



Návrh funkčního nastavení vzájemné spolupráce a koordinace všech složek krizové pomoci, Návrh optimálního modelu fungování systému krizové pomoci

Mgr. Miloslava Vlková



1. Úvod

Tento dokument stanovuje rámec pro optimální fungování systému krizové pomoci na území hlavního města Prahy. Jeho účelem je vytvořit jednotný, koordinovaný a efektivní systém poskytování krizových služeb, který umožní rychlou reakci na akutní psychosociální stavy, efektivní využití dostupných kapacit a průběžné zvyšování kvality poskytované péče.

Návrh zároveň vytváří podmínky pro systematický sběr, vyhodnocování a využívání dat, která slouží jako podklad pro strategické řízení, plánování a zlepšování dostupnosti služeb. Cílovou skupinou jsou fyzické osoby všech věkových kategorií nacházející se v akutní psychosociální krizi.

V rámci přípravy a zajištění krizových služeb je nezbytné stanovit jasná pravidla, procesy a kompetence jednotlivých aktérů. Tím je zajištěno, že poskytovaná pomoc bude koordinovaná, efektivní a komplexní.



1. Cíle a účel návrhu

Tento materiál pro Hlavní město Prahu slouží jako soubor odborných doporučení, jejichž záměrem je poskytnout rámec pro zefektivnění a sjednocení **služeb pro osoby v krizi** v metropoli. Dokument není souborem striktních pravidel, ale představuje strategický návrh opatření, která reagují na identifikovaná „bílá místa“ v krizové práci.

Doporučené strategické cíle pro rozvoj integrovaných služeb pro osoby v krizi na území Hlavního města Prahy

Jako prioritní směr se doporučuje integrace systému **služeb pro osoby v krizi včetně**, která by překonala stávající institucionální roztržičnost. Materiál navrhuje vytvoření uceleného systému řízení krizových situací, podpořeného správou dat o incidentech a aktuálních kapacitách. Toto doporučení směřuje k modelu aktivní multidisciplinární spolupráce, který má za cíl vytvořit přehlednou mapu pomoci a minimalizovat sekundární zátěž klientů, kteří jsou v současnosti často nuceni vlivem nepropojenosti služeb opakovaně líčit svůj příběh různým poskytovatelům.

V oblasti operativního řízení dokument formuluje doporučení pro systémovou provázanost se **složkami Integrovaného záchranného systému (IZS)**. Navrhovaným řešením je implementace mechanismů komunitní triáže a podpora rozhodování na základě objektivních dat. Dokument v této souvislosti doporučuje využívat analytické nástroje pro modelování scénářů, které umožní strategické řízení sítě v čase a zajistí plynulé navázání klienta na následné **služby pro osoby v krizi** po zásahu IZS.

Materiál dále předkládá doporučení pro prohloubení spolupráce a společného plánování u komplexních případů a specifických cílových skupin, jako jsou dětské klienti, senioři. V metodice se doporučuje ukotvit principy multidisciplinárního sdílení informací a tvorby koordinovaných postupů pomoci, což by mělo omezit případy odmítání péče z důvodu úzkého vymezení kompetencí jednotlivých poskytovatelů. Namísto izolovaného postupu se navrhuje intenzivní kooperace specialistů, kteří společně s klientem mapují jeho potřeby a sledují jednotný cíl péče.

V neposlední řadě dokument navrhuje doporučení pro asertivní formy oslovování a proaktivní udržení kontaktu s klienty s nízkou vnitřní motivací či specifickými osobnostními rysy. V anonymním prostředí Prahy se doporučuje, aby dekompenzace klienta nebo nedodržení termínu nebylo automatickým důvodem pro ukončení spolupráce, ale impulsem k aktivní snaze o jeho znovuvyhledání v rámci sítě. Tento doporučený inkluzivní přístup má garantovat, že **služby pro osoby v krizi** v metropoli budou spravovány efektivně a zůstanou dostupné pro všechny lidi v nouzi.

Role krajské samosprávy a koordinace sítě včetně IZS

Pro dosažení těchto cílů dokument zdůrazňuje zásadní roli **Hl. m. Prahy jako kraje**, který vystupuje jako správce sítě a hlavní koordinátor.



Krajský koordinátor služeb pro osoby v krizi: Kraj zřídí pozici koordinátora, který ideálně spadá jak pod zdravotní, tak a sociální resort. Jeho úkolem je analyzovat potřeby obyvatel, identifikovat chybějící články v síti a propojovat jednotlivé poskytovatele.

Spolupráce se složkami IZS: Krajský koordinátor úzce spolupracuje s koordinátorem psychosociální péče IZS (krajský psycholog HZS či PČR). V případě mimořádných událostí zajišťuje zapojení **služeb pro osoby v krizi** do činnosti asistenčních center pomoci, která poskytují komplexní mezioborovou podporu zasaženým občanům na jednom místě.

Garantovaná dostupnost 24/7: Strategickým cílem kraje je zajistit, aby v regionu existovalo alespoň jedno „centrum“ sítě (např. krizové centrum v nemocnici či komunitní krizové centrum), které poskytuje krizovou intervenci v režimu 24/7 pro všechny cílové skupiny bez rozdílu.

Kompetenční model sítě: Kraj vytvoří kompetenční model, kde budou subjekty podílející se na síti smluvně zavázány (např. formou memorand či rámcových smluv) k plnění konkrétních funkcí, čímž se zajistí čitelnost a bezpečnost systému pro klienty i složky IZS

2. Definice krizové pomoci a krizové intervence

Krizová pomoc je podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) souborem opatření, služeb a zásahů poskytovaných během mimořádných událostí nebo bezprostředně po nich s cílem chránit život a zdraví osob, zmírnit utrpení, omezit škody na majetku a podpoř obnovu postižených komunit

V širším kontextu dokumentu je krize chápána jako náročná situace v životě jedince, kterou on sám vnímá jako potenciálně ohrožující a kterou se mu nedaří zvládnout obvyklými způsoby, což vyvolává stavy akutní tísně a zahlcení.

Krizová intervence představuje odborný postup zaměřený na práci s jednotlivcem, který prožívá situaci subjektivně vnímanou jako zátěžovou, ohrožující nebo jinak nepříznivou. Jedná se o metodu založenou na specifických psychologických technikách, jejichž cílem je zmírnit dopady tísně a zvládnout zátěž plynoucí z krize

Krizový pracovník podporuje klienta v aktivním zapojení vlastních schopností a zdrojů, posiluje jeho kompetenci řešit situaci a napomáhá překonávání konkrétních překážek. Intervence vychází z individuálního posouzení potřeb klienta a směřuje k obnovení jeho funkční rovnováhy.

Pro účely této metodiky se službami pro osoby v krizi (včetně zapojení IZS) rozumí poskytování odborných služeb v situacích akutního, neodkladného a vysoce naléhavého charakteru.

Psychická první pomoc (PPP) je pak specifickým souborem postupů pro stabilizaci stavu bezprostředně po události (v řádu hodin či dnů), kterou mohou poskytovat i vyškolení interventi v rámci složek IZS nebo zdravotničtí pracovníci na urgentních příjmech

Tento systém služeb je navržen tak, aby byl nízkoprahový a vnitřně bezbariérový, což znamená, že by měl být dostupný bez stigmatizace, nadbytečných administrativních překážek (např. „bílých plášťů“) a v ideálním případě anonymně



Celý proces směřuje k tomu, aby po odeznění akutní fáze (stabilizaci) mohl být klient plynule předán do následných služeb, pokud jeho potíže přesahují rámec krátkodobé krizové podpory.

Krizová intervence představuje odborný postup zaměřený na práci s jednotlivcem, který prožívá situaci subjektivně vnímanou jako zátěžovou, ohrožující nebo jinak nepříznivou. Jedná se o metodu založenou na specifických psychologických technikách, jejichž cílem je zmírnit dopady tísně a zvládnout zátěž plynoucí z krize

Krizový pracovník podporuje klienta v aktivním zapojení vlastních schopností a zdrojů, posiluje jeho kompetenci řešit situaci a napomáhá překonávání konkrétních překážek. Intervence vychází z individuálního posouzení potřeb klienta a směřuje k obnovení jeho funkční rovnováhy.

Pro účely této metodiky se službami pro osoby v krizi (včetně zapojení IZS) rozumí poskytování odborných služeb v situacích akutního, neodkladného a vysoce naléhavého charakteru.

Krizová pomoc v užším slova smyslu (dle zákona o sociálních službách) zahrnuje kromě samotné intervence i další psychosociální podporu, jako je poradenství nebo zajištění stravy a hygieny

3. Služby pro osoby v krizi na území hlavního města Prahy

Systém krizové pomoci na území hlavního města Prahy je tvořen souborem zdravotnických, sociálních, sociálně-zdravotních služeb a složek IZS, které poskytují podporu osobám v akutní psychosociální krizi. Jednotlivé služby se liší svým legislativním ukotvením, formou poskytované péče i mírou odbornosti, avšak společně vytvářejí funkční síť umožňující zajištění dostupné a kontinuální pomoci lidem v krizi.

I. Definice a základní principy krizové péče

Krizová péče v hlavním městě Praze je definována jako podpora v situacích, které jedinec vnímá jako ohrožující a nedokáže je zvládnout obvyklými způsoby.

Princip „tady a teď“: Služby jsou časově omezené a zaměřují se na aktuální situaci s cílem základní stabilizace člověka.

Dostupnost: Klíčem je bezodkladnost. Vstupní místa jako je RIAPS a Centrum krizové intervence a linky důvěry zajišťují nepřetržitý provoz 24/7.

Formy poskytování: Služby probíhají distančně, ambulantně, pobytově nebo terénně.

II. Cíle systému a model „Pyramidy péče“

Služby jsou organizovány v rámci pyramidy, která upřednostňuje dostupnost před nákladnou hospitalizací.



Hlavní cíle: Záchrana života a zdraví, zajištění bezpečí (fyzické oddělení od zdroje ohrožení), naplnění základních potřeb (strava, hygiena), poskytování informací a mobilizace vnitřních sil klienta i jeho okolí.

Struktura pyramidy:

- **Úroveň 1–2:** Podpora v přirozeném prostředí (rodina, komunita).
- **Úroveň 3:** Profesionální krizové služby (stabilizace a bezpečí).
- **Úroveň 4–5:** Následná podpora (specialisté) nebo hospitalizace jako poslední možnost.

III. Typologie krizí a specifické cílové skupiny

Systém reaguje na pět hlavních kategorií krizových stavů:

- **Akutní psychosociální krize:** Úmrtí blízkého, ztráta vztahu či práce, oběti trestných činů, nehod a katastrof.
- **Krize z dlouhodobé zátěže:** Závažné diagnózy, sociální znevýhodnění, osamělost seniorů či náročná péče o blízkého.
- **Akutní psychické potíže:** Suicidální úmysly, úzkosti, psychózy a akutní stavy u poruch osobnosti.
- **Vývojové a rodinné krize:** Šikana, syndrom CAN (týrané děti) a krize v soužití.
- **Existenční a sociální krize:** Bezdomovectví, válečné konflikty, potřeby cizinců či osob s PAS a závislostmi.

Specifické funkce pro vybrané skupiny:

- **Děti:** Vyžadují přístup odpovídající vývoji.
- **Oběti násilí:** Důraz na fyzické bezpečí a právní podporu.
- **Senioři:** Citlivost k osamělosti a demenci.
- **Osoby se specifickými potřebami:** Znalost specifík PAS, závislostí či cizinců.

IV. Legislativní a resortní rámec

Síť je multidisciplinární a dělí se podle legislativního ukotvení:

- **Sociální pilíř (Zákon č. 108/2006 Sb.):** Zahrnuje linky důvěry (§ 55), krizovou pomoc (§ 60), intervenční centra (§ 60a) a tísňovou péči. Týmy tvoří sociální pracovníci, intervenenti, psychologové a právníci.
- **Zdravotní pilíř (Zákon č. 372/2011 Sb.):** Zahrnuje krizová centra v nemocnicích, psychiatrické a klinicko-psychologické ambulance a urgentní příjmy. Působí zde psychiatři (možnost medikace), psychologové a sestry.
- **Integrovaný záchranný systém (IZS):** Psychologové a intervenenti PČR, HZS a ZZS poskytující první psychickou pomoc v terénu.



- **Sociálně-zdravotní pomezí:** Centra duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným duševním onemocněním.

V. Analýza poskytovatelů: Výhody a omezení

Typ služby	Výhody	Omezení / Nedostatky
Krizová centra (nemocnice)	Multidisciplinární tým, 24/7 provoz, intenzivní podpora na lůžku.	Bariéra nemocničního prostředí, riziko „nemocničního typu“ péče.
Psychiatrické ambulance	Medikace, odborná intervence, možnost výjezdu domů.	Dlouhé objednací lhůty, chybí multidisciplinární tým.
Ambulance klin. psychologů	Odborná způsobilost ke krizové intervenci.	Velmi dlouhé čekací doby, chybí podpora psychiatra a soc. pracovníka.
Urgentní příjmy	Rychlá pomoc u tělesných traumat a šoku.	Úzká cílová skupina, vysoký práh pro klienty bez zranění.
Centra duševního zdraví	Mobilita, peer konzultanti, péče v domácím prostředí.	Určeno výhradně pro osoby se závažným onemocněním (SMI) v dané oblasti.
Linky důvěry	Anonymita, nízkoprahovost, 24/7 dostupnost.	Pouze distanční kontakt, nejednotná komunikace, finanční nejistota, často nejsou zdarma.
Krizová pomoc (§ 60)	Široká sociální podpora, materiální pomoc (strava, lůžko).	Chybí zdravotnická část (nemožnost medikace či klinické psychologie).
Intervenční centra	Specializace na domácí násilí, tvorba bezp. plánů, koordinace s původce násilí. PČR.	Aktuálně chybí systémová podpora pro
Nízkoprahová centra pro děti	Kvalifikované ošetření traumat a CAN, možnost ubytování.	
Interventi IZS	Velmi rychlá pomoc přímo na místě neštěstí.	Jde o prvotní pomoc, na kterou musí navázat další péče.

VI. Časové rámce a limity poskytování

Péče v rámci sítě je časově ohraničena:



- **Pobytová forma (krizová lůžka):** Zpravidla 7 dní nebo nocí v sociálních službách; až 10 dnů v krizových centrech nemocnic.
- **Terapeutické skupiny a stacionáře:** Docházka omezena na 2 týdny, maximálně 20 dnů

3.1. Zdravotnická oblast

Zdravotnické služby poskytující krizovou pomoc na území hlavního města Prahy zahrnují zejména:

a) Krizové služby v rámci nemocnic

Tyto služby jsou součástí zdravotnických zařízení a fungují na základě multidisciplinárního přístupu. Spolupracují se složkami integrovaného záchranného systému (dále jen „IZS“) a s komunitními službami. Součástí jejich činnosti je provoz lůžek s omezenou dobou pobytu určených pro krátkodobou stabilizaci pacienta.

- Centrum krizové intervence je součástí Psychiatrické nemocnice Bohnice.
- Centrum krizové péče je součástí psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

b) Samostatně stojící krizová centra

Jedná se o zdravotnická zařízení zřizovaná místní nebo krajskou samosprávou, která poskytují komplexní péči osobám v náročných životních situacích ohrožujících jejich psychické zdraví.

- Krizové centrum RIAPS je součástí Centra sociálních služeb Praha příspěvkové organizace Magistrátu hl.m. Praha

Další poskytovatelé zdravotnické krizové péče

Krizová pomoc může být poskytována rovněž prostřednictvím:

- psychiatrických ambulancí;
 - ambulancí s rozšířenou péčí
 - ambulancí klinických psychologů;
- dalších zdravotnických zařízení poskytujících akutní péči.

3.2 Sociální oblast

Sociální služby poskytující krizovou pomoc jsou legislativně vymezeny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a tvoří významnou součást systému krizové podpory.

a) Telefonická krizová pomoc (§ 55 zákona č. 108/2006 Sb.)

Služba telefonické krizové pomoci je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami.



(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) distanční krizovou pomoc,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- c) Krizová pomoc (§ 60 zákona č. 108/2006 Sb.)

1) Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami.

(2) Služba podle obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Další poskytovatelé sociální krizové péče

Krizová pomoc může být dále poskytována prostřednictvím intervenčních center, tísňové péče, center duševního zdraví (zdravotně-sociální služba), nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, nestátních neziskových organizací, církevních organizací.

§ 60a

Intervenční centra

(1) Na základě vykazání ze společného obydlí podle zvláštního právního předpisu²⁶⁾ je osobě ohrožené násilným chováním vykázané osoby nabídnuta pomoc nejpozději do 48 hodin od doručení kopie úředního záznamu o vykazání intervenčnímu centru. Pomoc intervenčního centra může být poskytnuta rovněž na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající s ní společné obydlí nebo i bez takového podnětu, a to bezodkladně poté, co se intervenční centrum o ohrožení osoby násilným chováním dozví. Sociální služby v intervenčním centru jsou poskytovány jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) sociálně terapeutické činnosti,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.



(3) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb obsahuje vedle základních činností uvedených v odstavci 2 tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.

(4) Součástí služby je zajištění spolupráce a vzájemné informovanosti mezi intervenčními centry, poskytovateli jiných sociálních služeb, orgány sociálně-právní ochrany dětí, obcemi, útvary Policie České republiky a obecní policie, jakož i ostatními orgány veřejné správy.

§ 62

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

(1) Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služba může být poskytována osobám anonymně.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Centrum duševního zdraví

(1) Centrum duševního zdraví poskytuje ambulantní a terénní služby osobám s duševní poruchou nebo poruchou chování a osobám s prokazatelným rizikem rozvoje duševní poruchy nebo poruchy chování, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, a jejich osobám blízkým.

(2) Služby podle odstavce 1 lze poskytovat jen při současném zajištění zdravotních služeb poskytovaných v centru duševního zdraví podle [zákona o zdravotních službách](#), a to

- a) v rámci sociálně-zdravotních služeb podle § 36, nebo
- b) prostřednictvím poskytovatele zdravotních služeb zřizujícího centrum duševního zdraví podle [zákona o zdravotních službách](#) na základě smlouvy s ním uzavřené.

(3) Služby podle odstavce 1 obsahují tyto základní činnosti:

- a) nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,



- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- e) sociálně terapeutické činnosti.

3.3 Integrovaný záchranný systém

Integrovaný záchranný systém je upraven zákonem č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému. V rámci poskytování krizové pomoci sehraává IZS klíčovou roli zejména v akutní fázi mimořádných událostí. Psychologové a interventi jednotlivých složek IZS poskytují okamžitou podporu osobám zasaženým mimořádnou událostí a následně zajišťují jejich předání do střednědobé a dlouhodobé péče zdravotních, sociálních nebo neziskových služeb.

a) Zdravotnická záchranná služba (dále jen „ZZS“)

Zdravotnická záchranná služba je upravena zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. V rámci mimořádných událostí poskytují krizovou podporu zdravotničtí interventi, kteří absolvovali odborné vzdělání v oblasti *První psychické pomoci* (certifikovaný kurz v rozsahu 80 hodin, realizovaný Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů)¹.

Zdravotničtí interventi poskytují krátkodobou psychickou podporu osobám sekundárně postiženým extrémně stresující událostí. Jejich činnost zahrnuje stabilizaci psychického stavu, poskytnutí základních informací, podporu orientace v situaci, zprostředkování návazné péče.

Zdravotnické operační středisko (dále jen „ZOS“)

ZOS přijímá žádosti o zásah od Rychlé lékařské pomoci, Rychlé zdravotnické pomoci, Inspektora přednemocniční péče, Koronera, ostatních složek IZS.

ZOS koordinuje výjezdové skupiny a zajišťuje předávání informací dalším subjektům.

Systém psychosociální intervenční služby ve zdravotnictví (dále jen „SPIS“)

Poskytuje kolegiální podporu zdravotníkům po psychicky náročných událostech (např. úmrtí, závažné nehody) prostřednictvím vyškolených peer pracovníků a psychologů. Současně nabízí první psychickou pomoc příbuzným, blízkým osobám a svědkům událostí.

Systém je metodicky a organizačně zajišťován Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů při Ministerstvu zdravotnictví. Vychází z mezinárodních principů *Critical Incident*

¹ Strukturovaný přístup, pochází z USA, vyvinut byl pro pracovníky IZS. Jedná se o soucitný a podporující přístup, zaměřený na redukci distresu a vyhledání potřeb k zajištění péče o psychické zdraví člověka
Špatenkova N. a kol. (2017): Krize a krizová intervence



Stress Management a je zaměřen na zvládání stresových událostí, prevenci psychických následků a podporu psychické odolnosti odborných pracovníků.

b) Policie České republiky (dále jen „PČR“)

Policie České republiky poskytuje krizovou pomoc prostřednictvím speciálně vyškolených policistů – krizových interventů, kteří působí přímo na místě mimořádných a tragických událostí. Jejich úkolem je poskytovat obětem, pozůstalým a dalším zasaženým osobám prvotní psychickou podporu, stabilizaci a základní informace potřebné k orientaci v situaci.

Systém krizové intervence Policie ČR je upraven zejména Policejním předpisem č. 231/2016 a Rozkazem ředitele KŘP-A č. 54/2017.

Krizoví interventy PČR zajišťují stabilizaci psychického stavu osob zasažených mimořádnou událostí, podporu při zvládání akutního stresu, předání informací o dalším postupu, zprostředkování návazné péče zdravotnickým, sociálním nebo neziskovým službám.

c) Hasičský záchranný sbor České republiky (dále jen „HZS ČR“)

Hasičský záchranný sbor České republiky vykonává svou činnost na základě zákona č. 320/2015 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky, zákona č. 133/1985 Sb., o požární ochraně, Pokynu generálního ředitele HZS ČR č. 43/2014, který upravuje psychologickou službu HZS ČR.

Psychologická služba HZS ČR zahrnuje zejména poskytování psychologické podpory a posttraumatické péče (dále jen „TPP“) příslušníkům a zaměstnancům HZS ČR po náročných zásazích, definování rolí psychologů a koordinátorů TPP, zajištění etických postupů, mlčenlivosti a ochrany anonymity, realizaci krizové intervence, debriefingu a následné péče, odporu psychické odolnosti sboru.

Tým posttraumatické péče

Krizovou službu v rámci HZS ČR zajišťuje tým TPP, což je specializovaná skupina vyškolených příslušníků a zaměstnanců HZS ČR v metodice *Critical Incident Stress Management*. Tým poskytuje psychickou první pomo zasahujícím hasičům, dalším složkám IZS, civilním obětem mimořádných událostí.

TPP je klíčovou součástí psychologické služby HZS ČR a významně přispívá k prevenci psychických následků u zasahujících osob.

Koncepční rámec psychologické služby HZS ČR

Ministerstvo vnitra – generální ředitelství HZS ČR vydalo dokument „**Koncepce psychologické služby HZS ČR pro období 2027–2025**“ (MV-62413-1/PO-IZS-2017).

Koncepce se zaměřuje na zajištění psychologické podpory hasičům a jejich rodinám, posilování psychické odolnosti pracovníků, prevenci psychických poruch, vzdělávání v oblasti psychologické resilience, integraci psychologických služeb do běžné praxe HZS ČR.

3.4 Školská zařízení



Podle zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, působí ve školských zařízeních **školní psycholog**, který poskytuje bezplatnou psychologickou podporu žákům, jejich zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům. Školní psycholog zajišťuje zejména individuální a skupinové konzultace, psychologickou diagnostiku, intervenci při výchovných a výukových obtížích, podporu při řešení vztahových problémů, prevenci rizikového chování, zlepšování školního klimatu, spolupráci s dalšími odborníky a institucemi.

Školní psychologové se podílejí na poskytování podpory v situacích, které mohou mít charakter akutní krize, nicméně jejich role v oblasti akutní krizové pomoci je v současné době omezená. V případech závažné psychosociální krize obvykle zajišťují pouze prvotní podporu a následně předávají žáky či rodiny do střednědobé nebo dlouhodobé péče sociálních, zdravotních či neziskových služeb.

Existuje profesní sdružení *Asociace školní psychologie*, která zastřešuje školní psychology a studenty psychologie se zájmem o školní prostředí, v současné době nedisponuje metodickým materiálem, který by systematicky upravoval poskytování krizové pomoci ve školách. Chybí tak jednotný rámec pro postupy školních psychologů při řešení akutních krizových situací, což vede k rozdílné praxi napříč školami.

4. Analytická data

4.1. Analýza aktuálního stavu výjezdů ZZS HMP a využití návazné péče u osob s duševní poruchou nebo v riziku jejího vzniku v hl. m. Praze

Tento text vychází z „**Analýzy současného stavu v oblasti poskytování krizové pomoci na území hlavního města Prahy a Středočeského kraje**“. Dokument byl zpracován jako klíčový podklad pro projekt „Vytvoření uceleného systému krizové pomoci na území hl. m. Prahy“, který je spolufinancován Evropskou unií v rámci OP Zaměstnanost plus.

Analýzu do materiálu zařazujeme proto, že **reaguje na neuspokojivou a roztržitou situaci** v poskytování psychosociální pomoci v Praze. Současný systém trpí tím, že jednotlivé služby mají příliš úzce vymezené cílové skupiny a kapacity lůžek nejsou využívány efektivně. Cílem je, v souladu s Národním akčním plánem péče o duševní zdraví, vytvořit ucelený model krizové pomoci. Následující shrnutí se zaměřuje na kritické místo systému – **nedostatek návazné péče** (péče poskytnutá v den výjezdu ZZS nebo den následující), kdy pacienti po akutním zásahu záchranné služby zůstávají bez další odborné podpory

Návazná péče

Navazující péči se rozumí zdravotní nebo sociální péče poskytnutá pacientovi ve stejný den nebo následující den po výjezdu ZZS HMP v souvislosti s diagnózami Fxx (poruchy duševní a poruchy chování) a X60–X84 (úmyslné sebepoškození).

V Praze je systém krizové pomoci v současnosti **roztržitý**, přičemž každá služba má úzce vymezenou cílovou skupinu a kapacity akutních lůžek jsou využívány neefektivně. Analýza návazné péče



(definované jako péče poskytnuté v den výjezdu ZZS nebo den následující) odhaluje, že množství pacientů po akutním zásahu propadá systémem a **zůstává bez odborného dohledu**.

Zde je podrobný přehled nedostatků návazné péče v Praze se zaměřením na klíčové diagnózy:

Poruchy způsobené alkoholem (F10)

Užívání alkoholu je v Praze nejčastějším důvodem výjezdů ZZS s psychiatrickou diagnózou napříč věkovými skupinami, ale zároveň vykazuje největší mezery v následné péči:

- **Dospělí (20–64 let):** Alkohol tvoří **40 % všech psychiatrických výjezdů** v této skupině. Alarmující je, že v roce 2023 zůstalo po výjezdu **1 020 případů zcela bez návazné péče**. U této diagnózy je patrný trend, kdy klesá počet hospitalizací, ale **narůstá počet osob bez jakékoliv následné pomoci**.
- **Děti a mladiství (0–19 let):** Alkohol je důvodem pro 21 % výjezdů. U dospívajících (15–19 let) často po zásahu ZZS nenásleduje žádná indikovaná léčba.
- **Senioři (nad 65 let):** Alkohol je příčinou 33 % výjezdů, zejména u skupiny 65–74 let. I zde tvoří tito pacienti významnou část osob bez návazné péče.

Další diagnózy s nedostatkem návazné péče:

Kromě alkoholu zůstávají bez následného ošetření často i pacienti s těmito obtížemi:

- **Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40–F49):** Jsou jednou z hlavních skupin, kde po výjezdu ZZS v Praze často chybí hospitalizace i ambulantní léčba. U dospělých Pražanů se to týká **203 případů ročně**.
- **Užívání psychoaktivních látek (F11–F19):** Tato skupina tvoří 19 % psychiatrických výjezdů u dětí a 14 % u dospělých v Praze. Často končí bez návazné péče, zejména u věkové kategorie 15–19 let a u mladých dospělých do 34 let.
- **Poruchy psychického vývoje a chování (F80–F99):** U dětí do 19 let jde o nejčastější důvod výjezdu (23 %), který však v mnoha případech nevyústí v další odbornou péči.
- **Organické duševní poruchy (F00–F09):** Týká se hlavně seniorů (např. demence). Přestože jsou v Praze tito pacienti častěji hospitalizováni, u nejstarší skupiny nad 85 let stále existují případy bez zajištěné návaznosti.

Rozsah chybějící péče podle věku v Praze

- **Děti a mladiství (0–19 let):** Bez návazné péče končí **11 % případů**.
- **Dospělí (20–64 let):** Bez návazné péče zůstává téměř pětina, tedy **19,5 % případů (1 379 osob)**.
- **Senioři (nad 65 let):** Bez návazné péče končí **11 % případů (131 osob)**.

Systémové příčiny a doporučení

Pro zlepšení situace v Praze je doporučeno:



- Vytvořit **seznamy zařízení** schopných přijímat osoby v akutní krizi (model TRIAGE).
- Definovat jasné **metodické postupy (guidelines)** pro ZZS HMP při předávání těchto pacientů do péče.

4.2. Kapacity psychiatrických ambulancí a ambulancí klinických psychologů pro akutní pacienty/klienty

Na základě vyhodnocení mapování kapacit ambulantních služeb krizové psychosociální péče (psychiatrické ambulance a ambulance klinických psychologů) v Praze byla zjištěna následující skutečnosti:

Kapacity ambulantních služeb

- Počet klientů ošetřených měsíčně pro akutní potíže se pohybuje v rozmezí 0–31 a více.
- Průměrná vyhrazená kapacita pro nové nebo stávající akutní klienty činí 3,1 hodiny týdně.

Časová dostupnost péče

- Do 2 dnů může být ošetřeno 8,3 % pacientů.
- Do 1 týdne může být ošetřeno 26,6 % pacientů.
- Do 1 měsíce může být ošetřeno 13,8 % pacientů.
- Po více než 1 měsíci je ošetřeno 14,7 % pacientů.

Návazná péče

Do návazné péče je předáváno 52,3 % stabilizovaných pacientů/klientů ambulancí, toho 40 % tvoří předání do sociálních služeb a komunitní podpory.

U dalších 40 % pacientů není přechod do návazné služby možný z důvodu neochoty pacienta.

31 % poskytovatelů uvádí nedostatečnou kapacitu návazných služeb.²

Specifika péče o děti a dospívající

Dle odborných doporučení je časová dostupnost vhodných služeb zásadní zejména v dětství a dospívání. Psychický vývoj v tomto období probíhá dynamicky a krizové momenty mohou významně ovlivnit:

- psychickou zralost, odolnost, rovnováhu a celkově budoucí psychosociální fungování.

Včasná a efektivní krizová péče u dětí a dospívajících představuje klíčový preventivní faktor pro předcházení dalším vývojovým obtížím.³

² Janoušková, M. (2025): Krizová psychosociální péče v Praze: Mapování kapacit ambulantních služeb

³ Krejcar, D. (2025): Multidisciplinární včasná péče o děti a dospívající centrum Nákel



4.3. Bariéry a facilitátory poskytování krizové psychosociální péče v Praze:

Výstupy z focus groups s poskytovateli

Hlavním důvodem realizace tohoto šetření a fokusních skupin bylo **získat podklady pro další nastavení a rozvoj systému krizové psychosociální péče v Praze.**

Konkrétně mělo toto úsilí sloužit k následujícím účelům:

Tato zpráva analyzuje **bariéry a facilitátory krizové psychosociální péče v Praze** na základě výstupů z expertních diskusních skupin. Krizová péče je zde definována jako soubor rychlých intervencí pro **akutní stabilizaci klienta**, nikoliv jako dlouhodobá terapie.

Mezi hlavní identifikované **bariéry** patří:

- **Nedostatečná kapacita a dostupnost:** Dlouhé čekací doby a nedostatek odborníků vedou k chronifikaci stavů a demotivaci klientů.
- **Systémová roztříštěnost:** Chybí centrální informační systém o volných kapacitách, což nutí klienty k namáhavému hledání pomoci metodou „pokus-omyl“.
- **Problémy s financováním:** Nízké platy, vysoká administrativní zátěž a složité vykazování péče pojišťovnám vedou k vyhoření personálu a odchodu odborníků.
- **Překážky na straně klientů:** Stigmatizace duševních onemocnění, nedůvěra v navazující služby a nízké povědomí o možnostech pomoci.

Navrhovaná **řešení a facilitátory** zahrnují:

- **Vytvoření centralizovaného, aktuálního adresáře služeb,** který by v reálném čase ukazoval volné kapacity poskytovatelů.
- **Zřízení více bezbariérových krizových center** v různých částech Prahy pro lepší geografickou dostupnost.
- **Posílení role praktických lékařů** jako prvního kontaktního bodu a zajištění financování podporného administrativního personálu v ambulancích.
- **Zjednodušení úhradových mechanismů** a vytvoření motivačních kódů pro krizovou intervenci.
- **Moderní osvětové kampaně** (tzv. edutainment) a zapojení peer pracovníků pro snížení stigma a včasnější vyhledání pomoci.

Závěrem zpráva zdůrazňuje, že pro udržitelnou změnu je nezbytná **politická prioritizace péče o duševní zdraví**, navýšení rozpočtů a lepší koordinace mezi všemi aktéry v systému.



5. Současná struktura a řízení systému

5.1. Krizové řízení při mimořádných nebo krizových situacích

Řízení mimořádných a krizových situací je v České republice vymezeno souborem legislativních norem a prováděcích předpisů, které společně určují strukturu a fungování systému krizového řízení na úrovni státu, krajů a obcí. Tento systém umožňuje efektivní reakci na různé typy krizových situací a zajišťuje koordinovanou podporu osobám a komunitám, které jsou těmito situacemi zasaženy.

Krizové řízení hlavního města Prahy je realizováno prostřednictvím krizového managementu, který zahrnuje souhrn řídicích činností orgánů krizového řízení zaměřených na analýzu a vyhodnocení bezpečnostních rizik, plánování opatření k řešení krizových situací, organizaci a koordinaci činností při jejich řešení, kontrolu a vyhodnocování provedených opatření a ochranu kritické infrastruktury.

Krizové řízení zahrnuje připravenost orgánů hl. m. Prahy na mimořádné události a krizové situace, které mohou vzniknout na jeho území, a stanovuje mechanismy jejich řešení.

Subjekty krizového řízení na území hl. m. Prahy

Krizovým managementem se zabývají zejména Hasičský záchranný sbor hl. m. Prahy, Krajské ředitelství policie hl. m. Prahy, Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, Městská policie hl. m. Prahy, Primátor/primátorka hl. m. Prahy, Magistrát hl. m. Prahy, starostové správních obvodů městských částí Praha 1–22, správní obvody městských částí Praha 1–22.

Odbor bezpečnosti Magistrátu hl. m. Prahy (dále jen „BEZ“)

Odbor bezpečnosti zajišťuje činnosti v oblasti krizového a havarijního plánování, hospodářských opatření pro krizové stavy, obranného plánování, ochrany obyvatelstva, protipovodňové ochrany, prevence závažných havárií.

Ve spolupráci se složkami IZS a dalšími subjekty se BEZ podílí na zpracování a aktualizaci *Havarijního plánu hl. m. Prahy, Krizového plánu hl. m. Prahy* a vnějších havarijních plánů, jejichž zpracování zajišťuje Hasičský záchranný sbor hl. m. Prahy.

Operační středisko Krizového štábu hl. m. Prahy (dále jen „OS KŠ HMP“)

Součástí odboru je Operační středisko Krizového štábu hl. m. Prahy, které je stálým pracovním orgánem Bezpečnostní rady hl. m. Prahy a Krizového štábu hl. m. Prahy.

OS KŠ HMP funguje v nepřetržitém provozu a zajišťuje koordinaci, monitoring a operativní řízení při mimořádných událostech.⁴

⁴ <https://bezpecnost.praha.eu/clanky/krizove-rizeni-hl-m-prahy>



5.2. Řízení krizových situací na individuální úrovni

Krizové řízení z pohledu podpory jednotlivce lze definovat jako proces organizace a koordinace zdrojů, služeb a aktivit, jejichž cílem je zajistit ochranu, pomoc a rehabilitaci osob zasažených krizovou situací. Tento přístup klade důraz na lidské potřeby, bezpečí a důstojnost jednotlivce během i po krizové události.

Vedle řízení mimořádných událostí na systémové úrovni je nezbytné vytvořit metodický pokyn pro koordinaci aktérů, kteří poskytují krizové služby jednotlivcům. Tato koordinace je klíčová pro efektivní a rychlou reakci na individuální krizové situace, zajištění návaznosti péče, jasné vymezení rolí a odpovědností jednotlivých subjektů, minimalizaci duplicit a mezer v poskytované pomoci, zajištění jednotného postupu napříč službami.

Cílem je vytvořit systém, který bude stejně jako krizové řízení při mimořádných událostech schopen efektivně reagovat na různé typy individuálních krizových situací a poskytovat osobám v krizi koordinovanou, dostupnou a kvalitní podporu.

6. Návrh optimálního modelu systému krizové péče v hlavním městě Praze

6.1 Východiska navrhovaného modelu krizové péče

Návrh optimálního modelu krizové péče pro hlavní město Prahu vychází z poznatků získaných v průběhu realizace projektu, zejména z analýzy dostupných dat, mapování kapacit služeb, fokusních skupin se zástupci poskytovatelů krizové péče, kulatých stolů, kazuistického semináře a pilotního ověření psychosociálního modulu aplikace Záchranka. Cílem těchto aktivit bylo identifikovat silné stránky stávajícího systému, ale především bariéry, které brání efektivnímu poskytování pomoci osobám v akutní psychosociální krizi.

Jedním z nejvýznamnějších zjištění byla skutečnost, že na území hlavního města Prahy existuje široké spektrum služeb poskytujících krizovou pomoc, avšak jednotlivé služby fungují převážně samostatně a jejich vzájemná koordinace je omezená. Přestože jsou v systému zastoupeny zdravotnické, sociální, sociálně-zdravotní i krizové služby a významnou roli zde sehrávají také složky Integrovaného záchranného systému, neexistuje jednotný mechanismus, který by zajišťoval jejich systematické propojení a koordinaci. Klienti se proto často obtížně orientují v tom, na kterou službu se obrátit, a pracovníci jednotlivých organizací nemají vždy dostatek informací o možnostech návazné péče.

Analýza dat zdravotnické záchranné služby současně ukázala, že významná část osob, které byly ošetřeny v souvislosti s duševní poruchou nebo akutní psychosociální krizí, nezískává bezprostředně po zásahu odpovídající návaznou podporu. Tento problém se týká zejména osob s poruchami souvisejícími s užíváním alkoholu a návykových látek, osob s neurotickými a úzkostnými poruchami a části dětských a dospívajících klientů. Výsledky naznačují, že jedním z nejslabších míst systému není samotná akutní pomoc, ale právě zajištění kontinuity péče po odeznění akutní fáze krize.



Další významnou bariérou identifikovanou během projektu byla absence přehledu o aktuálních kapacitách jednotlivých služeb. Poskytovatelé opakovaně upozorňovali na skutečnost, že nemají k dispozici nástroj, který by jim umožnil rychle zjistit dostupnost krizových center, ambulancí, lůžkových zařízení nebo dalších forem podpory. Předávání klientů mezi službami je proto často založeno na osobních kontaktech jednotlivých pracovníků, nikoliv na systémově nastavené spolupráci. Tento stav snižuje efektivitu systému a může vést ke zpoždění potřebné pomoci.

Z mapování ambulantních psychiatrických a psychologických služeb vyplynulo, že významným problémem je také nedostatečná kapacita odborné péče. Pouze omezená část pacientů může být přijata v řádu několika dnů, zatímco u části poskytovatelů přesahují čekací doby jeden měsíc. Současně poskytovatelé upozorňovali na nedostatečné kapacity návazných služeb a na skutečnost, že část klientů následnou péči z různých důvodů nevyužívá. To zvyšuje riziko opakovaného vzniku krizových situací a zatěžuje akutní složky systému.

Významným tématem, které se objevovalo napříč všemi diskusními skupinami, byla potřeba lepšího vymezení rolí a kompetencí jednotlivých aktérů systému. Zástupci zdravotnických, sociálních i krizových služeb opakovaně poukazovali na rozdílné legislativní rámce, odlišná očekávání a někdy také na nejasnosti při předávání klientů mezi jednotlivými segmenty péče. Ukázalo se, že vedle posilování kapacit je nezbytné zaměřit se také na vytváření společného porozumění rolím jednotlivých služeb a na rozvoj mechanismů mezioborové spolupráce.

Poznatky získané v průběhu projektu zároveň potvrdily význam pravidelného setkávání odborníků z různých oblastí. Kazuistický seminář, kulaté stoly i pracovní skupiny ukázaly, že mnohé bariéry nevznikají pouze z nedostatku kapacit, ale také z nedostatečné znalosti fungování ostatních služeb. Sdílení zkušeností a vzájemné poznávání kompetencí jednotlivých organizací proto představuje důležitý předpoklad pro budování funkčního systému krizové péče.

Výše uvedená zjištění vedla k formulaci návrhu optimálního modelu krizové péče, jehož cílem je vytvořit koordinovaný, přehledný a dostupný systém, který bude schopen pružně reagovat na potřeby osob v akutní psychosociální krizi, zajistí návaznost poskytované péče a podpoří efektivní spolupráci všech zapojených subjektů. Model vychází z principů multidisciplinarity, koordinace, sdílení informací, dostupnosti služeb a aktivního předávání klientů mezi jednotlivými složkami systému.

6.2 Principy optimálního modelu krizové péče

Navrhovaný model krizové péče pro hlavní město Prahu vychází ze zjištění, že efektivní podpora osob v krizi nemůže být založena pouze na existenci jednotlivých služeb, ale především na jejich vzájemném propojení, koordinaci a schopnosti pružně reagovat na aktuální potřeby klienta. Cílem modelu je vytvořit systém, který bude pro občany srozumitelný, dostupný a zároveň umožní efektivní spolupráci všech zapojených subjektů.

Základním principem navrhovaného modelu je **orientace na potřeby člověka v krizi**. Systém by měl být nastaven tak, aby klient nemusel složitě hledat vhodnou službu nebo opakovaně vysvětlovat svou situaci různým poskytovatelům. Pomoc by měla být poskytována podle aktuální závažnosti situace a individuálních potřeb člověka, nikoliv podle organizační struktury jednotlivých služeb. Klient by měl mít možnost získat odpovídající podporu bez ohledu na to, jakou vstupní cestou do systému vstoupí.



Dalším klíčovým principem je **dostupnost a včasnost pomoci**. Krizová péče musí být poskytována v okamžiku, kdy ji člověk potřebuje. Model proto předpokládá existenci jasně definovaných vstupních míst do systému, snadnou orientaci v dostupných službách a možnost rychlého nasměrování klienta na odpovídající formu podpory. Součástí tohoto principu je také snaha o minimalizaci čekacích dob a zajištění dostupnosti informací o aktuálních kapacitách jednotlivých služeb.

Významným principem je rovněž **kontinuita a návaznost péče**. Projekt opakovaně ukázal, že slabým místem systému není pouze samotná krizová intervence, ale především přechod klienta mezi jednotlivými službami. Navrhovaný model proto klade důraz na aktivní předávání klientů mezi poskytovateli, podporu koordinace péče a zajištění návazných služeb po odeznění akutní krize. Cílem je předcházet situacím, kdy klient po ukončení krizové intervence zůstává bez další podpory nebo se opakovaně vrací do akutní péče.

Dalším pilířem modelu je **multidisciplinární spolupráce**. Krizové situace mají často zdravotní, sociální, psychologické i bezpečnostní aspekty a jejich řešení proto vyžaduje zapojení více odborností. Navrhovaný model podporuje pravidelnou komunikaci mezi zdravotnickými zařízeními, sociálními službami, krizovými centry, školskými institucemi, orgány veřejné správy i složkami Integrovaného záchranného systému. Vzájemná znalost kompetencí a možností jednotlivých organizací představuje jeden ze základních předpokladů funkční spolupráce.

Důležitým principem je také **koordinace a sdílení informací**. Efektivní fungování systému vyžaduje existenci mechanismů umožňujících sdílení informací o dostupných službách, kapacitách a možnostech návazné péče. Součástí modelu je proto vytvoření koordinační platformy, která bude podporovat komunikaci mezi poskytovateli, identifikovat systémové problémy a přispívat k jejich řešení.

Navrhovaný model zároveň stojí na principu **transparentnosti a srozumitelnosti systému**. Jak odborníci, tak veřejnost by měli mít k dispozici přehledné informace o tom, jaké služby jsou dostupné, pro koho jsou určeny a jakým způsobem je možné je využít. Důležitou roli zde mohou sehrávat digitální nástroje, zejména psychosociální modul aplikace Záchranka nebo další informační a triážní systémy.

Posledním významným principem je **průběžná evaluace a rozvoj systému**. Krizová péče je oblastí, která se dynamicky vyvíjí a reaguje na měnící se potřeby společnosti. Systém by proto měl být pravidelně vyhodnocován z hlediska dostupnosti, efektivity a kvality poskytované péče. Získaná data by měla sloužit jako podklad pro plánování kapacit, rozvoj služeb a nastavování dalších systémových opatření.

Navrhovaný model tak vytváří rámec pro vznik koordinovaného a provázaného systému krizové péče, který bude schopen efektivně reagovat na potřeby osob v akutní psychosociální krizi a současně podporovat dlouhodobou stabilitu a spolupráci všech zapojených subjektů.

6.3 Role jednotlivých aktérů systému krizové péče

Funkční systém krizové péče je založen na jasném vymezení rolí a odpovědností jednotlivých aktérů, kteří se podílejí na pomoci osobám v krizové situaci. Analýzy realizované v rámci projektu opakovaně ukázaly, že jednou z bariér efektivní spolupráce jsou nejasnosti v kompetencích jednotlivých služeb,



rozdílná očekávání a omezená znalost možností ostatních organizací. Navrhovaný model proto vychází z principu jasně definovaných rolí a vzájemné návaznosti jednotlivých složek systému.

Role hlavního města Prahy

Hlavní město Praha by mělo v navrhovaném modelu plnit především roli koordinátora systému krizové péče na regionální úrovni. Jeho úkolem by mělo být vytváření podmínek pro spolupráci mezi jednotlivými poskytovateli, podpora síťování služeb, identifikace systémových problémů a koordinace jejich řešení. Součástí této role by mělo být také pravidelné svolávání odborných platforem, podpora sdílení informací, mapování kapacit služeb a zajištění průběžné evaluace systému krizové péče.

Role složek Integrovaného záchranného systému

Složky Integrovaného záchranného systému představují zpravidla první kontakt s osobou v akutní krizové situaci. Jejich hlavní rolí je zajištění bezpečnosti klienta i jeho okolí, stabilizace situace a vyhodnocení míry rizika. Zdravotnická záchranná služba, Policie České republiky, Městská policie a Hasičský záchranný sbor by měly současně disponovat aktuálními informacemi o dostupných návazných službách a možnostech předání klienta do další péče. Významnou roli zde hrají také krizoví intervenenti a koordinátoři psychosociální pomoci jednotlivých složek.

Role krizových služeb

Krizová centra, linky důvěry, krizové ambulance a další specializované služby krizové intervence představují klíčovou součást systému. Jejich úkolem je poskytovat rychlou, odbornou a časově dostupnou pomoc osobám v psychické nebo psychosociální krizi. Současně by měly fungovat jako významný prvek triáže, tedy posouzení potřeb klienta a jeho nasměrování do odpovídající návazné péče. Důležitou součástí jejich role je také spolupráce s dalšími poskytovateli a aktivní předávání klientů mezi službami.

Role zdravotnických služeb

Zdravotnické služby zajišťují odbornou diagnostiku a léčbu osob, jejichž psychický stav vyžaduje zdravotnickou intervenci. Do této skupiny patří zejména psychiatrické ambulance, kliničtí psychologové, centra duševního zdraví, krizová centra při nemocnicích, psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic. Jejich role spočívá nejen v léčbě akutních stavů, ale také v zajištění dlouhodobé odborné péče a spolupráci s dalšími segmenty systému.

Role sociálních služeb

Sociální služby zajišťují podporu osobám, jejichž krizová situace souvisí nebo je ovlivněna sociálními faktory. Jedná se zejména o služby odborného sociálního poradenství, terénní programy, azylové domy, sociální rehabilitaci, centra duševního zdraví a další podpůrné služby. Jejich úkolem je pomáhat klientům řešit sociální důsledky krizové situace a podporovat jejich návrat k běžnému fungování v komunitě.

Role školských a vzdělávacích institucí

Významnou roli v systému krizové péče sehraávají také školy, školská poradenská zařízení, školní psychologové a speciální pedagogové. V případě dětí a dospívajících často představují první místo, kde



jsou zachyceny známky psychických obtíží nebo krizového stavu. Jejich úkolem je včasná identifikace rizik, základní podpora dítěte a rodiny a zajištění propojení s odbornými službami.

Role orgánů veřejné správy

Do systému krizové péče významně vstupují také orgány sociálně-právní ochrany dětí, městské části, kurátoři pro děti a mládež, probační a mediační služba a další instituce veřejné správy. Jejich role spočívá především v ochraně zranitelných skupin obyvatel, koordinaci podpory v komplikovaných případech a zajišťování návaznosti mezi jednotlivými systémy péče.

Role komunitních a neziskových organizací

Neziskové organizace, svépomocné skupiny, dobrovolnické programy a komunitní iniciativy představují důležitý doplněk formálního systému péče. Jejich přínosem je zejména dostupnost podpory v přirozeném prostředí klienta, flexibilita poskytovaných služeb a možnost dlouhodobého doprovázení osob po odeznění akutní krize. Současně mohou významně přispívat k prevenci sociální izolace a opakovaného vzniku krizových situací.

Navrhovaný model předpokládá, že jednotliví aktéři nebudou fungovat izolovaně, ale jako součást vzájemně propojené sítě služeb. Efektivita systému není dána pouze kvalitou práce jednotlivých organizací, ale především schopností spolupracovat, sdílet informace a zajistit klientovi plynulý přechod mezi jednotlivými úrovněmi podpory podle jeho aktuálních potřeb.

6.4 Koordinační mechanismus systému krizové péče

Jedním z hlavních zjištění projektu bylo, že efektivitu systému krizové péče neomezuje pouze nedostatek kapacit některých služeb, ale především absence jednotného koordinačního mechanismu, který by podporoval spolupráci mezi jednotlivými aktéry systému. Přestože na území hlavního města Prahy působí široká síť zdravotnických, sociálních, krizových a bezpečnostních služeb, jejich vzájemná komunikace a koordinace jsou často založeny na osobních kontaktech jednotlivých pracovníků, nikoliv na systémově nastavených procesech. Výsledkem je omezená orientace v dostupných službách, složitější předávání klientů a vznik duplicit nebo naopak mezer v poskytované péči.

Navrhovaný model proto počítá s vytvořením stabilního koordinačního mechanismu, jehož cílem bude podporovat spolupráci mezi jednotlivými segmenty krizové péče, zajišťovat sdílení informací a vytvářet prostor pro společné řešení systémových problémů. Koordinace systému by měla být založena na principu partnerství a pravidelné komunikace mezi všemi relevantními aktéry.

Klíčovou roli v tomto procesu by mělo sehrávat hlavní město Praha, které by prostřednictvím určeného koordinátora nebo koordinační platformy zajišťovalo pravidelné setkávání zástupců zdravotnických, sociálních a krizových služeb, složek Integrovaného záchranného systému, veřejné správy i dalších významných partnerů. Úkolem této platformy by bylo nejen sdílení informací a zkušeností, ale také identifikace nově vznikajících potřeb, sledování kapacit systému a formulace doporučení pro jeho další rozvoj.

Součástí koordinačního mechanismu by měla být také pravidelná aktualizace přehledu služeb krizové péče a jejich kapacit. Poskytovatelé opakovaně upozorňovali na skutečnost, že často nemají aktuální informace o dostupnosti návazných služeb, což komplikuje předávání klientů a prodlužuje dobu



potřebnou k nalezení vhodné pomoci. Sdílený informační systém nebo pravidelně aktualizovaný adresář služeb by proto mohl významně přispět ke zvýšení efektivity celého systému.

Důležitou součástí koordinace by měla být také podpora mezioborového vzdělávání a společných odborných setkání. Zkušenosti získané během realizace projektu ukázaly, že právě osobní setkávání odborníků z různých oblastí přispívá k lepšímu porozumění rolím jednotlivých služeb, odbourávání stereotypů a vytváření funkčních pracovních vztahů. Pravidelné kulaté stoly, pracovní skupiny, kazuistické semináře nebo společná vzdělávání by proto měly být zachovány jako standardní součást fungování systému.

Koordinační mechanismus by měl zároveň podporovat vznik jasně definovaných postupů pro předávání klientů mezi jednotlivými službami. V případech, kdy klient přechází mezi zdravotnickou, sociální a krizovou péčí, by měl existovat předem dohodnutý postup umožňující plynulé navázání další podpory. Cílem je minimalizovat situace, kdy klient po ukončení jedné služby zůstává bez další pomoci nebo musí znovu samostatně vyhledávat vhodného poskytovatele.

Nedílnou součástí koordinačního mechanismu by měla být také průběžná evaluace fungování systému. Pravidelné sledování dostupnosti služeb, kapacit, návaznosti péče a zkušeností klientů i poskytovatelů by umožnilo včas identifikovat problematická místa a reagovat na měnící se potřeby obyvatel hlavního města Prahy. Získaná data by současně mohla sloužit jako podklad pro plánování rozvoje služeb a efektivnější využívání dostupných zdrojů.

Navrhovaný koordinační mechanismus tak představuje jeden ze základních předpokladů fungujícího systému krizové péče. Jeho cílem není vytvářet další úroveň administrativního řízení, ale zajistit, aby jednotlivé služby dokázaly efektivně spolupracovat, sdílet informace a společně reagovat na potřeby osob v krizových situacích. Takto nastavený systém může významně přispět ke zvýšení dostupnosti, přehlednosti a kvality krizové pomoci na území hlavního města Prahy.

6.5 Krizové triážové místo jako centrální vstup do systému krizové péče

Jedním z klíčových zjištění projektu byla absence jednotného a přehledného vstupního bodu do systému krizové péče. Osoby v krizi, jejich blízcí i odborníci z pomáhajících profesí často narážejí na obtížnou orientaci v síti dostupných služeb, nejasnosti ohledně kompetencí jednotlivých poskytovatelů a nedostatek informací o aktuálních kapacitách. V důsledku toho dochází k neefektivnímu využívání služeb, opakování předávání klientů mezi organizacemi nebo naopak k situacím, kdy člověk potřebnou pomoc vůbec nevyhledá.

Navrhovaný model proto počítá se zřízením **krizového triážového místa**, které by plnilo funkci centrálního vstupního bodu do systému krizové péče na území hlavního města Prahy. Jeho hlavním úkolem by bylo zajistit rychlé vyhodnocení potřeb klienta, posouzení míry akutnosti situace a nasměrování na nejvhodnější formu pomoci. Triážové místo by současně fungovalo jako koordinační uzel propojující zdravotnické, sociální, krizové a další návazné služby.

Základním principem fungování triážového místa by bylo poskytování podpory osobám v krizi bez ohledu na to, jakým způsobem do systému vstoupily. Klient by mohl být na triážové místo nasměrován prostřednictvím složek Integrovaného záchranného systému, zdravotnických zařízení, sociálních služeb, školských institucí, praktických lékařů nebo by se na něj mohl obrátit přímo. Součástí systému



by mohly být také digitální nástroje, například psychosociální modul aplikace Záchranka, který by usnadňoval orientaci v dostupné pomoci a umožňoval rychlé propojení s vhodnou službou.

Triážové místo by mělo být personálně zajištěno multidisciplinárním týmem složeným z odborníků se zkušenostmi v oblasti krizové intervence, sociální práce a duševního zdraví. Jeho úkolem by nebylo poskytovat dlouhodobou péči, ale především zajistit odborné zhodnocení situace klienta a koordinovat další postup. Na základě vyhodnocení potřeb by klient mohl být nasměrován například do krizového centra, centra duševního zdraví, psychiatrické ambulance, sociální služby, terapeutické péče nebo jiného specializovaného zařízení.

Významnou funkcí triážového místa by bylo také sledování dostupnosti jednotlivých služeb a jejich aktuálních kapacit. Díky průběžně aktualizovaným informacím by bylo možné klienty směřovat do zařízení, která jsou schopna pomoc skutečně poskytnout. Tím by se snížilo riziko opakovaného odmítání klientů z kapacitních důvodů a současně by se zvýšila efektivita využívání dostupných zdrojů v systému.

Součástí činnosti triážového místa by měla být rovněž podpora aktivního předávání klientů mezi službami. Namísto pouhého poskytnutí kontaktu by pracovníci triážového místa pomáhali zajistit navázání další péče, případně koordinovali spolupráci mezi více poskytovateli současně. Tento přístup by měl přispět k větší kontinuitě péče a snížení počtu klientů, kteří po odeznění akutní krize zůstávají bez návazné podpory.

Vedle přímé práce s klienty by triážové místo mohlo plnit také konzultační a metodickou funkci pro odborníky z různých oblastí. Pracovníci zdravotnických zařízení, sociálních služeb, škol nebo veřejné správy by zde mohli získat informace o možnostech pomoci, konzultovat složité případy nebo hledat vhodné návazné služby pro své klienty.

Z dlouhodobého hlediska by krizové triážové místo mohlo významně přispět ke zvýšení přehlednosti systému krizové péče, efektivnějšímu využívání dostupných kapacit a lepší koordinaci jednotlivých aktérů. Současně by umožnilo systematicky sledovat nejčastější potřeby klientů, identifikovat nedostatky v síti služeb a poskytovat důležité podklady pro další plánování a rozvoj krizové péče na území hlavního města Prahy.

6.6 Návrh spolupráce a koordinace jednotlivých složek krizové péče

Efektivní fungování systému krizové péče je podmíněno nejen existencí dostatečné sítě služeb, ale především schopností jednotlivých aktérů vzájemně spolupracovat a koordinovat své činnosti. Výstupy projektu opakovaně poukazovaly na skutečnost, že jedním z nejvýznamnějších problémů současného systému je jeho roztříštěnost. Jednotlivé služby často fungují paralelně vedle sebe, aniž by existovaly jasně definované mechanismy spolupráce, sdílení informací a předávání klientů. Navrhovaný model proto klade důraz na vytvoření funkční sítě spolupracujících subjektů, které budou schopny reagovat na potřeby klienta jako jeden propojený systém.

Základním předpokladem úspěšné spolupráce je vytvoření pravidelné mezioborové platformy sdružující zástupce zdravotnických, sociálních a krizových služeb, složek Integrovaného záchranného systému, školských institucí, veřejné správy a dalších významných partnerů. Tato platforma by měla sloužit jako prostor pro sdílení zkušeností, identifikaci systémových problémů, předávání informací o změnách v síti služeb a společné hledání řešení aktuálních potřeb systému krizové péče.



Klíčovou roli v koordinaci systému by mělo sehrávat hlavní město Praha prostřednictvím pověřeného koordinátora nebo specializované pracovní skupiny. Jejím úkolem by bylo zajišťovat komunikaci mezi jednotlivými sektory, podporovat síťování služeb, organizovat odborná setkání a koordinovat rozvoj systému krizové péče na regionální úrovni. Současně by měla monitorovat fungování systému a identifikovat oblasti vyžadující další rozvoj nebo systémová opatření.

Významnou součástí navrhované spolupráce je zavedení jasně definovaných postupů pro předávání klientů mezi jednotlivými službami. Projekt opakovaně ukázal, že přechod klienta mezi zdravotními, sociálními a krizovými službami představuje jedno z nejzranitelnějších míst celého systému. V optimálním modelu by proto měly existovat dohodnuté mechanismy umožňující aktivní předání klienta do návazné péče, včetně jasně stanovených kontaktních osob a komunikačních kanálů.

Důležitým prvkem spolupráce je také sdílení informací o dostupných službách a jejich aktuálních kapacitách. Poskytovatelé by měli mít možnost získat aktuální přehled o dostupnosti krizových center, psychiatrických ambulancí, center duševního zdraví, lůžkových zařízení a dalších návazných služeb. Tím by se významně zjednodušilo směřování klientů a zvýšila efektivita celého systému.

Navrhovaný model současně počítá s pravidelnou realizací společných vzdělávacích aktivit, odborných seminářů, kazuistických setkání a pracovních skupin. Právě tyto aktivity se v průběhu projektu ukázaly jako efektivní nástroj pro budování vzájemné důvěry, porozumění kompetencím jednotlivých organizací a posilování mezioborové spolupráce. Sdílení konkrétních zkušeností z praxe současně umožňuje lépe identifikovat systémové bariéry a hledat společná řešení.

Specifickou roli v systému spolupráce zauímají složky Integrovaného záchranného systému, které jsou často prvním kontaktem osoby v akutní krizové situaci. Zdravotnická záchranná služba, Policie České republiky, Hasičský záchranný sbor a jejich psychosociální týmy by měly být pevně propojeny s krizovými a návaznými službami tak, aby bylo možné zajistit plynulý přechod klienta z akutní intervence do další péče.

Stejně důležitá je spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním sektorem. Projekt ukázal, že právě na rozhraní těchto dvou oblastí vzniká řada komplikací souvisejících s odlišnými legislativními rámci, očekáváními a možnostmi jednotlivých služeb. Navrhovaný model proto podporuje pravidelnou komunikaci mezi oběma sektory, vytváření společných metodických postupů a rozvoj multidisciplinárního přístupu k řešení krizových situací.

Funkční systém krizové péče by měl být založen na principu sdílené odpovědnosti za klienta, nikoliv na přenášení odpovědnosti mezi jednotlivými službami. Každý aktér systému by měl znát svou roli, kompetence i možnosti ostatních organizací a být schopen aktivně spolupracovat při hledání nejvhodnějšího řešení pro konkrétního člověka v krizi. Pouze tak lze zajistit, aby systém krizové péče fungoval jako propojený celek, který poskytuje dostupnou, koordinovanou a efektivní pomoc.

6.7 Schéma optimálního modelu krizové péče



Na základě výstupů projektu byl navržen model krizové péče, který je postaven na principu koordinovaného a vzájemně propojeného systému služeb. Model vychází z předpokladu, že člověk v krizi potřebuje v různých fázích své situace odlišný typ podpory a že efektivní pomoc lze zajistit pouze prostřednictvím spolupráce zdravotnických, sociálních, krizových a bezpečnostních složek.

Navrhovaný model je založen na několika vzájemně propojených úrovních. První úroveň tvoří vstupní body do systému, kterými mohou být složky Integrovaného záchranného systému, krizové linky, psychosociální modul aplikace Záchranka, zdravotnická zařízení, školy, sociální služby nebo přímý kontakt klienta se službou. Cílem je zajistit, aby člověk mohl do systému vstoupit různými cestami podle charakteru své situace a aby nebyl odkázán pouze na jeden způsob vyhledání pomoci.

Klíčovým prvkem navrhovaného modelu je krizové triážové místo, které představuje centrální koordinační a navigační bod systému. Jeho úkolem je vyhodnocení potřeb klienta, posouzení závažnosti situace, doporučení vhodné formy podpory a zajištění návaznosti péče. Triážové místo současně disponuje aktuálními informacemi o dostupných službách a jejich kapacitách, čímž umožňuje efektivnější směrování klientů do systému.

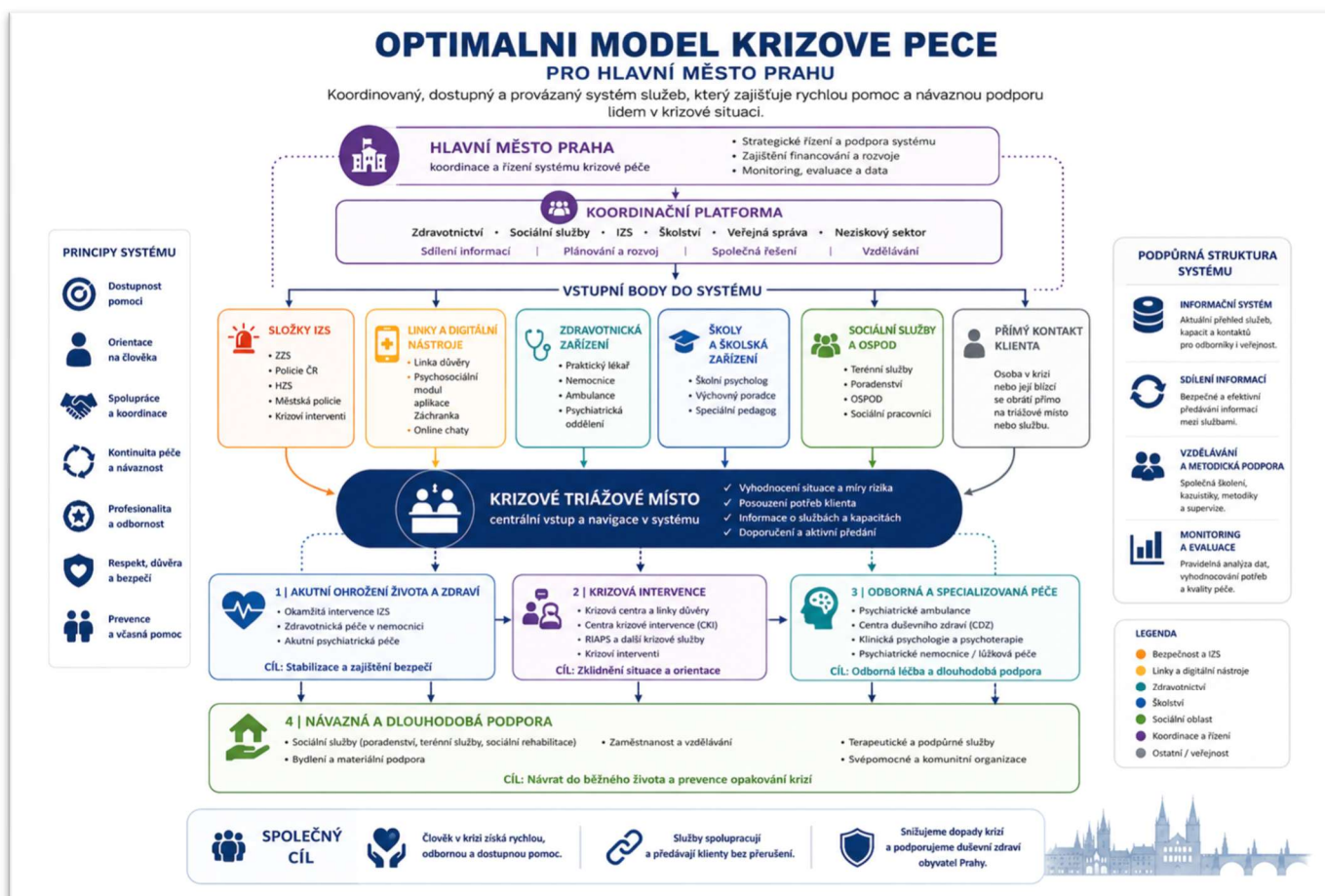
Na triážové místo navazují jednotlivé segmenty krizové péče. V případě akutního ohrožení života nebo zdraví vstupují do procesu především složky Integrovaného záchranného systému a zdravotnická zařízení. U osob vyžadujících krizovou intervenci jsou využívána krizová centra, linky důvěry, centra krizové intervence a další specializované služby. Klienti, jejichž situace vyžaduje dlouhodobější podporu, jsou následně směřováni do ambulantních psychiatrických služeb, center duševního zdraví, sociálních služeb nebo dalších forem návazné péče.

Významnou součástí modelu je také koordinační vrstva systému, jejímž úkolem je zajišťovat komunikaci mezi jednotlivými aktéry, podporovat sdílení informací, organizovat odborná setkání a monitorovat fungování systému. Tato role by měla být realizována ve spolupráci s hlavním městem Prahou, které může plnit funkci regionálního koordinátora krizové péče.

Schéma současně zdůrazňuje význam aktivního předávání klientů mezi službami. Navrhovaný model nepředpokládá, že klient bude samostatně vyhledávat další formy pomoci, ale že jednotlivé služby budou spolupracovat na zajištění kontinuity péče a podpory. Cílem je minimalizovat situace, kdy člověk po odeznění akutní krize zůstává bez další pomoci nebo opakovaně vstupuje do systému prostřednictvím akutních služeb.

Navržený model tak vytváří rámec pro vznik koordinovaného, přehledného a dostupného systému krizové péče, který je orientován na potřeby klienta, podporuje mezioborovou spolupráci a umožňuje efektivní využívání dostupných kapacit. Současně poskytuje základ pro další rozvoj krizové péče na území hlavního města Prahy a může sloužit jako východisko pro plánování budoucích systémových opatření.

Schéma 1: Návrh optimálního modelu systému krizové péče pro hlavní město Prahu



7. Příklady dobré praxe – města/země s efektivní krizovou pomocí pro jednotlivce

7.1 Triáž – modely a využití

Triáž je proces rychlého třídění osob na základě závažnosti jejich stavu s cílem zajistit, aby se dostupné kapacity a odborná pomoc dostaly nejdříve těm, kteří je nejvíce potřebují. Tento postup je klíčový zejména v situacích, kdy jsou zdroje omezené, například při hromadných neštěstích, mimořádných událostech nebo na urgentních příjmech zdravotnických zařízení. Cílem triáže je stanovit priority ošetření a odsunu tak, aby byl maximalizován počet zachráněných životů. To se děje přiřazením



jednotlivců do standardizovaných kategorií (např. červená – urgentní, žlutá – prioritní, zelená – neurgentní, černá – úmrtí/paliativní péče)⁵.

Triážové modely ve světě

Celosvětově existuje řada triážových systémů, které byly vyvinuty v různých zemích a kontextech. Většina z nich je primárně určena pro zdravotnické prostředí, zejména pro urgentní příjmy a pohotovostní oddělení, kde je nutné rychle posoudit závažnost stavu pacienta a určit prioritu léčby.

Méně známé, avšak stále významnější, je využití standardizovaných triážových systémů v psychosociální oblasti, tedy při třídění jednotlivců podle závažnosti psychosociální krize. Tyto systémy mohou být aplikovány nejen ve zdravotnictví, ale také v rámci krizových center, u poskytovatelů krizové intervence, u složek IZS, v rámci první psychické pomoci, v sociálních službách, v komunitních službách.

Triáž v psychosociální oblasti umožňuje rychle identifikovat osoby v nejvyšším riziku, efektivně rozložit kapacity, zajistit cílenou a adekvátní pomoc, zvýšit bezpečnost klientů i pracovníků, zlepšit koordinaci mezi jednotlivými aktéry.

Zavedení standardizovaných triážních systémů může výrazně zvýšit efektivitu reakce na krizové situace a přispět k lepšímu využití dostupných zdrojů. V rámci přípravy této metodiky byla provedena analýza příkladů dobré praxe z různých zemí s cílem identifikovat modely vhodné pro implementaci v podmínkách hlavního města Prahy.

Příklady ustálených a mezinárodně využívaných triážních systémů

Emergency Severity Index (dále jen „ESI“)

ESI je pětistupňový triážní systém používaný zejména na urgentních příjmech.

Hodnotí závažnost aktuálních symptomů, potřebu okamžité péče, předpokládanou náročnost spotřeby zdrojů.

Stupnice ESI 1 představuje nejvyšší urgentnost (okamžitá péče), ESI 5 nejnížší (nevyžaduje okamžitou intervenci).

Australian Triage Scale (dále jen „ATS“)

ATS je systém využívaný v Austrálii, který třídí pacienty podle symptomů a stanovuje priority na základě potřeby okamžitého ošetření, závažnosti stavu, rizika zhoršení.

ATS je široce implementován v nemocnicích a slouží jako standard pro rychlé posouzení urgentnosti.

⁵https://www.google.com/search?q=jak+definujeme+tri%C3%A1%C5%BE&oeq=jak+definujeme+tri%C3%A1%C5%BE&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYODlBCTU1NTBqMGoxNagCCLACAQ&sourceid=chrome&ie=UTF-8



7.1.1 Manchester Triage System

Manchester Triage System (dále jen „MTS“) je v evropských zemích široce používaný, standardizovaný a mezinárodně uznávaný systém pro prvotní posouzení a klasifikaci pacientů v situacích hromadných neštěstí, katastrof a dalších mimořádných událostí. MTS je rovněž využíván v rámci nemocniční urgentní péče, kde slouží k rychlému stanovení priorit ošetření.

Systém byl vyvinut lékaři, specialisty urgentní medicíny, záchranáři a dalšími odborníky integrovaného záchranného systému. Jeho jádrem je emergentní triáž, která umožňuje

Barva	Kategorie	Doporučený čas k ošetření
Červená	Okamžitá péče	1–2 minuty
Oranžová	Velmi naléhavé	10–15 minut
Žlutá	Naléhavé	30 minut
Zelená	Standardní naléhavost	60 minut
Modrá	Není naléhavé	120 minut

efektivní třídění pacientů ve všech neplánovaných a neočekávaných situacích.

MTS je v současnosti hlavní doporučenou a certifikovanou metodikou v řadě zemí, například v Austrálii, Brazílii, Německu, Irsku, Itálii, Japonsku, Kanadě, Mexiku, na Novém Zélandu, v Nizozemsku, Norsku, Rakousku, Portugalsku, Švédsku, Švýcarsku, Španělsku, Tanzanii a dalších státech (Manchester Royal Infirmary Accident and Emergency Department, Mackway, 2014).

Triážní kategorie MTS

MTS třídí pacienty do pěti barevně označených kategorií podle závažnosti klinického stavu a potřebné doby k zahájení ošetření Tabulka číslo 1. níže.

Způsob hodnocení v rámci MTS

Triáž probíhá podle strukturovaného protokolu, který zahrnuje klinické příznaky a symptomy, zdravotní anamnézu a záznamy, aktuální medikaci, hodnocení životních funkcí, věk pacienta a další relevantní faktory.

MTS využívá klinická pravidla a rozhodovací algoritmy, které podporují triážní pracovníky při správném přiřazení pacienta do odpovídající kategorie. Systém je koncipován jako dynamický

proces, což znamená, že stav pacienta může být kdykoli přehodnocen a kategorie upravena podle aktuální urgentnosti.

Organizace triážního místa



Triážní místo může fungovat v různých podobách a lokalitách při vstupu do zdravotnického zařízení, v rámci urgentního příjmu, u psychiatrických oddělení, jako samostatné triážní stanoviště, prostřednictvím telefonního call centra.

Triážní pracoviště funguje v nepřetržitém provozu a provádí stručné screeningové posouzení duševního i fyzického stavu s cílem identifikovat, zda se jedná o problém související s duševním zdravím, určit naléhavost situace, stanovit nejvhodnější typ další služby.

Nejběžnější formou triáže v psychosociální oblasti je posouzení duševního i fyzického stavu prostřednictvím call centra, které umožňuje rychlou orientaci v situaci a efektivní nasměrování klienta do vhodné služby.

Triážní proces v rámci MTS není diagnostikou duševního stavu, ale slouží k rychlému shromáždění informací o akutních příznacích, symptomech a rizicích souvisejících s duševním zdravím. Tyto informace tvoří podklad pro rozhodnutí o naléhavosti situace a o tom, která dostupná služba je pro danou osobu nejvhodnější.

Výhody implementace a využití triáže v oblasti duševního zdraví přinášejí cílenější a dostupnější přístup ke službám, zkrácení čekací doby na odbornou péči, zlepšení koordinace péče mezi jednotlivými poskytovateli, efektivní využití kapacit v neodkladných případech, rychlé nasměrování klienta do adekvátní služby podle naléhavosti.

Triážní pracoviště nebo telefonickou linku kontaktují osoby aktuálně léčené pro duševní onemocnění, osoby, které již dříve využívaly služby v oblasti duševního zdraví, osoby, které hledají první kontakt se systémem péče o duševní zdraví – dle specifikace a zacílení pracoviště.

Role gatekeepera (triážního pracovníka)

Klíčovou roli v systému MTS hraje gatekeeper, tedy přijímající triážový pracovník, který zajišťuje první kontakt a rozhoduje o dalším postupu. Jeho úkoly zahrnují:

- **provádění screeningového posouzení** za účelem vyhodnocení rizik, naléhavosti a vhodnosti jednotlivých typů služeb;
- **monitorování lůžkových kapacit** nemocnic, včetně počtu volných lůžek a čekacích dob;
- **koordinaci hospitalizací** – bez jeho vědomí není pacient přijat na psychiatrické lůžko (s výjimkou krizových lůžek);
- **rozhodování o dalším směřování pacienta**, včetně doporučení vhodnější služby;
- **minimalizaci zbytečných hospitalizací** a podporu péče v komunitě;
- **zajištění kontinuity péče** mezi jednotlivými poskytovateli.



Gatekeeper pracuje podle čtyřstupňového procesu „*Telefonického mapování duševního zdraví*“ viz příloha č. 1 a využívá **Stupnici pro třídění v oblasti duševního zdraví** dle UK guidelines – Mental Health Triage Scale (dále jen „MHTS“), která je popsána v následující části dokumentu.⁶

8. Sada opatření a doporučení pro řízení krizových situací na individuální úrovni v hl. m. Praze

Pro zajištění dostupnosti krizových služeb na území hlavního města Prahy – zejména z hlediska časové dostupnosti, místní dostupnosti, informovanosti o službách, nízkoprahovosti, bezbariérovosti, rovného přístupu a možnosti anonymity – je nezbytné přijmout soubor opatření, která posílí koordinaci, efektivitu a návaznost služeb poskytovaných jednotlivcům v akutní psychosociální krizi.

8.1 Definovat síť zapojených služeb se základními i specifickými funkcemi

Síť krizových služeb musí být koordinována a systematicky rozvíjena na úrovni řízení hlavního města Prahy. Na základě aktuálního přehledu o stavu sítě je žádoucí vypracovat koncept jejího doplnění, který bude reflektovat strategické dokumenty a rozvojové plány hl. m. Prahy.

Každá služba v síti musí mít jasně definované kompetence odpovídající jejímu charakteru a odbornému zaměření. Pro zajištění rychlého třídění osob podle závažnosti jejich stavu a potřeb bude zřízeno triážové pracoviště s nejvyšším potenciálem pro efektivní rozdělení klientů/pacientů do vhodných služeb.

7.2. Určit podobu triážového systému pro krizové služby

Základní funkční rámec triážového systému prezentuje Tabulka číslo 2.

Tabulka č. 2

Funkce	Účel a podmínky	Kompetence	Příklady služeb
Vstupní triáž 24/7	Stabilizace psychického stavu a předání do vhodné krizové služby	Krizová intervence, krizová pomoc	Linka důvěry, krizové centrum

Zajistit – „Krizové triážové místo“ (dále jen „KTM“)

Krizové triážové místo bude představovat centrální vstupní bod pro osoby v akutní psychosociální krizi. KTM může fungovat jako fyzické pracoviště, mobilní služba nebo distanční krizová pomoc (např. telefonní linka, online komunikační platformy).

Časová dostupnost

⁶ <https://ukmentalhealthtriagescale.org/wp-content/uploads/2016/01/uk-mhts-guidelines-for-use.pdf>



- KTM bude fungovat **v režimu 24/7**.

Spádovost

- Spádovost KTM se bude řídit spádovostí služeb a organizací, které KTM využívají.

Možnosti umístění:

- při vstupu do zdravotnického zařízení;
- u nemocnice nebo psychiatrického oddělení;
- jako telefonní call centrum;
- v rámci registrovaného poskytovatele sociální služby „krizová pomoc“.

Cílová skupina KTM

Krizové triážové místo je určeno (dle zaměření a specifikace služby) obvykle pro osoby, které se nacházejí v akutní psychosociální krizi nebo potřebují bezprostřední odbornou pomoc. Jedná se zejména o:

- osoby v akutní psychické krizi (silná úzkost, panika, dezorganizace, emoční kolaps),
- osoby ohrožené sebepoškozováním nebo sebevražedným jednáním,
- osoby po náhlé traumatické události (úmrť, násilí, nehoda, šokující událost),
- děti, dospívající a dospělí v situacích náhlého selhání zvládacích strategií,
- osoby, u nichž hrozí eskalace krizové situace s dopadem na jejich okolí (rodina, škola, komunita),
- rodiny a opatrovníky osob s duševním onemocněním nebo osob v riziku jeho rozvoje.

Obecně se jedná o klienty/pacienty poskytovatelů služeb, kteří přímo spolupracují s KTM.

Subjekty kontaktující KTM

Triážové pracoviště nebo triážní linku kontaktují zejména:

- poskytovatelé sociálních služeb (napříč cílovými skupinami);
- poskytovatelé zdravotních služeb (urgentní příjmy, praktičtí lékaři, ambulantní psychiatrii, adiktologické služby);
- školská zařízení (školní psychologové, pedagogové, výchovní poradci);
- komunitní služby;
- neziskové organizace působící v oblasti zdravotně-sociálního pomezí;
- case manažeři;
- další odborníci, kteří se obracejí na KTM za účelem konzultace nebo předání klienta.



Gatekeeper – triážní pracovník KTM

Pro efektivní fungování triážového systému je nezbytné jasně definovat roli gatekeepera, tedy triážního pracovníka, který představuje klíčový bod celého systému.

Gatekeeperem je lékař s odbornou způsobilostí a zkušeností v oblasti duševního zdraví nebo psychiatrická sestra.

Gatekeeper musí být orientován v MHTS, problematice duševního zdraví napříč věkovými skupinami (MKN-10, SMI, senioři, děti a adolescenti), psychosociálních potřebách klientů, včetně možných sociálních determinant.

Role a kompetence gatekeepera

Gatekeeper zajišťuje klíčové funkce triážního procesu:

Screening a posouzení naléhavosti

- provádí strukturované screeningové posouzení akutních příznaků a rizik;
- hodnotí naléhavost situace a určuje vhodný typ služby;
- posuzuje riziko sebepoškození, ohrožení okolí nebo dekompenzace stavu.

Koordinaci lůžkových kapacit

- monitoruje lůžkové fondy psychiatrických nemocnic a oddělení;
- sleduje počty volných lůžek a čekací doby.

Rozhodování o dalším směřování pacienta

- rozhoduje o indikaci hospitalizace;
- odkazuje pacienta na vhodnější službu, pokud hospitalizace není nezbytná;
- aktivně podporuje využívání komunitních služeb a minimalizaci zbytečných hospitalizací.

Koordinaci péče a komunikace mezi službami

- zajišťuje předání informací mezi poskytovateli;
- koordinuje návaznou péči;
- poskytuje odborné konzultace dalším subjektům.

Práci podle standardizovaných postupů

Gatekeeper postupuje podle **Mental Health Triage Scale** (*Stupnice pro třídění v oblasti duševního zdraví dle UK guidelines*) britských doporučení – čtyřstupňového procesu „Telefonické mapování duševního zdraví“ viz příloha č. 1.



MHTS je klinický nástroj používaný ve specializovaných službách duševního zdraví. Slouží jako vodítko pro rozhodování při psychiatrickém screeningu a umožňuje jednotné třídění klientů podle naléhavosti jejich stavu.

Kategorie třídění MHTS

MHTS umožňuje rychlé a jednotné posouzení naléhavosti, efektivní rozložení kapacit, minimalizaci rizik spojených s prodloužením, cílené směřování klientů do adekvátních služeb.

Popis kategorií obsahuje Tabulka číslo 3.

Tabulka č. 3

Kategorie	Popis	Časový rámec zajištění adekvátní služby
A	Okamžitá reakce	Bezodkladné zajištění vhodné služby
B	Vysoce akutní reakce	Do 4 hodin
C	Akutní reakce	Do 24 hodin
D	Polo urgentní reakce	Do 72 hodin
E	Neurgentní reakce	Do 4 týdnů

Kromě kategorií A–E zahrnuje MHTS také dvě doplňkové kategorie F a G, které se používají v situacích, kdy není indikována akutní ani plánovaná intervence v systému krizových služeb, ale je vhodné předat osobu jinému poskytovateli (F) nebo pouze zaznamenat informaci bez nutnosti dalšího postupu (G).

Použití MHTS v praxi

Detailní popis MHTS je uveden v příloze č. 2, která obsahuje příklady posuzování akutnosti, se kterými se gatekeeperi mohou v praxi setkat. MHTS poskytuje užitečná vodítka pro klinické rozhodování, nicméně gatekeeper musí vždy postupovat podle vlastního odborného úsudku, rozhodnutí musí vycházet z klinických zkušeností, je nutné zohlednit kontext situace, v případě pochybností je nezbytné rozhodnout se pro bezpečnější variantu.

Princip akutnosti v MHTS

„Akutnost“ je v MHTS rozhodujícím ukazatelem. Definuje se jako „optimální časový rámec od okamžiku vstupu do triážového systému, ve kterém by měl být klient/pacient posouzen nebo mu má být poskytnuta adekvátní intervence.“

Posuzování akutnosti se zaměřuje především na krátkodobá rizika, zejména na riziko sebepoškození nebo sebevraždy, riziko ohrožení okolí, riziko rychlé dekompenzace psychického stavu, riziko ztráty schopnosti sebeobsluhy, riziko eskalace krizové situace.



Dlouhodobé faktory (např. psychiatrická diagnóza, chudoba, bezdomovectví, zdravotní problémy, užívání návykových látek) mohou ovlivnit celkovou míru rizika, ale nejsou samy o sobě určující pro kategorii akutnosti.

Gatekeeper si musí vždy položit klíčovou otázku:

„Jaká je maximální doba, po kterou může tato osoba bezpečně čekat na vhodnou intervenci?“

Rozšířené kompetence gatekeepera navrhuje alternativy péče, například intenzivní domácí péči, komunitní podporu nebo ambulantní služby; pokud hospitalizace není vhodná, odkazuje pacienta na jinou adekvátní organizaci nebo poskytuje krizovou intervenci či psychosociální poradenství přímo, disponuje detailní znalostí sítě služeb hl. m. Prahy, včetně jejich lokace, časové dostupnosti, kapacit a specializací, spolupracuje s akutními psychiatrickými ambulancemi, komunitními týmy, adiktologickými službami, sociálními službami a dalšími poskytovateli, zajišťuje odborné konzultace pro subjekty, které se na KTM obracují (sociální služby, zdravotnický personál, školská zařízení, neziskové organizace, case manažeři), koordinuje návaznou péči, včetně předání informací a zajištění kontinuity služeb.

8.3. Zajistit podporu pro rozhodování v rámci krizových služeb

Pro zvýšení efektivity rozhodování v systému krizových služeb doporučujeme zavést pravidelnou strategickou platformu, která bude zasedat minimálně jednou za šest měsíců. Platformy se budou účastnit zástupci všech složek zasahujících do krizové pomoci, krizových služeb a plánování. Na operativní úrovni mohou zasedat pracovní skupiny případně aktéři určení pro zajištění ad hoc činností.

Doporučující nástroje pro rozvoj spolupráce a kvality služeb:

- checklisty pro rychlé a jednotné posouzení situace;
- doporučené postupy pro jednotlivé typy krizových situací;
- scénářové modelování pro předvídání možných vývojů situace;
- kalkulace dopadů pro podporu strategického rozhodování.

Přístup k dokumentům

Platforma krizových služeb by měla umožňovat přístup ke krizovým plánům, přístup ke kontaktním databázím, přístup k mapám a manuálům, sdílení aktuálních metodických materiálů.

Cvičení, školení a bezpečnost pro zvýšení připravenosti systému doporučujeme zařadit simulaci incidentů, e-learningové moduly pro průběžné vzdělávání pracovníků, využít záznamy z cvičení pro následnou analýzu a zajistit pravidelná bezpečnostní školení.

Měřitelné přínosy platformy

Zavedení koordinované platformy přinese zkrácení reakční doby, lepší alokaci zdrojů, jednotné a sdílené informace, zlepšení plánování obnovy, dokumentované učení z incidentů.

Evaluace dopadů a efektivity realizovaných aktivit

Pro vyhodnocení dopadů a efektivity doporučujeme zavést data management a průběžnou analýzu dat, využívat výroční zprávy poskytovatelů, sledovat statistiky včetně odmítnutých klientů, stanovit



metody a nástroje pro monitoring, definovat indikátory kvality a efektivity, vytvořit doporučené postupy po propuštění z psychiatrických nemocnic.

Udržitelné financování

Doporučujeme zapojit veřejné zdravotní pojišťovny do financování krizových služeb, podporovat vícezdrojové financování, posílit financování komunitních a preventivních služeb.

Účast na regionální platformě

Je žádoucí, aby se hl. m. Praha aktivně účastnilo pravidelné strategické platformy aktérů krizových služeb, Regionální platformy pro duševní zdraví, pracovních skupin zaměřených na krizové služby a mezioborových setkání.

Spolupráce s odbornými společnostmi

Doporučujeme posílit spolupráci s pedopsychiatrickou sekcí, pediatrikou společností a odbornými komorami a profesními sdruženími.

Data management a průběžná analýza

Pro efektivní řízení systému je nutné zajistit systematický sběr dat, provádět průběžnou analýzu, stanovit a sledovat indikátory kvality, vyhodnocovat dostupnost a efektivitu služeb, identifikovat nedostatky v kapacitách, podporovat evidence-based rozhodování.

8. 4 Zvýšit povědomí o fungujících službách

Pro zvýšení informovanosti doporučujeme využívat informační systémy a platformy pro odborníky, maximalizovat využití aplikace Záchranka, zvýšit povědomí o modulu krizových služeb, zapojit další relevantní organizace do šíření informací.

5. 5 Podpořit kulturně a jazykově citlivou péči o migranty a uprchlíky

Je žádoucí zajistit kulturně kompetentní péči, posílit jazykovou dostupnost služeb, využívat tlumočnické služby, podporovat interkulturní pracovníky, přizpůsobit komunikaci specifickým potřebám cílových skupin.

9. Závěry a doporučení

Školská zařízení – posílit roli školních psychologů v krizové péči, vytvořit metodické materiály pro krizové situace ve školách, zajistit školení pedagogů v oblasti krizové intervence.

Dlouhodobé strategie a rozvojové plány – integrovat krizové služby do střednědobých a dlouhodobých plánů hl. m. Prahy, plánovat kapacity podle demografických trendů a epidemiologických dat.

Kapacita lůžek – intoxikované děti – řešit přetížení lůžek způsobené intoxikovanými dětmi, definovat vhodné umístění a specializovaná pracoviště pro tuto skupinu.

Kontinuální profesní rozvoj a standardizace péče



Kontinuální vzdělávání pracovníků krizových služeb je strategickou součástí organizace a představuje klíčový nástroj pro zvyšování kvality poskytované péče, posilování bezpečnosti klientů i pracovníků, profesionalizaci a stabilizaci personálu a sjednocování postupů napříč službami.

Doporučujeme, aby poskytovatelé krizových služeb implementovali systém kontinuálního profesního rozvoje, který bude zahrnovat pravidelná odborná školení, supervizi a intervizi, metodické vedení, sdílení dobré praxe, účast na mezioborových platformách.

Standardizace péče a algoritmy pro akutní příjem

Přímo řízené organizace by se měly řídit jednotným algoritmem pro akutní příjem, který bude zakotven ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví. V současnosti existuje metodický pokyn, který však není v praxi důsledně uplatňován.

Doporučujeme posílit tlak na zřizovatele, aby byl algoritmus závazně implementován, zajistit, aby lékař s psychiatrickým kmenem byl kompetentní ošetřit v akutním případě i dítě ve věku 15+, vytvořit jasné postupy pro urgentní příjem osob s duševním onemocněním, zavést mechanismy kontroly dodržování algoritmu.

Telemedicína a odborné konzultace

Doporučujeme rozšířit využití telemedicíny, zejména linku lékař–lékař pro urgentní konzultace, telekonzilia mezi urgentními příjmy a psychiatrií, sdílení dokumentace v reálném čase, podporu rozhodování v akutních situacích.

Inspirací může být model využívaný v Hamburku⁷, kde telemedicína významně zkracuje dobu rozhodování a zvyšuje bezpečnost péče.

Integrace digitální diagnostiky do krizových služeb

Součástí moderní krizové péče je integrace digitálních diagnostických nástrojů, které umožňují rychlé a standardizované posouzení stavu klienta.

Digitální diagnostické programy mohou zahrnovat screening unipolární deprese, úzkostných poruch, obsedantně-kompulzivní poruchy, poruch příjmu potravy, somatoformních poruch, psychóz, posttraumatické stresové poruchy, bipolární poruchy, hraniční poruchy osobnosti.

Doporučujeme využívat následující nástroje pro škálování.

- **PQ-B** (Prodromal Questionnaire – Brief Version) pro screening psychotických příznaků;
- **GAF** (Global Assessment of Functioning) pro děti;
- **BDI** (Beck Depression Inventory) pro dospělé;
- **CDI** (Children's Depression Inventory) pro děti a dospívající.

⁷ Výstupy projektu „Model mezisektorově koordinované péče o duševní onemocnění odstupňované podle závažnosti a založené na důkazech“ RECOVER, Univerzitní lékařské centrum Hamburg-Eppendorf, 2021



Aktualizovaný rozcestník služeb

Je žádoucí vytvořit a pravidelně aktualizovat rozcestník služeb, který bude zahrnovat krizové služby, poradenské služby, služby pro pozůstalé, komunitní a sociální služby, specializované zdravotní služby.

Doporučujeme posílit **zapojení konziliářů**, zejména psychiatrických konziliářů pro dospělé a pedopsychiatrických konziliářů.

Seznamy lůžkových a ambulantních zařízení

Doporučujeme připravit kompletní seznam lůžkových zařízení, která mohou přijímat osoby v akutní krizi, seznam ambulantních zařízení, která poskytují akutní péči, přehled kapacit, spádovosti a specializací, přehled dostupnosti služeb podle modelu Triage.

Je nutné jasně definovat kompetence, návaznost a komunikační kanály u akutních psychiatrických ambulancí, center duševního zdraví a ambulancí s rozšířenou péčí.

Finanční udržitelnost

Doporučujeme posílit podporu krizových center, navýšit úhrady za akutní pacienty, zavést finanční spoluúčast na držené volné kapacity pro akutní případy, uznat telefonickou krizovou intervenci jako výkon hrazený zdravotní pojišťovnou, poskytnout finanční prostředky na navýšení personálních a prostorových kapacit.

Použitá literatura:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258604/9789241512299-eng.pdf>

Vodáčková, D. a kol. (2020): Krizová intervence

Špatenkova N. a kol. (2017): Krize a krizová intervence

<https://www.capld.cz/standardy-capld/>

Janoušková, M. (2025): Krizová psychosociální péče v Praze: Mapování kapacit ambulantních služeb

Krejcar, D. (2025): Multidisciplinární včasná péče o děti a dospívající centrum Nákel

<https://bezpecnost.praha.eu/clanky/krizove-rizeni-hl-m-prahy>

Výstupy projektu „Model mezisektorově koordinované péče o duševní onemocnění odstupňované podle závažnosti a založené na důkazech“ RECOVER, Univerzitní lékařské centrum Hamburg-Eppendorf, 2021



<https://ukmentalhealthtriagescale.org/wp-content/uploads/2016/01/uk-mhts-guidelines-for-use.pdf>

Příloha č. 1

Telefonické mapování duševního zdraví: Čtyřstupňový proces

1. Zahájení hovoru

- Představení – představení sebe a služby, navázání kontaktu (vřelý tón hlasu).
- Demografické údaje – shromáždění demografických údajů o volajícím (během prvních 5 minut hovoru).
- Krátký screening – primárně zjišťujeme, zda se problém týká duševního zdraví, položte otázku, která se snaží zjistit, co volající sám uvádí, např. *"Jak vám dnes můžeme pomoci, co se zdá být problémem?"*
- Pokud primární problém NENÍ duševní zdraví, hovor je v tomto bodě vyřazen (následuje: doporučení, informace/poradenství, podpora).

2. Screeningové hodnocení

- Vyšetření duševního stavu – položte volajícímu standardní otázky týkající se minulosti, nálady, myšlení, chování, rizika, sociální faktory, některé z těchto informací již budou získány v rámci úvodní zprávy volajícího.
- Posouzení rizik – posouzení rizik, včetně posouzení sociální podpory, a určení celkové úrovně rizika (např. nízké, střední, vysoké, extrémní).
- Potřeba MHS – na základě informací z hodnocení určete, zda volající potřebuje specializované služby v oblasti duševního zdraví. Pokud se zjistí, že nejvhodnější jsou jiné služby (např. primární



zdravotní péče, sociální péče) - v tomto bodě provést triáž (třídění) a předat **informace**, zajistit poradenství nebo jinou podporu.

3. Plánování

- Diskuse o možnostech – po potvrzení potřeby zapojení MHS prodiskutujte s volajícím možné varianty, pokud je to možné.
- Plánování – zásahy plánujte tak, abyste maximalizovali bezpečnost, a raději buďte opatrní. Plánujte péči ve spolupráci s volajícím, pokud je to možné (např. přijetí, krizový tým, terénní tým atd.) Zvažte prohlášení/směrnice pro pokročilou péči, pokud existují.
- Dispozice/předání – Určení nejlepšího postupu/intervence (reakce služby MHS) a zvážení optimálního časového rámce pro opatření.

4. Intervence

- Potvrzení plánu – pokud je to možné, potvrďte s volajícím plán péče, ujistěte se, že volající rozumí instrukcím a že mu byly vysvětleny postupy, které má provést.
- Ukončení hovoru – shrnutí klíčových informací a ukončení hovoru.
- Dokumentace – realizujte záznam informací během triáže. Vyplňte požadovanou dokumentaci neprodleně, posledním krokem je přiřazení dle přílohy č. 2.
- Přiřazení kategorie naléhavosti – určení optimální doby odezvy. Zvažte tuto otázku: **Jaká je maximální doba, po kterou může tato osoba bezpečně čekat na zásah?** Zvolte kategorii MHTS odpovídající míře rizika/akutnosti.
- Nahlásit/odkázat – neprodleně předat příslušnému poskytovateli MHS nebo jiných vhodných služeb – zaznamenat kategorii třídění (doba odezvy).

Příloha č. 2 Stupnice pro třídění pacientů podle stavu duševního zdraví ve modelu používaného ve Velké Británii

Kategorie	Popis	Časový rámec zajištění adekvátní služby
A	Okamžitá reakce	Bezodkladné zajištění vhodné služby
B	Vysoce akutní reakce	Do 4 hodin
C	Akutní reakce	Do 24 hodin
D	Polo urgentní reakce	Do 72 hodin
E	Neurgentní reakce	Do 4 týdnů



Model definuje: **Kód třídění, popis typu reakce, dobu do zajištění osobního kontaktu, typické projevy, opatření / reakce služby duševního zdraví, další opatření, která je třeba zvážit.**

A Nouzová situace OKAMŽITÉ PŘEDÁNÍ

Reakce záchranné služby. Jednání ohrožující sebe nebo ostatní. Předávkování / pokus o sebevraždu / násilné chování. Držení zbraně.

Triážní pracovník informuje záchrannou službu, policii a/nebo hasiče. Udržuje volajícího na lince, dokud nedorazí adekvátní záchranná služba / informuje ostatní. Nutná telefonická podpora a poradenství pro zvládnutí čekací doby.

B Velmi vysoké riziko bezprostředního ohrožení sebe nebo ostatních DO 4 HODIN

Velmi urgentní reakce v oblasti duševního zdraví. Akutní sebevražedné myšlenky nebo riziko ohrožení ostatních s jasným plánem nebo prostředky. Trvalá historie úmyslného sebepoškozování nebo agrese. Velmi rizikové chování spojené s poruchami vnímání nebo myšlením, deliriem, demencí nebo narušenou kontrolou impulsů. Doporučen krizový tým/ /osobní posouzení A/NEBO doporučení triážního lékaře navštívit pohotovostní oddělení nemocnice (pokud osoba vyžaduje lékařské posouzení/ošetření).

Nitné zajištění další podpory a shromáždění relevantních informací. Zajistit kontaktní osobu v případě změny situace. Možnost využití telefonické podpory a poradenství pro zvládnutí čekací doby.

C Vysoké riziko ublížení sobě nebo ostatním a/nebo vysoká úzkost, zejména při absenci zajištění podpory DO 24 HODIN

Naléhavá reakce v oblasti duševního zdraví. Sebevražedné myšlenky bez plánu nebo pokračující historie sebevražedných myšlenek s možným úmyslem. Rychle se zhoršující příznaky psychózy a/nebo závažné poruchy nálady. Vysoce rizikové chování spojené s poruchami vnímání nebo myšlením, deliriem, demencí nebo narušenou kontrolou impulsů. Otevřená/nevyprovokovaná agresivita v pečovatelském domě nebo nemocničním oddělení. Noční bloudění (komunita). Zneužívání.

Krizový tým/komunitní tým pro duševní zdraví – osobní posouzení.

Kontaktovat ještě týž den s ohledem na následující den za účelem přezkumu. Je třeba získat a shromáždit další relevantní informace. Zajistit kontaktní osobu v případě změny situace. Možnost využití telefonické podpory a poradenství pro zvládnutí čekací doby.

D Střední riziko újmy a/nebo významné utrpení DO 72 HODIN

Z části uznaná reakce v oblasti duševního zdraví. Významné utrpení pacienta/pečovatele spojené s vážným duševním onemocněním (ale bez sebevražedných sklonů). Absence vzhledu/počáteční příznaky psychózy. Agresivita/bránění v poskytování péče. Bloudění (nemocnice) nebo během dne (komunita). Izolace / selhání pečovatele nebo známá situace vyžadující prioritní zásah nebo posouzení. Osobní posouzení kontaktní osobou. Možné je využít telefonickou podporu a poradenství nebo sekundární konzultaci za účelem zvládnutí čekací doby. Zajistit kontaktní osobu v případě změny situace.



E Nízké riziko poškození v krátkodobém horizontu nebo střední riziko s dobrou podporou/stabilizačními faktory DO 4 TÝDNŮ

Neurgentní reakce v oblasti duševního zdraví. Vyžaduje odborné posouzení duševního zdraví, ale je stabilní a během čekací doby představuje nízké riziko poškození. Existují jiné služby schopné postarat se o danou osobu do posouzení službami duševního zdraví (+/- telefonické poradenství). Známý uživatel služby vyžadující neurgentní přezkoumání úpravy léčby nebo následné péče. Doporučení k diagnostice. Žádosti o posouzení způsobilosti, přístup ke službám pro osoby s demencí nebo přezkoumání služeb / podpora pečovatелů. Ambulantní klinika nebo osobní posouzení terénního týmu. Možná telefonická podpora a poradenství. Zajistit kontaktní osobu v případě změny situace.

F Doporučení nevyžadující osobní reakci ze strany služby duševního zdraví

Doporučení nebo rada kontaktovat alternativního poskytovatele. Jiné služby (mimo duševní zdraví) vhodnější pro aktuální situaci nebo potřebu. Triážní pracovník může poskytnout radu, podporu.

Rada kontaktovat jiného poskytovatele a/nebo telefonické doporučení k alternativnímu poskytovateli služeb (s formálním písemným doporučením nebo bez něj). Pomoc a/nebo usnadnění přechodu k alternativnímu poskytovateli služeb. Možné je využít telefonickou podporu a poradenství.

G Pouze poradenství, konzultace, informace

Poradenství nebo informace. Případně potřeba dalších informací. Pacient/klient nebo pečovatel vyžadující poradenství nebo informace. Poskytovatel služeb poskytující informace (vedlejší). Počáteční oznámení s čekáním na další informace nebo podrobnosti. Triážní pracovník poskytující poradenství, podporu a/nebo shromažďující další informace. Možné je využít telefonickou podporu a poradenství.

PŘÍLOHA Č. 3: SLUŽBY PRO OSOBY V KRIZI

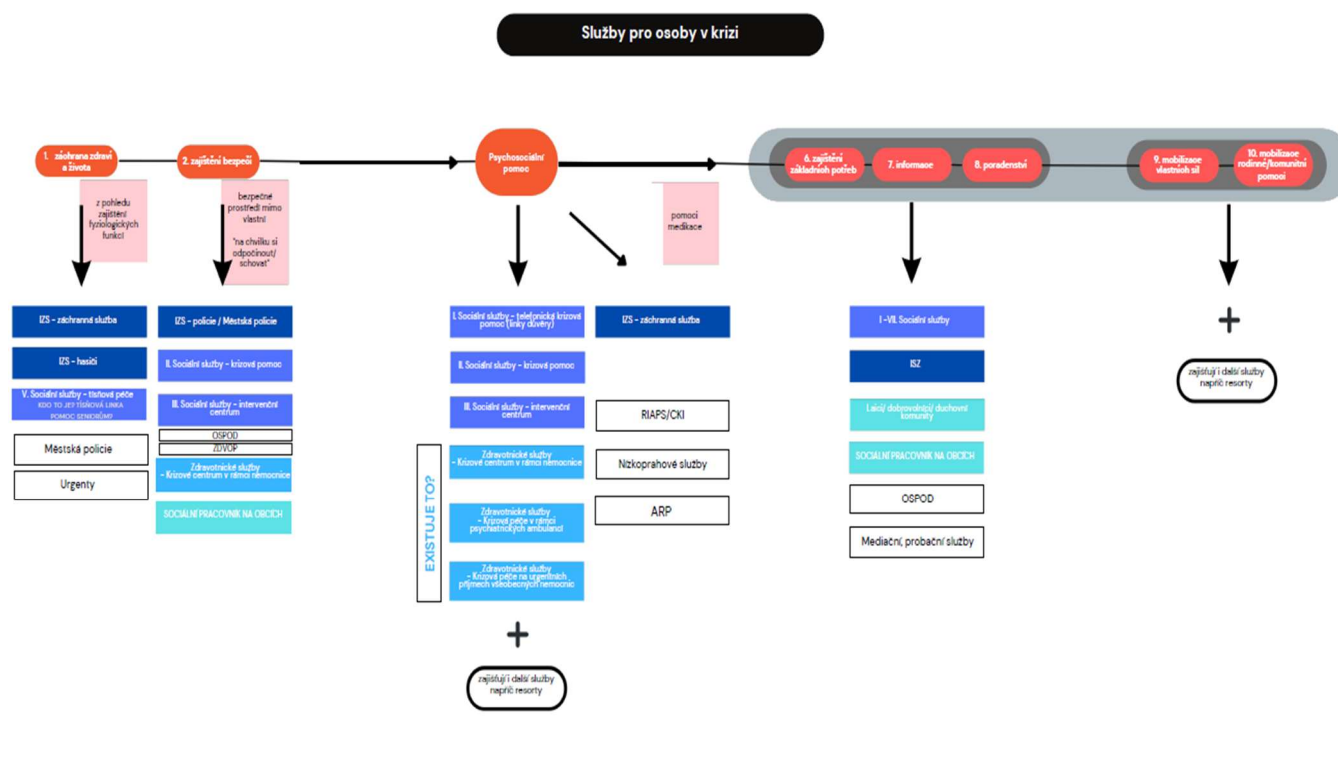


Schéma znázorňuje navrhovaný model fungování systému krizové pomoci na území hlavního města Prahy a současně popisuje návaznost jednotlivých typů služeb při řešení akutní psychosociální krize. Model vychází z předpokladu, že člověk v krizi potřebuje v různých fázích svého stavu odlišný typ podpory a že efektivní pomoc je podmíněna spoluprací zdravotních, sociálních a bezpečnostních složek.

První fázi systému je zajištění ochrany života, zdraví a bezpečí osoby v krizi. V této části sehrávají klíčovou roli zejména složky Integrovaného záchranného systému, tedy Zdravotnická záchranná služba, Policie České republiky, Městská policie a Hasičský záchranný sbor. Současně mohou být využívány služby tísňové péče, urgentní příjmy zdravotnických zařízení nebo intervenční centra v případech domácího násilí. Cílem této fáze je stabilizace situace, odstranění bezprostředního ohrožení a vytvoření bezpečného prostředí pro další práci s klientem.

Po zvládnutí akutního ohrožení navazuje **fáze psychosociální pomoci**. Ta je zajišťována prostřednictvím linek důvěry, služeb krizové pomoci, krizových center, psychiatrických ambulancí, urgentních příjmů nebo krizových služeb v nemocnicích. Součástí této úrovně podpory mohou být také služby RIAPS, Centra krizové intervence, nízkoprahové služby a další specializované organizace. Hlavním cílem je stabilizace psychického stavu klienta, zhodnocení jeho potřeb a nastavení vhodné formy další podpory.



Další část systému je zaměřena na **zajištění základních potřeb**, poskytování informací, poradenství a podporu klienta při využívání vlastních zdrojů a zdrojů jeho rodiny či komunity. V této oblasti se významně uplatňují sociální služby, sociální pracovníci obcí, orgány sociálně-právní ochrany dětí, mediační a probační služby, dobrovolnické a komunitní organizace. Důležitou součástí je podpora orientace klienta v systému pomoci a posílení jeho schopnosti zvládat situaci vlastními silami.

Závěrečnou fází procesu je **navázání na následné služby** podle individuálních potřeb klienta. Může se jednat o zdravotní péči, sociální služby, služby duševního zdraví, terapeutické programy, bydlení, zaměstnanost nebo další formy podpory. Schéma tak zdůrazňuje, že krizová intervence nepředstavuje izolovaný zásah, ale součást širšího systému, jehož cílem je zajistit kontinuitu péče a předcházet opakovanému vzniku krizových situací.