

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Eliška Kratochvílová, DiS.

Model péče FACT a jeho využití při práci s lidmi s duševním onemocněním

Olomouc 2019

vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jan Chrastina, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní všechny použité zdroje a literaturu.

Datum: 18. 6. 2019

Eliška Kratochvílová, DiS.

.....

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. et Mgr. Janu Chrastinovi, Ph.D. za odborné vedení a dohled nad tvorbou bakalářské práce. Děkuji také organizaci Práh jižní Morava, z. ú., která mi umožnila sdílet informace o fungování terénního týmu.

## Obsah

Úvod .....	6
1. Vymezení základních pojmů .....	8
1.1. Flexible assertive community treatment .....	8
1.2. Duševní onemocnění.....	8
1.3. Komunitní péče.....	9
1.4. Multidisciplinární tým .....	9
2. Vývoj modelu FACT .....	11
3. Cílová skupina klientů FACT .....	13
3.1. Psychotická onemocnění.....	13
3.2. Afektivní poruchy .....	13
3.3. Neurotické poruchy.....	14
3.4. Poruchy osobnosti.....	14
4. Multidisciplinární tým pro práci s FACT modelem .....	15
4.1. Peer pracovník .....	15
4.2. Všeobecná/psychiatrická sestra .....	16
4.3. Psychiatr.....	16
4.4. Psycholog.....	16
4.5. Pracovník pro zaměstnávání .....	17
4.6. Case manager .....	17
5. Principy fungování FACT týmu .....	18
6. Metody práce v modelu FACT .....	19
6.1. Case management .....	19
6.2. Assertive community treatment .....	20
6.3. FACT tabule .....	21
7. FACT fidelity scale .....	23

8.	Zavádění modelu v České republice.....	24
9.	FACT model v organizaci Práh jižní Morava, z. ú.....	26
10.	Terénní tým Brno.....	27
10.1.	Terénní práce.....	27
10.2.	Pracovní pozice v týmu.....	27
10.2.1.	Sociální pracovník.....	27
10.2.2.	Pracovník v sociálních službách.....	28
10.2.3.	Peer konzultant.....	28
10.2.4.	Psycholog.....	29
10.2.4.	Psychiatr.....	29
11.	Popis fungování FACT modelu v terénním týmu.....	32
11.1.	Porady týmu.....	32
11.2.	FACT tabule.....	32
12.	Další metody práce.....	34
12.1.	Psychosociální rehabilitace.....	34
12.2.	Otevřený dialog.....	34
13.	Shrnutí a diskuze.....	36
	Závěr.....	39
	Seznam bibliografických citací.....	41
	Seznam zkratk.....	46
	Anotace	

## Úvod

Téma duševního zdraví je velmi diskutované vzhledem k probíhající reformě psychiatrické péče. S duševním zdravím je spojena spousta mýtů a stigmat ze strany společnosti. Začínající reforma cílí na deinstitucionalizaci a destigmatizaci. Ruku v ruce s tímto procesem jde i rozvoj komunitních služeb. Tato bakalářská práce je zaměřena na popis rozvoje modelu péče FACT (Flexible assertive community treatment), který byl do terénních služeb pro duševně nemocné přenesen z Holandska, kde vznikl.

Jde o model péče, která se zaměřuje na osoby starší 18 let se závažným duševním onemocněním. Péče je poskytována osobám s psychotickým a afektivním onemocněním, neurotickými poruchami a poruchami osobnosti. Cílová skupina klientů modelu FACT přímo koresponduje s cílovou skupinou disciplín psychopedie a etopedie. Model pracuje s klienty s duální diagnózou (drogovou, alkoholovou či lékovou) a s klienty s komorbiditou. Jedná se často o kombinaci primárního duševního onemocnění s mentální retardací, autismem, poruchami chování, případně se somatickým onemocněním anebo s tělesnými poruchami. Model pracuje a podporuje klienty v několika rovinách, např. edukační, terapeutické, intervenční, podpůrné, poradenské a rehabilitační.

FACT model se zaměřuje na klienty po první atace onemocnění a také na klienty dlouhodobě nemocné. Ataka onemocnění, je pro člověka po všech stránkách náročná. Osoby, které mají zkušenost s duševním onemocněním, často zažívají pocity beznaděje, osamocení, nepochopení a setkávají se se stigmatizací ze strany veřejnosti. Klienti s duševním onemocněním jsou většinou na různě dlouhou dobu hospitalizováni. Následkem dlouhodobé hospitalizace může dojít ke ztrátě sociálních návyků a poté až k hospitalismu. Po první atace onemocnění klienti příliš nerozumí svému onemocnění. Na situaci, ve které se nachází, nemají náhled. Často je poté potřeba klienty motivovat a nabízet pomocnou ruku. Cílem je předcházet hospitalizacím a člověka podporovat v přirozeném prostředí, tak aby uměl trávit smysluplně čas, žil své sociální role a předcházelo se hospitalizacím. Proto je důležité klienta podporovat během hospitalizace i následně po propuštění a to v jeho soběstačnosti, samostatnosti a zplnomocňovat jej. Důležitá je podpora sociálně zdravotní.

Cílová skupina klientů FACT modelu je široká a svou problematikou také náročná. Proto je vhodné, aby měl pracovník, který se těmto klientům věnuje vzdělání širšího rozsahu. Především by se měl orientovat v problematice duševních onemocnění a současně by měl umět pracovat s motivací klientů. Měl by mít přehled o možnostech podpory a intervence

napříč spektrem služeb a meziresortní spoluprací. A to z toho důvodu, že se jedná o podporu klienta dospělého věku v různých oblastech a obdobích života.

V České republice se práce v rámci tohoto modelu objevuje od roku 2016. K rozvoji FACT modelu významně přispěl evropský projekt „Podpora FACT modelu v České republice“, který byl realizován a zaštiťován Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví v Praze. Toto centrum se snaží o podporu a rozvoj komunitních služeb v oblasti péče o duševně nemocné. V rámci projektu došlo k přenesení holandských zkušeností a know-how do českých komunitních služeb. Jednalo se o 26 komunitních týmů z 10 různých organizací napříč Českou republikou. Zapojené byly tyto organizace Fokus Mladá Boleslav, Fokus České Budějovice, Fokus Liberec, Fokus Písek, Fokus Vysočina, Fokus Tábor, Mana Olomouc, Péče o duševní zdraví, Ledovec a Práh jižní Morava. Všechny týmy zmiňovaných organizací v rámci zavádění modelu práce FACT prošly vzděláváním a měly metodickou podporu.

Po dobu trvání projektu od roku 2016 do roku 2018 proběhly dvě evaluace týmů podle holandských kritérií. Model není v podmínkách českých komunitních služeb využíván v čisté holandské podobě. Model zde není ani legislativně ukotven. Nicméně zmiňované organizace se s tímto problémem snaží bojovat a FACT model podporují a využívají jeho potenciál.

Cílem této bakalářské práce je popis modelu FACT, tak jak je aplikován v Holandsku a současně popis podmínek, za kterých je realizovaný konkrétně v terénním týmu organizace Práh jižní Morava v Brně.

V úvodní kapitole práce byly popsány základní pojmy, které jsou s tématem úzce spjaty. Jedná se o pojmy jako je duševní onemocnění, komunitní péče, multidisciplinarity a termín FACT. Následující kapitoly byly zaměřeny na popis vývoje samotného modelu. Dále bylo nutné definovat cílovou skupinu, se kterou model péče pracuje. V dalších kapitolách byla věnována pozornost celkovému popisu modelu podle holandských kritérií. Práce se také zabývá popsáním procesu implementace modelu v českých komunitních službách. Dále byly popsány konkrétní zkušenosti s modelem FACT v organizaci Práh jižní Morava, z. ú. Jednalo se o zkušenosti terénního týmu, který s tímto modelem a dalšími metodami jako je case management, otevřený dialog a psychosociální rehabilitace pracuje. Závěr práce je zaměřen na silné a slabé stránky modelu, které byly diskutovány.

# 1. Vymezení základních pojmů

V rámci této bakalářské práce jsem se rozhodla vymežit několik zásadních pojmů spojených s tématem práce. Ústředním tématem je popis fungování modelu péče FACT. Pro celkové ujasnění je potřeba definovat pojmy a termíny s tím spojené. Jedná se především o vymezení termínu FACT. Dále o definování duševního onemocnění, komunitní péče, a multidisciplinárního týmu. Tyto pojmy jsou zcela zásadní, protože jsou úzce spojeny s tématem práce. FACT je definován pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním. Téma duševního onemocnění je velmi široké, proto je potřeba nejprve tento pojem vymežit obecně a následně definovat konkrétní duševní onemocnění podle diagnostických kritérií. Zmiňovaný model péče historicky vychází z potřeb uživatelů. Proto FACT model pracuje převážně v terénu a v komunitě, ve které klient bydlí. Proto je potřeba vymežit pojem komunitní péče. Stěžejním prvkem celého systému péče FACT je multidisciplinární tým. Takto složený a definovaný tým je relativně novým prvkem v podmínkách českých komunitních služeb.

## 1.1. Flexible assertive community treatment

Flexible assertive community treatment je systém péče o duševně nemocné vytvořený v Holandsku. Jedná se o spojení metod ACT (Assertive Community Treatment) a individuálního case managementu. Splynutím těchto metod došlo k vytvoření modelu péče, který poskytuje podporu lidem s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí, individuálně a velmi flexibilně (Novák et al., 2017). Cílem FACT modelu je snížit počet hospitalizovaných klientů, udržet je ve stabilizovaném stavu a podporovat jejich zotavení v rámci komunity (Drukker et al. 2013). FACT nabízí efektivní a flexibilní podporu, organizovanou multidisciplinárním týmem odborníků (Novák et al., 2017).

## 1.2. Duševní onemocnění

Duševnímu onemocnění potažmo duševním poruchám se věnuje lékařský obor psychiatrie. Venglářová (2008, s. 69) definuje duševní onemocnění podle Světové zdravotnické organizace takto „duševní činnost je specifická svým klinickým projevem, je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání“. Duševní onemocnění



(porucha) významně vstupuje do procesu vývoje osobnosti a může jej narušit nebo zastavit (Dušek, Večeřové-Procházkové, 2015). Jak dále uvádí Pěč a Probstová, (2014) duševní onemocnění jsou přesně a konkrétně definována v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. V této klasifikaci jsou onemocnění popsána a v rámci podskupin jsou rozepsány jejich projevy. Model popisovaný v této bakalářské práci se nejvíce týká osob s diagnostikovaným onemocněním z okruhu psychotického, afektivního, s neurotickými poruchami a poruchami osobnosti.

### **1.3. Komunitní péče**

K pojmu komunitní péče je potřeba na začátku definovat pojem komunita. Komunitu lze definovat třemi znaky a to je přesně daná teritorialita, zájmy lidí, kteří v dané lokalitě žijí a jejich problémy a podmínky soužití (Pilát, 2015). Komunitní péče je metodou sociální práce, jejímž cílem je pomáhat lidem v rámci dané lokality, podporovat je a zlepšit kvalitu jejich života (tamtéž). Komunitní péče se týká různých cílových skupin. Tato bakalářská práce pracuje s pojmem komunitní péče s vymezením pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním. Z definice komunitní péče vychází i určité principy jako je lokalita, spádovost, kontinuita práce, služba se zaměřením na asertivní kontaktování a poskytování služby ze strany proškoleného multidisciplinárního týmu (Kříčka, 2006, in Marková et al., 2006). Cílem komunitní péče je schopnost pracovat a podporovat člověka v jeho přirozeném prostředí a se zdroji, které komunita nabízí (Hejzlar et al., 2010). Komunitní péče „...má pomoci lidem s psychiatrickým postižením, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat do té míry, že budou úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, a to s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory“ (Anthony, 2002, in Hejzlar et al. 2010, s. 147). Toto tvrzení potvrzuje i Bankovská Motlová a Španiel (2017), kteří komunitní péči vnímají jako prvek důležitý návazné psychiatrické, lékařské a sociální péče. Cílem je podpora klientů mimo lůžková zařízení.

### **1.4. Multidisciplinární tým**

Multidisciplinární tým je prostředkem k poskytování podpory v systému současné psychiatrické péče (Probstová, 2010, in Matoušek et al., 2010). Je charakteristický různými profesemi, které přispívají k širšímu pohledu na situaci člověka s duševním onemocněním (Hejzla et al., 2010). V týmu je zastoupena pozice psychiatra, psychologa, všeobecné sestry, psychiatrické sestry, sociálního pracovníka nebo case managera a peer konzultanta Tento tým je velmi efektivní při podpoře lidí s duševním onemocněním, protože se u nich často objevují

potřeby z různých životních domén. Daný klient tak může na konkrétní doméně spolupracovat s daným odborníkem (Pěč, 2014, in Petr, Marková, 2014). Tým funguje na principu sdílené zodpovědnosti. Členové týmu mají zodpovědnost za svou odbornost, kterou nabízí klientům v rámci spolupráce. Nicméně v rámci týmu je vždy určen pracovník (např. klíčový pracovník), který nese zodpovědnost za konkrétní případ klienta a jeho koordinaci (Pěč, 2014, in Petr, Marková, 2014). Právě koncepce multidisciplinárních týmů do České republiky přešla ze zemí jako je Nizozemí, Velká Británie nebo Finsko (Hejzlar et al., 2010).

## 2. Vývoj modelu FACT

Autoři holandského modelu FACT se při jeho rozvoji inspirovali americkým modelem péče o lidi s duševním onemocněním ACT. ACT je specifický prostředek pro případové vedení, dalo by se říci pro case management (Pěč, 2014, in Petr, Marková, 2014). ACT byl primárně určen pro cca 20 % pacientů, kteří byli ohroženi atakou onemocnění a tak i následnou hospitalizací (Pěč, 2014, in Petr, Marková, 2014). Tento přístup tak pracoval pouze s nejhroženější skupinou pacientů a pacienti ve stabilizovaném stavu nebo remisi byli opomíjeni (Drukker et al., 2013). Základními složkami ACT modelu péče, které byly přeneseny do FACT modelu péče, bylo sdílení jednotlivých případů, podpora multidisciplinárního týmu a podpora v domácím prostředí (Nugter et al., 2016). ACT se od 70. let 20. století ve Spojených státech amerických stal populární a postupně se dostával do evropských zemí, konkrétně do Holandska a Anglie (Pěč, 2014, in Petr, Marková, 2014). Podle Nugter et al., (2016) v Nizozemí byl ACT hodnocen pozitivně, což se týkalo hlavně předčasného ukončování léčby pacientů. Nicméně model konkrétně Holanďanům nevyhovoval, protože realizovat model péče ACT bylo obtížné hlavně ve venkovských oblastech. Důvodem byl nedostatek personálu, velká vzdálenost a nedostatek návazných služeb (Nugter et al., 2016). Vzhledem k těmto skutečnostem došlo k vývoji modelu FACT, tak aby pokrýval potřebnost nejen zmiňovaných 20 % rizikových klientů, ale i klientů ve stabilizovaném stavu či remisi (Van Veldhuizen, in Nugter et al., 2016). FACT tak reagoval na různorodou skupinu osob s vážným duševním onemocněním a na jejich potřeby péče (Drukker et al., 2013). Jednalo se o osoby s vážným duševním onemocněním neboli SMI (severe mental illness) podle definice amerického Národního institutu pro duševní zdraví (Pěč, 2014, in Petr, Marková, 2014). „Klienti patřící do této skupiny měli mít diagnózu neorganické psychózy nebo osobnostní poruchy, alespoň dvouletou anamnézu duševní nemoci nebo kontaktu se službami duševního zdraví a funkční postižení, které se hodnotilo pomocí hodnotící škály (Pěč, 2014, in Petr, Marková, 2014, s. 127). Vlivem těchto onemocnění docházelo ke snížení funkční schopnosti pacientů a následně tak ke zhoršování kvality jejich života v oblastech každodenních činností (sebeobsluha, vztahy, hygiena) (Probstová, 2010, in Matoušek et al., 2010). FACT model tak začal nabízet dva formáty péče. Jednalo se o individuální podporu klientů, kteří byli stabilizovaní a o ACT režim. Tedy o intenzivní podporu klientů ze strany celého multidisciplinárního týmu (Nugter et al., 2016). FACT model si udržel i velkou míru asertivního přístupu, který se zaměřoval na osoby ve zhoršeném zdravotním stavu, osoby bez medikace a podobně. U FACT modelu péče se tak

očekávalo navazování spolupráce s okolím potenciálního klienta, policií, dalšími záchrannými složkami systému, komunitou a rodinou či jeho blízkými (Nepustil, Szotáková, 2013). V roce 2003 došlo k vývoji modelu péče FACT a v roce 2013 bylo v Nizozemí zhruba 200 týmů, které pracovaly touto metodou. Jelikož se práce v rámci této metody začala rozšiřovat do dalších zemí, tak autoři vypracovali FACT škálu. Škála je pomůckou pro nově vznikající FAC týmy k posouzení všech kritérií FACT modelu péče (Novák et al., 2017). Týmy v Nizozemí mají určenou spádovost cca 50 000 obyvatel, v průměru na pracovníka to vychází 20-25 klientů. Týmy fungují na regionální úrovni a jsou propojeny s nemocnicí a komunitou ve které působí (De Grand, 2017).

### **3. Cílová skupina klientů FACT**

Cílovou skupinou osob, pro které je FACT určen jsou klienti podle klasifikace SMI. Jedná se, o onemocnění z oblasti psychotických a afektivních poruch, neurotických poruch (tj. závažné případy obsedantně nutkavé poruchy) a poruch osobnosti.

#### **3.1. Psychotická onemocnění**

Nejčastěji se jedná o schizofrenii. Při tomto onemocnění dochází ke změně prožívání a vnímání. Při atace onemocnění dochází ke změnám myšlení, chování, jednání, emocí. Často je to spojeno s halucinacemi a bludy, takže člověk není schopen rozlišit co je reálné a co nikoli (Praško et al., 2005). Raboch a Pavlovský (2012) tvrdí, že se jedná o léčitelné onemocnění, které ale významně zasahuje do osobnosti člověka. Může dojít k narušení vztahů, mění se vnímání sebe sama a prožívání. S tímto onemocněním jsou spojeny různorodé příznaky, které se nazývají pozitivní a negativní příznaky. Mezi pozitivní příznaky patří především bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč, impulsy, bizarní projevy (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Může docházet také k uzavření se do sebe, k odtržení od reality a prožívání (Raboch, Pavlovský, 2012). Tyto příznaky mohou být eliminovány pomocí psychofarmak. Mezi negativní projevy onemocnění se řadí emoční oploštělost, prázdná a ochuzená řeč, ztráta prožitků, nízká míra motivace a vůle (Dušek, Večeřová - Procházková, 2015). Negativní příznaky nelze ovlivnit medikací, je proto důležité využívat jiné terapeutické metody a techniky. Mimo schizofrenii do psychotických onemocnění řadíme schizotypální poruchy, poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy a schizoafektivní poruchy (Praško et al., 2005).

#### **3.2. Afektivní poruchy**

Do spektra těchto poruch patří především mánie, depresivní porucha a bipolární afektivní porucha. Pro afektivní poruchy je typická manická fáze, kdy je v popředí euforická nálada, proudy myšlenek, velké sebevědomí, vysoké sebehodnocení, poruchy pozornosti a poruchy spánku (Mahrová, Venglářová, 2008). Depresivní porucha se objevuje napříč duševními onemocněními a to buď samostatně, nebo jako přidružený projev. Pro tuto poruchu je charakteristický pocit samoty, prázdna, únavy, apatie, pocit sevření (Pěč, Probstová, 2014). Pro bipolární afektivní poruchu jsou typické výše zmiňované projevy, které se projevují v různých fázích společně. Mezi jednotlivými fázemi dochází k remisi onemocnění (Mahrová, Venglářová, 2008).

### **3.3. Neurotické poruchy**

V oblasti neurotických poruch model FACT pracuje především s osobami s diagnózou OCD (obsedantně kompulzivní poruchou). OCD se projevuje neodbytnými myšlenkami, které následně způsobují nutkavé a rituální chování (Pěč, Probstová, 2014). Tyto myšlenky vyvolávají různé nápady a impulzy, které se pak stávají stereotypními a dochází k potřebě znovu opakovat určité rituály (Mahrová, Venglářová, 2008). Další neurotické poruchy mohou být přidruženy k duševním onemocněním, jedná se především o fobické poruchy, úzkosti, reakce na stres a poruchy přizpůsobení (Pěč, Probstová, 2014).

### **3.4. Poruchy osobnosti**

Osoby s poruchou osobnosti se dostávají do péče FACT týmu. Nicméně, dochází k aktuálnímu posuzování jejich zdravotního stavu, zda podporu potřebují či nikoli. Jak uvádí Pěč a Probstová (2014) jedná se o velkou nerovnost v rysech a vlastnostech osobnosti. Lidé s poruchou osobnosti se výrazně odlišují od většinové společnosti, většinou se liší životním stylem (Raboch, Pavlovský 2012). Mezi projevy poruchy osobnosti patří poruchy adaptace, zkreslené vnímání obrazu vnějšího světa, zkreslené vnímání sebe sama, manipulativní chování a jednání (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Raboch a Pavlovský (2012) dodávají, že tito jedinci nerespektují autority, chyby pozorují hlavně ve svém okolí. Nechtějí si připustit, že svým chováním často ubližují druhým. Toto onemocnění se může vyskytovat společně s jinými psychiatrickými diagnózami, které jsou takto modifikovány. U člověka s poruchou osobnosti může docházet např. k psychotické dekompenzaci (Raboch, Pavlovský 2012).

## **4. Multidisciplinární tým pro práci s FACT modelem**

Každý z pracovníků týmu má specifickou roli a pozici, každý je nositelem své odbornosti. FACT model péče je realizován týmem odborníků tzv. multidisciplinárním týmem. Jedná se o tým složený z psychiatra, sociálního pracovníka, psychologa, psychiatrické sestry, peer pracovníka a pracovníka pro zaměstnávání. Pracuje se se sdílenou zodpovědností v týmu a s odborností jednotlivých členů. Tým může zahrnovat i pozici adiktologa, který se zaměřuje na osoby s duální diagnózou (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). Posláním pracovníků týmu je podpora klienta nejen při zajištění sociálně-zdravotních služeb, ale především práce s jeho vlastním procesem zotavení. Cílem profesionálů je tento proces podporovat, zplnomocňovat klienta, posilovat jeho naději v zotavení. Celý tento proces je důležitý pro integraci klienta zpět do komunity (Páv et al., 2017). Studiemi je potvrzeno, že týmy jsou úspěšné v rehabilitační práci a práci na zotavení. Nutností je však navázání vztahu mezi klientem a pracovníkem. Vztah během procesu zotavení může být narušen relapsy onemocnění, zde je poté důležitá flexibilita a kontinuita práce (Van Veldhuizem, 2007).

### **4.1. Peer pracovník**

Důležitou pozicí je peer pracovník, což je člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Peer pracovník předává především naději v uzdravení a pracuje s konceptem zotavení (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). Zotavení neboli úzdava je pojem se kterým týmy v komunitní psychiatrické péči pracují. Podle Nováka a Ukropové (2019) se jedná o vysoce individuální proces, ve kterém nejde jen o vyléčení psychiatrické symptomatologie. Jde o dlouhodobý proces, kterým prochází člověk s duševním onemocněním. Cílem je zlepšení kvality života s onemocněním, podpora sociálních a společenských rolí, využití osobního potenciálu a žití smysluplného života (Pěč, 2014, in Petr, Marková, 2014). Celý proces zotavení je postaven na čtyřech důležitých fázích. Konkrétně se jedná o naději, zplnomocnění, odpovědnost za sebe a smysluplnost životních rolí (Ragins, 2018). Ragins (2018) v celém procesu považuje za významné sdílení vlastních příběhů a zkušeností, které dávají naději. Důležité v tomto procesu je projít si jednotlivými fázemi jako je uvědomění si onemocnění a získání náhledu, dále přijetí zodpovědnosti za proces zotavení a za svůj život. Významným zlomem v procesu zotavení může být ataka onemocnění a následná hospitalizace (Pěč, 2014, in Petr, Marková, 2014). Práce peer pracovníků spočívá v individuální nebo skupinové podpoře klientů a podpora v zotavování se z onemocnění. Pokud se jedná

o individuální podporu, tak se peer pracovník zaměřuje na zplnomocňování klientů a podporu v procesu zotavení. Klientovi také předává své vlastní zkušenosti a zážitky (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). V rámci skupinových aktivit má peer pracovník na starosti svépomocné aktivity (skupiny pro klienty). Pro tým je peer pracovník důležitým členem především v předávání zkušeností a uměním se vcítit do prožívání klienta (tamtéž).

## **4.2. Všeobecná/psychiatrická sestra**

V Nizozemí je postavení všeobecných potažmo psychiatrických sester elementární. Pro práci v modelu FACT jsou sestry proškoleny v rehabilitačních technikách a rozhovorech (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). Jejich práce je na pomezí rehabilitace a psychoterapie (Pěč, 2014, in Petr, Marková, 2014). Ve FACT týmech v Nizozemí pracují, specializované psychiatrické sestry, jejichž, vzdělání a odbornost jim umožňuje samostatnou péči o pacienty (např. prohlídky, předepisování léků) (tamtéž). Sestra je v procesu péče o klienta zodpovědná za koordinace případu, pravidelně monitoruje zdravotní stav klienta a spolupracuje s ním podle plánu léčby (tamtéž).

## **4.3. Psychiatr**

Zásadní roli ve FACT týmu zastává psychiatr. Náplní jeho práce není jen výkon lékařských úkonů jako je předepisování medikace, psychoedukace, ale účastní se procesu rozhodování celého týmu. Podílí se na realizaci plánu léčby u klientů, rozhoduje o dlouhodobé podobě léčby. Je také aktivní při rozhodování v případě krize u klienta. Jedná se o úkony spojené s aplikací akutní medikace, zhodnocuje potenciální rizika, rozhoduje o hospitalizaci, o použití omezovacích prostředků, má zodpovědnost za oblast farmakoterapie (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). FACT má na lékaře nároky směrem k psychoterapeutickému uvažování nad situací klienta. Je kladen důraz na práci v rámci biopsychosociálním modelu (tamtéž).

## **4.4. Psycholog**

Psycholog v rámci FACT týmu zastává roli pro kontakt s rodinou klienta a pracuje taktéž v terénu. Pracuje formou individuální i skupinovou. Co se týká skupinové práce, jedná se o psychoedukaci, metakognitivní trénink, nácvik zvládání zátěže (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). Je významným prvkem v rámci procesu zotavení klienta, pracuje s klientem terapeuticky (tamtéž). FACT týmu dává terapeutický náhled na situaci klienta.



## **4.5. Pracovník pro zaměstnávání**

Jedná se o pracovníka, který se cíleně zaměřuje na zaměstnávání klientů a na pracovní rehabilitaci. Práce je zaměřena na vyhledávání vhodných pracovních míst na otevřeném trhu práce, spolupráci se zaměstnavatelem, asistenci na pracovišti a nácvik (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). De facto se jedná o podporované zaměstnávání klientů s duševním onemocněním. FACT model se zaměřuje na podporu klientů s dlouhodobým onemocněním při získání zaměstnání. Pomoci klientovi získat práci je významným procesem, díky němuž dochází k integraci, nastavení režimu, pravidelnosti, navazování sociálních kontaktů, (tamtéž). Cílem zaměstnávání osob s duševním onemocněním je znovuzískání a udržení pracovních schopností a dovedností (Matoušek et al., 2010).

## **4.6. Case manager**

Pozice case managera je v holandském pojetí FACT modelu spíše v menšině. FACT týmy jsou v Nizozemí tvořeny převážně zdravotnickými pracovníky a v menší míře jsou zastoupeni, case manageři. Naopak ve Velké Británii, jsou týmy tvořeny, z větší části case managery a pracovníky pro zaměstnávání (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). Je to z důvodu, že model je více orientován medicínsky. Case manager se zaměřuje na navazování vztahu s klientem, může být prostředníkem mezi klientem a komunitou, případně dalšími odborníky. Zaměřuje se na mapování zdravotně-sociálních potřeb klienta (Matoušek et al., 2010). Současně se podílí na tvorbě a realizaci plánu léčby u klienta. Case manager se musí orientovat oblasti symptomatologie onemocnění, vedení rozhovoru a terapeutických intervencí (tamtéž).

## 5. Principy fungování FACT týmu

Pro efektivní fungování týmu je potřeba držet se stanovených principů, které jsou stavebními prvky FACT týmu. Jedná se o tyto principy práce (Van Veldhuizem, Bähler, 2017):

- dobrá koordinace,
- komplexní přístup,
- multidisciplinární tým,
- sdílení klientů,
- flexibilní přepínání režimů práce,
- definované postupy.

Pro fungování týmu je důležitá dobrá koordinace. Ta je částečně zaručena každodenními poradami, kde se tým pracovníků setkává u FACT tabule. Koordinace je důležitá v předávání informací a především při zhoršení stavu klienta, kdy je potřeba zařadit jej do režimu ACT. ACT režim znamená, že o klientovi se bude tým bavit každý den a bude ho aktivně podporovat (např. kontakt několikrát týdně). Komplexní přístup je velkou výhodou pro řešení situace klienta. Tým je složen z několika odborníků, takže je mu nabízen ucelený systém návazné péče (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). Multidisciplinární tým je významným prvkem modelu péče FACT. Tým je složen z odborníků z oblasti sociální a z odborníků ze zdravotnictví. Prostřednictvím využívaných metod práce dochází k navazování spolupráce s dalšími odborníky a subjekty. Sdílení klientů je součástí týmové práce. Nemyslí se tím, jen sdílení informací. Důležité je i to, že celý tým má povědomí o aktuální situaci klienta. Sdílení informací hraje důležitou roli při zastupování jednotlivých členů týmu ve spolupráci s klientem. Myšlenka sdílení informací koresponduje s režimem ACT. V rámci tohoto režimu dochází k intenzivnější podpoře klienta. Flexibilní přepínání je důležitou dovedností týmu. Klienty tak můžeme rozdělit na ty, kteří potřebují intenzivní podporu a na ty, kteří ji nepotřebují. O klienty se stará jeden tým, který je ale schopen na vzniklé situace přepnutím reagovat (tamtéž). Metoda FACT je přesně definována. Jedná se o jasně vymezené území v rámci, kterého jsou služby poskytovány, pracovní postupy, potřebné odbornosti v týmu, atd. (tamtéž). Práce týmu směřuje především do terénu, což znamená místo bydliště klienta, komunita a okolí.

## 6. Metody práce v modelu FACT

FACT tým pracuje ve dvou módech. Jedná se o individuální case management (CM) a o ACT režim pro klienty ve zhoršeném zdravotním stavu nebo v krizi. Říčan (2015) s tímto tvrzením souhlasí a dodává, že FACT má velkou výhodu v určitém stylu práce s krizí a krizovým plánováním. V případě krize dochází k intenzivní podpoře v rámci týmu, a naopak nedochází k předávání klienta jinam či k jeho opuštění. Práce týmu je založena na každodenních poradách, práci s FACT tabulí, na sdílené práci s klienty a jejich terénní podpoře. Zmiňovaná terénní podpora je prostředkem k zapojování rodiny, blízkých a komunity do spolupráce (Nedělníková, Janoušková, 2008).

### 6.1. Case management

Podle různých autorů není pro CM české pojmosloví. CM je překládán různě a je také různě definován. Nepustil a Szotáková (2013) se v CM zaměřují na případové vedení klientovy situace a na koordinování péče. Podle autorů je postaven na principech práce jako je koordinování případu, řešení problémů a na spolupráci s ostatními subjekty či organizacemi, které tvoří podpůrnou síť pro klienta (tamtéž). Stuchlík (2001) podle angloamerické literatury vysvětluje CM jako asertivní komunitní přístup, jelikož více definuje službu, která je dávana klientovi. Pozice pracovníka neboli case managera je v celém systému péče klíčová. Stěžejní je koordinace práce kolem situace klienta, mapování potřeb a plánování plánu péče (Stuchlík, 2001). Toto tvrzení potvrzuje i Kříčka (2006, in Marková et al., 2006) a podmiňuje to tomu, že termín asertivní komunitní přístup více popisuje to, na jakém principu jsou služby poskytovány klientovi. Podle Nedělníkové a Janouškové (2008) CM nabízí velké využití pro osoby s psychiatrickými či sociálními potížemi. Autorky zmiňují možnosti metody práce, jako je např. síťování služeb, kontaktování klientů, kteří služby nevyhledávají či odmítají. Dále koordinace případů, individuální a flexibilní přístup (tamtéž). Základními a důležitými prvky CM podle Nepustila (2018, in Božić, 2018, s. 110) jsou:

- „kontaktování,
- assessment,
- plánování,
- propojování,
- monitorování a advokacie“.

Stuchlík (2001, s. 9) se připojuje k podobnému popisu rolí pracovníka, který „...vyhledává a kontaktuje, je terapeut a poradce, hájí zájmy klienta, zprostředkovává služby někým dalším“. Stuchlík (2001) potvrzuje to, že dochází k prolínání rolí. Jedná se o jednotlivé složky, které se objevují buď společně anebo jednotlivě při práci s klientem. CM v rámci FACT modelu cílí na podporování klienta v procesu zotavení a jeho psychosociální rehabilitaci. Psychosociální rehabilitace může být chápána ve třech dimenzích, kde je potřebná intervence (klient-rodina-pracovník), dále v prostředí ve kterém klient žije a v neposlední řadě na poli politického rozhodování a struktury služeb (Kříčka, 2006, in Marková et al., 2006). Nicméně cílem CM je řídit spolupráci s klientem, ale nedílnou součástí je vytváření tzv. sociální sítě. Jedná se o proces oslovování a zapojování různých služeb v komunitě, subjektů, organizací do spolupráce. Pomocí této sítě dojde k propojení spolupráce s dalšími nevyužívanými zdroji z komunity (Nedělníková, 2007). Součástí tohoto procesu je i zapojování dalších odborníků do spolupráce s klientem (min. psychiatr). Nutností pro práci je vytvoření léčebného plánu klienta. Do procesu plánování je zapojen, case manager, klient, psychiatr a je žádoucí, aby byli součástí plánování i další zapojení odborníci multidisciplinárního týmu, kteří s klientem spolupracují (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). Významným prvkem CM je zajištění podpory bez prodlev a flexibility (Nepustil, 2018, in Božić, 2018).

## **6.2. Assertive community treatment**

ACT přístup je medicínsky zaměřen. Významným prvkem pro klienty je dostupnost týmu, asertivní práce s klienty, kteří pomoc nechtějí. Tým je v rámci tohoto modelu velmi flexibilní, současně je jeho cílem eliminace hospitalizací a udržení klienta i ve zhoršeném zdravotním stavu v komunitě (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). Na flexibilitu, časté kontakty a 24 hodinovou dostupnost klade důraz i Bankovská Motlová a Španiel (2017). Dalšími principy ACT podle De Grand (2017) jsou sledování přijímání a propouštění klientů z lůžkových zařízení, podpora a udržení ve službě, asertivita a menší počet případů. Podle Stuchlíka je ACT postaveno na (2001, s. 10) „...case managementu, identifikaci s problémy klientů, na zajištění základních potřeb klientů, růstu a vývoji a řešení krizí“. Zahraniční autoři a články potvrzují, že ACT režim je vhodný pro cca 20 % klientů ve zhoršeném zdravotním stavu, v krizi, v atace onemocnění, dočasně zhoršení příznaků, atd. (Nugter et al., 2016). Bond (2005, in Van Veldhuizen, 2007) souhlasí s tvrzením, že model ACT je vhodný pro klienty ve zhoršeném zdravotním stavu. Zhoršeným stavem může být krize, ataka onemocnění, zvýšená stresová zátěž nebo relaps onemocnění. Trvání zhoršeného psychického stavu může

být různé. Ataka onemocnění může trvat až 6 měsíců, kdy dochází k projevům pozitivních i negativních příznaků (Bankovská Motlová, Španiel, 2017). Cílem ACT a současně i FACT modelu je eliminace doby hospitalizace a dřívější návrat do komunity a běžného života. To potvrzuje i studie zaměřená na ACT, cílem je zkrácení doby dnů na lůžku neboli hospitalizace (Marshall, Lockwood, 2002, in Van Veldhuizen, 2007).

Klienti vedeni v tomto režimu jsou poté umístěni na tzv. FACT tabuli, kde je jejich situace sdílená a probírána celým týmem. S klientem může současně pracovat a intenzivně ho podporovat několik profesionálů z týmu (tamtéž).

### **6.3. FACT tabule**

FACT tabule je elektronická, většinou bývá součástí databáze, ve které jsou shromažďována data o klientech. V rámci holandského modelu tým pracuje s tzv. digital FACTbord. Aby bylo zajištěno a dodržováno předávání informací tak se tým schází každý den na krátkou poradou. Zde jsou probíráni především klienti, kteří jsou podporováni v ACT režimu. Jak uvádí Kortrijk et al., (2019) pokud klient splňuje některé z kritérií např. relaps onemocnění, nestabilní zdravotní stav nebo hospitalizaci je umístěn na elektronickou tabuli a jeho situace se denně probírá na poradě. Klientovi je automaticky poskytována intenzivní podpora týmu. Počet klientů umístěných na tabuli představuje 10 % - 20 % všech klientů (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). V momentně, kdy se na tabuli objeví jméno klienta, začne intenzivnější podpora. Klient se do dvou dnů setká s psychiatrem, pracuje se s jeho krizovým plánem, pracovník předá informace rodině klienta o zvýšeném režimu a pozornosti týmu. Spolupráce celého týmu je nutná, cílem je aby nedošlo k hospitalizaci a současně k většímu prohloubení krize (Van Veldhuizem, 2007).

Tým má definována kritéria umístění na tabuli. Kritérii jsou například:

- relaps onemocnění, závislostní chování, sociální problémy,
- krátkodobá podpora (např. výkyv ve zdravotním stavu),
- dlouhodobá podpora (např. dekompenzovaný zdravotní stav, ohrožení klienta),
- klienti odmítající léčbu (např. zanedbávání medikace, asertivní kontakt),
- hospitalizace (v psychiatrické nemocnici, případně umístění do věznice),
- nový klient (prochází procesem přijímání do týmu),
- soudní příkaz (soudem nařízená léčba či dohled) (tamtéž).

Na tabuli bývá umístěno cca 15-30 klientů, (režim ACT) o kterých se mluví každý den na poradě (Van Veldhuizem, 2007). Informace o zdravotním stavu a situaci klienta jsou denně aktualizovány. FACT tabule je velmi důležitá pro koordinaci celého týmu a práci s klientem. Porady slouží k řešení aktuální situace a pro další plánování péče. Pracovníci týmu jsou vedeni k tomu, aby porady byly věcné a docházelo k rychlému sdílení a předávání informací. Od pracovníků týmu se očekává, že budou mít ve svém pracovním čase rezervy, aby mohli reagovat na vzniklé potřeby klientů. V případě umístění klienta na tabuli je do plánování péče zapojen psychiatr, který rozhoduje o vyšetření, úpravě medikace, vyhodnocuje rizika (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). V rámci terénní komunitní práce jsou pracovníci flexibilní, setkávají se i mimo porady. Pracují s informacemi, které přichází z komunity, z okolí klienta, od ostatních klientů. Tyto informace jsou stěžejní především u klientů, kteří odmítají péči týmu, ale současně jsou ve špatném zdravotním stavu (např. psychotická ataka) (Van Veldhuizem, Bähler, 2007).

Na již zmiňovaných poradách dochází k domluvám mezi pracovníky a následnému plánování schůzek s klienty. FACT model je silně spojen s terénní/komunitní prací. Pracovníci tráví významnou část pracovní doby v terénu. Setkání s klienty jsou často realizovaná v tandemu pracovníků různých odborností. Vždy se vychází ze situace klienta, jeho zdravotního stavu, ale je brán zřetel na jeho přání a léčebný plán. Balková (2018) klade velký význam na flexibilitu týmu pro zajištění kvalitně poskytované služby. Mimo členy týmu je potřeba, aby byl do spolupráce zapojený rodinný příslušník případně okolí klienta. Klient je součástí rozhodovacího procesu o další léčbě a intervencích. To jsou kroky, které vedou k jeho zplnomocňování a zachování jeho důstojnosti. Velikost týmu je různá, nicméně standardně má tým cca 8 pracovníků a tito pracovníci mají na starosti cca 200 klientů (Van Veldhuizem, 2007).

## 7. FACT fidelity scale

FACT fidelity scale „...je srovnávací škála, obsahuje 60 položek rozdělených do sedmi skupin. Škála slouží jako sebehodnotící nástroj pro týmy nebo jako vodítko externím hodnotitelům při certifikaci FACT týmů“ (Van Veldhuizem, Bähler, 2017, s. 65.). Prostřednictvím škály může tým získat certifikát pro fungování a je mu zajištěno financování ze strany státu. Jedná se o financování ze zdravotního pojištění a ze státního rozpočtu. Nizozemská škála vznikla v roce 2007, je inspirovaná americkou hodnotící škálou (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). Škála je průběžně aktualizována, aby pružně reagovala na měnící se potřeby týmu a systému. Ve škále jsou známkovány různá kritéria, např. počet pracovníků a odborností v týmu, počty úvazků pracovníků, postupy práce, individuální plánování, práce s krizí, přijímání a ukončování klienta, četnost kontaktů, diagnóza a intervence směrem ke klientovi a komunitě. Škála se zaměřuje i na hodnocení a využívání psychoterapie u klientů, psychoedukace, práce s rodinou, práci s duálními diagnózami (Van Veldhuizem, Bähler, 2017). Hodnocení FACT týmu je v Nizozemí úplně běžné. Hodnotitelé jsou vždy externisté, aby byla zaručena objektivita. Hodnotitelé dostanou předem podklady od týmu a s týmem poté tráví jeden celý den při práci. Účastní se porady a práce s FACT tabulí, plánování schůzek s klienty, terénní práce, atd. Hodnotitelé zjištěné informace zpracují do zprávy, kterou předají týmu k vyjádření. Posléze je zpráva předána nezávislé certifikační komisi, která poté vydá rozhodnutí o udělení certifikátu či osvědčení pro výkon práce (Van Veldhuizem, Bähler, 2017).

## 8. Zavádění modelu v České republice

Jak již bylo avizováno v úvodu práce, na zavádění modelu se významně podílelo CMHCD v Praze (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví). CMHCD se za dobu svého fungování snaží významně podporovat rozvoj komunitních služeb, ať už realizací různých projektů, zprostředkováním a přenášením zahraničních zkušeností až po vzdělávání pracovníků služeb. Projekt Podpora FACT modelu v České republice byl realizován v letech 2016 až 2018. Projekt byl rozdělen podle harmonogramu do několika aktivit. Významnou aktivitou byly dvě hodnocení (evaluace) týmů za přítomnosti holandských a českých odborníků (CMHCD, 2017). Součástí projektu bylo několik klíčových aktivit, které byly uspořádány podle časového harmonogramu po dobu trvání projektu, tedy na dva roky. Jednalo se o úvodní setkání, na kterém byl představen projekt a samotné indikátory projektu. Následoval překlad FACT škály, aby se zapojené týmy mohly seznámit s metodikou evaluace a manuálem FACT (tamtéž). V českých službách proběhly dvě evaluace komunitních služeb. První evaluace proběhla během roku 2017. Týmy byly hodnoceny podle holandských kritérií a byly jim doporučeny techniky, metody jak více rozvíjet model FACT. V období mezi první a druhou evaluací měly týmy metodickou podporu ze strany CMHCD. Jednalo se především o podporu v tvorbě rozvojového plánu. Tento plán cílil na rozvoj týmu v metodě práce FACT. Jednalo se o konkrétní stanovené kroky, které měly, tým posunou dopředu. Nicméně podpora CMHCD spočívala i v metodických setkáních neboli „minikonferencích“, které se uskutečňovaly v pravidelných intervalech. Na minikonferencích byla probírána témata jako spolupráce, síťování služeb, multidisciplinarita, práce s FACT tabulí, zotavení, krizové plány, asertivita nebo klienti s duální diagnózou. Na jaře roku 2018 proběhlo druhé kolo evaluací. Hodnotitelé pracovali podle FACT škály, zaměřovali se na rozvojové plány a celkové posuny týmu v terénní práci (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017). Týmy se od první evaluace průměrně posunuly o 0,24 bodu. V první evaluaci týmy průměrně získaly bodové skóre 3,14. Toto skóre by podle holandské škály znamenalo roční přidělení provizorního certifikátu. Po roce by tým prošel znovu evaluací. Při druhé evaluaci týmy získaly průměrně 3,38 bodu. Což znamenalo přidělení plnohodnotného certifikátu po dobu trvání tří let (tamtéž) U týmů během trvání projektu došlo k rozvoji zlepšení služby, práce v režimu ACT, sdílení klientů, podpora při užívání medikace, psychoterapie, v individuálním plánování, v účasti na plánování propuštění z psychiatrické hospitalizace. Podle CMHCD došlo v českých komunitních službách ke zlepšení celkového pojetí modelu FACT (tamtéž). Projekt zvýšil vstupní úroveň komunitních služeb, což bude potřeba vzhledem k probíhající



reformě psychiatrie a procesům spojených s deinstitucionalizací. Zavádění modelu je podporováno protože, FACT model je jedním z inspirativních modelů péče v rámci komunitních služeb. S rozvojem různých metod komunitní péče je spojena reforma psychiatrické péče, která v České republice probíhá. Jak uvádí Urban (2018, s. 71,) „...reforma psychiatrické péče jde za účelem deinstitucionalizace sítě zdravotně sociálních služeb a je z významné části zaměřená na cílovou skupinu lidí s vážným duševním onemocněním, v zahraničí definovanou termínem Severe mental illness“. V rámci reformy české psychiatrie bude potřeba rozšířit a podpořit kompetence komunitních sociálních a zdravotních služeb. Hlavním prvkem bude přenesení zdravotních služeb do terénu, tak aby se osobám s diagnózou SMI dostalo co největší podpory v přirozeném prostředí.

## 9. FACT model v organizaci Práh jižní Morava, z. ú.

Terénní týmy v organizaci Práh jižní Morava fungují cca od roku 2014. Týmy vznikaly v rámci služby sociální rehabilitace. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je sociální rehabilitace charakterizována jako „...soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“. Postupem času se ukazovalo, že je potřeba podporu pro klienty nabízet více v terénu. Spolu s rozvojem dalších služeb a samozřejmě spolu s trendy v komunitních službách došlo ke změně nastavení dosavadní práce. Praxe ukázala, že nestačí ambulantní poskytování služeb, jelikož klienti ve zhoršeném zdravotním stavu, klienti v krizi anebo za hospitalizace si o pomoc často neřeknou. Proto bylo potřeba na tyto klienty a jejich životní situace reagovat flexibilně a v terénu. V roce 2014 organizace Práh získala projekt financovaný z norských fondů právě na vytvoření zdravotně-sociálního týmu (Veškrnová, 2015). Tým byl tvořený dvěma sociálními pracovníky, třemi psychiatrickými sestrami, psychiatrem. Zdravotničtí pracovníci měli zkrácené úvazky. Tým byl tedy multidisciplinární, nicméně nepracoval v modelu FACT. Práce byla hodně zaměřena na síťování a CM. Už během trvání projektu docházelo k přeměně rehabilitačních (spíše ambulantní podpora) týmů na týmy terénní. Ve výroční zprávě z roku 2016 je popisován masivní rozvoj týmů. Týmy pracují s náročnými klienty, řeší krizové situace a používají FACT tabuli jako nástroj pro sdílení informací. Tým je tvořen několika různými odbornostmi (Veškrnová, 2016). V tom samém roce dochází k zapojení organizace Práh jižní Morava do projektu CMHCD a to s názvem Podpora FACT modelu v České republice (CMHCD, 2017). Tento evropský projekt zaručoval zapojené organizaci přenesení know-how zkušenosti s FACT modelem do českých komunitních služeb. Dále nabízel metodickou podporu pro tým, evaluaci a hodnocení dosavadní práce, podporu v rozvoji služby (CMHCD, 2017).

## **10. Terénní tým Brno**

Pro dokreslení celého kontextu je také nutné vymezit termíny, které se s prací terénního týmu úzce pojí. Dále jsou popsány jednotlivé pozice v terénním týmu. Jsou vymezeny podle potřebné legislativy a jejich kompetencí.

### **10.1. Terénní práce**

Podle Janouškové a Nedělníkové (2008) se jedná o prostředek a metodu práce, prostřednictvím které se dá předcházet sociální izolaci jedinců, skupin nebo celých rodin. Terénní práce je postavená na vyhledávání, depistáži a oslovování potencionálních klientů v jejich přirozeném prostředí nebo jinde v terénu. Terénní práce je tak možností pro osoby, které by jinak služby z různých důvodů nevyhledali (tamtéž). To potvrzuje i Fusch (2009) který uvádí, že terénní práce je východiskem pro úplnou sociální integraci osob zpět do společnosti. Terénní práce neboli terénní sociální práce je zakotvena ve standardech konkrétní sociální služby, v zákoně o sociálních službách a případně jiných předpisech (tamtéž). Terénní práce je podle Nedělníkové (2017, in Hůlová et al., 2017) vymezena primárně prostředím, místem výkonu a nelze pro terénní práci stanovovat konkrétní cílovou skupinu, které má být poskytována. Nedělníková (tamtéž) považuje vymezení terénní práce pro konkrétní a přesně definované cílové skupiny za stereotypní. Při této formě práce je potřeba dát velký důraz na vztah, který vzniká mezi pracovníkem a klientem. Dochází k navazování vztahu, kdy pracovník přichází za klientem s nabídkou služeb (Marek et al., 2012).

### **10.2. Pracovní pozice v týmu**

#### **10.2.1. Sociální pracovník**

Pozice sociálního pracovníka je v sociálních službách definována velmi přesně zákonem. V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (§110) jsou jasně definovány předpoklady pro výkon profese. Jedná se tedy o splnění podmínek vzdělání, kdy minimální vzdělání je vyšší odborné a dále pak vysokoškolské vzdělání. Pracovník musí získat vzdělání zaměřené na sociální práci, sociální pedagogiku, humanitní práci, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku. Organizace Práh jižní Morava má vnitřní směrnici, kde je přesně popsána pozici sociálního pracovníka. Sociální pracovník je zde nazýván, jako case manager, jelikož pracovní postupy organizace a terénního týmu jsou silně spjaty s metodou CM. Podle zmiňované směrnice pracovník plní tyto pracovní úkony, například navazuje kontakty a vztah s klienty, provádí depistáž (asertivně vyhledává klienty),

uzavírá smlouvy o poskytování sociální služby, podílí se na vytvoření plánu služby, spolupracuje a navazuje klienta na další zdroje a služby, spolupracuje s multidisciplinárním týmem, vede dokumentaci, je klíčovým pracovníkem, koordinuje spolupráci, aktivně se účastní porad, supervizí a vzdělávání (Stejskalová, 2017). Se všemi těmito činnostmi souvisí osobnostní nastavení pracovníka a jeho dovednosti. Podle mého názoru je velmi důležité, aby byl pracovník schopen navázat s klientem kontakt, který se následně rozvine v profesní vztah. Tento vztah by měl být založený na podpoře, komunikaci, důvěře, respektu, transparentnosti a partnerském přístupu. Stuchlík (2001) budování vztahu s klientem považuje za významné, doplňuje to i několika doporučeními, které je vhodné dodržovat. Doporučuje se na první setkání s klientem připravit, je také nutné mít ke klientovi respekt. Ve vztahu by neměl pracovník vystupovat jako expert na klientův život, ale měl by se prezentovat jako skutečný člověk (tamtéž). Mezi další dovednosti sociálního pracovníka v terénním týmu patří komunikace a vedení rozhovoru, spolupráce s celým týmem, poskytování zpětné vazby a reflexí, vyhodnocování rizik, chuť se vzdělávat. V praxi se terénní sociální pracovník dostává do konkrétních situací s klienty, které je potřeba řešit. Týká se to konkrétních činností, jako je například nácvik úklidu a vaření (včetně nákupu potravin), podpora při zvládání stresových situací, mapování na začátku spolupráce, zpracovávání krizového plánu s klientem a doprovody k lékařům, na úřady, na poštu (Fokus Opava, 2016).

### **10.2.2. Pracovník v sociálních službách**

Tato pozice je taktéž upravena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (§116), kde je stanoveno minimální vzdělání, které je podmíněno absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu. Žádný pracovník s touto kvalifikací aktuálně nepracuje v terénním týmu. Nicméně pokud by pracoval podle směrnice o pracovních pozicích) by plnil de facto stejné činnosti jako sociální pracovník vyjma uzavírání smluv. Tato pozice je spojena s tím, že pracovník v sociálních službách vždy pracuje pod dohledem sociálního pracovníka (Stejskalová, 2017).

### **10.2.3. Peer konzultant**

Pozice peer konzultanta neboli pracovníka s vlastní zkušeností s duševním onemocněním odpovídá minimálně nárokům na vzdělání pracovníka v sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 116). Nicméně práce peer pracovníka v týmu se významně liší. Peer konzultant dává týmu úplně jinou dynamiku. Často se to může ukazovat při poradách pracovníků, kdy peer přináší své zkušenosti, které jsou často až velmi intimní. Pro zavedení pozice peer pracovníka stejně jako FACT modelu bylo inspirací Holandsko. Hlavní činností

pracovníka je práce se svým příběhem nemoci a celého onemocnění. Pro pozici peera je nutné, aby měl pracovník příběh zpracovaný a měl náhled na to, co se s ním dělo. Náplní práce peera je vlastně demonstrace svého vlastního příběhu zotavení z onemocnění. Je to spojeno s přenášením těchto často citlivých informací klientům, rodinným příslušníkům nebo veřejnosti v rámci destigmatizace. Úkolem peera je současně předávání naděje v zotavení a motivace klientů. Klienti se často na peer pracovníka obracejí a mají zájem s ním spolupracovat, protože právě on má zkušenosti a zažívá si onemocnění „na vlastní kůži“. Peer není jediný pracovník, který pracuje se slovem zotavení, nicméně díky své zkušenosti k tomu má nejbližší. Jedná se o jakýsi koncept uzdravení/zotavení z duševního onemocnění. Smysl je žít život, jehož součástí jsou smysluplné životní role i přes přetrvávající projevy onemocnění. Smyslem služby je poté podporovat klienta a zplnomocňovat jej v samostatném životě (Fokus Opava, 2016). Během procesu zotavení může docházet k různým fázím – relaps, stagnace (tamtéž). Vzhledem k tomu, že doba zotavování z onemocnění se může proměňovat a je pro člověka velmi náročná. Tým by tam měl klientovi poskytovat nutnou podporu.

#### **10.2.4 Psycholog**

Psycholog podle směrnice organizace Práh jižní Morava má jako hlavní náplň práce poskytovat psychologické poradenství a psychoterapeutické služby klientům s duševním onemocněním. Nicméně práce psychologa v týmu je mnohem širší, jelikož reaguje na potřeby cílové skupiny. Jedná se především o řešení náročných krizových situací, poskytování krizové intervence, psychoterapie, edukace klientů a jejich blízkých o duševním onemocnění (Stejskalová, 2017). Významnou náplní práce je vedení edukačních nebo podporných skupin pro rodinné příslušníky nebo osoby blízké. Z velké části je psycholog v terénu. Svými zkušenostmi nabízí i podporu multidisciplinárnímu týmu na poradách či při řešení obtížných situací. Pro výkon této pozice je nutné mít vysokoškolské vzdělání a mít buď započatý (dva roky) nebo ukončený psychoterapeutický výcvik. V rámci služby sociální rehabilitace je pozice psychologa jako další odborný pracovník neboli psycholog poradce (tamtéž).

#### **10.2.4. Psychiatr**

Pozice psychiatra potažmo lékaře v sociální službě je velmi diskutabilní. Lékař je v týmu aktuálně na pozici konzultanta. To znamená, že se účastní porady týmu a případně jde do terénu. Psychiatr splňuje požadavky podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získání a uznání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Lékař pro terénní práci nemá zatím žádné

legislativní ukotvení v zákoně. Pro mnohé lékaře je možnost terénní práce velmi ohrožující. V rámci služby sociální rehabilitace nelze lékaře vůbec zaměstnat. Pozice psychiatra a jeho kompetence v komunitní péči jsou aktuálně velmi diskutovaným tématem společně s reformou psychiatrie.

Terénní tým organizace Práh se snaží co nejvíce přiblížit modelu a jeho principům a nárokům. Nicméně střetává se s limity. Limitační je například zapojení zdravotních sester do služby sociální rehabilitace. Jak je uvedeno výše, jedná se o sociální službu, jejíž poskytování je definováno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Konkrétně pro službu sociální rehabilitace není vymezena pozice všeobecné sestry. Stejně limity jsou spojeny s pozicí lékaře a výkonem psychiatrické péče v terénu. To mimo jiné naráží na zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V zákoně je výslovně uvedeno, že zdravotní péče může být poskytována v přirozeném prostředí klienta, ale je jasně definováno, kdo je poskytovatelem této zdravotní péče. Jedná se o návštěvní službu a domácí péči. V českém právu nejsou prozatím upraveny podmínky pro poskytování zdravotní psychiatrické péče v terénu ze strany zdravotně sociálního týmu. Jedná se konkrétně o předepisování receptů, aplikaci depotních injekcí a podobně. K ukotvení pozice lékaře jako terénního pracovníka může výrazně přispět reforma psychiatrie a rozvoj nového druhu služby, kterým je Centrum duševního zdraví. V rámci standardů jsou pro tuto služby definovány kompetence lékaře v terénu. Podle metodiky (Ministerstvo zdravotnictví, 2018) se jedná o psychiatrické služby jako je preventivní intervence, diagnostika, psychiatrická rehabilitace, edukace, ošetrovatelská péče v terénu a monitorování zdravotního stavu. Pokud by došlo k legislativnímu ukotvení všech těchto kompetencí, tak by došlo k významnému posunu této pozice směrem k terénní práci. Toto je významný rozdíl proti působení FACT týmu v Nizozemí. V Nizozemí je model FACT propojen se zákony, které definují poskytování zdravotně-sociálních služeb v terénu. Tyto limity potvrzuje i Hrdá (2018), která hovoří o dvojí legislativě tj. sociální a zdravotní. Poukazuje na rozdílnost mezi právním ukotvením zdravotních a sociálních profesí, na důležitost hodnotového systému jednotlivých profesí a také s rozdílnou představou o poskytování služby. Tato situace je odrazem aktuální situace systému psychiatrické péče v České republice. S tímto tvrzením souhlasí i Říčan (2015), který uvádí, že rozvoj služeb pro duševně nemocné v posledních 25 letech probíhal primárně pouze v sociální sféře. Mluví dále o jakési anomálii, kdy po celou dobu vývoje služeb nedošlo k propojení se zdravotnickými pracovníky (všeobecné sestry, psychiatři v ambulancích, psychiatrické nemocnice a kliniky).

Je nutné podotknout, že s těmito procesy jsou spojeny i finanční prostředky, které proudí do zdravotnictví. Pěč (2016, in Dudová, 2017) uvádí, že systém psychiatrické péče je podfinancován ve srovnání s ostatními státy Evropy. Na financování psychiatrické péče je vyčleněn nízký počet finančních prostředků. To dále kvituje Raboch (2012, in Dudová, 2017) který říká, že do rozpočtu české psychiatrie odchází cca 2,5 % finančních prostředků. Státy jako Velká Británie nebo Holandsko odvádí cca 10 % financí do rozpočtu na psychiatrickou péči.

## **11. Popis fungování FACT modelu v terénním týmu**

Jak již bylo zmíněno, terénní tým se začal formovat od roku 2014. Intenzivněji v rámci FACT modelu začal fungovat v roce 2016. Bylo to spjato s projektem CMHCD a dvěma evaluacemi. Podmínky v českých komunitních službách neumožňují úplně „čisté“ zavedení FACT modelu. Nicméně tým se snaží z modelu FACT modelu převzít prvky, které jsou v legislativních podmínkách a podmínkách terénních služeb možné.

### **11.1. Porady týmu**

Porady jsou velmi důležitým prostorem v pracovním čase týmu. Jsou nutné k předávání informací, k plánování péče a k řešení akutních situací. Ale také k samotnému setkání všech členů týmu. Vzhledem k charakteru práce, není možné, aby se členové týmu potkávali v jiný čas než ráno. FACT porada má jasně definovaný program, podle Van Veldhuizema a Bählera (2017) se jedná tyto kroky:

- o klientech tým diskutuje každý den na poradě,
- pracovník může požádat o zařazení klienta na tabuli,
- pracovník mluví o klientově situaci a plánování kroků,
- pracuje se s krizovým plánem klienta,
- pracovníci diskutují nad mírou podpory a o potřebě sdílení klienta mezi více pracovníků,
- jsou vyhodnocována rizika.

Terénní tým se na poradách aktuálně setkává 4krát týdně. Porada trvá standardně hodinu. Na poradě pracovníci sdílí informace, o aktuálním stavu klientů. Součástí je často domluva na koordinaci péče, plánování schůzek. Porady se účastní všichni pracovníci, kteří jsou ten den v práci.

### **11.2. FACT tabule**

Tým aktivně využívá tzv. FACT tabuli. V Holandsku využívají často tabuli v elektronické podobě, která je současně propojena s databází klientů. Členové terénního týmu se rozhodli pro využívání magnetické tabule umístěné na stěně ve společné kanceláři. Tabule je rozdělena do několika kritérií, podle kterých jsou klienti na tabuli zařazováni. Jedná se o tyto kritéria:

- a) zájemce o službu,
- b) nový klient,



- c) stabilizovaný klient,
- d) zhoršení příznaků/krize,
- e) nevhodné chování v komunitě nebo vážné sebezanedbávání,
- f) obtížný kontakt nebo asertivní kontakt,
- g) hospitalizace (psychiatrická, somatická).

O umístění zájemce či klienta na tabuli se vždy diskutuje v týmu. Jsou s tím spojeny společné rozhodovací procesy. O klientech, kteří jsou na tabuli, se mluví každý den na poradě týmu. Je to nutné vzhledem k plánování péče a zajištění koordinace týmu. Dochází často k přesouvání klientů z jednoho kritéria pod jiné. Děje se to v souladu se změnami, které probíhají v životě klientů. Pokud nastane u klienta krize či zhoršení zdravotního stavu, tak na to reaguje tým častějším kontaktem. Jsou tím myšleny častější schůzky (několikrát týdně), podpora klienta doma a celkové zajištění péče (např. komunikace s ambulantním psychiatrem, s rodinou). Toto tvrzení potvrzuje i Hejzlar (2016), který říká, že FACT tabule může zlepšit spolupráci s ambulantními psychiatry a zapojit je do plánování péče. Dále dodává, že je to prostředek ke sblížení zdravotního a sociálního světa.

V praxi to často vypadá tak, že klienta v domácnosti navštěvují tři pracovníci, kteří se střídají. Může to být rozděleno na pondělí-středu-pátek. Pokud pracovník vyhodnotí, že je potřeba kontakt zintenzivnit, tak téma otevře na poradě týmu.

## **12. Další metody práce**

Komunitní služby relativně čerstvě v modelu FACT pracují. Před zapojením do projektu terénní tým čerpal inspiraci pro práci s různých směrů. Práce v terénu prošla za poslední roky vývojem, s tím jsou spojeny i samotné metody práce. Terénní tým se neinspiroje jen FACT modelem, ale také otevřeným dialogem, psychosociální rehabilitací a case managementem. Do jisté míry jsou si všechny metody práce velmi podobné. Cílí na přímou práci s klientem a snaží se hledat další zdroje v životě klienta (rodina, služby, neformální podpora). V předchozích kapitolách je podrobně popsána metoda FACT, která je úzce spojena s CM. Ráda bych proto více přiblížila metodu psychosociální rehabilitace a otevřeného dialogu. Žádný z přístupů není týmem dogmaticky dodržován. Tým využívá pouze některé prvky, které jsou vhodné pro podmínky komunitních služeb.

### **12.1. Psychosociální rehabilitace**

Psychosociální rehabilitace je proces, který směřuje k tomu, aby lidem s psychosociální nedostatečností pomohl optimalizovat jejich kvalitu života a soběstačnost, takže může působit v různých, svobodně zvolených prostředích (bydlení, zaměstnání, další) způsobem, který jim přináší osobní i sociální uspokojení (Wilken, Hollander, 1999). Celý koncept psychosociální rehabilitace se zaměřuje na osm domén v životě člověka. Jedná se konkrétně o domény jako je bydlení, práce, učení se, volný čas, osobní péči, zdraví, životní smysl a vztahy (tamtéž). Tento rehabilitační přístup se zaměřuje na několik úrovní v životě člověka. První úroveň je taková, že pracovník by tak měl současně pracovat s klientem a jeho rodinou. Druhou úrovní je práce s přirozeným prostředím klienta. V poslední úrovni se jedná o práci směrem k sociální politice daného regionu, případně státu a také směrem k sociálním službám (tamtéž). Významným prvkem je podpora klienta v procesu zotavení to znamená uzdravování se. Autoři dále upozorňují na to, že zotavení se z onemocnění nezačne hned po první atace, ale často tomu předchází ještě několik hospitalizací v důsledku zhoršení zdravotního stavu. Je důležité, aby pracovníci klientům poskytovali rehabilitační podporu i v těchto obdobích a současně respektovali přání klienta (Wilken, Hollander, 1999).

### **12.2. Otevřený dialog**

První oficiální výcvik v metodě Otevřeného dialogu probíhal v roce 2018. Přístup je přenesen z Finska, kde se rozvinul v 80. a 90. letech 20. století. Podle Nováka (2017) se jedná o terapeutický směr práce, který se zaměřuje na organizování péče o klienta s duševním onemocněním na předem vymezeném území. Nutná je rychlá reakce na vzniklé

potíže, a to do 24 hodin od zjištění informace. Tento přístup je dále postaven na cílené podpoře celé sítě kolem klienta, ať už formální síť či neformální (tamtéž). Přístup se primárně využívá v rámci časných intervencí. Jedná se tedy o zahájení léčby podpory ještě před propuknutím onemocnění. Otevřený dialog podle Šupy (2017, in Novák, 2017) pracuje s myšlenkou, že je nutné chápat zhoršení psychického stavu jako krizi, a je proto nutné ji řešit v krátkém čase společně s profesionály. Směr dále vychází z několika principů, které jsou důležité a je nutné je dodržovat. Jedná se o tyto principy (Šupa, 2017, in Novák, 2017):

- okamžitá odezva,
- zodpovědnost a týmová práce,
- flexibilita a mobilita,
- tolerance nejistoty,
- zaměření na sociální síť,
- dialogismus,
- transparentnost,
- kontinuita.

Seikkula a Arnkil (2013) kladou důraz na otevřené setkání, před setkáním nedochází k žádnému plánování kroků, ale vše probíhá přímo na setkání za účasti klienta. Je tak zaručena transparentnost na všechny strany. Spolupráce je tak více partnersky nastavená, jelikož o klientovi není rozhodováno za jeho zády. Autoři uznávají, že realizace síťových setkání je náročná, nejen časově, ale i proto, že se setkají různí lidé, různých odborností s odlišnou představou o podpoře klienta. Nicméně, je nutné tato setkání realizovat a dialogicky vést rozhovor o hledání zdrojů a podpory pro klienta (Seikkula, Arnkil, 2013). S tímto dialogickým přístupem je spojena i praxe reflektujících týmů. Otevřený dialog během setkání pracuje s reflexemi a reflektováním. Podle Úlehly (2010, in Nedělníková, 2012) se jedná o větší možnosti využití rozhovoru, jelikož se do rozhovoru mezi pracovníkem a klientem vrátí díky reflexím zpět myšlenky, které by jinak zapadly. Tým je tvořen cca třemi až čtyřmi členy, kteří rozhovor poslouchají a po určité době mají prostor vyjádřit se k tomu, co v rozhovoru zaznělo. Výhodou je genderově vyvážený tým (Andersen, 1990, Lax, 1995, Jonesová, 1996, in Nedělníková, 2012).

### 13. Shrnutí a diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo popsat model péče FACT tak, jak je používán v Holandsku a současně bylo cílem popsat model péče FACT, jak je využíván v českých podmínkách, konkrétně v organizaci Práh jižní Morava, z. ú. Na základě zpracovaných informací se ukázalo, že v Holandsku je model péče velmi dobře zakotven – právně i v rámci služeb. Model můžeme do českých komunitních služeb přenést podle mého názoru jen částečně. Proto bych se dále ráda zaměřila na silné stránky modelu, které jsou rozhodně pro naše služby přínosem. Současně ale i na slabé stránky, které tvoří určité překážky pro plnou implementaci modelu.

Podle mého názoru je silnou stránkou modelu velmi dobrá organizace práce celého týmu. V týmu jsou přesně vymezeny pozice, které mají stanovené kompetence, a tak nedochází k překrývání jednotlivých rolí v týmu. Každá pozice v týmu je specifická svými znalostmi, dovednostmi a kompetencemi. Novák (2017) ještě doplňuje, že se jedná o srozumitelný rámec péče, která je poskytována na předem vymezeném území. Za přínosné považuje spojení s akutní psychiatrickou péčí, tedy přepínání do ACT režimu. Významnou devízou modelu je přepínání ve dvojím režimu. Pokud je klient ve zhoršeném stavu, dojde k intenzivní podpoře v jeho přirozeném prostředí. Případně pokud je klient hospitalizovaný, tak jej tým navštěvuje a je zahrnut do plánování péče po propuštění. Holandský model pracuje s kompetencí zdravotních pracovníků v terénu a je otevřený směrem k předepisování či aplikování psychofarmak přímo v terénu.

Slabou stránkou modelu může být personální zabezpečení. Kdyby české komunitní služby měly model přebrat v úplně dogmatické podobě, bylo by velmi obtížné jej personálně naplnit. A to především ze strany zdravotních pracovníků – všeobecných/psychiatrických sester a lékařů. Mimo to by muselo dojít k legislativním změnám a k ukotvení těchto pozic v rámci terénní služby se zaměřením na osoby s duševním onemocněním. Změny by se měly týkat především větších kompetencí všeobecných sester potažmo psychiatrických sester a lékařů při terénní práci. Konkrétně by se mělo jednat o aplikaci a předepisování medikace mimo zdravotnické pracoviště. Dalším negativem mohou být finanční prostředky, s jejichž nedostatkem se potýkají sociální a zdravotní služby.

FACT týmy v Holandsku jsou ve spolupráci s nemocničními zařízeními a také jsou napojeny na akutní psychiatrická lůžka. V českých podmínkách vnímám velkou nevýhodu a mezery v meziresortní spolupráci, což se týká hlavně sociálních a zdravotních služeb.

Komunitní týmy se snaží spolupracovat s nemocničními zařízeními, nicméně spolupráce je stále na začátku a je náročná. To potvrzuje i Říčan (2015), který říká, že většina služeb pro duševně nemocné se od 90. let rozvíjela výhradně v neziskovém sektoru. Zdravotnický personál poskytoval péči v psychiatrických nemocnicích, ambulancích a jiných zdravotnických zařízeních. Říčan (2015) tak považuje zdravotnický systém za nepružný, proto změny v meziresortní spolupráci probíhají pomalu.

FACT funguje po celém Holandsku jako model péče, který je právně ukotven a poskytuje péči lidem s duševním onemocněním v dané lokalitě. I přesto, že tým pracuje od pondělí do pátku, je úzce propojen s místními lůžkovými zařízeními. Pokud dojde k hospitalizaci klienta o víkendu, je tým neprodleně informován a spolupráce nadále intenzivně pokračuje (Říčan, 2017, in Novák, 2017). Dále týmy ACT fungují ve Velké Británii. Kromě komunitních týmů mají ještě specializované krizové týmy a týmy pro klienty s první atakou onemocnění, které se nazývají týmy časné intervence (Říčan, 2015). V Itálii fungují Centra duševního zdraví - Mental Healthcare Centres, která pracují s prvky péče ACT a FACT (Novák, Skála, 2017, in Novák, 2017). Říčan (2015) dodává, že italská centra pracují s dvojí filozofií péče a s principem otevřených dveří a individuálního přístupu ke klientům.

Novák (2017) říká, že model nelze přijmout úplně. Je vhodné přejímat prvky modelu, které jsme schopni zasadit do kontextu české komunitní péče. S tímto tvrzení souhlasím, není možné model úplně přijat. Model má plno nároků, nejen personálního zabezpečení, ale je nutné, aby tým fungoval jako celek a uměl pracovat s multidisciplinarity. Podle mého názoru je potřeba, aby se komunitní služby a psychiatrické nemocnice odklonily od individuálně poskytované péče klientovi. Je nezbytné začít situaci duševně nemocných řešit komplexně, a to je spojeno s potřebou zapojit do spolupráce více odborníků. Zmiňované týmy, které byly zapojeny do projektu, se takto zcela jistě snaží pracovat. Myslím si, že ale stále naráží na rigiditu jiných služeb či zdravotnických zařízení.

FACT model můžeme také srovnat s modely péče, které nejsou v komunitních službách novinkou. Jedná se, o metody jako je CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation), psychosociální rehabilitace a zmiňovaný CM. Zcela novým přístupem v českém prostředí je Otevřený dialog. Je důležité podotknout, že samotný FACT model není úplně nová věc, ale ze všech přístupů čerpá vždy něco.

Metoda CARE je propojena s různými rehabilitačními školami, ze kterých čerpá principy a filosofii práce. Přístup CARE se prezentuje jako metoda, kterou lze využít napříč

cílovými skupinami. Obecně se CARE zaměřuje na zlepšování kvality života, zplnomocňování klientů a integrování do komunity (CMHCD, 2017).

Psychosociální rehabilitace se taktéž snaží o podporu člověka při znovu začlenění do společnosti. I psychosociální rehabilitace má velký základ v různých světových školách. Podle Probstové (2005, in Obručová, 2014) se jedná o Britskou školu, Los Angeleskou školu a Bostonskou školu. Psychosociální rehabilitace pracuje na podpůrném prostředí, na posuzování kvalit života, trénování dovedností, rozvoji schopností a učení se.

Obě tyto metody práce mohou být využívány společně s modelem FACT při práci s lidmi s duševním onemocněním. Nicméně samostatně nejsou modely péče navrženy tak, aby pracovali s krizovými situacemi a krizovou podporou klienta v terénu.

Například metoda práce CM se modelu FACT podobná v tom ohledu, že směřuje k organizaci a struktuře práce v týmu a to jsou beze sporu výhody. Nicméně modelu FACT chybí jakási filozofie, o kterou by se tým mohl opřít. Zmiňovaný Otevřený dialog jakožto terapeutický směr nabízí tento filozofický kontext, který by mohl s nastavením metody FACT korespondovat.

Z mých zkušeností, které jsem získala prací v terénním týmu, často dochází k tomu, že týmy čerpají inspiraci z různých směrů a modelů a využívají jen některé prvky. A poté dochází k různému propojování modelů péče. Může k tomu docházet i proto, že ne každý model v jeho původní podobě vyhovuje podmínkám českých sociálních služeb a také může narážet na legislativní omezení a kompetence pracovníků.

Vzhledem k reformě psychiatrické péče, se kterou je spojena deinstitucionalizace, dojde postupně ke komplexnějšímu plánování péče. To potvrzují i informace na webu MZČR (2018), které říkají, že cílem celého procesu je odklon od dosavadní institucionální péče a přechod na komunitní způsob péče. Nutností bude vytvořit síť péče pro klienty v regionech ČR. Velkou nadějí dávají nově vznikající centra duševního zdraví, která se inspiroují modely práce z Holandska, Itálie a Velké Británie. Centra duševního zdraví zajišťují podporu klientů v terénu, zvyšují dostupnost psychiatrické péče pro klienty v domácím prostředí. Jádrem center duševního zdraví je multidisciplinárním tým tj. zdravotně-sociální tým (Říčan, 2015).

## Závěr

Na základě informací ze závěrečné zprávy z realizovaného projektu CMHCD došlo během let 2016 až 2018 ke zlepšení a zkvalitnění služeb FACT týmů. Týmy se posunuly na FACT škále ze skóre 3,14 na skóre 3,38. Skóre 3, 14, kterého po první evaluaci týmy dosáhly, by v Holandsku znamenalo získání ročního certifikátu pro práci v terénu. V rámci druhé evaluace se týmy posunuly v průměru o 0,24 bodu. Což znamenalo posun na hranici získání plnohodnotného tříletého certifikátu. Dvanáct týmů by získalo provizorní roční certifikát a čtrnáct týmů by získalo plnohodnotný tříletý certifikát, jednomu týmu nebylo možné certifikát udělit (Stuchlík, Říčan, 2018). Během trvání projektu se zástupci týmů mohli účastnit minikonferencí, díky kterým přenášeli nové zkušenosti do praxe. Celkově bylo do projektu zapojeno 27 terénních týmů, které pracují v rámci komunitních služeb pro lidi s duševním onemocněním (tamtéž). Kritéria hodnocení byly rozděleny do okruhů jako je struktura týmu, pracovní postupy, diagnóza, léčba, intervence, organizace, principy komunitní péče, odborný rozvoj týmu (Bähler et al., 2010).

Během dvou let se v českých komunitních službách podařilo podpořit týmy směrem k lepšímu fungování a organizaci péče v rámci modelu FACT. Dalo by se říci, že model FACT a jeho zavádění podpořilo týmy v multidisciplinární spolupráci, která bude nadále zásadní pro realizaci reformy psychiatrie. Multidisciplinární a meziresortní spolupráce je aktuálně významným tématem v rámci reformy psychiatrie.

Reforma psychiatrie začala pomalu startovat v roce 2013 a pracuje s několika strategickými cíli. Například si klade za cíl systémové změny v poskytování psychiatrické péče v lůžkových zařízeních, boj proti stigmatizaci osob s duševním onemocněním, zlepšit kvalitu psychiatrických služeb, provázat zdravotní a sociální péči (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). S reformními kroky, které jsou zcela jistě pozitivní, je také spojen rozvoj několika desítek Center duševního zdraví. Týmy, které tvoří centra, jsou multidisciplinárně složeny a čerpají inspiraci pro práci například z modelu FACT, CM a modelu ACT. Cílem je preventivně předcházet hospitalizacím, preventivně předcházet vzniku onemocnění a podporovat klienty v jejich přirozeném prostředí (Štěpanyová, 2018).

Je velmi pozitivní, že se reforma rozběhla a dochází tak k podpoře meziresortní spolupráce, nicméně nedošlo k legislativnímu ukotvení této spolupráce potažmo kompetencí jednotlivých pracovníků. Dochází k tomu, že práce je stále „rozpuštěná“ na sociální

a zdravotní. Podle mého názoru mají týmy horší výchozí pozici, která může být spojena s nejistotou právního ukotvení.

Cílová skupina klientů, kterou se tato bakalářská práce zabývá, je na pomezí psychopedie a etopedie. Domnívám se, že je důležité komplexní vzdělání nejen sociálních pracovníků. A to směrem vysokoškolského vzdělání anebo terapeutickým směrem, formou výcviků, workshopů, apod. Vědomosti pracovníků by měly být rozvinuty v rámci specializací v disciplínách jako je etopedie, psychopedie, adiktologie či ergoterapie. Myslím, že důležité bude také vzdělávání v oblasti komunitní péče.

Vzdělávání v této oblasti považuji za důležité, jelikož klienti s duševním onemocněním za sebou mohou mít různé traumatizující zážitky z dětství, zkušenosti se šikanou, se stigmatizací anebo například již v minulosti měli potíže v oblasti poruch učení či chování. Literatura udává několik možných příčin vzniku duševního onemocnění. Vzniku onemocnění mohou také předcházet některé vlivy jako je špatné rodinné zázemí, sociokulturně znevýhodněné prostředí, výchovné potíže, poruchy učení, zkušenosti s drogami a další traumatizující události.

Model FACT se zaměřuje na cílovou skupinu klientů starších 18 let. Myslím, že je vhodné pracovat s myšlenkou jak směřovat a implementovat práci směrem k cílové skupině dětí, mladistvých a také směrem ke gerontologickým pacientům. Tyto cílové skupiny nejsou v rámci komunitních služeb příliš podpořeny.

Velký potenciál vnímám v meziřesortní spolupráci, která je na začátku. Smysl by dávaly například výměnné stáže na zdravotních a sociálních pracovištích a zahraniční stáže do zemí, kde je péče v komunitě mnohem více rozvinuta (Itálie, Norsko, Holandsko).

V rámci výzkumu by bylo zajímavé zaměřit se na klienty, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni a budou podporováni týmem v rámci modelu FACT. Bylo by možné mapovat změny ať pozitivní či negativní, které jim komunitní péče a podpora přináší. Současně také zjišťovat míru jejich zotavování se z duševního onemocnění.



## Seznam bibliografických citací

BALKOVÁ, M. *Zdravotně sociální pomezí- proč se vzájemně potřebujeme?* Psychiatrie pro praxi, 2018, roč. 19, č.2, s. 14-20. ISSN 1803-5272

BÄHLER, M. et al. *FACT fidelity scale*. [online]. Certification centre for ACT and FACT: 2010. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. ©2017 [cit. 2019-06-09]. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Fact-Fidelity-Scale\\_v2010\\_CZ\\_revize-2017\\_FINAL.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Fact-Fidelity-Scale_v2010_CZ_revize-2017_FINAL.pdf)

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století. 3.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4287-1.

BOŽIČ, A. et al. *Dobrá praxe sociální práce na obci*. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2018. ISBN 978-80-87623-13-8.

DE GRANDE, J. *FACT model – integrovaná péče*. [online]. Podpora FACT modelu. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ©2017. [cit. 2019-05-12] Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/aktualni-projekty/podpora-fact-modelu/>

DUDOVÁ, M. *Kompetence pracovníků v multidisciplinárním týmu v oblasti péče o duševně nemocné*. Praha, 2017. Rigorózní práce. Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Katedra sociální práce. Vedoucí rigorózní práce Eva Dragomirecká.

DRUKKER, Marjan et al. *Flexible Assertive Community Treatment, Severity of Symptoms and Psychiatric Health Service Use, a Real life Observational Study: A Prospective Real Life Study*. Community Mental Health Journal.[online]. 2013, **9**(1), 202-209. [2019-05-12]. DOI: 10.2174/1745017901309010202. ISSN 1745-0179. Dostupné také z: <https://clinical-practice-and-epidemiology-in-mental-health.com/VOLUME/9/PAGE/202/>

DUŠEK, K., A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

*CARe Česká republika*. [online]. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ©2017. [cit. 2019-06-08]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>

FUCHS, F. *Terénní sociální práce ve městě Brně*. Brno: Magistrát města Brna, 2009. ISBN 978-80-260-0569-8.

HEJZLAR, P. et al. *Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné*. Psychiatrie, 2010, roč. 14, s. 146-152. ISSN 1211-7579.

HEJZLAR, P. *Zkušenosti s využíváním nástroje FACT Board*. In Konference Aktuální trendy v péči o lidi s duševním onemocněním, 12. – 13. 4. 2016, [online]. Péče o duševní zdraví, z. ú. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/21813748-Inspirace-nizozemskymi-fact-tymy-v-praxi-pdz.html>

HRDÁ, K. *Multidisciplinární tým v akci*. Praha: Domov Sue Ryder, 2018. ISBN 978-80-907190-0-2.

HŮLOVÁ, K. et al. *Přínosy a limity terénní sociální práce*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-138-6.

*Informace o projektu Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky ©2018. Poslední revize 2018-11-27 [cit: 2019-05-04.] Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/informace-o-projektu-deinstitucionalizace-sluzeb-pro-dusevne-nemocne\\_14257\\_2452\\_8.html](https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/informace-o-projektu-deinstitucionalizace-sluzeb-pro-dusevne-nemocne_14257_2452_8.html)

JANOŠKOVÁ, K., D. NEDĚLNÍKOVÁ. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků: sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-504-1

KORTRIJK, H. et al. *Trajectories of patients with severe mental illness in two-year contact with Flexible Assertive Community Treatment teams using Routine Outcome Monitoring data: An observational study*. PLOS ONE [online]. 2019, 14(1), 898-907 [cit. 2019-05-04]. DOI: 10.1371/journal.pone.0207680. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0207680>

MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MAREK, J. et al. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0090-1.

MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

NEDĚLNÍKOVÁ, D. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007. Ostravská univerzita v Ostravě.

NEDĚLNÍKOVÁ, J. *Reflektující týmy a jejich využití při práci s klienty*. Olomouc, 2012. Diplomová práce. Cyrilometodějská teologická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Katedra křesťanské sociální práce. Vedoucí diplomové práce Leoš Zatloukal.

NEPUSTIL, P., M. SZOTÁKOVÁ. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-076-6.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Metodika programu podpory center duševního zdraví II*. [online] MZČR: 2018. [cit. 2019-04-06] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vyhlasuje-vyzvu-k-predkladani-zadosti-o-dotaci-v-ramci-16100-8.html>

NOVÁK, P. et al. *Inspirace pro Centra duševního zdraví. Terst, FACT, Otevřený dialog*. Praha: Fokus ČR, z. s., 2017. Podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví.

NOVÁK, M., L. UKROPOVÁ. *Centra duševního zdraví – zplnomocňování klientů v psychiatrické praxi?* Psychoterapie. 2019, roč. 12. č. 3, s. 178-189. ISSN: 1802-3983

NUGTER, M. A. et al. *Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study*. Community Mental Health Journal [online]. 2016, 52(8), 898-907 [cit. 2019-05-04]. DOI: 10.1007/s10597-015-9831-2. ISSN 0010-3853. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10597-015-9831-2>

OBRUČOVÁ, J. *Sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním*. Zlín, 2014. Bakalářská práce. Institut mezioborových studií Brno, Univerzita Tomáše Bati. Vedoucí diplomové práce Jiří Dalajka.

PÁV, M., et al. *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. Psychiatrie v praxi. 2017, roč. 18. č.2, s. 69-74. ISSN 1213-0508

PILÁT, M. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0932-4.

PETR, T., E. MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

*Podpora FACT modelu*. [online]. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ©2017. [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/aktualni-projekty/podpora-fact-modelu/>

PRAŠKO, J. et al. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN: 80-239-5482-2

PROBSTOVÁ, V., O. PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

RAGINS, M. *Cesta k zotavení*. Přeložil Jan RŮŽIČKA, přeložil Martin FOJTÍČEK. Praha: Fokus, 2018. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-1-2.

VAN VELDHUIZEN, J. R., M. BÄHLER. *Flexible Assertive Community Treatment. Vize, model, praxe a organizace*. Praha: 2017. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

ŘÍČAN, P. *Role sociálních pracovníků v reformě péče o duševní zdraví*. [online]. Sociální noviny: 2015. [cit. 2019-04-06]. Dostupné z: <http://www.socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/509-role-socialnich-pracovniku-v-reforme-pece-o-dusevne-nemocne>

SEIKKULA, J., T. E. ARNKIL. *Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Vyd. 1. v českém jazyce. Brno: Narativ, 2013. ISBN 978-80-260-4346-1.

STEJSKALOVÁ, K. *Směrnice o Popisu pracovních pozic*. Organizace Práh jižní Morava, z. ú., č. 6/2017

STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba & case management*. Fokus Praha: Fokus books., 2001.

STUHLÍK, J., P. ŘÍČAN. *FACT v České republice. Blížkost holandskému modelu v praxi komunitních služeb*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Praha: 2018

ŠTĚPANYOVÁ, G. *Prvních pět Center duševního zdraví se otevřelo pacientům*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: 2018. [cit: 2019-06-07]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/prvnich-pet-center-dusevniho-zdravi-se-otevrela-pacientum\\_16025\\_3801\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/prvnich-pet-center-dusevniho-zdravi-se-otevrela-pacientum_16025_3801_1.html)

*Strategie reformy psychiatrické péče*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Praha: 2013. [cit: 2019-06-07]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf)

URBAN, D. *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2018. ISBN 978-80-7422-637-3.

VAN VELDHUIZEN, J. R. et al. *FACT: A Dutch Version of ACT*. Community Mental Health Journal [online]. 2007, 43(4), 421-433 [cit. 2019-05-04]. DOI: 10.1007/s10597-007-9089-4. ISSN 0010-3853. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10597-007-9089-4>

VEŠKRNOVÁ, B. Výroční zpráva 2015. Brno: Sdružení Práh, [online] 2015. [cit. 2019-05-20] Dostupné z: <http://www.prah-brno.cz/verejnost/ke-stazeni>

VEŠKRNOVÁ, B. Výroční zpráva 2016. Brno: Sdružení Práh, [online]. 2016. [cit. 2019-05-20] Dostupné z: <http://www.prah-brno.cz/verejnost/ke-stazeni>

WILKEN, J. P., D. HOLLANDER. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Bilthoven: STORM Rehabilitatie, 1999

Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách [online] 2006 [cit. 2019-05-20]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online] 2011 [cit. 2019-05-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

## **Seznam zkratek**

ACT - Asertivní komunitní práce

CM - case management

CMHCD - Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

FACT - Flexibilní asertivní komunitní léčba

MZČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

SMI - Severe mental illness

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Eliška Kratochvílová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. et Mgr. Jan Chrastina, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2019

<b>Název práce:</b>	Model péče FACT a jeho využití při práci s lidmi s duševním onemocněním
<b>Název v angličtině:</b>	The FACT model and its use in work with people suffer from mental disorders
<b>Anotace práce:</b>	<p>Tato bakalářská práce se zabývá tématem práce s lidmi s duševním onemocněním. Práce se zaměřuje na popsání modelu FACT (Flexible assertive community treatment), který je v rámci českých komunitních služeb relativně nový. Model byl do komunitních terénních služeb implementován s podporou Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví. Tato práce se věnuje podrobnému popisu modelu, tak jak s ním pracují zahraniční týmy. Dalším tematickým celkem je popis modelu FACT v konkrétním terénním týmu. Jedná se o tým organizace Práh jižní Morava, z. ú. v Brně. V závěru práce jsou shrnuty pozitiva i negativa modelu a důvody proč nemůže být zcela zaveden do sociálních služeb, které pracují s lidmi s duševním onemocněním.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Duševní onemocnění, flexible assertive community treatment, komunitní služby, terénní práce, multidisciplinární tým.

<b>Anotace v angličtině:</b>	The main subject of this bachelor thesis is working with people suffering from a mental illness. The thesis focuses on a description of FACT (Flexible assertive community treatment) model which is relatively new in the environment of Czech community-based services. The model had been implemented in outreach-oriented community services. This thesis deals with a thorough description of the model in a way is applied abroad. Another topic is a description of application of the FACT model in an outreach team of Práh South Moravia, a charitable organization from Brno. The thesis is concluded with a depiction of positive and negative aspects of this modes as well as reasons why it cannot be implemented entirely in the system of social services for people with mental illnesses.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Mental illness, flexible assertive community treatment, community-based services, outreach services, multidisciplinary team.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	
<b>Rozsah práce:</b>	46
<b>Jazyk práce:</b>	Český