

MANUÁL

FLEXIBLE ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT (FACT)



Vize, model, praxe a organizace

J. Remmers van Veldhuizen, Michiel Bähler

**2013 Groningen, Nizozemsko; Manuál Flexible ACT (2013)
Veldhuizen, J. R. van & Bähler, M.; www.factfacts.nl**



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
CENTRE FOR MENTAL HEALTH CARE DEVELOPMENT

This Manual was first published in English by Remmers van Veldhuizen, psychiatrist, The Netherlands in 2013 at the website www.factfacts.nl.

Tento Manuál byl poprvé publikován v angličtině nizozemským psychiatrem Remmersem van Veldhuizenem v roce 2013 na webových stránkách www.factfacts.nl.

J. R. van Veldhuizen, Praediniussingel 20/9 // 9711 AG Groningen // The Netherlands, remmersv@hotmail.com, www.factfacts.nl

Na české verzi se podíleli:

Překlad: Mgr. Martina Vavřínková, Martina.Vavrinkova@seznam.cz
Odborná korektura textu: MUDr. Jan Stuchlík, stuchlik@fokus-mb.cz

Citace české verze manuálu:

Veldhuizen, J. R. van; Bähler, M.: Manuál Flexible ACT [Manual Flexible ACT] [online]. 1. vydání. Z anglického originálu přeložila Martina Vavřínková. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., 2017. Dostupné z: www.cmhcd.cz a www.factfacts.nl.

Anglická verze FACT Manuálu dostupná pod DOI: 10.13140/RG.2.1.3925.1683

Publikace byla vytvořena v rámci projektu Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví „Podpora FACT modelu v České republice“ (č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_023/0001126). Projekt je financován z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.

České vydání: © Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., Praha, 2017

Kontakty a užitečné odkazy

Všechny níže uvedené organizace i jednotlivci vám rádi poskytnou informace a zapojí se do širší mezinárodní debaty.

Konzultace k zavádění prvků FACT modelu v ČR poskytuje:

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s.

Adresa: Řehořova 10, Praha 3

Web: www.cmhcd.cz

Kontakt: MUDr. Jan Stuchlík, odborný garant projektu Podpora FACT modelu v ČR

E-mail: stuchlik@fokus-mb.cz

J. Remmers van Veldhuizen, psychiatr,

senior poradce, předseda CCAF

E-mail: remmersvv@hotmail.com

Web: <http://www.factfacts.nl>

(obsahuje sekci v angličtině)

Tel.: 0031 653 233 193

Adresa: Praediniussingel 20/9,
9711 AG Groningen, Nizozemsko

Michiel Bähler, psycholog, poradce

E-mail: m.bahler@ggz-nhn.nl

Webové stránky a adresa: viz GGZ NHN

CCAF (Certification Centre for ACT and FACT)

Centrum pro certifikaci ACT a FACT

Margret Overdijk, ředitelka CCAF

E-mail: info@ccaf.nl

Web: www.ccaf.nl

Adresa: Postbus 543,

3440 AM Woerden, Nizozemsko

**F-ACT Nederland (Association for practitioners and manager working
In FACT and ACT teams)**

Asociace profesionálů péče pracujících ve FACT a ACT týmech

Ředitel: E. de Ruyter, psychiatr

E-mail: e-deruyter@ggzingeest.nl

Tajemnice CCAF: Katinka Kerssens,

E-mail: k.kerssens@ggz-nhn.nl

E-mail: info@f-actnederland.nl

Web: www.f-actnederland.nl

Odkaz na anglickou sekci webu: <http://www.f-actnederland.nl/fact-english/>

EAOF (European Assertive Outreach Foundation)

Evropská nadace pro asertivní terénní služby

Předseda EAOF

Prof. dr. C. L. Mulder

E-mail: niels.cmulder@wxs.nl

Web: www.eaof.org

Překlad manuálu finančně podpořily níže uvedené organizace, na něž je také možno se obracet s dotazy nebo si dohodnout osobní návštěvu.

**Mondriaan (Mental Health Trust South Limburg / Maastricht)
Sdružení pro duševní zdraví pro jižní Limbursko/Maastricht**

Hans de Veen MHA, psycholog,
předseda představenstva

E-mail: H.de.Veen@mondriaan.eu

Prof. Philippe Delespaul, profesor na University of Maastricht

E-mail: Ph.delespaul@maastrichtuniversity.nl

Web: www.mondriaan.eu

Adresa: Mondriaan, Postbus 4436

6401 CX Heerlen, Nizozemsko

**GGZ NHN (Mental Health Centre Northern North-Holland /Alkmaar)
Centrum duševního zdraví pro severní Holandsko/Alkmaar**

Marijke van Putten, MD, psychiatr,
členka představenstva GGZ NHN a EAOF

E-mail: m.vanputten@ggz-nhn.nl

René Keet, psychiatr,

ředitelka European Community based Mental health Service providers Network (EuCoMS)

E-mail: r.keet@ggz-nhn.nl

Web: www.ggz-nhn.nl (stránka v angličtině není k dispozici)

Adresa: Postbus 18, 1850 BA Heiloo

**GGZ BREBURG (Mental Health Centre Breda / Tilburg)
Centrum duševního zdraví Breda/Tilburg**

A.C. van Reekum, MD, psychiatr, členka představenstva

E-mail: a.vanreekum@ggzbreburg.nl

Tom van Mierlo, MD, psychiatr, ředitel

E-mail: t.vanmierlo@ggzbreburg.nl

E-mail: info@ggzbreburg.nl

Web: www.ggzbreburg.nl (stránka v angličtině není k dispozici)

Adresa: Postbus 770, 5000 AT, Tilburg, Nizozemsko

**VNN (Addiction Care Northern Netherlands)
Služby pro lidi se závislostí v provincii Severní Holandsko**

Prof. Gabriël Anthonio, předseda představenstva

E-mail: g.anthonio@vnn.nl

E-mail: info@vnn.nl

Web: www.vnn.nl (stránka v angličtině není k dispozici)

Adresa: Postbus 8003, 9702 KA

Groningen, Nizozemsko

Slovo úvodem

V sedmdesátých letech 20. století byl ve Spojených státech amerických zaveden model komunitní péče ACT (Assertive Community Treatment), u jehož zrodu stáli Leonard I. Stein, Mary Ann Testová a Arnold J. Marx (Test – Stein 1978). Základem modelu ACT je multidisciplinární tým v rozsahu 10 plných pracovních úvazků (o něž se může dělit více pracovníků), který zajišťuje péči přibližně stovce klientů, a to tak, že všichni členové týmu mají současně přehled o všech klientech. Tento přístup se orientuje především na terénní práci (outreach care) a na zajištění dlouhodobé a intenzivní péče a léčby. Model ACT je indikován u přibližně 20 % osob s nejzávažnějšími formami duševního onemocnění v rámci dané komunity, zejména u obtížně zapojitelných pacientů, u nichž aktuálně hrozí riziko hospitalizace, vzniku bezdomovectví či zanedbání péče. Tento model práce si od 70. let osvojilo již mnoho organizací. Byl proveden rozsáhlý výzkum jeho účinnosti a vypracovány speciální srovnávací škály (tzv. fidelity scales). Dnes patří k mezinárodně uznávaným lékařským přístupům založeným na důkazech (evidence-based medicine).

V čem tedy může takto úspěšnou a rozšířenou praxi ještě obohatit model Flexible Assertive Community Treatment vyvinutý v Nizozemsku? Proč chceme v tomto textu představit mezinárodní veřejnosti nizozemskou verzi ACT? Je to proto, že model FACT obsahuje množství dalších vylepšení, užitečných zejména pro každodenní práci samotného týmu, ale i nové možnosti v širším měřítku, zejména celkovou lepší organizaci služeb komunitní péče o lidi s dlouhodobým vážným duševním onemocněním (SMI).

Multidisciplinární FACT tým složený z 11–12 plných pracovních úvazků průměrně monitoruje na 200 klientů. Jeho cílová skupina přibližně odpovídá skupině všech dlouhodobě vážně duševně nemocných (SMI) v dané spádové oblasti: zahrnuje nejen oněch 20 % osob, u nichž je indikován model ACT, ale i zbývajících 80 % těch, kteří tak intenzivní péči a podporu aktuálně nepotřebují. K tomu, aby dokázal zkombinovat péči o obě skupiny uživatelů, využívá FACT tým tzv. „flexibilní systém přepínání“. O všech klientech vyžadujících intenzivní péči se tým denně radí a pracuje s nimi v režimu sdílení případů (všichni členové týmu mají přehled o všech klientech). Jména těchto klientů jsou vypsána na zvláštní tabuli (FACT board). Těm, kteří tak intenzivní přístup aktuálně nepotřebují, poskytuje stejný tým individuální case management s využitím multidisciplinární péče a podpory. Když se klientův stav stabilizuje, nemusí tak být předán do péče jinému týmu (jako je tomu u modelu ACT a jeho „odstupňované léčby“), nýbrž zůstává v péči stále stejného FACT týmu. Toto flexibilní „přepínání“ mezi dvěma režimy poskytování péče v rámci jediného týmu zlepšuje kontinuitu péče a snižuje pravděpodobnost, že klient ze systému vypadne.

Tento systém přináší také lepší možnosti zotavení, podpory a rehabilitace. Jakmile se u klienta v režimu individuálního case managementu objeví riziko relapsu psychózy či hrozí hospitalizace, tým jej okamžitě převede do režimu intenzivní péče ACT. Takováto kombinace flexibilního přístupu a kontinuity péče odpovídá přirozenému průběhu závažného duševního onemocnění, pro nějž jsou charakteristické opakované relapsy.

Když začaly pracovat první FACT týmy, došlo také k přehodnocení širšího systému péče o duševní zdraví. FACT model jsme vyvinuli s cílem zkombinovat

- péči zaměřenou na zotavení
- léčbu založenou na důkazech a osvědčené praxi
- integrovanou komunitní a nemocniční péči.

Model FACT představuje systém zahrnující současně model silných stránek (strengths model) (Rapp et al. 1998), práci s rodinou, metodiku integrované léčby pacientů s duální diagnózou (IDDT) a IPS (Individual Placement and Support), poskytující klientům péči v souladu s metodikou pro léčbu schizofrenie.

FACT týmy mají oblastní působnost: každý tým zajišťuje péči pro všechny dlouhodobě vážně duševně nemocné v rámci své spádové čtvrti nebo okresu, přibližně na 40–50 tisíc obyvatel. To umožňuje lepší spolupráci s dalšími sociálními službami a praktickými lékaři. Pracují podle typicky nizozemského modelu péče, tzv. „transmural care“¹. FACT tým nejenže klientovi dokáže hospitalizaci zprostředkovat, ale také s ním zůstává po celou dobu pobytu v nemocnici v kontaktu a koordinuje průběh jeho léčby.

Až dosud byly služby péče o duševní zdraví v Nizozemsku poměrně dobře financovány a byla zajištěna jejich dostupnost. Za této příznivé situace jsme tak byli schopni FACT rozvinout natolik, že dnes tvoří ucelený model péče. FACT péče je sice relativně nákladná, ale současně přináší značný společenský a ekonomický prospěch. Spokojeni jsou s ní jak uživatelé, tak i jejich blízcí. Výsledkem je, že obtíže se řeší, větší počet dlouhodobě vážně duševně nemocných pacientů má šanci získat zaměstnání a snižuje se počet lůžek v nemocnicích. Ukazuje se, že pokud se dlouhodobě vážně duševně nemocným dostává odpovídající podpory a péče, mohou fungovat ve společnosti, i mimo psychiatrická zařízení.

FACT model v Nizozemsku vyvinuli psychiatr J. R. van Veldhuizen a psycholog M. Bähler. První FACT týmy začaly od roku 2003 vznikat v rámci organizace GGZ Noord-Holland Noord v Alkmaaru. Na základě zkušeností z praxe se model dále rozvíjel. Dnes, v roce 2013, pracuje v Nizozemsku okolo 200 týmů a v některých oblastech je již model plně implementován. Předpokládá se, že počet FACT týmů v zemi vzroste až na 400–500.^{2,3}

V roce 2007 byl vytvořen nástroj FACT fidelity scale (Bähler et al.) a v roce 2008 vyšla nizozemská příručka o FACT modelu [van Veldhuizen – Bähler – Polhuis – van Os (eds.)]. Centrum pro certifikaci ACT a FACT týmů (www.ccaf.nl) již vydalo osvědčení stovce týmů a na konci roku 2013 by jich už mělo být 150. FACT týmy začínají vznikat také v Belgii. O možnosti zavedení principů FACT modelu do systému své práce se zajímají i poskytovatelé služeb péče o duševní zdraví v Hong Kongu, v Norsku, Švédsku a Velké Británii.

S výjimkou jedné anglicky psané publikace (van Veldhuizen 2007) dosud nevyšel žádný materiál popisující tento přístup v jiném jazyce než v nizozemštině. Manuál, který držíte v ruce, nabízí ucelený přehled vize FACT modelu, popis modelu samotného, jeho uspořádání a toho, jak funguje v každodenní práci poskytovatelů péče. Zákonodárci a experti, kteří chtějí začít zavádět FACT model do praxe, zde najdou veškeré potřebné informace. Je to kniha zaměřená především prakticky, která obsahuje jen minimum výzkumných dat a odkazů. Zamýšlíme se v ní nad klíčovými modely popsány v nizozemské verzi manuálu a nad tím, jaký je nejnovější vývoj v této oblasti za poslední dobu.

Tento manuál je určen zahraničním poskytovatelům péče. Nezaměřujeme se v něm proto primárně na situaci v Nizozemsku, i když k ní samozřejmě částečně také přihlížíme a nabízíme srovnání s jinými zeměmi. Doufáme, že tak princip FACT modelu lépe přiblížíme našim kolegům v zahraničí.

Za překlad manuálu do angličtiny bychom rádi poděkovali Margaret Kofodové.

¹ „Transmural care“ neboli „transmurální“ péče je nizozemský koncept, který podrobně vysvětlíme v následujících kapitolách. Podstatou tohoto konceptu je, že hospitalizace či částečná hospitalizace je vždy považována jen za jakýsi dočasný „výpadek“, pauzu v širším rámci ambulantní péče poskytované FACT týmem.

² Zdroj: Rada pro veřejné zdraví a péči (poradní orgán ministra zdravotnictví).

³ V lednu 2017 působí v Nizozemsku již více než 400 FACT týmů. V uplynulých letech prošlo na 300 týmů (některé i opakovaně) auditem, aby získaly osvědčení CCAF. Vedle FACT týmů zaměřených na původní cílovou skupinu lidí se SMI zde vzniklo také 40 týmů, které pracují s mladistvými, 15–20 forenzních FACT týmů, několik dalších, které se specializují na klienty se závislostí, a také (nedávno vzniklé) týmy zaměřené na mentálně hendikepované. Do budoucna se počítá s celkem 700–800 týmy pro všechny uvedené cílové skupiny. Podobné týmy už vznikají i jinde ve světě – v Norsku, Švédsku, Velké Británii, Kanadě, Belgii, České republice, Moldavsku, Dánsku, Hongkongu a v Sydney.

Díky finančnímu přispění některých poskytovatelů péče o duševní zdraví v Nizozemsku je také možné si příručku zdarma stáhnout hned z několika webových stránek. Rádi bychom proto poděkovali i následujícím čtyřem organizacím:

- GGZ Noord Holland Noord
- GGZ Breburg
- GGZ Mondriaan
- VNN (služby pro lidi se závislostí v provincii Severní Holandsko)

Všechny uvedené organizace vám také rády poskytnou informace a kontakty pro mezinárodní spolupráci. Jména a e-mailové adresy kontaktních osob jsou uvedeny v seznamu v úvodu knihy.

Totéž platí v případě Centra pro certifikaci ACT a FACT (www.ccaf.nl) a u Asociace profesionálů péče pracujících ve FACT a ACT týmech v Nizozemsku: F-ACT-Nederland.

Tento manuál byl veřejnosti poprvé představen v rámci druhé mezinárodní konference EAOF (European Assertive Outreach Foundation) ve španělském Avilés v červnu 2013 (www.eaof.org).

Doufáme, že kniha bude užitečná pro co nejširší okruh čtenářů, a budeme rádi, pokud nám napíšete své připomínky a náměty. Doufáme, že se vám kniha bude líbit a že z ní načerpáte inspiraci pro další zlepšování péče o lidi se závažným duševním onemocněním kdekoli na světě.

J. R. van Veldhuizen, psychiatr

Obsah

| | |
|--|----|
| Kontakty a užitečné odkazy..... | 3 |
| Slovo úvodem..... | 5 |
| Předmluva A: Model FACT v kostce..... | 10 |
| Předmluva B: Osobní příběh | 11 |
| Předmluva C: Ranní porada FACT týmu | 12 |
| Kapitola 1: Několik definic na úvod: pacienti s dlouhodobým vážným duševním onemocněním (SMI), jejich potřeby a péče o ně..... | 15 |
| 1.1 Kterým skupinám pacientů je určena péče podle modelu ACT a FACT? | 15 |
| 1.2 Jak se obtíže u pacientů ze skupiny SMI promítají do jejich nároků na péči? | 16 |
| 1.3 Jaké jsou nároky na komunitní péči o lidi ze skupiny SMI? | 17 |
| 1.4 „Sedm C“: co musí splňovat péče o lidi ze skupiny SMI poskytovaná mimo lůžková oddělení psychiatrických léčeben | 17 |
| 1.5 Co musí splňovat týmy poskytující péči podle systému „sedmi C“ | 19 |
| 1.5.1 Dobrá koordinace | 19 |
| 1.5.2 Komplexní přístup, ne pouhé zprostředkování jiných služeb..... | 19 |
| 1.5.3 Multidisciplinární týmy..... | 20 |
| 1.5.4 Sdílení klientů celým týmem (shared caseload), pokud je třeba..... | 20 |
| 1.5.5 Flexibilní „přepínání“ | 20 |
| 1.5.6 Práce s jasně definovaným modelem..... | 21 |
| 1.6 Výhody terénní práce (outreach care)..... | 21 |
| Kapitola 2: Krátká vsuvka: shrnutí jednotlivých stavebních bloků FACT modelu..... | 23 |
| 2.1 Stavební bloky FACT modelu | 23 |
| 2.2 Složení FACT týmu | 25 |
| Kapitola 3: Pracovní postupy ve FACT modelu..... | 28 |
| 3.1 Příklad z praxe: kolik klientů, tolik specifických potřeb..... | 28 |
| 3.2 Práce s FACT tabulí: silná stránka FACT modelu..... | 29 |
| 3.3 Kritéria pro zapsání klientů na FACT tabuli..... | 33 |
| 3.4 Integrace léčby, péče, rehabilitace a zotavení v rámci FACT modelu | 35 |
| 3.5 Plán léčby a jeho cyklus | 37 |
| Kapitola 4: Model přesýpacích hodin..... | 38 |
| 4.1 Role jednotlivých pracovníků | 38 |
| 4.2 Model přesýpacích hodin | 38 |
| 4.3 Práce s modelem přesýpacích hodin | 40 |
| 4.4 Pravý sloupec v modelu přesýpacích hodin..... | 41 |

| | |
|--|----|
| Kapitola 5: FACT model v praxi..... | 43 |
| 5.1 Silné stránky, zotavení a rehabilitace | 43 |
| 5.2 Práce na inkluzi: budování systémů komunitní podpory (community support systems) | 44 |
| 5.3 Postupy v souladu s metodikou..... | 44 |
| 5.4 Integrovaná léčba klientů s duální diagnózou | 45 |
| 5.5 Zaměstnání: Individual Placement and Support..... | 45 |
| 5.6 Fyzické zdraví..... | 46 |
| 5.7 Nátlak a donucovací prostředky | 46 |
| 5.8 Ukončení péče v modelu FACT | 47 |
| Kapitola 6: Profese zastoupené ve FACT modelu..... | 50 |
| 6.1 Peer pracovník | 50 |
| 6.2 Zdravotní sestry | 50 |
| 6.3 Psychiatr | 51 |
| 6.4 Psycholog..... | 52 |
| 6.5 Specialista na pracovní rehabilitaci | 53 |
| Kapitola 7: Implementace FACT modelu | 54 |
| 7.1 Spádová oblast FACT týmu a její rozsah | 54 |
| 7.2 Integrované služby péče o duševní zdraví | 55 |
| 7.3 Začátky a utváření vize | 55 |
| 7.4 Zakládání týmů a vzdělávání pracovníků | 56 |
| 7.5 Pracoviště FACT týmu | 57 |
| 7.6 Vývoj ACT modelu v Nizozemsku..... | 57 |
| Kapitola 8: ACT a FACT, přiblížení se modelu, srovnávací škály a certifikace..... | 59 |
| 8.1 Rozdíly mezi modely ACT a FACT | 59 |
| 8.2 ACT versus FACT | 60 |
| 8.3 Přiblížení se FACT modelu: srovnávací škály | 61 |
| 8.4 Certifikace..... | 61 |
| Slovník použitých zkratk a některých pojmů | 63 |
| Použitá literatura..... | 69 |

Předmluva A: Model FACT v kostce

FACT týmy poskytují dlouhodobou péči lidem s vážným duševním onemocněním (SMI), kteří nejsou hospitalizováni v psychiatrických léčebnách. Tito lidé mají kromě psychiatrických obtíží i mnohá další omezení v sociální oblasti, například problémy spojené s bydlením, se sebeobsluhou, zaměstnáním a finančním zajištěním. Je pro ně obtížné začlenit se do společnosti, někam „patřit“. Často mají značně omezený okruh společenských kontaktů a podpory. Velmi důležitá je v takových případech rodina, ale ne vždy je snadné ji pro spolupráci získat.

FACT je široký biopsychosociální model, který nabízí a) pomoc se zvládnutím nemoci a jejích symptomů (léčbu), b) vedení a praktickou pomoc v každodenním životě, c) rehabilitaci a d) podporu zotavení. To vše klientovi dokáže poskytnout jeden ucelený tým.

FACT se zaměřuje na zajištění kontinuity péče, předcházení hospitalizacím a na podporu inkluze, tedy lepšího začleňování klientů do společnosti.

Každý FACT tým zajišťuje péči 200–220 uživatelům ve spádové oblasti čítající přibližně 40 000–50 000 obyvatel. Hovoříme tak o regionálních týmech. Tým se snaží navázat bližší kontakt s rodinou klienta i s dalšími službami v dané oblasti. Jedná se o multidisciplinární týmy, složené z pracovníků nejrůznějších oborů (zahrnuje psychiatra, sestry, komunitní psychiatrické sestry, psychologa, specialistu na zaměstnávání (IPS), specialistu na závislosti a peer pracovníka); dohromady okolo 10–11 celých pracovních úvazků.

Multidisciplinární tým dokáže „přepínat“ mezi dvěma režimy poskytování péče:

1. Individuální case management poskytovaný jedním pracovníkem
2. Intenzivní týmová péče (ACT), při níž je klient v kontaktu s několika členy týmu současně; tito klienti jsou zapsáni na FACT board, tým se o nich denně radí a společně rozhoduje, jakou formu péče pro ně zvolit a kdo z členů týmu si je vezme na starost.

V obou případech je péče zajišťována u klienta doma. Vychází tedy z individuálních potřeb klienta a je osobnější. Lze například lépe využívat zdroje pomoci v rodině či možnosti v klientově nejbližším okolí. U většiny klientů postačuje (1) individuální podpora. Pokud však dojde k návratu psychózy (nebo se objeví první náznaky), pokud hrozí hospitalizace nebo daný člověk z jakéhokoli jiného důvodu potřebuje zvláštní pozornost, péče o něj se zintenzivní (2). Toto období může být dlouhodobější, ale také krátkodobé. Jakmile krize pomine, tým se opět navrácí do režimu běžné individuální péče (1). Tyto flexibilní přechody z jednoho režimu do druhého reagují podle potřeby na přirozený průběh závažného duševního onemocnění, u nějž běžně dochází ke střídání remisí a relapsů.

1. Klienti v režimu individuální podpory nejsou zapsáni na FACT board. Vždy mají svého case managera a psychiatra. Ostatní členy týmu lze kdykoli požádat, pokud je třeba specifická pomoc či podpora v určité oblasti (například odborník na závislosti, případně psycholog za účelem KBT).
2. Jména klientů v režimu intenzivní týmové péče jsou vyvěšena na tzv. „FACT board“, což je ve skutečnosti tabulka vytvořená v excelu a promítaná při týmových poradách na zeď. U této tabule se každé ráno schází celý tým a radí se, jak si jednotliví členové rozdělí návštěvy konkrétních klientů.

Nejméně jedenkrát ročně se multidisciplinární tým sejde s každým klientem, aby se společně poradili o dalším postupu jeho léčby (včetně krizového a rehabilitačního plánu) na základě aktuálních výsledků

hodnocení klientova stavu pomocí některé z metod, jako je HoNOS, MANSA apod. FACT tým má stanovenou běžnou pracovní dobu, ale jsou i týmy, které navštěvují klienty doma i o víkendech. Každý region v Nizozemsku má pohotovostní psychiatrickou službu, která je dostupná 24 hodin denně 7 dní v týdnu. FACT týmy úzce spolupracují s regionálními lůžkovými klinikami.

Předmluva B: Osobní příběh

Je mi 40 let, bydlím sám a od svých 20 let trpím psychózou. První epizoda nemoci byla příšerná. Vůbec jsem nerozuměl tomu, co se děje. Byl jsem odtržen od svých blízkých. Nakonec jsem byl na základě soudního příkazu nedobrovolně hospitalizován. Od té doby jsem byl hospitalizován ještě několikrát. Bylo to pro mě moc těžké, byl jsem zavřený na oddělení s dalšími lidmi, kteří měli také spoustu problémů. Člověk tam narazí na všechno možné, včetně sebevražd.

Léta mi vysvětlovali, co moje nemoc obnáší a jak se s ní naučit žít. Pomohli mi přijmout fakt, že potřebuji medikaci, i když se mi to nelíbí. Prvních 10–15 let jsem před sebou neviděl téměř žádnou perspektivu. Všechno se točí kolem vaší nemoci. Nechal jsem studia, nejdřív jsem bydlel ve společném bydlení, ale ataky nemoci se často vracely a skončil jsem znovu v nemocnici. Podpora po propuštění nebyla příliš intenzivní. Jednou za 4 až 6 týdnů jsem docházel do ambulance, kde se mnou psychiatr mluvil hlavně o lécích. Kromě toho jsem měl ještě poradce – psychiatrickou sestru, za kterou jsem většinou docházel do ordinace, ale když se můj stav zhoršil a byl jsem zmatený, přicházela i ona za mnou, často to bylo zase jen proto, aby mi zařídila hospitalizaci.

V posledních pěti letech se ale péče změnila. Teď se o mě stará FACT tým. Častěji za vámi chodí domů, chtějí s vámi mluvit v prostředí, na které jste zvyklí. Dnes mi pomáhají řešit věci tak, aby to k něčemu bylo. Mám plán léčby, do kterého jsou zahrnuta i setkání s pracovníkem peer podpory a pracovníkem IPS.⁴ Peer pracovník je sám také pacient, ale současně je členem týmu. Všechno, co prožívám, je mu tak nějak bližší. Moc mi pomohlo, že jsem si s ním mohl promluvit o svých pobytech v nemocnici. Pak mi týmový psycholog nabídl terapii metodou EMDR a tyto živé vzpomínky se mě postupně přestaly tolik dotýkat. Peer pracovník dal také dohromady „recovery group“ (skupinu orientovanou na zotavení), tedy skupinku klientů, kteří se scházejí a povídají si o tom, co člověk může udělat pro to, aby byl jeho život smysluplnější.

Pracovník IPS mi pomohl najít zaměstnání, pracuji teď v běžné firmě, 3 hodiny denně, 4 dny v týdnu. Zpočátku to bylo náročné, ale IPS pracovník si dal práci s tím, aby mě zaučil, a dnes už to zvládám. Nevydělávám moc, ale dává mi to mnohem lepší pocit než činnosti, kterým jsem se dřív věnoval v denním centru. Dodnes tam občas zajdu, ale spíš si popovídám nebo se najíst.

Case managera mi stále dělá má původní sestra. Společně s ní a s psychiatrem jsem si sestavil plán léčby. Má kontakt i na mou rodinu a sousedy. To je praktické, protože když se se mnou něco děje a zase začínám být zmatený, mé okolí to podle určitých náznaků dokáže rozpoznat. Například nechávám celý den zatažené závěsy a nikoho nezdravím. Když to sousedé zaregistrují, zavolají do týmu a někdo za mnou přijde. Loni se mi vinou souhry několika okolností (onemocněla mi sestra a navíc mě vykradli) opět stalo, že jsem byl pořádně zmatený. Taky jsem znovu začal brát drogy. Tehdy mě lidé z FACT týmu chodili navštěvovat každý den, nosili mi léky, povídali si se mnou o mé sestře a také mi pomohli s ohlášením krádeže na policii. Mému

⁴ Zkratka IPS znamená Individual Placement and Support, metodu aktivní pomoci ohroženým osobám při hledání a udržení si placeného pracovního místa.

zaměstnavateli oznámili, že dva týdny nepřijdu do práce. Přišel za mnou domů i psychiatr a setkal se i s mou matkou.

Je to opravdu veliký rozdíl, když máte okolo sebe celý tým lidí. Když potřebujete intenzivní péči, je to skoro, jako byste byli v nemocnici, i když jste doma. Zůstáváte ve svém prostředí a chodí za vámi lidé, které znáte. Velmi rychle jsem se vrátil do běžného života. Dnes už se zase scházím jen s case managerem a docházím do recovery group. Připravujeme projekt komunitní práce v rámci naší čtvrti. Musím říct, že jsem teď docela spokojený.

Předmluva C: Ranní porada FACT týmu

Každý pracovní den zhruba ve čtvrt na devět ráno se členové týmu scházejí k poradě u FACT tabule. Uvaří si čaj nebo kávu, chvíli si jen tak povídají a pak se posadí okolo stolu a otevřou si diáře. Každý den, kdy člen týmu pracuje, začíná tady – patří to k jejich profesi.

Zdravotní bratr Rick zapíná tabuli. Projektor promítá na bílou zeď list z excelu. Rick dnes vede poradou. On a dva další členové týmu, Anna a Hans, absolvovali školení, jak vést FACT porady. Anna dnes sedí u počítače a zaznamenává poznámky přímo do souboru, aby všichni členové týmu ihned v tabulce viděli, na čem se dohodli.

Rick začíná. V tabulce jsou zapsána jména asi dvaceti lidí; o těch se každý den radí. Jména jsou rozdělena do skupin podle toho, z jakého důvodu je klient v seznamu: skupina těch, kteří potřebují krátkodobou intenzivní péči, skupina těch, kteří potřebují dlouhodobou, téměř každodenní péči, dále ti, kteří jsou v současné době hospitalizováni v psychiatrické nebo běžné nemocnici, ti, kdo odmítají léčbu, a pak noví klienti.

U každého klienta je v tabulce uvedeno jméno, stručná diagnóza, důvod, proč je aktuálně zapsán, klientovy cíle, co je třeba podniknout, kontaktní osoba z jeho rodiny nebo blízkého okolí a to, kdo z členů týmu jej navštíví.

Probírá se klientka Ella. V poslední době se jí intenzivně věnoval celý tým. Trpí závažnou bipolární poruchou a poslední týden měla dost náročné období. Chovala se problematicky, hádala se s lidmi, s kterými jinak vychází dobře, hrozí jí vyčerpání. Každý den ji někdo z týmu navštěvuje. Naštěstí neodmítá medikaci a už se trochu zklidnila. Dnes ji mají navštívit psychiatr a case manager, aby zjistili, co dalšího by bylo potřeba. Zítra ji navštíví zdravotní sestra a ještě dnes zavolá její case manager příbuzným. Psycholog se ptá: a víme, proč se vlastně tak najednou zhoršila? Rozbíhá se diskuze. Peer pracovník slyšel od jiného klienta, že Ella nedávno zažila velké zklamání. Přes internet se seznámila s mužem a vztah zprvu vypadal nadějně, ale jen do té doby, než dotyčný zjistil, že má Ella psychické problémy, a komunikaci ukončil. Její současný stav s tím může souviset; pracovníci, kteří ji půjdou navštívit, s ní o tom mají promluvit. Vychází také najevo, že v posledních několika týdnech měla podle krevních testů výrazně snížené hodnoty obsahu lithia v krvi. Další věc, které je třeba věnovat pozornost: zkontrolovat předepsanou medikaci. Rick shrnuje rozdělení úkolů, Anna je zapisuje na FACT tabuli. Zítra se tým opět sejde, aby zhodnotil jejich splnění.

V uplynulém týdnu byla v režimu intenzivní péče i klientka Jeanne, u které byla zaznamenána opakovaná epizoda psychotické deprese se sebevražednými myšlenkami a sklonem k zanedbávání péče o sebe. Včera

ráno ji FACT tým nechal (s jejím souhlasem) hospitalizovat na psychiatrické klinice. Ani dvě návštěvy denně nestačily na to, aby byla jistota, že doma bude v bezpečí. Riziko zhoršení stavu bylo příliš vysoké. V minulosti se jak Jeanne samotná, tak i tým snažili v podobné situaci hospitalizaci oddálit. Vedlo to však k potížím, pokusům o sebevraždu a často pak následně i k nedobrovolným hospitalizacím. Nyní se věci řeší mnohem víc na základě dohody s klientkou. Políčko „zdroje podpory“ u jejího jména je prázdné – a to není dobré znamení. Pracovníci týmu chtějí projednat další postup její léčby přímo na klinice. Psychiatr se má sejít s lékařem z kliniky, aby prodiskutovali medikaci a to, jaké bude třeba provést laboratorní testy. Komunitní psychiatrická sestra si znovu promluví s Jeanne o tom, jaké má rodinné zázemí a další zdroje podpory. Možná by se s nimi dal znovu navázat kontakt v době jejího pobytu v nemocnici. Dvakrát týdně ji na klinice bude navštěvovat její case manager, který také zajistí, aby bylo mezitím postaráno o její domácnost. Tým odhaduje, že by na klinice mohla zůstat dva až tři týdny. Anna zapisuje na FACT tabuli, na čem se dohodli, a připojuje poznámku, že za dva týdny je třeba prověřit, zda již může být z kliniky propuštěna.

Tom je nový klient, který přišel včera na doporučení Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), centra duševního zdraví poskytujícího péči lidem s nejrůznějšími skupinami diagnóz. CGG se dva roky snažilo přesvědčit Toma, aby se léčil. Jeho diagnóza zněla „porucha osobnosti a úzkosti“. Léčba však nebyla úspěšná. Tom nedocházel na sjednané schůzky, byly zde i známky užívání návykových látek a aktuálně se objevily i potíže v sociální rovině – hrozící vystěhování z bytu kvůli prodlení s platbou nájemného. Psychiatrická ambulance už nemá kapacitu si s tak širokým spektrem problémů poradit. FACT tým plánuje, jaké kroky podniknout. Tomovi je přidělen case manager, který má za úkol nejprve zjistit a sepsat veškeré problémové oblasti, v případě potřeby ve spolupráci s komunitní psychiatrickou sestrou. Psychiatr navštíví Toma u něj doma, schůzku mu nabídne i psycholog. Navštíví jej peer pracovník, který má za úkol vytipovat jeho silné stránky a možné cesty, jak jej motivovat. To vše je zapsáno do FACT tabulky a za 3 týdny se multidisciplinární tým znovu sejde, aby stanovil plán léčby. Stejným způsobem tým během porady probere všech dvacet klientů zapsaných na FACT tabuli.

Pak Anna otevírá v souboru záložku s názvem „případy k diskuzi“. Rick se ptá, zda má někdo nějaký případ ke konzultaci, a čtyři z členů týmu řeknou jméno klienta. Jde o klienty, kteří nejsou vypsáni na FACT tabuli, ale tým je monitoruje. Není nutné jejich případy denně probírat. O každého z nich se stará jeho case manager, ve spolupráci s psychiatrem, psychologem nebo IPS pracovníkem. Jejich léčebný plán se vyhodnocuje a aktualizuje jednou ročně (při poradě k tomu určené). Někdy má však někdo z členů týmu pocit, že by ostatní měli vědět o něčem, co se stalo, nebo case manager potřebuje pomoc od někoho, kdo se specializuje na jinou oblast. To jsou „případy k diskuzi“.

IPS pracovník zmiňuje klienta jménem Max. Max tento týden nastupuje do zaměstnání. Je na sebe pyšný, ale zároveň má i trochu obavy. Nebylo by tedy od věci, pokud jej někdo z týmu potká, aby jej povzbudil a popřál mu hodně štěstí.

Klient Bart, mladík, který zažil po první epizodě psychózy dost těžké období, je už na dobré cestě. S psychologkou mluví o tom, jak se změnila jeho očekávání do budoucna, a o tom, jaké těžkosti má za sebou. Jeho dřívější přátelé a spolužáci pomalu končí školu, a on... Psycholožka říká, že je možné, že bude aktuálně potřebovat pomoc, a co je třeba udělat, pokud se tak stane. Ostatní ji vyslechnou a vše je také zaznamenáno.

Jedna z case managerek zmiňuje dalšího mladíka. Je relativně stabilizovaný, ale vypadá to, že začíná stále víc propadat drogám. Case managerka by chtěla, aby jej zašel navštívit adiktolog, a do 3 týdnů se chce sejít s psychiatrem a domluvit se na dalším postupu. Vše je dohodnuto.

Posledním, koho tým probírá, je žena se schizofrenií a závislostí na alkoholu. Její case manager informuje ostatní, že u ní již došlo k několika incidentům, kdy sousedé museli volat policii. Rick připomíná, že o ní minulý týden už několikrát diskutovali. Vzhledem k tomu by bylo lepší ji zapsat na FACT tabuli. Budeme za ní chodit každý den a bude si s ní moci promluvit víc lidí. Příští týden uvidíme, jaký zvolíme další postup. Všichni souhlasí. Anna zaznamenává, na čem se usnesli, a zapisuje jména pracovníků, kteří klientku v dalších dnech navštíví.

Nakonec se Rick ptá, jestli má ještě někdo něco dalšího. Jedna case managerka připomíná, že si bere pár dní dovolené. Péče o její klienty, kteří jsou na FACT board, je už zajištěná, ale ještě by potřebovala, aby někdo navštívil pár dalších lidí. Vše se domluví. Přišly nové letáky s nabídkou aktivit pro klienty. Členové týmu navrhují, kdo z jejich klientů by se na tyto aktivity mohl zapsat, a jejich case manageři si berou letáky, aby jim je předali. Vedení poslalo e-mailem informaci, že je třeba do týdne odevzdat nějaké vyplněné formuláře. Členové týmu si to s povzdechem zapisují do diářů. Dále už nikdo nic nemá, porada trvala přesně půl hodiny. Anna vypíná počítač. Co bylo třeba, je zařízeno, návštěvy dohodnuty, všichni postupně odcházejí za svými klienty.

Kapitola 1: Několik definic na úvod: pacienti s dlouhodobým vážným duševním onemocněním (SMI), jejich potřeby a péče o ně

1.1 Kterým skupinám pacientů je určena péče podle modelu ACT a FACT?

FACT dále rozvíjí již existující model Assertive Community Treatment (ACT), který vypracovali Leonard Stein s Mary Ann Testovou (Test – Stein 1978) ve Spojených státech. Ten se zaměřoval na 20 % nejohroženějších pacientů s dlouhodobým vážným duševním onemocněním (SMI). Mezi nimi bylo vysoké zastoupení osob s psychotickými poruchami, většinou spojenými s užíváním návykových látek (duální diagnózy). Mnoho z nich mělo za sebou hospitalizace (někdy i dlouhodobé) a byli zachyceni v „otáčivých dveřích“ mezi léčebnou a komunitní péčí. Mnozí z nich měli také velké finanční obtíže a problémy s bydlením. Často měli jen minimální kontakt s rodinou a příbuznými. Péče o zbývajících 80 % dlouhodobě vážně duševně nemocných ACT model podrobněji neřešil, ale vycházel z toho, že ji měly zajišťovat jiné, méně intenzivní služby.

S modelem FACT (Flexible ACT) jsme se rozhodli nabídnout služby všem 100 % osob se SMI; jinými slovy, FACT týmy poskytují péči a léčbu CELÉ cílové skupině dlouhodobě vážně duševně nemocných.

Pro definici toho, kdo jsou pacienti se SMI, byla v Nizozemsku vydána oficiální metodika. Aby mohl být pacient zařazen do této cílové skupiny osob s dlouhodobým vážným duševním onemocněním, musí splňovat následující kritéria:

- trpí psychiatrickou poruchou, která vyžaduje péči a léčbu (tj. není aktuálně v symptomatické remisi)
- má závažná omezení v sociálním fungování (tj. není aktuálně ve funkční remisi)
- tato dvě kritéria spolu úzce souvisejí (omezení jsou současně příčinou i následkem psychopatologie)
- jeho obtíže nemají pouze přechodný charakter (jsou soustavné a dlouhodobé)
- pro implementaci léčebného plánu je nutná koordinovaná péče poskytovaná sítí služeb nebo profesionály zdravotní péče.

Podle klasifikace DSM-IV (Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch) jde o „závažnou“ diagnózu na ose 1, často i o poruchy osobnosti (osa 2). Na ose 3 často hrají roli i komplikované zdravotní a neurologické problémy. Na ose 4 jde o problémy v oblasti psychosociální a konflikty s okolím. Pacienti ze skupiny SMI dosahují nízkých skóre v hodnocení funkční výkonnosti (osa 5). Jejich omezení jsou soustavná a dlouhodobá, proto je nutná koordinovaná péče. Skupina pacientů se SMI se mění v závislosti na věku, prostředí, obtížích, průběhu života a společenských a ekonomických okolnostech.

Největší část těchto pacientů má psychotické poruchy. Dalším nejčastějším onemocněním jsou afektivní poruchy (deprese, bipolární poruchy), poruchy osobnosti, organické poruchy, autismus, ADHD, vývojové poruchy, závislosti a jejich kombinace.

Tito lidé mívají značné problémy v mnoha oblastech života, ať už jde o tělesné zdraví, hledání či udržení si zaměstnání, získání profesních dovedností, fungování ve společnosti a udržování mezilidských vztahů.

1.2 Jak se obtíže u pacientů ze skupiny SMI promítají do jejich nároků na péči?

Lidé s dlouhodobým vážným duševním onemocněním nejsou všichni stejní, tak jako lidé bez něj. Mnozí z nich však mají nejen opakující se epizody psychózy, deprese či závislosti, ale i svá charakteristická omezení. Někdy mívají problém si věci zorganizovat, někdy jsou roztržití a někdy je pro ně obtížné chápat běžné věci. Často mají slabší sociální dovednosti a jsou zranitelnější. Někdy mívají problémy s osobní hygienou a pořádkem v domácnosti. Opakovaně prožívají období úzkostí a psychických obtíží. Často nemají stálý kontakt s rodinou ani jinou podporu z okolí. Mají méně sociálních kontaktů a blízkých přátel. Ve srovnání s ostatními je mezi nimi méně těch, kteří žijí v manželském svazku. Málokdo z nich má placené zaměstnání. Zabývají se otázkami smyslu života. Stýkají se spíše s lidmi s podobným osudem, jako mají sami. Částečně i proto častěji prožívají zklamání (jejich vztahy někdy končí návratem psychózy, hospitalizací partnera či dokonce sebevraždou apod.). Pro lidi s dlouhodobým vážným duševním onemocněním je obtížné fungovat ve společnosti, často mívají problémy se zaměstnáním, penězi a bydlením.

Každý, kdo si přečte výše uvedenou definici, pochopí, že zdravotní a psychiatrické obtíže pacientů ze skupiny SMI vedou ke vzniku problémů prakticky ve všech oblastech jejich života. Lidé si to začali uvědomovat už někdy na počátku devatenáctého století a začali takové jedince zavírat do ústavů. Ústavní prostředí mělo být řešením všech sociálních otázek: bydlení, hygieny, nakládání s penězi i kontroly nad užíváním návykových látek – o to vše se tyto instituce staraly. Lékaři a sestry se mohli zaměřit na „medicínskou“ léčbu medicínských symptomů. Institucionalizace byla považována za „prospěšné vyloučení“ takovýchto jedinců ze společnosti.

Tehdy to vypadalo jako humánní řešení, ale z dlouhodobějšího pohledu se lidé s vážným duševním onemocněním v psychiatrických zařízeních postupně proměnili v pouhé nemocniční „pacienty“. Sociální role ústavů (jako hospodářů, zaměstnavatelů, členů rodiny, sousedů) se postupně vytratila. Třebaže psychiatrické léčebny se během dalšího století dále rozvíjely a zastaralé způsoby léčby byly nahrazeny medikací a pracovní terapií, tendence léčeben brát veškeré sociální role a odpovědnost na sebe zůstala. Pacienti se v léčebnách nenaučili nic, co by jim pomohlo zapojit se po ukončení léčby znovu do společnosti. Hospitalizace se tak paradoxně stala hlavním faktorem zvyšujícím pravděpodobnost dalších hospitalizací.

Ve dvacátých letech 20. století začaly sít hlasy, jež tvrdily, že by psychiatrická péče měla být poskytována s větším ohledem na sociální rovinu. V Amsterdamu založil Arie Querido krizový tým, který se snažil ukázat, jak by bylo možno předcházet hospitalizacím nebo alespoň zkrátit jejich trvání. Skutečná alternativa hospitalizace však byla dlouhodobě vážně duševně nemocným nabídnuta až v roce 1975. Tehdy zahájili ve Spojených státech svůj program „Tréninku v komunitním bydlení“ L. Stein a M. A. Testová (Test – Stein 1978). Pomáhali pacientům nejen s medikací, ale i s bydlením, financemi, udržováním systému podpory a rodinných vazeb apod. Začínalo být zřejmé, jak důležitá je pomoc poskytovaná pacientům v jejich domácím prostředí („terénní péče“; outreach). Navíc bylo třeba, aby pomoc byla tzv. asertivní: profesionální poskytovatelé péče měli aktivně vyhledávat pacienty, aktivně jim pomáhat nalézt řešení a aktivně pracovat se systémem podpory. Motivace pacientů v mnoha případech nebyla dostatečně silná a pracovníci služeb péče tak museli být vytrvalí a přesvědčiví. Tak se zrodila „asertivní terénní práce“ (assertive outreach). L. Stein s M. A. Testovou později rozvinuli model asertivní komunitní péče ACT (Assertive Community Treatment), z něhož vyšel tento projekt. Bylo jasné, že poskytování péče nemůže být zaměřeno jen na lékařské a psychologické aspekty. Muselo zahrnovat i „trénink v komunitním bydlení“ a poskytovat aktivní podporu v širokém spektru společenských aktivit.

1.3 Jaké jsou nároky na komunitní péči o lidi ze skupiny SMI?

Práce na vytvoření FACT modelu se inspirovala zejména americkou, britskou a australskou literaturou, která vycházela již od osmdesátých let. Intagliata (1982) popsal, jaké jsou prvky case managementu s osobním přístupem, který propojuje klienta se službami. Bachrach (1993) se zamýšlel nad významem kontinuity péče, včetně spolupráce s ambulantními službami v průběhu hospitalizace v léčebně. Stein s Testovou (1978) zdůrazňovali, že je důležité sdílení případů, tedy to, aby s klientem pracoval celý tým. Bond a Drake (2001) rozvinuli diskuzi o utváření modelů a upozorňovali na to, jak důležitá je pomoc klientům při hledání zaměstnání, integrovaná léčba závislostí a sociální intervence.

Od roku 2000 začala v Nizozemsku vznikat první *Multidisciplinaire Richtlijn*, Multidisciplinární metodika (2005, přepracované vydání 2012) pro léčbu osob se schizofrenií a péči o ně. Tato metodika na základě vědeckých analýz definovala na důkazech založené postupy a dobrou praxi. Bylo zřejmé, že všechny formy péče o lidi se závažným duševním onemocněním (tedy i FACT týmy) by měly být schopny postupovat v souladu s touto metodikou. To znamená, že takový tým musel mít nejen psychiatra, ale i psychologa například pro kognitivně-behaviorální terapii. A samozřejmě i opačně, FACT tým musel být schopen poskytovat nejen péči, ale také léčbu.

Přibližně ve stejné době se poskytovatelé zdravotní péče v Nizozemsku začali zaměřovat také na zotavení, na péči orientovanou na zotavení a model silných stránek. Pojem „recovery“ v Nizozemsku označuje přístup, podle něž by samotní klienti měli pracovat na svém vlastním zotavení. Cílem není úplné vyléčení duševní poruchy, ale zotavení v rámci konkrétních možností jedince. Klienti chápou svá vlastní omezení podle svého a učí se s nimi pracovat a rozvíjet své silné stránky. Profesionálové péče by tyto procesy neměli brát do vlastních rukou, ale naopak je ponechat na klientech samotných. Měli by je podporovat v hledání vlastní cesty společně s dalšími klienty a ve spolupráci s peer pracovníky. Víze recovery se stala hlavní myšlenkou služeb péče o duševní zdraví v Nizozemsku a byla zapracována i do FACT modelu.

Jinými slovy, FACT tým by měl být schopen poskytovat péči orientovanou na zotavení. Důležitým krokem k tomu bylo i rozhodnutí zaměstnat v každém takovém týmu pracovníka peer podpory. To je člověk, který může týmu i klientům nabídnout informace vycházející z vlastní, osobní zkušenosti s duševní nemocí a zotavením. Peer pracovník je plnohodnotným členem týmu.⁵

1.4 „Sedm C“: co musí splňovat péče o lidi ze skupiny SMI poskytovaná mimo lůžkovou oddělení psychiatrických léčeben

FACT model je primárně inspirován modelem ACT, nizozemskou multidisciplinární metodikou a přístupem zaměřeným na zotavení. To, jaké další léčebné postupy a podpůrné aktivity je třeba rozvíjet, vycházelo najevo postupně, v průběhu jeho zavádění do praxe. Teprve když začalo pracovat prvních 20–30 FACT týmů, postupně se ukázalo, které faktory jsou pro komunitní péči o dlouhodobě vážně duševně nemocné nejpodstatnější. Přehled těchto hlavních potřeb najdete v následující tabulce rozdělený do kategorií – všechny začínají písmenem C, proto je označujeme jako „sedm C“.

⁵ V Nizozemsku je pozice peer pracovníka plnohodnotným placeným zaměstnáním. Takový pracovník přináší týmu poznatky vycházející z jeho vlastní zkušenosti se službami pro lidi s duševním onemocněním. Bývá také označován jako „expert s vlastní zkušeností“ nebo „peer konzultant“.

Tabulka 1

| Sedm C: | | Potřeby v péči o lidi ze skupiny SMI, která je poskytována mimo lůžkovou oddělení (v komunitní péči) |
|----------------|--|---|
| 1 | Cure (Léčba) | <ul style="list-style-type: none"> • Léčba založená na důkazech, zaměřená na úzdravu, stabilizaci stavu či jeho zlepšení na přijatelnou míru, v souladu s mezinárodně uznávanou multidisciplinární metodikou • Zdravotní péče poskytovaná lékaři a sestrami • Péče psychologa (kognitivně-behaviorální terapie, metakognitivní terapie, EMDR⁶ a další) • Léčba závislostí, IDDT⁷ • Somatický screening / léčba (metabolický screening) |
| 2 | Care (Péče) | <ul style="list-style-type: none"> • Každodenní podpora, vedení • Ošetrovatelská péče, pomoc v běžném životě, prevence zanedbání péče o sebe a důraz na hygienu • Psychosociální rehabilitace • Péče orientovaná na zotavení • Kontinuita péče: předcházení „vypadnutí ze systému“ |
| 3 | Crisis intervention (Krizová intervence) | <ul style="list-style-type: none"> • Intenzivní dohled a péče v klientově domácím prostředí, sdílení případů • Nepřetržitá dostupnost (24 hodin denně, 7 dní v týdnu) • Krizová intervence, vyhodnocování rizik • Nouzová, krátkodobá hospitalizace, „lůžko na vyžádání“ • Zapojení rodiny / podpory z prostředí klienta |
| 4 | Client expertise (Odbornost samotného klienta) | <ul style="list-style-type: none"> • Využití vlastní zkušenosti klienta • Sdílené rozhodování (shared decision-making – SDM) • Péče orientovaná na zotavení • Zplnomocňování (model silných stránek) • Pomoc peer pracovníka |
| 5 | Community support (Komunitní podpora) | <ul style="list-style-type: none"> • Rodinné vazby • Systém komunitní podpory • Podpora bydlení, práce a udržení celkové pohody • IPS: individuální podpora při hledání a udržení zaměstnání • Podpora zapojování klientů • Předcházení problémovým situacím |
| 6 | Control (Dohled) | <ul style="list-style-type: none"> • Vyhodnocování rizik a zajištění bezpečnosti pro klienta i jeho okolí • Doporučování a realizace úkonů zdravotní péče ze soudního příkazu v případě hrozícího nebezpečí • Případně forenzní péče (na základě rozhodnutí soudu) |
| 7 | Check (Kontrola) | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluace účinnosti léčby • Pravidelné monitorování výsledků • Vyhodnocování strategie péče a léčby • Certifikace |

Těchto „sedm C“ představuje poměrně náročný soubor požadavků. Tým musí být v kterémkoli okamžiku zajistit kteroukoliv intervenci. Intervence však nikdy nejsou u jednoho klienta potřebné všechny současně. Každý klient má svůj vlastní léčebný plán, v němž jsou různé složky tohoto přehledu zastoupeny v různém poměru, na základě dohody pracovníků týmu se samotným klientem. Tomuto rozhodnutí předchází hodnocení potřeb, koordinace a plánování. Proces výběru kritérií vychází z údajů získaných z hodnotících škál, které vyplňuje částečně klient sám a částečně jeho case manager. Nejčastěji se k tomuto účelu

⁶ Eye Movement Desensitization and Reprocessing (desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů).

⁷ Integrated Dual Diagnosis Treatment (integrováná léčba duálních diagnóz).

používají metody HoNOS,⁸ MANSA⁹ nebo CANSAS.¹⁰ Ty umožňují získat informace o různých oblastech klientova života, o symptomatologii a také o jeho spokojenosti s poskytovanou péčí. Společně s cíli, na jejichž naplnění chce klient pracovat, jsou tyto výstupy podkladem pro vytvoření léčebného plánu. Hodnocení pomocí těchto škál se provádí jednou ročně a nazývá se Routine Outcome Monitoring (ROM), pravidelné monitorování výsledků.

Zajímavé na tomto přehledu „sedmi C“ je, že některé z požadavků si mohou i vzájemně odporovat. Například podpora zotavení nejde příliš dohromady s požadavkem na nařízenou léčbu. V takových případech pak rozhodování není snadné. Někdy se také stává, že přání klienta jsou v přímém rozporu s přáními jeho okolí. Tato a podobná sporná místa je třeba řešit společně s klientem a jeho rodinou. V takových situacích je velkým přínosem, pokud se na daný problém mohou podívat různí členové týmu z různých úhlů pohledu podle své specializace. Názor lékařů a sester doplňuje pohled peer pracovníka, psychologa a sociálního pracovníka, což může pomoci nalézt nejlepší řešení.

Přehled „sedmi C“ ukazuje, že je třeba rozhodnout, *co* budeme dělat, *kdy* to uděláme a *kdo* to udělá. Do jisté míry zde fungují dlouhodobá rozhodnutí přijatá v době, kdy se tvořil léčebný plán, ale často bývá nutné také reagovat na změny a ono *kdo*, *co* a *kdy* v případě potřeby někdy i každý den měnit. To znamená, že takový tým musí splňovat několik organizačních kritérií, kterým se nyní budeme podrobněji věnovat.

1.5 Co musí splňovat týmy poskytující péči podle systému „sedmi C“

1.5.1 Dobrá koordinace

FACT model je model poskytování služeb. V jeho rámci může tým poskytovat péči v souladu s pravidly „sedmi C“, pouze pokud je správně koordinovaný. Je třeba rozhodovat o nejrůznějších postupech; o tom, co by se mělo udělat jako první, co může počkat na později. Jako efektivní nástroj k tomuto účelu slouží FACT tabule. Koordinace probíhá na každodenní ranní poradě FACT týmu a také při pravidelném setkávání při tvorbě léčebného plánu (u každého klienta jednou či dvakrát ročně). Správná koordinace je důležitá nejen pro léčbu a dohled, ale i proto, že tým musí udržovat kontakt i s množstvím dalších lidí: telefonovat příbuzným klienta, komunikovat s místními organizacemi ve čtvrti, kde klient bydlí, apod.

1.5.2 Komplexní přístup, ne pouhé zprostředkování jiných služeb

V modelu FACT provádějí všechny potřebné úkony členové týmu. Služeb externích týmů či agentur by se mělo využívat jen v nejnútnejších případech. Proto se FACT tým označuje jako „integrováný“. Toto pojetí vychází ze zkušeností nasbíraných v devadesátých letech 20. století ve Spojených státech: ukázalo se totiž, že tzv. „zprostředkovatelský model“, v němž case manager sjednává jednotlivým klientům pomoc z různých zdrojů, není tak efektivní jako práce jediného integrovaného týmu.

V integrovaném týmu si jednotlivé úkoly mezi sebe rozdělují jeho členové. To se děje na FACT poradách, což týmu šetří nejen výdaje za telefon, ale i čas, který by jinak strávili koordinací externích služeb. Pracovník, který má určený úkol provést, tak také zná konkrétní záměr a okolnosti, protože se o nich hovořilo na poradě, jíž se účastnil.

⁸ Health of Nation Outcome Score (Wing et al. 1998).

⁹ Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe et al. 1999).

¹⁰ Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (Phelan et al. 1995) – zkrácená verze Camberwellského hodnocení potřeb.

Úzce zaměřené („monodisciplinární“) týmy, individuální case management a zprostředkování

V 90. letech pracovaly sestry v mnoha nizozemských regionech také jako case manažeři pro lidi ze skupiny SMI. Jejich práce byla poměrně náročná, na jednoho case managera připadalo 40 – 60 klientů. Sestry sice pracovaly v týmech, ale v rámci týmu pracoval každý víceméně samostatně. Pokud měl klient krizi, mohl jej jeho case manager navštěvovat nejvýše dvakrát týdně a týmová péče neexistovala. Týmy byly monodisciplinární. Psychiatři působili pouze v ambulanci. Než se klient k psychiatrovi dostal (na vyšetření či pro medikaci), trvalo to často velmi dlouho. Pokud case manager uznal, že klient potřebuje specializovanou péči, musel mu ji zprostředkovat u jiných poskytovatelů služeb. Bylo tak třeba věnovat spoustu času koordinaci. Pacient, který vyžadoval intenzivnější péči, tak v mnoha případech musel být buď hospitalizován, nebo alespoň přijat do péče denního stacionáře.

V této situaci byla nedostatečná koordinace a návaznost mezi nemocniční a ambulantní péčí. Poskytovatelé ambulantní péče neměli možnost se jakkoli zapojit do léčby v době, kdy byl pacient hospitalizován, a znovu přicházeli na scénu až ve chvíli, kdy bylo třeba zařídit následnou péči.

Zprostředkovatelský model byl již opuštěn, protože příliš dobře nefungoval. Sestry, které byly postaveny do role zprostředkovatelů, často strávily mnohem více času na telefonu komunikací s jinými službami než návštěvami samotných pacientů. Navíc byly v nelehké pozici vzhledem k tomu, že byl jen malý prostor pro konzultace či vzájemnou podporu.

1.5.3 Multidisciplinární týmy

Péči podle pravidel „sedmi C“ může klientovi poskytnout jen integrovaný, multidisciplinární tým. Psychiatr, ošetřovatel, sociální pracovník, psycholog, IPS pracovník a peer pracovník mají každý svou odbornost a svůj úhel pohledu. Protože pracují společně a denně se setkávají, vytvoří si také společnou vizi a styl práce. Jednotlivé disciplíny představují různé druhy řešení každodenních problémů; na ranní poradě tým probere možné postupy ve vzájemných souvislostech a rozhodne, v jakém pořadí budou jednotlivé úkoly provedeny.

1.5.4 Sdílení klientů celým týmem (shared caseload), pokud je třeba

Přístup tzv. případového sdílení vznikl již se zavedením ACT modelu. Na rozdíl od individuálního case managementu zde péči o klienta sdílí celý tým, to znamená, že jej u něj doma navštěvují anebo jinak podporují různí členové týmu. Tato týmová práce má tu výhodu, že se klientovi dostává intenzivnější péče, kterou mu poskytuje více pracovníků, někdy dokonce všichni. Na každodenních poradách tak tito pracovníci z různých oborů společně utvářejí ucelený léčebný postup, k němuž každý z nich přispívá z pohledu své specializace. FACT model používá případové sdílení u skupiny klientů, kteří v určité fázi vyžadují zvýšenou péči.

1.5.5 Flexibilní „přepínání“

Ne všichni klienti však potřebují sdílenou péči. Mnohým z nich stačí individuální kontakt s vlastním case managerem, příležitostně doplněný o konzultaci s psychiatrem, setkání s peer konzultantem nebo pomoc IPS pracovníka.

Proto jsme klienty rozdělili do dvou skupin: (1) ti, kteří potřebují intenzivní péči, a (2) ti, kteří tak intenzivní péči nepotřebují. Toto rozdělení *do jisté míry* odpovídá již zmíněnému dělení na 20 % nejzávažnějších a 80 % méně závažných případů, které používal již ACT model. Rozdíl je v tom, že v rámci modelu FACT (a) o obě skupiny pečuje stejný tým a (b) klienti mohou být někdy zařazeni do jedné skupiny a jindy do druhé; závisí

to na jejich aktuálním stavu. Klient tedy může být v první nebo ve druhé skupině, ale stále zůstává v péči stejného týmu.

Aby tým mohl poskytovat kvalitní péči oběma skupinám, musí být schopen nabízet jak individuální case management, tak i ACT. Model FACT proto zavedl systém „přepínacího mechanismu“ mezi intenzivním a méně intenzivním přístupem. Tým se schází každý den. Klienti, kteří potřebují intenzivnější péči (tedy ekvivalent oněch 20 %), jsou zapsáni na FACT board. Jejich případy jsou probírány denně a péče o ně je sdílená. Tým může kdykoli rozhodnout, zda bude klient nadále zařazen do skupiny 20 %, anebo do skupiny 80 %. Pokud je zařazen do druhé z nich, je jeho jméno z tabulky odstraněno a nadále jej bude mít na starost převážně už jen jeho case manager. Tento přepínací mechanismus je klíčovým momentem modelu „Flexible ACT“.¹¹

1.5.6 Práce s jasně definovaným modelem

FACT model poskytuje ucelený systém a pracovní postupy, není však ničím striktním a omezujícím. Praxe ukázala, že i v tomto systému práce má tým dostatek možností a prostoru na to, aby si vytvořil vlastní styl. Souvisí to i s tím, jak vysoce jsou v Nizozemsku ceněny tzv. „samořízené“ týmy, které mají v rámci jasně definovaného modelu značný prostor pro svůj vlastní rozvoj.

Soudržnost tohoto modelu je důležitá také po stránce administrativní a finanční, neboť v jedné organizaci často pracuje více FACT týmů. Na druhou stranu je ale důležité i to, aby každý tým měl svou vlastní identitu: to znamená, že se mohou lépe uplatnit silné stránky a specifická odbornost každého z členů týmu. FACT tým také musí být napojen na obec či region, v němž působí, musí být ochoten reagovat na místní problémy a spolupracovat s ostatními místními službami.

Každý tým si pomocí FACT srovnávací škály (FACT fidelity scale) může ověřit, nakolik jeho práce odpovídá modelu FACT. Tato škála obsahuje 60 otázek týkajících se členů týmu, pracovních postupů a organizace týmu. Podrobněji se jí budeme věnovat později.

1.6 Výhody terénní práce (outreach care)

Můžeme říci, že model FACT znovu objevil výhody terénní podpory a léčby. Terénní práce (tzv. outreach) znamená péči poskytovanou mimo instituce či ordinace; jsou to návštěvy klientů u nich doma, péče či konzultace v sociální oblasti, dále například i to, že se pracovník dostaví na místo v situaci, kdy je klient předveden na policii, a v případě péče o lidi bez domova se s klientem setkává přímo na ulici.

Konzultace nabízené v prostorách organizací poskytujících služby péče o duševní zdraví nebo v ambulancích nejsou terénní služby (outreach care). V Nizozemsku byly terénní služby (outreach care) až donedávna poskytovány jen v krizových případech: pracovník navštívil klienta u něj doma, aby vyhodnotil, zda je nutná hospitalizace. Když byl klient stabilizovaný, obvykle docházel jen do ambulance nebo do denního centra.

¹¹ Původně zkratka FACT znamenala „Function ACT“ v tom významu, že stejný tým mohl plnit více funkcí. Toto označení však bylo pro zahraniční zájemce obtížně pochopitelné, a proto jsme se později rozhodli pro „Flexible ACT“.

V modelu FACT je terénní práce – outreach (návštěvy klientů u nich doma) standardním postupem, tedy nejen pokud je klient v krizi, ale i za účelem monitorování a podpory v době, kdy je jeho stav stabilní. Více než 80 % práce case managerů a pracovníků peer podpory se odehrává mimo kanceláře týmu. Také psychiatr je dobře obeznámen s domácí situací klienta a pravidelně jej navštěvuje společně s case managerem. V případě potřeby může klienta navštěvovat i psycholog a také IPS pracovník běžně pracuje s klienty i zaměstnavateli přímo v terénu (outreach care).

FACT model se inspiroval přístupem ACT a modelem silných stránek a domácí návštěvy klientů používá jako standardní postup, jak v krizových případech, tak i pro dlouhodobé individuální monitorování klientů, kteří jsou stabilizovaní. Ukázalo se, že to má pozitivní vliv na vzájemný vztah mezi poskytovateli péče a klienty.

Zavedením terénní práce (outreach) se změnila i diagnostika a hodnocení klientova stavu. Profesionálové hovoří s klientem v jeho domácím prostředí, mají i lepší možnost setkat se s jeho rodinou a také pro sousedy je snazší se na cokoli zeptat. V domácím prostředí se snáze zjišťuje, co si klient dokáže a nedokáže sám obstarat a v čem by potřeboval pomoci. Lépe se ukazuje, jaké má klient zájmy a nadání, v čem spočívají jeho silné stránky a jakou podporu mu dává jeho okolí. Je pak mnohem jednodušší pomoci klientovi najít řešení přímo v jeho vlastním prostředí. Výzkumy jasně ukázaly, že i nácviky nejrůznějších dovedností přímo na místě jsou efektivnější, než když klient dochází do denního centra.

Domácí návštěvy a terénní práce (outreach) mají velký přínos i pro vztah mezi klientem a pracovníkem. Profesionálové péče se musí dokázat „sladit“ s klientovým prostředím. Nejsou už „odpovědnými osobami“ (jako je tomu například v nemocnici), vstupují do klientova teritoria a přijímají jej takového, jaký je. Vzájemný dialog je pak úplně jiný.

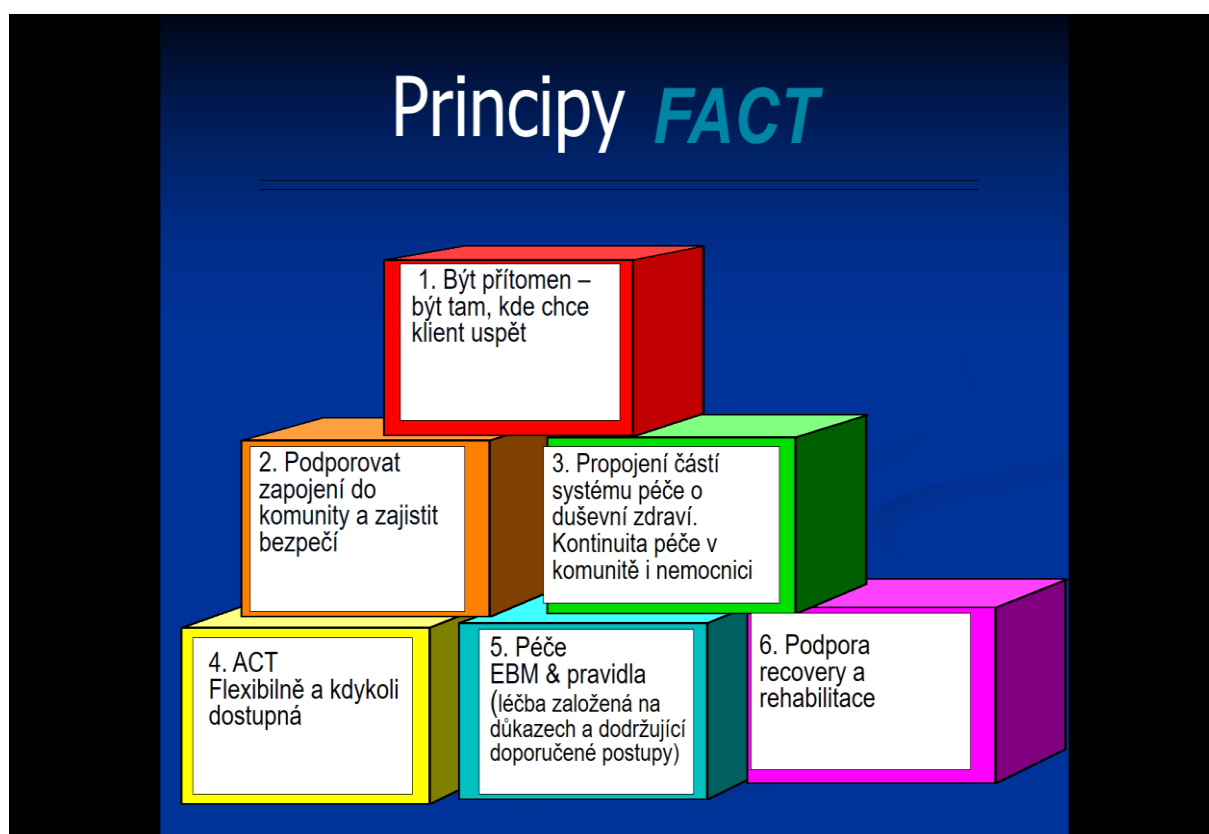
Terénní práce (outreach) přináší také informace o klientových silných stránkách, profesionálové tak vidí, jak klient svou situaci zvládá – život obecně, bydlení, sociální kontakty, jak vychází se sousedy; vidí, co má klient rád, o co se zajímá, případné známky skrytého talentu, který je možno rozvíjet. Na to vše pak mohou reagovat uzpůsobením péče, kterou poskytují.

Důležitým novým prvkem je tzv. přístup „sebedůvěry“ (self-reliance), při němž si klienti sami formulují nové cíle ve vztahu k okolí a s podporou profesionálů pracují na jejich naplnění.

Kapitola 2: Krátká vsuvka: shrnutí jednotlivých stavebních bloků FACT modelu

2.1 Stavební bloky FACT modelu

Obrázek 1: Principy FACT modelu



FACT model bývá někdy obtížné vysvětlit, neboť v sobě kombinuje mnoho různých prvků. Výše vyobrazené schéma „Stavební bloky FACT modelu“ zachycuje jeho nejdůležitější zásady:

Blok 1: Běž s klientem kamkoli, kde chce uspět

Chceme být zajedno se vším, co si klient přeje a za čím jde. Chodíme za klientem domů, do práce, navštěvujeme jeho rodinu, doprovázíme jej všude tam, kde se chce úspěšně zapojit do společnosti. Tím, že se zaměříme na úspěchy, dokazujeme, že věříme v jeho silné stránky a zotavení. Tento blok je v souladu se zjištěním Steina a Testové, že trénink dovedností v umělém prostředí, jako je nemocnice, není příliš účinný.

Blok 2: Podporuj začleňování budováním sociálních sítí

FACT model je zaměřen na podporu sociálního začleňování psychiatrických pacientů. Ti potřebují nejen žít mimo nemocnici, ale také se skutečně zapojit do společnosti. K tomu musí mít každý klient svůj vlastní okruh podpory. Při budování podpůrného systému musí být ve středu zájmu klient a jeho názory a potřeby. Důležitou roli hraje rodina, ale i sousedé nebo dobrovolníci a nejrůznější instituce v klientově nejbližším okolí – organizace sociální péče, poskytovatel bydlení nebo i místní policie. FACT tým nemůže

vzít proces začleňování klienta do společnosti výhradně do svých rukou; musí vycházet z již existujících sociálních vazeb a s klientovým okolím spolupracovat. FACT týmy musí být dobře integrovány do společnosti, musí být spolehlivými partnery a dodržovat své závazky. To také znamená, že si musí být vědomy bezpečnostních rizik a v případě nutnosti použít i nátlak. Pokud by se u klienta vyskytovalo problematické chování nebo by jakkoli ohrožoval bezpečnost, jeho přijetí okolím by nemělo dlouhého trvání.

Blok 3: Aktivně vyhledávejte lidi ze skupiny SMI a zapojte je do systému integrovaných služeb péče o duševní zdraví

„Vyhledávání“ klientů je velmi důležité, zvláště proto, že lidé s dlouhodobým vážným duševním onemocněním často své nemoci příliš nerozumí a sami pomoc nehledají. Jména takových klientů vám mohou dát například praktičtí lékaři, ale i policie nebo komunitní služby. FACT tým může s takovým klientem navázat první nízkoprahový kontakt, aby zjistil, co potřebuje a co je pro něj možné udělat.

Dalším krokem je napojení klienta na síť služeb. Není zaručeno, že klient ve službě skutečně zůstane, neboť tito lidé si často ani neuvědomují, že potřebují pomoc. Mnozí z nich odmítají doporučenou medikaci, protože je pro ně zkrátka nepříjemná. Musíme se však ujistit, že alespoň něco z toho, co nabízíme, bude pro našeho klienta atraktivní; že v tom najde přece jen něco, co pro něj bude zajímavé, například podporu cílů, které si stanovil v oblasti psychosociální rehabilitace. Snažíme se nabízet takovou péči, aby měl klient motivaci ji přijmout.

FACT model se snaží předcházet hospitalizacím, anebo je alespoň zkrátit na nezbytně nutné minimum, ale víme také, že někdy je hospitalizace nutná a může klientovi pomoci. V takových případech se zdravotnickým zařízením úzce spolupracujeme. V Nizozemsku jsou služby péče o duševní zdraví integrované; ambulantní a nemocniční péče tvoří vzájemně provázaný systém s jasně definovanými pravidly a povinnostmi. Na hospitalizaci je vždy nahlíženo jako na epizodu v rámci dlouhodobého průběhu ambulantní léčby. Proto také profesionálové péče poskytované mimo zdravotnické zařízení zůstávají zapojeni do léčby i během pobytu klienta v léčebně a spolurozhodují o jeho propuštění. Zůstáváme v kontaktu se samotným klientem, a pokud je to možné, bereme jej domů tak často, jak to jen jde. V tomto integrovaném systému existují mechanismy pro krátkodobou, zkrácenou léčbu a velmi krátké hospitalizace.¹² Vzhledem k velmi úzké spolupráci se zdravotnickými zařízeními lze zajistit dostupnost péče 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Dnes jsou pro tyto účely využívány i videohovory; klient má doma dotykovou obrazovku a může tak během dne kdykoli kontaktovat FACT tým, v noci a o víkendech pak přímo pohotovostní službu v nemocnici.

Blok 4: Pokud je třeba, přejděte na ACT model poskytování péče

Jakmile je klientovo jméno zapsáno na FACT tabuli, může mu tým začít ihned nabízet intenzivní týmovou péči založenou na sdílení. Klienti jsou „přijati na FACT tabuli“ namísto akutního přijetí na psychiatrické oddělení, jak tomu bývalo dříve. K tomu dochází, „pokud je to nutné“: pro to, kdy má dojít k přechodu na intenzivnější péči a kdy naopak – když je klient stabilizován – přejít zpět na individuální, méně intenzivní péči, jsou stanovena určitá kritéria. Klíčovým prvkem FACT modelu je to, že všichni tuto integrovanou péči zajišťuje stále stejný tým.¹³ Systém FACT se tak dokázal vypořádat s tzv. „efektem otáčivých dveří“:

¹² V Nizozemsku pracujeme s konceptem, který nazýváme „lůžko na vyžádání“. Jde o velmi jednoduše dostupnou službu, kdy je pacient hospitalizován jen na jednu noc a druhý den ráno se řeší další postup s jeho ambulantním lékařem, případně dalšími profesionály, kteří jej mají v péči.

¹³ U ACT týmů ve Spojených státech je běžné, že stabilizovaní pacienti jsou převedeni do režimu méně intenzivní péče. Tento postup nazývají „odstupňování péče“. Pacientovi jsou přiděleni noví pracovníci, jejichž způsob práce a systém návštěv pro něj představují určitou změnu (obvykle jde o to, že pacient musí někam docházet namísto toho, aby jej pracovníci navštěvovali doma). To vede k častějším relapsům a někdy i k úplnému vypadnutí pacienta ze systému péče. Případně dochází k tomu, že se pacient vrací do péče ACT týmu, což je určitá forma tzv. „efektu otáčivých dveří“.

s klientem pracuje v jeho lepších i horších obdobích stále stejný tým, stejný case manager i stejný psychiatr. Je tak zajištěna kontinuita péče.

Blok 5: Poskytujte léčbu v souladu s metodikou (založenou na důkazech a dobré praxi)

V Nizozemsku máme zpracovávána *Multidisciplinaire Richtlijn* (Multidisciplinární metodiku) pro péči o pacienty se schizofrenií. Mezinárodně uznávaná je například i metodika britského Národního institutu pro zdraví a klinickou kvalitu (NICE) nebo amerického Úřadu pro služby v oblasti léčby zneužívání návykových látek a duševních nemocí (SAMSHA). Najdeme v nich informace o tom, jakou formu léčby v jakém případě použít. Mnohé z uvedených typů léčby je však v prostředí běžné ambulantní praxe obtížné uplatnit, protože klienti někdy léčbu zcela vzdají, zapomenou na domluvenou konzultaci, nebo mají jednoduše špatný den, týden apod. S využitím terénní práce (outreach) a při kontinuální péči je mnohem vyšší šance, že léčba bude úspěšná. FACT týmy nedávno zavedly i přístup tzv. „sdíleného rozhodování“ (shared decision-making), při němž se klient společně s profesionály podílí na rozhodování o tom, jakou léčbu zvolit, na základě klientových vlastních zkušeností, psychiatrického posouzení a dalších strukturovaných informací.

Blok 6: Podporujte rehabilitaci a zotavení

FACT model je zaměřen na podporu zotavení a cílů s ním souvisejících. Velký přínos má v tomto směru podpora peer pracovníka, který může organizovat zapojení klienta do recovery group, například skupiny pracující metodou WRAP (Wellness Recovery Action Plan, Cook et al. 2012) a dále zprostředkovávat vzájemné kontakty mezi lidmi s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Součástí týmu je i specialista na psychosociální rehabilitaci a pracovník IPS, který má za úkol pomoci klientovi s hledáním placeného zaměstnání.

2.2 Složení FACT týmu

Složení FACT týmu je pojato tak, aby se jeho členové dokázali společně postarat o přibližně dvě stovky klientů. To znamená, že v něm musí být alespoň dostatečný počet case managerů a psychiatr. Tým zahrnuje také psychologa, adiktologa, specialistu na zaměstnávání a peer pracovníka. V souhrnu je ideální složení FACT týmu následující:

- 1 plný úvazek psychiatr
- 0,5 úvazku vedoucí týmu (nemusí nutně pracovat v přímé péči o klienty)
- 7 plných úvazků case managerů, z toho:
 - 4 - 5 plných úvazků psychiatrické sestry
 - 1 - 2 plné úvazky komunitní psychiatrické sestry
 - 0,8 úvazku sociální pracovník / sociálněprávní poradce
- 0,8 úvazku psycholog
- 0,6 úvazku peer pracovník
- 0,5 úvazku specialista na zaměstnávání / pracovník IPS (Individual Placement and Support)

Odbornosti potřebné v týmu:

- Odbornost v oblasti závislostí – alespoň někteří členové týmu (v rozsahu nejméně 2 úvazků z výše uvedeného výčtu)
- Širší odbornost v oblasti psychosociální rehabilitace a zotavení
- 2–3 členové týmu, kteří jsou proškoleni ve vedení FACT porad

Případné další možnosti:

- Mnohé FACT týmy poskytují péči i lidem žijícím mimo nemocnice v chráněném nebo podporovaném bydlení; pracovník, který zajišťuje program podporovaného bydlení, může být rovněž členem FACT týmu.
- Někdy jsou součástí týmu i další odborníci, například systemický terapeut v týmech pečujících o lidi s první epizodou psychózy.

Roli individuálního case managera může zastávat kterýkoli člen týmu, prakticky s jakoukoli specializací (sestra, sociální pracovník, někdy také psycholog).

Ve FACT týmech v Nizozemsku pracuje mnoho sester. Ve Velké Británii jsou to spíše sociální pracovníci a specialisté na zaměstnávání. Ve Spojených státech jsou case managery převážně sociální pracovníci. Je to většinou výsledkem historického vývoje. To, že si v Nizozemsku týmy vybírají spíše sestry, je dáno zčásti tím, že pozice sestry hrála významnou roli v někdejších psychiatrických nemocnicích. Mnohé z nich prošly dalším vzděláváním ještě v lůžkové péči a po absolvování výcviku ve FACT modelu přešly do ambulantní sféry.

Kromě psychiatrických sester má každý tým i nejméně jednu komunitní psychiatrickou sestru. Ta má navíc k odbornosti psychiatrické sestry ještě další znalosti z oblasti diagnostiky a hodnocení potřeb péče, krizové intervence, znalosti pro práci s rodinnými systémy a s klienty s poruchami osobnosti.

FACT týmy v jiných zemích se musí samy rozhodnout, z jakých odborností v rámci týmu budou vybírat case managery. Jako nejlepší se zatím jeví vyvážená kombinace sester a sociálních pracovníků (včetně odborníka na závislosti).

V optimálně fungujícím týmu by jeden case manager pracující na plný úvazek měl mít na starost přibližně 25 klientů. Case manager je první kontaktní osobou jak pro klienta, tak pro jeho okolí. Case manager pravidelně navštěvuje a monitoruje klienta u něj doma a stará se o to, aby jeho léčebný plán byl stále aktuální a odpovídal současným potřebám. Case manager může do péče zapojit i další členy týmu, například psychiatra, pokud jde o medikaci, anebo pracovníka podpory zaměstnávání. Každý klient má také tzv. „stínového case managera“, který jej také dobře zná a je obeznámen s jeho aktuální situací, aby mohl zastoupit jeho case managera v případě nemoci, dovolené apod.

S klienty v režimu intenzivní péče zapsanými na FACT board pracuje celý tým společně na základě sdílení případu; jinak řečeno, v této fázi se zapojují všichni členové týmu, aby klientovi poskytli péči navíc. Psychiatr řeší otázky medikace, aby se předešlo hospitalizaci, atd. Zapojuje se i psycholog a peer pracovník.

FACT tým jako celek zahrnuje široké spektrum odborností. Stejně důležitý jako medicínský pohled je i pohled sociálního pracovníka, který společně se specialistou na psychosociální rehabilitaci vnáší do týmu svou vizi. Podporovat proces rehabilitace klienta by měli být schopni všichni členové týmu.

V procesu zotavení a rehabilitace klienta hraje důležitou roli i peer pracovník. Počet peer pracovníků zaměstnaných ve FACT týmech v trvalém pracovním poměru stále roste. Takový pracovník musí projít výcvikem, kde se naučí využívat v přímé péči o klienty odbornost plynoucí z jeho vlastní zkušenosti s duševním onemocněním. Jeho kontakt s klienty je poněkud odlišný od ostatních profesionálů. Někdy může posloužit i jako „tlumočnick“ mezi klientem a jiným odborným pracovníkem. Peer specialisté obvykle nemají přímo své „vlastní“ klienty, ale aktivně se účastní sdílené práce celého týmu, pomáhají aktivně vyhledávat lidi ze skupiny SMI a zapojovat je do systému péče, anebo pomáhají například s aktivitami orientovanými na zotavení.

To, že ve FACT týmu pracuje jak psychiatr, tak psycholog, znamená, že společně mohou klienty lépe diagnostikovat a pomáhat jim při sestavení plánu léčby. Znamená to také, že tým může klientovi zajistit nejen medikaci a nejrůznější lékařská vyšetření (například metabolický screening), ale současně i psychoterapii (například KBT).

Tým musí mít také nejméně dva odborníky se vzděláním v oboru závislostí. V Nizozemsku stále více pracujeme s modelem IDDT (integrovanou léčbou duálních diagnóz). Členové týmu z různých oborů, například case manager a psychiatr nebo psycholog, musí absolvovat IDDT výcvik a získané znalosti pak mohou uplatnit při své práci v týmu. Mnohé FACT týmy jako celky v současnosti procházejí výcvikem ve vedení motivačních rozhovorů.

Zvláštní pozornost si zaslouží každodenní koordinace práce. Proto také stále více FACT týmů zavádí dvě – nebo pokud možno i tři – pozice vedoucího FACT porady (FACT board chair). Nejde o formální manažery či vedoucí týmu, jsou to běžní členové týmu, kteří byli pouze proškoleni v tom, jak vést poradu nad FACT tabulí. Ti pracují s FACT tabulkou, koordinují každodenní péči o klienty a jsou odpovědní za zaznamenávání dat do souboru v elektronické podobě.¹⁴ Tento model se ukázal jako velmi efektivní. To znamená, že v každém týmu jsou tři pracovníci, kteří jsou podrobně obeznámeni s FACT modelem a byli vyškoleni v tom, jak vést FACT poradu. Tito tři pracovníci si také mohou navzájem vypomáhat; alespoň jeden z nich musí být vždy přítomen, a to i v době dovolených.

FACT tým by neměl mít příliš mnoho členů. Měli bychom si dát pozor na to, aby tým nebyl složen z příliš mnoha menších úvazků. Ideálně by většina členů týmu měla mít pevně daný úvazek (například 4 dny v týdnu). Když v týmu pracuje větší množství lidí na kratší úvazky, je pak mnohem složitější se na čemkoli dohodnout a předávání úkolů trvá o mnoho déle. Zjistili jsme také, jaký je optimální počet lidí, o které se tým dokáže postarat: je to nejvýše 180 až 220 klientů. Týmy, které musí přijmout do péče více než 250 klientů, již poskytovanou péči nedokáží tak dobře přizpůsobit jejich potřebám.

¹⁴ Některé týmy v Austrálii pracují na podobném principu s tzv. „vedoucím směny“ pro každou směnu.

Kapitola 3: Pracovní postupy ve FACT modelu

3.1 Příklad z praxe: kolik klientů, tolik specifických potřeb

FACT tým v jedné amsterdamské čtvrti má v péči 210 klientů. Velká část z nich je relativně stabilizovaná. Několik z nich má zaměstnání, mnozí navštěvují nízkoprahové služby a zapojují se do aktivit v centru denních činností. Někteří docházejí na setkání recovery group za účasti pracovníka peer podpory. Další si s pomocí svého case managera aktivně hledají lepší bydlení. Psycholožka provádí ve spolupráci s kolegou z jiného FACT týmu skupinovou terapii; s klienty má i individuální sezení a někdy využívá EMDR terapii pro klienty, kteří se chtějí vypořádat s nějakými traumaty z minulosti. Psychiatr navštěvuje všechny stabilizované klienty nejméně jednou ročně, ale s mnohými z nich se setkává každý měsíc, nebo dokonce každý týden, zvláště pak s těmi s komplikovanou medikací (jako je například klozapin), u níž je riziko vedlejších účinků. Asi 25 klientů týmu je v kontaktu se specialistkou na zaměstnávání (IPS pracovnice). Ta s některými z nich pracuje i denně, když nastupují do nového zaměstnání. Každý klient má svého case managera, většinou zdravotní sestru, která klienta navštěvuje u něj doma nejméně dvakrát až třikrát měsíčně. Někdy case manager doprovází klienta do agentury sociálních služeb a často komunikuje i s jeho rodinou. Kromě toho, že navštěvují klienty, jsou mnozí členové týmu v kontaktu také s nejrůznějšími místními organizacemi, s praktickými lékaři, poskytovateli bydlení, s policií atd.

Většina klientů má svého case managera, příležitostně se setkávají s psychiatrem nebo také specialistou na závislosti, s peer pracovníkem nebo psychologem. Každý z těchto pracovníků pracuje s klientem individuálně. Své činnosti koordinují podle plánu léčby, který je aktualizován nejméně jednou ročně. Pokud je ovšem potřeba dohodnout něco navíc, je možné to udělat kdykoli na ranní poradě týmu. Zde je také možno požádat o krátkodobou pomoc dalšího člena týmu s potřebnou odborností. Jinými slovy, péče o tyto klienty spočívá v individuálním dohledu a léčbě s možností využití dalších odborníků, kteří jsou k dispozici.

Ze zmíněných 210 klientů jich je přibližně 20–25 v režimu intenzivní týmové péče. Důvodem je, že se jim v danou chvíli příliš nedaří, že je jim třeba věnovat větší pozornost nebo intenzivnější péči. Pokud tým takovou potřebu u některého z klientů zjistí, je jméno daného klienta zapsáno na FACT tabuli. Od té chvíle tým probírá jeho případ každý den a dokáže mu zajistit intenzivní týmovou péči.

Skupina klientů zapsaných na FACT tabuli je velmi různorodá. Aktuálně jsou tři z nich zapsáni proto, že byli do péče FACT týmu přijati teprve nedávno. Tým je chce lépe poznat, proto se o nich po dobu tří týdnů hovoří každý den na základě informací od pracovníků, kteří je navštěvují. Devět klientů je na FACT tabuli zapsaných už dlouho. Jsou to pacienti s dezorganizovanou schizofrenií a problémy se závislostí. Nadále mohou žít v domácím prostředí jen s každodenní podporou FACT týmu. Dva z nich mají nařízenou medikaci (na základě soudního příkazu musí brát denně léky a být monitorováni). Tři další mají nařízenou depotní medikaci. Další více než deset je na FACT tabuli zapsáno proto, že u nich aktuálně hrozí zhoršení stavu. Jeden je v krizi, protože přestal brát léky. U dalšího došlo k relapsu manické epizody. Jiný má těžký zhoubný nádor, který bere jako „ránu osudu“, a odmítá se dále léčit. Žena, která trpí závažnou hraniční poruchou, se v poslední době znovu dostává do konfliktu s celým svým okolím, přestala brát léky a dala výpověď z nájmu. Mezi klienty zapsanými na FACT tabuli je i několik těch, kteří jsou v současné době hospitalizováni, z toho dva nedobrovolně. A konečně, je tam i několik „těžkých odmítačů léčby“: u těchto osob je zřejmé, že péči potřebují, ale oni sami se necítí být nemocní, nevěří tomu, že léčbu potřebují, a úplně se odstříhli od svého okolí. Tým na ně však přesto již několik týdnů či měsíců zpozvzdálí dohlíží, konzultuje s policií informace z místa jejich bydliště, a pokud dojde k nějaké nebezpečné situaci, je připraven zasáhnout a aktivně (i bez souhlasu klienta) aplikovat léčbu.

Klienti zapsaní na FACT tabuli vyžadují mnohem intenzivnější péči než ti ostatní. Tuto péči nemůže zajišťovat jeden pracovník, je třeba je navštěvovat každý den, někdy i vícekrát, pečovatelé potřebují také nejruznější informace z klientova okolí (zvláště u těch, kteří odmítají léčbu), někdo musí být v kontaktu s agenturami sociálních služeb, s rodinou, se zdravotnickým zařízením, je třeba činit zásadní rozhodnutí – to vše vyžaduje týmovou spolupráci.

Sdílená práce s klienty

S těmi, kdo jsou zapsáni na FACT tabuli, tedy s klienty vyžadujícími intenzivnější péči, pracujeme v režimu sdílení péče celým týmem. Návštěvy u klientů doma – v případě potřeby i každý den – vykonává několik členů týmu. Někdy se u klienta jen zastaví, například aby mu donesli léky a dohlédli, že si je skutečně vezme. Někdy jsou návštěvy delší, pracovník může klientovi pomoci doma uklidit, vyřídit úřední záležitosti anebo pohovořit se sousedy. Sdílená péče o klienty vyžaduje každodenní koordinaci, aby se nestalo to, že každý z pracovníků má svou vlastní agendu a doporučuje klientovi jiné věci. Na sdílené péči o klienta se podílejí i peer pracovníci; ti s ním často mluví o jiných aspektech, ale jsou dobře informováni o celkovém postupu jeho léčby a péče o něj. Různí členové týmu pak sdílí své postřehy na každodenní FACT poradě; stále znovu se v praxi přesvědčujeme o tom, že odborníci z různých oborů mají na danou situaci každý úplně jiný náhled a vidí každý jiné možnosti.

3.2 Práce s FACT tabulí: silná stránka FACT modelu

FACT tabule je mechanismus, který umožňuje, aby jediný tým poskytoval klientům integrovanou, komplexní péči.

FACT tým používá dvě metody monitorování a podpory klientů:

- 1) individuální podporu,
- 2) intenzivní týmovou péči, na níž se podílejí všichni členové.

Ad 1) Většinu klientů sledují jen jejich case manageri, kteří se zaměřují na léčbu, rehabilitaci a podporu zotavení. Během této individuální práce může case manager do léčby či rehabilitace klienta zapojit i jiné odborníky ze svého multidisciplinárního týmu. Další členové týmu z různých oborů, přinejmenším psychiatr, se vždy účastní tvorby klientova léčebného plánu, ale s jinými profesionály péče se klient pravidelně nesetkává.

Ad 2) Pro početně proměnlivou skupinu 10–20 % všech klientů, které má tým v péči, tato individuální podpora nestačí. Potřebují více pomoci, než může poskytnout jeden case manager. Těmto klientům, kteří jsou zapsáni na FACT tabuli, poskytuje péči celý tým podle ACT principu „sdílení případů“. To znamená, že všichni členové týmu jsou o daném klientovi informováni a pracuje s ním současně několik profesionálů z týmu. Klient tak má zajištěn kontakt denně, někdy i vícekrát denně.

Aby byla zajištěna správná koordinace práce s klienty, koná se každý den porada u FACT tabule. Pokud některému z klientů individuální supervize nestačí a potřebuje intenzivnější péči, je jeho jméno zapsáno do elektronické FACT tabulky – jedná se o soubor v excelu nebo výstup z databázového programu, který se během ranní porady promítá na zeď. O klientech, kteří jsou v něm zapsaní, se diskutuje každý den. Na FACT tabuli bývá průměrně zapsáno 20–40 klientů, kteří aktuálně vyžadují intenzivní péči, což představuje 10–20 % všech klientů týmu.

FACT tabule obsahuje tyto kategorie:

- 1) Krizová prevence: klienti, kteří projevují první známky možného relapsu psychózy či závislosti anebo narůstajících sociálních problémů. Zahrnuje i kroky pro předcházení hospitalizaci.
- 2) Intenzivní krátkodobá péče: klienti s přechodným zhoršením psychiatrických symptomů nebo v krizi; také klienti bezprostředně po propuštění z nemocnice nebo z vazby.
- 3) Intenzivní dlouhodobá péče: klienti vyžadující dlouhodobou zvýšenou péči, například kvůli dlouhodobě dekompenzovanému stavu nebo trvalému ohrožení (nízké skóre na GAF stupnici); někteří potřebují *trvalou* každodenní podporu a zůstávají tak zapsáni na FACT tabuli.
- 4) a. Klienti, kteří odmítají léčbu: pacient nechce být v kontaktu se službami duševního zdraví, ale situace není aktuálně taková, aby byl důvod k vážným obavám; kontakt je mu nabízen, ale ne vnucován (přítomnost pracovníků); hledá se možný systém podpory.
b. Rizikovní klienti, kteří odmítají léčbu: pacient nechce žádnou péči ze strany služeb duševního zdraví, ale současně zanedbává péči o sebe a/nebo obtěžuje své okolí. FACT tým mu poskytuje asertivní péči a v případě, že hrozí akutní nebezpečí, použije nátlak nebo donucovací prostředky.
- 5) Hospitalizace: klient, který byl přijat na lůžkové oddělení psychiatrické nemocnice, případně umístěn do věznice. Tým zůstává v kontaktu se samotným klientem i s personálem daného zdravotnického či jiného zařízení a připravuje vše pro jeho návrat.
- 6) Noví klienti: klienti, kteří byli přijati do péče týmu; tým potřebuje 3 týdny na to, aby nového klienta lépe poznal a provedl potřebná vyšetření.
- 7) Soudní příkaz: klienti, jimž byla soudním příkazem nařízena nedobrovolná léčba či dohled.

Na ranní poradě u FACT tabule, se denně probírá všech 20–40 zapsaných osob. Vedoucí porady řekne jméno klienta. Jeho case manager popíše týmu, jak se situace vyvíjela za uplynulý den. Je možné, že se daný klient včera sešel i s dalšími členy týmu nebo s psychiatrem. Některé informace mohla poskytnout i rodina nebo klient o něco požádal. Tým vše krátce probere a plánuje, jaké kroky je třeba podniknout dnes: kdo klienta navštíví, kdo mu pomůže s podání žádosti o bydlení, kdo dohlédne na to, že si klient sjedná schůzku s praktickým lékařem, atd. V některých případech novinek mnoho není, o jiných se diskutuje 2–3 minuty. Záměrem však je, aby porada netrvala déle než 30–45 minut.

V tomto čase je i prostor krátce probrat klienty, kteří v tabulce zapsáni nejsou, ale je potřeba je zmínit, protože se u nich událo něco nového. Ti jsou zapsáni v seznamu „případů k diskuzi“. Může se stát, že některý z case managerů chce probrat případnou intervenci jiného odborníka u svého klienta, například požádat o kontrolu medikace nebo konzultaci psychologa. Na tomto místě se referuje i o tom, jakých úspěchů který klient dosáhl (nastoupil do zaměstnání, absolvoval vzdělávací kurz). Tým se také potřebuje pochválit za dosažené úspěchy.

Někdy se klient vrací na seznam „případů k diskuzi“ i několikrát v průběhu několika týdnů, například proto, že jeho situace není zcela jasná, hrozí krize nebo prochází obtížnými životními událostmi. Pokud se tak stane opakovaně, tým rozhodne, že bude lepší jej zapsat na FACT tabuli, aby byl dalších několik týdnů denně sledován a jeho situace se tak vyjasnila.

FACT tabule je klíčovým prvkem při koordinaci činnosti týmu a předávání informací. V komunitní práci členové týmu potkávají klienty i bez předchozí domluvy, na ulici nebo v obchodě. Poslouchají, jak klienti hovoří o jiných klientech, a získávají informace od styčných komunitních pracovníků. Tým tak získává širší obrázek o tom, jak klienti fungují v běžném životě. To může být důležité zejména v případě těch, kdo odmítají léčbu: přestože odmítají kontakt, členové týmu je znají, občas s nimi pohovoří a mohou tak pracovat mnohem efektivněji v případě, že odmítání léčby ze strany těchto klientů začne být důvodem k obavám (například proto, že klient začne zanedbávat péči o sebe).

FACT tabule funguje také jako připomínka: ani klienti, kteří jsou v nemocnici nebo uvězněni, nezmizí ze zorného pole týmu. Ve spolupráci s léčebnou poskytuje FACT tým podporu tak, aby se klient mohl co nejdříve a bezpečně vrátit do domácího prostředí.

Tým také pravidelně přijímá nové klienty. Ti jsou v prvních několika týdnech vždy zapsáni na FACT tabuli. Je zavedeným postupem, že s takovým klientem v prvních třech týdnech hovoří nejméně čtyři různí pracovníci, pokud možno z různých oborů, a navštěvují ho doma. Tým tak může co nejlépe vyhodnotit, jakou péči a léčbu daný klient potřebuje. Lze také zahájit kontakt s rodinou a podpůrným systémem klienta. Po třech nebo čtyřech týdnech proběhne vstupní pohovor s klientem a tým sestaví společně s ním plán léčby.

Některým klientům byl vydán podmíněný soudní příkaz: pokud budou dodržovat pravidla, nemusejí být v nemocnici. Mohou mít například povinnost hovořit s pracovníky služeb a brát předepsané léky. Tito klienti jsou také zapsáni na FACT tabuli, aby byl dohled nad nimi koordinovaný a pracovníci mohli sdílet informace pro účely managementu rizik. FACT tabule tak opět slouží jako připomínka termínu prodloužení soudního příkazu nebo jiných procesních formalit.

V praxi se ukázalo, že každodenní FACT porada má ještě další významný přínos: poskytuje týmu přehled a umožňuje sdílet informace, když jeho členové diskutují o tom, jaké specifické kroky podniknout a jaký přístup zvolit k těm nejproblematičtějším klientům. Často jde o klienty v komplikované situaci s množstvím protichůdných zájmů a rizik. Někdy je nutné vymýšlet a měnit strategie téměř každý den, protože se kdykoli mohou objevit nové nečekané informace. Na poradě se tak členové týmu navzájem informují a každý den si znovu společně ujasňují týmovou vizi a poslání. To je užitečné i pro nové členy týmu a pro stážisty.

Když začaly vznikat první FACT týmy, byli jsme přesvědčeni, že porady u FACT tabule budou velkým přínosem pro každodenní koordinaci péče o klienty. Ukázalo se, že jsme se nemýlili. Zjistili jsme, že každodenní porady jsou velmi důležité, neboť členové týmů z různých profesí s různými úhly pohledu na věc mohou navrhnout širší spektrum možností podpory klientům. Tým si denně ujasňuje, čím může která odbornost přispět. Uvědomujeme si, že péče o nejproblematičtější klienty není nikdy záležitostí jediného člena týmu: nejlépe si s ní poradí tým jako celek. Protože členové týmu svá řešení mezi sebou sdílejí, je menší pravděpodobnost, že tým bude s některými kroky zbytečně dlouho otálet či ignorovat obtížně řešitelné problémy. Ranní porady ukazují, že tým si při nich tříbí názory a uvědomuje si, že společně se dá dosáhnout mnohem více. Aby byly porady efektivní, je nutné (!), aby se jich účastnili skutečně všichni členové, kteří jsou ten den v práci.

FACT porada má jasně definovaný program:

- O klientech, kteří jsou vypsáni na FACT tabuli, tým diskutuje každý pracovní den.
- Kterýkoli case manager nebo jiný člen týmu může kdykoli požádat o to, aby byl určitý klient na seznam zařazen.
- Jakmile se vyskytne jakákoli informace – od samotného klienta, jeho rodiny či ostatních klientů, anebo z klientova širšího okolí – o tom, že jeho zdravotní stav či sociální situace se může zhoršit, ihned druhý den ráno kdokoli z týmu může říci: „Neměl by pan J. být na pár týdnů zapsán na tabuli?“
- Pak následuje krok za krokem tento postup:
- Pracovník, který klienta zařazeného na seznam sleduje, seznámí ostatní podrobněji s klientovou situací a navrhne, co je třeba udělat.
- Je spuštěn krizový plán, který byl vytvořen již dříve.
- Pracovníci se dohodnou na tom, jakým způsobem budou daný případ a intenzivní péči o klienta sdílet.
- Psychiatr do 24 hodin vypracuje (pokud jej již nevypracoval) hodnocení rizik a do 24 hodin musí být jasno i o medikaci.

Práce s FACT tabulí také předpokládá, že členové týmu musí mít v diáři vždy nějakou rezervu na to, aby byli schopni pružně reagovat na aktuálně vzniklé potřeby. Když je klient zapsán na FACT tabuli, musí psychiatr do 24 hodin rozhodnout o jeho případném okamžitém vyšetření, aby mu upravil medikaci a vyhodnotil bezpečnostní rizika.

Je-li klient zapsán na FACT tabuli, přechází péče o něj z individuálního režimu do režimu sdílené týmové péče. To znamená, že jej bude doma navštěvovat několik různých pracovníků. Je dobré tento postup

předem vysvětlit jak samotnému klientovi, tak i jeho rodině, aby byli srozuměni s tím, že k němu bude docházet více pracovníků a péče o něj bude intenzivnější.

Tým má běžnou pracovní dobu. Můžeme však zvážit, zda pro nutné případy nedohodnout nad rámec této doby i pomoc psychiatrické nemocnice či služby první pomoci.¹⁵ Někdy se dohodne více týmů (případně ve spolupráci s nemocnicí) a střídají se v zajištění návštěvní služby i o víkendech. Jedna sestra tak může o víkendu přes den navštěvovat klienty různých týmů. Nejčastěji dohlíží na to, aby klienti pravidelně užívali léky a měli pravidelný režim. Tato „víkendová FACT péče“ pomáhá klientům překlenout dny volna. Snižuje se tak počet víkendových hospitalizací a umožňuje to naopak propouštění pacientů na víkendy domů, protože tak mají zajištěnu základní péči a podporu.

Týmová péče končí v okamžiku, kdy již klient nepatří do žádné ze skupin uvedených na FACT tabuli. Jeho jméno je tak ze seznamu odstraněno. Tento krok má také jasně definovaný postup:

- Odstranit jméno klienta ze seznamu je možné výhradně na FACT poradě.
- Musí to odsouhlasit celý tým.
- Je nutné schválení psychiatrem – pokud psychiatr není na poradě přítomen, nelze klienta ze seznamu odebrat.
- Case manager následně spolu s klientem a jeho rodinou vyhodnotí průběh celého období intenzivní péče. Byla poskytovaná péče užitečná, poskytla klientovi i jeho rodině to, co si přáli, nezapomněli jsme na něco anebo jsme naopak udělali něco, co klientovi příliš neprospělo?
- Na základě tohoto hodnocení lze upravit klientův krizový plán na další období.

3.3 Kritéria pro zapsání klientů na FACT tabuli

Jednotlivé kategorie důvodů pro zapsání klientů na FACT tabuli jsme již výše uvedli. Nyní se těmto důvodům budeme věnovat podrobněji.

Předcházení krizovým situacím / Krizová prevence

- Jedná se o poměrně „lehkou“ skupinu; zvláštní pozornost (na základě plánu prevence relapsu) je věnována určitým klientům, u nichž lze očekávat výskyt předvídatelných stresorů, (například hrozící zhoršení stavu v důsledku nemoci spolubydlícího nebo problémy spojené se soudním řízením).
- Tato skupina zahrnuje i klienty, u nichž se projevují první příznaky a rané symptomy možné dekompenzace; cílem je, pokud možno, předejít hospitalizaci.
- V mnoha případech se ještě nemusí jednat o převedení těchto osob do režimu intenzivnější péče, ale tým musí mít přehled o tom, v čem jim hrozí případné riziko. Pokud pak k něčemu nepředvídatelnému dojde například v době nepřítomnosti klientova case managera, tým dokáže adekvátně reagovat a situaci řešit.

Intenzivní krátkodobá péče

- Zhoršení psychiatrických symptomů / krize, problémy se závislostí.
- Je vhodné převedení do režimu intenzivnější léčby a/nebo péče.
- Klienti, v jejichž životě se aktuálně děje něco mimořádného.
- Hrozící hospitalizace.
- Sebevražedné sklony, ohrožování okolí, hrozící soudní vystěhovávání.
- Klienti nedávno hospitalizovaní
 - Následná péče, prevence opakovaných hospitalizací
- Zanedbávání péče o sebe, známky obtěžování nebo ohrožování okolí.

¹⁵ Služby péče o duševní zdraví v Nizozemsku mají k dispozici velmi dobře organizovanou psychiatrickou pohotovostní službu ve všech regionech. Na tyto služby se lze obrátit prostřednictvím praktického lékaře. Ve většině případů má dnes pohotovostní služba i přístup do elektronické zdravotní karty pacienta, kde je zvlášť uložen i modul s jeho krizovým plánem.

- Po převedení do režimu intenzivní péče v této kategorii se často musí zapojit všichni členové týmu: je třeba upřesnit diagnózu, dostat krizovou situaci co nejrychleji pod kontrolu, dohodnout se s lidmi v klientově okolí a případně i zařadit i krátkodobou krizovou hospitalizaci (tzv. lůžko na žádost).

Intenzivní dlouhodobá péče

- Jedná se o skupinu klientů, o nichž má většinou přehled celý tým a kteří k tomu, aby mohli žít mimo léčebnu, potřebují dlouhodobou nebo dokonce trvalou každodenní péči; jsou to většinou klienti dosahující GAF skóre < 40, zvláště pak v oblasti sociálních kontaktů, a to i přes veškerou snahu o vybudování systému podpory.
- Jsou to také klienti, u nichž by bez každodenní péče hrozilo riziko zanedbání péče o sebe, odmítání medikace, obtěžujícího chování apod.
- Mnozí z nich jsou pacienti, kteří byli v minulosti často hospitalizováni – tzv. „efekt otáčivých dveří“. U těchto klientů je cílem snížit četnost hospitalizací a zkrátit jejich trvání. Někdy mohou na část dne docházet na denní program do nemocnice nebo být zapojeni do denního stacionáře. Tato skupina do značné míry odpovídá klasické skupině pacientů v modelu ACT.

Klienti, kteří odmítají léčbu

- Pacienti, s nimiž je obtížná komunikace, neplní dohody, ale aktuálně nejeví znaky zanedbání péče o sebe, obtěžujícího chování nebo ohrožení: v jejich případě se zaměřujeme na udržení kontaktu, motivaci a shromažďování informací.
- Podrobněji viz níže text vytištěný kurzívou.

Rizikovní klienti, kteří odmítají léčbu

- Pacienti, kteří odmítají léčbu a jsou v ohrožení nebo je u nich vysoké riziko vzniku závažné újmy. V tomto okamžiku již tým nesmí na nic čekat a musí zasáhnout, přijít s asertivní péčí; případně ve spolupráci s rodinou nebo i s policií. Tým musí klienta kontaktovat a trvat na tom, že je třeba zahájit léčbu, v případě nutnosti použít i nátlak a donucovací prostředky pro odvrácení hrozícího nebezpečí či újmy.

Hospitalizace

- Všichni klienti hospitalizovaní v psychiatrické nemocnici; pracovníci je navštěvují každý týden v rámci integrované („trasmural care“) péče.
- Všichni klienti hospitalizovaní v běžné nemocnici; i ty pracovníci navštěvují; připravuje se jejich propuštění, zajišťuje se jim následná domácí pomoc.
- Všichni klienti ve vazbě nebo uvěznění; pracovníci je také navštěvují, komunikují s justičními orgány, zejména pokud jde o jejich propuštění, případně o možnosti dočasného propuštění, zahájení detoxikační léčby a medikaci po dobu pobytu vazby či uvěznění.

Noví klienti

- Vždy 2–3 týdny po přijetí, aby je mohli lépe poznat různí členové týmu.

Soudní příkazy

- Všichni klienti s nařízenou komunitní léčbou.
- Všichni klienti, na něž se vztahují soudní příkazy, jako je soudní psychiatrický dohled nebo podmínky podmíněného propuštění.

Z tohoto přehledu vyplývá, že to, že je klient zapsán na FACT tabuli, nemusí vždy znamenat, že se péče o něj nějak výrazně zintenzivní. V některých případech je to spíše z důvodu lepšího sdílení informací (někdy i od jiných subjektů a z klientova okolí). Komunitní způsob práce přináší mnohem více informací o klientovi z mnoha různých zdrojů a setkání v terénu. Informace o tom, jak daný člověk žije a jak se mu daří, získávají členové týmu mnohdy náhodně (také od jiných klientů). Vzájemně si je pak vyměňují na FACT poradě. Každý case manager tak má další „uši“ a „oči“.

FACT tabule slouží také jako plánovací kalendář: zaznamenávají se do něj všechny kroky, které budou podniknuty, například data injekční aplikace léků, která u některých klientů probíhá v pravidelných (například třítydenních) intervalech. Dva dny před plánovaným datem se na tabuli objeví vyskakovací okno s připomínkou. Pokud není do systému zaznamenáno splnění, zvýrazní se příslušné políčko následující den po plánovaném úkonu červeně.

Obdobně jsou monitorovány termíny pro prodloužení soudních příkazů; v tabulce se s potřebným předstihem objeví připomínka, že danému soudnímu příkazu končí platnost.

Existuje samozřejmě mnoho důvodů, pro které může být klient na FACT tabuli zapsán. Často to bývá proto, aby mu byla zajištěna:

- 1) intenzivnější léčba
Například intenzivnější kontakt v náročnějším období, psychoedukace, ale často i donáška léků či objednání na laboratorní testy
- 2) intenzivnější péče
Například podpora, pomoc s nastavením řádu, denního režimu, osobní hygienou a úklidem
- 3) intenzivnější podpora rehabilitace či zotavení
Důvodem zapsání na FACT tabuli může být to, že klienta čeká nějaký významný životní krok, jako je stěhování nebo nástup do zaměstnání
- 4) lepší organizace monitoringu
Například pro předcházení problémovým situacím, užívání návykových látek, případně i dohled nad dodržováním podmínek podmínečného propuštění
- 5) pomoc klientovi, který je propuštěn domů
Například vedení a konzultace pro klienta po dlouhodobé hospitalizaci nebo pobytu ve vězení; prvních několik týdnů po propuštění je často klíčovým obdobím v prevenci relapsu
- 6) lepší „napojení“ na služby
Například poskytování asertivní léčby a společné hledání způsobů, jak motivovat klienta ke spolupráci při léčbě.

To vše jsou cíle, které by jeden pracovník dokázal jen těžko všechny zvládnout; ale krátká každodenní porada členů týmu může někdy přinést překvapivě objektivní pohledy na věc.

3.4 Integrace léčby, péče, rehabilitace a zotavení v rámci FACT modelu

FACT model je jedinečný v tom, že zahrnuje kombinaci několika prvků: (1) léčbu podle jasně stanovené metodiky, (2) péči a rehabilitaci, (3) podporu zotavení a (4) práci se systémem podpory v klientově rodině a okolí.

Kniha *Classics of Community Psychiatry* (Rowe et al. 2011) je kompilací padesátky nejvýznamnějších článků z oblasti sociální psychiatrie, které vyšly za posledních sto let. Když si je pročítáme, zjišťujeme, že jejich autoři často kladou důraz na jeden či dva nejdůležitější aspekty, jako je case management, kontinuita péče a léčby či význam zotavení. FACT model vychází z toho, že je potřeba dokázat integrovat několik různých důležitých aspektů a najít pro každého klienta jejich pečlivě vyváženou kombinaci, která může být u každého jiná. Každodenní FACT porada pomáhá jednotlivé kroky koordinovat a na základě sdílených informací rozhodnout, co je třeba udělat, co je v daném případě žádoucí a možné. U klientů v režimu individuální práce se koná schůzka alespoň jednou ročně, a to za účelem aktualizace léčebného plánu.

Nizozemská Multidisciplinární metodika pro léčbu schizofrenie (stejně jako obdobné metodiky v jiných zemích) stanoví, jakou léčbu je možno využít, tedy medikaci, intervenci psychologa, psychoedukaci či rodinnou terapii. Tyto postupy je třeba vysvětlit klientovi i jeho rodině a někdy je třeba být při jejich nabízení poměrně asertivní.

Ve FACT modelu jsou aspekty psychosociální rehabilitace integrovány již do léčebného plánu. Cíle léčby si formuluje klient sám a zaznamenává si je svými slovy tak, aby pro něj byly srozumitelné. V naplňování těchto cílů jej může podporovat jeho case manager nebo další specializovaní pracovníci, například odborník na zaměstnávání.

FACT model se zaměřuje na podporu klientů v procesu jejich zotavení. Cílem klientů je optimálně fungovat a začlenit se do společnosti způsobem, který jim vyhovuje a je pro ně bezpečný.

Zotavení – Recovery (Ridgway at al. 1999) znamená:

- 1) Znovu získat pozitivní sebehodnocení i přes potíže spojené s duševním onemocněním. To znamená cestu od rezignace k naději a realistickému optimismu, od pocitu odcizení ke smyslu a cíli, od psychiatrického pacienta k osobnosti, u níž již nemoc nestojí v popředí.
- 2) Aktivní self-management v přístupu klienta k vlastnímu životu i k nemoci. To znamená cestu od pasivního pacienta k aktivnímu klientovi, od zranitelnosti stresem k aktivnímu self-managementu, od zanedbávání péče o sebe k rozvoji zaměřenému na pozitivní životní styl, soběstačnost a pohodu.
- 3) Znovu žít život i mimo oblast služeb péče o duševní zdraví. To znamená přejít od života tráveného převážně v programech služeb k životu v prostředí komunity, od života v ústraní a pasivity k aktivní účasti na smysluplných aktivitách a od sociální izolace k utváření vztahů a zapojení do společnosti.

FACT se také zaměřuje na interakci mezi klienty a jejich okolím. Velmi důležitou roli v tomto směru hraje klientova rodina. Ta mu často dává podporu, zajímá se o něj a zná jej mnohem déle než pečující profesionálové. V některých případech došlo k rozpadu rodinných vztahů, ale stále je zde potřeba jejich obnovení. Léčba v souladu s metodikou zahrnuje psychoedukaci a další způsoby práce s rodinou.

Protože FACT model podporuje klientovo zapojení do společnosti, musí být FACT tým spolehlivým a přístupným partnerem jak pro ostatní místní organizace, tak pro celou danou komunitu. Úspěšné zapojení klienta do společnosti závisí na mnoha dalších službách a organizacích. Oblasti působení těchto služeb a FACT týmu se v mnohém překrývají, proto je partnerská spolupráce velmi důležitá.

Klienti, kteří odmítají léčbu

Existuje i skupina pacientů, kteří odmítají jakýkoli kontakt s týmem či pracovníky péče obecně. Někdy v jejich přístupu hraje roli nedostatečné uvědomění si nemoci anebo nedostatek náhledu na ni, ale může jít i o nedůvěru způsobenou předchozí negativní – někdy i velmi špatnou – zkušeností s pečujícími profesionály či lékaři. Tyto pacienty označujeme jako „odmítající léčbu“. Snažíme se s nimi navázat kontakt, například tak, že jim nabízíme praktickou podporu v sociální oblasti. Pokud ale nechtějí přijmout nic, respektujeme to. Rozlišujeme však také skupinu „rizikových klientů odmítajících léčbu“. Jak moc „riziková“ tato lidé jsou, závisí na tom, do jaké míry sami sebe znevýhodňují anebo jsou dokonce nebezpeční sobě nebo svému okolí, a na tom, nakolik v tom hraje roli jejich duševní onemocnění.

Jako „klienty odmítající léčbu“ označujeme ty, kteří se uzavírají před okolním světem, mají jen velmi omezený kontakt s lidmi, ale péči o sebe nijak vážně zanedbávají. Snažíme se s nimi navázat kontakt neformální cestou. Snažíme se jim nabídnout něco zajímavého, co by je přivedlo do služeb, například s nimi prohodíme pár slov na ulici nebo jim nabídneme doprovod v případě, že by chtěli nějakou službu či organizaci navštívit. Hledáme si k nim cestu, ale k ničemu je nenutíme. Při navazování kontaktu může sehrát důležitou roli i peer pracovník.

Pokud jde o pacienty, které nemoc zásadně zneschopňuje, kteří například závažným způsobem zanedbávají péči o sebe nebo výrazně obtěžují okolí, ty označujeme jako „rizikové klienty odmítající léčbu“. V takových případech je tým oslovuje asertivně. Pracovníci koordinují péči ve spolupráci s rodinou, a kde je to potřeba, i se sociálními službami. Tým pak uplatňuje „asertivní přístup“, tedy aktivně tyto lidi vyhledává a snaží se je přivést do služeb a udržet je v nich. Někdy to může být řešením až vydání soudního příkazu o nařízení léčby, kterou pak tým zajišťuje. V takových případech je vždy na prvním místě bezpečnost pacienta i jeho okolí.

3.5 Plán léčby a jeho cyklus

Aby byla mezi jednotlivými složkami léčby a péče zachována jednotná linie, je důležité mít stanoven plán léčby. V Nizozemsku existují jasně definované standardy, které musí léčebný plán splňovat:

- 1) Každý klient musí mít písemně zpracovaný léčebný plán napsaný srozumitelnou formou a dostat jeho kopii.
- 2) Plán musí být sestaven ve spolupráci s klientem (a jeho rodinou).
- 3) Plán musí obsahovat klientovy vlastní cíle formulované jeho vlastními slovy a rovněž popis léčby a podpůrných a rehabilitačních aktivit navržených týmem.
- 4) Součástí plánu léčby je často i krizový plán či plán prevence relapsu.
- 5) Tento plán je třeba pravidelně vyhodnocovat a aktualizovat, nejméně jednou ročně.

Za to, že výše uvedené požadavky budou splněny, je ve FACT týmu odpovědný klientův case manager. Jinými slovy, case manager musí každý rok zajistit, že bude klientův plán včas vyhodnocen a v případě potřeby i aktualizován.

- 1) Case manager stanoví termín příštího setkání nad tvorbou léčebného plánu s desetiměsíčním předstihem.
- 2) Case manager připravuje plán ve spolupráci s klientem (a pokud možno i s jeho rodinou).
- 3) Před setkáním vyplní case manager s klientem hodnotící dotazníky, například HoNOS, MANSA nebo IDDT.
- 4) Case manager shromažďuje výsledky klientových lékařských vyšetření.
- 5) Case manager probere s klientem celý uplynulý rok a zhodnotí, nakolik se podařilo dosáhnout cílů stanovených v předchozím plánu.
- 6) Po dohodě s klientem může case manager oslovit i někoho z jeho rodinných příslušníků a zeptat se, jak vidí uplynulý rok rodina.
- 7) Po dohodě s klientem připraví case manager návrh plánu léčby, v němž budou zohledněny všechny oblasti života a také klientův zdravotní stav.
- 8) Dalším krokem je pak diskuze o navrženém plánu v rámci multidisciplinárního týmu. Porady se účastní psychiatr a další členové týmu, kteří jsou do léčby zapojeni. Mnoho týmů přibírá k této diskusi i samotného klienta. Jiné s ním léčebný plán probírají raději v užším kruhu (například jen klient, rodinný příslušník, case manager a psychiatr).
- 9) Následně se plán léčby upravuje ve spolupráci s klientem. Jsou do něj zahrnuta klientova přání a konkrétní dohody s týmem, který jej má v péči (o léčbě, medikaci, vedení, hledání zaměstnání, možných intervencích v případě krize).
- 10) Nakonec plán podepíše za celý tým psychiatr i samotný klient (pokud chce).
- 11) Pokud si to klient přeje, dostane jednu kopii takto schváleného plánu pro sebe.

Kapitola 4: Model přesýpacích hodin

4.1 Role jednotlivých pracovníků

Pracovníci FACT týmu musí umět střídat role. Case manager, který o klienta pečuje individuálně, má často osobní přístup. Klienta velmi dobře zná a může s ním mluvit o praktických věcech, domácích záležitostech, financích či medikaci, ale i o osobních věcech, jako jsou intimní vztahy nebo vyrovnání se se ztrátou někoho blízkého apod. Case manageri, kteří s klienty pracují v rámci intenzivní týmové péče, takovou šanci na důvěrnější rozhovor nemají; zajišťují klientům převážně jen podporu a určitou strukturu, pomáhají klienty aktivizovat apod.

Při individuální práci zastávají case manageri také množství různých rolí; case manager může být někdy důvěrným rádce, jindy praktickým konzultantem pro oslovení dalších služeb či organizací, někdy je ale také tím, kdo musí klientovi zajistit léčbu nařízenou soudním příkazem.

Takto širokou škálu rolí zastává i psychiatr (někdy důvěrný rádce, jindy ten, kdo předepisuje mnohdy nepopulární medikaci, a někdy také ten, kdo žádá soud o nařízení léčby) a psycholog. Ukázalo se, že pro začínající pracovníky FACT týmů, zvláště pak pro sestry, které do té doby pracovaly jen v nemocnici, může být toto neustálé střídání rolí poměrně náročné. Proto jsme na základě diskuzí s těmito profesionály vyvinuli tzv. „model přesýpacích hodin“.

4.2 Model přesýpacích hodin

FACT týmy zajišťují různé typy péče. Z pohledu pracovníků rozlišujeme tři procesy:

- 1) Zvládnání akutního stavu klienta
- 2) Léčba
- 3) Zotavení.

Neměli bychom je však chápat striktně jako „fáze“, jež na sebe nutně navazují. Klient často současně s léčbou, kterou podstupuje, již pracuje na svém zotavení a léčba je podstatnou součástí toho, jak se vypořádat s akutní destabilizací. Tyto procesy se tedy mohou střídat či probíhat současně. Každý z nich však vyžaduje jiné aktivity a postoje na straně pracovníka, který tak vystupuje pokaždé v jiné roli.

Ad 1) Zvládnání akutního stavu (destabilizace)

Pojem destabilizace označuje krizovou situaci, kdy hrozí relaps, zhoršení symptomů či závislosti. Pokud hrozí návrat psychózy, musí klient vydat veškerou svou energii jen na to, aby mohl fungovat. S tím jdou často ruku v ruce i sociální problémy a nevládnání péče o sebe a své prostředí. V takovém případě je třeba nabídnout optimální krizovou intervenci, abychom klientovi pomohli tuto epizodu bezpečně překonat, pokud možno bez toho, aby došlo k relapsu a hospitalizaci.

Destabilizace může být také přetrvávajícím stavem u lidí s chronickým nepříznivým průběhem psychózy. Tito klienti nejsou dlouhodobě schopni udržet si v životě jakýkoli řád, přestože se o to snaží. Úkolem FACT týmu pak je pomoci jim zvládnat dlouhodobou destabilizaci tím, že jim zajistí trvalou každodenní péči a režim.

Ad 2) Léčba

Léčba zahrnuje nejen medikaci, ale také psychologickou pomoc nebo intervenci zaměřenou na problém se závislostí či nácvik konkrétních praktických dovedností. Určitou formou léčby je tak například i to, když s klientem pracuje IPS pracovník, který mu v rámci pomoci s hledáním zaměstnání pomáhá také zlepšovat společenské fungování a snížit výskyt symptomů onemocnění.

Ad 3) Zotavení¹⁶

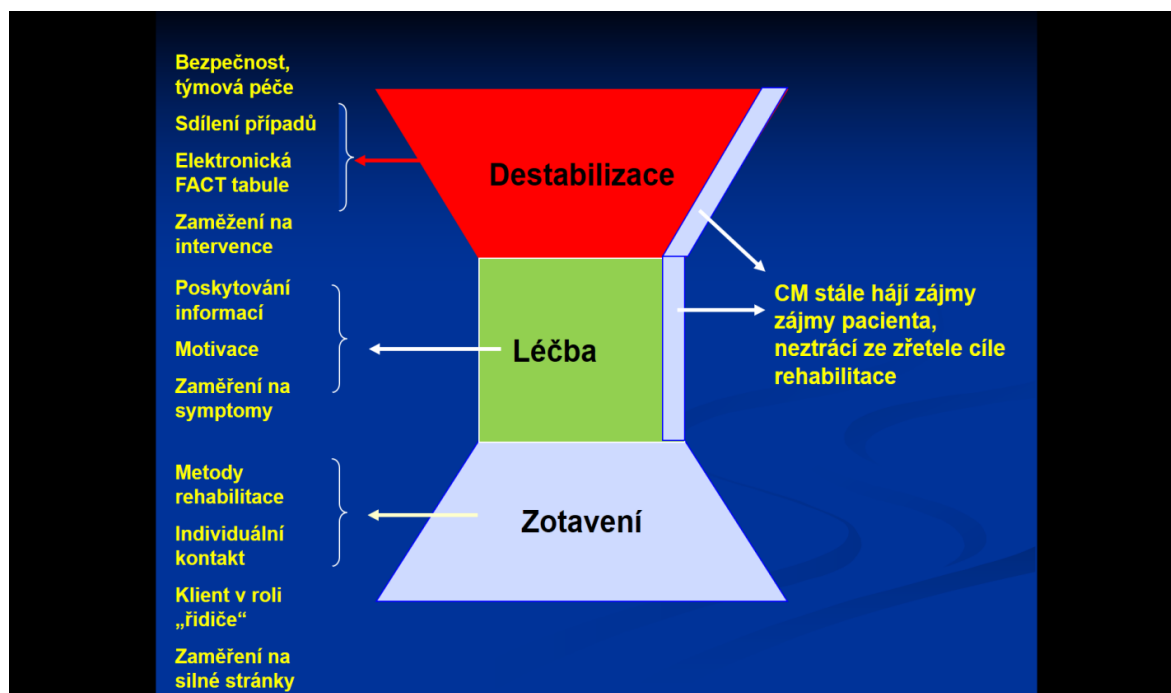
Zotavení je proces, který řídí sám klient. Tým ho pouze podporuje rehabilitací. V každém z těchto procesů zastává pracovník péče jinou roli:

Destabilizace vyžaduje zaměření na samotný problém, normativní přístup a soustředění na to, jaké kroky je třeba podniknout. Je nutná týmová práce, některé věci, které klient běžně dělá sám, za něj mohou v tomto období přechodně obstarávat pracovníci z týmu.

Proces léčby je zaměřen na spolupráci s klientem. Léčba by měla podpořit cíle, které si klient sám formuloval. Na základě sdíleného rozhodování se tým snaží s klientem dohodnout na tom, jaká léčba pro něj bude optimální. Někdy je léčba přímo nařízena (medikace, léčebná doporučení), jindy hledá pracovník nejvhodnější řešení společně s klientem (psychotherapie). Case manager zastává při léčbě podpůrnou a povzbuzující roli. Poskytuje klientovi informace a rady týkající se léčby anebo klienta motivuje, aby se zapojil do některého z léčebných programů, například do motivační skupiny pro klienty se závislostí.

V *procesu zotavení* podporuje klienta jeho case manager nebo jiný profesionál již individuálně a celý proces si řídí klient sám. Klíčový je přitom vztah důvěry mezi klientem a jeho case managerem.

Obrázek 3: Celý výše popsaný proces lze znázornit jako „přesýpací hodiny“:



¹⁶ Důležitou součástí přístupu v péči o lidi se SMI v Nizozemsku je koncept „Recovery“, který do nizozemštiny překládáme jako „Herstel“. Stejně je nazvaná i pacientská platforma, která v Nizozemsku působí. Ta se zaměřuje na podporu zplnomocňování a návratu k aktivnímu životu, ale také klientům pomáhá znovu nacházet smysl života i přesto, že symptomy nemoci a určitá zranitelnost u nich mohou přetrvávat. Jedná se o organizaci založenou na peer principu, v níž profesionálové nemají hlavní slovo. Ti mohou být klientům jen nápomocní v jejich vlastním procesu zotavení – často při skupinových aktivitách a za účasti peer specialistů.

4.3 Práce s modelem přesýpacích hodin

Z obrázku zachycujícího model přesýpacích hodin je patrné, jak se v průběhu jednotlivých fází mění role case managera (i dalších členů týmu). V levém sloupci je u každého z procesů uveden:

- cíl
- postup práce
- kdo proces řídí
- přístup pracovníka.

Podívejme se teď na jednotlivé aspekty podrobněji, se zaměřením na roli case managera:

Destabilizace vyžaduje přístup zaměřený na problém a řešení krize. Ten může zahrnovat dohled, konzultace, podporu anebo zajištění intenzivnější individuální péče. Může ale také znamenat přijetí dalších ochranných opatření, a pokud je to nutné (je-li situace nebezpečná), pak i použití nátlaku či donucovacích opatření. Klient je zapsán na FACT tabuli. Jeho case manager nyní pracuje jako člen týmu a koordinuje práci všech členů, kteří o klienta pečují. Pravidelně také aktualizuje klientovu dokumentaci a je v kontaktu se všemi klíčovými osobami z jeho okolí.

Ve fázi *léčby* je úkolem case managera poskytovat informace, motivovat klienta a zajistit mu skupinovou terapii například ve formě psychoedukace, nácviku dovedností podle Libermana atd. Case manager spolupracuje s psychiatrem či psychologem anebo s dalšími profesionály. Jako klientův klíčový pracovník vyhodnocuje společně s ním proces léčby. Vždy je třeba zvolit takovou léčbu, která je pro klienta v danou chvíli nejvhodnější. To vyžaduje správnou diagnostiku – tým musí vyhodnotit, jaký postup bude v danou chvíli nejúčinnější. Dalším krokem je pak vysvětlit zvolený postup klientovi a jeho rodině a motivovat klienta, aby na zvolenou léčbu přistoupil. Case manager může požádat psychologa nebo psychiatra, aby se s klientem sešel nebo aby společně zašli klienta navštívit u něj doma. Většinu léčby zajišťují profesionálové z týmu, takže předávání klienta mezi nimi je rychlejší a efektivnější.

V procesu *zotavení* je již role case managera individuálnější; vytváří podmínky napomáhající zotavení a celý proces aktivně sleduje. Case manager je přítomný a pozorný, zaměřuje se na zvyšování klientovy samostatnosti. Je to role kouče, průvodce či společníka na cestě. Při zotavení je klient tím, kdo řídí, a pracovník péče je pouze „spolujezdec“, který sedí vedle něj či za ním a sleduje, jak cesta ubíhá. Zde je velmi důležitý osobní vztah. Role profesionála jako „klinického experta“ se mění v roli partnera (Salyers et al. 2007). V případě potřeby je možné využít určité rehabilitační techniky a metody, které klientovi pomohou formulovat vlastní cíle a převzít odpovědnost sám za sebe. Užitečné nástroje a metody podpory nabízí i model silných stránek (Rapp a Goscha 1998). Přestože role case managera je individuální a představuje převážně vytváření vhodných podmínek, zkušenosti ukazují, že ve skutečnosti je do poskytování podpory klientovi zapojeno více členů týmu, například peer pracovník, specialista na zaměstnávání, psychiatr, který mu upravuje medikaci, atd.

Tento přístup, který označujeme jako péči orientovanou na zotavení, je jedním ze základních stavebních kamenů modelu FACT. Ta je důležitá nejen pro klienta samotného, ale i pro práci celého týmu. Vyuvažuje se tak někdy velice normativní a direktivní aspekt péče ve FACT modelu. V minulosti byl ve Spojených státech často kritizován příliš asertivní přístup ACT týmů, které ve svém přílišném entuziasmu a snaze o snižování počtu hospitalizací někdy ztrácely ze zřetele klientovy osobní cíle. Se zavedením modelu ACT orientovaného na zotavení došlo k obnovení jisté rovnováhy v tomto směru.

Střídání rolí – příklad

V 8:10, ještě před ranní poradou, která začíná v 9 hodin, jde case managerka Anja navštívit pana De Jagera. Ten žije sám a nedávno nastoupil jako dobrovolník do práce, kde musí být už v 9 hodin ráno. Je to pro něj poměrně náročné, proto požádal, aby mu někdo v prvních několika týdnech pomohl se zvykáním na pravidelný denní režim. Každý den jej proto ráno navštěvuje někdo z case managerů. Anja zkontroluje, že včas vstal, podá mu léky a připomene mu, aby si nezapomněl vzít krabičku s obědem. Pak odchází do kanceláře FACT týmu. Ten den má ještě další čtyři schůzky s klienty, které má na starost.

Na poradě členové týmu krátce proberou všechny klienty, kteří jsou zapsáni na FACT tabuli, aby všichni věděli, co je nového. Anja nemá k panu De Jagerovi nic konkrétního, ale specialista na zaměstnávání informuje ostatní o tom, že pan De Jager má velkou radost z toho, že se mu už daří zvládat nový denní režim. Tým přijal do péče novou klientku, paní Langerdamovou, která je také ihned zapsána na FACT tabuli. Je možné, že bude odmítat léčbu, a zatím není příliš jasné, jaké má konkrétní obtíže. Je dohodnuto, že ji v 11:30 navštíví Anja společně s psychiatrem, aby obhlédli situaci a zjistili, zda bude potřebovat medikaci. V 10 hodin má Anja schůzku s Merel, klientkou, která nedávno vyplňovala hodnotící dotazník MANSA (Manchester quality of life). Probírá s ní jednotlivé oblasti, kde je spokojená a kde ne. Hlavní otázkou pak je, ve kterých oblastech by Merel chtěla něco změnit. Jaké má ambice a přání? Hlavní věc, která Merel vadí, je, že má jen omezený okruh sociálních kontaktů, a uvažuje o tom, že by se přihlásila do kurzu „práce s vlastní zkušeností“.

V 11:30 už Anja stojí u domovních dveří paní Langerdamové. Přichází psychiatr. Anja zvoní a společně vcházejí dovnitř. Brzy vychází najevo, že se klientka ve skutečnosti nestaví k péči nijak odmítavě a již jednou léčbu absolvovala. Podporu vítá, jen si nepřeje být hospitalizována. Dohodnou se, že ji Anja bude v příštích několika týdnech navštěvovat, aby si o svých problémech mohla pohovořit, a že začne znovu užívat léky. Anja také zařídí, aby se s ní sešel psycholog a aby ji preventivně vyšetřil i praktický lékař.

Za jedno dopoledne tak Anja vystřídala několik rolí: organizační a poradenskou práci, diagnostiku a krizovou intervenci, motivaci klienta k souhlasu s léčbou a rozhovor o zotavení. To znamená, že celé dopoledne „přepínala“ mezi několika rolemi.

4.4 Právý sloupec v modelu přesýpacích hodin

Mnoho profesionálů péče má sklon přemýšlet úsekově: „nejdříve je třeba, aby se klient stabilizoval, teprve potom přijde na řadu rehabilitace“. Často bývají také zbytečně pesimističtí, pokud jde o zotavení a rehabilitaci. Od takových postojů se přístup orientovaný na zotavení snaží distancovat. I v krizi lze činit určité kroky směřující k zotavení.

Dalším problémem je, že v průběhu léčby anebo při snaze o stabilizaci klientova stavu si profesionálové často neuvědomují, anebo zapomínají, jaké jsou jeho cíle v souvislosti se zotavením – a někdy dokonce přehlížejí vše, čeho již klient v procesu svého zotavení dosáhl. Mohou tak snadno, třebaže s těmi nejlepšími úmysly, celý proces narušit.

Proto je v modelu přesýpacích hodin na pravé straně zelená lišta, která se táhne po celé délce od „zotavení“ nahoru k „léčbě“ a „destabilizaci“. Tato lišta připomíná, že i v průběhu léčby a v době, kdy je klientův stav destabilizovaný, je třeba nepouštět ze zřetele cíle zotavení; znamená to, že zotavení je přítomno ve všech fázích.

Příklad

Po mnoha epizodách psychózy a užívání návykových látek John se zcela přestal stýkat se svým otcem. Ten se stáhl, protože když byl John v psychotickém stavu, míval ve zvyku přicházet k němu domů, vyhrožovat mu a neustále od něj něco požadovat. Otec cítil velké zklamání, částečně i kvůli Johnově závislosti na drogách a s ní spojeným krádežím, a to i u něj doma.

V jednom ze svých klidnějších období, když John navázal kontakt s FACT týmem, si postupně začal uvědomovat, že by si přál se s otcem znovu setkat. Trvalo to dlouho a bylo potřeba postupovat velmi opatrně. Otec nechtěl zažít další hořké zklamání. Johnovi se však nakonec podařilo vztah s otcem obnovit; s pomocí svého case managera postupně znovu našel k otci cestu. Dokázali si spoustu věcí vyříkat. Nakonec John chodil každou středu pravidelně k otci na návštěvu.

Bohužel však u Johna došlo k relapsu a znovu se opakovaly stejné situace jako v minulosti. Zřejmě začal znovu brát i drogy. Na úterní poradě FACT týmu bylo jasně řečeno, že je třeba přijmout veškerá opatření pro to, aby byl otec uchráněn dalšího zklamání a nemusel znovu řešit stejné problémy jako v minulosti.

Po dohodě s Johnem byl otec informován a středeční odpolední návštěvy byly nejprve na čas zrušeny úplně a později obnoveny, ale za přítomnosti case managera. John souhlasil, neboť pochopil, že cílem tohoto opatření je ochránit po přechodnou dobu jeden z úspěchů, kterých dosáhl a o který nechtěl přijít.

Jednou z klíčových rolí case managera je zajistit, aby celý tým a všichni profesionálové, kteří s klientem pracují, nepouštěli ze zřetele proces klientova zotavení a vše, co je pro něj osobně důležité.

Kapitola 5: FACT model v praxi

5.1 Silné stránky, zotavení a rehabilitace

Je důležité, aby si FACT tým dokázal jasně zformulovat svou představu o klientových schopnostech a silných stránkách. Jsme si vědomi toho, že tento aspekt může mít v různých zemích, kde je FACT model aplikován, různý význam. Přesto si dovolíme uvést jen několik krátkých pasáží ze 4. kapitoly našeho nizozemského FACT manuálu, kde Van Weeghel podrobně probírá vztah mezi podporou zotavení a rehabilitací.

To, jak klíčový význam pro implementaci FACT modelu má zotavení a rehabilitace, ukazuje v Nizozemsku široce využívaný tzv. model silných stránek v case managementu (Rapp 1998). Hlavní principy modelu silných stránek jsou tyto:

- důraz na klientovy silné stránky namísto důrazu na jeho patologii
- podstatný je pracovní vztah mezi case managerem a klientem
- veškeré postupy jsou orientovány na vlastní sebeurčení klienta
- komunita by měla být zdrojem podpory a ne překážkou
- kontakt s klienty probíhá v komunitě, ne v zařízení péče o duševní zdraví (mental health centre)
- lidé s duševní poruchou se mohou učit, růst a měnit se.

Metoda silných stránek není tak detailně propracovaná jako některé jiné rehabilitační přístupy. Je pragmatictější, proto jde lépe dohromady s dynamikou práce ACT nebo FACT týmu.

Kromě modelu silných stránek je v Nizozemsku stále rozšířenější péče orientovaná na zotavení. Její charakteristické rysy jsou výstižně shrnuty například v Dröes (2008):

Profesionálové v oblasti péče orientované na zotavení:

- jsou pozorně přítomní
- svůj profesionální referenční rámec využívají s rozvahou
- na pocity a emoce reagují osobně
- dávají klientovi prostor pro vlastní sebevyjádření, podporují ho a jsou s ním ve shodě
- uznávají a povzbuzují klientovy silné stránky, jak individuálně, tak ve skupině (zplnomocňování)
- uznávají, využívají a povzbuzují klientovu odbornost pramenící ze zkušenosti
- uznávají, využívají a povzbuzují podporu, které se klientovi dostává od jiných pro něj důležitých lidí
- zaměřují se na zmírnění klientových obtíží a podporují jej v samostatnosti a převzetí kontroly nad vlastním životem.

Uvádí se zde také, že profesionálům péče se často nedaří vidět klientovy silné stránky. Je tedy třeba je aktivně vyhledávat. Zplnomocnění klientů vychází z toho, že si budují vlastní způsob sebevyjádření, využívají vlastní zkušenost a získávají větší kontrolu nad svým životem. Důležitou roli při tom hraje podpora z okolí, ale i léčba, pokud je přiměřená a není dominantní. Pokud člověk příliš trpí, jeho zotavení postupuje pomalu. Proto by se profesionálové ve své práci měli vždy zaměřit na to, aby klientovy obtíže pokud možno zmírnili.

Vedle hledání silných stránek a podpory zotavení se FACT model soustředí i na podporu klientovy rehabilitace. Rehabilitace zahrnuje široké spektrum principů a praktik, které mají usnadnit funkční zotavení a sociální začleňování či inkluzi lidí s duševními poruchami.

Hlavními oblastmi, v nichž se rehabilitace uplatňuje, jsou bydlení, zaměstnání, vzdělávání a sociální kontakty. Pomocí rehabilitačních postupů i dalších forem péče lze významnou měrou přispět ke klientovu zotavení.

Existuje několik světově uznávaných přístupů, z nichž většinu lze s úspěchem aplikovat i v rámci modelu FACT. Ukazuje to i přehled hlavních trendů v rehabilitaci, jak je shrnuli Drake et al. (2003):

- veškeré léčebné postupy mají být zaměřeny na zplnomocňování klientů
- klienti by se měli učit dovednostem nutným pro každodenní život ve společnosti
- pro každou sociální roli či prostředí je třeba se učit specifickým dovednostem, protože málokterá dovednost je univerzální pro různé oblasti života
- profesionálové by měli nejen učit klienta dovednostem, ale také dokázat mobilizovat podporu v jeho okolí
- je lepší umístit klienta co nejdříve do prostředí, které si přeje, než jej na návrat dlouze a postupně připravovat
- optimální je zahrnout rehabilitaci do léčby a do kontextu další péče
- rehabilitace znamená také boj proti stigmatizaci a změnu legislativy.

Z výše uvedeného plyne, že základem všeho je přítomnost v klientově „skutečném“ prostředí. To dokonale zapadá i do modelu FACT, kde lze efektivně uplatnit širokou škálu rehabilitačních metod a FACT tým by tak měl zaměstnávat několik specialistů na rehabilitaci.

5.2 Práce na inkluzi: budování systémů komunitní podpory (community support systems)

Dalším klíčovým úkolem FACT modelu je pomoc při budování systémů komunitní podpory. Tento koncept k nám přišel ze Spojených států. V Nizozemsku to znamená, že různé služby i jednotlivci by měli spolupracovat s klienty i mezi sebou navzájem tak, aby byla zajištěna potřebná sociální podpora. Prakticky pro každou oblast života zde existují organizace, skupiny i jednotlivci, kteří jsou schopni poskytovat podporu a pomáhat se sociálním začleňováním lidí s duševním onemocněním. Tento potenciál však často zůstává nevyužitý, protože systém podpory je neorganizovaný, nekonzistentní a málo dostupný. Je důležité, aby tým dokázal rozpoznat možnosti a využít je ve prospěch klienta. Proto také FACT týmy spolupracují s nejrůznějšími komunitními a sociálními službami, každý case manager je kontaktní osobou, na niž se mohou ostatní služby obracet. To znamená, že tým může navrhnout, jak konkrétně vybudovat systém podpory pro každého ze svých klientů. Týmy, které aktivně pracují na inkluzi, mohou u každého klienta určit, které služby a které osoby patří do jeho individuálního systému komunitní podpory.

V poslední době se v Nizozemsku rozvinula debata o tom, jak by FACT týmy měly vycházet s nejrůznějšími sociálními institucemi zřizovanými obecní samosprávou. Někteří se vyslovovali pro velmi úzkou spolupráci, či dokonce „sloučení“ s nimi. S tím ovšem autoři tohoto textu nesouhlasí. Podle našeho názoru by FACT tým měl být otevřený spolupráci s jinými týmy a poskytovateli služeb, ale měl by jim také umět vysvětlit, že zajišťuje specializovanou *léčbu* specifické cílové skupině (SMI). To, že pracujeme v komunitě a docházíme za klienty domů, neznámá, že jsme institucí domácí péče nebo sociální službou. Kdyby se FACT týmy měly sloučit s jinými službami, mohlo by se stát, že se postupně vytratí jejich specifická odbornost zaměřená na dlouhodobě vážně duševně nemocné, a mohla by být ohrožena velice důležitá vazba na ostatní služby péče o duševní zdraví (a na psychiatrické nemocnice).

5.3 Postupy v souladu s metodikou

V předchozích kapitolách jsme se již zmínili o nizozemské multidisciplinární metodice pro léčbu schizofrenie. Tato metodika (aktualizovaná v roce 2012) je v Nizozemsku široce využívána a uznávána.

Jsou v ní zahrnuty mimo jiné:

- psychoedukace (klientů, rodinných příslušníků a dalších přímo zapojených osob)
- řízení medikace
- psychologické intervence (KBT)
- práce s rodinou

- integrovaná léčba duálních poruch (IDDT)
- podporované zaměstnávání (model IPS)

Nebudeme zde podrobně popisovat všechny výše uvedené postupy, neboť to není předmětem tohoto manuálu. Důležité však je, že tým, který je multidisciplinární, je dokáže klientovi všechny zajistit.

V tomto ohledu bývají někdy FACT týmy přirovnávány k vánočnímu stromečku: multidisciplinární tým, který dokáže flexibilně přecházet z režimu intenzivnější péče do režimu méně intenzivní péče, je stromeček, ozdobami jsou pak jednotlivé postupy a praktiky s ověřenou účinností (evidence-based practices – EBP).

Relativní význam jednotlivých postupů je pochopitelně v každé zemi poněkud odlišný. Při zakládání FACT týmů by však profesionálové měli brát v úvahu, co je v dané zemi považováno za aktuálně nejvyspělejší praxi, a tyto postupy do činnosti FACT týmů implementovat.

5.4 Integrovaná léčba klientů s duální diagnózou

Nejčastějším doprovodným jevem dlouhodobých vážných duševních onemocnění je chronické zneužívání alkoholu a jiných návykových látek. Tento problém se vyskytuje v průměru u 50–70 % klientů, které mají v péči FACT týmy. Adiktologická léčba má pro klienty s duální diagnózou jen malý přínos a psychiatrická léčba často selhává právě z důvodu závislosti. Je proto důležité, aby léčba byla integrovaná, tedy aby ji poskytoval tým specializovaný na obě poruchy současně. Model FACT pracuje na principech integrované léčby duálních diagnóz (IDDT) (Drake et al 2001). Důkladně proškolení v této oblasti by měli být nejméně dva pracovníci týmu, kteří pak mohou pomáhat zvládat tyto situace i ostatním kolegům. Ústřední myšlenkou tohoto modelu je, že profesionál musí vždy dokázat rozpoznat, v jaké fázi se pacient aktuálně nachází – zda jde o užívání, zneužívání návykových látek, či již o závislost. Veškeré zvolené postupy musí do tohoto modelu zapadat a pracovníci musí neustále hledat takové kroky, které budou pro klienta přijatelné. Tento přístup je integrován mezi ostatní aspekty psychiatrické léčby klienta. Nejčastěji používanou technikou jsou v tomto směru motivační rozhovory.

Je důležité, aby se FACT tým dokázal dohodnout s psychiatrickou nemocnicí na společné vizi a přístupu k problémům se závislostí v souladu s metodikou IDDT. Může být například přínosné, pokud je klient s duální problematikou krátkodobě hospitalizován a po propuštění nadále využívá podporu ambulantní formou. V pohledu na tyto hospitalizace by se nemocnice a FACT tým měly shodnout.

K zajímavému výsledku dospěl výzkum provedený v Limburgu (Drukker 2011). Šlo o studii FACT týmů, které dosud nezaměstnávaly odborníka na závislosti. Ukázalo se, že pacienti FACT týmů sice častěji dosahují remise, avšak že tento trend *neplatí* v případě klientů s duální diagnózou. Stručně řečeno, pokud nebyla do práce FACT týmu integrována adiktologická léčba, měli tito klienti menší šance na zlepšení.

5.5 Zaměstnání: Individual Placement and Support

Donedávna se předpokládalo, že klienti ACT a FACT týmů nejsou schopni vykonávat placené zaměstnání a na trhu práce nemají vůbec šanci se uplatnit. Výzkum provedený jak ve Spojených státech, tak v Nizozemsku však ukázal, že mají-li k dispozici poradce v oblasti zaměstnávání, dosahují v tomto směru mnohem lepších výsledků, a to i ti klienti, kteří zpočátku nejevili o práci zájem vůbec. Nejúspěšnějším modelem pracovní rehabilitace pro lidi dlouhodobě vážně duševně nemocné je Individual Placement and Support (IPS) (Bond et al. 1997). Ten se řídí několika hlavními zásadami: cílem je získání placeného zaměstnání, s hledáním práce je třeba začít co nejdříve, podpora klienta v oblasti zaměstnání by měla být dlouhodobá, pracovní poradenství má být běžnou součástí služeb péče o duševní zdraví. Integrace této i dalších forem pomoci do práce FACT týmů je přínosná v tom, že klienti jsou podchyceni dříve, zlepšuje se koordinace podpory, rychleji se dostávají výsledky a klienti mohou při hledání zaměstnání využívat zkušenosti profesionálů.

Model IPS se v Nizozemsku tak rychle rozšířil mimo jiné i proto, že zajištění poradenství v oblasti zaměstnávání, a zejména pak služeb IPS, bylo zařazeno mezi kritéria pro přiblížení se FACT modelu. To je také jeden z důvodů, proč FACT týmy v Nizozemsku stále častěji zaměstnávají IPS pracovníka jako stálého člena týmu. A v týmech, kde již takový člen pracuje, hodnotí tuto spolupráci vesměs velmi kladně. Zajímavá studie provedená v západním Frísku ukázala, o kolik více jsou klienti spokojeni se svou situací, pokud mají placené zaměstnání (ve srovnání s dobrovolnickou prací či nezaměstnaností).

5.6 Fyzické zdraví

Je všeobecně známým faktem, že tělesné kondici dlouhodobě vážně duševně nemocných lidí je třeba věnovat zvýšenou péči. Vzhledem k jejich onemocnění a životním podmínkám, ale i k užívání psychofarmak se většinou dožívají nižšího věku než ostatní populace (Tiihonen et al. 2009). Podle nizozemské multidisciplinární metodiky pro léčbu schizofrenie (Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie Nederland 2007/2012) a metodik, které vznikly v dalších zemích, patří k řádné péči o lidi s duševním onemocněním i odpovídající léčba fyzických obtíží a aktivity, jako je například stimulační cvičení. Na tyto aspekty je kladen důraz i v zařízeních lůžkové péče. Platí to i o FACT týmech, je však třeba pečlivě rozlišovat, které aktivity jsou součástí služeb poskytovaných FACT týmem, a které již spadají do kompetence klientova praktického lékaře. V Nizozemsku jsou služby praktických lékařů dostupné pro všechny. FACT tým přenechává převážnou část zdravotní péče o klienta jeho praktikovi. V mnoha případech však současně sám zajišťuje některá lékařská vyšetření v souvislosti s předepisovanou medikací nebo například z důvodu prevence metabolického syndromu, vše ale probíhá ve spolupráci s praktickým lékařem.

V tomto směru je důležité, aby tým klienta neustále monitoroval, velký kus práce zde odvádí zejména case manager – sestra a psychiatr. Dlouhodobě vážně duševně nemocní pacienti někdy mají tendenci podceňovat tělesné obtíže a zanedbávat je. Pokud členové týmu něco takového zpozorují, měli by si o tom promluvit jak se samotným klientem, tak případně i s jeho rodinou, a snažit se jej přesvědčit, aby navštívil praktického lékaře. Lékař většinou ocení, když klienta doprovodí někdo z FACT týmu, například i proto, že s sebou přinese přesné informace o psychiatrické medikaci. V případě, že je klient hospitalizován, je rovněž důležité, aby členové týmu do nemocnice pravidelně docházeli, neboť tak mohou nemocničnímu personálu poskytnout důležité informace a konzultace.

Dalším aspektem je zdravý stravovací režim. Je důležité klienty podpořit v tom, aby zbytečně nepřibírali na váze. V některých případech se do procesu léčby zapojuje i dietní sestra. Všechny tyto postupy se řídí tím, jaká je v dané zemi požadovaná a dosahovaná úroveň poskytování služeb.

Vzhledem k tomu, že FACT tým nemůže nést odpovědnost za zajištění veškeré zdravotní péče, kterou by klient potřeboval, musí dokázat vyhodnotit, zda péče a léčba, jaké se klientům dostává od praktických lékařů či jiných zdravotních služeb, odpovídá standardům zdravotní péče pro běžnou populaci. Pokud jsou zjištěny určité nedostatky, je třeba v systému zdravotní péče hledat jiná řešení.

5.7 Nátlak a donucovací prostředky

V některých zemích jsou nátlak a donucovací prostředky regulovány zákonem. V Austrálii je často využívána nařízená komunitní léčba, tedy soudní příkaz, aby člověk s duševním onemocněním podstoupil léčbu, která není podmíněna hospitalizací na lůžkovém oddělení. Mnohé země však takovýto nástroj nemají. Nizozemsko je aktuálně ve fázi přechodu na model tohoto typu.

Není cílem tohoto textu porovnávat výhody a nevýhody podobných systémů. Je však třeba zdůraznit, že FACT týmy nemohou tyto problematické otázky přehlížet nebo se jim vyhýbat a že si – v závislosti na legislativě dané země – budou muset vytvořit určité postupy, jak s nátlakem a donucovacími prostředky nakládat. Skutečnost, že FACT tým chce svým klientům pomáhat fungovat ve společnosti, také znamená,

že je částečně odpovědný i za bezpečnost klienta samotného i dalších lidí v jeho okolí. Navíc nelze očekávat, že společnost bude vstřícná a otevřená k někomu, kdo se chová výrazně problematičtěji a ohrožuje okolí.

Jak jsme již řekli, všechny týmy většinou používají tzv. přístup odstupňované péče; nejprve se snaží klientovo chování usměrnit přesvědčováním, tzv. „po dobrém“. Když to nepomáhá, přejdou k nátlaku a nakonec (po vydání soudního příkazu) k použití donucovacích prostředků. Je důležité, aby měl FACT tým představu o tom, jaké donucovací prostředky v konkrétním případě použít. Nátlak může vypadat jako méně násilná forma než použití donucovacích prostředků, ale může hluboce narušit, někdy dokonce natrvalo zničit vztah mezi členy týmu a klientem. Když na klienta vyvíjíme nátlak, ještě pořád mu dáváme „na výběr“, ale také mu dáváme jasně najevo, že pokud bude nadále pokračovat ve svém nežádoucím chování, přijdou závažnější důsledky. Můžeme zmínit například hrozbu soudního vystěhování nebo ztrátu určitých výhod v případě, že klient bude denně rušit noční klid či obtěžovat sousedy, protože odmítá brát předepsané léky. Pohrozí-li tým klientovi v rámci nátlaku soudním vystěhováním, implikuje tím potenciálně velmi nežádoucí situaci bezdomovectví, která by léčbu ještě ztížila. Proto, pokud taková situace nastane, je často lepší obrátit se přímo na úřady – na policii nebo soud.

V Nizozemsku již nějakou dobu fungují forenzní FACT týmy, tedy týmy zaměřené na léčbu klientů – často dlouhodobě vážně duševně nemocných, kteří se nějakým způsobem dostali do konfliktu se zákonem, případně jim byl uložen podmíněný trest. Na tyto týmy, specializované na vyhodnocování a zvládání rizik, se často obracejí běžné komunitní FACT týmy v případech, kdy předpokládají vysoké riziko, například se domnívají, že jejich klient by mohl být „vlk samotář“.

K členům FACT týmu, kteří obvykle vykonávají úkony spojené s restrikcí (například kontrolují, zda klient plní podmínky uložené soudem) a komunikují i s policií, patří zejména psychiatr, komunitní psychiatrická sestra, case manager a někdy i sociální pracovník. Pro tým je však důležité, aby se na spolupráci v tomto směru podíleli i ostatní členové, například psycholog či peer pracovník, každý ze svého úhlu pohledu. K donucovacím prostředkům a nátlaku musí mít tým jednotný přístup. V některých případech se osvědčilo, když různí členové jednoho týmu vystupují v práci s klientem v různých rolích; psychiatr a sestra bývají většinou „ti zlí“, protože oznamují určité skutečnosti soudu a podávají nařizenou medikaci. Další členové týmu (jako je peer pracovník nebo psycholog) se pak mohou snažit udržet s klientem o něco pozitivnější vztah tak, aby ne všechna komunikace byla charakterizována pouze nátlakem a donucením. Nadějnou novinkou z poslední doby je tzv. „rodinné skupinové setkávání“, které může pomoci předcházet používání nátlaku a donucovacích prostředků. Jedná se o nový přístup zaměřený na to, aby klienty ke změně chování dokázali motivovat přímo jejich blízcí.

5.8 Ukončení péče v modelu FACT

Omezení, která mají lidé ze skupiny SMI, jsou často dlouhodobá a někdy chronická. Pro průběh takového onemocnění je charakteristické kolísavé zlepšování stavu, remise, relaps či návrat psychózy a následné opětovné zlepšení a návrat na cestu k zotavení. Střídají se lepší a horší období. Někteří dlouhodobě vážně duševně nemocní se však dokáží zotavit a dosáhnout trvalé remise. Symptomatická remise znamená, že vymizí symptomy; funkční remise znamená, že selepší klientovo sociální fungování. Všeobecně se má za to, že pokud je klient bez symptomů po dobu tří měsíců, nachází se v symptomatické remisi. V tu chvíli se nabízí otázka, zda je možné péči v rámci modelu FACT ukončit.

Hlavním kritériem při rozhodování o ukončení spolupráce je to, co si přeje sám klient – tedy zda si přeje žít „běžný“ život, bez zásahů odborníků či dalšího vedení. Profesionálové péče jeho přání většinou vyhoví, ale musí vzít i tak v úvahu některá další kritéria, která je třeba v týmu i s klientem samotným ještě prodiskutovat.

V modelu FACT platí pravidlo, že klient musí nejméně po dobu dvou posledních let splňovat následující podmínky:

- a) delší intervaly mezi kontakty s pracovníky týmu, méně než 1–2x za 1–2 měsíce (tedy ne více než 10–12 kontaktů za rok), kontakty nebyly zaměřené na změnu
- b) žádná složitá medikace; klient musí zodpovědně dodržovat podmínky předepsané medikace (užívání, rozbory krve apod.), jeho praktický lékař musí být dostatečně motivovaný a zkušený na to, aby dokázal převzít odpovědnost za jeho vedení; oba tyto faktory musí posoudit klientův klíčový pracovník
- c) dostatečná podpůrná síť klienta, posoudí multidisciplinární tým
- d) nějaká forma práce nebo denních aktivit, posoudí multidisciplinární tým
- e) samostatné bydlení¹⁷
- f) přiměřeně vyřešená finanční situace (možno i prostřednictvím opatrovníka).

Kromě výše uvedených kritérií je důležité se před předáním klienta do primární péče ujistit o tom, že:

- je to skutečně to, co si klient přeje; klient věří v proces vlastního zotavení
- klient je schopen přijmout radu či doporučení
- klient dokáže v případě potřeby požádat o pomoc
- pracovník v primární péči (praktický lékař, psycholog primární péče, sestra) je ochoten klienta monitorovat.

Výše zmíněná dohoda obsahuje doporučení, že na osoby v remisi by mělo i tak být pohlíženo jako na pacienty s dlouhodobým vážným duševním onemocněním a měli by ještě nějakou dobu (3–5 let) zůstat v péči odborníků.

Podmínky, které jsme zde uvedli, jsou poměrně přísné. Má to tři důvody:

- Za prvé, rozhodli jsme se tak na základě zhodnocení zkušeností ze Spojených států, kde byli pacienti předáváni z péče ACT týmů do méně intenzivních forem péče příliš brzy. Podle našich zkušeností to zvyšuje riziko relapsu a vypadnutí ze systému.
- Za druhé, jsme si vědomi omezených možností praktických lékařů v Nizozemsku. Ti jsou sice ochotni převzít od FACT týmu odpovědnost za monitorování pacientovy medikace a zdravotního stavu. Mohou jim v tom pomoci i sestry, které pracují individuálně. Praktičtí lékaři však nemají ani dostatečnou kapacitu, ani potřebné zkušenosti pro to, aby mohli uplatňovat širší biopsychosociální přístup. Praktický lékař má jiné kompetence než sledovat proces zotavení či pomáhat s pacientovým začleňováním do společnosti.
- Za třetí, pokud tým s klientem neztratí kontakt a čas od času na něj někdo z FACT týmu dohlédne, má to určité pozitivní aspekty. Je však třeba zachovat všechny výše zmíněné výhody a tato péče se samozřejmě nesmí změnit v „ambulantní hospitalizaci“.

Praktičtí lékaři oceňují i to, že FACT tým nabízí i po ukončení péče tzv. „garanci návratu“. Pokud pacient vykazuje jakékoli známky relapsu či z jakéhokoli důvodu vyžaduje intenzivnější péči, může se okamžitě vrátit k FACT týmu a získat tak opět intenzivní týmovou podporu.

Posledním důvodem, proč jsme stanovili tak přísná kritéria, je předcházení tomu, aby týmy využívaly přesun klientů do systému primární péče jako „zadní vrátka“ v těch případech, kdy si již s klientem nevědí rady. V minulosti jsme takové případy pozorovali u nově vzniklých FACT týmů, které měly tendenci se chovat jako spousta jiných poskytovatelů služeb: pokud ti to u nás nevyhovuje, můžeme se rozloučit. Takový přístup není správný, zvláště u pacientů s dlouhodobým vážným duševním onemocněním.

Někdy se stává, že si klient přeje ukončit spolupráci s FACT týmem i v případě, že výše uvedená kritéria nejsou splněna. Je-li tým přesvědčen, že to není dobrý nápad, a obává-li se možného relapsu či zanedbání,

¹⁷ To znamená, že lidé žijící na lůžkových odděleních, v chráněném bydlení či v podobných typech zařízení s největší pravděpodobností z péče komunitního týmu propuštění nebudou. Pokud je klientův handicap natolik velký, že nemůže žít samostatně, pak bude vždy potřeba další léčba a podpora při zotavení.

musí si s klientem a jeho rodinou promluvit. V případě, že se jim nepodaří najít společnou řeč, jsou zde dvě možnosti. Pokud ukončení péče nepovede k aktuálnímu ohrožení či riziku vážné újmy, budeme klientovo přání respektovat. Můžeme navrhnout plán, jak péči krok za krokem postupně omezit, anebo se dohodnout na „propuštění na zkoušku“. Při jeho přípravě je nutná konzultace s praktickým lékařem či jinou osobou z klientova okolí, která jej bude monitorovat. FACT tým může jako pojistku nabídnout dohodu, v níž se zaváže, že pokud o to klient požádá, přijme jej zpět do péče. Někdy je klient ochoten dohodnout se na následném setkávání po třech, šesti a dvanácti měsících, abychom mohli společně vyhodnotit, jak je s vývojem své situace spokojen. V takovém případě tým respektuje klientovo přání a snaží se vyhnout konfliktu, který by mohl později zkomplikovat případný klientův návrat.

V případě, že není možné se s klientem dohodnout a tým má vážné obavy z ukončení spolupráce, přechází se na určitou formu asertivní péče. Ta je zaměřena v první řadě na to, aby tým zůstal s klientem v kontaktu (na dálku), aby mu byl stále k dispozici (přítomnost), a také na vyhodnocování rizik. Pokud hrozí relaps, zanedbání péče o sebe, obtěžování okolí či jiná rizika, tým zasáhne a poskytne aktivní terénní péči (outreach). V případě vzniku závažného nebezpečí přichází na řadu nátlak a donucovací prostředky.

Kapitola 6: Profese zastoupené ve FACT modelu

Nizozemská verze FACT manuálu obsahuje podrobný popis rolí jednotlivých profesí. My zde nabídneme jen obecný nástin každé z nich.

6.1 Peer pracovník

Nejprve probereme roli peer pracovníka, neboť FACT model a práce s vlastní zkušeností spolu úzce souvisejí. První pozice peer pracovníků byly v nizozemských FACT týmech vytvořeny v roce 2005.

Peer pracovníci byli do FACT modelu zařazeni na základě zkušeností z modelu ACT (a také dřívějších modelů léčby závislostí ve Spojených státech). Dnes již máme v Nizozemsku k dispozici velké množství odborné literatury a několik vzdělávacích programů zaměřených na práci s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Důležitým rysem tohoto přístupu je naděje, kterou peer pracovníci představují: jsou živým důkazem toho, že zotavení je možné. Navíc využívají vlastní zkušenost s nemocí a službami k tomu, aby podpořili proces zotavení dalších klientů.

Peer pracovníci aktivně vyhledávají klienty a udržují s nimi kontakt. Poskytují jim informace o zotavení a rehabilitaci, o právech klientů a dělí se s nimi o znalosti založené na zkušenosti (své vlastní i jiných peer pracovníků) v oblasti procesu zotavení a forem léčby a péče. Peer pracovníci pracují nejrůznějšími způsoby, individuálně i skupinově, například ve formě WRAP skupin (Cook et al. 2012), to vše s cílem podpořit zotavení a zplnomocnění klientů. Mohou napomáhat sdílenému rozhodování a podílet se na motivačních rozhovorech. Promlouvají ke klientovi z pozice různých životních zkušeností. Mohou se s ním setkávat u něj doma nebo kdekoli, kde klient přebývá. Například u klientů bez domova funguje lépe, pokud první kontakt iniciuje peer pracovník než profesionál-zdravotník. Peer pracovník může začít tím, že klientovi pomůže zařídit administrativní věci anebo třeba uklidit byt.

Kromě přímé práce s klientem má peer pracovník v týmu ještě další specifické role. Na poradách například ostatním pomáhá přiblížit některé problémy z úhlu pohledu klienta, umí lépe posoudit, zda bude navržená léčba pro klienta přijatelná, může se ptát ostatních členů týmu, proč například trvají na něčem, co klient nebude vůbec považovat za důležité, apod. To jej staví do zvláštní a někdy trochu izolované pozice vůči ostatním v týmu. I proto v současnosti probíhá diskuze o tom, zda by bylo možné navýšit aktuální standardní požadavek na úvazek peer pracovníka ve FACT týmu (jak je formulován v hodnotící škále FACT) z 0,6 úvazku na 1,2 úvazku na tým. Pak by v každém týmu pracovali dva peer pracovníci, kteří by si tak mohli být vzájemně oporou.

6.2 Zdravotní sestry

Práce sestry je ve FACT modelu nejdůležitější disciplínou. V Nizozemsku mají sestry v psychiatrické péči o dlouhodobě vážně duševně nemocné tradičně významné postavení, zejména proto, že tato péče byla donedávna zajišťována převážně na lůžkových odděleních, ale i proto, že mnoho sester prošlo i výcvikem zaměřeným na rehabilitační techniky a podporu pacientů v komunitě. Proto v Nizozemsku psychiatrické sestry zaujímají ve FACT týmech stejnou pozici, jakou mají v amerických ACT týmech sociální pracovníci. Sestra pracuje v těchto amerických ACT týmech často jen jedna, a ta má většinou na starost jen podávání léků a čistě zdravotnickou péči.

Kromě psychiatrických sester máme v Nizozemsku i specializované komunitní psychiatrické sestry a v posledních několika letech také odborné psychiatrické sestry s vyšším vzděláním. Jejich vzdělání jim umožňuje nejen samostatnou péči o pacienty (a v budoucnu také provádění zdravotních prohlídek a předepisování léků), ale i řízení a koučování týmů, zavádění inovací do služeb, implementaci nových technik, vedení výzkumů či výuku. Počet týmů zaměstnávajících tyto odborné psychiatrické sestry (někdy i na částečný úvazek) stále roste a zkušenosti jsou velmi pozitivní.

Pokud však tým zaměstnává příliš mnoho specialistů, může to s sebou nést také určitá rizika. Pokud vedle psychiatra, psychologa a IPS pracovníka tým zaměstnává na plný úvazek ještě odbornou sestru, může se stát, že nezbyvá dost úvazků pro „obyčejné“ case managery – a právě ti jsou ve FACT modelu, kde se vše točí okolo rychlého a flexibilního fungování, nejvíce potřební. Case manageri musí sledovat jak dlouhodobý proces léčby, tak okamžitou intenzivní péči v režimu sdílení klientů (model přesýpacích hodin). Musí být schopni flexibilně plnit úkoly v procesu podpory zotavení, v procesu léčby a motivace k ní, ale i tehdy, když je pacient destabilizovaný; musí klienty podporovat, dávat jim řád, hledat cesty k uklidnění situace, motivovat je k tomu, aby nabízenou pomoc a případnou medikaci přijali, atd. Sestry také mohou poskytovat informace o lécích, o tom, jak zvládat jejich nežádoucí účinky, či motivovat klienta ke zdravějšímu životnímu stylu.

V roli case managera je sestra odpovědná také za koordinaci sociální péče – hledání řešení v oblasti práce, bydlení, financí a celkové životní pohody klienta. Společně s klientem a jeho rodinou vyhodnocuje plán léčby na základě pravidelného monitorování výsledků (ROM), nejméně jedenkrát ročně. Návrh plánu léčby, který case manager společně s klientem vytvoří, je pak posuzován v širším okruhu multidisciplinárního týmu, který může před jeho definitivním schválením ještě navrhnout další úpravy a zpřesnění.

Úkoly a kompetence sester jsou tedy poměrně široké. V souvislosti se zakládáním FACT týmů vznikl také speciální vzdělávací kurz, který v rámci deseti půldenních setkání připravuje klinické sestry na práci v modelu FACT.

6.3 Psychiatr

V nizozemském FACT modelu je klíčovou postavou týmu psychiatr. Není tomu tak všude, jsou země, kde se psychiatrova role v ambulantní péči omezuje téměř výhradně na předepisování léků. V některých týmech v Austrálii se například na psychiatra obracejí jen za účelem konzultací. V rámci FACT modelu je takový přístup něčím nemyslitelným. V Nizozemsku psychiatr jménem celého týmu podepisuje plán léčby každého klienta. Nese odpovědnost za jeho obsah a může být orgány externího dohledu vyzván, aby se zodpovídal za implementaci plánu. Psychiatr nevykonává jen čistě lékařské úkony (medikace, psychoedukace), ale rozhoduje i o postupech celého týmu, společně s psychologem, komunitní psychiatrickou sestrou či odbornou psychiatrickou sestrou a s case managery. Role psychiatra je jak strategická (rozhodování o dlouhodobé strategii léčby), tak operativní (co bude tým dělat právě dnes).

Psychiatr, společně s komunitní psychiatrickou sestrou, je často tím hlavním, kdo zasahuje v situaci, kdy dojde k destabilizaci klienta (model přesýpacích hodin), a při řešení krizových stavů. Je to částečně proto, že podávání léků v mimořádných případech, vyhodnocování rizik a žádosti o nouzovou hospitalizaci v Nizozemsku většinou zajišťuje právě psychiatr. V případě krize to znamená, že psychiatr doprovází klientova case managera na návštěvu klienta u něj doma. Význam role psychiatra umocňuje i to, že veškerá nedobrovolná léčba a monitoring (ze soudního příkazu) mohou být vykonávány pouze, pokud za ně odpovídá psychiatr.

Psychiatři v Nizozemsku jsou vyškoleni pro práci podle biopsychosociálního modelu. Týmový psychiatr tak zvládá všechny tři aspekty a může být pro tým přínosem po všech stránkách. Další věc je, že nizozemští psychiatři jsou vzděláváni v duchu toho, že v týmu budou zastávat roli „hrajícího kapitána“. Na základě toho pak pracují s vedoucím týmu na zlepšení týmové práce a koordinaci všech disciplín.

Nikdy to však nemusí platit zcela jednoznačně, jeden psychiatr se může zaměřovat více na individuální péči o pacienty, jiný zase velmi aktivně přispívá k formování celého týmu; platí však, že role psychiatra je ve FACT modelu stěžejní, zvláště ve srovnání se systémy v jiných zemích.

Tak tomu ovšem v léčbě dlouhodobě vážně duševně nemocných nebylo vždy. Zdá se spíše, že model FACT přivedl psychiatry zpátky k přímé práci s nemocným, zatímco na konci dvacátého století si psychiatr od pacientů ze skupiny SMI udržoval značný odstup. V rámci Nizozemské psychiatrické asociace působí oddělení pro SMI, které pracuje na tvorbě nových modelů práce s FACT. Nizozemský FACT manuál je dnes povinnou součástí vzdělávacího programu pro psychiatry. Úkoly a kompetence psychiatra ve FACT týmu jsou v něm formulovány na základě modelu přesýpacích hodin takto:

- V případě destabilizace pacienta rozhoduje o akutní medikaci, vyhodnocuje rizika (sebevražda), konzultuje s rodinou klienta, případně rozhoduje o hospitalizaci či použití donucovacích prostředků a diagnostickém hodnocení.
- V procesu léčby je psychiatr odpovědný především za oblast psychofarmakologie (například ambulantní předepsání klozapinu, včasné rozpoznání metabolického syndromu) a užívání návykových látek, pomáhá motivovat klienta ke spolupráci, někdy také hovoří s jeho rodinou anebo rozhoduje o tom, zda je nutná nařízená léčba.
- V rámci procesu zotavení je úkolem psychiatra především pomáhat klientovi udržet si vyrovnaný duševní stav, s respektem k jeho vlastním cílům.

Psychiatři v Nizozemsku mohou čerpat z bohaté tradice, kterou zde má sociální psychiatrie. Podle ní je psychiatr především lékař a diagnostik. U každého pacienta, jak ve stabilizovaném, tak v destabilizovaném stavu, si vždy klade otázku, co je onou základní patologií a zda je optimálně léčena. Jako diagnostik musí také psychiatr sledovat klientův celkový zdravotní stav. Psychiatr ve FACT týmu má navíc za úkol hlídat, aby proces léčby, rehabilitace, zplnomocňování a zotavení probíhaly u každého klienta ve vzájemném souladu. Důležité je umět najít rovnováhu při rozhodování o tom, kdy klient potřebuje jen poradit, kdy jej převzít do péče, anebo naopak propustit, respektovat jeho rozhodnutí, pracovat na jeho motivaci, anebo kdy je nezbytné použít donucovací prostředky. Psychiatr také musí mít vždy na paměti, že tým s klientem pracuje v určitém systému a že kroky, které podnikne, budou mít dopad i na klientovu rodinu a komunitu.

6.4 Psycholog

V Nizozemsku existují dva stupně odbornosti: psycholog pro oblast péče o duševní zdraví s běžným vysokoškolským vzděláním a klinický psycholog, který musí nejprve absolvovat specializační studium zaměřené na specifické druhy psychoterapie a psychodiagnostiky, výzkum, koučování a týmovou supervizi. Ve FACT týmech najdeme oba typy, ale převážně zde pracují běžní psychologové.

V poslední době, částečně díky zavedení FACT modelu, také proběhly významné změny, pokud jde o pozici a roli psychologů. Je to především vznik nového oboru, tzv. praktické psychologie. Ještě před 10 – 20 lety pracovali psychologové s lidmi ze skupiny SMI téměř výhradně v nemocnicích, kde se podíleli na diagnostice a často také na zvyšování kvality života na lůžkových odděleních. Pak byla vyvinuta kognitivně-behaviorální terapie a později metakognitivně-behaviorální terapie (MCT). Psychologové ve FACTu byli více v kontaktu s klientovou rodinou a začali se více zaměřovat na specifický „nácvik dovedností přímo v terénu“. Jiní pak založili nejrůznější skupiny, například Hearing Voices (Slyšení hlasů), skupiny zaměřené na psychoedukaci, metakognitivní trénink, nácvik dovedností (Liebermanovy moduly, zvládání zátěže) a další, pracující například s IDDT či programem IMR (Illness Management and Recovery).

Širší seznámení s metodou EMDR také FACT týmům ukázalo, že mnoho našich klientů – mnohem více, než jsme původně předpokládali – se potýká s nejrůznějšími traumatickými zážitky. Na tuto oblast se tedy stále více zaměřujeme.

Kromě těchto činností zaměřených na klienty v souvislosti s léčbou je psycholog důležitým činitelem v oblasti týmové kultury. Jinak chápe humanitu a má jiný pohled na proces změny a zotavení, než mají lékaři a sestry. Psycholog také často koučuje case managery a přináší týmu nejnovější informace z oblasti výzkumu a z velmi rychle se rozvíjejícího oboru psychologie.

6.5 Specialista na pracovní rehabilitaci

V průběhu posledních deseti let získala pozice specialisty na pracovní rehabilitaci nový profil a kompetence, a to v rámci zavedení modelu IPS (Individual Placement and Support). Specialisté na zaměstnávání operují na otevřeném pracovním trhu, vyhledávají pro klienty vhodné zaměstnání a pak jim, ve spolupráci se zaměstnavatelem, přímo na pracovišti pomáhají s nácvikem výkonu jejich práce.

V jiných zemích může mít specialista na zaměstnávání poněkud jinou pozici a může být prospěšný zase po jiných stránkách – například v rámci projektů znovuzačleňování znevýhodněných osob na pracovní trh nebo sociálního zaměstnávání. Ve FACT modelu se IPS pracovníci orientují výhradně na pomoc dlouhodobě vážně duševně nemocným se získáním placeného zaměstnání. V širším kontextu sociálních přístupů v začleňování na trh práce jsou tito lidé takřka vždy eliminováni mezi prvními, neboť přednost dostávají osoby s méně závažnými formami znevýhodnění. Přístup IPS modelu také pomáhá v tom, aby FACT týmy dlouhodobě neztrácely ze zřetele význam aspektu zaměstnání.

V Nizozemsku také (možná více než jinde) existuje dlouholetá tradice ergoterapie a pracovní terapie, při níž pacientům v psychiatrických nemocnicích u všech činností a aktivit asistuje personál. Smysl těchto programů spočíval částečně ve zmírnění nudy při psychiatrické hospitalizaci, ale částečně jde i o jistou formu nácviku pracovních dovedností, které mají pacientovi pomoci se po propuštění lépe začlenit do společnosti. V první fázi deinstitucionalizace péče v Nizozemsku byly tyto aktivity převedeny pod centra denních aktivit (obdoba denních center či sociálních klubů, které fungují v jiných zemích). V posledních letech se však tato centra v Nizozemsku ocitají pod tlakem. Objevují se názory, že lidé ze skupiny SMI v komunitě by měli častěji využívat méně stigmatizující formy a zařízení určená širší veřejnosti, ne pouze duševně nemocným.

V oblasti pracovní rehabilitace je důležitá i pomoc ostatních členů FACT týmu. Získání placeného zaměstnání může pro klienta znamenat nutnost vypořádat se s mnoha věcmi, na které nebyl dlouho zvyklý, například pravidelné ranní vstávání a cestování do práce a další úkony spojené s péčí o sebe. Ze zkušeností klientů také víme, že v práci mohou na povrch vyplouvat starší, zapomenuté problémy. S tím vším mohou klientovi pomoci se vypořádat i jeho case manager, psycholog či peer pracovník, aby byl proces IPS úspěšný.

Pracovníka IPS se přímo netýká sdílení klientů ostatními pracovníky týmu, protože se zaměřuje především na podporu klienta při hledání zaměstnání. Práce v modelu IPS znamená, že IPS pracovník není zapojen do žádné z dalších oblastí péče; ani krizová práce není součástí jeho pozice. Protože se však účastní ranních porad celého FACT týmu, je dobře obeznámen s příběhy jednotlivých klientů, a pokud hrozí u někoho z nich relaps, může jej i IPS pracovník sám zapsat na FACT tabuli.

Kapitola 7: Implementace FACT modelu

7.1 Spádová oblast FACT týmu a její rozsah

První věc, kterou je třeba udělat, pokud chceme založit FACT tým, je definovat rozsah jeho geografické působnosti, tedy to, jak velká bude jeho spádová oblast. Tento údaj je důležitý, aby si tým dokázal udělat představu o tom, kolik klientů může očekávat. Počet klientů na jeden tým by neměl být vyšší než 250.

Velikost spádové oblasti je důležitá i pro odhad časových možností pracovníků při cestování za klienty (outreach care). V zájmu efektivity a dostupnosti služeb musí být každý z nich schopen za den navštívit určitý počet klientů. Většinou se spádové oblasti přibližně shodují s územním členěním na základě poštovních směrovacích čísel.

I pro partnery FACT týmu je důležité, aby měl každý tým jasně stanovenou oblast působnosti. Každý praktický lékař, komunitní služba, realitní agentura, sociální služba či policejní stanice musí jasně vědět, na který FACT tým v dané oblasti nebo čtvrti se má v případě potřeby obracet.

Optimální velikost spádového regionu vychází z praktických zkušeností. Zkušenosti z práce první stovky FACT týmů ukázaly, že ve venkovském okrese s 50 000 obyvateli žije přibližně od 180 do 220 klientů. V městských oblastech je pak koncentrace dlouhodobě vážně duševně nemocných klientů vyšší. Stejný počet lidí se SMI, tedy 180–200, kteří by mohli být potenciálními klienty FACT týmu, najdeme ve městě v oblasti s 35 až 40 tisíci obyvateli.

Pokud se máme řídit výše zmíněnou metodikou, měly by být oblasti působnosti týmů spíše menší, neboť jak se v ní uvádí, v Nizozemsku, které má téměř 17 milionů obyvatel, žije 162 000 lidí ve věku mezi 18 a 65 lety, kteří patří do skupiny dlouhodobě vážně duševně nemocných. Jedná se tedy přibližně o 1 % populace. Z toho plyne, že v oblasti s 50 000 obyvateli lze očekávat 500 osob se SMI. Ve skutečnosti je však situace poněkud odlišná. Důvody toho, proč je v péči FACT týmů pouze zhruba polovina těch, kteří by ji potřebovali, zatím nejsou příliš jasné. Svou roli může hrát například to, že někteří pacienti se SMI léčbu odmítají a unikají pozornosti služeb; jiní se mohou léčit jen u praktického lékaře; další jsou v péči služeb komunitní péče nebo léčby závislostí anebo jsou podchyceni ve forenzním systému (věznice a psychiatrická oddělení nemocnic).

Je také možné, že nizozemské statistiky nebudou pro jiné země příliš relevantní, neboť jinde mohou být služby péče o duševní zdraví organizovány zcela jiným způsobem. Lišit se může i systém sociální péče a podpory rodin. Jak jsme však zjistili, základní pravidlo jednoho týmu na 50 000 obyvatel platí i v jiných zemích. Například služby péče o duševní zdraví v Terstu v Itálii, která klade značný důraz na sociální psychiatrii, jsou rovněž strukturovány do regionálních celků s 50 000 obyvateli. Totéž lze vypočítat, pokud jde o velikost tzv. „sektorů“ v rámci „*sektorové psychiatrie*“ ve Francii. I v Austrálii mají mnohé týmy poskytující dlouhodobou léčbu a péči oblastní působnost pro 40–50 000 obyvatel. Při stanovení rozsahu působnosti FACT týmu bude tedy nejlepší vycházet z pravidla, že pro venkovské oblasti a menší města je možné zvolit rozsah do 50 000 obyvatel. V případě velkoměst bude lepší tuto oblast zmenšit na cca 40 000.

Pro odlehle a hůře dostupné oblasti s méně než 50 000 obyvateli je třeba FACT model ještě upravit. Často se setkáváme s tím, že pro takovou oblast bývá vytvořen menší FACT tým, který pečuje o širší cílovou skupinu, než jsou klienti ze skupiny SMI; takový tým může mít v péči například i děti a dospívající psychiatrické pacienty nebo pacienty se závislostí.

7.2 Integrované služby péče o duševní zdraví

Systém služeb péče o duševní zdraví v Nizozemsku má velmi propracovanou zdravotnickou část. V posledních desetiletích dvacátého století byly dřívější „psychiatrické ústavy“ přeměněny na psychiatrické nemocnice, kde je značná pozornost věnována dodržování práv pacientů během hospitalizace a jejich soukromí (množství jednolůžkových pokojů). Ve srovnání s jinými zeměmi je hospitalizace stále poměrně dlouhá (někdy až příliš). V mezinárodním srovnání má Nizozemsko společně s Belgií (a do jisté míry i s Německem) nejvyšší počet psychiatrických lůžek na obyvatele na světě. Na 100 000 obyvatel má Nizozemsko více než dvojnásobný počet lůžek, než má Velká Británie, a čtyřikrát tolik, než má Austrálie. To se začalo postupně měnit až v posledních letech. V roce 2011 bylo dohodnuto, že v průběhu deseti let by mělo být 30 % psychiatrických lůžek zrušeno.

Velká pozornost je věnována také spolupráci mezi nemocniční a ambulantní péčí o duševně nemocné – možná i více než v jiných zemích. Tato spolupráce (kterou v Nizozemsku označujeme jako *transmural care* – „transmurální“ psychiatrická péče) znamená:

- zajištění toho, aby *nemocniční* („*intramurální*“) psychiatrická péče byla jen jakousi „pauzou“, co nejkratším mezidobím v péči poskytované zásadně a převážně *mimo nemocnice* („*extramurální*“)
- zajištění toho, aby se *nemocniční* psychiatrická péče zaměřovala na pacientovy vlastní sociální cíle a aby dominantní část léčby zůstala na ambulantní péči
- práci na celé řadě aspektů, jako je kontinuita péče mezi nemocniční a ambulantní péčí (sdílená vize, integrovaný léčebný plán, nepřetržitý kontakt ambulantního sektoru s pacientem i v období hospitalizace atd.).

To se následně promítá i do délky hospitalizací, které tak mohou být omezeny jen na nejnужnější dobu, například i jen na jednu noc, na přímou žádost pacienta („lůžko na vyžádání“). Ambulantní tým pak může hned následující den ráno znovu převzít péči do svých rukou. Pracovníci FACT týmů navštěvují své klienty v nemocnici každý týden. Zapojují se do debaty o plánu léčby. Je tak zachována jistá kontinuita a společná vize. Praxe ukázala, že již při zakládání FACT týmu je velmi důležité, aby se jeho pracovníci s místně příslušným psychiatrickým lůžkovým zařízením jasně dohodli na všech podrobnostech. Mnozí poskytovatelé služeb péče o duševní zdraví nabízejí každý týden prostor pro setkávání psychiatrů z FACT týmů s psychiatry z nemocnice, aby tak mohli lépe koordinovat péči o klienty a společně rozhodovat o léčebných postupech při hospitalizaci.

7.3 Začátky a utváření vize

Dnes již v Nizozemsku funguje na 150 FACT týmů a pracovní postupy FACT modelu jsou obecně stále lépe přijímány i veřejností. Povědomí o něm má i čím dál více rodinných příslušníků a stavějí se k němu mnohem méně kriticky, než tomu bylo ještě kolem roku 2005, kdy byl model FACT některými považován za potenciální narušení bezpečné existence pacientů v ústavech.

Rodiny klientů byly hned na počátku překvapeny pravidelnými domácími návštěvami. Některým klientům se nelíbilo, že je navštěvují různí pracovníci týmu. Bylo třeba jim vysvětlovat, proč se to tak dělá – že intenzivní péči může zajistit pouze tým jako celek. Pokud je klientův case manager nemocný nebo je na dovolené, je klientovi i tak zajištěna nepřetržitá péče, na kterou je zvyklý, a že i z dlouhodobého hlediska pro něj může být příjemnější, když bude v kontaktu s více lidmi. Dnes již i nejrůznější pacientské organizace a sdružení rodinných příslušníků FACT model výrazně podporují a částečně i díky nim se model a jeho implementace šíří tak rychle.

Když takový tým zahajuje činnost, je ovšem potřeba poskytnout detailní informace nejen klientům a jejich rodinám, ale také státní správě a samosprávě a financujícím subjektům. Není snadné získat si důvěru a přesvědčit je o tom, že FACT model a jeho přístup (*outreach care*) nabízí skutečně komplexní a intenzivní péči. V Nizozemsku panovalo velké rozčarování a nespokojenost se službami v oblasti péče o duševní

zdraví a ani FACT nebyl zpočátku považován za něco, co by mohlo přinést nějakou větší změnu správným směrem. A podpora zde nebyla ani ze strany vedení a personálu psychiatrických či běžných nemocnic.

Při zpětném pohledu na proces implementace FACT modelu v Nizozemsku je zřejmé, že mu velmi pomohlo to, když jej do své praxe začali zavádět skutečně motivovaní profesionálové, z nichž někteří byli také výzkumníky, kteří všichni společně vytvořili jakési „hnutí“ a brzy si získali podporu patientských organizací a sdružení rodinných příslušníků.

7.4 Zakládání týmů a vzdělávání pracovníků

Na lokální úrovni je třeba především připravit podrobný plán. Ve větších regionech je dobré začít s jedním či dvěma pilotními týmy, které do své práce implementují příslušné postupy. Na jejich příkladu pak ostatní mohou porovnat, v čem se model FACT liší od zavedeného systému, jak fungují dohody s psychiatrickými odděleními a spolupráce v rámci komunity (sociální týmy, policie, služby bydlení). Pilotní týmy mohou do své činnosti postupně začlenit i práci s FACT tabulí, vytvořit si vlastní elektronickou evidenci a zařadit další administrativní procesy ve spolupráci se svou stávající mateřskou organizací.

Jakmile toto vše již funguje, je pak mnohem snazší vytvořit plnohodnotný FACT tým. Na konci tzv. pilotní fáze je možno uspořádat seminář pro rodinné příslušníky, zástupce poskytovatelů služeb, úředníky městské samosprávy apod., aby se všichni mohli zapojit a cítili spoluodpovědnost při přechodu na nový model poskytování péče.

Současně je velmi důležité zajistit členům pilotních týmů (a později všem ostatním pracovníkům) odpovídající vzdělávání, které by mělo zahrnovat:

- úvodní seznámení s modelem FACT (pro celý tým)
- týmový zácvk zaměřený na každodenní práci s FACT tabulí (seznámení s pracovními postupy a jejich procvičování)
- školení pro vedení FACT porad (pokud možno pro 3 pracovníky z každého týmu) zahrnující postupy práce s tabulí a další dovednosti a techniky potřebné při vedení FACT porad
- proškolení pracovníků jednotlivých disciplín (např. 8 psychologů z 8 různých FACT týmů) o jejich roli ve FACT týmu.

Vzdělávání je zaměřeno především na změnu postojů pracovníků, kteří přecházejí z lůžkových či ambulantních zařízení do terénní práce (outreach care). Pro některé z nich je to velký krok do neznáma, neboť tím přicházejí o známé prostředí, v němž se až dosud cítili bezpečně. Práce v terénu (outreach care) pro ně znamená konfrontaci s novými situacemi a riziky. Někdy je tak třeba zajistit cílenou přípravu přímo v místě výkonu práce či dokonce přímo zakázat trvalé poskytování péče ve zdravotnických zařízeních.

Dalším krokem, který může být pro profesionály péče poněkud náročný, je práce v režimu sdílení klientů celým týmem. Mnozí pracovníci v Nizozemsku byli vzděláváni pro individuální výkon práce a nebyli zvyklí sdílet pacienty s dalšími kolegy. Myšlenka týmové péče tak někdy naráží na odpor, s nímž je třeba se umět aktivně vypořádat. To znamená pracovat s celým týmem; case manageři se musí učit sdělovat ostatním, jakou péči v rámci týmu jejich klient v konkrétních oblastech potřebuje.

Diskuze o těchto otázkách je často velmi přínosná. Pokud se pracovníci dokáží přes tyto těžkosti přenést, přinese to své ovoce:

- Znovu a znovu se přesvědčujeme o tom, že jakmile se pracovníci seznámí s výhodami terénní práce (outreach), rychle si ji oblíbí.
- Často slyšíme, že po překonání počátečních nesnází se týmu pracuje velmi dobře a uvolněně, pracovníci se cítí méně izolovaní a nejsou tak přetížení; celý tým se schází každý den a jednotliví členové tak nemusí nést výhradní odpovědnost za problémové klienty sami.

7.5 Pracoviště FACT týmu

To, jak by mělo být zařízeno pracoviště FACT týmu, je podrobně definováno v metodice, a takových pracovišť je již dnes po celém Nizozemsku k vidění mnoho. Jeho nejdůležitější součástí je zasedací místnost, kde se každé ráno koná porada celého týmu. Zde by měl být, pokud možno, k dispozici velký stůl s počítačem, z něhož se promítá na zeď FACT tabule. Stůl by měl být tak velký, aby se kolem něj mohli pohodlně usadit všichni členové týmu (okolo 15 osob), případně s možností vytvořit vnější kruh dalších účastníků porady (studenti na stáži, členové týmu v zácvičku). Po zbytek dne pak zasedací místnost může sloužit jako společný prostor pro administrativu, mohou zde být zřízena pracovní místa vybavená počítači, například po obvodu místnosti, anebo i na samotném poradním stole.

Další vybavení kanceláří už závisí na tom, jak to dané organizaci nejlépe vyhovuje. V Nizozemsku jsou tyto prostory zařízeny flexibilně, jednotliví pracovníci většinou nemají každý svou vlastní kancelář. Samostatnou pracovnu pro konzultace s klienty má většinou jen psychiatr a psycholog, někdy pak case manager nebo odborná psychiatrická sestra. Pro ostatní je k dispozici dostatečný počet pracovních míst s počítačem a telefonem, která využívají především case manageři, kteří každý den zapisují provedené intervence.

Klienti a jejich rodinní příslušníci přicházejí na schůzky do kanceláře jen výjimečně. Převážně jde jen o návštěvy psychiatra a psychologa. Pro konzultace s klienty tak týmu stačí jen 3–5 místností.

Pracoviště FACT týmu by mělo být situováno ve čtvrti či regionu, kde daný tým pracuje. Tento požadavek však bohužel mnoho služeb v Nizozemsku nesplňuje. Některé FACT týmy sídlí daleko od místa svého působiště, například v nevyužívaných prostorech psychiatrických nemocnic. Často ve snaze o úsporu menších částek na nájemném nakonec týmy přijdou o mnohem více, například na jízdném z důvodu dlouhého dojezdění za klienty. Nejlepší umístění pracoviště týmu je přímo ve čtvrti či regionu, kde tým působí, ideálně v budově, kde sídlí další podobné služby, jako například centrum péče o mládež, centrum sociální podpory, agentura sociálního bydlení nebo zdravotní středisko. Pokud jsou kanceláře FACT týmu umístěny v centru spádové oblasti a v blízkosti dalších komunitních služeb, snáze se pak mezi ně začlení.

Zázemí týmů působících v rozlehlých venkovských oblastech také musí mít dostatek místa na parkování aut zaměstnanců, zatímco zázemí ve velkých městech spíše místa pro odkládání jízdních kol.

7.6 Vývoj ACT modelu v Nizozemsku

Model FACT je upravená varianta modelu Assertive Community Treatment (ACT); v Nizozemsku jej však v mnohém předčil. Model ACT zde byl zaveden někdy okolo roku 2000, kdy se zejména ve větších městech začaly stupňovat problémy v souvislosti s růstem počtu psychotických pacientů, často v kombinaci se závislostí či bezdomovectvím. Ti vypadli ze systému zdravotní péče a odmítali léčbu. Ve čtyřech největších nizozemských městech tak byly založeny první ACT týmy.

Ve velkých městech zaznamenal tento nový přístup velký úspěch. Během několika let se situace ve městech značně zlepšila, mnoho problémových osob se znovu zapojilo do systému péče, souhlasilo s léčbou a získalo bydlení. Bylo méně potíží, situace se stabilizovala a také již nebylo tak často potřeba používat intenzivní ACT metody. Ukázalo se, že by podobné služby byly užitečné i pro ostatní pacienty s dlouhodobým vážným duševním onemocněním.

Od roku 2010 přechází čím dál více původních ACT týmů ve městech, jako je Amsterdam, Rotterdam či Utrecht, na nový model FACT. Například v Amsterdamu dnes pracuje na 20 FACT týmů a již jen 2 ACT týmy. ACT týmům se podařilo přivést pacienty do sítě služeb a snížit počet případů bezdomovectví. Podařilo se jim i tyto pacienty ve službách udržet. Jakmile se však jejich stav stabilizoval a sociální problémy pomalu vymizely, nebylo již třeba takové klienty sledovat každý den a přístup ACT byl pro ně zbytečně intenzivní.

Dalším faktorem bylo to, že ACT týmy zajišťují péči v rámci celého města, zatímco FACT týmy jen v rámci menších územních celků. To jim dává lepší možnosti spolupráce s místními praktickými lékaři a dalšími službami v dané spádové oblasti a také dojezdové časy jsou kratší.

Ve velkých městech v Nizozemsku se model postupně rozšířil tak, že dnes jsou FACT týmy dostupné ve všech okresech a představují základ specializované komunitní péče o dlouhodobě vážně duševně nemocné pacienty. V Amsterdamu a v Utrechtu stále působí dva ACT týmy, které pracují s lidmi ze skupiny SMI, u nichž přetrvávají závažné obtíže a riziko bezdomovectví a potulují se po celém městě.

V poslední době vznikají také tzv. forenzní FACT a ACT týmy, které se specializují na péči o pacienty ze skupiny SMI, kteří se dostali do konfliktu se zákonem. V Nizozemsku dnes takových týmů funguje deset a očekává se, že jejich počet dále poroste. Tyto týmy mají o něco více zaměstnanců než běžné týmy, částečně proto, že některé klienty musí navštěvovat dva case manageři. Potřebují také větší počet psychologů pro vyhodnocování rizik, vypracovávání psychologických zpráv a posudků pro soud. Dobře funguje i spolupráce mezi těmito forezními týmy a běžnými ACT a FACT týmy, forenzní týmy mohou například nabídnout pomoc s hodnocením rizik.

Kapitola 8: ACT a FACT, přiblížení se modelu, srovnávací škály a certifikace

8.1 Rozdíly mezi modely ACT a FACT

Flexible ACT představuje další rozšíření ACT modelu a využívá několik jeho důležitých složek.

Model ACT není určen všem pacientům ze skupiny SMI, zaměřuje se jen na ty nejzávažnější případy – většinou nestabilní, psychotické pacienty, u kterých je opakovaně nutná hospitalizace. Mnozí z nich trpí poruchami osobnosti, problémy s užíváním návykových látek, nejsou příliš ochotni užívat léky a mají tendenci odmítat léčbu. Tato cílová skupina nejzávažnějších případů představuje podle odhadů přibližně 20 % celé skupiny dlouhodobých psychiatrických pacientů (Bond et al. 2001). V modelu ACT zajišťuje péči o všechny pacienty celý tým (sdílení klientů celým týmem), který každý den koordinuje svou činnost na poradě u tabule, na níž je zapsáno všech 60–100 pacientů. Tým zajišťuje asertivní terénní péči (assertive outreach care).

Model FACT se zaměřuje na celou cílovou skupinu SMI, která zahrnuje jak oněch 20 % nejzávažnějších případů, tak i zbylých 80 %. To znamená, že dohled celého týmu není nutný vždy a není třeba probírat každý den všechny klienty. Ze 180–220 klientů, které má tým v péči, je přibližně 15 % zapsáno na FACT tabuli.

Tabulka 2. Rozdíly mezi modely ACT a FACT

| | ACT | FACT |
|---|---|---|
| Cílová skupina | 20 % nejzávažnějších případů, většinou pacienti s tzv. „syndromem otáčivých dveří“ a ti, kteří odmítají léčbu | Všichni pacienti ze skupiny SMI v daném regionu |
| Počet klientů na 1 tým | 60–100 | 200–250 |
| Velikost regionu | Často rozsáhlé oblasti, až s 250 000 obyvateli | Venkov: 50 000 obyvatel Město: 40–50 000 obyvatel |
| Složení týmu | Široce multidisciplinární: case manageři, sociální pracovníci, sestry, psychiatr, peer pracovník (velmi podobné jako u FACT modelu) | = ACT Se zvláštním důrazem na práci psychologa a IPS pracovníka, někdy i podporu samostatného bydlení, a více specialistů na rehabilitaci. FACT týmy v Nizozemsku zaměstnávají větší počet sester. |
| Kapacita (počet klientů na jednoho člena týmu) | 1 : 10 | 1 : 20 |
| Psychiatr | 1 : 100 | 0,8 : 200 |
| Psycholog | Není nutný | 0,6 : 200 |
| Vedoucí týmu pracuje v přímé péči s klienty | Ano | Občas, ale mohou jej zastoupit 2–3 vedoucí porad |
| Počet klientů zapsaných na ACT/FACT tabuli a denně probíraných | Všech 100 klientů | Pouze 20–30 klientů vyžadujících v daném období každodenní péči a pozornost a „případy k diskuzi“ |
| Frekvence kontaktu s klienty | Více než 3–4x za týden | V případě nutnosti je možno 4–5x za týden, ale v mnoha případech je kontakt méně častý |

| | | |
|---|---|---|
| Zaměření na léčebné postupy založené na důkazech | Často obtížné, neboť mnozí klienti nejsou stabilizováni a nejsou otevření psychologickým postupům | Snáze proveditelné díky modelu „přesýpacích hodin“ |
| Zaměření na zotavení a zplnomocňování | V minulosti v modelu ACT v menším měřítku, to se ale nyní rychle mění | Jeden ze základních principů FACT modelu |
| Propuštění z péče | Pokud již stačí kontakt jen jedenkrát týdně, je klient předán do péče týmům na nižším stupni. | Pouze klienti, kteří stabilně fungují již delší dobu (2–3 roky) ve všech oblastech života a nechtějí již nadále péči využívat. V takovém případě jsou předáni do péče praktického lékaře. |
| Relaps | Klient se může vrátit k ACT týmu, avšak někdy je třeba čekat v poradníku na přijetí. | Klient se může vrátit okamžitě a je zapsán na FACT tabuli. |

8.2 ACT versus FACT

Model ACT je léčebný přístup založený na důkazech, využívaný u skupiny 20 % nejzávažnějších případů dlouhodobě vážně duševně nemocných pacientů. Tím se FACT model zatím pochlubit nemůže, neboť k tomu, aby mohl být prohlášen za EBP, je třeba provést ještě další výzkumy. V praxi však již FACT přístup vykazuje velmi dobré výsledky. Komparační studie provedená ve Velké Británii (Firn et al. 2012) a první výsledky výzkumu prováděného v Nizozemsku (van Os 2006 a Bak, van Os, Delespaul et al. 2007) naznačují, že existují dobré důvody věřit v jeho efektivitu. V roce 2012 byl v aktualizované nizozemské multidisciplinární metodice pro léčbu schizofrenie model FACT klasifikován jako „dobrá praxe“.

Model ACT se ukázal jako velmi efektivní u cílové skupiny pacientů vyžadujících velmi intenzivní péči, konkrétně například u těch, kteří se potulují a nezdržují se na jednom místě. V kapitole 7.5 jsme psali o tom, že jako základní model péče ve velkých městech dnes již v Nizozemsku funguje FACT.

Celosvětově se stále diskutuje o tzv. pravidle 80 a 20 %. Toto pravidlo formulovali Bond et al. (2001): Model ACT byl zamýšlen pro skupinu 20 % nejzávažnějších případů pacientů ze skupiny SMI. Toto pravidlo však zjevně nikdy nebylo podloženo daty. Později Bond a Drake (2007) konstatovali, že FACT může poskytnout spolehlivější údaje, neboť klienti, kteří v danou chvíli potřebují intenzivnější péči, jsou evidováni.

V praxi obvykle není na tabuli zapsáno 20 %, ale jen 10–15 % z celkového počtu klientů. Krizové stavy, hrozící hospitalizace či odmítání léčby se tedy již zřejmě vyskytují o něco méně často. Může to ale být i výsledkem práce FACT týmu, protože ten věnuje pozornost i zbývajícím 80 % klientů, což zřejmě pomáhá předcházet relapsům.

Protože FACT model v sobě spojuje dva různé postupy v práci jednoho týmu, je zajištěna kontinuita péče mezi fázemi, kdy je klient stabilizovaný a kdy stabilizovaný není. To má své výhody, pokud jde o rehabilitaci a zotavení, a také to zaručuje trvalý kontakt s rodinou klienta a jeho systémem podpory.

Vyposorovali jsme také, že více než 60 % z 200 klientů FACT týmu má přibližně jednou za tři roky epizodu, kdy jsou zapsáni na FACT tabuli a vyžadují zvýšenou intenzitu péče. Nedávno jsme zkoumali zápisy, které provedl tým Centrum z provincie Severní Holandsko za rok 2011. V průběhu celého roku bylo na FACT tabuli zapsáno 132 z celkem 165 klientů. 71 z nich mělo krizovou epizodu. Další byli klienti odmítající léčbu, noví klienti a ti, které postihla nějaká neočekávaná životní událost, hospitalizace a jiné zdravotní problémy.

Toto zjištění považujeme za velice důležitý a možná i nejpřesvědčivější argument ve prospěch FACT modelu. Ukazuje totiž, že FACT dokáže přesně kopírovat přirozený průběh dlouhodobého vážného

duševního onemocnění. V minulosti se často stávalo, že pacienti ze skupiny SMI uvízli v otáčivých dveřích mezi psychiatrickým lůžkovým oddělením a ambulantní péčí, nebo později mezi ACT týmem a týmem „nižšího stupně“. S nástupem FACT modelu se otáčivé dveře posunuly směrem k FACT tabuli, ale důležité je, že o pacienta pečuje stále jeden a tentýž tým.

8.3 Přiblížení se FACT modelu: srovnávací škály

Při tvorbě srovnávací škály FACT fidelity scale v Nizozemsku jsme se inspirovali srovnávací škálou Dartmouth Assertive Community Treatment fidelity scale (DACTs, Teague et al. 1998). Srovnávací škálu pro model FACT poprvé publikovali Bähler et al. v roce 2007. V roce 2010 prošla úpravami v Centru pro certifikaci ACT a FACT týmů (CCAF). V roce 2013 má vyjít již třetí upravená verze. Nizozemskou a anglickou verzi FACT srovnávací škály si lze stáhnout na stránkách www.ccaf.nl.

Zatímco první srovnávací škála FACT modelu vycházela převážně z DACTs a z General Organizational Index for Evidence Based Practices (GOI, Lynne et al. 2005), doplněných o specifické položky vztahující se k přecházení z režimu individuálního case managementu k režimu sdílení klientů celým týmem, druhá verze FACT srovnávací škály (2010) se již vydala po vlastní linii.

Srovnávací škálu FACT 2010 tvoří 60 položek, z nichž každou je možno hodnotit na stupnici od 1 do 5. Otázky pokrývají všechny aspekty práce ve FACT modelu:

- Strukturu týmu, počet pracovníků v každé z disciplín
- Pracovní postupy týmu (a práce s FACT board)
- Diagnostiku a léčbu (postupy v souladu s metodikou, rehabilitace, zotavení)
- Organizaci péče o duševní zdraví (hospitalizace, organizace integrovaného poskytování služeb a propouštění klientů z péče)
- Sociální péči
- Monitorování (včetně pravidelného využívání standardizovaných nástrojů hodnocení výsledků péče)
- Úroveň profesionality (vize, další vzdělávání, zaměření na zotavení, zajištění kvality).

V posledních několika letech využilo tuto škálu pro hodnocení v Nizozemsku více než 70 FACT týmů. Věrnost modelu byla 0,83. S ohledem na tyto výstupy, zkušenosti a nové poznatky počítáme s tím, že ve verzi připravované k vydání v roce 2013 budou upraveny ještě další položky. Největší změnou projde celková struktura škály. Vzhledem k tomu, že dnes již existují různé FACT týmy pro různé cílové skupiny, bude nová škála obsahovat jeden společný, všeobecný oddíl a následně zvláštní oddíly podle toho, s jakou cílovou skupinou daný tým pracuje. To se bude týkat zejména části zaměřené na jednotlivé disciplíny v týmu a na multidisciplinární postupy.

V souvislosti s úpravami srovnávací škály FACT došlo také k přezkoumání nástroje TMACT, který je nástupcem škály DACT. Stejně jako TMACT, i nová FACT škála je výrazně zaměřena na zotavení. Poněkud se však liší jejich struktura, zčásti i proto, že zde byl požadavek, aby bylo hodnocení pomocí škály FACT možno zvládnout za jediný den, zatímco TMACT může zabrat i více času.

Nedávný výzkum (van Vugt et al. 2011) ukázal, že vyšší věrnost FACT modelu koreluje s lepší implementací na důkazech založené postupy (EBP) a lepšími výsledky léčby a péče pro klienty.

8.4 Certifikace

V roce 2008 bylo založeno Centrum pro certifikaci ACT a FACT týmů (CCAF). Již tehdy bylo zřejmé, že model FACT má v Nizozemsku velkou budoucnost. Nezanedbatelné však bylo i riziko spojené s tak rychlým vzestupem, neboť plošné rozšíření nového modelu mohlo snadno vést k jeho diferenciaci a vzniku různých verzí. A to jsme nechtěli. Naším cílem bylo poskytnout pacientům ze skupiny SMI (a jejich rodinám)

konzistentní standardy péče a léčby. Bylo třeba jasně říci, že FACT tým dokáže zajistit kvalitní terénní péči (outreach care) a současně i léčbu v souladu s metodikou.

Tento typ péče je v Nizozemsku financován dílem ze zdravotního pojištění a dílem ze státních prostředků (část ze státního a část z obecního rozpočtu). Tyto financující subjekty se musí dohodnout s místními poskytovateli péče přibližně ve 20 až 30 regionech v zemi. Hned na počátku tedy bylo zřejmé, že dohoda mezi tolika různými subjekty bude snazší, pokud bude zaveden jeden konzistentní model péče (FACT), který bude jasně definován a jehož realizaci v praxi bude možno objektivním hodnocením ověřit.

Hodnocením v CCAF prošla do současnosti už více než stovka ACT a FACT týmů. Hodnocení probíhá tak, že se práce daného týmu po celý jeden den účastní dva evaluátoři. Ti dostanou předem číselné podklady a během návštěvy v týmu pak hovoří asi s desítkou pracovníků a s několika klienty, účastní se ranní porady a mají přístup i k anonymizovaným záznamům o klientech. Evaluátoři mohou být profesionálové z oblasti péče o duševní zdraví, pracovníci s vlastní zkušeností nebo i rodinní příslušníci pacientů ze skupiny SMI; pro tuto práci jsou vyškoleni v CCAF. Po provedení pozorování evaluátoři zpracují závěry svých zjištění a ohodnotí tým na srovnávací škále FACT. Toto předběžné ohodnocení a závěry evaluátorů jsou pak předloženy danému týmu, aby se k nim mohl vyjádřit. Následně jsou závěry předány k přezkoumání nezávislé certifikační komisi (Certification Board), která vydává konečné hodnocení, a na jeho základě pak vedení Centra pro certifikaci vydá jedno ze čtyř následujících doporučení:

- Nelze vydat osvědčení (tým nevykazuje žádné znaky přiblížení se danému modelu)
- Vydat předběžné osvědčení (s doporučením úpravy pracovních postupů a opakování hodnocení)
- Vydat osvědčení
- Vydat osvědčení s nejlepším hodnocením (optimal certificate)

CCAF je dnes již dobře známou a uznávanou institucí. Pojišťovny i financující subjekty již od poskytovatelů služeb péče o duševní zdraví vyžadují, aby jejich týmy byly držiteli osvědčení o tom, že splňují požadavky stanovené pro tento model poskytování služeb.

Zájem o tuto certifikaci již projeví také v Belgii, na ostrově Bonaire (nizozemské Antily) a první mezinárodní hodnocení týmu proběhlo i ve švédském Göteborgu.

Více informací a anglickou verzi FACT (ke stažení zdarma) najdete na: www.ccaf.nl.

Slovník použitých zkratk a některých pojmů

ACT

Assertive Community Treatment, Asertivní komunitní léčba

Model komunitní péče vytvořený ve Spojených Státech na konci 70. let 20. století. Péče je poskytovaná multidisciplinárním týmem (10–12 úvazků). Všichni klienti jsou sdílení týmem. Je důraz na medicínský přístup, čemuž odpovídá i povinné personální složení týmu. Tým je pro klienty nepřetržitě dostupný a asertivně pracuje i s klienty, kteří péči odmítají. ACT má jednoznačně doloženou efektivitu (snížení počtu hospitalizací, zlepšení klinických výsledků klientů). Model je (mimo jiné pro svou ekonomickou náročnost) vhodný pro část (obvykle se udává 20 %) dlouhodobě duševně nemocných s nejzávažnějšími problémy.

ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Hyperkinetická porucha

Skupina poruch charakterizovaná časným začátkem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech vyžadujících poznávací schopnosti a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel, spíše než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení. (F90, MKN 10)

CAN

Camberwell Assessment of Need, Camberwellský dotazník hodnocení potřeb

Nástroj k hodnocení potřeb vážně duševně nemocných. V nizozemských FACT týmech se využívá zkrácená verze CANSAS. V ČR jsou známé a dostupné obě verze nástroje (CAN-C a CANSAS). Existují také varianty pro další cílové skupiny klientů (CANE – staří lidé, CANDID – mentálně hendikepovaní, CANFOR – uživatelé forenzních psychiatrických služeb, CAN-M – matky a těhotné ženy trpící duševní poruchou).

CANSAS

Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule

Zkrácená verze Camberwellského hodnocení potřeb (CAN). Někdy je používána pouze sebehodnotící část zkrácené verze – CANSAS-P.

Case management

Případové vedení

Metoda práce s klientem, kdy pracovník (individuální case management) nebo tým (týmový case management) je zodpovědný za vytvoření plánu péče či léčby a následně za jeho realizaci. Do plánu péče bývá zapojen klient, poskytovatel (nebo poskytovatelé) péče a neformální zdroje podpory (rodina, přátelé atd.).

Case manager

Pracovník v týmu komunitní péče o duševně nemocné, který zodpovídá za práci s konkrétními klienty. Je tím, kdo klienta provází a pomáhá mu a zajišťuje, aby byl realizován jeho plán léčby/péče/rehabilitace/zotavení. Roli case managera mají obvykle sociální pracovníci a zdravotní sestry, případně i další členové týmu. V ACT týmu mají roli case managera všichni členové týmu. Ve FACT modelu je tým složený z case managerů a pracovníků, kteří neodpovídají za celkovou situaci klienta, ale mají v práci s ním jen dílčí specifické úkoly (například pracovní konzultant – IPS specialista, peer pracovník, psychiatr). Počet klientů, se kterými case manager pracuje, se liší v různých službách a organizačních modelech. Nižší je v týmech s intenzivní péčí (ACT, 8-10 klientů na case managera). Ve FACT modelu

pracuje case manager s přibližně 20 klienty. U týmů zaměřených na dlouhodobou podporu a zotavení, které samy neřeší akutní krizové situace, může být poměr case managerů a klientů 1:20 až 1:30.

CCAF

Certification Centre for ACT and Flexible ACT, Centrum pro certifikaci ACT a FACT týmů

Holandská organizace zabývající se certifikací ACT a FACT týmů. V Holandsku je získání certifikátu podmínkou financování služby. V posledních letech prošly certifikací této instituce také FACT týmy ve Švédsku, Norsku a Dánsku.

CDZ

Centrum duševního zdraví

V tomto textu výhradně ve smyslu zdravotně-sociální služby, která má jako nový „pilíř“ psychiatrické péče vznikat v rámci psychiatrické reformy v ČR. CDZ poskytuje terénní a ambulantní péči dlouhodobě vážně duševně nemocným. Jeho tým (cca 20 úvazků) je z poloviny tvořen zdravotnickým personálem (psychiatr, psycholog, psychiatrické sestry) a z poloviny pracovníky sociální služby. Součástí týmu je peer konzultant. Součástí služeb jsou také služby krizové (v některých CDZ včetně krizových lůžek) pro širší cílovou skupinu než SMI. Má zajišťovat region se 60–140 tisíci obyvatel a poskytovat služby 120–280 klientům. Ze standardu CDZ je patrná inspirace severoitalským modelem péče a holandskými FACT týmy, ačkoliv „přepínání“ mezi ACT a individuálním case managementem typické pro FACT model není standardem CDZ zmiňováno.

CDZ-K

Centrum duševního zdraví s nepřetržitou krizovou službou

Součástí pracovních verzí standardu CDZ byla původně krizová služba včetně 2–8 krizových lůžek ve všech CDZ. Definitivní standard však navrhuje zřízení krizové služby pouze v některých CDZ (přibližně v jedné čtvrtině). Krizová služba pak bude sloužit pro region 200–500 tisíci obyvatel.

DACT

Dartmouth Assertive Community Treatment fidelity scale

Hodnoticí nástroj - škála pro posouzení věrnosti modelu ACT. Nástroj byl použit jako vzor pro první verzi FACT fidelity scale.

Duální diagnóza

DD, dual diagnosis

Stav, kdy klient trpí závažnou duševní poruchou a současně zneužívá návykovou látku (nejčastěji alkohol, cannabis, metamfetamin, případně morfinové deriváty) nebo je závislý. V širším významu je možné tento termín použít pro každou koincidenci užívání návykové látky a psychické poruchy, většina odborné literatury však užívá termín duální diagnóza nebo duální problematika pouze v případě, kdy oba problémy jsou závažné a navzájem se negativně ovlivňují (abusus návykové látky vede ke zhoršení psychického onemocnění nebo naopak dekompenzace duševní poruchy vede ke zvýšenému užívání návykové látky).

EBP, EBM

Evidence based practice, Evidence based medicine

Praxe (léčba) založená na důkazech. Základním významem je to, že pro léčebnou metodu či postup existují spolehlivá data dokládající účinnost. Pojmy EBP a EBM jsou však používány také ve smyslu optimální či nejlepší možná léčba nebo péče, který kromě spolehlivě doložené účinnosti metody zahrnuje odbornost a klinickou zkušenost profesionála poskytujícího péči a respekt k preferencím a volbám pacienta.

EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing - desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů

Psychoterapeutická metoda zaměřená na zrychlené zpracování traumatických zážitků. Literatura zmiňuje dobrou efektivitu u léčby posttraumatické stresové poruchy a doporučuje použití i u jiných duševních onemocnění, pokud je jejich součástí trauma.

FACT

Flexible Assertive Community Treatment, Flexibilní asertivní komunitní léčba

FACT board

FACT tabule

Seznam klientů zařazených do intenzivní týmové formy péče. Každé ráno je situace všech klientů zařazených na tomto seznamu diskutována týmem. Každý den je aktuálně plánována další péče o tyto klienty. Seznam má obvykle podobu elektronické tabulky (MS Excel nebo databázový výstup) a je promítán během porady. Někdy je termínem FACT board označována porada u tabule, nikoli tabule samotná.

FACT board chair

Vedoucí FACT porady

Dva až tři členové FACT týmu absolvují výcvik ve vedení FACT porady. Dovednosti k vedení FACT porady se týkají jednak techniky práce s FACT boardem (vedoucí v průběhu porady zaznamenává aktuální změny v plánech péče diskutovaných klientů), jednak komunikačního stylu a moderace porady. Moderátor musí vést poradu v rychlém tempu (během 30 minut je třeba sdílet informace o 15–25 klientech), současně musí zajistit, aby nebyly opomenuté podstatné informace o klientech a aby všichni členové týmu dostávali příležitost vnést do diskuse svůj pohled.

FACT fidelity scale

Srovnávací škála FACT

Srovnávací škála obsahuje 60 položek rozdělených do 7 skupin. Škála slouží jako sebehodnotící nástroj pro týmy nebo jako vodítko externím hodnotitelům při certifikaci FACT týmů.

FACT meeting

FACT porada

Základní prvek FACT modelu. Porada v délce 30–45 minut se odehrává každý pracovní den a účastní se jí všichni členové týmu. Na poradě je velmi stručně probírána situace všech klientů zařazených do intenzivní týmové péče.

GAF

Global Assessment of Functioning

Škála celkového (sociálního, pracovního a psychologického) fungování duševně nemocných. První verze nástroje vznikla v 70. letech 20. století. Existuje řada modifikací. Škála patří k nejčastěji používaným hodnoticím nástrojům a byla zařazena jako součást DSM-III-R a DSM-IV. Výhodou je časová nenáročnost, problematická je reliabilita. DSM-V doporučuje místo GAF k používání škálu WHODAS (World Health Organization's Disability Assessment Schedule) administrovanou formou strukturovaného interview.

GGZ

Geestelijke gezondheidszorg

Holandský poskytovatel péče o duševně nemocné a závislé. Jednotlivé regionální organizace (více než 100) jsou členy národní asociace GGZ Netherland. GGZ je součástí systému zdravotnictví, ale poskytované služby jsou komplexní zdravotně-sociální.

HoNOS

Health of the Nation Outcome Scales

Škála k hodnocení zdravotního stavu a sociálního fungování vážně duševně nemocných. Patří k nejčastěji používaným hodnoticím nástrojům. Škála zahrnuje 12 položek. I když existuje i sebehodnotící verze, nejčastěji se využívá externí hodnocení, které provádí pracovník na základě pozorování a dalších informací o pacientovi.

IDDT*Integrated Dual Disorders Treatment, Integrovaná léčba duálních poruch*

IDDT je na důkazech založená metoda práce s lidmi, kteří trpí současně vážnou duševní poruchou a závislostí. Oba problémy jsou řešeny současně, v rámci jedné služby a jedním multidisciplinárním týmem. Metoda využívá koncept fází změny a stěžejním faktorem je práce s motivací klienta.

IMR*Illness Management and Recovery, Zvládání nemoci a zotavení*

Standardizovaný psychoedukační program pro dlouhodobě duševně nemocné respektující subjektivní pojetí zotavení a podporující klienta ve zvládání nemoci (self-management). Program je rozdělený do 9 oblastí, s klienty se pracuje formou psychoedukační skupiny s týdenní frekvencí po dobu přibližně 9 měsíců. Program je praxí založenou na důkazech a americká instituce SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) poskytuje rozsáhlou dokumentaci pro zavádění a realizaci programu: <http://store.samhsa.gov/product/Integrated-Treatment-for-Co-Occurring-Disorders-Evidence-Based-Practices-EBP-KIT/SMA08-4367>

IPS*Individual Placement and Support, Podporované zaměstnávání IPS*

Na důkazech založená metoda podporovaného zaměstnávání dlouhodobě vážně duševně nemocných. Nepoužívá pracovní rehabilitaci či předpracovní trénink v chráněných podmínkách, diagnostiku pracovní schopnosti či handicapu a obecné pracovní poradenství. Cílem je výhradně placená práce na otevřeném trhu. Rozhodující je klientův zájem pracovat. Pracovník IPS zajišťuje klientovi práci odpovídající jeho preferencím v co nejkratší době. Případný zácvik, trénink nebo podpora probíhají přímo v zaměstnání. Jedním z principů IPS je to, že zprostředkování zaměstnání není zajišťováno specializovanou pracovní agenturou, ale IPS pracovníkem, který je členem multidisciplinárního týmu (ACT týmu nebo týmu klinického case managementu).

KBT (CBT)*Kognitivně-behaviorální terapie, Cognitive behavioral therapy*

Psychoterapie s hlavními principy:

- 1) krátkodobost a časová omezenost
- 2) zaměření na přítomnost
- 3) zaměření na konkrétní ohraničené problémy
- 4) stanovení konkrétních funkčních cílů
- 5) směřování k rychlé soběstačnosti klienta
- 6) nácvikové metody: na principu opakování, učení, tréninku získává klient dovednosti a zvládá situace.

MANSA*Manchester Short Assessment of Quality of Life*

Krátký dotazník (16 otázek) k hodnocení kvality života u vážně duševně nemocných.

MCT*Metacognitive training, Metakognitivní trénink/terapie*

Psychoterapeutická metoda (obvykle skupinová) k ovlivnění pozitivních příznaků u psychóz, zejména schizofrenie. Zaměřuje se na chyby v myšlení, které se u psychóz mohou stupňovat až do podoby psychotického bludu.

Outreach

Outreach znamená vyhledávání nebo kontaktování, v komunitní péči se tento termín používá specificky k popisu služby či péče, která asertivně navazuje kontakt s pacientem či klientem, o kterém předpokládá, že může péči potřebovat (například s klientem, který nedorazil na schůzku nebo nebyl doma v domluveném termínu, ale také s možnými klienty, které jako možné příjemce péče či podpory označil někdo jiný – rodinný příslušník, lékař atd.)

Peer pracovník

Synonyma: peer worker, peer supporter, peer specialist, expert by experience, (v ČR též peer konzultant)

Peer pracovník je člověk s žitou zkušeností duševního onemocnění, který používá tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje. V holandském (a dnes i českém pojetí) je peer pracovník placeným a rovnoprávným členem multidisciplinárního týmu.

Psychiatrická sestra

Holandské FACT týmy zaměstnávají jako case managery většinou zdravotní sestry, které mohou mít několik kvalifikačních stupňů:

Základním stupněm je **psychiatrická sestra**. Autoři manuálu nezmiňují rozsah jejího vzdělání ani kompetencí. Specializované pro práci v komunitních týmech jsou **komunitní psychiatrické sestry**. V posledních letech přicházejí **odborné psychiatrické sestry** s vyšším vzděláním, které jim umožňuje nejen samostatnou péči o pacienty, ale i řízení týmů, zavádění inovací do služeb, vedení výzkumu a výuku.

RACT model, RACT intervence

Resource Group Assertive Community Treatment

Ačkoliv některé prameny předkládají RACT jako organizační model, jde především o specifickou intervenci zaměřenou na klienta v jeho rodinném systému - vytvoření individuální podpůrné skupiny (resource group) složené z osob, které jsou pro klienta významné (typicky rodinný příslušník nebo příslušníci, ale také přítel, pomáhající profesionál atd). Klient určuje složení této skupiny, za podpory case managera ji svolává a řídí, předkládá jí své cíle týkající se procesu zotavení a úkoluje členy skupiny tak, aby v jeho plánu byli zdrojem podpory.

Recovery group

Skupina orientovaná na zotavení

Skupinový program, ve FACT modelu obvykle vedený peer pracovníkem.

SDM

Shared Decision Making, Sdílené rozhodování

V mnoha systémech péče o duševní zdraví je v posledních letech zřejmá tendence k posílení postavení klienta. Jedním z prostředků je co největší zapojení klienta do procesu rozhodování o své léčbě, medikaci, využívané podpoře atd. Součástí systémů sdíleného rozhodování bývá:

- 1) respekt k volbám a přáním klienta, posilování tohoto přístupu u odborníků
- 2) psychoedukace umožňující klientovi získat dostatek srozumitelných informací, na jejichž základě se může rozhodovat
- 3) pro klienta snadno dostupné konzultace odborníků (telefonické linky nebo webové projekty), kteří nejsou členy týmu, který s ním pracuje.

SMI

Serious/Severe Mental Illness

Vážně dlouhodobě duševně nemocní. Obvykle je tato skupina definována charakteristikami:

- a) Diagnostické okruhy (F2 – psychotické poruchy, F3 – těžké afektivní poruchy, eventuálně F4 – těžká obsedantně kompulzivní porucha a F6 hraniční porucha osobnosti)
- b) Trvání onemocnění (déle než dva roky) nebo předpoklad, že onemocnění bude mít takto dlouhodobý průběh
- c) Funkční narušení (skóre GAF \leq 70, kde GAF je klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění)

Ve FACT týmech i v českých CDZ jsou osoby se SMI převládající cílovou skupinou. Tyto služby se však zaměřují i na osoby s první atakou duševního onemocnění, kde kritérium délky trvání nemoci nemá význam.

Strenghts model*Přístup založený na silných stránkách*

Styl práce nebo přístup ke klientovi, který akcentuje silné stránky, dovednosti a kompetence klienta a méně si všímá patologie, symptomů a handicapů. Typické je, že při práci s klientem jsou preferovány přirozené zdroje podpory (rodina, přátelé, zájmové organizace), služby cíleně vytvořené pro duševně nemocné (denní stacionáře, centra denních aktivit atd.) jsou využívány jen, pokud je to nezbytné. Tento přístup vychází z modelu Charlese Rappa a byl integrován i do holandské metodiky CARE, která nachází své uplatnění v ČR.

TCL*Training in Community Living, Nácvik života v komunitě*

Původní název programu vytvořeného v USA Steinem a Testovou. Po krátké době byl tento program přejmenován na PACT (Psychiatric Assertive Community Treatment) a pod tímto označením se stal vzorem pro ACT.

TMACT

Hodnoticí nástroj – škála pro posouzení věrnosti modelu ACT. Škála má nahradit dřívější DACT. Definuje ACT jako organizační rámec, v němž je klientovi poskytována péče. DACT přesněji popisuje, které z na důkazech postavených metod mají být zahrnuty, a více zdůrazňuje přístup orientovaný na zotavení.

Transmural

Tento pojem znamená obvykle mimonemocniční. Dříve se více používal termín extramural (mimo zdi), termín „transmural care“ naznačuje, že součástí komplexní péče může být například krátká krizová hospitalizace, ale péče se na hospitalizaci neomezuje a její těžiště je obvykle mimo nemocnici.

WRAP*Wellness Recovery Action Plan, Plán zotavení*

Metoda vyvinutá Mary Ellen Copelandovou na základě jejích vlastních zkušeností a výzkumu, ve kterém shromáždila zkušenosti mnoha dalších lidí s duševním onemocněním. Plán si vytváří sám klient, někdy s pomocí peer konzultanta či dalších pomáhajících. Plán obsahuje:

- denní podpůrný plán (co potřebuji pro to, abych se cítil dobře),
- porozumění spouštěčům a tomu, co s nimi mohu dělat,
- popis časných varovných příznaků a akční plán jejich zvládnutí,
- porozumění signálům, že se věci zhoršují, a akční plán,
- krizový plán (jak postupovat v krizi, včetně kontaktů na osoby, kterým důvěřuji a které mi mohou pomoci),
- postkrizový plán (poučení z krize a zhodnocení postupu, popřípadě úprava plánu).

Zotavení*Recovery*

Pojem zotavení lze používat ve dvojnásobném smyslu. Tzv. klinické zotavení chápeme jako stav či výsledek a znamená především vymizení či podstatné zmírnění příznaků nemoci, někdy také obnovení sociálního fungování. Naproti tomu osobní zotavení je chápáno jako „hluboce osobní, jedinečný proces změny přístupů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a/nebo rolí. Je to způsob prožívání uspokojivého, nadějeplného a přínosného života i s omezeními způsobenými nemocí“ (Anthony).

Použitá literatura

BACHRACH, L. L. **The Biopsychological Legacy of Deinstitutionalization.** *Hospital and Community Psychiatry.* 1993, vol 44 (6) 523-524.

BAK, M., van OS J., DELESPAUL, P., de BIE, A., à CAMPO J., PODDIGHE G., DRUKKER, M. **An observational „real life“ trial of the introduction of assertive Community Treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria.** *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology.* 2007, vol 42 (2) 125 – 130.

BAK, M, DRUKKER, M., de BIE, A., à CAMPO, J, PODDIGHE, G., van OS, J, DELESPAUL, P. **Een observationele trial naar „assertive outreach“ met remissie als uitkomstmaat 1.** *Tijdschrift voor Psychiatrie .* 2008, vol 50 (5) 253 – 262.

BOND, G. R., BECKER, D. R., DRAKE, R. E., VOGLER, K. M. **A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment.** *Rehabilitation Counseling Bulletin.* 1997, vol (4) 265 – 284.

BOND, G. R., DRAKE, R. E., MUESER, K. T., LATIMER, E. **Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients’.** *Disease Management and Health Outcomes.* 2001, vol 9 (3) 142 – 157.

BOND, G. R., DRAKE, R.E. **Should We Adopt the Dutch Version of ACT? Commentary on „FACT: A Dutch Version of ACT“.** *Community Mental Health Journal.* 2007, vol 43 (4) 435 – 437.

COOK, J.A., COPELAND, M.E., FLOYD, C.B., JONIKAS, J.A., HAMILTON, M.M., RAZZANO, L., CARTER, T.M., HUDSON, W.B., GREY D.D., BOYD, S. **A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety and recovery.** *Psychiatr Serv.* 2012, Vol 63 (6) 541 – 547.

Delespaul, PAEG & Consensusgroep EPA (CAHN, W.D.G, DRUKKER, M., van DER GAAG, M., van HEUGTEN, T., van HOOFF, F., KEET, R., KROON, H., MULDER, N., van OS, J., SLOOFF, C.J., SYTEMA, S., van VELDHUIZEN, R., van WEEGHEL, J., WIERSMA, D., WILLEMSSEN, E, WUNDERINK, L.). **Consensus over de aard en omvang van de EPA populatie,** (submitted) *Tijdschrift voor Psychiatrie.* 2012. The Netherlands.

DRAKE, R.E., ESSOCK, S.M., SHANER, A., CAREY, K.B., MINKOFF, K., KOLA, L., LYNDE, D., OSHER, F.C., CLARK, R.E., RICKARDS, L. **Implementing Dual Diagnosis Services for Clients with Severe Mental Illness.** *Psychiatric Services.* 2001, vol 52 (April) 469 – 476.

DRUKKER, M., van OS, J., SYTEMA, S., DRIESSEN, G., VISSER, E., DELESPAUL, P. **Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness.** *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* 2011, vol 20 (3) 273-8.

FIRN, M., HINDHAUGH, K., HUBBELING, D., DAVIES, G., JONES, B., WHITE, S.J. **A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model.** *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology,* Springer. 2012.

INTAGLIATA, J. **Improving the quality of community care for the chronically disabled: The role of case management.** *Schizophrenia Bulletin.* 1982, vol 8 (40) 655 – 674.

LYNNE, D., FINNERTY, M., BOYLE, P. **General Orgnizational Index for Evidence – Based Practices.** SAMHSA website. 2005.

Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (MDR). Trimbos Instituut, Utrecht. 2005.

van OS, J. **‘Een onderzoek naar het verschil in remissie bij assertieve outreach en het standaardmodel’**. *Patient Care*. December 2006 4-6.

PHELAN, M., SLADE, M., THORNICROFT, G. et al. **‘The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness’**. *British Journal of Psychiatry*. 1995 vol 167, 589-595.

PRIEBE, S., HUXLEY, P., KNIGHT, S., EVENAS, S. **‘Application and results of the Manchester short quality of life (MANSA)’**. *International Journal of Social Psychiatry*. 1999, vol 45(1) 7-12.

RAPP, C.A. **The Strengths Model: Case Management with People suffering from Severe and Persistent Mental Illness** New York: Oxford University Press. 1998b.

RAPP, C.A., GOSCHA, R.J. **The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities**. New York: Oxford University Press. 2006.

RIDGWAY, P. **‘Recovery paradigm project: deepening the mental health recovery paradigm, defining implications for practice. A report of the recovery paradigm project’**. Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare. 1999.

SALYERS, M.P., TSEMBERIS, S. **‘ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on ACT teams’**. *Community Mental Health Journal*. 2007, vol 43(6) 619–641.

TEAGUE, G.B., BOND G.R., DRAKE R.E. **‘Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure’**. *Am J Orthopsychiatry* 1998, vol 68(2) 216-32.

TEST, M.A., STEIN, L.L. (eds.) **(1978), Alternatives To Mental Hospital Treatment**. Plenum Press USA. 1978.

TIIHONEN, J., LÖNNQVIST, J., WAHLBECK, K., KLAUKKA, T., NISKANEN, L., TANSKANEN, A., HAUKKA, J. **‘11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population- based cohort study (FIN11 study)’**. *Lancet*. 2009, vol 374(9690) 620-7.

van VELDHUIZEN, J. R. **‘FACT: A Dutch Version of ACT’**. *Community Mental Health Journal*. 2007, vol 43(4) 421-433.

van VELDHUIZEN, J.R., BÄHLER, M., POLHUIS, D., van OS, J. (eds.) **Handboek FACT**. De Tijdstroom Utrecht. 2008.

van VUGT, M.D., KROON, H., DELESPAUL, PAEG, DREEF, F.G., NUGTER, A., ROOSENSCHOON, B.J., van WEEGHEL, J., ZOETEMAN, J.B., MULDER, C.L. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2011, vol 56(3) 154–160.

WING, J.K., BEEVOR, A.S., CURTIS, R.H., et al. **‘Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development’**. *British Journal of Psychiatry*. 1998, vol 172, 11-18.

Centrum pro rozvoj péče
o duševní zdraví, z. s.

Řehořova 10,
130 00 Praha 3
www.cmhcd.cz