Spolufinancováno Evropskou unií

ZÁVĚREČNÁ EVALUAČNÍ ZPRÁVA PROJEKTU

Název projektu CZ: Tvorba uceleného systému krizové pomoci na území hl. m. Prahy

Registrační číslo projektu: CZ.03.02.02/00/22_027/0001252

Období realizace: 01/2024-03/2026

Příjemce podpory: Zahrada pro duši, p. o., původně Metropolitní zdravotnický servis

Obsah

Manažerské shrnutí 2

Stručný popis projektu a klíčových aktivit 4

Design evaluace 7

Metodologie evaluace 8

Výsledky sběru dat 9

- Analýza stávajícího stavu (KA2) 9
- Mapování potřeb cílové skupiny (KA3) 13
- Metodika (KA4) 15
- Vzdělávání pracovníků (KA5) 24

Zjištění, závěry, doporučení 27

Seznam příloh 30

Manažerské shrnutí

Projekt „Vytvoření uceleného systému krizové pomoci na území hl. m. Prahy“ probíhal od ledna 2024 do března 2026. Svým zaměřením reagoval na potřebu optimalizace modelu fungování systému krizové pomoci na území hl. m. Prahy prostřednictvím analýzy, návrhu metodiky, jejího pilotního ověření a posílení kompetencí pracovníků.

Konkrétně KA2 zahrnovala detailní **analýzu stávajícího systému krizové pomoci**, identifikaci jeho slabin a „bílých míst“ (zejména u klientů, kteří propadají systémem až k hospitalizaci), a následné vytvoření metodiky optimálního fungování systému.

KA3 doplnila tento přístup o přímé **mapování potřeb klientů**, kteří byli hospitalizováni v důsledku selhání systému včasné intervence.

KA4 se věnovala na **pilotnímu ověření vybraných prvků metodiky** v praxi.

KA5 byla zaměřena na **optimalizaci systému prostřednictvím vzdělávání pracovníků**. A to jak zlepšením orientace v systému, tak i posílením spolupráce mezi službami a sdílením dobré praxe, včetně inspirace ze zahraničí.

Postupné poznání reálného fungování systému krizové péče na území hl. m. Prahy a jeho limitů **v praxi vedlo k úpravám projektu.** Již na začátku bylo zřejmé, že systém je do určité míry roztříštěný, předpokládalo se však, že jednotlivé organizace mají lepší povědomí o svých kompetencích, limitech a o tom, kdy a kam klienty předávat. Tento předpoklad se však v průběhu realizace projektu ukázal jako nepřesný. Zejména v oblasti:

- nedostatečné orientace aktérů v systému jako celku,
- nejasných představ o návaznosti služeb a o tom, v jakém okamžiku je vhodné klienta předat do jiné péče,
- bariér ve vzájemném vnímání a spolupráci mezi organizacemi,
- oddělenosti zdravotního a sociálního sektoru.

Namísto tvorby kompletní metodiky se **projekt více zaměřil na podporu lepší orientace aktérů** v systému psychosociální krizové péče a to skrze organizaci kulatých stolů a seminářů. Důležitou platformou pro výměnu informací se staly také pracovní skupiny (pro děti a pro dospělé), kde mohli zúčastnění díky pravidelnému setkávání navázat těsnější spolupráci a podrobně si vyjasnit role svých organizací v systému.

Na základě zpětné vazby od zapojených organizací přispěly projektové aktivity k:

- **Lepšímu povědomí o možnostech a limitech jednotlivých služeb**, což je výchozí předpoklad pro efektivní předávání klientů v rámci krizové péče a snížení zahlcenosti systému.
- **Zvědomění potřeby systémových změn** psychosociální krizové péče na území hl. m. Prahy.

Druhým pilířem projektu se stal **psychosociální modul v rámci aplikace Záchranka** s cílem usnadnit osobám v psychické krizi orientaci v systému dostupné pomoci. A přispět tak ke včasnému řešení obtíží.

Psychosociální modul má za sebou rok fungování a stovky aktivních uživatelů. Pro jeho rozvoj je vhodná další propagace, rozšíření na celou ČR a dílčí úpravy v rámci funkcionalit aplikace.

Z **hlediska budoucích kroků** směrem k optimalizaci systému krizové péče se nabízí zejména:

a) **Zřízení koordinátora/zastřešující organizace** pro síť aktérů poskytujících psychosociální krizovou péči.
b) **Rozcestník služeb** zapojených do psychosociální krizové péče.
c) **Centrální sdílená databáze** (zdravotní záznamy), umožňující pracovníkům rychle zjistit, zda je klient již v péči.
d) **Gatekeeping** – aktér, který v rámci krizové péče zajištuje přístup pacienta ke specializovaným službám nebo vyšetřením.
e) **Mobilní multidisciplinární týmy** pro rychlou intervenci v terénu.

Stručný popis projektu a klíčových aktivit

Cílem projektu byla optimalizace modelu fungování systému krizové pomoci na území hl. m. Prahy. V první fázi proběhlo vyhodnocení aktuálního stavu včetně zkušeností klientů s následnou tvorbou metodiky a pilotáže opatření.

KA1 – Vytvoření pozice koordinátora krizové pomoci pro území HMP a pracovních skupin

Tým projektu krizové intervence sestával z Koordinátora a pracovních skupin, které byly svým zaměřením rozděleny na: a) dospělé; b) děti a mládež.

Koordinátor:

- podpora vzájemnou propojenosti a spolupráce složek systému krizové pomoci.
- V rámci projektu koordinace činnost pracovních skupin.
- Spolupráce s metodikem při zpracování dílčích výstupů z pracovních skupin.

Pracovní skupiny:

- tvořeny členy projektového týmu a zástupci složek krizové pomoci.
- Cílem optimalizace stávající sítě krizové pomoci, konkrétně větší koordinace jednotlivých složek, sdílení informací a předávání zkušeností.
- Výstupem z činnosti pracovních skupin
    - návrh optimálního modelu fungování systému krizové pomoci
    - návrh funkčního nastavení vzájemné spolupráce a koordinace všech složek krizové pomoci

Zapojené organizace v rámci pracovních skupin:

Do pracovních skupin byli zapojeni zástupci zdravotnických zařízení (Psychiatrická nemocnice Bohnice, Nákel, Centrum krizové péče, RIAPS, Centrum krizové intervence), sociálních služeb (Modré dveře, Zahrada pro duši, krizový tým Fokus, Centrum sociálních služeb Praha), krizových center (SOS centrum Diakonie), CDZ.

KA2 - Analýza stávajícího stavu v oblasti poskytování krizové pomoci na území HMP a vytvoření metodiky optimálního modelu fungování systému krizové pomoci na území HMP

V rámci KA 2 byla vytvořena pozice metodika krizové pomoci pro území HMP.

Fáze 1 - analýza

Cíl: detailně zmapovat stávající prvky systému krizové pomoci (popis služeb, jejich CS a potřeby, personální obsazení, financování a organizace systému, slabiny i potenciál, definování, jaká služba naplňuje jaké potřeby pro jakou CS - kde jsou bílá místa, tj. které CS nejsou včas zachyceny žádnou složkou krizové pomoci a propadnou systémem až k hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení).

Fáze 2 – metodika optimálního modelu fungování systému krizové pomoci

Výstupy z činnosti pracovních skupin:

- návrh optimálního modelu fungování systému krizové pomoci (pouze omezeně na základě změn v projektu)
- návrh funkčního nastavení vzájemné spolupráce a koordinace všech složek krizové pomoci, včetně spolupráce se sítí návazných služeb

V rámci této KA budou také vytvořeny informační a edukační materiály pro odbornou a laickou veřejnost (např. do ordinací).

KA3 Mapování potřeb osob z CS hospitalizovaných v důsledku krizového stavu v Psychiatrické nemocnici Bohnice (PNB) a zprostředkování služeb těmto osobám

Zjišťování potřeb lidí, kteří byli hospitalizováni v PNB - tj. klientů, které stávající systém krizové pomoci nedokázal podchytit a oni propadli systémem až k hospitalizaci. Cílová skupina je rozdělena na děti a dospělé.

Cílem je hledání spouštěčů krizové situace a možnosti jejich předcházení v běžných podmínkách nebo v krizových službách v komunitě.

Výstupem v rámci aktivity budou:

- Polostrukturované rozhovory v PNB
- Kazuistika na základě dotazovaných osob hospitalizovaných v PNB (na základě změn v projektu pouze děti a mladiství)

Počet klientů, kterým byly zprostředkovány konkrétní služby je indikátorem projektu. V závěrečné zprávě projektu bude popsán návrh, jak by mohlo centralizovaně fungovat předávání klientů

KA4 Pilotní ověření vybraných částí metodiky optimálního modelu fungování systému krizové pomoci na území HMP

Vytvoření funkcionality psychosociální pomoci v aplikaci Záchranka, do které budou zapojeny organizace poskytující krizovou péči. Funkcionalita je jednou z částí metodiky pro pilotní ověření.

U vybraných poskytovatelů působících v oblasti krizové pomoci na území HMP se bude pilotně ověřovat systém vzájemné spolupráce subjektů působících v oblasti krizové pomoci na území HMP, včetně složek IZS.

Ověření metodiky proběhne u vybraných poskytovatelů působících v oblasti krizové pomoci. Pracoviště budou vybrána tak, aby byly zastoupeny všechny segmenty služeb (terén, ambulance, telefonická krizová pomoc i lůžková péče - PNB).

KA5 Zvyšování kvality v oblasti poskytování krizových služeb formou vzdělávání pracovníků

V rámci projektu bude doplňkově podporováno vzdělávání pracovníků jednotlivých složek systému krizové pomoci na území HMP. Vzdělávání bude primárně nabízeno pracovníkům organizací zapojených do přípravy metodiky.

Cíle vzdělávání (semináře, webináře, stáže):

- Dobrá orientace v systému krizové pomoci na území HMP
- rozšíření kompetencí v oblasti vzájemné spolupráce subjektů působících v oblasti krizové pomoci na území HMP, včetně složek IZS
- Inspirace ze zahraničí (best practices)

1. Specifické vzdělávání k vybraným tématům souvisejícím s krizovou intervencí

1. Specifické vzdělávání k vybraným tématům souvisejícím s krizovou intervencí (např. práce s agresivním jedincem, diagnostika duševních onemocnění a krizová pomoc ad.) Formou kazuistického semináře (prezenčně)

2. Zahraniční stáž

- stáž v Amsterdamu pro účastníky projektu v rozsahu 3 dnů pro 4-5 osob.

5. Pražské stáže

- formou exkurze v jednotlivých zařízeních poskytující krizovou pomoc pro seznámení se s jednotlivými pracovišti, vzájemné osobní poznání mezi pracovníky krizových služeb a předávání dobré praxe v místě poskytování služby.

Design evaluace

Primárními aktivitami pro evaluaci byly:

- KA4 (ověření metodiky)
- KA5 (vzdělávání pracovníků).

Evaluace dílčím způsobem zahrnula také:

- KA2 (analýza stávajícího stavu)
- KA3 (mapování potřeb CS)

S ohledem na skladbu projektových aktivit se jedná o **smíšenou evaluaci**.

Procesní prvky evaluace jsou obsaženy především v KA4 (ověření metodiky), kde bylo zjišťováno, nakolik jsou navržená opatření (Modul v aplikaci záchranka, síťování organizací zapojených v krizové péči) přínosná z hlediska optimalizace poskytování krizové intervence.

Dopadová část evaluace se týká jak KA4 (ověření metodiky) s využitím statistických dat zapojených organizací, tak i KA5 (vzdělávání pracovníků), kde byl ověřován přínos jednotlivých seminářů.

V rámci evaluace byly použity kvalitativní i kvantitativní metody sběru dat.

<u>Změny oproti vstupní evaluační zprávě:</u>

V rámci projektu došlo k úpravě KA4 (ověření metodiky), kdy byl vzhledem k roztříštěnosti krizové péče položen důraz na síťování organizací. Jde o mezikrok při nastavování uceleného systému krizové péče.

V souvislosti s touto změnou se KA4 „Ověření metodiky“ zaměřila aktivity spojené se síťováním organizací zapojených do krizové intervence na území Prahy a psychosociálním modulem v rámci aplikace Záchranka.

Modul psychosociální pomoci v aplikaci Záchranka byl vytvořen v rámci projektu a doplňuje záchytnou síť krizové pomoci na území Prahy.

Naopak do evaluace není s ohledem na výše zmíněné úpravy zahrnuta statistika hospitalizací a vzdělávání k systému triage.

Evaluační otázky

1) Do jaké míry a jakým způsobem přispívá nově nevržená metodika krizových intervencí k efektivnější pomoci osobám z cílové skupiny?
2) Přispěl projekt u aktérů ze zapojených organizací k lepší orientaci v metodice krizových intervencí?

Metodologie evaluace

KA4 (ověření metodiky)

- Ověření fungování psychosociálního modulu v aplikaci Záchranka. Podoba psychosociálního modul byla vyvinuta ve spolupráci s experty z pracovní skupiny. Následně byl zakomponován do aplikace Záchranka.
- Hodnocení expertů zapojených organizací (rozhovory)
  Využití zpětné vazby přímo od zapojených expertů poslouží k detailnímu popisu toho, jak se změny v metodice promítly do fungování stávajícího systému. Rozhovory bude provádět evaluátor projektu ve spolupráci s projektovým týmem.
- Dotazníkové šetření (zaměstnanci zapojených organizací).
  Stejně jako v případě expertů i zde jde o vyhodnocení účinnosti změn metodiky, včetně návrhů na další možná vylepšení. Dotazníkové šetření zajistí evaluátor projektu.

KA5 (vzdělávání pracovníků)

- Hodnotící dotazníky k seminářům
  Distribuovány všem účastníkům s účelem zjistit míru srozumitelnosti informací i jejich praktické využitelnosti. Sběr dotazníků proběhne po každém školícím dni. Sběr dat zajistí evaluátor ve spolupráci s projektovým týmem.

KA2 (analýza stávajícího stavu)

- Interní evaluace v rámci projektového týmu
  Bude zahrnovat aktuální průběh projektu a to jak se daří naplňovat jednotlivé projektové aktivity. Zajišťuje evaluátor ve spolupráci s koordinátorkou projektu.
- Rozhovor s pediatry a praktickými lékaři na kulatých stolech.
  Jedná se o skupinu, která je v rámci jednotlivých složek nově zapojena. Proto je důležité zjistit, jak zástupci této skupiny hodnotí průběh kulatých stolů a jejich přínos.
  Zajišťuje evaluátor ve spolupráci s metodičkou.

KA3 (mapování potřeb CS)

- Interní evaluace v rámci projektového týmu
  Do značné míry se bude prolínat s interní evaluací projektového týmu v rámci KA2 s akcentem na praktickou využitelnost informací z rozhovorů.

Zajišťuje evaluátor ve spolupráci s koordinátorkou projektu.

Výsledky sběru dat

Náplní projektu byl rozvoj systému krizové pomoci na území hl. m. Prahy. Projektové aktivity lze rozdělit do tří základních oblastí:

A) Analýza stávajícího stavu a mapování (primárně KA2 a KA3)
B) Tvorba metodiky – směřující k podpoře fungování systému krizové intervence na území hl. m. Prahy (primárně KA4)
C) Podpora vzdělávání – posilující kompetence aktérů zapojených do systému krizové intervence (primárně KA5)

Analýza stávajícího stavu (KA2)

Projektový tým

Průběh projektu byl ovlivněn skutečností, že před jeho zahájením došlo k obměně projektového týmu. Tj. realizaci aktivit dostali na starost jiní lidé, než kteří připravovali projektovou žádost a koncept projektu jako takového. Tato skutečnost ovlivnila zejména počáteční fázi projektu, kdy docházelo vyjasňování si všech aspektů souvisejících s jeho realizací. Přes tyto počáteční turbulence se podařilo projektový tým personálně stabilizovat a nastavit jeho efektivní fungování.

Každopádně toto narušení kontinuity projektu mohlo do určité ovlivnit fakt, že se v rámci KA3 „Mapování potřeb CS“ nepodařilo získat souhlas etické komise PN Bohnice pro realizaci rozhovorů s dospělými hospitalizovanými osobami.

Provázanost krizové péče - změny v projektu

K úpravám projektu vedlo postupné poznání reálného fungování systému krizové péče na území hl. m. Prahy a jeho limitů v praxi. Již na začátku bylo zřejmé, že systém je do určité míry roztříštěný, předpokládalo se však, že jednotlivé organizace mají lepší povědomí o svých kompetencích, limitech a o tom, kdy a kam klienty předávat. Tento předpoklad se však v průběhu realizace projektu ukázal jako nepřesný.

Zásadní zjištění přinesla práce expertních skupin, v rámci níž se ukázalo, že nejen jednotlivé organizace, ale často ani samotní aktéři (vedoucí pracovníci) nemají dostatečnou orientaci v systému jako celku. Chyběla jasná představa o návaznosti služeb a o tom, v jakém okamžiku je vhodné klienta předat do jiné péče. Tento deficit se projevoval například tím, že někteří poskytovatelé drželi klienty ve své péči déle, než bylo nutné, což vedlo k neefektivnímu využívání kapacit a k zahlcování systému.

Současně se ukázaly i bariéry ve vzájemném vnímání a spolupráci mezi organizacemi. Například některé služby měly vůči jiným předsudky nebo nedůvěru, které se postupně dařilo překonávat až díky společné práci a sdílení zkušeností. Postupně docházelo k lepšímu porozumění rolím jednotlivých služeb i k proměně vzájemného vnímání. Zřetelný byl také rozdíl mezi zdravotním a sociálním sektorem – zatímco zdravotnické služby fungují často dynamičtěji a rychleji (mj. v návaznosti na výkonové financování), sociální služby pracují jiným způsobem, což může ovlivňovat návaznost péče.

Důležitým momentem bylo, že potřebu jasně definovat limity jednotlivých služeb začaly po určité době artikulovat samy organizace. Významnou roli v tomto procesu sehrály kazuistické semináře, kde byly prezentovány různé typy situací – od případů, které je vhodné dlouhodobě vést v jedné službě, přes případy vyžadující sdílenou péči, až po situace, kdy je nutné klienta rychle předat dál. Na těchto příkladech si účastníci lépe uvědomili hranice svých kompetencí i potřebu efektivní spolupráce.

Dalším zjištěním bylo, že systém není vždy dostatečně „průchozí“. Tj. že nedochází k plynulému předávání klientů mezi službami. V některých případech se ukázalo, že jeden klient může současně využívat více služeb, což dále zatěžuje kapacity systému.

Výše uvedená zjištění vedla ke změně projektu, která reflektovala potřebu posílení orientace v systému, jasnější vymezení rolí a limitů jednotlivých služeb a podpory efektivní spolupráce mezi aktéry. Cílem těchto změn je přispět k větší průchodnosti systému krizové péče, efektivnějšímu využívání kapacit a kvalitnější podpoře klientů.

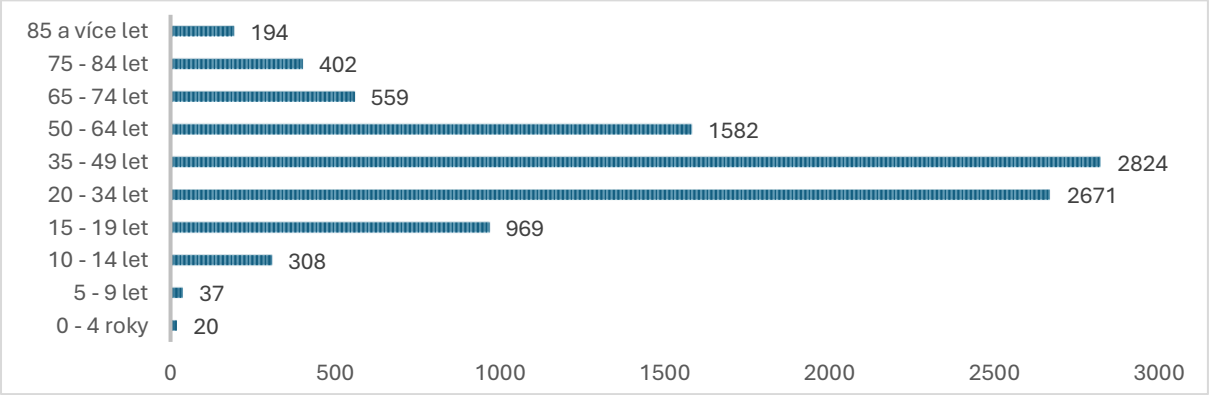
(viz příloha 9 Krizová psychosociální péče dotazník 2025)

Výjezdy ZZS v souvislosti s psychiatrickou diagnózou

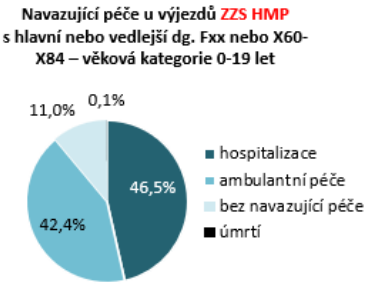
Jedním z klíčových uzlů krizové péče je ZZS. Ta představuje pro mnoho osob prvotní kontakt v situaci akutní psychické krize. Úkolem ZZS je vyhodnotit bezprostřední rizika a posoudit závažnost zdravotního stavu a rozhodnout o dalším postupu a návazných službách, například o nutnosti hospitalizace nebo převozu do specializovaného ambulantního zařízení. Tato první intervence je klíčová jak pro ochranu života a zdraví pacienta, tak pro minimalizaci dlouhodobých dopadů krize.

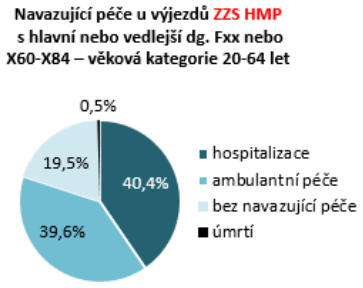
Z výše uvedených důvodů je žádoucí znát a analyzovat strukturu pacientů, u nichž ZZS vyjíždí právě kvůli diagnózám z okruhu duševních poruch. Porozumění charakteru těchto výjezdů – včetně diagnóz a typických věkových skupin – je základem pro plánování navazujících služeb a případnému školení záchranářů v krizové komunikaci, zvládání náročných psychických stavů u pacientů a potřebě návazné péče.

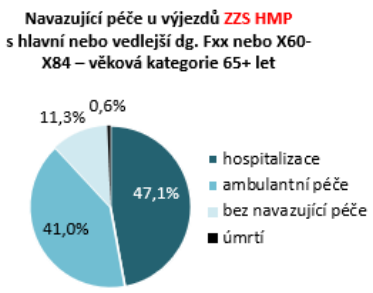
Graf: Výjezdy s hlavní nebo vedlejší dg. Fxx nebo X60-X84 podle věkových kategorií v roce 2023 (ZZS HMP)



Grafy: Navazující péče u výjezdů ZZS HMP s hlavní nebo vedlejší dg. F nebo X60-84 dle věkových kategorií







Návazná péče po výjezdu ZZS z důvodu duševních onemocnění je nejčastěji realizována ve formě hospitalizace a ambulantní péče.

Velké množství hospitalizací ukazuje, že řada osob potýkajících se s duševními obtížemi vyhledá pomoc příliš pozdě nebo vůbec. Do péče se tak dostávají v okamžiku, kdy jejich stav vyžaduje medikaci a úzdrava se stává dlouhodobým procesem, který je náročný nejen pro pacienta, ale také pro zdravotní a sociální systém.

I tyto datové podklady byly jedním z důvodů vytvoření psychosociálního modulu v aplikaci Záchranka s cílem usnadnit orientaci osob v psychické krizi v systému dostupné pomoci. Stejně tak bylo cílem nabídnout hned v prvotním kontaktu co nejadekvátnější péči s ohledem na stav a potřeby klienta.

(viz příloha 2 Analýza současného stavu ZZS Praha a Středočeský kraj)

Rozhovory s pediatry a praktickými lékaři na kulatých stolech

V rámci kulatých stolů proběhly dvě skupinové diskuze se zástupci následujících profesních skupin: psychiatři, kliničtí psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, zdravotní sestry. Záměrem bylo analyzovat témata a bariéry a facilitátory, které směrem k dalšímu rozvoji systému krizové psychosociální péče na území hl. m. Prahy. Skupinové diskuze realizoval odborný tým (Mgr. et Mgr. Miroslava Janoušková, Ph.D., MUDr. Mgr. Jana Šeblová, Ph.D.).

Skupinové diskuze identifikovaly několik zásadních bariér. Mezi nejvýznamnější patří nedostatečné kapacity a dlouhé čekací doby, které vedou ke zhoršování psychického stavu klientů a odkládání pomoci. Systém je zároveň zatížen nedostatkem odborníků, což dále omezuje dostupnost péče. Významným problémem je také roztříštěnost systému a nedostatečná koordinace mezi službami, což komplikuje orientaci klientů a prodlužuje jejich cestu k adekvátní pomoci. Krizová centra jsou navíc často zahlcena nekrizovými případy, což snižuje jejich efektivitu

Další oblastí problémů je financování a personální zajištění. Systém trpí nízkým ohodnocením odborníků, složitými úhradovými mechanismy a celkovým podfinancováním péče o duševní zdraví. To vede k demotivaci poskytovatelů, odchodům pracovníků a jejich přetížení. Výsledkem je začarovaný kruh, kdy nedostatek personálu dále zhoršuje dostupnost péče a kvalitu služeb.

Na straně klientů hrají významnou roli bariéry jako nedůvěra v systém, stigmatizace duševních onemocnění a nízké povědomí o možnostech pomoci. Klienti často odkládají vyhledání péče nebo v systému nevydrží kvůli složitým přechodům mezi službami a nutnosti opakovaně sdílet svůj příběh. To vede k pozdním intervencím a zvyšuje tlak na akutní a hospitalizační služby.

(viz příloha 10 Psychosociální péče)

Podrobněji výše zmíněné shrnuje následující přehled:

Tabulka: Bariéry poskytování krizové péče v Praze a možné dopady

Kategorie	Specifická bariéra	Možné dopady
Kapacita a dostupnost	Dlouhé čekací doby a nedostatek místa pro nové klienty	Chronifikace zdravotního stavu a zhoršení problémů, demotivace klientů hledat pomoc
	Nedostatek odborníků (psychologů/psychiatrů)	Neschopnost uspokojit poptávku, oddálení vyhledání pomoci, zhoršení problémů
Systémová fragmentace	Nedostatečná koordinace a spolupráce mezi službami	Zmatení klientů, neefektivita, prodloužená "anabáze" hledání péče
	Absence centralizovaného informačního systému o kapacitách	Zbytečné telefonáty, frustrace klientů i poskytovatelů, ztráta času
	Zatížení krizových center nekrizovými případy	Snížení kapacity pro skutečné krize, vyhoření personálu, neefektivní využití zdrojů
Financování a motivace	Složitost a nedostatečnost úhrad ze strany pojišťoven	Demotivace poskytovatelů k akutní péči, neschopnost zaměstnat podpůrný personál
	Nízké platy a prestiž profese	Odchod kvalifikovaných pracovníků, nedostatek odborníků, vyhoření
	Systémové podfinancování péče o duševní zdraví	Politická a ekonomická marginalizace, která brání celkovému rozvoji systému
Překážky na straně klientů	Nedůvěra klientů v navazující služby	Odmítání přechodu, neochota opakovaně vyprávět příběh, přerušení péče
	Stigmatizace duševních onemocnění	Skrývání nemoci, neochota vyhledat pomoc
	Nedostatečné povědomí o možnostech péče (např. role praktických lékařů)	Zpožděné hledání pomoci, zbytečné eskalace stavů, přetížení akutních služeb

Mapování potřeb cílové skupiny (KA3)

V rámci projektu byly ustaveny dvě pracovní skupiny, které se skládaly z expertů na problematiku psychosociální krizové péče. Nejčastěji se jednalo o vedoucí či odborné pracovníky zapojených organizací. Jedna skupina byla zaměřena na problematice duševního zdraví z pohledu dětí a mládeže a druhá skupina z pohledu dospělých.

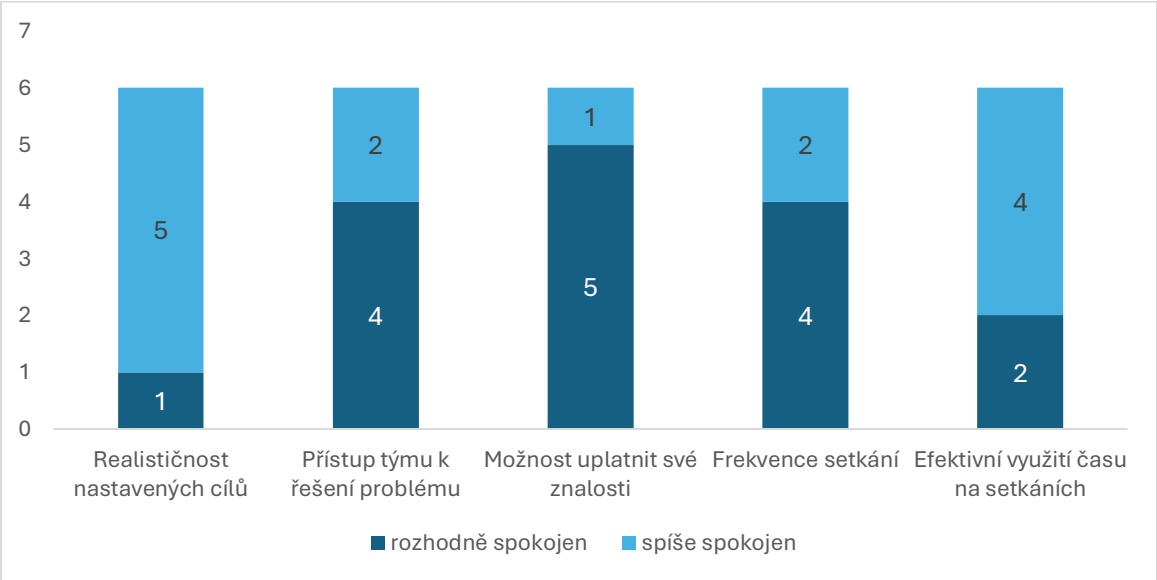
Tyto platformy propojily odborníky z různých oblastí, kteří diskutovali aktuální problémy systému krizové péče. Současně skupiny poskytly prostor pro sdílení zkušeností z praxe a formulaci návrhů na zlepšení spolupráce mezi jednotlivými službami.

Na podzim roku 2024 byla od členů pracovních skupin získána zpětná vazba prostřednictvím dotazníkového šetření.

Expertní skupina pro dospělé

Pracovní skupina pro dospělé se vedle expertních konzultací věnovala do značné míry tvorbě psychosociálního modulu aplikace Záchranka s cílem usnadnit orientaci osob v psychické krizi v systému dostupné pomoci.

Tabulka: Hodnocení práce skupiny – dospělí



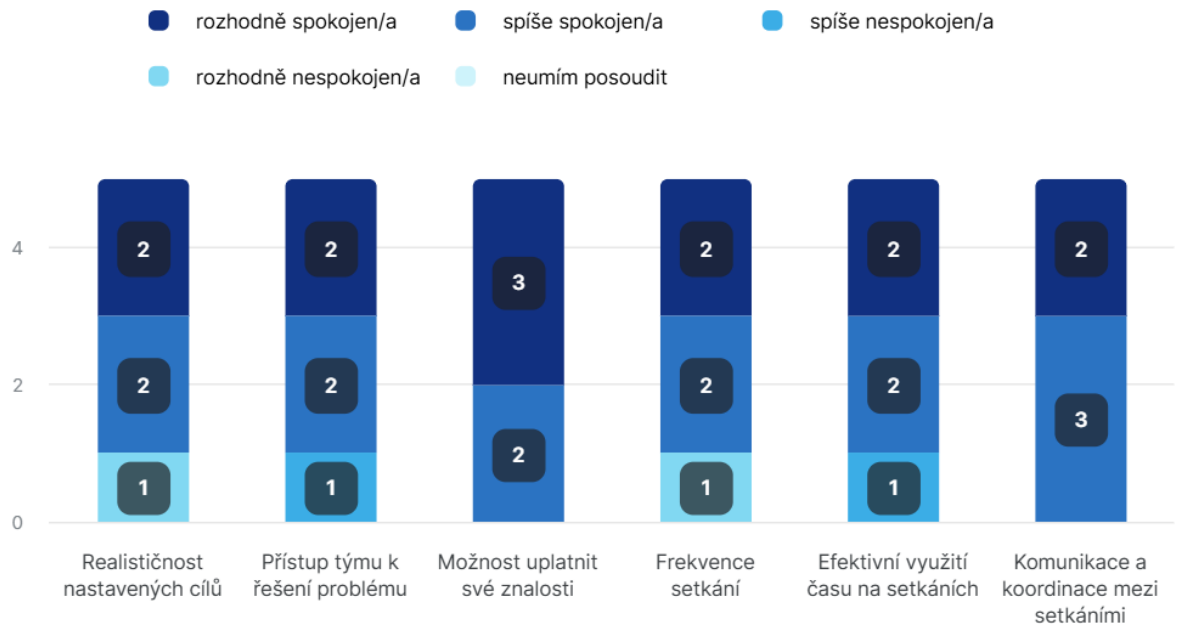
V případě pracovní skupiny pro dospělé byla jednotlivá kritéria hodnocena pozitivně. Členové vyzdvihovali možnost získat nové úhly pohledu a zapojit se do projektu jehož cíle jim dávají smysl.

Určité rezervy skupina shledávala v koordinaci a zadávání úkolů, což bylo operativně řešeno s projektovým týmem a upraveno.

(viz příloha 11 Hodnotící dotazník PS dospělí)

Expertní skupina pro děti a mládež

Tabulka: Hodnocení práce skupiny – skupina pro děti a mládež



Fungování pracovní skupiny bylo na základě jednotlivých kritérií hodnoceno dobře. V rámci přínosu této platformy členové pracovní skupiny nejvíce oceňovali možnost komunikace a spolupráce napříč sociálně-zdravotním pomezím. Určité výhrady se objevily pouze v souvislosti s konečnou podobou dotazníku směřovaného na poskytovatele psychosociální krizové péče, do jehož tvorby se skupina také zapojila.

Z hlediska dalších téma byla zmiňována potřeba rozšířit spolupráci i se Středočeským krajem s ohledem na velkou regionální provázanost.

(viz příloha 12 Hodnotící dotazník PS děti)

Pro obě pracovní skupiny platí, že formát pravidelného setkávání umožnil navázání těsnějších vztahů mezi jednotlivými členy, což se propsalo i do každodenní spolupráce jednotlivých organizací. Spolupráce byla členstvím v pracovních skupinách akcelerována více než u organizací, které se účastnily pouze kulatých stolů.

(viz příloha 3 Rozhovory s experty)

Kazuistika na základě dotazovaných osob hospitalizovaných v PNB (děti a mladiství)

S ohledem na zamítavé stanovisko etické komise PN Bohnice ohledně rozhovorů s dospělými pacienty proběhla tato aktivita pouze v rámci CS děti a mladiství. V průběhu jednoho roku bylo realizováno celkem 40 rozhovorů (29 ženy, 11 muži) s mladistvými ve věku 15-17 let.

Soubor rozhovorů s hospitalizovanými adolescenty dokladuje vysokou míru psychické zátěže a komplexnost jejich obtíží, přičemž nejčastější jsou projevy sebepoškozování a suicidality často kombinované s depresí a úzkostí. Hospitalizace u většiny z nich nepředstavuje jednorázovou zkušenost, ale opakovaný kontakt se systémem péče, což poukazuje na dlouhodobý a obtížně stabilizovatelný charakter jejich potíží. Běžný bývá výskyt kombinovaných diagnóz.

Hospitalizace představuje pouze krátkodobou intervenci a je nezbytné, aby svou roli sehrály návazné služby, práce s rodinou a preventivní podpora s cílem snížit riziko opakovaných krizí.

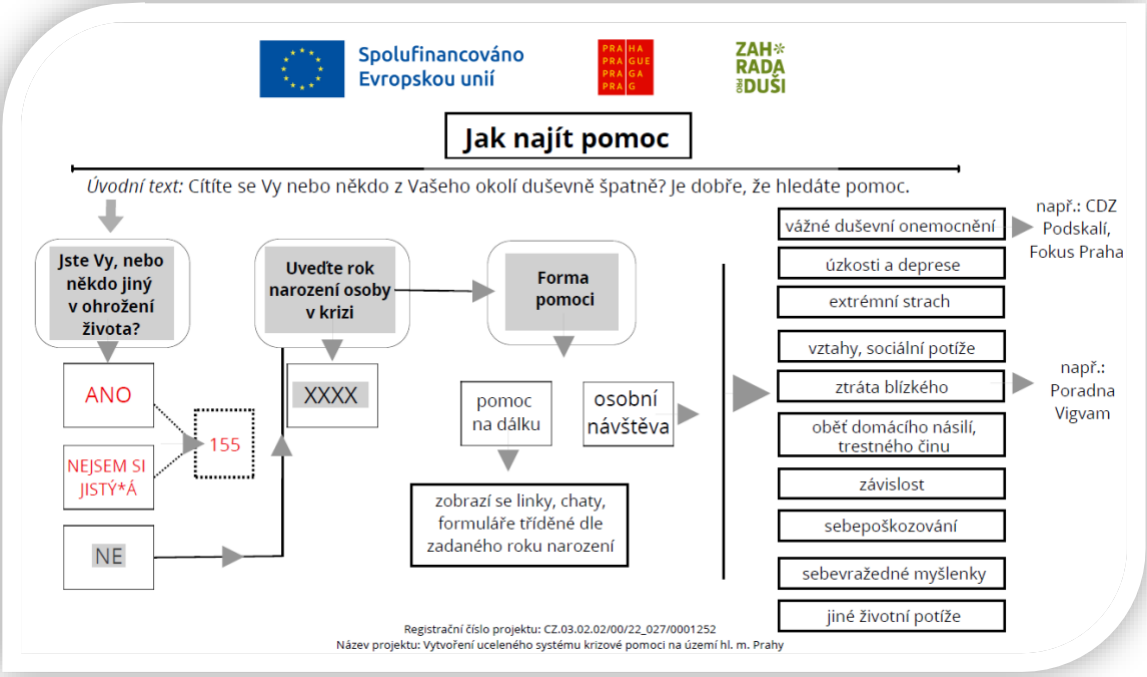
(viz příloha 13 Rozhovory PNB)

Metodika (KA4)

4.1 Psychosociální modul aplikace Záchranka

Hlavním výstupem metodické části projektu se stal psychosociální modul v rámci aplikace Záchranka. Smyslem modulu je podpora efektivního směřování klientů do sítě organizací nabízejících podporu v oblasti duševního zdraví, potažmo psychosociální péče obecně. Ale také osvěta a zvýšení povědomí o duševním zdraví tak, aby se potřebné osoby dostávaly do péče dříve, než se jejich obtíže rozvinou do závažných projevů.

Graf: Schéma psychosociálního modulu v aplikaci Záchranka



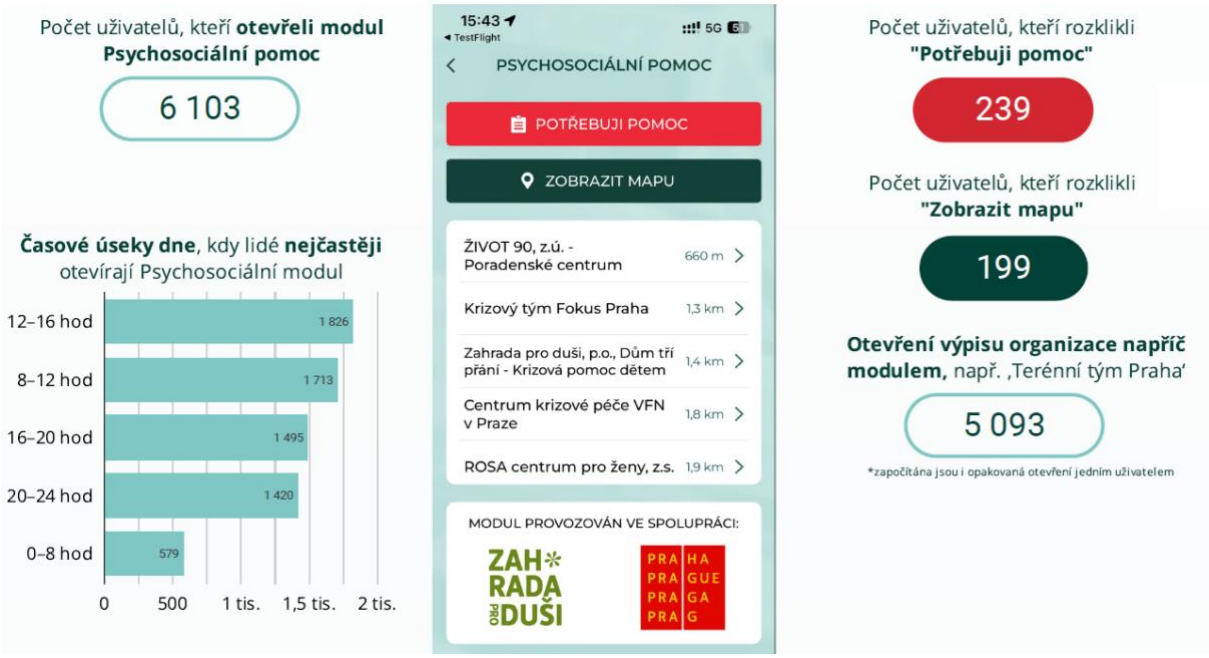
Psychosociální modul byl oficiálně spuštěn v březnu 2025. Jeho funkčnost s ohledem na zaměření projektu a zapojení spolupracujících organizací zahrnuje pouze území hl. m. Prahy.

Modul má dvě základní funkcionality:

a) přivolání okamžité pomoci (v rámci IZS)
b) domluva pomoci na dálku / osobní návštěvy (psychosociální krizová péče)

4.1.1 Psychosociální modul – statistika aplikace Záchranka

Graf: Využití modulu psychosociální pomoci březen 2025 – květen 2026



Počet uživatelů, kteří si od března 2025 do května 2026 otevřeli v aplikaci Záchranka psychosociální modul, se vyšplhal na 6 103. Nejčastěji si lidé rozklikli „výpis organizací napříč modulem“, který slouží jako seznam kontaktů na organizace nabízející pomoc, kde je celkem 5 093 prokliků. Nižší stovky uživatelů si rozklikli zobrazení s mapovým podkladem organizací. Se stejnou frekvencí bylo využito i tlačítko „potřebuji pomoc“. (*viz příloha 1 Aplikace Záchranka statistika)*

Dáme-li intenzitu využití psychosociálního modulu do kontextu statistiky ZZS HMP, je zřejmé potenciální počet uživatelů aplikace Záchranka je výrazně vyšší:

Celkově v roce 2023 uskutečnila Záchranná zdravotnická služba hlavního města Prahy 111 771 výjezdů, z nichž se 8,6 % týkalo hlavní nebo vedlejší diagnózy F nebo X60-X84. Jde o téměř každý dvanáctý výjezd ZZS HMP. Tj. 9 600 výjezdů se týkalo diagnózy spojené s duševním zdravím.

(viz příloha 2 Analýza současného stavu – ZZ Praha a Středočeský kraj)

Tabulka: Nejčastěji vybraný typ pomoci a organizace

Uživatelé, kteří si **vybrali typ obtíží**	Nejčastěji vybraný **typ pomoci**		Organizace, které byly **nejčastěji otevřené**	
93	Úzkosti a deprese	47	Krizové centrum RIAPS	147
	Extrémní strach	39	Terapeutické centrum Modré dv...	86
	Vztahy, sociální potíže	29	3 Lékařská Fakulta V Praze	78
	Sebevražedné myšlenky	27	U sv.Ludmily	76
	Ztráta blízkého	24	Centrum duševního zdraví pro P...	75
	Jiné životní potíže	23	Krizový tým Fokus Praha	66
	Vážné duševní onemocnění	23	SOS centrum Diakonie Praha	61
	Sebepoškozování	21	Centrum krizové péče VFN v Praze	60
	Závislost	20	Bílý kruh bezpečí, z.s.	55
	Oběť domácího násilí, trestného činu	15	Centrum duševního zdraví Pods...	54

Četnost prokliků na jednotlivé organizace je u uživatelů hledajících konkrétní pomoc vcelku vyvážená. Alokace organizací poskytujících krizovou péči a podporu v oblasti duševního zdraví k jednotlivým typům obtíží je tím pádem dobře nastavená. Nejčastěji otevíranou organizací je RIAPS, které se do nabídky dostává často vzhledem ke svému nonstop provozu a širokému záběru aktivit.

Shromáždit statistiku klientů přicházejících do organizací věnujících se psychosociální péči skrze aplikaci Záchranka se ukázalo jako obtížné a to zejména z následujících důvodů:

a) stav klienta – řada klientů není ve stavu vyplňovat obsáhlejší dotazník a personál sbírá pouze nejnutnější informace.
b) dobrovolnost – organizace (zejména sociální) mají často vstupní dotazníky na dobrovolné bázi. Podíl klientů, kteří dotazník vyplní je tak poměrně nízký.

Obecně organizace reportují, že počet klientů přicházející přes aplikaci Záchranka představuje jen malý zlomek v celkových počtech.

4.1.2 Psychosociální modul – uživatelská zpětná vazba

V březnu 2026 proběhla fokusní skupina s lidmi s duševním onemocněním s cílem získat uživatelskou zpětnou vazbu a identifikovat bariéry v používání aplikace. Účastníci skupiny navrhli vícero opatření směřujících ke snadnějšímu používání zahrnující jednodušší registraci i intuitivnější prostředí aplikace.

- **Zdlouhavá registrace**. Proces registrace byl některými vnímán jako zdlouhavý. Sbírání údajů by mohlo být jednodušší. Zadávání roku narození přes dlouhý seznam bylo hodnoceno jako nepřívětivé. Doporučeno bylo použít věkové kategorie (dítě, dospělý, senior) nebo jednodušší způsob zadání.
  „Trvalo mi výrazně déle než u jiných aplikací.“

- **SOS tlačítko dominuje celé aplikaci**. V krizové situaci by většina uživatelů automaticky stiskla SOS a až následně vysvětlovala problém operátorovi. Psychosociální modul je vnímán spíše jako informační zdroj než jako rychlá cesta k pomoci.
  „V panickém záchvatu bych neměla nervy hledat, kde je psychická pomoc. Zmáčkla bych tlačítko.“

- **Přidat tlačítko „psychická pomoc“.** Uživatelé by v rámci tlačítka „SOS“ uvítali samostatnou možnost vedle záchranky a hasičů – například „psychická pomoc“, ideálně s rychlým kontaktem na člověka, se kterým lze okamžitě mluvit.

- **Modul není intuitivně dohledatelný.** Umístění modulu pod sekcí „Lokátor“ není pro uživatele intuitivní. Řada účastníků ho našla až s nápovědou a očekávala přímý přechod na linku psychické pomoci.
  „Až s návodem jsem našla psychosociální pomoc.“

- **Komplexita rozhodovacího stromu**. Tři varianty po kliknutí na „Potřebuji pomoc“ byly považovány za částečně nadbytečné. Lidé s duševním onemocněním opakovaně zdůrazňovali, že někdy potřebují hlavně možnost si promluvit, nikoli okamžitý zásah zdravotnického týmu.
  „Musel by být přímý jeden krok v rámci apky, abych se tam dostal.“
  „Pořád mám pocit, že když něco zmáčknu, tak jede záchranka.“

- **Nevhodné formulace.** Některé formulace nejsou považovány za zcela adekvátní. Například výrok „Jsem v ohrožení života“. Uživatelé preferovali formulace typu: „Potřebuji akutní pomoc“. Podobně „Pomoc na dálku“ a „Osobní návštěva“ byly vnímány jako nejasné či znepokojivé; navrhovány byly srozumitelnější varianty („telefonická pomoc“, „Dojdu si“).
  „Nechci mít formulaci jsem v ohrožení života, ale výraz typu: potřebuji akutní pomoc.“
  „Pomoc na dálku - v psychóze si myslím, že jedou“

(Viz příloha 6 Aplikace Záchranka uživatelská zpětná vazba)

4.1.3 Psychosociální modul – rozhovory s experty

Aplikace je obecně vnímána jako smysluplný nástroj s velkým potenciálem. Zásadním přínosem je, že se do aplikace podařilo integrovat kontakty na krizovou pomoc, což usnadňuje orientaci v systému a může urychlit přístup k psychosociální podpoře.

Na druhou stranu bylo poukazováno, že potenciál aplikace zatím není plně využit, a to zejména kvůli několika omezením:

- **Nižší povědomí** – aplikace není dostatečně známá mezi veřejností. Opakovaně se objevuje potřeba informační kampaně – včetně například zapojení praktických lékařů a distribuce informačních materiálů.

- **Uživatelská přívětivost** – aplikace nemusí být dostatečně intuitivní pro uživatele v krizové situaci (např. při stresu, úzkosti nebo snížené schopnosti orientace).

- **Otázky důvěry a bezpečí** – např. využití lokalizace může být pro některé uživatele citlivé (obavy z narušení soukromí).
- **Omezené geografické pokrytí** – psychosociální modul je v současnosti aktivní pouze pro Prahu.

4.2 systém vzájemné spolupráce v oblasti krizové pomoci

Další částí projektu byly aktivity směřující k posílení spolupráce organizací věnujících se krizové psychosociální pomoci na území hl. m. Prahy. Jednalo se zejména o kulaté stoly pro zapojené organizace, ale velkou roli hrálo také působení v pracovních skupinách, kde pravidelný kontakt mezi členy pozitivně přispíval k lepší orientaci, co která služba nabízí.

4.2.1 systém vzájemné spolupráce v oblasti krizové pomoci – kulaté stoly

Kulaté stoly přispěly především k **lepšímu porozumění rolí a kompetencí jednotlivých organizací**, zejména mezi IZS (policie, hasiči) a sociálně-zdravotními službami. Účastníci získali přehled o tom, co kdo může nabídnout, a zároveň si navzájem představili svou činnost. Vyplývá to zejména z rozhovorů s experty zúčastněných organizací *(viz příloha 3 Rozhovory s experty)*

Potřeby zúčastněných se místy rozcházely, přesto byla setkání celkově vnímána jako užitečná platforma pro sdílení různých perspektiv.: *„Bylo zajímavé vidět, že každého tlačí bota jinde. Ne vždy se podařilo protnout, každý si postěžoval na co naráží. Nejsou doktoři, nejsou zdravotníci. Ale obecně bylo užitečné, uslyšet se z různých úhlů.“ (účastník kulatých stolů).*

Důležitým tématem bylo také **mapování tzv. „bílých míst“ v systému**, tedy situací a skupin klientů, pro které chybí odpovídající služby nebo návazná péče. To vedlo k hledání konkrétních řešení a lepší provázanosti mezi organizacemi.

Velkou hodnotu mělo rovněž **sdílení konkrétních případů (kazuistik)**, díky kterému si jednotlivé složky mohly porovnat své pohledy na řešení stejných situací. Což ve finále přispělo k hlubšímu pochopení postupů ostatních a ke zlepšení budoucí spolupráce: *"IZS zrovna mluvil o případu, který oni řešili taky a já to nevěděl, teď jsem to vyprávěl ze svého pohledu, pak oni a až tam jsme si vysvětlili, proč to dopadlo, tak, jak to dopadlo... Vedlo k tomu, že začali probírat, jak to mohli řešit jinak.“ (pracovník zdravotnické organizace)*

Užitečnost sdílení se opakovaně objevila i v dotaznících na zapojené organizace: *„Osobní setkání vždy pomohou otevřít témata, která rezonují v daný okamžik a pomohou je snáze vykomunikovat.“ (účastník kulatých stolů)*

(viz příloha 5 Dotazník organizace kulaté stoly)

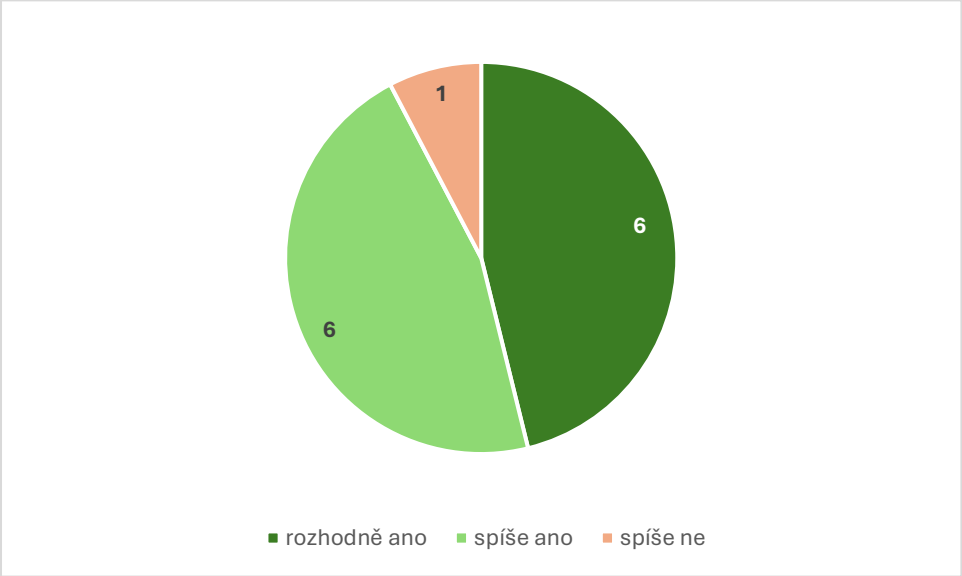
Kulaté stoly podpořily také **navazování osobních kontaktů a následnou spolupráci** – některé organizace se začaly více propojovat, navštěvovat a přímo si předávat informace i klienty. Díky tomu došlo ke zrychlení orientace v systému a efektivnějšímu hledání vhodných služeb pro klienty (např. v oblasti bydlení či specializované pomoci).

(viz příloha 3 Rozhovory s experty)

4.2.2 Síťování a prohloubení spolupráce organizací

V březnu 2026 proběhl sběr zpětné vazby mezi organizacemi účastnícími se kulatých stolů. Zahrnuty byly zdravotnické i sociální organizace. Cílem bylo zjistit, do jaké kulaté stoly přispěly k lepšímu porozumění ohledně práce druhých organizací a podpoře vzájemné spolupráce.

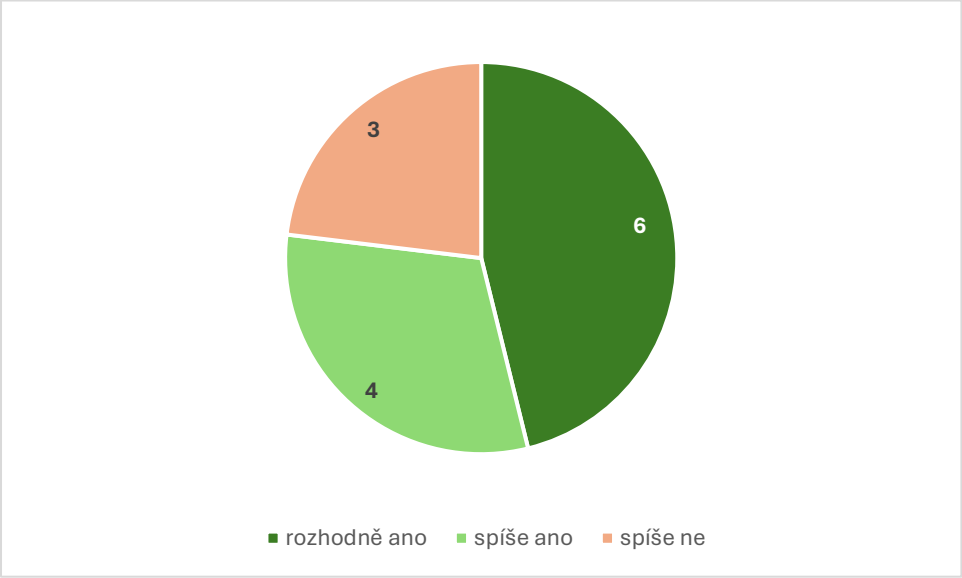
Graf: Vliv kulatých stolů na rozšíření povědomí o službách poskytovaných ostatními organizacemi[1]



Drtivá většina respondentů se vyjádřila, že kulaté stoly rozšířily povědomí o činnosti ostatních organizací. Toto zjištění potvrzuje zpětnou vazbu z rozhovorů s experty, kteří mezi přínosy rovněž zmiňovali možnost seznámit se se způsobem práce jiných organizací a získat tak lepší orientaci při rozhodování, kam následně klienta poslat.

[1] *Znění otázky: Měly kulaté stoly v rámci projektu krizové péče vliv v rámci vaší organizace na něco z následujícího? Došlo k rozšíření povědomí o službách poskytovaných ostatními organizacemi pro lidi v krizi.*

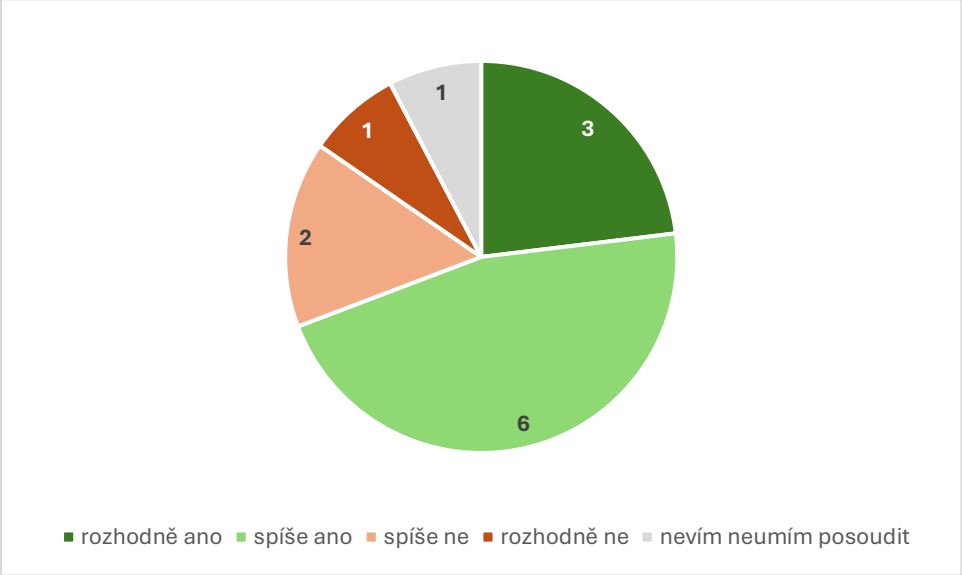
Graf: Vliv kulatých stolů v rámci projektu krizové péče na navázání nových kontaktů[2]



N=13

Většina dotázaných se shoduje, že díky kulatým stolům navázali nové kontakty. Mezi těmi, kteří se vyjádřili, že vzájemná setkání nepřispěla k navázání nových kontaktů převažují zástupci organizací sdružujících praktické lékaře pro děti a dorost.

Graf: Vliv kulatých stolů - lépe se orientujeme při předávání klientů do další organizace[3]



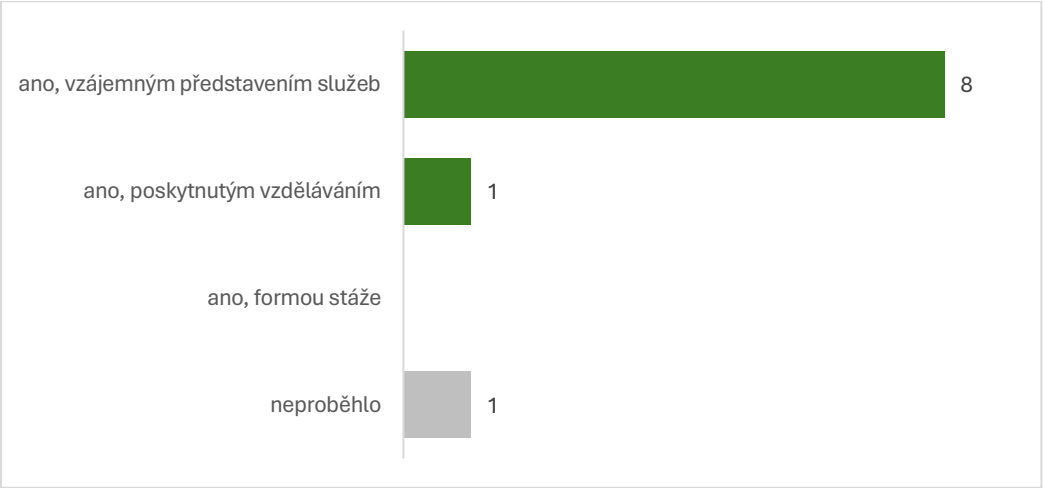
Také v případě předávání klientů do další organizace hodnotí většina dotázaných vliv kulatých stolů jako pozitivní. Oslovení, kteří mají opačný názor a nedomnívají se, že by jim kulaté stoly

[2] *Znění otázky: Měly kulaté stoly v rámci projektu krizové péče vliv v rámci vaší organizace na něco z následujícího? Navázali jsme nové kontakty.*

[3] *Znění otázky: Měly kulaté stoly v rámci projektu krizové péče vliv v rámci vaší organizace na něco z následujícího? Lépe se orientujme při předávání klientů do další organizace.*

pomohly k lepší orientaci, kam klienty dále směřovat jsou opět zastoupeni zejména praktickými lékaři.

Graf: Vliv kulatých stolů – vzájemné představení služeb[4]



Nejčastějším formátem výměny zkušeností mezi organizacemi bylo vzájemné představení služeb. Organizace, které uvádí vzájemné představení služeb, současně deklarují, že se nyní lépe orientují při předávání klientů do další péče.

V jednom případě bylo zmíněno poskytnuté vzdělávání. Dlouhodobější výměna v podobě stáže zmíněna nebyla. Proběhly však vzájemné návštěvy mezi zařízeními.

Z otázky na další přínosy kulatých stolů[5] vyplynuly následující pozitivní dopady:

Rychlejší a adresnější předávání klientů

Zástupci organizací zmiňují zrychlení při předávání klientů do návazné péče. Právě rychlejší předávání klientů je jedna z identifikovaných priorit v rámci optimalizace systému krizové péče, kdy pomalé předávání je jednou z příčin zahlcování sítě služeb.

K adresnějšímu směřování klientů přispívají jak navázané osobní kontakty: *„Rychlejší a jednodušší předávání klientů díky osobní vazbě“*, tak i lepší znalost, jaké služby jednotlivé organizace nabízí: *„Spíše došlo k ucelení představ, kam můžeme klienty předávat a jaké má daná služba limity“*.

Znalost nastavení práce ostatních organizací usnadňuje rozhodování při výběru následné péče z hlediska celé řady parametrů: *„Větší zacílení - věkové kategorie, cílové skupiny a otevírací doby služeb.“*

[4] *Znění otázky: Měly kulaté stoly v rámci projektu krizové péče vliv v rámci vaší organizace na něco z následujícího? Vzájemně jsme si představili služby s jinou organizací.*

[5] *Pomohlo Vám síťování v rámci kulatých stolů ještě nějak jinak? Pokud ano, jak?*

4.2.3 Potřebné/poptávané návazné kroky

Koordinace a propojování

V rámci rozhovorů s experty i dotazníku rozesílaného organizacím je opakovaně zmiňována potřeba další koordinace a propojování mezi organizacemi zapojenými do krizové pomoci. Opakovaně se objevuje požadavek shromáždit seznam služeb pod přehledným rozcestníkem, kde by bylo možné nalézt všechny potřebné kontakty:

„Systému krizové péče by pomohla lepší koordinace krizových služeb v rámci mimořádných událostí, propojení základních organizací v rámci nabídek služby. Přehledný web všech "registrovaných služeb" a jeho aktualizace.“

Gatekeeping

Dalším poptávaný institutem je určitá forma „gatekeepera“, tj. aktéra v rámci krizové péče, který zajištuje přístup pacienta ke specializovaným službám nebo vyšetřením:

„Jedno kontaktní místo pro praktické lékaře pro děti a dorost, kde se mohou obracet v případě potřeby pomoci pro své pacienty; lepší (=jakákoli jiná než nynější nulová) komunikace lůžkových psychiatrií s registrujícími praktickými lékaři.“

Dle návrhu některých respondentů by kontaktní místo by mohlo fungovat i na bázi telefonní linky.

„Telefonní linka pro lékaře směřující klienty k další pomoci.“

Posílení kapacit

Kapacity v rámci sítě krizové péče se objevují jako obecné téma, které zahrnuje jak personální posílení sítě služeb, tak i finanční stránku. Zmiňovány byly různé potřeby:

- Ještě lepší propojování, vznik nonstop krizového centra pro děti a mládež,
- více terénních psychiatrů, sociální lůžka, CDZ pro lidi bez domova,
- více odborníků a stabilnější financování.

Kapacity v rámci sítě krizové péče se objevují jako obecné a dlouhodobě rezonující téma, které zahrnuje jak potřebu personálního posílení jednotlivých služeb, tak i zajištění jejich stabilního a dostatečného financování. Návrhy směřovaly například k vznik nonstop krizového centra pro děti a mládež, které by reagovalo na rostoucí potřebu okamžité pomoci v této cílové skupině.

Dále navýšení počtu terénních psychiatrů a rozvoj terénních služeb obecně, které mohou přispět k včasnému zachycení potíží a snížení potřeby hospitalizace. V této souvislosti se objevila i potřeba zřízení sociálních lůžek a posílení kapacit center duševního zdraví, zejména pro lidi bez domova a další zranitelné skupiny.

(viz příloha 5 Dotazník organizace kulaté stoly)

Vzdělávání pracovníků (KA5)

V rámci projektu byla uspořádána série seminářů určených pro pracovníky sociálních a zdravotnických organizací působících v oblasti krizové péče, které byly zaměřené na prohlubování mezioborové spolupráce a lepší orientaci v systému krizové pomoci.

Kazuistický seminář: spolupráce zdravotních a sociálních služeb

Věnoval se spolupráci zdravotních a sociálních služeb. Účastníci ocenili konkrétní případy z praxe, které ilustrovaly roli jednotlivých služeb a způsoby jejich vzájemné spolupráce. Přínosným se ukázalo nejen sdílení zkušeností, analýza úspěšných postupů, ale i situací, kdy nebyla koordinace mezi službami optimální. A stejně tak možnost diskutovat neobvyklé či komplexní případy bez rigidního vymezení témat. Opakovaně zaznívala potřeba dále rozvíjet témata spolupráce, komunikace mezi službami: *„Užitečné bylo zejména sdílení jednotlivých praxí a jak na sebe navazují, prolínají se,…“ (účastník semináře)*

Seminář role krizových interventů IZS

Semináře věnované roli krizových interventů v rámci integrovaného záchranného systému přinesly účastníkům hlubší porozumění fungování jednotlivých složek, jejich kompetencím i náročnosti této práce. Velkým přínosem byla možnost nahlédnout do praxe interventů, získat přehled o aktuálním vývoji v oboru krizové intervence a lépe pochopit provázanost jednotlivých rolí v systému: *„Seznámení s tím jak krizový interventi fungují v rámci v IZS, jaké jsou na ně požadavky a celkové uvedení do náročnosti této role, kterou já znám výhradně jen od stolu, nikoli z terénu“, (účastník semináře).*

Účastníci semináře ocenili srozumitelnost výkladu, praktické příklady i kazuistiky doplněné o legislativní rámec. Do budoucna by uvítali hlubší zaměření na specifika práce s různými cílovými skupinami.

Přístup k jedinci s agresivním chováním

Kurzy zaměřené na práci s agresivním chováním (u dospívajících i dospělých) byly hodnoceny jako velmi praktické a dobře uchopitelné pro každodenní praxi. Účastníci vyzdvihovali zejména nácvik propojení teorie s praktickými ukázkami, interaktivní formu výuky, deeskalační techniky a důraz na vlastní bezpečnost v krizových situacích. Oceňována byla také forma vedení kurzu, která podporovala aktivní zapojení účastníků a přispívala k udržení pozornosti i celkové atmosféře.

Z hlediska návazných vzdělávacích aktivit byla mezi zmiňovanými témata práce s lidmi s duševními poruchami (např. autismus, ADHD), komunikace s rodinnými příslušníky, přístup k neverbálním klientům či větší zaměření na děti a mládež.

Účastníci kurzů projevili zájem o pravidelné pořádání podobných akcí a to alespoň několikrát ročně. Přičemž důležitým aspektem je také zachování mezioborového složení účastníků.

(viz příloha 7 Semináře červenec-prosinec 2025)

Seminář pro veřejnou správu – Praha 12

Součástí vzdělávacích seminářů byl seminář pro zaměstnance veřejné správy realizovaný v červnu 2025 na ÚMČ Praha 12 ve třech školících dnech. Cyklus byl zaměřený na posílení kompetencí úředníků a sociálních pracovníků v oblasti duševního zdraví a krizových situací. Jednotlivé tematické bloky byly:

- Bariéry z pohledu člověka s duševním onemocněním
- Přístup k agresivnímu jedinci
- Duševní poruchy.

Semináře byly koncipovány jako interaktivní, což účastníci vnímali jako jeden z jejich hlavních přínosů. Oceňována byla zejména provázanost teoretických poznatků s praktickými ukázkami a situacemi z praxe, díky čemuž si účastníci mohli lépe osvojit konkrétní postupy využitelné ve své práci. Užitečné bylo také hlubší porozumění prožívání klientů s duševním onemocněním, včetně pochopení jejich emocí, potřeb a vnitřních procesů. Pozitivně byly hodnoceny modelové situace a scénky předváděné lektorem, stejně jako konkrétní tipy pro zvládání komunikace s agresivním jedincem: *„Největším přínosem byla scénky předváděné lektorem a dobré tipy na jednání s agresivním jedincem.“ (účastník kurzu).*

Velmi dobře byla přijata i témata úzce související s každodenní praxí účastníků, například prevence syndromu vyhoření či péče o vlastní psychickou pohodu. Diskutována byla také problematika různorodosti klientů a situací, se kterými se pracovníci veřejné správy setkávají, včetně možností, jak na tyto situace reagovat, jak nastavovat hranice a kde hledat odbornou pomoc pro klienty i pro sebe.

(viz příloha 8 Seminář P12 červen 2025)

Stáž v Amsterdamu

Studijní návštěva v Amsterdam byla účastníky (projektový tým + experti) vnímána jako velmi přínosná, zejména díky možnosti vidět funkční, systémově propojený model krizové péče v praxi. Potvrdilo se, že dobře nastavená spolupráce mezi službami je realizovatelná, pokud existuje vůle, jasná struktura a koordinace.

Velkou inspirací byl důraz na systémové uvažování a provázanost služeb, na rozdíl od českého prostředí, kde je péče často roztříštěná a jednotlivé organizace fungují spíše samostatně. V Amsterdamu je spolupráce vnímána jako samozřejmá součást systému, nikoli jako nadstavba.

Za klíčové přenositelné prvky byly označeny:

Mobilní multidisciplinární týmy (2–3 týmy pro území města), které zajišťují rychlou intervenci v terénu.

Centrální sdílená databáze (zdravotní záznamy), umožňující pracovníkům rychle zjistit, zda je klient již v péči, a adekvátně reagovat (např. předejít zbytečné hospitalizaci nebo výjezdu IZS).

Funkční triage systém, který efektivně vyhodnocuje situaci a směruje klienty k odpovídající péči.

Rychlá dostupnost pomoci, kdy je klient včas zachycen a ošetřen.

Zkušenost zároveň ukázala limity přenositelnosti – nizozemský systém funguje v jiném kontextu (legislativním, organizačním i kulturním). V českém prostředí je bariérou zejména:

- roztříštěnost systému (oddělení zdravotní a sociální sféry),
- důraz na individuální agendy organizací místo společného cíle,
- ekonomické a výkonové nastavení (např. vazba na vykazování péče pojišťovnám).

Zjištění, závěry, doporučení

Do jaké míry a jakým způsobem přispívá nově nevržená metodika krizových intervencí k efektivnější pomoci osobám z cílové skupiny?

Psychosociální modul aplikace Záchranka

Vytvořený psychosociální modul v aplikaci Záchranka přibyl do systému krizové péče jako další nástroj posilující orientaci lidí se zhoršeným duševním stavem v nabídce existujících služeb. Během sledovaného období využily modul pro bezprostřední akutní pomoc nižší stovky uživatelů. Tím pádem se modul zatím neřadí mezi nejfrekventovanější nástroje pro vyhledání okamžité pomoci (počet výjezdů ZZS HMP s hlavní nebo vedlejší dg. Fxx nebo X60-X84 se ročně pohybuje kolem 10 000 případů).

Každopádně psychosociální modul má velký potenciál, protože slouží i jako rozcestník na jednotlivé organizace zapojené v psychosociální krizové péči a nabízí tak vedle i akutní bezprostřední pomoci i informační podporu.

Na základě sebrané zpětné vazby se rýsují **tři základní kroky pro zlepšení** funkcionality a dosahu psychosociálního modulu aplikace Záchranka:

1) **Úprava prostředí aplikace**

   Na základě uživatelské zpětné vazby bylo identifikováno několik oblastí pro možné zlepšení fungování aplikace. Jedná se zejména o

   a) snazší registraci
   b) úpravu některých pojmů/výrazů v modulu
   c) doplnění tlačítka SOS o třetí možnost „psychická pomoc“
   d) eventuálně viditelnější umístění psychosociálního modulu v rámci aplikace záchranka.

   Výsledky uživatelské zpětné vazby byly předány do týmu aplikace Záchranka.

2) **Rozšíření psychosociální modulu na celou ČR.**

   Funkčnost v rámci celé České republiky umožní širší využití modulu. Výhodou bude snazší propagace, ale také usnadní „regionalitu“, jelikož v současnosti osobám pohybujícím se mezi Středočeským krajem a Prahou funguje modul pouze na území Prahy.

   Aktuálně má dle pražského vzoru modul i Jihomoravský kraj, Olomoucký kraj a Liberecký kraj. Připravují se kraje Karlovarský a Středočeský.

3) **Propagace aplikace Záchranka**

Potřeba větší propagace byla zmiňována i v rozhovorech s experty. Jedním z primárních míst, která se nabízí, jsou ordinace praktických lékařů a další zdravotnické a sociální služby.

V rámci projektu byly vytvořeny letáky propagující psychosociální modul.

Přispěl projekt u aktérů ze zapojených organizací k lepší orientaci v metodice krizových intervencí?

Systém vzájemné spolupráce v oblasti krizové pomoci

Postupné poznání reálného fungování systému krizové péče na území hl. m. Prahy a jeho limitů v praxi vedlo k úpravám projektu. Již na začátku bylo zřejmé, že systém je do určité míry roztříštěný, předpokládalo se však, že jednotlivé organizace mají lepší povědomí o svých kompetencích, limitech a o tom, kdy a kam klienty předávat. Tento předpoklad se však v průběhu realizace projektu ukázal jako nepřesný. Zejména v oblasti:

- nedostatečné orientace aktérů v systému jako celku
- nejasných představ o návaznosti služeb a o tom, v jakém okamžiku je vhodné klienta předat do jiné péče
- bariér ve vzájemném vnímání a spolupráci mezi organizacemi
- oddělenosti zdravotního a sociálního sektoru

Podpora lepší orientace v systému psychosociální krizové péče probíhala v rámci projektu na třech platformách:

1) Kulaté stoly

Kulaté stoly skrze prezentaci činností zúčastněných organizací přispěly k **lepšímu porozumění rolí a kompetencí jednotlivých aktérů** a to zejména mezi IZS (policie, hasiči) a sociálně-zdravotními službami. Účastníci získali lepší přehled o tom, co kdo může nabídnout, a zároveň si navzájem představili svou činnost. Právě tyto sdílené informace mohou organizace následně využít při předávání do návazné péče.

Využití **konkrétních případů (kazuistik)**, umožnilo zúčastněným podívat se na řešení modelových situací pohledem svých partnerů. Právě tento vhled přinesl velmi cenné poznatky, které pomohly v některých případech obrousit nedůvěru či nepochopení mezi některými službami. Hlubšímu pochopení postupů ostatních tak přispělo ke zlepšení budoucí spolupráce.

2) Tematické vzdělávací semináře

Série seminářů určených pro pracovníky sociálních a zdravotnických organizací působících v oblasti krizové péče, byla zaměřena na prohlubování mezioborové spolupráce a lepší orientaci v systému krizové pomoci.

3) Expertní pracovní skupiny

Pracovní skupiny sloužily primárně pro diskusi odborných otázek spojených s projektem. Nicméně díky pravidelnému setkávání se staly platformou pro výměnu informací a navázané pracovní vztahy mají potenciál dalšího využití i do budoucna. Skupina umožnila svým členům lepe se osobně poznat, což podpořilo jak formální, tak neformální sdílení informací.

Prakticky všechny organizace se shodují, že je žádoucí ve vzájemné výměně informací a spolupráci pokračovat. Z hlediska kroků vedoucích k prohloubení systémové spolupráce přichází v úvahu zejména:

a) **„Koordinátor“ sítě organizací** poskytujících psychosociální krizovou péči. Stanovení organizace zodpovědné za systémové uvažování a provázanost služeb na území hl. m. Prahy.
b) **Rozcestník služeb** zapojených do psychosociální krizové péče, tj. místo kde by bylo možné nalézt všechny potřebné kontakty.
c) **Centrální sdílená databáze** (zdravotní záznamy), umožňující pracovníkům rychle zjistit, zda je klient již v péči, a adekvátně reagovat (např. předejít zbytečné hospitalizaci nebo výjezdu IZS).
d) **Gatekeeping** – aktér, který v rámci krizové péče zajišťuje přístup pacienta ke specializovaným službám nebo vyšetřením. Dotyčná osoba se tak dostává rychleji k adekvátní a adresné pomoci.
e) **Mobilní multidisciplinární týmy** (2–3 týmy pro území města), které zajišťují rychlou intervenci v terénu.

Fungování sítě organizací zapojených do krizové péče je nepřetržitý proces, který není nikdy zcela završen. I mezi intenzitou zapojení jednotlivých organizací do projekty byly rozdíly. Každopádně pro jeho úspěšné nastavení je třeba odpovídajícího institucionálního zázemí, které vytvoří podmínky pro jeho optimalizaci tak, že se bude v rámci využívaných nástrojů postupovat systematicky a uvažovat v dlouhodobém horizontu.

Seznam příloh

Příloha 1: Aplikace Záchranka statistika

Příloha 2: Analýza současného stavu ZZS Praha a Středočeského kraje

Příloha 3: Rozhovory s Experty

Příloha 4: Rozhovory experti přehled

Příloha 5: Dotazník organizace kulaté stoly

Příloha 6: Aplikace Záchranka uživatelská zpětná vazba

Příloha 7: Semináře červenec-prosinec 2025

Příloha 8: Seminář P12 červen 2025

Příloha 9: Krizová psychosociální péče dotazník 2025

Příloha 10: FG psychosociální péče

Příloha 11: Hodnotící dotazník PS dospělí

Příloha 12: Hodnotící dotazník PS děti

Příloha 13: rozhovory PNB