

FACT FIDELITY SCALE



**Michiel Bähler, Remmers van Veldhuizen, Maaïke van Vugt,
Philippe Delespaul, Hans Kroon, John Lardinois, Niels Mulder**

Na české verzi se podíleli:

Překlad a úpravy: MUDr. Jan Stuchlík, stuchlik@fokus-mb.cz

Úpravy: Mgr. Pavel Říčan, rican@cmhcd.cz

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

Certification Centre for ACT and FACT (CCAF), December 2010

Škála byla přeložena a adaptována v rámci projektu „Podpora FACT modelu v České republice“
(č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_023/0001126), realizovaného Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Projekt byl financován z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost
a státního rozpočtu ČR.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



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

FACT Fidelity Scale

FACT Fidelity Scale v předloženém českém překladu je v naprosté většině položek totožná s originální holandskou verzí používanou CCAF.

Některé položky byly nicméně na základě konzultace se spoluautorem škály Michielem Bählerem upraveny tak, aby celá škála byla maximálně srozumitelná a odpovídala kontextu služeb v ČR.

Úpravy originální verze se dotkly těchto položek:

1. Počet klientů na pracovníka

Vypuštěna zmínka o psychiatrovi v tréninku.

2. Personální obsazení

Upřesněna délka započítávané pracovní neschopnosti.

8. Zdravotní sestra

Do položky započteny všeobecné i psychiatrické sestry (v originále pouze psychiatrické sestry).

10. Specialista na duální diagnózy

Upřesněn rozsah požadovaného vzdělání.

12. Rehabilitační pracovník

Položka zrušena.

13. Sdílení klienti

Snížen požadavek na kontakt se 3 členy týmu (ze 4).

17. Individuální plán vzniká v týmu

Terminologicky sloučeno s rehabilitačním plánem. Požadavek na účast profesionálů snížen na 3 (ze 4).

18. Účast klienta na vytváření individuálního plánu

Terminologicky sloučeno s rehabilitačním plánem. Požadavek zachován.

27. Individuální plán

Terminologicky sloučeno – individuální plán = rehabilitační plán.

29. Rehabilitační nastavení individuálního plánu

Terminologicky sloučeno individuální plán = rehabilitační plán. Požadavek na charakter plánu zachován.

33. Psychoterapie

Položka rozšířena z KBT na psychoterapii obecně.

57. Výcvik a vzdělávání

Položka rozšířena na obecnější zaměření (z úzkého vymezení evidence based metod).

I. Struktura týmu

1. Počet klientů na pracovníka

Do počtu na pracovníka se započítávají všichni členové týmu v přímé péči, tedy i psychiatr.

více než 50 (1b)

35 - 49 (2b)

25 - 34 (3b)

16 - 24 (4b)

15 nebo méně (5b)

Zdroj Informací: Úvodní dotazník

Výpočet:

$$\text{Caseload} = \frac{\text{aktuální počet klientů týmu}}{\text{aktuální počet úvazků}}$$

Případně lze počítat z týdenních úvazků:

$$\text{Caseload} = \frac{\text{aktuální počet klientů týmu}}{\frac{\text{součet hodin odpracovaných členy týmu týdně}}{40}}$$

Počítejte pouze úvazky členů týmu v přímé péči

2. Personální obsazení

Započítává se dlouhodobá pracovní neschopnost (delší než 1 měsíc) nebo z jiného důvodu neobsazené pracovní místo. Nezapočítává se řádná dovolená a krátkodobá pracovní neschopnost.

V uplynulých 12 měsících byl tým personálně obsazen:

méně než z 50 % (1b)

50–64% (2b)

65–79% (3b)

80–94% (4b)

více než z 95 % (5b)

Zdroj Informací: Úvodní dotazník + rozhovory.

Pokud jde o neobsazená pracovní místa, někdy tým nemá stanovenou plnou kapacitu zaměstnanců, protože je financován z různých zdrojů. Pak je třeba diskutovat o ideálním počtu pracovníků.

Může pomoci tabulka, do které sepíšeme chybějící měsíční úvazky.

Pracovník	Výše úvazku	Počet měsíců absence	Chybějící měsíční úvazky
Case manager 1	1,0	2	2,0
Case manager 2	0,7	1 (nepřítomnost o něco delší než měsíc – např. 35 kalendářních dnů)	0,7
Case manager 3	0,5	3	1,5
CELKEM			4,2

Výpočet:

$$\text{Personální obsazení} = \frac{(\text{počet úvazků} \times 12) - \text{součet chybějících měsíčních úvazků}}{\text{počet úvazků} \times 12} \times 100$$

3. Celé úvazky

Podíl pracovníků týmu zaměstnaných na celý úvazek, počítají se pouze pracovníci v přímé péči:

méně než 50 % (1b)

50–59% (2b)

60–69% (3b)

70–79% (4b)

80 % nebo víc (5b)

Zdroj informací: Úvodní dotazník

Výpočet:

$$\text{Obsazení celými úvazky} = \frac{\text{součet úvazků pracovníků v přímé péči}}{\text{počet pracovníků v přímé péči}} \times 100$$

4. Psychiatr

Na 200 klientů v péči připadá výše úvazku psychiatra (v případě, že psychiatr není členem týmu, kódujte 1):

méně než 0,1 (1b)

0,1–0,39 (2b)

0,4–0,69 (3b)

0,7–0,99 (4b)

1,0 nebo více (5b)

Zdroj informací: Úvodní dotazník

Výpočet:

$$\text{Přepočtený úvazek psychiatra} = \text{skutečný úvazek psychiatra} \times \frac{200}{\text{Počet klientů v péči týmu}}$$

5. Psycholog

Na 200 klientů v péči připadá výše úvazku psychologa (v případě, že psycholog není členem týmu, kódujte 1):

méně než 0,2 (1b)

0,2–0,39 (2b)

0,4–0,59 (3b)

0,6–0,79 (4b)

0,8 nebo více (5b)

Zdroj informací: Úvodní dotazník

Výpočet:

$$\text{Přepočtený úvazek psychologa} = \text{skutečný úvazek psychologa} \times \frac{200}{\text{Počet klientů v péči týmu}}$$

6. Peer konzultant

Na 200 klientů v péči připadá výše úvazku peer konzultanta:

v týmu není peer konzultant (1b)

0,2–0,39 (2b)

0,4–0,59 (3b)

0,6–0,79 (4b)

0,8 nebo více (5b)

Zdroj informací: Úvodní dotazník

Výpočet:

$$\text{Přepočtený úvazek PK} = \text{skutečný úvazek PK} \times \frac{200}{\text{Počet klientů v péči týmu}}$$

7. Sociální pracovník

Na 200 klientů v péči připadá výše úvazku sociálního pracovníka:

méně než 0,1 (1b)

0,1–0,39 (2b)

0,4–0,69 (3b)

0,7–0,79 (4b)

0,8 nebo více (5b)

Zdroj informací: Úvodní dotazník

Výpočet:

$$\text{Přepočtený úvazek soc. prac.} = \text{skutečný úvazek soc. prac.} \times \frac{200}{\text{Počet klientů v péči týmu}}$$

8. Zdravotní sestra

Všeobecná nebo psychiatrická sestra s praxí nejméně 1 rok. Na 200 klientů v péči připadá výše úvazku všeobecných nebo psychiatrických sester:

méně než 0,4 (1b)

0,4–1,59 (2b)

1,6–2,79 (3b)

2,8–3,99 (4b)

4 nebo více (2 mají delší praxi) (5b)

Zdroj informací: Úvodní dotazník

Výpočet:

$$\text{Přepočtený úvazek sester} = \text{součet skutečných úvazků sester} \times \frac{200}{\text{Počet klientů v péči týmu}}$$

9. Case manager

Case manager pracuje individuálně s klientem, je koordinátorem poskytované péče, vytváří s klientem (a případně dalšími lidmi) individuální plán a je zodpovědný za realizaci tohoto plánu. (Některé služby pro tuto roli používají název klíčový pracovník.) Case manageri mohou mít libovolnou specializaci. Na 200 klientů v péči připadá výše úvazku case managerů:

méně než 3 (1b)

méně než 4 (2b)

méně než 5 (3b)

méně než 6 (4b)

6 a více (5b)

Zdroj informací: Úvodní dotazník

Výpočet:

Přepočtený úvazek CM = součet skutečných úvazků CM $\times \frac{200}{\text{Počet klientů v péči týmu}}$

Poznámka: V některých týmech užívají spíše termín klíčový pracovník než case manager.

10. Specialista na duální diagnózy

Specialista na duální diagnózy má nejméně 30hodinový výcvik nebo praxi v délce nejméně 1 rok. Na 200 klientů v péči připadá výše úvazku specialistů na duální diagnózy:

méně než 0,2 (1b)

0,2–0,79 (2b)

0,8–1,39 (3b)

1,4–1,99 (4b)

2 nebo více (5b)

Zdroj informací: Úvodní dotazník

Výpočet:

Přepočtený úvazek DD = součet skutečných úvazků DD $\times \frac{200}{\text{Počet klientů v péči týmu}}$

11. Asistent podporovaného zaměstnávání

Asistent podporovaného zaměstnávání má výcvik nebo praxi v délce nejméně 1 rok. Na 200 klientů v péči připadá výše úvazku asistenta podporovaného zaměstnávání:

méně než 0,1 (1b)

0,1–0,39 (2b)

0,4–0,69 (3b)

0,7–0,99 (4b)

1 nebo více (5b)

Zdroj informací: Úvodní dotazník

Výpočet:

Přepočtený úvazek APZ = součet skutečných úvazků APZ $\times \frac{200}{\text{Počet klientů v péči týmu}}$

12. Rehabilitační pracovník

Položka vyřazena

II. Postupy

13. Sdílení klienti

Všichni klienti by měli mít v průběhu roku kontakt s nejméně 3 členy týmu (včetně psychiatra, pokud je členem týmu).

méně než 10 % klientů se v průběhu roku setká se 3 členy týmu (1b)

10–36 % (2b)

37–63 % (3b)

64–89 % (4b)

90 % a více (5b)

Zdroj: Složky klientů + rozhovory s klienty a pracovníky + částečně úvodní dotazník
Některé databáze pravděpodobně mohou vygenerovat přesnou statistiku, na kterou se můžeme zeptat. Pokud to nejde, ptáme se v rozhovorech nejdříve na odhad. Poté se zaměříme na počet pracovníků, kteří byli v kontaktu s klienty, jejichž složky se prohlížejí.

14. Týmový přístup při ACT (Asertivní komunitní léčba)

Služba pracuje jako tým, nikoli jako jednotliví profesionálové. Všichni členové týmu znají klienty indikované k ACT a pracují s nimi.

méně než 10 % klientů v režimu ACT se během dvou týdnů fyzicky setká s alespoň 3 pracovníky (1b)

10–36 % (2b)

37–63 % (3b)

64–89 % (4b)

více než 90 % klientů se v režimu ACT během dvou týdnů setká se 3 nebo více pracovníky (5b)

Zdroj: Složky klientů + rozhovory + porada
Sledujeme nejdříve FACT tabuli během porady. Poté se ptáme na odhad v rozhovoru a ten ověřujeme při kontrole složek. Nakonec vypočítáme, kolik % klientů, kteří jsou aktuálně na FACT tabuli déle než dva týdny, se setkalo s patřičným množstvím pracovníků.

15. Setkávání týmu

Tým se v průběhu týdne setkává, aby společně plánoval a hodnotil poskytování služeb klientům v režimu ACT.

porada je 1x týdně nebo méně často (1b)

obvykle 2x týdně (2b)

obvykle 3x týdně (3b)

obvykle 4x týdně (4b)

5x týdně a týká se péče o všechny klienty v režimu ACT (5b)

Zdroj: rozhovory

16. Účast členů týmu na setkáních

Porad se účastní všichni členové týmu, kteří ten den pracují. (Instrukce k vyplnění: Pokud není přítomen psychiatr, ačkoliv ten den pracuje, označte možnost o 1 bod nižší, než by odpovídalo procentnímu obsazení.)

na poradách je méně než 60 % členů týmu (včetně psychiatra) (1b)

na poradách je více než 60 % členů týmu (včetně psychiatra) (2b)

na poradách je více než 70 % členů týmu (včetně psychiatra) (3b)

na poradách je více než 80 % členů týmu (včetně psychiatra) (4b)

na poradách je více než 90 % členů týmu (včetně psychiatra) (5b)

Zdroj: porada + rozhovory + úvodní dotazník (seznam členů týmu)

Poznámka: Jako přítomné je možné počítat i pracovníky, kteří mají dovolenou, jsou v pracovní neschopnosti, kvůli zkrácenému úvazku ten den nepracují nebo jsou v době porady na neodkladné krizové intervenci.

17. Individuální plán vzniká v týmu

Individuální plán je stanoven za účasti nejméně 3 členů týmu různých odborností.

méně než 50 % individuálních plánů je vytvořeno za účasti nejméně 3 odborníků (1b)

50–69 % (2b)

70–79 % (3b)

80–89 % (4b)

90 % a více (5b)

Zdroj: Rozhovor (+ složky)

Ptáme se, jak to chodí při vytváření plánu, kdo vše se na tvorbě plánů podílí, jestli je na to zaběhlý určitý postup apod. Při kontrole složek případně ověřujeme u konkrétních klientů. Podstatné však je, zda plán vzniká za účasti několika pracovníků, nikoli to, jestli jsou pod ním všichni podepsaní.

18. Účast klienta na vytváření individuálního plánu

Individuální plán by měl být vytvářen v klientově přítomnosti.

méně než 50 % individuálních plánů je vytvořeno společně s klientem (1b)

50–69 % (2b)

70–79 % (3b)

80–89 % (4b)

90 % a více (5b)

Zdroj: Rozhovory + rozhovor s klientem + složky

19. Vedoucí týmu

(1) Přímo pracuje s klienty (nejméně 30 % pracovní doby), (2) Aktivně zavádí a podporuje FACT přístup, (3) Je vždy přítomen na poradách týmu, (4) Je přítomen při vytváření individuálních plánů

nesplňuje žádnou z výše uvedených podmínek (1b)

splňuje 1 podmínku (2b)

splňuje 2 podmínky (3b)

splňuje 3 podmínky (4b)

splňuje všechny 4 podmínky (5b)

Zdroj: Rozhovory + složky + porada

20. Kritéria pro zařazení klienta do ACT režimu

Služba má jasně stanovená kritéria pro zařazení klienta do ACT režimu: (1) zhoršení příznaků/krize, (2) nevhodné nebo ohrožující chování, (3) vážné sebezanedbávání, (4) nedocházení na domluvené schůzky, (5) obtížná spolupráce, (6) pravidelné hospitalizace, (7) období po propuštění z nemocnice, (8) intenzivní léčba (například zásadní změna medikace), (9) závažná životní událost, (10) nový klient. V případě, že služba nerozlišuje ACT režim a běžný režim, kódujte 1.

program používá 1–3 kritéria (1b)

program používá 4–5 kritérií (2b)

program používá 6–7 kritérií (3b)

program používá 8–9 kritérií (4b)

program má pevně definováno všech 10 kritérií a používá je v každodenní praxi (5b)

Zdroj: Úvodní dotazník + rozhovory + porada.

Ptáme se, jak probíhá zařazování klientů na tabuli, zda mají psaná pravidla. Pokud ano, chceme je vidět. Pokud mají standardizovaný postup, sledujeme, která kritéria se v něm uplatňují.

21. Proces zařazení klienta do ACT režimu

Proces zařazení klienta do ACT režimu je přesně definován a kromě identifikace akutní potřeby zahrnuje další kroky: (1) kterýkoliv člen týmu může zařadit klienta do seznamu klientů v ACT režimu, (2) služba se řídí existujícím krizovým plánem, (3) jsou informováni klient a jeho rodina, (4) psychiatr se setká s klientem nejpozději do 2 dnů (medikace, nedobrovolná hospitalizace), (5) pokud je to třeba, je předána informace psychiatrickému lůžkovému zařízení a/nebo nepřetržitě dostupné krizové službě.

Služba nemá definovaný postup, ale v praxi používá postup, který zahrnuje 2 z výše uvedených kroků (1b)

Služba nemá přesně definovaný postup, ale v praxi používá postup, který zahrnuje 3 z výše uvedených kroků (2b)

Služba nemá přesně definovaný postup, ale v praxi používá postup, který zahrnuje 4 z výše uvedených kroků (3b)

Služba nemá přesně definovaný postup, ale v praxi používá postup, který zahrnuje všech 5 výše uvedených kroků (4b)

Služba má přesně definovaný postup zahrnující všech 5 výše uvedených kroků (5b)

Zdroj: Úvodní dotazník + rozhovory.

22. Proces ukončení režimu ACT

Existuje přesně definovaný proces ukončení režimu ACT, který zahrnuje: (1) rozhodnutí je učiněno na týmové poradě, (2) klient je o tom informován, (3) období, ve kterém byl klient v ACT režimu je z hlediska efektivity a spokojenosti zpětně vyhodnoceno týmem, (4) s klientem a rodinnými příslušníky, (5) pokud je to třeba, je revidován krizový plán, (6) je vyhodnocen a revidován individuální plán.

Služba nemá přesně definovaný postup, ale v praxi používá postup, který zahrnuje 2 z výše uvedených 6 kroků (1b)

Služba nemá přesně definovaný postup, ale v praxi používá postup, který zahrnuje 3 z výše uvedených 6 kroků (2b)

Služba nemá přesně definovaný postup, ale v praxi používá postup, který zahrnuje 4 z výše uvedených 6 kroků (3b)

Služba nemá přesně definovaný postup, ale v praxi používá postup, který zahrnuje 5 výše uvedených 6 kroků (4b)

Služba má přesně definovaný postup zahrnující všech 6 výše uvedených kroků (5b)

Zdroj: Úvodní dotazník + rozhovory + porada + složky klientů

23. Intenzita služby v ACT režimu

Uvažujte o pěti klientech s největší potřebou péče.

1 kontakt týdně nebo méně (1b)

1–2 kontakty týdně (2b)

2–3 kontakty týdně (3b)

3–4 kontakty týdně (4b)

průměrně 4 a více kontaktů týdně (5b)

Zdroj: Porada + rozhovory + složky klientů

Ve složkách 5 klientů z FACT tabule sledujeme medián za poslední 2 týdny. Pokud v současné době není na FACT tabuli dost klientů nebo pokud je podezření, že tým změnil v poslední době praxi kvůli očekávanému auditu, je možné použít k hodnocení jiné 2 týdny v období posledních 6 měsíců. Pokud v týmu není rozlišován ACT a běžný režim, ptáme se na 5 klientů s nejvyšší potřebou péče.

Medián = hodnota uprostřed řady hodnot seřazených podle velikosti

Příklad:

1 1 2 2 2 2 3 4 4 4 4 5 5 5 5 6 6 7 7 8 9

24. Frekvence kontaktů s klienty mimo režim ACT

Počet kontaktů pracovníků (myšleno fyzických setkání) s typickým/průměrným klientem.

méně než 1 kontakt za 4 týdny (1b)

1 kontakt za 4 týdny (2b)

1 kontakt za 3 týdny (3b)

1 kontakt za 2 týdny (4b)

1 kontakt týdně (5b)

Zdroj: Rozhovory + složky klientů + rozhovor s klientem

Ve složkách 10 náhodně vybraných klientů sledujeme medián za poslední 4 týdny. Případně jiné 4 týdny v období posledních 6 měsíců.

III. Diagnóza, léčba, intervence

25. Poskytování komplexní péče

Tým poskytuje praktické individuální služby: (1) podpora v bydlení, (2) podpora a doprovod při jednání s úřady a službami, (3) práce s rodinou, (4) práce s lidmi v sousedství, (5) finance a sociální dávky, (6) medikace

nejsou dostupné žádné výše uvedené služby (1b)

tým zajišťuje 2–3 z výše uvedených služeb, ostatní zprostředkovává (2b)

tým zajišťuje 4 z výše uvedených služeb, ostatní zprostředkovává (3b)

tým zajišťuje 5 z výše uvedených služeb, ostatní zprostředkovává (4b)

tým zajišťuje všech 6 výše uvedených služeb (5b)

Zdroj: Rozhovory + rozhovor s klientem

26. Noví klienti

Noví klienti jsou zařazeni do ACT režimu na dobu 3 týdnů, aby se potkali se členy týmu různé specializace a tým získal ucelený pohled na nového klienta.

ne (1b)

občas (2b)

pravidelně, méně než 3 členové týmu mají přehled o situaci klienta (3b)

pravidelně, 3 členové podávají ostatním zprávu o novém klientovi (4b)

s klientem se setkávají alespoň 4 členové týmu (5b)

Zdroj: Rozhovory + rozhovor s klientem + porada (pokud je probírán nový klient)

27. Individuální plán

Každý klient má individuální plán, který není starší než 1 rok.

60 % nebo méně klientů má individuální plán (1b)

70 % (2b)

80 % (3b)

90 % (4b)

95 % klientů má individuální plán (5b)

Zdroj: Úvodní dotazník + rozhovory + složky + rozhovory s klienty
Sledujeme ve všech složkách (jak klienti v běžné péči, tak klienti na tabuli) – porovnáváme s odhadem v úvodních informacích. Vypočítáme podíl na základě všech (15) kontrolovaných složek.

Výpočet:

$$= \frac{\text{počet složek s aktuálními individuálními plány}}{\text{počet všech kontrolovaných složek}} \times 100$$

28. Individuální krizový plán

Každý klient má aktuální krizový plán.

20 % klientů má aktuální krizový plán (1b)

21–40 % (2b)

41–60 % (3b)

61–80 % (4b)

více než 80 % (5b)

Zdroj: Úvodní informace + rozhovory + složky + rozhovory s klienty
Sledujeme ve všech kontrolovaných složkách, vypočítáme podíl. Sledujeme, jestli jsou plány aktuální, za jakých okolností vznikly a zda jsou prakticky použitelné.

Výpočet:

$$= \frac{\text{počet složek s aktuálními krizovými plány}}{\text{počet všech kontrolovaných složek}} \times 100$$

29. Rehabilitační nastavení individuálního plánu

Individuální plán klienta obsahuje jeho osobní cíle a popisuje silné stránky klienta.

20 % (1b)

21–40 % (2b)

41–60 % (3b)

61–80 % (4b)

více než 80 % klientů má v individuálním plánu zaznamenány individuální rehabilitační cíle (5b)

Zdroj: Rozhovory + složky + rozhovory s klienty

Výpočet:

$$= \frac{\text{počet složek s rehabilitačně nastavenými plány}}{\text{počet všech kontrolovaných složek}} \times 100$$

30. Kopie individuálního plánu

Každý klient má kopii svého plánu (pokud netrvá na tom, že ji nechce).

20 % klientů má kopii svého individuálního plánu (1b)

21–40 % (2b)

41–60 % (3b)

61–80 % (4b)

více než 80 % má kopii svého individuálního plánu (5b)

Zdroj: Rozhovory + rozhovory s klienty

31. Medikace

medikace je upravena, když o to klient žádá nebo si stěžuje na současnou medikaci (1b)

medikace je upravována minimálně, kontrola se dělá jednou ročně (2b)

průběžně je věnována pozornost sledování nežádoucích účinků léků, a pokud je potřeba, klientovi je poskytována edukace zaměřená na léky (3b)

služba využívá alespoň u 3 podávaných léků protokol kontroly medikace a nežádoucích účinků (4b)

služba využívá standardizovaný nástroj na řízení a sledování medikace (5b)

Zdroj: Rozhovory + rozhovory s klienty
Zjišťujeme i u týmů, které nemají vlastní zdravotnickou složku. Ptáme se na provázanost se zdravotnickými službami.

32. Psychoedukace

psychoedukace je poskytována na žádost klienta nebo když je potřeba (1b)

psychoedukace je zajišťována jinou službou, kam jsou klienti posíláni (2b)

individuální psychoedukace je poskytována v rámci služby, ke skupinové psychoedukaci jsou klienti odesíláni jinam (3b)

v rámci služby je poskytována individuální i skupinová psychoedukace (4b)

součástí služby je standardizovaná systematická psychoedukace (5b)

Zdroj: Rozhovory + rozhovory s klienty

33. Psychoterapie

V průběhu posledních 2 let:

psychoterapie není pro klienty služby dostupná (1b)

méně než 10 % klientů je odesíláno k psychoterapii (2b)

méně než 15 % klientů je odesíláno k psychoterapii (3b)

psychoterapie je zajišťována v rámci služby, ale využívá ji méně než 15 % klientů (4b)

psychoterapie je v rámci služby trvale dostupná a využívá ji více než 15 % klientů (5b)

Zdroj: Rozhovory + úvodní dotazník

34. Rodinné intervence

rodinné intervence nejsou dostupné (1b)

méně než 10 % rodin využívá rodinné intervence (2b)

méně než 20 % rodin využívá rodinné intervence (3b)

více než 20 % rodin využívá rodinné intervence (4b)

součástí služby jsou standardizované systematické rodinné intervence a využívá je více než 20 % rodin (5b)

Zdroj: Rozhovory

35. Podporované zaměstnávání (IPS)

IPS (Individual Placement Support) je metoda podpory v zaměstnávání, která je založena na co nejrychlejším vyhledání pracovního místa na volném trhu práce pro klienta a podpoře klienta přímo v práci. Nepoužívá se předpracovní trénink, předchozí diagnostika pracovní schopnosti atd.

V rámci FACT modelu je zaměstnávání věnována trvalá pozornost.

podporované zaměstnávání není využíváno (1b)

klienti jsou odesíláni do jiné služby zajišťující podporované zaměstnávání (2b)

zaměstnávání je věnována trvalá pozornost, klienti jsou odesíláni do jiné služby zajišťující podporované zaměstnávání (3b)

pracovní rehabilitace formou podporovaného zaměstnávání je zajišťována specialistou, který je součástí týmu (4b)

služba zahrnuje standardizovaný IPS program (5b)

Zdroj: Rozhovory + úvodní dotazník

36. Přístup k duální problematice

Služba využívá nekonfrontační, fáze respektující přístup, sleduje behaviorální principy, zvažuje interakce duševního onemocnění a zneužívání návykových látek a postupně vede klienty k abstinenci.

služba je plně postavena na tradičním modelu vyžadujícím povinnou abstinenci atd. (1b)

služba užívá převážně tradiční model (například AA), využívá lůžkovou péči k detoxikaci a odvykací léčbě, respektuje však, že ne pro všechny klienty jsou tyto postupy vhodné (2b)

služba používá smíšený model, například přesvědčovací skupiny a současně nemocniční odvykací léčbu a AA (3b)

služba používá primárně motivační skupiny, klienty odesílá k nemocniční detoxikaci a odvykací léčbě výjimečně, pouze v případech, kdy je to klinicky nezbytné (4b)

služba je plně založena na moderním přístupu k duálním diagnózám, integrovaná léčba je zajišťována přímo členy týmu (5b)

Zdroj: Rozhovory + úvodní dotazník
Ptáme se zároveň na vzdělání pracovníků v oblasti duálních diagnóz, jakou mají pracovníci zkušenost.

37. Péče o tělesné zdraví

služba nezajišťuje somatická vyšetření (1b)

služba příležitostně reaguje na somatické problémy klientů, není však zajištěn systematický záchyt somatických onemocnění a odesílání do služeb somatické zdravotní péče (2b)

služba příležitostně reaguje na somatické problémy klientů, není však zajištěn systematický záchyt somatických onemocnění, klienti jsou odesíláni k praktickým lékařům nebo ke specialistům (3b)

tělesnému zdraví klientů je věnována systematická pozornost, není však zajištěn pravidelný screening, klienti jsou odesíláni k praktickým lékařům nebo ke specialistům (4b)

služba zajišťuje pravidelný screening a v případě potřeby spolupracuje se službami somatické zdravotní péče (5b)

Zdroj: Rozhovory

IV. Organizace

38. Kritéria pro přijetí

Služba má jasně definovaný postup určující, kteří klienti ji potřebují.

neexistují žádná konkrétní kritéria (1b)

existují indikační kritéria, nikoli však definovaný rozhodovací postup (2b)

jsou jasná kritéria i rozhodovací postup (3b)

pracovní skupina rozhodující o přijetí doporučených klientů (4b)

pracovní skupina rozhodující o přijetí doporučených klientů, což vede k tomu, že méně než 5 % příjmů je rozpoznáno jako nesplňující indikační kritéria. (5b)

Zdroj: Úvodní dotazník + rozhovory
Ptáme se na proces přijímání nových klientů. Pokud má tým vypracovaná kritéria a postup, chceme je vidět. Můžeme probírat společně s položkou 46.

39. Čekací doba

V posledních 12 měsících nemuseli noví klienti čekat na přijetí déle než jeden měsíc.

více než 6 měsíců (1b)

5 měsíců (2b)

3 měsíce (3b)

2 měsíce (4b)

1 měsíc nebo méně (5b)

Zdroj: Úvodní dotazník + rozhovory

40. Pokrytí službou

Služba je dostupná co největšímu počtu potřebných klientů v regionu.

služba je poskytována méně než 55 % v regionu odhadovaného počtu klientů, kteří by ji mohli využít (1b)

56–65% (2b)

66–75% (3b)

76–85 % (4b)

86 % a více (5b)

Zdroj: Úvodní dotazník
Výpočet:

$$\text{Pokrytí} = \frac{\text{počet klientů týmu}}{\text{počet obyvatel spádové oblasti} \times 0,75 \times 0,005} \times 100$$
 (Koefficienty: 0,75 – dospělá část populace, 0,005 – prevalence SMI)

41. Časová dostupnost a reakce na krize

(1) V době od 8:00 do 20:00 je služba schopna reagovat na klienta v krizi do 2 hodin (2) V době od 20:00 do 8:00 je krizová pomoc zajištěna jasnou dohodou s krizovou službou (3) uživatelé mohou kdykoliv telefonicky kontaktovat dobře informovaného pracovníka (4) krizová služba má přístup k individuálním krizovým plánům klientů

služba nezajišťuje časově adekvátní krizové intervence v pracovní době a nemá zajištěnu dohodu s krizovou službou (1b)

služba splňuje 1 z uvedených kritérií (2b)

služba splňuje 2 z uvedených kritérií (3b)

služba splňuje 3 z uvedených kritérií (4b)

služba splňuje všechna uvedená kritéria (5b)

Zdroj: Rozhovory

42. Účast při přijetí k psychiatrické hospitalizaci

služba se účastní na méně než 5 % psychiatrických hospitalizací (1b)

5–34 % (2b)

35–64 % (3b)

65–94 % (4b)

na 95 % či více psychiatrických hospitalizací se podílí FACT tým (5b)

Zdroj: Úvodní dotazník + rozhovory
Položky 42, 44 a 45 probíráme společně. Ptáme se, jak obvykle probíhají hospitalizace klientů, kdo je zapojen do rozhodování. Podobně se ptáme, jak a kdo se podílí na plánování propuštění z hospitalizace.

43. Zvláštní lůžka pro klienty služby

Položka byla vyřazena.

44. Kontakt s hospitalizovanými klienty

Všichni klienti jsou v průběhu hospitalizace často navštěvováni členy týmu.

žádný kontakt (1b)

pouze telefonický kontakt (2b)

návštěva jednou za 3–4 týdny (3b)

návštěva jednou za 2 týdny (4b)

návštěva jednou týdně (5b)

Zdroj: Úvodní dotazník + rozhovory

45. Účast na propuštění z psychiatrické hospitalizace

Tým služby je zapojen při ukončení hospitalizace.

v méně než 5 % případů (1b)

5–34 % (2b)

35–64 % (3b)

65–84 % (4b)

v 85 % případů nebo častěji (5b)

Zdroj: Úvodní dotazník + rozhovory

46. Ukončení služby

Služba se ukončuje na základě vzájemné dohody s klientem a předání do péče praktického lékaře/ambulantního psychiatra je postupné. Je ověřováno, že předání do péče jiné služby proběhlo dobře.

ve více než 50 % případů ukončení služby v uplynulém roce šlo o jednostranné rozhodnutí ze strany týmu nebo klienta (1b)

36–50 % (2b)

16–35 % (3b)

5–15 % (4b)

5 % nebo méně (5b)

Zdroj: Úvodní dotazník + rozhovory

Pokud má tým vypracovaná kritéria a postup, chceme je vidět. Můžeme probírat společně s položkou 38.

47. Nevypadávání ze služeb

Služba není ukončena bez předání klienta do péče jiných služeb.

více než 50 % bylo v uplynulém roce propuštěno, aniž byli předáni do péče jiné služby (1b)

36–50 % (2b)

16–35 % (3b)

5–15 % (4b)

5 % nebo méně (5b)

Zdroj: Úvodní dotazník + rozhovory

V. Komunitní péče

48. Práce v komunitě

Nácviky dovedností se odehrávají v komunitě. Více než 80 % fyzických kontaktů s klienty probíhá mimo kancelář (kromě kontaktů s psychiatrem/psychologem).

méně než 20 % osobních kontaktů s klienty se odehrává v komunitě (1b)

20–39 % (2b)

40–59 % (3b)

60–79 % (4b)

80 % nebo více (5b)

Zdroj: Složky klientů + rozhovory

Ve složkách klientů sledujeme fyzické kontakty za poslední měsíc (tedy nikoliv telefonické kontakty, e-mail, sms a podobně). Do výpočtu nejsou zahrnuty kontakty s psychiatrem a psychologem.

Výpočet:

$$\text{Podíl práce v komunitě} = \frac{\text{počet fyzických kontaktů mimo kancelář}}{\text{všechny fyzické kontakty}} \times 100$$

Poznámka: Výpočet z kontrolovaných složek klientů je velmi pracný a pravděpodobně ho není možné realizovat v čase, který je na kontrolu složek v rámci auditu určen. Některé evidenční databázové systémy týmů však tuto informaci mohou poskytnout přímo nebo je možné o pomoc požádat pracovníky týmu.

49. Spolupráce s dalšími službami

Služba aktivně a systematicky pracuje s (1) domácí péčí, (2) policií, (3) chráněným bydlením/bytovnami, (4) úřady (např. sociální správou, úřady práce, obecními úřady atd.), (5) církvemi, spolky a komunitou.

v uplynulých 6 měsících služba neměla kontakt s žádným z uvedených subjektů (1b)

v uplynulých 6 měsících služba spolupracovala s jedním z uvedených subjektů (2b)

v uplynulých 6 měsících služba spolupracovala se dvěma z uvedených subjektů (3b)

v uplynulých 6 měsících služba spolupracovala se třemi z uvedených subjektů (4b)

v uplynulých 6 měsících služba spolupracovala nejméně se čtyřmi z uvedených subjektů (5b)

Zdroj: Vstupní dotazník + rozhovory

50. Asertivní postupy

Služba užívá nejrůznější postupy, aby udržela kontakt s klienty. Například (1) distribuci jídla, oblečení, kávy atd., finanční pomoc klientům, (2) asertivní kontaktování v komunitě a (3) legální mechanismy jako probační a soudem nařízený dohled

služba není aktivní ve vyhledávání a kontaktování klientů (1b)

služba aktivně kontaktuje nové klienty, ale pracuje pouze s motivovanými klienty (2b)

služba aktivně používá postupy jedné ze tří výše uvedených skupin (3b)

služba aktivně používá postupy dvou ze tří výše uvedených skupin (4b)

služba využívá podle potřeby všechny asertivní postupy (5b)

Zdroj: Rozhovory

51. Spolupráce se sociální sítí v režimu ACT

Služba zajišťuje podporu a nácvik potřebných dovedností lidem ze sociální sítě klienta (rodině, zaměstnavatelům/spolupracovníkům, pronajímatelům bytů atd.) za účasti klienta nebo bez ní.

za poslední měsíc služba spolupracovala se sociální sítí méně než 20 % klientů v režimu ACT (1b)

20–39 % (2b)

40–59 % (3b)

60–79 % (4b)

80 % a více (5b)

Zdroj: Rozhovory + složky klientů

52. Spolupráce se sociální sítí v běžném režimu

Služba zajišťuje podporu a nácvik potřebných dovedností lidem ze sociální sítě klienta (rodině, zaměstnavatelům/spolupracovníkům, pronajímatelům bytů atd.) za účasti klienta nebo bez ní.

v posledním měsíci služba spolupracovala se sociální sítí méně než 20 % klientů v běžném režimu péče (1b)

20–39 % (2b)

40–59 % (3b)

60–79 % (4b)

80 % a více (5b)

Zdroj: Rozhovory + složky klientů

VI. Hodnocení výsledků

53. Průběžné hodnocení výsledků

Služba používá pravidelné hodnocení dosažených výsledků u všech klientů. Jsou používány nástroje k hodnocení (1) klinického stavu, (2) sociálního fungování a potřeb péče, (3) kvality života (pokud nejsou používány všechny uvedené nástroje, vyberte možnost o řádek výše)

Hodnocení výsledků u méně než 20 % klientů (1b)

20–39 % (2b)

40–59 % (3b)

60–79 % (4b)

80 % a více (5b)

Zdroj: Rozhovory + složky klientů

Zjišťujeme, jak probíhá sledování 3 zmíněných kategorií, které metody tým využívá a zda je administruje rutinně. Ověřujeme ve složkách, zda tam opravdu jsou např. výsledky dotazníků a zda jsou aktuální (nesmí být starší než 1 rok).

54. Využití průběžného hodnocení

Výsledky hodnocení jsou využívány při týmovém rozhodování o individuální péči a léčbě a k plánování rozvoje služby. Vyhodnocování a využívání výsledků vyhodnocování je součástí služby.

výsledky péče nejsou monitorovány (1b)

hodnocení je prováděno externí agenturou a výsledky služba nevyužívá (2b)

výsledky hodnocení jsou využívány k týmovým rozhodnutím o individuální léčbě nebo o pravidlech služby (3b)

výsledky hodnocení jsou využívány k týmovým rozhodnutím o individuální léčbě a o pravidlech služby (4b)

výsledky hodnocení jsou využívány k týmovým rozhodnutím o individuální léčbě a o pravidlech služby, hodnocení výsledků je jedním z principů služby (5b)

Zdroj: Rozhovory

55. Zlepšování služby

Vedoucí týmu průběžně vyhodnocuje zavádění FACT modelu, využívá data ke zlepšování služby, služba používá standard jako například FACT Fidelity Scale nebo jiný soubor indikátorů, probíhá pravidelný cyklus zkvalitňování služby (plán – akce – vyhodnocení – inovace)

výsledky služby nejsou monitorovány, inovace neprobíhají (1b)

jednou ročně probíhá neformální hodnocení výsledků služby (2b)

jednou ročně probíhá formální hodnocení výsledků služby, není následováno inovacemi (3b)

jednou ročně probíhá formální hodnocení výsledků služby a je využito k inovacím služby (4b)

vedoucí týmu průběžně vyhodnocuje zavádění FACT modelu, využívá data ke zlepšování služby, služba používá standard jako například FACT Fidelity Scale nebo jiný soubor indikátorů, probíhá pravidelný cyklus zkvalitňování služby (5b)

Zdroj: Rozhovory

VII. Odborný rozvoj

56. Porady zaměřené na reflexi fungování služby

Reflexe fungování služby může mít podobu supervize, intervize nebo tematických porad týmu. Členové týmu se věnují reflexi fungování služby alespoň v rozsahu 5 x 2 hodiny ročně.

méně než 20 % členů se věnovalo v uplynulém roce reflexi fungování služby v rozsahu alespoň 5 x 2 hodiny (1b)

21–40 % (2b)

41–60 % (3b)

61–80 % (4b)

80 % a více (5b)

Zdroj: Rozhovory

57. Výcvik a vzdělávání

Všichni členové týmu absolvovali v uplynulém roce výcvik zaměřený na práci ve FACT modelu nebo výcvik v metodách a technikách práce s cílovou skupinou.

méně než 20 % členů týmu absolvovalo trénink či vzdělávání (1b)

21–40 % (2b)

41–60 % (3b)

61–80 % (4b)

80 % a více (5b)

Zdroj: Vstupní dotazník + rozhovory

58. Výcvik a vzdělávání zaměřené na zotavení (recovery)

80 % členů týmu absolvovalo v uplynulých dvou letech výcvik či vzdělávání zaměřené na rehabilitaci nebo jiné metody. Toto vzdělávání bylo zaměřené na posilování klientů a/nebo na zotavení

nikdo (1b)

1–29 % (2b)

30–59 % (3b)

60–79 % (4b)

80 % a více (5b)

Zdroj: Rozhovory

59. Na zotavení orientovaná praxe

Služba je zaměřena na zotavení, což se projevuje v týmových poradách, individuálních plánech, cílech klientů atd.

služba je zaměřena zejména na řešení krize, procesu zotavení není věnována pozornost (1b)

většina času je věnována řešení krizí, určitá pozornost je věnována i jiným typům léčby než medikaci (2b)

služba se zabývá zvládním krizí, léčbou a zotavením, rehabilitační cíle jsou však formulovány pouze u víceméně stabilizovaných klientů (3b)

služba se zabývá zvládním krizí, léčbou a zotavením, součástí individuálních plánů jsou jasně identifikovatelné rehabilitační cíle (4b)

služba se zabývá zvládním krizí, léčbou a zotavením, součástí individuálních plánů jsou jasně identifikovatelné rehabilitační cíle, které respektují individuální tempo klientů, klientům je doporučována podpora peer konzultanta a recovery skupiny (5b)

Zdroj: Rozhovory + porada + složky klientů

60. Týmovost

(1) dobrá atmosféra (příjemná, přátelská), (2) soudržnost týmu, (3) sdílené hodnoty, (4) úsilí o zvyšování kvality a inovace, (5) nízký výskyt syndromu vyhoření (méně než 20 % členů týmu má příznaky syndromu vyhoření)

0–1 z výše uvedených bodů (1b)

2 body (2b)

3 body (3b)

4 body (4b)

5 bodů, nadšený motivovaný tým (5b)

Zdroj: Rozhovory + porada