

PŘECHOD PACIENTŮ Z PÉČE DĚTSKÉHO A DOROSTOVÉHO PSYCHIATRA DO PÉČE PSYCHIATRA PRO DOSPĚLÉ PACIENTY

původní práce

Veronika Zagatová^{1,2}

¹Dětská a dorostová psychiatrická ambulance Písek

²Centrum duševního zdraví Strakonice

Kontaktní adresa:

MUDr. Veronika Zagatová
Dětská a dorostová psychiatrická ambulance MUDr. Ivety Burdové
Alšovo náměstí 74
397 01 Písek
e-mail: veronikazagatova@gmail.com

Souhrn

Zagatová V. Přechod pacientů z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé pacienty

Úvod: Tři čtvrtiny duševních onemocnění se rozvinou před dosažením 25 let a až jedna polovina z těchto onemocnění se projeví před 16. rokem života. Část mladých nemocných se v období přechodového věku z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé z péče vytráčí, přitom právě přerušení péče v období přechodu negativně ovlivňuje zdraví i další kvalitu života této zranitelné skupiny. Včasná intervence může dle dostupných poznatků nejen významně redukovat závažnost a trvání psychických onemocnění, ale zároveň předcházet vzniku sekundárních poruch. Její podmínkou je trvání systematické péče, které vyžaduje efektivní koordinaci při přechodu pacientů z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé. V ideálním případě by takový přechod měl být plánovaným, strukturovaným a efektivním procesem, který zajistí hladký přechod z péče dětského a dorostového psychiatra k psychiatrovi pro dospělé.

Cíl: V České republice máme zatím omezené poznatky o procesu přechodu z péče dětské a dorostové psychiatrie do péče psychiatrie pro dospělé. Cílem této práce je představit tuto problematiku v kontextu České republiky a zmapovat její podobu prostřednictvím empirické studie na úrovni vybraného regionu.

Summary

Zagatová V. Transition of patients from the care of a child and adolescent psychiatrist to the care of psychiatrist for adult patients

Introduction: Three quarters of mental illnesses develop before the age of 25, and up to half of these illnesses manifest before the age of 16. Some young patients disappear from care during the transition age from the care of a child and adolescent psychiatrist to the care of a psychiatrist for adults, while the interruption of care during the transition period negatively affects the health and other quality of life of this vulnerable group. Early intervention can not only significantly reduce the severity and duration of mental illness, but also prevent secondary disorders. Its condition is the duration of systematic care, which requires effective coordination in the transition of patients from child and adolescent psychiatrist to psychiatrist for adults. Ideally, such a transition should be a planned, structured and effective process that ensures a smooth transition from child and adolescent psychiatrist to psychiatrist for adults.

Aim: In the Czech Republic we have so far limited knowledge about the process of transition from the care of child and adolescent psychiatry to the care of psychiatry for adults. The aim of this work is to present this issue in the context of the Czech Republic and to map its form through an empirical study at the level of the selected region.

Metoda: Data pro empirickou studii byla sbírána pomocí hloubkových rozhovorů. Vzorek dotazovaných byl sestaven záměrným výběrem ze souboru dětských a dorostových psychiatrů v Jihočeském kraji. Vzorek čítal celkem 9 osob. Data byla analyzována s využitím kvalitativního přístupu.

Výsledky: Potřeba přechodu adolescentů do péče pro dospělé je v provedených rozhovorech uváděna většinou u 10–30 % pacientů dětské ambulance a k přechodu obvykle dochází mezi 18. a 19. rokem. Délka přípravy na přechod je většinou 4–6 měsíců. Do ambulance pro dospělé přecházejí vždy pacienti užívající medikaci, a to bez ohledu na konkrétní diagnózu. Předání informací probíhá zpravidla pouze formou výpisu z dokumentace, který je zaslán předem do vybrané ambulance pro dospělé, kam adolescenty až v polovině případů objednají jejich rodiče. Ti také téměř v polovině případů společně s adolescenty do dětské ambulance docházejí. Pokud existuje možnost přechodu do ambulance pro dospělé v rámci jednoho zařízení, je plánování a realizace přechodu snazší, a to jak z hlediska pacienta, tak také lékaře.

Závěr: Na základě analýzy byla vytvořena typologie převažující praxe psychiatrů pečujících o děti a adolescenty. Získané poznatky pomáhají identifikovat slabá místa procesu přechodu. Na základě těchto poznatků byla formulována doporučení pro další výzkumnou práci v této oblasti.

Klíčová slova: dětská a dorostová psychiatrie, kontinuita péče, přechod adolescentů, včasná intervence.

Method: Data for the empirical study were collected using in-depth interviews. The sample of respondents was compiled by deliberate selection from a group of child and adolescent psychiatrists in the South Bohemian Region. The sample numbered a total of 9 people. The data were analysed using a qualitative approach.

Results: The need for the transition of adolescents to adult care is mentioned in the interviews mostly in 10–30 % of patients in the paediatric outpatient clinic and the transition usually occurs between the ages of 18 and 19. The length of preparation for the transition is usually 4–6 months. Patients taking medication always go to the adult outpatient clinic, regardless of the specific diagnosis. The transfer of information usually takes place only in the form of an extract from the documentation, which is sent in advance to a selected outpatient clinic for adults, where adolescents order their parents in up to half of the cases. They also come to the children's clinic together with adolescents in almost half of the cases. If there is a possibility of transfer to an adult outpatient clinic within one facility, planning and implementation of the transfer is easier, both from the patient's and the doctor's point of view.

Conclusion: Based on the analysis, a typology of the predominant practice of psychiatrists caring for children and adolescents was created. The acquired knowledge helps to identify weaknesses in the transition process. Based on these findings, recommendations were formulated for further research work in this area.

Key words: child and adolescent psychiatry, continuity of care, transition of adolescents, early intervention.

ÚVOD

Tři čtvrtiny duševních onemocnění dospělých se rozvinou před dosažením věku 25 let a až jedna polovina z těchto onemocnění se projeví před 16. rokem života.¹

Dle dostupných poznatků včasná intervence významně redukuje závažnost a trvání duševních onemocnění.^{2,3} Její podmínkou je nejen dostupnost nabízené péče, ale také efektivní koordinace psychiatrů při přechodu pacientů z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé. Znepokojuje, že se část mladých lidí

v období přechodového věku z péče dětského a dorostového psychiatra do péče dospělého psychiatra z péče jednoho „vytráčí“.⁴ Prerušování péče v průběhu přechodu přitom negativně ovlivňuje zdraví, kvalitu života a potenciál této zranitelné skupiny.

V ideálním případě by přechod z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé měl být plánovaným, strukturovaným a efektivním procesem. V případě adolescenta, který návaznou péči nepotřebuje, by měla být péče dětského a dorostového psychiatra odpočívajícím způsobem ukončena.⁵

Rozhraní mezi dětskými a adolescentními a dospělými službami zesilují ideologické, strukturální, funkční a organizační rozdíly mezi službami,⁴ a přechodové období je tak pravděpodobně jeden z nejslabších článků systému, navzdory tomu, že právě tato oblast by měla být pevnou složkou celé péče.⁶

V České republice máme zatím omezené znalosti o procesu přechodu z péče dětské a dorostové psychiatrie do péče psychiatrie pro dospělé. Dle dostupné literatury nebyla zatím v České republice provedena studie zaměřená na problematiku tohoto přechodu.

Účelem této práce je poskytnout prvotní poznatky o problematice přechodu právě v kontextu České republiky. Dílčím cílem práce je popsat stávající praxi přechodu pacientů z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé v Jihočeském kraji, vytvořit typologii převažující praxe a navrhnout doporučení pro další zkoumání problému přechodu pacientů, která by přinesla více systematických poznatků nezbytných pro tvorbu doporučených postupů takového přechodu.

TEORETICKÉ SHRNUÍ

S bližším porozuměním vzniku duševních onemocnění přichází i poznání, že řada onemocnění chápaných původně jako onemocnění dospělého věku propuká již v adolescenci.^{5,7} Potřeba následné péče u adolescentů docházejících k dětskému a dorostovému psychiatrovi je v EU odborníky na dětské duševní zdraví odhadována nejčastěji mezi 25 a 49 % (12/28 členských zemí EU, 43 %, a to včetně ČR) nebo 0–24 % (9/28, 32 %). Mezi dospělými uživateli služeb péče o duševní zdraví do 30 let je průměrně v zemích EU 20–30 % těch, kteří mají předchozí zkušenost se službami péče o duševní zdraví v dětském a adolescentním věku.⁴ Z České republiky nejsou tyto údaje k dispozici.

Mladí lidé s duševním onemocněním ve věku 16–25 let jsou ohroženi výraznějšími problémy v období dospívání v oblasti zdraví a sociálního fungování než jejich zdraví vrstevníci.^{8,9} V období dospívání zároveň často vypadávají z nabízených služeb péče o duševní zdraví, přičemž úbytek počtu pacientů je nejvýznamnější v období kolem 16 let, a to 24 % v USA, respektive 45 % ve Velké Británii, kde je další pokles zachycen znovu v 18 letech, a to o dalších 60 %. Zdá se, že z okruhu psychiatrických diagnóz je přechod mezi službami nejlépe zajištěn u onemocnění psychotického okruhu, na rozdíl od onemocnění neurovývojových (z okruhu F8–9, tedy poruch psychického vývoje a poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání), onemocnění neurotického okruhu a pacientů s disharmonickým vývojem osobnosti.¹⁰ Nejohroženější skupinou z hlediska neúspěšného přechodu mezi službami jsou potom děti v náhradní rodinné péči a ústavní výchově.⁵

Věk přechodu mezi službami pro dětské a adolescentní pacienty a dospělé pacienty není v zemích EU úplně jednotný. Ve většině zemí je touto hranicí dosažení 18 let, s určitými odchylkami: Malta 16 let, Kypr 15–19 let, Dánsko 17 let, Estonsko 19 let, Finsko 18–23 let, Velká Británie a Francie 16–18 let a Nizozemsko 18–21 let.⁴

V České republice je přechodový věk 18 let, v širším pojetí se potom jedná o období 18–19 let. Dětský a dorostový psychiatr může mít adolescenta v péči do dosažení věku 19 let, psychiatr pro dospělé může přijmout do péče pacienta, který dovršil 15 let. Přes obavy některých dětských a dorostových psychiatrů o neproplácení péče o adolescenty ve věku 18–19 let většina zdravotních pojišťoven toto pravidlo uplatňuje.¹¹

„Přechod“ se liší od pouhého „předání“, které se týká hlavně dokumentace, a je tedy spíše administrativním úkonem.¹² Optimální přechod pacientů z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé by měl být plánovaný proces zaměřený na potřeby mladých dospělých, jichž se především týká, který by zajistil kontinuitu poskytované péče v oblasti duševního zdraví, minimalizoval negativní dopady duševního onemocnění na kvalitu jejich života a umožnil jim využít jejich potenciál v maximální možné míře.¹³

V historickém kontextu se služby pro dětské a adolescentní pacienty a dospělé pacienty po celém světě vyvíjely většinou odděleně, což vyústilo v současné době v jejich specifickou podobu s odlišným jazykem, kulturou, organizací a způsobem fungování i financování, která se na hranici přechodu mezi službami stává nejvýraznější.¹⁴

Mladí uživatelé služeb a jejich rodiny se necítí na přechod mezi službami dobře připraveni, v období přechodu jim chybí jasná podpora a dopomoc, nerozumějí organizaci služeb pro dospělé, obávají se vstupu na neznámé území dospělých služeb z dobře známého, strukturovaného a podpůrného prostředí služeb pro děti a cítí nedostatek zájmu o jejich konkrétní potřeby v tomto náročném období.^{15–17}

Některé diagnózy typické pro dětský věk (především z okruhu F8–F9, tedy poruch psychického vývoje a poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání) jsou pro odborníky z oblasti péče o duševní zdraví dospělých méně známé.⁵

Jmenované odlišnosti mezi službami tak vedou k malé spolupráci dětských a dorostových služeb a služeb pro dospělé v oblasti duševního zdraví a k minimálnímu společnému plánování přechodové péče. Mladí lidé s potřebou kontinuální péče tak propadávají mezerou mezi službami nebo se jim dostává suboptimální péče.⁵

O překážkách a limitech v období přechodu máme více dostupných informací než o možnostech, jak tento proces zlepšit. V přehledové studii¹⁷ zaměřené na efektivitu programů a intervencí zacílených na mladé nemocné v období přechodu mezi službami pro adolescenty a dospělé bylo identifikováno několik oblastí, které podporují úspěšný přechod mezi těmito službami. Jedná se o dobrou koordinaci mezi službami (načasování, komunikace, předávání informací mezi odborníky v obou oblastech), plánování přechodu minimálně rok před dosažením přechodového věku, diskuse s pacientem a jeho rodinou o jeho/jejich vlastních možnostech (self-managementu), zahrnutí představ a potřeb mladých lidí do plánování přechodu, identifikaci konkrétního poskytovatele služeb pro dospělé pacienty před samotným přechodem, a pokud to umožňuje stav a vývoj pacienta, je vhodné, aby část sezení před přechodem absolvoval adolescent samostatně.

V rámci mezinárodního projektu mapujícího dostupnost a uspořádání péče o duševní zdraví dětí a adolescentů v Evropě „The Milestone“ byly popsány příklady dobrého plánování přechodu do služeb pro dospělé. Ty zahrnují zapojení rodičů či jiných pečovatelských do tohoto procesu, což deklarují jako běžnou praxi ve všech případech 9 (35 %) zemí EU-25 a v některých případech 11 (42 %) zemí EU; dále potom přípravu mladého člověka na ukončení jednoho terapeutického vztahu a začátek jiného, což se děje vždy v 9 zemích EU (36 %) a někdy v 11 zemích (44 %). Specifickými doporučeními jednotlivých zemí potom bylo zajištění telefonického kontaktu mezi týmy, předávání dokumentace (Francie), přechod mezi službami v rámci jednoho zařízení (Litva).⁴

Zmíněný projekt „The Milestone“ se také zabývá mapováním přechodové péče v EU. Jeho cílem je jasná identifikace rozhraní mezi službami pro děti a adolescenty a dospělé, včetně struktury a organizace služeb, legislativního rámce, vyvíjení a testování inovativních modelů péče a návrhu vzdělávání odborníků v souvislosti s přechodovým obdobím. Odborníci podílející se na tomto projektu spolupracují s dalšími odborníky z širokého spektra služeb péče o duševní zdraví, stejně jako se zástupci uživatelů služeb a jejich rodin. Projekt věnuje pozornost klinickým aspektům, ale také ekonomickým nákladům spojeným s přechodovou péčí. Výstupem projektu by měl být návrh doporučených postupů pro přechodovou péči napříč zeměmi EU (<https://www.milestone-transitionstudy.eu/>).¹⁸

V běžné klinické praxi nepadá shoda v tom, koho je možné zcela propustit z péče při dosažení věkové hranice přechodu, kdo potřebuje přechodovou péči, jakým způsobem má tato péče probíhat, jaké ukazatele má smysl sledovat, jaké jsou dopady na mladé pacienty, kteří propadli mezerou mezi službami dětské a dorostové psychiatrie a psychiatrie pro dospělé, či jaké jsou náklady jednotlivce i celé společnosti při nesprávně proběhnulém přechodu.⁵

Dle některých odborníků je proto namísto uvažovat o vytvoření zcela nového modelu služby v přechodovém období, namísto vyspravování současného dysfunkčního mostu mezi dvěma typy služeb, z nichž ani jedna zřejmě dobře nereflektuje potřeby mladých dospělých. Takové služby, která by byla specifická pro mladé dospělé, uživatelsky dobře přijatelná a zároveň nestigmatizující. V některých zemích již takovýto typ služby existuje, jako např. v Austrálii, Velké Británii, Irsku nebo Dánsku, kde se snaží tyto nové možnosti vyzkoušet a přinášejí zprávu o jejich konkrétní podobě.^{19,20}

CÍLE PRÁCE

Obecným cílem této práce je popsat, jak dochází k přechodu pacientů z pohledu dětských a dorostových psychiatrů v rámci vybraného regionu, kterým je Jihočeský kraj. Přestože se jedná o relativně malou geografickou část České republiky, kvalitativní přístup ke zkoumání způsobů přechodu pacientů z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé dovoluje získat podrobný vhled do sledované problematiky i v takto omezeném měřítku. Získané poznatky jsou v omezené míře zobecnitelné na ostatní regiony za předpokladu

podobných kontextuálních charakteristik, ve kterém psychiatrická péče probíhá.

Specifickým cílem je:

1. Systematicky zmapovat rámec psychiatrické péče o děti a adolescenty v Jihočeském kraji.
2. Prozkoumat vlastní způsoby přechodu pacientů z péče dětského do péče psychiatra pro dospělé.
3. Vytvořit typologii převažující praxe z pohledu dětských a dorostových psychiatrů v Jihočeském kraji a na základě těchto informací zhodnotit klinické dopady na pacienty.
4. Navrhnout doporučení pro další sledování problému přechodu pacientů z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé.

POUŽITÉ METODY

1. Studium dokumentů souvisejících s nabízenou péčí dětských psychiatrů, zejména národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, registr lékařů ČLK a další veřejné zdroje.
2. Případová studie využívající hloubkové rozhovory²¹ s pedopsychiatry zaměřená na jejich postup přechodu pacientů z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé. Celkem bylo provedeno 9 rozhovorů, které zahrnuly všechny aktivní lékaře v Jihočeském kraji.

CHARAKTERISTIKA JIHOČESKÉHO KRAJE

Oficiální statistiky uvádějí, že na konci roku 2017 žilo na území Jihočeského kraje 640 196 obyvatel, z toho dětí do 19 let 123 297, tedy 19,25 %. V celé České republice potom 10 610 055 obyvatel, z toho dětí do 18 let 2 160 152, tzn. 20,36 %.²²

V Jihočeském kraji byla v období studie (podzim 2018 – jaro 2019) jedna dětská psychiatrická nemocnice v Opařanech se 110 lůžky následné péče a přidruženou dětskou a dorostovou psychiatrickou ambulancí. Dále jsou zde dětské a dorostové psychiatrické ambulance při psychiatrickém oddělení pro dospělé pacienty v nemocnici Tábor a České Budějovice a dalších 6 dětských a dorostových ambulančí (DPA) v celém regionu, jedna v Táboře, jedna v Jindřichově Hradci, jedna v Českém Krumlově, jedna v Písku a dvě v Českých Budějovicích, celkem tedy 9 dětských a dorostových psychiatrických ambulančí.

V rámci studie byly vedeny osobně rozhovory se všemi lékařkami (N = 9) dětských a dorostových ambulančí v Jihočeském kraji. Každý rozhovor trval 60–90 minut. Všechny lékařky byly předem seznámeny s tématem práce a předem také obdržely okruhy otázek k rozhovoru.

VÝSLEDKY

Z devíti oslovených lékařek mají čtyři atestaci z psychiatrie a zároveň z dětské a dorostové psychiatrie, tři mají atestaci z dětské a dorostové psychiatrie a dvě jsou v přípravě k atestaci z dětské a dorostové psychiatrie a pracují pod supervizí (jedna z nich má zároveň atestaci z psychiatrie). Většina lékařek s oběma atestacemi bere primárně do péče děti a dospívající, pouze jedna lékařka zmiňuje převažující počet dospělých pacientů v ambulanci (cca 2 : 1), zároveň upozorňuje na to, že dětem a dospívajícím v rámci ambulance věnuje více času (cca 1 : 2).

Z rozhovorů vyplývá nejasnost při vymezování hranice přechodového věku. Dvě lékařky DPA upozorňují, že situaci zjišťovaly telefonickým dotazem na VZP, kde jim bylo řečeno, že odborné ambulance mohou vykazovat péči o adolescenty pouze do dosažení věku 18 let, nikoliv déle, jedna obdobnou informaci obdržela od kolegů.

Vzhledem k nejasnosti ohledně přesného věku přechodu adolescentních pacientů byly cestou e-mailové korespondence osloveny zdravotní pojišťovny spolupracující s jednotlivými ambulancemi a z obdržení odpovědí vyplývá, že věková hranice pro přestup mezi službami pro děti a adolescenty a dospělými pacienty není platnou legislativou v současné době přesně dána, i když jedna z pojišťoven (ZP MV) má ve svém informačním systému historicky nastavenou přechodovou hranici 18 let. Jednotlivé pojišťovny si potom situaci vykládají poměrně volně a nebrání se možnosti ponechání adolescenta v péči dětské a dorostové ambulance do věku 19 let, v případě potřeby je v hraničním věku navrhována také možnost současného vyšetření dětským a dorostovým psychiatrem i psychiatrem pro dospělé (OZP). Možnost vyšší možné věkové hranice než 19 let nebyla v rámci této práce zkoumána.

Polovina lékařek DPA se shoduje na vhodném přechodovém věku 18 let, ke kterému se snaží dospívající připravit k přechodu do ambulance pro dospělé, některé ale ponechávají všechny adolescenty v péči DPA běžně do 19. narozenin, čtvrtina si ponechává pacienty v péči dle stavu, tzn. ve stabilizovaném stavu nebo životní situaci upřednostňují přechod v 18 letech, nejpozději potom v 19 letech, v opačném případě nepovažují dosažení věku zletilosti za nezbytně nutné kritérium pro propuštění pacienta z péče DPA. Jedna z lékařek dospívající ponechává v péči své ambulance většinou do dospělosti, jedna z lékařek od podobného modelu nyní ustoupila v posledních dvou letech kvůli plánovanému odchodu do penze, jedna z lékařek nemá zatím žádnou zkušenost s jejich přechodem do péče ambulance pro dospělé pacienty.

Lékařky se ve většině případů shodují na vhodnosti přechodu adolescenta ve stabilním stavu či situaci bez ohledu na konkrétní věk. Takováto stabilita je snazší při ukončení alespoň jednoho vývojového milníku. Opakovaně se objevuje zmínka o vhodnějším přechodu po ukončení vzdělávání minimálně v rámci SŠ – absolvování maturitní zkoušky, v jednom případě také VŠ nebo ukončení ústavní výchovy.

Přechod v 18 letech uvádějí lékařky jako vhodnější specificky u pacientů s medikací „off-label“, na depotním preparátu, u pacientů s nařízenou ochrannou léčbou, u pacientů, kteří již sami vyžadují model péče psychiatrie

pro dospělé, chtějí např. docházet samostatně bez rodičů apod. Naopak přechod v 19 letech se jeví vhodnější u méně samostatných pacientů, např. s mentální retardací či nezralostí.

Dotazované lékařky se významně liší v odhadech počtu adolescentů přecházejících do péče ambulance pro dospělé. Počet přecházejících adolescentů se tak pohybuje se od 5 % (uváděno v jednom případě), 5–10 % (v jednom případě), 10–30 % (ve dvou případech), 30–40 %, 40–50 % a 70–80 % (vždy po jednom případě), v jednom rozhovoru nebyl zmíněn konkrétní odhad pro počet adolescentů vyžadujících přechod do péče psychiatra pro dospělé, v jedné ambulanci k přechodu adolescentů aktuálně nedochází.

Příprava na přechod obvykle probíhá v posledním roce péče v DPA a zahrnuje různé dlouhé období. Nejčastěji se jedná o období 4–6 měsíců, což je praxe téměř poloviny sledovaných odborníků. Méně obvyklý je kratší čas přechodu (3–4 měsíce) anebo naopak delší (9 měsíců až 1 rok). V jednom rozhovoru nebyla konkrétní délka přípravy k přechodu zmíněna. Dlouhá příprava k přechodu je někdy zmiňována jako nezbytná v souvislosti s nízkou kapacitou ambulantních služeb péče o dospělé pacienty v daném regionu, případně s delší dobou potřebnou k vypracování dokumentace pro účely žádosti o invalidní důchod, např. v případě diagnózy z okruhu mentální retardace.

Oslovení specialisté se shodují v tom, že do péče psychiatra pro dospělé přecházejí vždy adolescenti užívající v přechodovém věku medikaci, bez ohledu na konkrétní diagnózu. Diagnosticky se zde jedná zejména o okruh psychotických onemocnění F20, těžší poruchy afektivity včetně bipolární afektivní poruchy, mentální retardace (zmiňováno většinou v souvislosti s medikací a také zprávami pro OSSZ při vyřizování žádosti o invalidní důchod), disharmonický vývoj osobnosti, kde dg. ještě např. krystalizuje a je nutné sledovat další vývoj, poruchy příjmu potravy (nejčastěji mentální anorexie), a to i bez ohledu na užívání medikace, či těžší ADHD.

Doporučení pro přechod dávají všechny lékařky vždy s ohledem na místo bydliště pacienta, které může být od umístění ambulance pro děti a dorost značně vzdálené, často i mimo region Jihočeského kraje. Pokud rodiče sami docházejí do psychiatrické ambulance pro dospělé (PA), přechází někdy adolescent k jejich psychiatrovi. Obvykle lékařky dají konkrétní doporučení na lékaře v regionu, a to buď v rámci stejné organizace, kde se nachází DPA, nebo s ohledem na volnou kapacitu PA mimo zařízení, případně s ohledem na osobnost pacienta nebo na kolegu se zájmem o adolescentní problematiku apod. V některých případech lékařky samy osloví kolegu, pokud považují za důležitý úspěšný přechod adolescentního pacienta a zároveň konkrétní výběr kolegy z PA, např. u dívek s disharmonickým vývojem směrem k dg. F60.3 (emočně nestabilní porucha osobnosti). Někdy je pacientovi doporučeno poradit se ještě o výběru s dalším odborníkem, který má mladého člověka v péči, např. pokud pacient dochází také na psychoterapii.

Objednání do PA v nadpoloviční většině zajišťují rodiče, v některých případech se objednávají adolescenti samostatně (a to častěji v případech, kdy PA sídlí ve stejném

Tab. 1. Shrnutí přístupů jednotlivých lékařů

Specializace	z dětské a dorostové psychiatrie 3 z psychiatrie (v přípravě k atestaci z dětské a dorostové psychiatrie) 1 obě atestace 4 bez atestace (v přípravě k atestaci z dětské a dorostové psychiatrie) 1
Přechodový věk	18 let: „striktně vždy“ 2 ; „spíše“ 2 , např. medikace depotní nebo „off-label“, samostatnější pacienti, chtějí docházet bez rodičů, bydliště mimo region 19 let: 3 pokud je problematika mentální retardace, opožděný vývoj, menší samostatnost více než 19 let: 1 ve stabilnější životní situaci, obvykle po dokončení SŠ, např. až kolem 20 let, pokud má ambulance také nasmlouvanou péči o dospělé pacienty Aktuálně v DPA k přechodu nedochází (pouze konziliární ambulance) 1
Délka přípravy na přechod	3–4 měsíce 1 4–6 měsíců 5 6–9 měsíců 1 9–12 měsíců 1 Neuvedeno 1
% přecházejících pacientů z DPA do PA	Do 5 % 1 5–10 % 1 10–30 % 2 30–40 % 1 40–50 % 1 70–80 % 1 Neuvedeno 1 Aktuálně nepřechází 1
Kdy je volen přechod do PA	Užívající medikaci vždy Podle diagnostického spektra většinou u F2, F3, F50 (zejména MA), F60.8, F7, těžší F4, F90 Pokud se předpokládá žádost o dávky sociálního zabezpečení, příspěvky na péči apod. PAS (porucha autistického spektra) – nedostatek zkušeností udává více než polovina kolegyní, nejčastěji zmiňovaná specifika přechodu jako změna dg. po přechodu do péče PA z okruhu F4, F60, vypadnutí z péče po osamostatnění se od rodičů apod.
Výběr PA	Dle místa bydliště doporučí vždy V rámci stejného zařízení vždy, pokud tato možnost existuje PA, kterou navštěvují rodiče většinou, pokud tato možnost existuje Dle osobnostních charakteristik pacienta/psychiatra odbornost, schopnost pracovat s adolescenty, pokud je komplikovanější problematika např. F60.3
Do PA objednávají	Rodiče v polovině případů Adolescenti samostatně samostatnější, nebo v rámci stejného zařízení Dětský psychiatr v 1/3 u komplikovanější problematiky, vždy v jednom případě
Kontroly v DPA u adolescentů v přechodovém věku	S rodiči vždy 4/9, objektivní anamnéza a informace o psychickém stavu, Kombinace 5/9, od cca 15 let, střídají se v ambulanci, nebo rodiče např. 1× za 2–3 návštěvy, případně telefonický kontakt Pouze samostatně nikdy
Předání dokumentace	Výstupní zpráva při poslední kontrole přímo pacientovi výjimečně, riziko nepředání nebo předání pouze části dokumentace Kompletní dokumentace v jednom případě Výpis z dokumentace předem do vybrané PA 4/9 Výpis z dokumentace na vyžádání psychiatra pro dospělé vždy Osobní předání považují za ideální, ale špatně dostupné zejména z časových důvodů, probíhá obvykle vždy v rámci stejného zařízení, pokud tato možnost existuje
Zpětná vazba o průběhu přechodu	Dostupná ano, pokud je přechod v rámci stejného zařízení, případně náhodně, při setkání s kolegy Aktivně o ni žádají rodiče při poslední návštěvě 1/3 Aktivně ověří, zda k přechodu došlo 1/9 Nedostupná v ostatních případech

zařízení), v části případů domluví termín objednání přímo lékařka DPA.

Vyšetření v rámci DPA probíhají i u adolescentních pacientů vždy v doprovodu rodičů v polovině všech případů. Důvodem je zřejmě obava z možného zkrácení problematiky, někdy provedení samostatné kontroly neumožňuje stav či nezralost pacienta. V některých případech je možné u adolescentních pacientů od 15 let, aby do ambulance pacienti docházeli na některé z kontrol samostatně, rodiče jsou s lékařkami DPA následně v telefonickém kontaktu, případně mohou společně absolvovat např. každou druhou kontrolu. Rodiče v případě nepřítomnosti dostávají zprávy z kontroly a zajišťují vyzvednutí medikace. Někteří specialisté účelově podporují samostatnost pacientů tím,

že vyžadují, aby adolescenti na kontroly docházeli pravidelně bez doprovodu rodičů. Při přechodu do PA jsou rodiče někdy upozorněni, že dítě může dále již jejich přítomnost v ambulanci odmítnout. Předání této informace však nebývá pravidlem.

Předávání dokumentace probíhá nejčastěji po objednání pacientů do PA na konkrétní termín zasláním podrobného výpisu z dokumentace před či při poslední kontrole v DPA. Osobní předání probíhá, pokud pacient přechází do PA v rámci stejné organizace, kdy je možné také nahlédnutí do kompletní dokumentace. Výstupní zprávu do ruky při poslední kontrole dostane adolescent nebo jeho rodiče v minimu případů. Výstupní zpráva je vždy zaslána do PA poté, co ji lékař vyžádá, což se

nezřídka stane i s určitou časovou prodlevou od ukončení docházení do DPA, a je pravděpodobné, že zde dochází k několikaměsíční až několikaleté pauze v docházení k psychiatrovi.

O zpětnou vazbu, zda pacient opravdu začal docházet do ambulance psychiatra pro dospělé, některé lékařky aktivně žádají rodiče adolescentů před ukončením jejich dispenzarizace, ne vždy se jim rodiče ale ozvou. Pozitivní zpětnou vazbu mají lékařky zpravidla v těch případech, kdy se DPA nachází ve stejném zařízení jako PA, v ostatních případech si někdy cíleně vyžádají informaci z PA, v drtivé většině případů ale informaci získají při náhodném setkání s kolegy, případně žádnou zpětnou vazbu nedostanou, zejména pokud pacient přechází do PA mimo region. Nicméně všechny dotazované lékařky se shodnou v tom, že by zpětnou vazbu ocenily.

Stabilizovaní pacienti bez medikace do DPA přestávají docházet ještě před dosažením přechodového věku, typicky například děti či adolescenti s přechodnými školními či výchovnými obtížemi, po zalečené depresivní epizodě, s úzkostnými obtížemi apod. U některých je dále doporučována pokračující psychoterapie, případně, pokud se jedná již o adolescenty blížící se přechodovému věku, dostávají pro jistotu kontakty na psychiatrické ambulance pro dospělé v regionu.

Také u adolescentů s ADHD, kteří dokončí základní školu a přestoupí na učiliště či střední školu, ale někdy již v posledních ročnících ZŠ, postupně klesá ochota užívat medikaci, případně ji přestanou užívat po dohodě s lékařem DPA a do ambulance již dále nedocházejí.

Neplánovaně z léčby děti někdy vypadávají také z důvodu stěhování. Ochota pokračovat v léčbě v psychiatrické ambulanci pro dospělé je potom nižší u dětí z ústavní péče, kde je ale problematika často spíše výchovná a depriváční. Podrobnější data v této oblasti ovšem z vedených rozhovorů nevyplývají.

Obtíže s přechodem adolescentů do péče psychiatrické ambulance pro dospělé vnímají potom lékařky DPA zejména v nedostatečné kapacitě PA, které mladistvé pacienty do péče vůbec nepřijímají, případně přijímají nejdříve od 21 let. Obavy se objevují také specificky u diagnózy ADHD či poruch autistického spektra včetně Aspergerova syndromu, a to v rámci nedostatečné zkušenosti kolegů z psychiatrie pro dospělé s touto problematikou. V několika případech byl potom zmiňován nedostatek zkušenosti s přechodem pacientů s poruchami autistického spektra do péče PA z důvodu jejich relativně malého počtu v přechodovém věku v dané DPA.

Přehledně výsledky vyplývající z rozhovorů shrnuje tab. 1.

DISKUSE

Zahraniční studie zmiňují, že přechod pacientů by měl v ideálním případě představovat plánovaný, strukturovaný a efektivní proces, který zajistí potřebným pacientům dlouhodobou a kontinuální péči. Provedená případová studie dokládá, že tyto vlastnosti stávající praxi chybějí.

Jedním z hlavních problematických bodů je nejasné určení přesného věku přechodu. Historicky, nikoliv však

aktuálně platnou legislativou, je dána hranice pro péči o adolescenty ve specializované ambulanci 18 let. Jednotlivé pojišťovny si potom situaci vykládají poměrně volně a nebrání se možnosti ponechání adolescenta v péči dětské a dorostové ambulance do věku 19 let. Oproti minulosti narůstá počet adolescentů, kteří dokončují středoškolské vzdělání až po dosažení 18 let, stejně tak narůstá počet studujících na vysoké škole, a tedy i věk pro dokončení vzdělávání obecně.²³ Narůstá tak počet adolescentů v péči dětské a dorostové psychiatrické ambulance, kteří jsou v přechodovém věku stále před dokončením střední školy, někdy krátce před maturitou, tedy v nestabilní životní situaci. Pokud se přidá další z přechodových milníků, např. osamostatnění se z rodiny apod., může být pro mladého člověka přechod do psychiatrické ambulance pro dospělé další náročnou zkouškou. Procento přecházejících dětí se ve vedených rozhovorech pohybovalo široce mezi 5 a 80 %, přičemž nejvyšší počet dospívajících přecházel do péče PA z DPA dodržující pro přechod striktně věkovou hranici 18 let. Ukázalo se také, že pokud má lékař atestaci z dospělé i dětské a dorostové psychiatrie, systém přechodu může být zjednodušený tím, že adolescent v nestabilním stavu či životní situaci přecházející ve věku běžné přechodové hranice k určitému datu nemusí. Objevuje se i možnost ponechat adolescenta v péči dětské a dorostové ambulance až do dospělosti, i když tomu se většina oslovených kolegů spíše brání, zejména z kapacitních důvodů ambulance. Obdobně je možné vnímat jako snazší přechod mezi ambulancemi, který probíhá v rámci jednoho zařízení, kdy je změna pro mladého člověka méně náročná. Otázkou je, jak umožnit snazší přechod mezi službami i adolescentům z ambulancí, které ani jednou z těchto výhod nedisponují. Případně zda by tuto úlohu splnila možnost ponechat do stabilizace stavu v péči DPA i adolescenta profitujícího z nastavené péče bez nutnosti přechodu ke konkrétnímu datu nebo období 18–19 let.

Dalším významným aspektem, který komplikuje přechod pacientů, je nejasné vymezení konkrétních diagnóz, které nutně povedou k přechodu do PA. Vždy je nutné zohlednit stav a zralost mladého člověka, užívání medikace atd. Jak shrnuje jedna z oslovených lékařek: „Do ambulance psychiatra pro dospělé přecházejí prostě ti adolescenti, kteří potřebují psychiatrickou péči.“ Otázkou zůstávají specifika některých diagnóz, jako například ADHD nebo poruch autistického spektra, zároveň těchto diagnóz mezi dětmi v posledních letech celosvětově přibývá a je možné, že větší kohorta pacientů s diagnózami z okruhu F84 a F90 do přechodového věku teprve dorůstá a problematika jejich přechodu mezi péčemi se tak stane výzvou v nadcházejících letech. Již nyní se objevují jednotlivé zkušenosti s přechodem adolescentů např. s Aspergerovým syndromem, kteří z péče vypadávají často po osamostatnění se od rodičů, a existuje zřejmě výraznější riziko záměny diagnózy a následně chybného postupu terapie, pokud se do péče psychiatra vrátí bez jasné kontinuity. V zahraniční literatuře také již existují studie, které se problematikou přechodu u jednotlivých diagnóz specificky zabývají.²⁴ U ADHD, které tvoří dle oslovených lékařek 30–40 % jejich klientely, je patrný trend ukončení léčby v DPA, ať už plánovaně, nebo neplánovaně, nejčastěji po ukončení základní školy. Otázkou je, jestli se následně mladí

dospělí nedostávají do péče psychiatra pro dospělé, aniž by o tom dětští psychiatři byli plně informováni (pacient tuto informaci nesdělí, nepamatuje si jméno ošetřujícího lékaře, je z jakéhokoliv důvodu obtížné či nemožné vyžádat výpis z dokumentace apod.). Zajímavá se jeví možnost jejich oslovení kolem přechodového věku před definitivním vyřazením z kartotéky DPA a zhodnocení jejich stavu k tomuto věku. Jak vyplývá z výzkumu The Milestone, počet mladých dospělých do 30 let, kteří vyhledají péči PA a zároveň byli léčeni již dříve dětským psychiatrem, se pohybuje v zemích EU kolem 30 % pacientů, obdobná data pro ČR ale nemáme k dispozici.⁴ Stejně tak nemáme přehledné informace o tom, co se děje s dětmi z ústavní péče po jejich odchodu z ústavních zařízení a zda se jejich problematika liší od problematiky ostatních adolescentů přecházejících z péče DPA, jak naznačují zahraniční výzkumy.⁵

Pro usnadnění přechodu se jeví vhodné zvolit dostatečně dlouhý čas na přípravu, který umožní mladým lidem tuto skutečnost přijmout jako fakt. Dále je vhodné pomoci mladým lidem a jejich rodinám s výběrem vhodného psychiatra pro dospělé s ohledem na jejich osobnostní charakteristiky. Poměrně častá je praxe, především u složitějších pacientů, kdy lékařky DPA samy kontaktují kolegy a možnost přechodu mladých lidí do jejich péče s nimi osobně proberou. Neděje se to ale běžně, systematicky ani plánovaně, spíše snad na základě obecně vyšší protektivity a větší míry komunikace s rodinami pacientů u lékařek z DPA. Obdobná problematika se objevuje také v rámci předávání dokumentace. V současné chvíli je možné výstupní zprávu předávat přímo do rukou pacienta či posílat do PA, kam pacient přechází, obě zvolená řešení mají své limity (možnost zkrácení či nepředání části nebo i celé dokumentace, nutné zestručnění v rámci výstupní zprávy apod.). Je také vždy možné zprávu z DPA vyžádat, což se ale ani u pacientů po úspěšném přechodu zřejmě neděje vždy.

Je možné se domnívat, že pokud by možnost spolupráce včetně například společných setkání lékařů obou odborností před plánovaným přechodem mladého člověka byla v přechodové praxi více zakotvena, byla by také více využívána, a to s prospěchem pro všechny zúčastněné.

Podobné je to se zpětnou vazbou po přechodu pacienta do péče psychiatra pro dospělé. Lékařky DPA se shodují na tom, že o zpětnou vazbu stojí, ale v současné době se k ní dostávají spíše náhodně. Nejsnazší je tato zpětná vazba v rámci stejného zařízení, jinde mechanismy pro předávání informací nejsou zavedené a vycházejí spíše z osobní aktivity jednotlivých lékařek. Zajímavá je možnost oslovení mladých dospělých nebo jejich rodičů v rámci plánovaného přechodu s žádostí o zpětnou vazbu určitou dobu po přechodu z DPA, která ale není nijak závazná, a tudíž nemusí být vždy využívána. Opět je otázkou, zda by nastavení určitých standardizovaných postupů v přechodové péči nevedlo nutně k jejich většímu využívání a tím k větší přehlednosti dané problematiky.

ZÁVĚR

Období dospívání je náročným obdobím v životě mladých lidí z pohledu kumulace vývojových milníků a zároveň obdobím, ve kterém propuká až polovina duševních onemocnění pokračujících do dospělosti. Přítomnost duševního onemocnění je zároveň jedním z rizikových faktorů pro úspěšné zvládnutí přechodu do dospělosti s výraznějším rizikem selhání v různých sociálních rolích mladých dospělých v oblasti vzdělávání, práce a sociálních vztahů, s veškerými důsledky pro konkrétní mladé lidi i pro celou společnost.

I pokud mladí lidé a jejich rodiny vyhledají péči dětského a dorostového psychiatra včas a jsou náležitě léčeni, v křehkém období adolescence z péče pravděpodobně vypadávají častěji než v jiných obdobích, ať už z důvodů nedostupnosti pokračující péče v ambulanci psychiatra pro dospělé, nebo z důvodu nedostatečné koordinace mezi dětskými a adolescentními službami a službami pro dospělé pacienty. Možný je také podíl obav ze ztráty jistého terapeutického vztahu a známého prostředí služeb pro děti, obav z nového, a tudíž neznámého prostředí a typu služby, obav z nesrozumitelnosti, menší podpory či možné stigmatizace.

Otázkou je, jak můžeme mladým lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám v tomto složitém životním období pomoci, aby mohli díky zachování kontinuity nabízené péče lépe prosperovat ve všech životních oblastech; jaké jsou vhodné intervence v období přechodu, které by tuto kontinuitu podpořily a zajistily tak lepší přístup mladých pacientů k odpovídající péči.

V zahraničí je tato problematika již několik let mapována, jsou zkoušeny nové typy služeb zaměřených na adolescentní pacienty a postupně vznikají doporučení pro postup při přechodu z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé pacienty.

V rámci provedené studie byla zmapována dostupná psychiatrická péče pro adolescentní pacienty v Jihočeském kraji. Celkem se jednalo o 9 ambulantních lékařů, pracujících v soukromých psychiatrických ambulancích pro děti a dorost (v 6 případech) nebo v ambulancích při lůžkovém psychiatrickém zařízení (v jednom případě pro dětské a adolescentní pacienty, ve dvou případech při psychiatrii pro dospělé pacienty).

Při sledování problematiky přechodu pacientů z adolescentní do dospělé psychiatrické péče se ukázalo, že tento proces není jednotně strukturován. Vlastní řešení jsou vytvářena ad hoc jednotlivými specialisty. Nejednotnost tohoto postupu se projevuje v několika rovinách. To se týká zejména určování věku pacientů pro přechod, který se pohybuje v intervalu 18–19 let, neznázka ale adolescenti zůstávají v péči DPA déle. Dále je tato nejednotnost zřejmá v určení diagnóz, které mají podmiňovat nepřerušovanou psychiatrickou péči, a tedy i hladký přechod pacienta od dětského a dorostového specialisty do péče psychiatra pro dospělé pacienty.

Hlavními překážkami pro vytvoření efektivnějšího systému přechodu pacientů jsou absence informací o daném problému z hlediska prováděné praxe a o dopadech na pacienty, dále chybějící administrativní podpora, v jejímž rámci by vznikla jednotná pravidla pro lepší koordinaci obou skupin psychiatrických lékařů.

Na základě provedené studie se ukazuje, že problém přechodu pacientů mohou s menšími problémy řešit lékaři, kteří se starají jak o dětské a adolescentní pacienty, tak také o dospělé pacienty, případně v jednom zařízení sídlí dětský a dorostový psychiatr i psychiatr pro dospělé. Jedním z možných doporučení pro zlepšení stávající situace by proto mohlo být propojení služeb v rámci jednoho zařízení nebo blízka spolupráce s psychiatrem pro dospělé se zkušeností a zájmem o dorostovou problematiku.

Tato práce je potom ukázkou toho, že v přechodovém období je zatím naše praxe různá, jednotliví aktéři nejsou propojeni a tato situace není pro dětské a adolescentní psychiatry uspokojivá.

Zajímavé by bylo podrobněji zmapovat přechodovou problematiku také v ostatních regionech České republiky, identifikovat příklady dobré praxe, vyzkoušet možnosti vhodných způsobů přechodové péče dle zahraniční

zkušenosti s ohledem na místní podmínky a následně zvážit vytvoření doporučených postupů pro přechodovou péči.

LIMITY PROVEDENÉ STUDIE

V rámci práce byla mapována stávající praxe v období přechodu na relativně malém vzorku dětských a dorostových psychiatrů, ačkoliv se jednalo o všechny aktivní ambulantní dětské psychiatry v Jihočeském kraji. Pro srovnání by bylo vhodné provést podobné šetření také v dalších regionech ČR.

Výrazným limitem a zároveň výzvou do budoucna je absence obdobného mapování stávající praxe z pohledu psychiatrů pro dospělé a také z pohledu uživatelů služeb psychiatrických ambulancí.

LITERATURA

1. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20 (4): 359–364.
2. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR et al. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatr* 2006; 40 (8): 616–622.
3. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008; 7 (3): 148–156.
4. Signorini G, Singh SP, Boricevic-Marsanic V et al. for the MILESTONE consortium. The interface between child/adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2018; 27: 501–511.
5. Singh SP, Tuomainen H. Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care. *World Psychiatry* 2015; 14 (3): 358–361.
6. McGorry PD. The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Med j Aust* 2007; 187: S53–S56.
7. Hofstra MB, Van Der Ende J, Verhulst FC. Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 850–858.
8. Davis M, Vander Stoep A. The transition to adulthood for youth who have serious emotional disturbance: developmental transition and young adult outcomes. *J Ment Health Adm* 1997; 24: 400–427.
9. Vander Stoep A, Beresford SA, Weiss NS et al. Community-based study of the transition to adulthood for adolescents with psychiatric disorder. *AM J epidemiol* 2000; 152: 352–362.
10. Singh SP, Paul M, Ford T et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 305–312.
11. Zagatová V. Přechod pacientů z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé pacienty. Atestační práce, specializace Dětská a dorostová psychiatrie, školitel prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.; 2019: 32.
12. Paul M, Ford T, Kramer T et al. Transfers and transitions between child and adult mental health services. *Br J Psychiatry* 2013; 202 (Suppl. 54): 36–40.
13. Coleman EA, Berenson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transition care. *Ann Intern Med* 2004; 141: 533–536.
14. McLaren S, Belling R, Paul M et al. Talking a different language: an exploration of the influence of organizational cultures and working practices on transition from child to adult mental health services. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 254.
15. Hovish K, Weaver T, Islam Y et al. Transition experiences of mental health service users, parents, and professional in the United Kingdom: a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J* 2012; 35: 251–257.
16. Fegran L, Hall EOC, Uhrenfeld L et al. Adolescents and young adults transition experiences when transferring from paediatric to adult care: a qualitative metaanalysis. *Int J Nurs studies* 2014; 51: 123–135.
17. Broad KL, Sandhu VK, Sunderji N, Charach A. Youth experience of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis. *BMC Psychiatry* 2017; 17 (1): 1–11.
18. Projekt The Milestone. Dostupné z: <https://www.milestone-transitionstudy.eu/>. Citováno dne 15. 1. 2020.
19. Embrett MG, Randall GE, Longo CJ et al. Effectiveness of health system services and programs for youth to adult transition in mental health care: a systematic review of academic literature. *J Ment Health Pol Econom* 2015; 18: S12–S13.
20. McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry Suppl* 2013; 54: s30–s65.
21. Hendl J. Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Praha: Portál 2005: 438.
22. Český statistický úřad. Věkové složení obyvatelstva. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2017>. Citováno dne 10. 3. 2019.
23. Český statistický úřad. Význam vzdělání pro trh práce v ČR (analýza). Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/23203246/analiza_vzdelani.pdf/885d8a85-75a6-4c5b-961e-787aea2eb39e?version=1.0. Citováno dne 10. 3. 2019.
24. Tatlow-Golden M, Gavin B, McNamara N et al. Transitioning from child and adolescent mental health services with attention-deficit hyperactivity disorder in Ireland: case note review. *Early Interv Psychiatry* 2018; 12 (3): 505–512.