

KONFERENCE

**Aktuální trendy v péči o lidi s duševním  
onemocněním**

12. – 13. dubna 2016

*Konference „Aktuální trendy v péči o duševně nemocné“, NF-CZ11-BFB-1-053-2016*

**Podpořeno grantem z Norska.  
Supported by grant from Norway.**

# Zkušenosti s využíváním nástroje FACT Board

Konference Aktuální trendy v péči o lidi s duševním onemocněním  
12.4.2016

MUDr. Petr Hejzlar  
Péče o duševní zdraví, z.s.

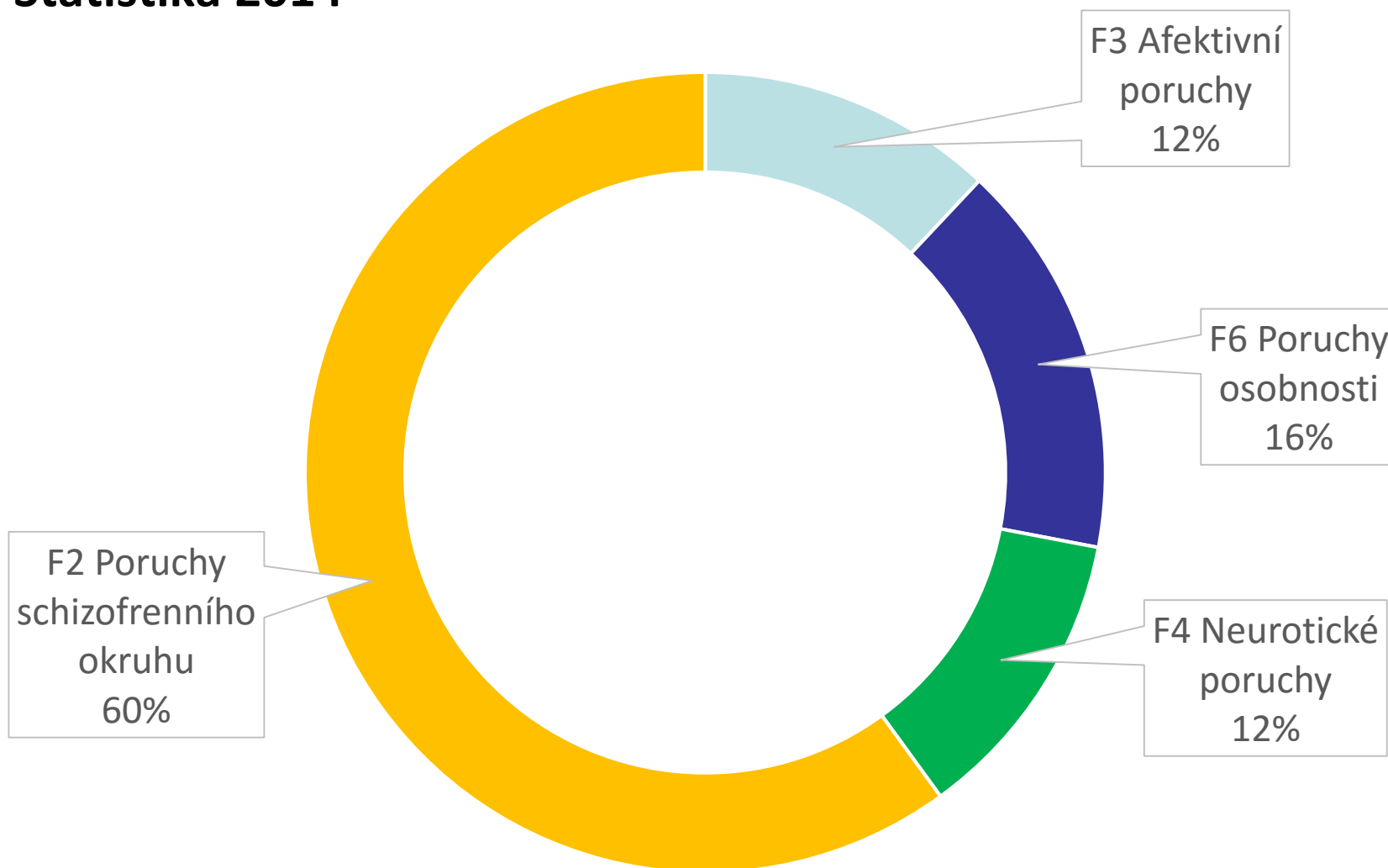
# PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

- Poskytovatel sociálních služeb registrovaný v Pardubickém a Královéhradeckém kraji
- Založen v roce 1995 lidmi z psychiatrického oddělení Pardubické nemocnice
- Provozuje 7 regionálních týmů sociálních pracovníků v okresech Hradec Králové, Chrudim, Jičín, Náchod, Pardubice, Rychnov nad Kněžnou a Ústí nad Orlicí

# Regionální týmy

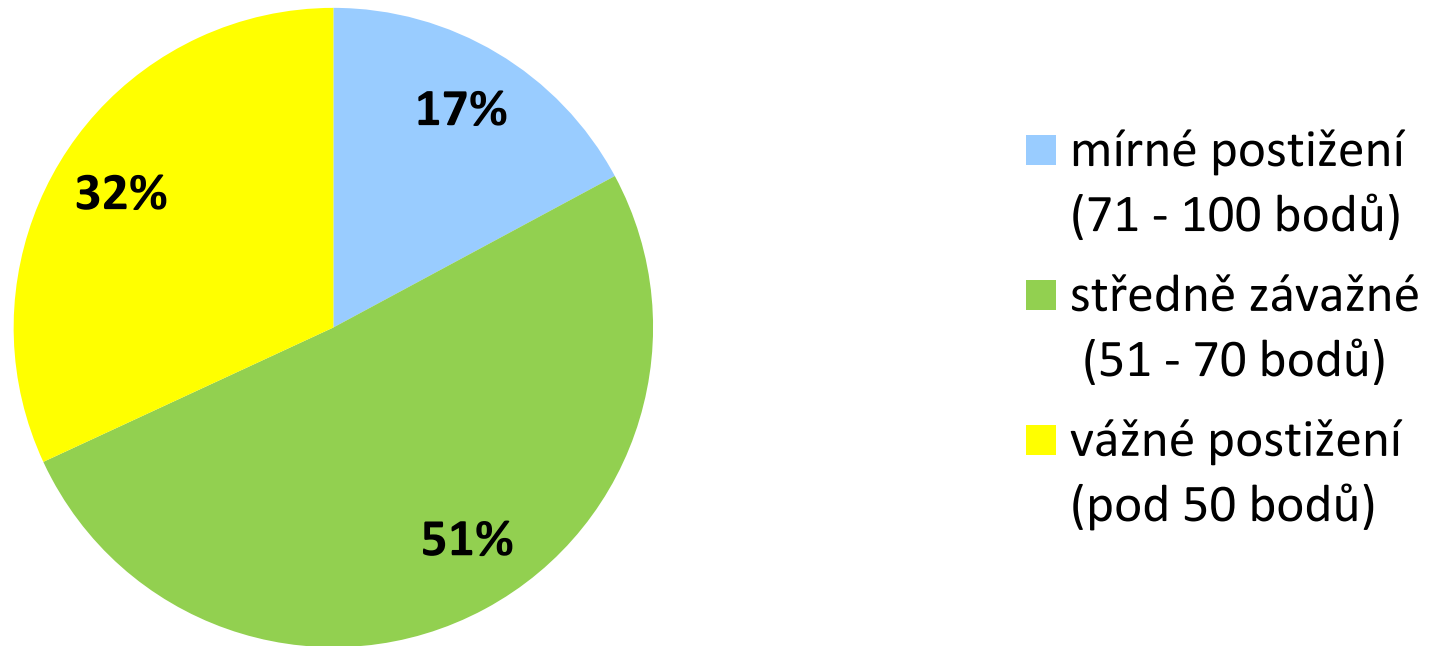
- 6 - 9 členné týmy
- V každém vedoucí týmu, který vedle přímé péče má i manažerské zodpovědnosti
- 2 výchozí metody – case management a psychosociální rehabilitace
- Přijetí klientů do služeb přes všechny členy týmu, potvrzuje týmová dohoda a posouzení skóru GAF
- Ambulantní a terénní práce
- Spolupráce se všemi lůžkovými psychiatrickými zařízeními ve spádové oblasti (např. účast na primářských vizitách nebo zvláštní porady obou zařízení)
- Pobočky Pardubice, Hradec a Chrudim provozují také nácvikové byty (celkem 15 bytů, 25 míst)

# Statistika 2014



# GAF: % případů podle vážnosti postižení

2014, noví uživatelé služeb, N=210




# ***Flexibilní asertivní komunitní léčba***

*(Manual Flexible ACT, van Veldhuizen, Bähler, 2013)*

- Multidisciplinární týmy pro zejména terénní práci s vážně duševně nemocnými (SMI\*), definovaný regionální spád cca 50 tis. obyvatel (*pozn.- vedle toho řada dalších rehabilitačních programů*)
- V péči zpravidla kolem 200 klientů
- Tým – 10 až 12 lidí (většina plný úvazek): 1 psychiatr, 1 kl. psycholog, 1 peer pracovník, 4-8 psychiatrických sester, 1-2 soc. pracovníci, 1 specialista na podporované zaměstnávání (IPS); *min. 2 členové týmu musí mít výcvik v terapii duálních poruch (IDDT)*

\*Ruggeri et al., 2000, F2, F3, > 2 roky, **GAF ≤ 50**



**PDZ 2014: 32% nových klientů**

# ***Flexibilní asertivní komunitní léčba***

*(Manual Flexible ACT, van Veldhuizen, Bähler, 2013)*

- 2 způsoby fungování, které se flexibilně mění podle stavu konkrétního klienta:
  - 80% klientů v režimu individuálního case managementu **(ICM)**
  - 10-20% klientů v krizovém stavu (+noví ve službě)
    - sdílení celým týmem (*shared caseload*), každodenní porady týmu (*FACT board*), zapojení pracovníků připomíná „hospitalizaci bez nemocnice“ **(ACT)**



# Srovnání intenzivního case managementu (ICM) a asertivní komunitní léčby (ACT)

<b>ACT</b>	<b>ICM</b>
Týmový přístup, všichni klienti jsou sdíleni týmem	Část klientů je v individuální péči jednoho case managera
Větší důraz na asertivní vyhledávání a kontaktování klientů	Menší důraz na asertivní vyhledávání a kontaktování klientů
Služba se prakticky neukončuje (dlouhodobá dispenzarizace)	Službu je možno ukončit (klient je stabilizovaný, odmítá spolupráci, je dlouhodobě hospitalizován)
Důraz na medicínskou orientaci (klíčová role psychiatra a psychiatrické sestry)	Důraz na práci se silnými stránkami klienta
Tým by měl pokrýt potřeby klienta - nemusí zprostředkovávat další služby	Důraz je na zprostředkování dalších služeb

# FACT Board

- Excel. tabulka s přehledem klientů vyžadujících intenzivní péči („ACT režim“)
- Pomůcka pro koordinaci aktivit a výměnu informací
- Každodenní ranní porada celého týmu 30-45 min.
- Kategorie:
  - Prevence krize (objevení příznaků relapsu psychózy i závislosti)
  - Intenzivní krátkodobá péče (např. návrat domů po hospitalizaci)
  - Intenzivní dlouhodobá péče (prolongované dekompenzace, nízký skór GAF)
  - Klienti vyhýbající se kontaktu (s rizikem zanedbávání a sociálních konfliktů, asertivní poloha služby)
  - Hospitalizovaní klienti (kontinuita péče, příprava na dimisi)
  - Noví klienti (na Tabuli min. 3 týdny, požadavek setkání s 3-4 různými členy týmu)
  - Klienti se soudně nařízenou léčbou

# Proč FACT Board (Tabule)?

- Profesní růst a ambice pracovat s náročnějšími případy (viz též interní šetření „GAF“)
- Zájem prohloubit spolupráci s ambulantními psychiatry a překlenovat organizačně oddělené „světy“ sociálních služeb a zdravotnictví
- Očekávání reformy psychiatrické péče – „trénink“ na zavádění služby typu Centra duševního zdraví

# Proces...

- Inspirace – konference o Case managementu v Brně XII2013, konzultace s kolegy z Fokusu Mladá Boleslav, Fokusu Vysočina a Prahu Brno
- Jaro 2014 - technické řešení, příprava týmů na zavedení Tabule; šetření zájmu ambulantních psychiatrů
- Léto a podzim 2014 – zkušební provoz, vyhodnocení a doporučení pro další používání Tabule
- Leden 2015 – zpracování a distribuce manuálu pro spolupracující ambulantní psychiatry
- Březen 2016 – výměna zkušeností mezi týmy, hodnocení běžného provozu

# Tabule v databázi Highlander

Kategorie	Jméno	Datum umístění na tabuli	Důvod pro umístění na tabuli	Aktuální přání klienta	Plán intervencí	Osobní cíl	Poslední služba	Klíčový pracovník	Pracoviště	Sdílená pracoviště	Poznámka	Plán ná
X Y		2014-04-04 13:03:20	xy vyhrožoval sousedce fyzickým napadením, často je teď opilý, hrozí zásah policie	Všichni se proti mě spikli, chtěl bych, aby mě nechali na pokoji	Kontaktovat policii Dvakrát týdně kontaktovat Matouše Zavolat paní A.		2013-01-31 -chybí oprávnění	AZ	Pelhřimov	Pelhřimov TPZ, TEST	Pozor na drogy	


Po 5/5 Út 6/5 St 7/5 Čt 8/5 Pá 9/5 So 10/5

Změnil(a): test 2014-04-04

# Mapování zájmu psychiatrů:

35 obeslaných dotazníkem, 22 odpovědělo, 19 mělo zájem o nějakou formu spolupráce

Mohu <b>dávat podnět, aby byl na Tabuli přidán a projednáván klient</b> , který je v mé ambulantní léčbě a zároveň užívá služby týmu PDZ a který se z mého ohledu ocitne v krizové situaci.	<b>18x</b>
Když budu mít od týmu informaci, že na tabuli byl umístěn můj klient, tak mohu <b>využívat možnost vzdáleně nahlížet do záznamů v Tabuli</b> a mít tak informace o chystaných intervencích.	<b>17x</b>
Mohu se <b>vyjadřovat k chystaným či provedeným intervencím týmu</b> (např. jak hodnotím jejich přínos pro zdravotní stav klienta).	<b>15x</b>
Mohu se <b>vzdáleně (telefonicky, pomocí Skypu) zapojit do porad týmu</b> , na kterých bude projednáván klient v mé ambulantní péči.	<b>7x</b>
Mohu se <b>osobně zapojit do porad týmu</b> , na kterých bude projednáván klient v mé ambulantní péči.	<b>5x</b>
Mohu se <b>zapojit do intervencí prováděných v terénu</b> , např. návštěvní službou.	<b>6x</b>



# Poznatky ze 4 měsíců zkušebního provozu

- Klienti zvládají kontakt s více lidmi z týmu dobře; ukazuje se, že je to pro ně docela přirozené, a „řeší to“ méně než tým
- Frekvence: funguje to, když se tým nad Tabulí schází aspoň 3x týdně
- Nefunguje výměna informací bez akce (rozdělení úkolů mezi více pracovníků a jasné krátkodobé) – schůzky nad Tabulí jsou pak neefektivní a frustrující
- Přeceňujeme význam vlastní osoby pro klienta; můj klient v krizi = nedělám nutně víc, hlavně si říkám o pomoc kolegům
- Pro klíč. pracovníka je užitečné vidět, jak s klientem pracují kolegové
- Když je klient sdílen více lidmi, pracovníkům se lépe drží odstup v posuzování situace
- Organizační aspekt: stručnější a výstižnější dokumentace, pružné plánování pracovní doby, větší frekvence = kratší schůzky

# Poznatky z běžného provozu: případové ilustrace

- SITUACE: klient, 38 let, většinu dospělého života pobýval v sociálních rezidenčních zařízeních, 6 měsíců hospitalizovaný v PN Kosmonosy, do soc. ústavu se vrátit nechce, z naší strany nabídka bydlení v tréninkovém bytě
- POSTUP:
  - 3 měsíce příprava: seznámení s většinou týmu, pojmenování rizikových faktorů a obvyklých projevů relapsu, zařizování praktických záležitostí;
  - po propuštění z hospitalizace využití Tabule – nastavení frekvence 2-3 návštěv denně, zapojen skoro celý tým, schůzky nad tabulí 3x týdně;
  - vedle schůzek pohotovost na telefonu, služba i přes víkend; 2 týdny této frekvence kontaktů, pak zvolňování



# Poznatky z běžného provozu: případové ilustrace

- SITUACE: klient, 46 let, bydlící s matkou, která zajišťovala základní péči a veškeré domácí práce, klient na matku fixovaný; nenadálá situace – vážná nemoc matky, hospitalizace, úmrtí; následně další praktické i emocionální zátěžové situace (např. rodina si nepřála účast klienta na smuteční hostině);
- POSTUP:
  - Tabule využita vzhledem k nečekanosti situace a hrozbě zhoršení zdravotního stavu při absenci obvyklé podpory od matky;
  - intervence 3x týdně a pohotovost na telefonu, vedle 3 pracovníků zapojen bratr klienta, 2x týdně komunikace s klientovou psychiatrickou ohledně nastavení dávkování léků;
  - monitorování zdravotního stavu, emoční podpora, nácvik zvládnání domácnosti (vaření základních jídel), pomoc s organizací pohřbu včetně finančního zajištění;

# Poznatky z běžného provozu: reflexe pracovníků

- Díky využívání Tabule dokážeme lépe ušít podporu klientovi na míru, zejména v zajištění základních potřeb (*příklad – klient 3 týdny bez financí, bez prostředků na jídlo*)
- Máme více nápadů (*např. jaké jsou priority, jaké možnosti řešení*)
- Dokážeme rychleji reagovat na změny situace
- Dokážeme přesněji vyhodnocovat rizika
- Výpadek klíčového pracovníka (nemoc, stáž) nemá takový negativní vliv, když clientský případ na Tabuli
- Zkušenost se sdílením klientů nás přirozeně vede to více využívat i u dalších případů (*jakási pozitivní indukce*)
- Díky Tabuli se daří rychleji zapojovat ostatní pracovníky – rychleji se orientují, jak ke klientovi přistupovat
- Funguje korektivní reflexe od týmu (*např. „už není potřeba tolik podpory“*)

# Poznatky z běžného provozu: reflexe pracovníků

- U nových klientů, kteří procházejí krizovým stavem, si nejsme jistí střídáním pracovníků (může to být na úkor vytváření vztahu důvěry s klientem)
- Jsou vysoké nároky na předávání skutečně důležitých informací (stručně a k jádru věci)
- Nefunguje to, když některý kolega má jiný přístup (je laxnější, vidí jiné priority, nedodrží domluvy a neřekne to) – čili velké nároky na týmovou otevřenost a vyhnutí se parakomunikacím
- Když probíhá hodně intervencí ve více pracovnících, tak se ne vždy daří kontinuita (obrazně řečeno, jeden kolega nezačne přesně tam, kde ten před ním skončil)

# Poznatky z běžného provozu: přesahy do organizace

- Chybí jasné pojmenování 2 podmnožin klientů na Tabuli – jedna, kde skutečně sdílíme (akci, ne jen informace), a druhá, kde jsme v pohotovosti (monitorujeme)
- Nemáme jednotné pojetí (postupy) pro rozhraní „dobrovolnost / asertivita“; různé týmy mají jinak nastavenou pomyslnou hranici, do kdy se držet stranou, když klient „nic nechce“
- Více instruovat týmy, pro jaké typy klientů se užívání Tabule hodí (posílit indikační jistotu)
- Chybí nám další vnitřní diskuse o využívání hospitalizací (hlubší pohled, kdy k nim směřovat, kdy se jim vyhnout a hledat alternativy)

**PÉČE**  
**O DUŠEVNÍ**  
**ZDRAVÍ**

**Děkuji za pozornost!**