996: Oxford university press.
12. Addington, D., *The First Episode Psychosis Services Fidelity Scale 1.0: Review and Update*. Schizophrenia Bulletin Open, 2021. **2**(1): p. sgab007.



Přílohy

Příloha č. 1. Komponenty z FEPS-FS

Číslo a název komponentu

1. Vedoucí týmu služeb
2. Poměr počtu klientů na poskytovatele péče
3. Služby poskytované týmem
4. Přidělený case manager/koordinátor péče
5. Počet případů na psychiatra
6. Role psychiatra v týmu
7. Týdenní schůzky multidisciplinárního týmu
8. Stanovená diagnostická kritéria pro přijetí pacienta
9. Populace ve spádovém regionu
10. Věkové rozmezí cílové populace
11. Délka trvání poskytované služby včasné intervence
12. Cílená výuka ke zdraví/vzdělávání/sociálním službám/komunitním skupinám
13. Včasná intervence
14. Včasný kontakt s potenciálním klientem
15. Zahrnutí rodiny do hodnocení
16. Komplexní klinické hodnocení
17. Komplexní hodnocení psychosociálních potřeb
18. Plán léčby/plán péče po úvodním hodnocení
19. Preskribce antipsychotické medikace
20. Dávkování antipsychotik pro osoby s psychózou dle doporučení
21. Klozapin pro potíže rezistentní na farmakoterapii
22. Psychoedukace klienta
23. Vzdelávání a podpora rodiny
24. Kognitivně behaviorální terapie (KBT)
25. Podpora zdraví
26. Roční formální komplexní hodnocení
27. Služby poskytované osobám s poruchou způsobenou užíváním návykových látek
28. Podporované zaměstnávání (PZ)
29. Podporované vzdělávání (PVz)
30. Aktivní zapojení a udržení klienta ve službě
31. Udržitelnost klientů ve službě
32. Služby krizové intervence
33. Komunikace mezi týmem včasné intervence a lůžkovými zařízeními
34. Včasný kontakt po propuštění z hospitalizace
35. Zajištění fidelity



Příloha č. 2. Rozdělení komponentů FEPS-FS dle domén

Domény	Počet položek	Komponenty z FEPS škály
Včasná identifikace	1	13
Dostupnost služby	5	8, 9, 10, 12, 14
Poskytování psychosociálních intervencí	6	22, 23, 24, 27, 28, 29
Poskytování farmakologických intervencí	4	5, 19, 20, 21
Klinické hodnocení	5	15, 16, 17, 18, 26
Fungování týmu	5	1, 2, 3, 6, 7
Kontinuita péče	7	4, 11, 30, 31, 32, 33, 34
Poskytování péče pro podporu zdraví	1	25
Zajištění fidelity	1	35



Příloha č. 3. Scénář rozhovoru s klienty VIZDOM

Informace k rozhovoru s klientem VIZDOM

Důležitou součástí evaluace VIZDOM jsou polostrukturované rozhovory s klienty (případně rodinnými příslušníky). Záměrem je zmapovat různé aspekty spolupráce, jako je například motivace klienta ke spolupráci se službou, hodnocení spolupráce nebo doporučení pro další implementaci služby.

Budou realizovány nejméně tři rozhovory na regionální tým. S klientem může proběhnout nejvýše jeden rozhovor. Realizaci a záznam provede pracovník výzkumného týmu, a to za asistence regionálního pracovníka na základě předchozí domluvy. Klient před realizací rozhovoru podepíše Dohodu o účasti v evaluačním šetření. Na základě realizace obdrží odměnu 800 Kč.

Délka rozhovoru je stanovena na přibližně 60 minut, tato doba může být v relevantních případech v adekvátní míře překročena, vždy se přihlíží ke konkrétní situaci. V rámci rozhovoru je žádoucí obsáhnout tematické oblasti uvedené níže. Vzhledem k tomu, že rozhovor má polostrukturovanou podobu, tazatel pokládá doplňující otázky, případně vynechává ty, které naopak nejsou relevantní.

Instrukce pro tazatele – informace pro klienty

- Nejprve bych se Vám ráda představil/a, moje jméno je ... a pracuji v Národním ústavu duševního zdraví jako výzkumník/výzkumnice.
- Rád/a bych s Vámi udělala rozhovor pro projekt včasných intervencí, abychom ho mohli ještě zlepšit.
- V rámci rozhovoru bych si s Vámi rád/a povídala o
 - ☞ Vás a Vaší situaci,
 - ☞ Vašich zkušenostech a také o
 - ☞ Vaší spolupráci s týmem,
 - ☞ případně mě budou zajímat také návrhy na zlepšení.
- Postupně Vám budu pokládat otázky, Vy se pokuste odpovědět, žádná odpověď není špatná.
- Náš rozhovor bude trvat asi hodinu, pokud byste potřeboval/a pauzu, můžeme ho v průběhu přerušit a zase pokračovat za několik minut.
- Rozhovor budu nahrávat, jeho záznam použijeme při psaní závěrečných zpráv. Vaše účast je anonymní, nezveřejníme Vaše jméno a nebude možné Vás identifikovat.
- Účast v rozhovoru je dobrovolná a můžete ji odvolat až do doby, než zveřejníme závěrečné zprávy.
- Za rozhovor Vám na základě Dohody o účasti vyplatíme odměnu 800 Kč.
- Souhlasíte s těmito podmínkami, máte nějaké otázky nebo připomínky?

Oblast: Situace klienta

- 1.1. Mohl/a bych Vás na úvod poprosit, abyste se **představil/a a řekl/a něco o sobě**, jak vypadá Váš běžný den a co vám dělá radost?
- 1.2. Můžete mi povědět **o Vás a Vaší situaci?**
(proč klient spolupracuje s týmem; informace o problému/onemocnění)
- 1.3. **Jak se situace projevila?** Jaký **měla dopad** na Vás a Vaši rodinu?



Oblast: Spolupráce s týmem

První kontakt

- 2.1. Pamatujete si, jak probíhal Váš **první kontakt** s týmem?
(vlastní iniciativa, nebo zprostředkovaný kontakt)

Pokud se jednalo o iniciativu klienta

- Kdy vás **poprvé napadlo** vyhledat odbornou pomoc?
- Případně: Kdy jste si začal/a uvědomovat, že **něco není v pořádku**?
- **Jak jste se dozvěděl/a o týmu**, se kterým spolupracujete?
- Proč jste se na tým neobrátil/a **dříve**?
- Byl v úvodu spolupráce zapojen **někdo další**?
(např. rodina; kamarádi; škola; zdravotník...)

Pokud se jedná o zprostředkovaný/asertivní kontakt

- **Kdo jako první kontaktoval** tým? (např. RP; zdravotník; škola...)
 - Byl to podle vás **správný postup**?
 - Byl v úvodu spolupráce zapojen **někdo další**? (např. RP; kamarádi; škola, lékař...)
 - Proč jste se na tým neobrátil/a **Vy sám/sama**?
- Případně: Kdy jste si začal/a uvědomovat, že **něco není v pořádku**?
- 2.2. Jaký byl váš **první dojem** z týmu?
- Případně: Jak na vás působilo **pracoviště**?

Další průběh spolupráce

- 2.3. **Kde jste se** s pracovníky týmu **setkávali**? (např. pracoviště t; bydliště k; online...)
Který z těchto způsobů spolupráce **hodnotíte nejlépe**? Proč?
Případně: Ovlivnilo **pracoviště týmu** vaši spolupráci?
- 2.4. **Jak často jste byl/a v kontaktu** s týmem? (např. 1x za měsíc; 1x za 14 dní)
Bylo to pro vás **dostatečně často**?
- 2.5. Případně: Jak se do spolupráce promítla **pandemie covid-19**

Oblast: Hodnocení spolupráce

- 3.1. **Co důležitého se ve vašem životě změnilo** od té doby, kdy jste začali spolupracovat s týmem? Jak k tomu přispěl tým?
- 3.2. Co na spolupráci nejvíce **oceňujete**? Co pro Vás mělo **největší přínos**?
- 3.3. Je něco, co Vám na službě **chybí**?
(např. práce ve skupině, skupinové rodinné edukace/programy...)
- 3.4. Je něco, s čím Vám tým **nedokázal pomoci**, i když jste to s ním řešil/a?
Je něco, s čím byste se na tým neobrátil/a – a proč?
(např. nedostatečná důvěra, stigmatizace...)
- 3.5. Co Vám na spolupráci nejvíce **vadilo/vadí**, co by se mělo **zlepšit**?
- 3.6. Máte vedle spolupráce s týmem **zkušenost s jinými službami** zaměřenými na podporu duševního zdraví?
Jakými? Můžete Vaše zkušenosti porovnat?

Oblast: Ostatní

- 4.1. Jaká je Vaše **zkušenost s dotazníky**, které jste v rámci spolupráce vyplňoval/a?
- 4.2. Máte zkušenost s **webovými stránkami, online poradnou, dotazníkem**?
Dokážete je ohodnotit?
- 4.3. Doporučil/a byste tuto službu i někomu jinému?



Příloha č. 4. Rozhovory s klienty – kategorie a frekvence kódů v každé kategorii

Kategorie	Frekvence (počet kódů)	Frekvence (procento)
Průběh spolupráce před pandemií Covid-19	90	28,7
Hodnocení spolupráce se službou včasné intervence	76	24,2
Situace klienta před navázáním spolupráce se službou včasné intervence	61	19,4
Navázání spolupráce se službou včasné intervence	57	18,2
Průběh spolupráce během pandemie Covid- 19	22	7,0
Webová stránka VIZDOM	8	2,5



Příloha č. 5. Rozhovory s klienty – kódovací schéma a frekvence kódů v podkategoriích

Kategorie	Podkategorie 1.	Podkategorie 2.	Frekvence (počet kódů)	Frekvence (procento)	
Průběh spolupráce před pandemií Covid- 19	Poskytovaná péče službou včasné intervence	Poskytovaná podpora	26	8,3	
		Stanovené cíle	10	3,2	
			Práce s dotazníky	10	3,2
		Způsob setkávání	Hodnocení místa setkávání	20	6,4
			Místo setkávání	13	4,1
Hodnocení spolupráce se službou včasné intervence		Intenzita setkávání	11	3,5	
	Spolupráce se službou včasné intervence	Změny v důsledku spolupráce se službou včasné intervence	34	10,8	
			Přínos služby včasné intervence pro klienty	16	5,1
		Zkušenost klienta s jinými poskytovateli péče a srovnání se službou včasné intervence	21	6,7	
		Doporučení pro zlepšení služby včasné intervence	5	1,6	
Situace klienta před navázáním spolupráce se službou včasné intervence	Duševní stav klienta	Rané příznaky	23	7,3	
		Dopad duševního stavu klienta na vztahy s rodinou a přáteli	21	6,7	
		Vliv duševního stavu klienta na běžný den klienta	17	5,4	
Navázání spolupráce se službou včasné intervence	Kontaktování služby ze strany klienta	Motivace klienta pro navázání spolupráce se službou včasné intervence	14	4,5	
		Důvody pro nenavázání dřívější spolupráce se	3	1,0	



		službou včasné intervence		
	První dojem ze služby včasné intervence		16	5,1
	Zapojení dalších aktérů do spolupráce se službou včasné intervence		14	4,5
	Způsob, jakým byl klientům zprostředkovaný kontakt na službu včasné intervence	Zprostředkovatel kontaktu	9	2,8
		Kontaktování služby ze strany dalších aktérů	1	0,3
Průběh spolupráce během pandemie Covid-19	Způsob setkávání	Místo setkávání	12	3,8
		Intenzita setkávání	10	3,2
Webová stránka VIZDOM			8	2,5



Příloha č. 6. Scénáře rozhovorů se stakeholdery

Dobrý den, u telefonu *JMÉNO TAZATELE*, Národní ústav duševního zdraví. Paní/pane *OSLOVENÍ*, my spolu máme domluvený rozhovor od *ČAS* hodin, počítáme s tím? Rozhovor může trvat asi 20-30 minut, můžeme tedy začít?

Nejprve řeknu několik informací na úvod,

- Cílem rozhovoru je získat informace o projektu Včasných intervencí u lidí se závažným duševním onemocněním neboli VIZDOM. V rámci projektu jsou pilotně testovány 3 týmy včasné intervence zaměřené na podporu lidí v riziku nebo první epizodě psychotického onemocnění.
- Jde nám o to získat informace a hodnocení z pohledu spolupracujících subjektů a organizací, jako jste třeba vy.
- Rozhovor je nahrávaný a informace, která poskytnete, budou použity pro evaluaci (například pro tvorbu evaluačních zpráv). Všechny informace budou zpracovány a publikovány výhradně v anonymizované podobě, v žádném z výstupů vás nebude možné identifikovat jako informátora.
- Souhlasem s rozhovorem berete na vědomí, že Vaše účast je dobrovolná a můžete ji kdykoli do doby publikace výstupů odvolat, a to i po skončení rozhovoru.
- Pokud jste zaslal podepsanou Dohodu o účasti v šetření (případně ji dodáte do 14 dní od konání rozhovoru), bude vám za uskutečnění rozhovoru vyplacena odměna 500 Kč.
- Souhlasíte s těmito podmínkami?
- Ještě je důležité uvést, že nás zajímá váš subjektivní názor, vaše subjektivní hodnocení a vaše dosavadní zkušenosti s aktivitami, kterou jsou realizovány v rámci VIZDOM. Zajímají nás také vaše návrhy na zlepšení.

Informace o službě

1.1. **Jak jste se dozvěděl/a** o fungování týmu včasné intervence?

Byl/a jste přímo **osloven/a** týmem?

- Považujete tento způsob oslovení za **vhodný**?
- Pokud ne, jakou formu oslovení byste považoval/a za optimální?

1.2. Můžete prosím shrnout, jaké informace o fungování týmu máte?

1.3. Jste s týmem v **opakovaném kontaktu**/spolupracujete s týmem?

Pokud ano:

- Na jakém způsobu spolupráce jste se s týmem **dohodli**?
Např. předávání informací o nových/společných kontaktech

- **Jak se vyvíjela forma spolupráce** v čase?

Pokud ne:

- Můžete uvést důvody, **proč spolupráce neprobíhá**?
- V čem jsou podle vás **příčiny**, co byste **doporučil/a**?

1.4. Setkáváte se při vaší práci s **cílovou skupinou** projektu (tzn. s lidmi v riziku nebo rané fázi závažného duševního onemocnění, nejčastěji schizofrenie)?



Jak **často**? Jaký **podíl** vašich pacientů/klientů tato skupina tvoří? Region? Věk? Dg? Má vymezení cílové skupiny **vliv na vaši spolupráci**? Jaký?

Spolupráce se službou

2.1. **Jak spolupráce s týmem probíhá v praxi**, o jaké **konkrétní aktivity** se jedná?

Pracovníci v přímé péči

Spolupracuje

Můžete uvést **konkrétní případy**? (klienti, semináře...)

Kolik jich bylo?

Jak spolupráce **probíhala**?

Spolupracujete také s **rodinnými příslušníky**?

Jaký byl **benefit** pro klienta?

V jakých ohledech by spolupráce mohla **fungovat lépe**?

Co byste na postupu spolupráce změnil/a?

Nespolupracuje

Jakému klientovi jste/byste službu doporučil/a?

Spolupracujete také s **rodinnými příslušníky**?

Kontakty mimo péči

Spolupracuje

Kolika lidem (pacientům...), jste služby týmu **doporučil/a?**

Kolik z nich tým **kontaktovalo**?

Kolik z nich **navázalo spolupráci**?

Jaké jsou důvody, že někteří z nich s týmem **nespolupracují**?

Nespolupracuje

Jakému klientovi jste/byste službu doporučil/a?

2.2. Co považujete za **největší přínos služby**?

Napadají vás nějaká **rizika, negativa**?

2.3. Jak se služba ovlivnila **vaši práci**?

2.4. Jak se podle vás činnost týmu promítla do **péče o duševní zdraví ve vašem zařízení/regionu/okrese...?**

2.5. Zaznamenal/a jste **ohlasy klientů/skupiny, se kterou pracujete/veřejnosti** na tým včasné intervence?



- 2.6. Znáte **webové stránky** vizdom.cz?
Znáte **online poradnou**, která na stránkách je?
Dokážete ohodnotit její **přínos**?
- 2.7. Napadá vás, jak včasné intervence **zlepšit**?

Pokud už nechcete nic dodat, je to vše, děkuji vám za rozhovor. Pokud byste nás chtěl/a později kontaktovat, informace najdete na webu vizdom.cz, **ROZLOUČENÍ**.



Příloha č. 7. Kategorie a frekvence vyskytujících se kódů v každé kategorii

Kategorie	Frekvence (počet kódů)	Frekvence (procento)
Dohoda o spolupráci	153	19,0
Průběh spolupráce se síťovými kontakty v přímé péči	123	15,3
Dopady služeb včasné intervence	89	11,0
Informovanost stakeholderů o službě včasné intervence	73	9,1
Hodnocení poskytované péče ED/EI týmy	73	9,1
Doporučení pro budoucí implementaci služeb včasné intervence	70	8,7
Cílová skupina	66	8,2
Informace o projektu VIZDOM online	56	6,8
Průběh spolupráce se síťovými kontakty mimo přímou péči	44	5,5
Oslovení stakeholderů ze strany ED/EI týmů	29	3,6
Diseminace služby	18	2,2
Dohoda o spolupráci během pandemie Covid-19	12	1,5



Příloha č. 8. Kódovací schéma a frekvence kódů v každé kategorii a podkategorii

Kategorie	Podkategorie 1.	Podkategorie 2.	Frekvence (počet kódů)	Frekvence (procento)
Dohoda o spolupráci	Spolupracuje se službou včasné intervence	Forma dohodnuté spolupráce	54	6,7
		Vývoj spolupráce v čase	11	1,4
	Nespolupracuje se službou včasné intervence	Příčiny nespolečné spolupráce	40	5,0
		Zájem o spolupráci	18	2,2
	Spolupracuje s jinými poskytovateli péče	Forma dohodnuté spolupráce	23	2,9
		Vývoj spolupráce v čase	2	0,2
	Nespolupracuje s jinými poskytovateli péče	Příčiny nespolečné spolupráce	5	0,6
Průběh spolupráce se síťovými kontakty v přímé péči	Spolupracuje se službou včasné intervence	Konkrétní případy spolupráce s klienty	57	7,2
		Konkrétní případy spolupráce v rámci detekce	19	2,4
		Konkrétní případy spolupráce s rodinnými příslušníky	10	1,2
		Vliv spolupráce na stav klienta	10	1,2
		Podíl klientů, jimž stakeholder doporučil spolupracovat se službou včasné intervence	4	0,5
	Nespolupracuje se službou včasné intervence	Doporučení služby klientům	8	1,0
		Kontaktování služby včasné intervence ze strany klientů	7	0,9
	Spolupracuje s jinými poskytovateli péče	Konkrétní případy spolupráce s klienty	6	0,7
		Konkrétní případy spolupráce s rodinnými příslušníky	2	0,2
Dopady služby včasné intervence	Vliv ED/EI týmů na práci stakeholdera		40	5,0
	Vliv ED/EI týmů na péči o duševní zdraví		27	3,3



	ve společnosti			
	Ohlasy veřejnosti		22	2,7
Informovanost stakeholderů o službě včasné intervence	Informace o službě včasné intervence	Informace o poskytovaných službách ED/EI týmem	41	5,1
		Informace o struktuře a působnosti ED/EI týmů	32	4,0
Hodnocení poskytované péče ED/EI týmy	Přínos služby včasné intervence		57	7,1
	Rizika/negativa služby včasné intervence		16	2,0
Doporučení pro budoucí implementaci služeb včasné intervence	Doporučení pro zlepšení služby včasné intervence	Doporučení týkající se propagace služby	25	3,1
		Doporučení týkající se poskytování služeb	19	2,4
		Doporučení týkající se navazování spolupráce se službou včasné intervence	18	2,2
		Doporučení týkající se oslovování stakeholderů	7	0,9
		Doporučení týkající se vymezení cílové skupiny	1	0,1
Spolupráce s klienty	Spolupracuje s klienty s duševním onemocněním	Podíl klientů	25	3,1
		Výskyt	6	0,7
	Spolupracuje s klienty s diagnózou spadající do skupiny F2	Podíl	22	2,7
		Výskyt	6	0,8
	Vymezení cílové skupiny projektu VIZDOM		7	0,9
Informace o projektu VIZDOM online	Webová stránka VIZDOM	Hodnocení	31	3,8
		Informovanost stakeholderů o existenci webové stránky projektu VIZDOM	12	1,5
	Online poradna	Informovanost stakeholderů o existenci online poradny	7	0,9
		Hodnocení	2	0,2
	PQB dotazník	Informovanost stakeholderů o	2	0,2



		existenci PQB dotazníku		
		Hodnocení	2	0,2
Průběh spolupráce se síťovými kontakty mimo přímou péče	Spolupracuje se službou včasné intervence	Indikace klientů pro doporučení do služby	9	1,1
		Doporučení služby klientům	8	1,0
		Vliv spolupráce na stav klienta	7	0,9
		Kontaktování služby včasné intervence ze strany klientů	2	0,2
	Nespolupracuje se službou včasné intervence	Doporučení služby rodinným příslušníkům	7	0,9
		Kontaktování služby včasné intervence ze strany klientů	4	0,5
		Doporučení služby klientům	3	0,4
		Příčiny nespolupráce	1	0,1
	Spolupracuje s jinými poskytovateli péče	Doporučení služby klientům	3	0,4
Oslovení stakeholderů ze strany ED/EI týmů	Způsob oslovení	Osobní návštěva	11	1,3
		Online komunikace	3	0,4
		Tel. Kontakt	3	0,4
	Hodnocení oslovení		9	1,1
	Nepřítomnost oslovení stakeholderů ze strany ED/EI týmů		3	0,4
Diseminace služby			18	2,2
Dohoda o spolupráci během pandemie Covid-19	Nespolupracuje se službou včasné intervence	Příčiny nespolupráce	6	0,8
		Zájem o spolupráci	1	0,1
	Spolupracuje se službou včasné intervence	Vývoj spolupráce v čase	5	0,6