



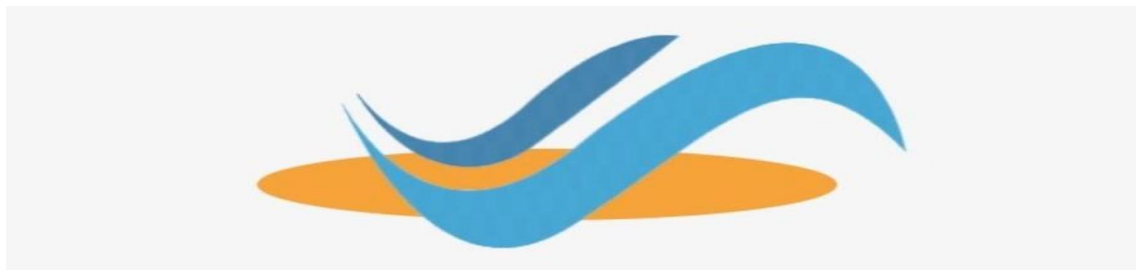
# Spolufinancováno Evropskou unií

## ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA PROJEKTU

**Název projektu:** Včasná a komplexní krizová pomoc dětem a adolescentům

**Realizátor:** Nákel s.r.o.

**Doba realizace:** 6/2023 – 5/2024



### Úvod:

Centrum Nákel poskytuje komplexní krizové, psychologické, psychoterapeutické a psychiatrické služby klientům z cílové skupiny 12–26 let. Hlavní oblastí, kterou jsme se v rámci projektu zabývali je nárůst psychických

problémů u dětí a adolescentů a s nimi souvisejících negativních dopadů do různých oblastí jejich života. Naší ambicí bylo vytvoření vhodné služby, která bude zohledňovat následující principy – **včasnost, komplexnost, multidisciplinaritu a týmovost**. V rámci projektu jsme se zaměřili na následující oblasti:

- 1) porozumění potřebám naší cílové skupiny (klientů a jejich blízkých). Vymezili jsme si 3 hlavní oblasti zájmu.
- 2) testování nových postupů a jejich případné zavedení do praxe
- 3) propojování služeb s jinými poskytovateli a podpora vzájemné spolupráce

## Přehled aktivit v průběhu projektu

### 1. Porozumění potřebám cílové skupiny

V rámci této aktivity jsme nastavili sběr dat na několika úrovních. Zajímalo nás zejména:

#### 1.1. Co od nás naši klienti očekávají?

O d července 2023 do února 2024 proběhlo 54 individuálních empatických rozhovorů a dvě skupinová setkání. Cílem bylo pochopení očekávání klientů a jejich blízkých, zjištění, co skutečně potřebují a získání reflexe na nabízené služby a činnost našeho centra. Rozhovory byly polostrukturované, jeden trval cca. 45 minut (struktura rozhovoru viz. Příloha). Převážně jsme se setkávali s ochotou oslovených ke sdílení svých názorů. Proběhly také 2 skupinová setkání s blízkými klientů, kterých se celkem zúčastnilo 12 rodičů. Výstupy vyplývající z rozhovorů a skupinových setkání byly velmi podobné a opakující se. Zjištění z rozhovorů nám v úvodu pomohla s nastavením procesu přijetí (jedna ze zavedených změn popsána níže) a také nás motivovala k větší spolupráci s blízkými, která vyústila ve standardní součást našich služeb a sice zavedení podpůrného edukačního rozhovoru s blízkými (opět popsáno níže v kapitole týkající se zavádění změn). V rozhovorech, které probíhaly v roce 2024 jsme si pak, mimo jiné, ověřovali, jak jsou zavedené postupy klienty a jejich blízkými vnímány. Důležitým výstupem rozhovorů bylo i potvrzení smysluplnosti našich úvodních principů, zejména potřeba včasnosti a týmovosti. To nás motivovalo a neustále motivuje k tomu udržet dobrou průchodnost služeb a nedopustit prodlužování čekacích dob na první setkání.

#### Souhrn klíčových zjištění:

Klientům i rodičům velmi vyhovuje mít veškerou péči "**pod jednou střechou**". To, že hledají psychologa a poté následně psychiatra vnímají jako komplikaci, která prodlužuje jejich nejistotu a vyčerpává je.

Klíčovým faktorem je **časová dostupnost** pomoci. Za rychlou reakci považují zajištění první konzultace do 14 dnů, čekání déle než 1 měsíc je pro rodiny velmi stresující.

Kladně je hodnocena **organizace přijetí**. To, že jsou do něj zapojeni 3 různí odborníci působí zejména na rodiče profesionálně, nabývají dojem, že je k pomoci přistupováno zodpovědně a komplexně. Vedle toho oceňují, že i jako **rodiče mají možnost konzultace** a získávají potřebnou podporu. Je pro ně skvělé, že jsou v den vyšetření seznámeni s návrhem terapeutického plánu.

Klienti i rodiče často udávají **obtížnou orientaci v systému péče**. Zjistit, jaké organizace existují a jaké spektrum služeb poskytují stojí mnoho času. Přivítali by existenci jednoho místa, kde už by je dále nasměrovali a pomohli jim s dalším hledáním.

Někteří klienti oceňovali, že se **nekladl důraz na stanovení dg.**, ale že se pracovník centra soustředí na aktuální potíže.

Rodiče často popisovali strach a nejistotu, zdali nakonec bude jejich dítě do centra přijato, obávali se dalšího kola hledání pomoci.

Z rozhovorů dále vyplývá důležitost celkového vyznění prostředí, kde se pomoc odehrává. Často oceňovali civilnost centra, barevnost a příjemnou atmosféru, která v nich podporuje pocit bezpečí. Stejně tak důležitý je

přístup personálu. Zejména první setkání je plné očekávání a velkých emocí a **první kontakt vnímají jako zcela zásadní** pro další spolupráci.

## 1.2. Kdo naše služby vyhledává?

Sbírali jsme data charakterizující naši cílovou skupinu, abychom měli jasnou představu o tom, kdo naše služby primárně vyhledává. Zajímali nás věk, důvod vyhledání pomoci, rodinná situace, orientace v systému služeb a další relevantní informace.

K 31.5. jsme nasbírali anamnestická data od 452 klientů. Získali jsme tak obecný přehled o naší cílové skupině. Je to důležité pro plánování dalšího rozvoje našich služeb a také pro hlubší porozumění některých souvislostí. (anamnestický dotazník viz Příloha)

### Shrnutí nejdůležitějších informací:

Ze získaných dat vyplývá, že v naší cílové skupině dominují dívky (67 %). Nejvíce klientů je z věkové skupiny 12-15 let (téměř 48 %), z věkové skupiny 16-18 (33 %) a 19-26 (18 %).

Co se týče rodinné situace, více než 45 % klientů je z neúplných rodin (došlo k rozvodu, nebo manželé žijí odloučení). Ekonomickou situaci hodnotili rodiny převážně jako uspokojivou či spíše uspokojivou (89 %). Převažující vzdělání rodičů bylo středoškolské (ženy – 55 %, muži – 50 %) či vysokoškolské (ženy – 33 %, muži – 30 %). Většina klientů (76 %) má jednoho či více sourozenců.

Téměř 40 % klientů bylo mimopražských. 34 % našich klientů přichází bez jakéhokoliv doporučení. Doba od objevení psychických problémů do získání pomoci je velmi dlouhá. Déle než 9 měsíců hledalo potřebnou pomoc více než 48 % našich klientů. **Pouze 8 % klientů získalo potřebnou pomoc do 1 měsíce.**

Nejčastější potíže, kvůli kterým klienti vyhledali naše centrum byly úzkosti (26 %), sebepoškozování (18 %), výkyvy nálad (9 %), obtížné rodinné vztahy (7 %). 9 % klientů přišlo v riziku sebevražedného jednání.

Vedle výše uvedeného jsme získali další doplňková data např. o tom, jakým zájmovým činnostem se naši klienti věnují, o užívání léčiv, zneužívání toxických látek a předchozích zkušenostech s odbornou pomocí. Důležité jsou pro nás i informace poukazující na rychlost reakce našeho centra. **Do 14 dnů od zavolání získalo pomoc v našem centru 81 % klientů, o týden déle čekalo 14 %.** Ostatní získali pomoc, max. do jednoho měsíce.

## 1.3. Jsou námi poskytované služby efektivní?

Zavedli jsme systém klinického hodnocení stavu klientů při vstupu a při výstupu ze služby tak, abychom zjistili jsou-li poskytované intervence efektivní.

Během projektu jsme používali sebesposuzující škálu Child Depressive Inventory (CDI). CDI slouží k orientačnímu posouzení závažnosti klientova stavu, k orientačnímu hodnocení suicidality a k posouzení dalších psychických symptomů. Z hlediska diagnostického má význam hlavně u depresivních poruch, v subškálách však zachycuje širší spektrum obtíží. Jsou však diagnostické okruhy, u kterých nemusí mít přílišnou validitu, obecně má orientační význam cca u 90 % našich klientů, kteří vykazují úzkostné nebo depresivní symptomy. Používáme ji vždy u příjmu a při propuštění z péče. Z praktických důvodů jsme si nechali vytvořit jednoduchou aplikaci na tabletu, což klientům usnadňuje její vyplnění. Zároveň vznikla webová aplikace, kam jsou veškerá data přenášena k pozdějšímu zpracování. Obdobným způsobem jsme pak postupovali s nástrojem Beck Depressive Inventory (BDI), který používáme u klientů nad 18 let. (ukázky nástrojů CDI a BDI viz Příloha)

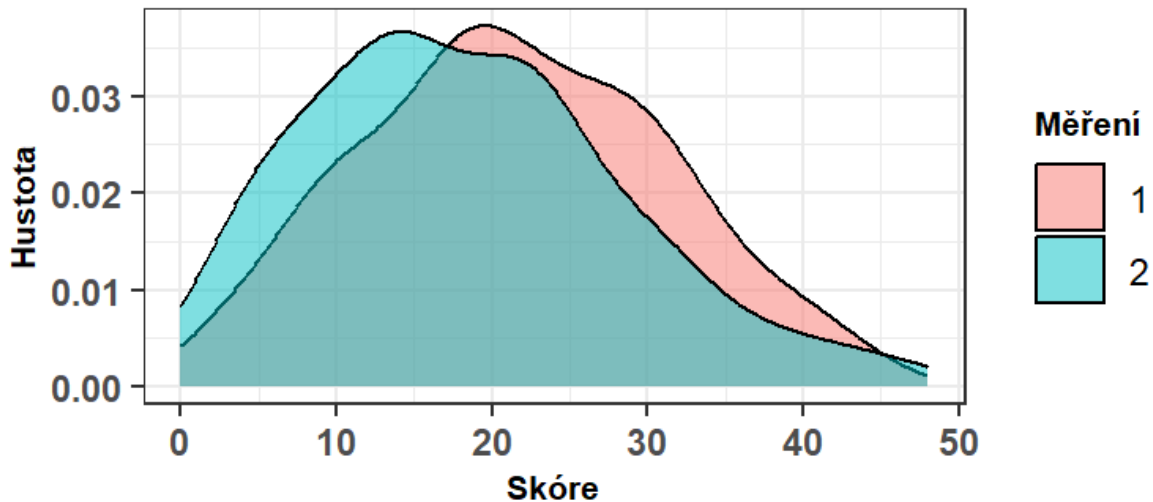
### Stručný přehled výstupů klinické efektivity

#### **Child Depressive Inventory**

Nasbírali jsme data (vyplněné CDI dotazníky) od 614 přijatých a propuštěných klientů (412 žen a 192 mužů). Ta jsme následně vyhodnotili s těmito výstupy:

Měřením dle Welchova párového t-testu jsme prokázali statisticky významný rozdíl mezi hodnotou při příjmu a při propuštění z péče ( $p=0,008231$ , Welchův párový test, Cohenovo  $d=0,33$ ). viz graf níže (čím větší posun zelené části doleva, tím větší ústup symptomů).

### Porovnání hustoty Skórů CDI podle měření

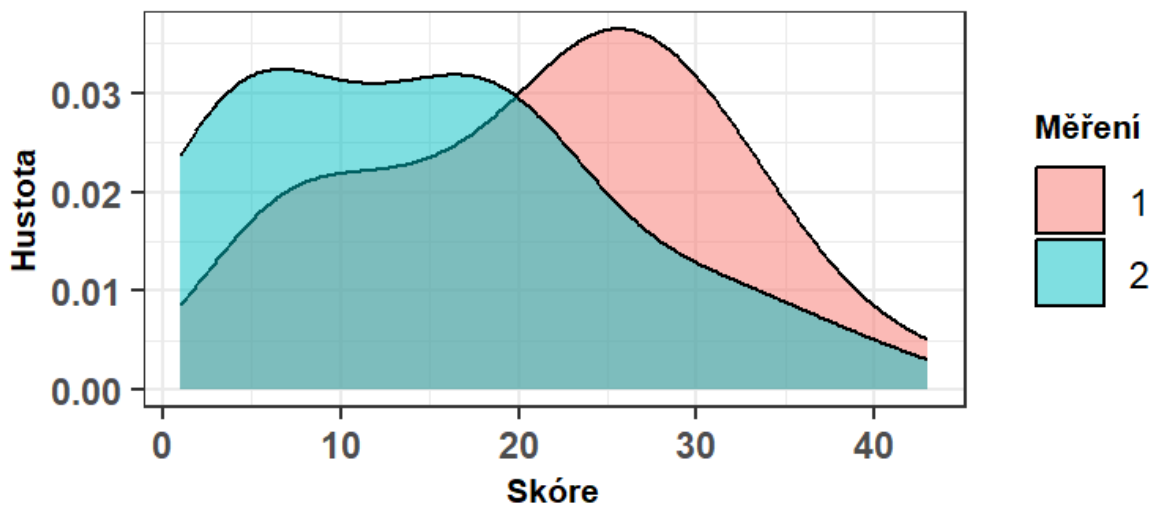


Data získaná při propuštění ukazovala ústup potíží v oblasti špatné nálady, interpersonálních vztahů a anhedonie.

### Beck Depressive Inventory

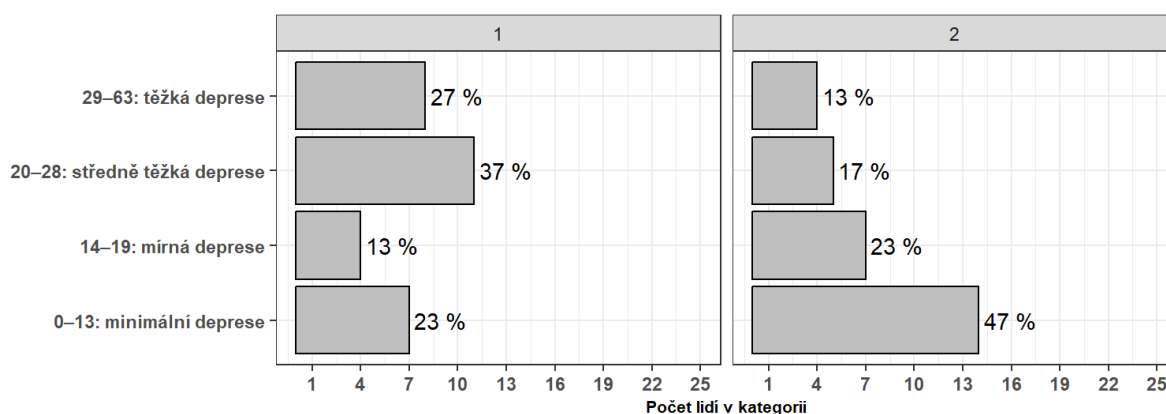
Celkem jsme získali 157 vyplněných dotazníků BDI (103 žen a 54 mužů). Měřením dle Welchova párového t-testu jsme prokázali statisticky významný rozdíl mezi hodnotou při příjmu a při propuštění z péče ( $p=0,01532$ )

### Porovnání hustoty Skórů bdi podle měření



Z hlediska závažnosti deprese se výskyt závažnějších forem (těžká, středně těžká deprese) snížil přibližně o polovinu, viz graf níže:

Graf: Porovnání počtu klientů v kategoriích deprese v 1. a 2. měření (vstup, výstup)



V grafu je patrný výrazný ústup příznaků těžké a středně těžké deprese.

U obou dotazníků jde o statisticky významný rozdíl ve snížení symptomů duševních onemocnění mezi příjmovým a propouštěcím testováním, což prokazuje efektivitu poskytovaných intervencí.

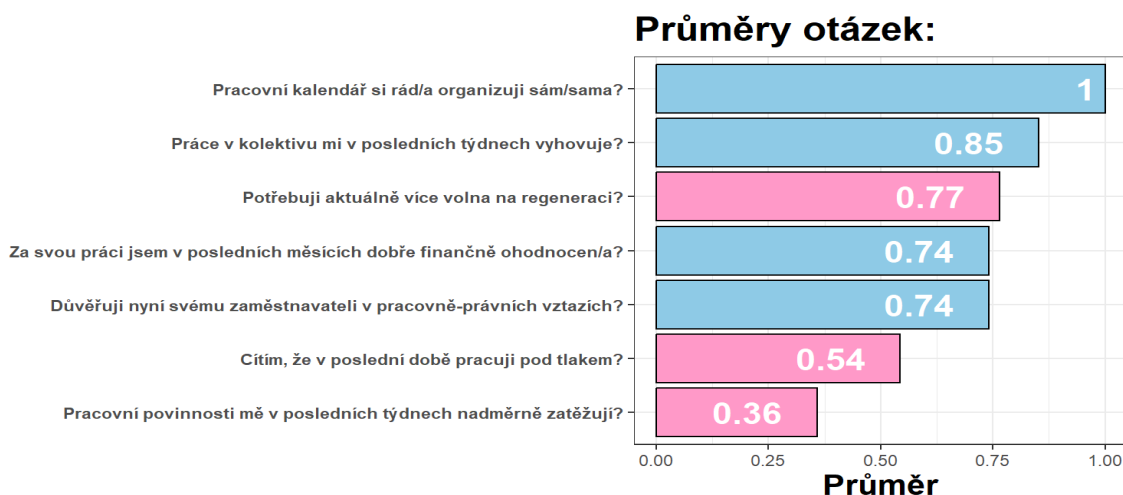
#### 1.4. Syndrom vyhoření v týmu

Vedle výše uvedeného jsme průběžně sledovali riziko vyhoření uvnitř multidisciplinárního týmu, jelikož zátěž pracovníků je poměrně značná. Dobrá atmosféra v týmu je klíčová pro poskytování kvalitních a efektivních služeb. Již od počátku jsme organizovali služby s důrazem na multidisciplinaritu a týmovost. Nejen proto, že je to efektivní ve vztahu ke klientům, ale také jako ochranu a zvyšování odolnosti jednotlivých členů týmu.

Zaměstnanci vyplňují každý měsíc 2 dotazníky; první z nich je zaměřen na spokojenost v pracovní oblasti a na obecné zatížení v práci, druhý je modifikovaný Freudenbergův dotazník, zkoumající míru syndromu vyhoření. Vyhodnotili jsme data za období září 2023–květen 2024.

#### Souhrn některých dat

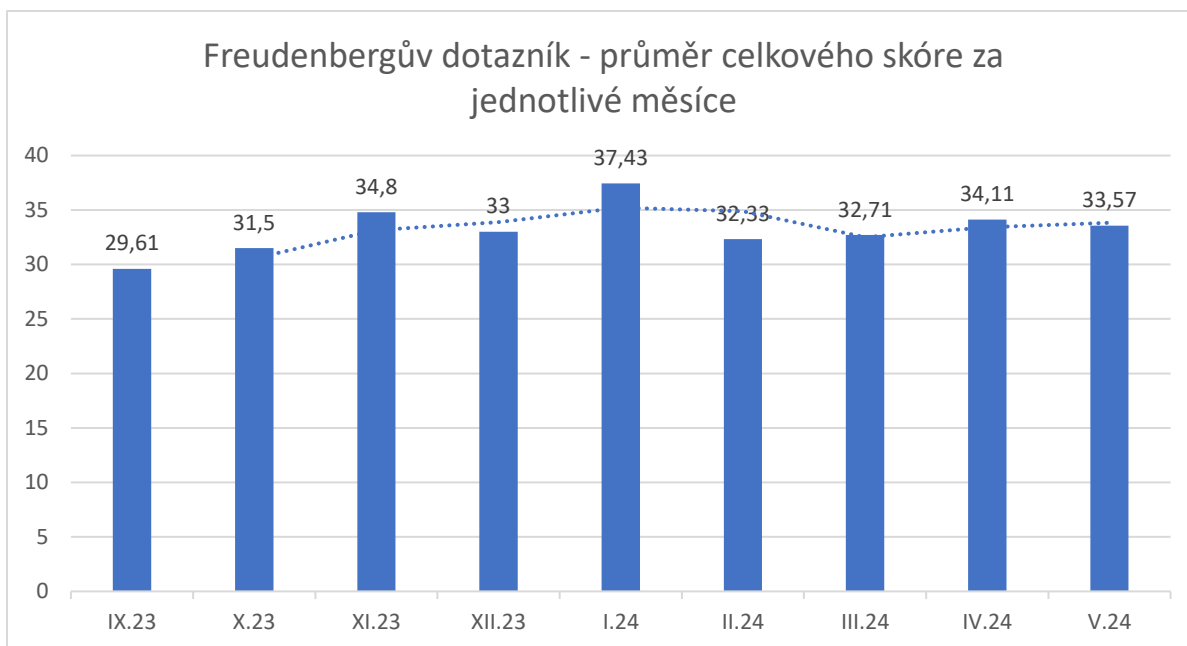
V tabulce níže jsou výsledky dotazníku spokojenosti za celé období. (modrý sloupec vyjadřuje otázky s pozitivní významem, červené sloupce označují otázky s negativním významem)



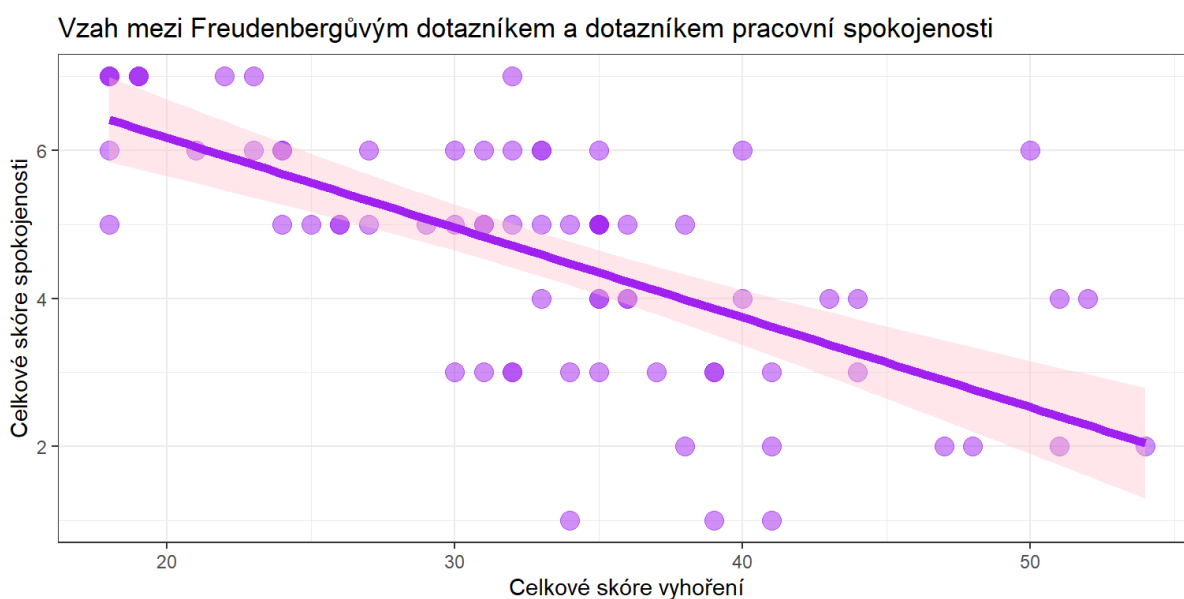
Následující tabulka ukazuje celkové skóre týmu v jednotlivých měsících

Jednotlivé kategorie:

0-25 bodů	daří se mi dobře
26-35 bodů	jsou některé věci, které byste si měli pohlídat
36-50 bodů	jste kandidátem na vyhoření
51-65 bodů	vyhořeli jste
více než 65 bodů	vaše situace je kritická a vše zdraví vážně ohroženo



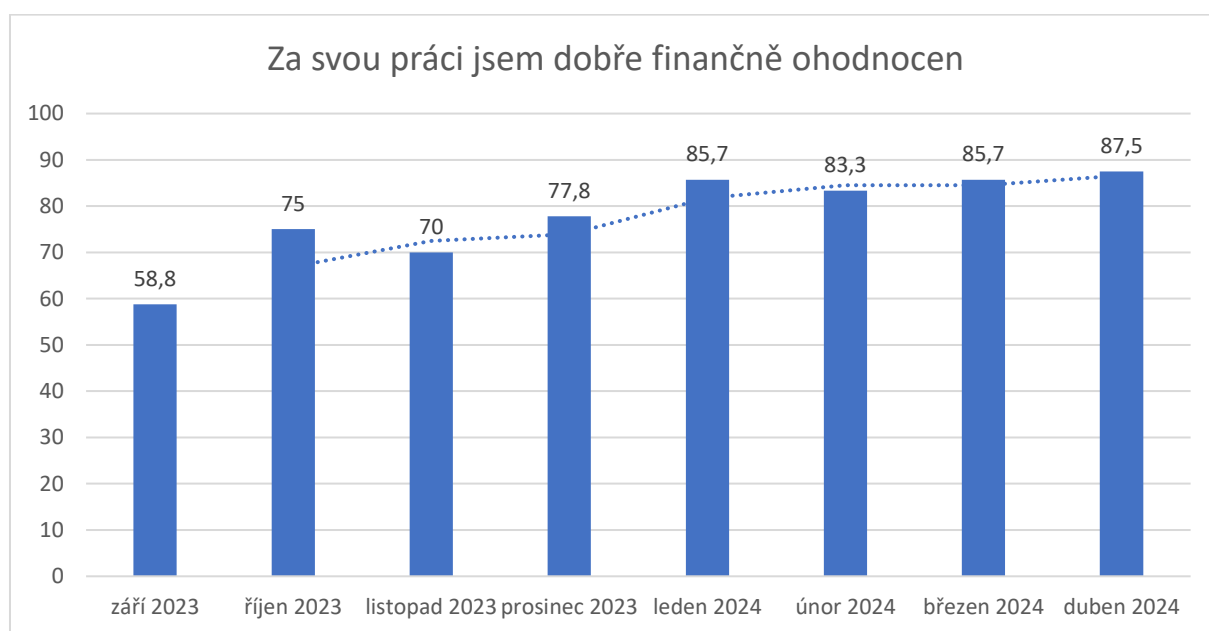
Lze též zkoumat vztah mezi spokojeností zaměstnanců a mírou vyhoření:



Pearsonův koeficient je v tomto případě -0,66, tzn. že míra syndromu vyhoření je nepřímo závislá na spokojenosti zaměstnanců cca ze 2/3.

Freudenbergův dotazník měří míru syndromu vyhoření. Dotazník jsme modifikovali pro naše účely. Zaměstnanci se sami testují každý měsíc a výsledky jim podávají zpětnou vazbu o jejich pracovním vytížení a vlivu na psychickou a fyzickou kondici. V případě negativních výsledků mají možnost požádat o opatření stran managementu, které by vedly ke korekci zátěže – např. snížením počtu příjmů týdně, snížením celkového počtu klientů v péči.

Testování je důležitou zpětnou vazbou i pro management, v průběhu sledování došlo i k úpravě odměňování zaměstnanců od ledna 2024, po němž se zvýšila spokojenost a v důsledku toho i snížilo riziko vyhoření (viz Pearsonův koeficient) – následující graf; pracovníci mají možnost kromě supervize týmu využít též individuálních supervizí a mentoringu; aktuálně též na základě poptávky členů týmu, hledáme fyzioterapeuta, který bude zaměstnancům k dispozici. (používaný hodnotící nástroj viz Příloha)



## 2. Testování nových postupů

Během projektu jsme zkoušeli nové přístupy ke klientům a testovali jiné způsoby organizace služeb, aby co nejvíce reagovaly na potřeby cílové skupiny.

Testovali jsme následující intervence:

- 1) Nový proces přijímání klientů do centra (schéma procesu viz Příloha)
- 2) Implementace podpůrného rozhovoru s rodiči do péče o klienty
- 3) Zavádění skupinových aktivit jako reakce na nedostatek návazných služeb
- 4) Podpora pomocí vzdálené intervence prostřednictvím telefonických kontaktů nebo intervencí v přirozeném prostředí klientů

Do praxe jsme nakonec zavedli postupy, které se nejvíce osvědčily, a které naši klienti a jejich blízcí hodnotili jako přínosné. Jedná se o tyto postupy:

### 2.1. Nový proces přijímání klientů do centra

#### Původní stav

Klienti a jejich rodiny, u kterých se objevily psychické potíže nebo se ocitli v krizovém stavu čekali dlouhou dobu na ošetření v ambulantní péči. Vytvořili jsme proto službu s ambicí přijmout každého v systému nezachyceného

klienta v blízké budoucnosti od kontaktu, tedy v rozmezí 1-3 týdnů. S tím se však pojila i potřeba vytvořit procesy, které na jedné straně umožní neustálé přijímání nových klientů, na druhé straně ale zajistí i potřebnou průchodnost službou.

V začátcích vypadal proces přijetí tak, že klient přes kontakt na recepci dostal termín u psychologa. Ten udělal vstupní zhodnocení a v případě akutního stavu vyžadujícího psychiatrickou intervenci objednal klienta k našemu internímu psychiatrovi. Na poradě následující den pak o případu poreferoval.

Původní proces vyvolával zmatky na straně personálu, ale i klientů, protože každý klient byl jiný a potřeboval jinou míru intervencí. Záhy se ukázala potřeba větší struktury „cesty klienta“ zařízením, včetně potřeby konzultace psychologa s psychiatrem bezprostředně po vyšetření a dále pak potřeba zapojení psychiatrické sestry přímo do procesu vyšetření.

## Cíle

Zorganizovat vstup klienta do služby tak, aby bylo do hodnocení stavu klienta zapojeno více odborností a byl zajištěn multidisciplinární přístup. Proces přijetí by dále měl zajistit, aby přijímající pracovník dostal dostatečnou podporu od týmu a nezůstával na rozhodování o dalším postupu sám. Další snahou bylo organizovat příjmy v určité době tak, aby zbytek provozní doby mohl být věnován plánované a dlouhodobější péči.

## Realizované řešení

1) Pevná struktura příjmů: Klient nebo jeho zástupce kontaktuje recepci, kde dostane nejbližší možný termín. Termíny pro nové klienty jsou pevně stanoveny – všední dny, vždy v 8.15 hod. (2 klienti) a 10.00 hod. (2 klienti). Denně mohou být přijati do služby 4 noví klienti.

2) Proces:

a) V čekárně přivítá klienta recepční, poskytne mu tablet a požádá o vyplnění sebesposuzovacího dotazníku zaměřeného na detekci různých psychických potíží.

b) Po 15 ti minutách si klienta bere na psychologické vyšetření psycholog. Doprovází-li klienta blízká osoba, je setkání nejprve společné (cca 10-20 min.), poté si rodiče přebírá psychiatrická sestra. Ta s rodiči vede podpůrně edukační rozhovor a doplňuje potřebná anamnestická data.

c) Po 60 minutách od začátku vyšetření se schází psycholog, sestra a psychiatr ke společné týmové poradě. Na té sdílí potřebné informace, společně hledají diagnostický závěr a diskutují vhodný postup léčby.

d) Po skončení porady se psycholog vrací za klientem a jeho doprovodem, provádí edukaci ohledně aktuálního stavu a navrhuje léčebný plán.

V případě akutního stavu a indikace psychiatrického vyšetření je psychiatr po společné poradě připraven převzít si pacienta do péče. Větší část klientů však zůstává v péči psychologa.

## Přínosy

1) na straně klienta

Při první návštěvě se klientovi dostane multidisciplinární péče (psycholog, sestra, psychiatr) a tedy komplexního posouzení jeho zdravotního stavu, včetně akutního ošetření a následného doporučení.

Klienti tento způsob vítají, pozitivně vnímají jasnou strukturu přijetí a komplexní přístup zajištěný více odbornostmi.

2) na straně personálu

Multidisciplinarita je zásadní pro minimalizaci chybovosti na straně odborníků. Možnost bezprostředně sdílet situaci vede nejen k větší profesionalitě, ale snižuje i míru ohrožení syndromem vyhoření a psychického přetížení personálu. Dále tento jasný systém postupných kroků s dodržováním jasně určených časových rámců vede k větší přehlednosti, struktuře a nezatěžuje tolik jednotlivce jako takového.



Personál oceňuje zachování týmového přístupu, možnost sdílet složité příběhy s kolegy a vědomí, že v tom není s klientem sám. To by se dle našich předpokladů mělo pozitivně promítat do snižování rizika rychlého vyhoření v práci s touto náročnou cílovou skupinou.

### **Nevýhody**

Z hlediska profesionálního neshledáváme na tomto systému nic negativního a zatím se těšíme pouze z přínosů. Nastavený systém klade vysoké nároky na personál zejména s ohledem na dodržování struktury a časových hranic. Tyto nároky jsou ale dobrou investicí, protože výhody jednoznačně převažují, z krátkodobého, ale zejména z dlouhodobého hlediska. Jisté nevýhody jsou v oblasti finanční, protože existující systém úhrad v ambulantní sféře nepočítá s financováním multidisciplinárního přístupu – porada multidisciplinárního týmu tzn. čas, který není tráven přímo s klientem, není hrazen ze zdravotního pojištění.

## **2.2. Testování podpůrného rozhovoru s rodiči.**

### **Původní situace**

Nedílnou součástí péče o děti je také kontakt s jejich rodiči/blízkými. Většina klientů přichází do našeho centra v doprovodu blízké osoby. Často jsou to rodiče, kteří vyhledávají pomoc pro své dítě, kontaktují centrum a objednávají je k prvnímu vyšetření. Běžnou praxí bylo, že se při prvním setkání sešel psycholog s klientem a doprovázející osobou najednou a po určitém čase požádal rodiče, aby je nechal s klientem o samotě. Rodič poté seděl v čekárně a čekal na konec sezení. Na závěr pak ještě obdržel rychlou informaci o dalším postupu a termín dalšího setkání. Nebyl dostatek času na předání podrobných informací o organizaci a průběhu terapie, rodiče často očekávali více informací, potřebovali se uklidnit a zorientovat v nastalé situaci. Nevznikl ani prostor na získání hlubších a detailnějších informací o životě v rodině, anamnéze, historii potíží apod.

### **Cíl**

Zorganizovat příjem klienta do péče tak, aby vznikl prostor pro získání důležitých informací od rodičů a zároveň prostor pro potřebnou terapeutickou podporu rodičů.

### **Realizované řešení**

U každého nového klienta, který přichází v doprovodu rodiče, jsme vytvořili prostor pro rozhovor rodiče s psychiatrickou sestrou. Je to prostor, kde mohou rodiče hovořit bez přítomnosti dětí, mohou sdílet více informací, doplňují anamnestické údaje dětí a zároveň získají potřebnou podporu a informace o průběhu služby. V praxi to funguje tak, že prvních 10-20 minut stráví klient s rodičem společně s psychologem. Následně si rodiče odvádí psychiatrická sestra, která má cca. 50 minut na edukačně – podpůrný rozhovor. Jeho součástí je získání strukturované anamnézy, včetně názoru rodiče na problémy dítěte a jejich dopady na rodinné soužití, edukace zaměřená na průběh terapie a organizaci služeb v našem centru.

### **Přínosy**

- získání komplexnějších a ucelených informací o situaci v rodině, vzniku potíží z pohledu rodiče
- zmapování hlavních potřeb a očekávání rodičů
- rodiče mají prostor vyjádřit své obavy, položit otázky, zorientovat se v situaci, zklidnit se
- dle rodičů je velkou výhodou navození přátelské atmosféry, možnost sdělení citlivých informací bez přítomnosti dětí, zjištění informací o našich službách a větší pochopení krizové situace
- dle pracovníků centra mohou tyto rozhovory podpořit vzájemnou spolupráci s rodinou a rozptýlit úvodní obavy

### **Nevýhody**

- velká časová náročnost a zvýšená administrativa spojená se záznamem výstupů rozhovoru
- nejasnosti a rozpory vznikající mezi tím, co sděluje klient a co jeho rodič

## 2.3. Zavádění skupinových aktivit

### Původní situace

V rámci centra jsme dlouhodobě poskytovali převážně individuální terapie vycházející z nastaveného plánu péče šitého klientům na míru. Po zvládnutí akutní situace jsme měli představu, že klienty rychle předáme do péče rodičů či navážeme na návazné služby a zachováme si tak dostatečnou prostupnost služeb, která je pro naši cílovou skupinu zcela zásadní. Záhy jsme však začali narážet na nedostatek služeb, zdravotních i sociálních a jejich neochotu klienty do péče přebírat. Předávání klientů do dalších služeb konzumovalo velkou část kapacit našich pracovníků, kteří ve snaze nepřerušit potřebnou podporu udržovali s klienty pravidelný kontakt.

### Cíl

Vytvořit skupinové terapeutické aktivity, které saturují potřebnou podporu klientů čekajících na předání do dalších služeb.

### Realizované řešení

Byly vytvořeny dvě terapeutické skupiny s různým zaměřením. Hlavním záměrem bylo udržení pravidelného kontaktu s klienty, které potřebujeme více sledovat a není dostupná kapacita pro individuální terapie. Jejich zřízením jsme uvolnili kapacitu psychologů. Jedná se o otevřené skupiny.

Ranní skupinové setkání: určeno pro klienty vypadávající z denního režimu bez omezení věkem. Cílovou skupinou jsou klienti, kteří aktuálně nevládnou docházet do školy/práce. Cílem je podpora zachování běžných návyků a udržování strukturovaného dne, včetně potřebné psychické podpory.

Odpolední skupinové setkání: určeno pro klienty selhávající v sociálním kontaktu. V rámci skupiny zažívají mluvení před druhými lidmi, společně hrají hry, zkouší tvoření, práci v týmu nebo ve dvojicích. Jde zejména o vzájemné sdílení a nácvik aktivního trávení volného času.

### Přínosy

- Udržení kontaktu s klienty
- Vytvoření prostoru pro vzájemné sdílení mezi klienty
- Podpora v udržení strukturovaných aktivit pro klienty
- Uvolnění pracovní kapacity psychologů

## 2.4. Podpora pomocí vzdálené intervence

Během projektu jsme testovali různé formy vzdálené podpory a zjišťovali, jak jsou klienty a jejich blízkými přijímány. Vycházeli jsme zejména ze svých zkušeností a částečně i z empatických rozhovorů. Náš předpoklad byl takový, že možnost nějaké formy kontaktu nad rámec osobních schůzek může být klienty a jejich blízkými vnímána jako potřebná. Nabízeli jsme tři rozdílné formy kontaktu, a to telefonní kontakt pracovníka centra s klientem za účelem podpory a zhodnocení aktuální situace, obdobný kontakt prostřednictvím online setkání, anebo také fyzickou návštěvu pracovníka v domácím prostředí za účelem pomoci při řešení některých záležitostí ve škole, na úřadě apod. Vždy jsme se snažili zachytit důvody vzdálené podpory a také reakce jejich příjemců, abychom v budoucnu věděli, jaký typ intervencí má smysl dále rozvíjet.

Nejčastější důvody využití vzdálené podpory lze rozdělit do několika kategorií:

- a) Zhoršení stavu klienta a s ním související potřeba podpory či rady od pracovníka centra
- b) Potřeba sdílet aktuální stav klienta a jeho změny
- c) Konzultace blízkých osob – jak postupovat v určitých situacích, jak upravovat léky apod.

Klienti a blízcí preferovali převážně telefonický kontakt, který představoval 72 % všech poskytnutých vzdálených intervencí. V drtivé většině případů šlo o telefonát s psychologem/psychoterapeutem klienta. Přínosy vzdálené intervence spočívaly zejména ve zklidnění rodičů, pomoci jim se zorientovat v situaci, sdílet své obavy.

Rodiče nejčastěji popisovali úlevu, oceňovali možnost sdílení s profesionálem. Na základě testování se jeví z metod vzdálené podpory v našem centru jako nejpřínosnější možnost telefonických hovorů, a to zejména s rodiči klientů, kteří jsou v nestabilním stavu. Rodiče těchto klientů potřebují vyšší míru podpory a dostupnost konzultace jim velmi pomáhá. Jiné formy vzdálené podpory se v průběhu testování příliš neujaly. Rodiče se obávaly přílišné vazby na centrum a ztráty samostatnosti, svou roli hráli i časové možnosti klientů. Ukazuje se, že pravidelný minimálně 1 x týdní kontakt s pracovníkem centra většinou klientů a jejich rodin postačí pro zvládnutí krizové situace.

Vedle výše uvedených postupů, které jsme vtělili do chodu našeho zařízení jsme testovali i jiné postupy, které se neukázaly jako přínosné. K těm patří např. možnost podpory klientů v přirozeném prostředí. Potřeba tohoto druhu intervence se ukázala jako minimální, a přestože byla nabízena, klienti a rodiče ji nevyužívali a z nabízené vzdálené podpory spíše volili možnost telefonického kontaktu.

## **2.5. Testování webových stránek**

Ve spolupráci s našimi klienty a jejich blízkými jsme navrhli zcela nový design, strukturu i obsah našich webových stránek tak, aby byly přehlednější a více odpovídali potřebám našich klientů (stránky jsou nyní krátce před spuštěním). Součástí empatických rozhovorů i fokus group byly vždy i otázky týkající se webových stránek. Překvapivě pro nás velká část klientů hodnotila obsah webových stránek jako dostatečný. Objevily se výhrady k atraktivitě stránek, absenci informací o jednotlivých členech týmu a také nejasnosti, jaké služby jsou v centru vlastně poskytovány. Získané informace nás vedly k rozhodnutí, že chceme vytvořit pouze jednoduché webové stránky, které dobře zaujmou a budou obsahovat základní informace. Mělo by jít pouze o jakousi vstupní bránu do služby, ve které se návštěvník snadno zorientuje. S klienty a zejména jejich blízkými jsme nahodile diskutovali grafické návrhy a rozložení stránek zpracované webmasterem. K výsledné podobě stránek se vyjádřilo na 20 našich klientů. Je však třeba konstatovat, že webovým stránkám většina nepřikládala takový význam, jaký jsme očekávali. Řada rodičů byla spokojena s telefonním číslem a informacemi z recepce. Výsledné stránky jsou k náhledu na [www.nakel.cz](http://www.nakel.cz)

## **3) Propojování služeb s jinými poskytovateli**

Součástí projektových aktivit bylo také síťování. Aktivně jsme vyhledávali a oslovovali relevantní partnery vhodné ke spolupráci zejména z řad sociálních a zdravotních služeb. Vytvořili jsme si přehled organizací, kontaktních osob, zmapovali si nabídku jejich služeb a také ochotu a kapacitu ke vzájemné spolupráci. Zorganizovali jsme den otevřených dveří, kterého se zúčastnilo přes 40 zástupců nejrůznějších organizací. Představili jsme služby centra Nákel a diskutovali možnosti spolupráce.

### Aktivity v rámci síťování přehledně

Bylo osloveno (telefonicky či osobně) 52 poskytovatelů zdravotních i sociálních služeb. V rámci kontaktu bylo zmapováno spektrum nabízených služeb a ochota/kapacita přijímat nové klienty.

Vytvořili jsme si přehlednou databázi poskytovatelů s odkazy na jejich kontaktní osoby, která je kdykoliv k dispozici všem členům týmu. Pro naši službu je klíčové rychlé předání klientů do návazných služeb po zvládnutí krizové situace. K tomu je zapotřebí mít informace o aktuální kapacitě různých poskytovatelů.

V rámci projektu se nám nepodařilo nastavit nějaké systémové řešení, na základě, kterého bychom byli schopni sdílet vzájemnou volnou kapacitu v jednotlivých službách. To bylo způsobeno zejména nedostatkem kapacit na straně našich partnerů. Osobní schůzky a hledání optimálních řešení je časově náročné. Většina oslovených služeb pracovala na hraně svých kapacit a nebyly příliš ochotni věnovat další čas a energii k hledání vzájemné spolupráce.

## **Závěrečné shrnutí**

## Co jsme se v rámci projektu naučili?

V rámci krátkého projektového záměru při podávání žádosti o projekt jsme si kladli několik otázek. Na některé z nich jsme v inkubační fázi projektu našli odpovědi.

### - **Jak organizovat včasné služby pro osoby v krizi v této věkové skupině?**

Zcela jsme změnil přístup k příjmu nových klientů do služby. Testovali jsme různé cesty a nakonec zavedli proces, který oceňovali naši klienti a vyhovoval i členům týmu. V rámci přijetí řeší daný případ 3 odbornosti, případ se řeší týmově, vždy jsou zahrnuti rodiče a klient odchází s konkrétním návrhem intervencí na následující období.

### - **Jak zbytečně nepsychiatrizarovat některé problémy související s dospíváním?**

Jednou z hodnot prosazovaných v týmu je snaha vyvarovat se zbytečné psychiatrizaci problémů, které se u dětí a adolescentů objevují. To, že se to daří dokazuje i skutečnost, že psychiatr byl volán pouze k 53 % případů.

### - **Jak organizovat služby, aby byl psychiatr efektivně využíván jen jako konzultant volaný v případě nutnosti, nikoliv jako odbornost, přes kterou prochází všichni klienti?**

Těžiště péče jsme postavili na psychologickém a psychoterapeutickém přístupu. Klient a jeho blízcí se primárně setkávají s psychologem a psychiatrickou sestrou. Psychiatr je zapojován pouze v naléhavých případech. Za období 6/2023–5/2024 poskytlo centrum Nákel pomoc 1 135 klientům. Konzultace psychiatra byla vyžádána u 604 klientů (53 %).

### - **Jak efektivně zapojit psychiatrickou sestru do krizových služeb a jak nastavit možnou terénní práci s podporou v domácím prostředí?**

Přítomnost psychiatrické sestry se ukázala jako klíčová v procesu přijímání klientů do služby. Pohled z jiné perspektivy je velmi užitečný a přínosný. Psychiatrická sestra pak zajišťuje velkou část služeb a podpory směrem k blízkým klientů. Je důležitým koterapeutem v rámci skupinových aktivit a také nejflexibilnějším členem týmu směrem k možným intervencím v přirozeném prostředí klientů (i když se intervence v přirozeném prostředí ukázaly jako málo žádané, v jednotlivých případech se však velmi osvědčily).

### - **Jak do služeb zahrnout sociální práci, abychom situaci rodin mohli řešit komplexně?**

Uvědomili jsme si, jak nutné je mít speciálně vyčleněného pracovníka zajišťujícího propojování s dalšími službami. V rámci projektu jsme tyto aktivity nechaly na pracovnících centra, což pro ně bylo velmi zatěžující, zejména z důvodu naplněné kapacity návazných služeb. Zapojení samostatné odbornosti sociálního pracovníka by v této oblasti velmi pomohlo a mohlo by to uvolnit kapacity ostatních pracovníků centra pro příjem nových klientů.

### - **Jak zorganizovat týmovou práci, aby každý případ mohl být diskutován s různými odborníky s cílem najít ideální řešení?**

V rámci testování jsme nastavili proces, že každý případ je probírán minimálně ve tříčlenném týmu. To vede jednak ke komplexnějšímu pohledu na situaci klienta, zároveň je to zásadní ochranný prvek pro pracovníky centra, kteří se u emocionálně náročných nebo v akutních situacích nemusejí rozhodovat sami, ale mohou se opřít o tým spolupracovníků. To se opakovaně potvrdilo při sledování syndromu vyhoření v týmu. Práci v týmu byla vždy přisuzována vysoká pozitivní hodnota.

- **Jak zajistit udržitelné psychické zdraví týmu při práci s takto náročnou cílovou skupinou?**

V první řadě jsme se rozhodli sledovat situaci v týmu. Jelikož je zatížení zaměstnanců vysoké kvůli nárokům na vysoký obrat klientů, na diagnostiku i léčbu v poměrně krátkém čase, rozhodli jsme se sledovat spokojenost zaměstnanců a známky vyhoření u zaměstnanců. Zaměstnanci vyplňují 2 dotazníky; první z nich je zaměřen na spokojenost v pracovní oblasti a na obecné zatížení v práci, druhý je modifikovaný Freudenbergův dotazník, zkoumající míru syndromu vyhoření. Máme tak průběžně k dispozici data o aktuálním stavu v týmu. Individuální výsledky jsou zpětnou vazbou pro zaměstnance, kteří v případě přetížení mohou požádat vedoucí pracovníky o individualizované opatření. Systematickou podporou je průběžná individuální a týmová, organizujeme team buildingové aktivity a přemýšlíme o další možné podpoře.