

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Martin Malý

**Zavádění systému psychosociální intervenční služby pro
pracovníky zdravotnické záchranné služby**

**Implementation of Psychosocial Intervention Service for Emergency Medical
Services Personnel**

Diplomová práce

Praha 2012

Autor práce: **Martin Malý**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **2012**

Hodnocení:

Bibliografický záznam

MALÝ, Martin. *Zavádění systému psychosociální intervenční služby pro pracovníky zdravotnické záchranné služby*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Ústav sociologických studií, 2012. 162 s. včetně příloh. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá implementací Systému psychosociální intervenční služby (SPIS) do prostředí zdravotnické záchranné služby. Hlavním cílem této práce je analyzovat a identifikovat problémy a příčiny bránící implementaci SPIS. Dále analyzovat postoje, záměry a odpovědnost jednotlivých aktérů, kteří se na této implementaci přímo podílejí nebo jsou touto politikou dotčeni a také identifikovat použité veřejně politické nástroje, pomocí kterých je implementace realizována.

První část práce je zaměřena na stručný teoretický úvod zabývající se institucionální teorií, procesem implementace a nastíněním obsahu SPISu, kam patří zátěžové situace, jejich negativní důsledky, psychosociální intervenční péče a teorie Critical Incident Stress management (CISM) jako jedna z možných metod sloužící k eliminaci důsledků negativního stresu a traumat.

Hlavní analyticko-výzkumná část práce se snaží nalézt odpověď na otázky související s cílem práce, tedy jaké faktory ovlivňují implementaci, v jakém implementačním rámci se zavádění projektu odehrává, jaké interakce probíhají mezi jednotlivými aktéry a pomocí jakých implementačních nástrojů. Významnou součástí práce je i charakteristika povolání zaměstnance zdravotnické záchranné služby a znázornění negativních dopadů stresu na společnost.

Formou dotazníků a rozhovorů s vybranými aktéry byly také zjišťovány jejich aktuální názory a postoje i nejnovější metodické trendy v boji se stresem a traumatem. Získané

informace pak byly využity ke stanovení závěru, odpovědí na výzkumné otázky a vyústily v navrhovaná řešení.

Abstract

This thesis deals with the implementation of the Psychosocial Intervention Service System within the environment of the emergency medical services. The main objective of this thesis is to analyze and identify the problems and causes hindering the implementation of the Psychosocial Intervention Service System. In addition, the thesis analyzes the attitudes, intentions and responsibilities of the parties directly involved in the implementation or affected by this policy, and to identify the applied public policy instruments by which the implementation is realized.

The first section focuses on a brief theoretical introduction that deals with the institutional theory, the implementation process and the outlining of the content of the Psychosocial Intervention Service System, which includes stressful situations, their negative effects, psychosocial interventional care and the theory of Critical Incident Stress Management (CISM) as one of the possible methods used to eliminate the negative effects of stress and traumata.

The main analytical and research part of this thesis attempts at answering the questions related to the thesis objective, i.e. what factors affect the implementation, what framework applies to the implementation of the project, what interactions take place among the individual parties involved and through what implementation tools. An important part of the thesis is also the characteristics of the occupation of a paramedic and the representation of the negative effects of stress on society.

Questionnaires and interviews with selected participants were used to identify their current views and attitudes, together with the latest methodological trends in combating stress and trauma. The information obtained then served for the conclusion and an answer to the research questions, and resulted in the proposed solution.

Klíčová slova

Implementace, implementační deficit, stres, psychosociální interveční péče, Critical Incident Stress Management, zdravotnická záchranná služba,

Keywords

Implementation, implementation deficiency, stress, psychosocial interventional care, Critical Incident Stress Management, Emergency Medical Service,

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne

Martin Malý

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval MUDr. Petru Hávovi, CSc. za vedení této diplomové práce a za přínosné rady rozšiřující nejen kontext této práce a své rodině za trpělivost a podporu.

TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno diplomanta: Martin Malý

Jméno konzultanta: MUDr. Petr Háva, CSc.

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd
Institut sociologických studií
Katedra veřejné a sociální politiky

Rok zadání 2010

Předpokládaný název diplomové práce:

Zavádění systému psychosociální intervenční služby pro pracovníky zdravotnické záchranné služby

Jméno diplomanta: Martin Malý

Jméno konzultanta: MUDr. Petr Háva, CSc.

I. Vymezení předmětu zkoumání:

Kvalita lidských zdrojů je základním předpokladem pozitivního a efektivního vývoje v každém oboru lidské činnosti, což v rezortu zdravotnictví a konkrétně v systému zdravotnické záchranné služby platí dvojnásob. Z důvodu vzrůstajícího počtu mimořádných událostí, složitosti a zranitelnosti systému lidské společnosti a tedy zvyšujícím se nárokům na bezpečnostní systém, rostou nároky i na práci zdravotních záchranářů. Tyto skutečnosti s sebou přináší zvyšování tlaku na tyto pracovníky, což vede k negativnímu působení stresu, který v nekontrolovatelné podobě může vést přes různé psychické problémy a závislosti až ke vzniku posttraumatické stresové poruchy. Tyto faktory pak mohou mít negativní vliv na další pracovní výkony záchranářů a celkově mohou vést ke snižování efektivnosti systému zajišťujícího bezpečnost obyvatel v České republice. Ve své diplomové práci se potom budu zabývat problematikou zavádění systému péče o záchranáře, který má těmto nepříznivým skutečnostem předcházet. Přesněji řečeno **jaké jsou hlavní problémy a překážky, které brání rychlejší a efektivnější implementaci systému psychosociální intervenční péče do praxe.**

Jedním z východisek řešení dané problematiky je vytvoření systému psychosociální pomoci pracovníků zdravotnických záchranných služeb, kteří patří k základním složkám integrovaného záchranného systému. Oproti Hasičskému záchrannému sboru ČR a Policii ČR není jejich kompetence zastřešena odpovídajícím zákonem, zdravotní záchranáři nemají statut veřejného činitele a taktéž nemají dosud vytvořen systém psychologické podpory.

II. Teoretická východiska:

Teoretická východiska práce budou vycházet zejména z institucionální ekonomie, tvorby politických sítí a teorie procesu implementace veřejné politiky. Vzhledem k zaměření realizované politiky bude nutné objasnit s problémem úzce soucisející teorie stresu, psychosociální intervence a Critical Incident Stress Management.

Teorie stresu – stres je soubor reakcí, kterými tělo reaguje na požadavky našeho života. Stres při práci je jedním z nejzávažnějších problémů, jimž dnes v oblasti bezpečnosti a zdraví při práci v Evropě čelíme.

Psychosociální intervence značí cílený a promyšlený proces, který jedincům nebo skupinám lidí, kteří jsou oslabeni, zneschopněni nebo znevýhodněni svým psychickým stavem, nabízí možnost dosáhnout optimálního fungování ve společnosti a zlepšení kvality jejich života. Poukazuje pak na úzkou souvislost mezi oblastí psychickou a sociální. Součástí psychosociální intervence je i ucelený systém preventivních a intervenčních technik tzv. Critical Incident Stress Managementu, který znamená vícesložkový systém krizové intervence (prevence, podpora v terénu, demobilizace, defusing a debriefing). Jeho cílem je udržení, případně obnovení psychické rovnováhy profesionálů po náročných zásazích. Jako první byl využit v USA u válečných veteránů a posléze využíván civilními záchrannými složkami.

III. Cíle práce výzkumné otázky:

Hlavním cílem této práce je identifikovat implementační bariéry v rámci procesu zavádění systému psychosociální intervenční služby. Dále se pokusit objasnit motivy a odpovědnost jednotlivých aktérů během implementace a analyzovat vývoj dané implementace.

IV. Výzkumné otázky:

- Jaké motivy a procesy vedly k iniciaci přípravy a tvorby SPIS?
- Jaké faktory komplikují implementaci SPIS?
- Jak je vnímán SPIS jednotlivými aktéry?
- Jaké politické nástroje jsou využívány při implementaci dané služby?
- Jakým způsobem se podílejí aktéři na implementaci dané politiky?
- Jaké psychosociální činitele působí na pracovníky ZZS a s jakými důsledky?

V. Metody:

- Institucionální analýza
- Analýza dokumentů – legislativní (zákony, vyhlášky, nařízení), strategické (koncepce, strategie), výzkumné, programová prohlášení, odborné publikace a články
- Analýza aktérů - identifikovat aktéry, kterých se daná politika týká, poznat jejich chápání problému, jednání, záměry a vzájemné vztahy a zhodnotit jejich vliv, zdroje, zájem na realizaci určité politiky a vzájemnou interakci,
- Analýza událostí
- Metoda případové studie
- Rozhovory s jednotlivými aktéry
- Dotazníkové šetření
- Zúčastněné pozorování
- Normativní modely implementace a analýza implementace

VI. Předpokládaná struktura diplomové práce:

1. Úvod.
2. Vymezení problem, cíle a užití metody – případová studie, analýza dokumentů, analýza aktérů, rozhovory, dotazníkové šetření.
3. Teoretická část – institucionální teorie, implementace, teorie stresu, duševní poruchy, CISM.
4. Deskriptivní část – specifika práce práce zaměstnanců, vývoj system psychosociální péče.
5. Analytická část – analýza institucionálního prostředí - aktérů, veřejně politických nástrojů, událostí a cílů, vlastní řešení problému.
6. Závěr.

VII. Základní literatura

BAŠTECKÁ, B. a kol. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

FISCHER, F. - MILLER, G.J. – SIDNEY, M.S. *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*. CRC/Taylor & Francis, 2007. 642 s. ISBN1574445618

HOWLETT, M. *Designing Public Policies: Principles and Instruments*. 1. ed. Routledge, 2011. 256 s. ISBN-10: 0415781337.

KNOEPFEL, P. – LARRUE, C. – VARONE, F. – HILL, M. *Public policy analysis*. The Policy Press, 2007. 317 s. ISBN1861349076.

POTŮČEK, M. a kol. *Veřejná politika*. Upr., dopl. a aktualiz. vyd. v českém jazyce. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005. 399 s. Studijní texty; sv. 35. ISBN 80-86429-50-4.

VESELÝ, A. – NEKOLA, M. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. 1. vyd., Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. 407 s. ISBN: 978-80-86429-75-5

WINKLER, J.: Implementace. Brno, Masarykova univerzita 2002

V Praze dne:

Konzultant: MUDr. Petr Háva, CSc

Diplomant: Martin Malý

Podpis:

Podpis

Obsah

ZKRATKY	15
1. ÚVOD	16
2. VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU, CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, METODY	19
2.1. VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU.....	19
2.2. CÍLE.....	23
2.3. METODY A ZDROJE DAT	24
3. TEORETICKÁ VÝCHODISKA REALIZACE VEŘEJNÉ POLITIKY A ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ	27
3.1. INSTITUCIONÁLNÍ TEORIE	27
3.2. TEORIE IMPLEMENTACE	30
3.2.1. <i>Přístupy k implementaci ve veřejné politice</i>	31
3.2.2. <i>Aktéři implementace</i>	34
3.2.3. <i>Nástroje implementace</i>	36
3.2.4. <i>Implementační deficit</i>	37
3.3. TYPY ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ	38
3.3.1. <i>Stres</i>	39
3.3.1.1. Typologie stresu	39
3.3.1.2. Stresory	40
3.3.1.3. Pracovní stres	41
3.3.2. <i>Krize</i>	42
3.3.3. <i>Trauma</i>	42
3.4. ZÁVAŽNÉ DUŠEVNÍ PORUCHY SOUVISEJÍCÍ SE ZÁTĚŽOVÝMI SITUACEMI	43
3.4.1. <i>Posttraumatická stresová porucha</i>	43
3.4.2. <i>Syndrom vyhoření</i>	44
3.5. PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE.....	44
3.5.1. <i>Critical Incident Stress Management</i>	46
4. SPECIFIKA PRÁCE ZAMĚSTNANCŮ ZZS	49
4.1. ZDRAVOTNÍ DOPADY STRESU	53
4.2. SOCIÁLNÍ DOPADY STRESU	55
4.3. EKONOMICKÉ DOPADY STRESU	57
5. ANALÝZA PROSTŘEDÍ IMPLEMENTACE SPIS	58
5.1. RÁMCOVÉ VYMEZENÍ PROJEKTU	58
5.2. CÍLE IMPLEMENTACE SYSTÉMU	59
5.2.1. <i>Strom cílů</i>	60
5.3. FAKTORY IMPLEMENTACE	62
5.4. AKTÉŘI	63
5.4.1. <i>Evropská unie</i>	64
5.4.1.1. Společná evropská politika.....	65
5.4.1.2. Platforma evropských projektů	66
5.4.1.3. Evropské komise a agentury	68
5.4.2. <i>WHO</i>	69
5.4.3. <i>NATO</i>	72
5.4.5. <i>Ministerstvo zdravotnictví ČR</i>	75
5.4.6. <i>Ministerstvo vnitra ČR</i>	79
5.4.7. <i>ZZS Olomouckého kraje</i>	81
5.4.8. <i>Olomoucký kraj</i>	86
5.4.10. <i>Rozhovory s vybranými odborníky</i>	87
5.4.10.1. Psychologické pracoviště odboru bezpečnostní politiky MV ČR	87

5.4.10.2. Společnost krizové připravenosti zdravotnictví ČLS JEP.....	91
5.4.10.3. Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb ČR.....	93
5.4.10.4. Pracovní skupina pro psychologii krizí a neštěstí při Českomoravské psychologické společnosti ...	94
5.4.10.5. Zásadní připomínky k návrhu zákona o ZZS MUDr. Schwarze	97
5.5. VYBRANÉ VEŘEJNĚ POLITICKÉ NÁSTROJE	97
5.5.1. <i>Deklarace psychosociálních práv</i>	97
5.5.2. <i>Standardy psychosociální pomoci</i>	98
5.5.3. <i>Evropské projekty</i>	99
5.5.3.1. Identifying Needs of Medical First Responders in Disasters (INMFR Disaster)	99
5.5.3.2. TENTS - The European Network for Traumatic Stress	100
5.5.3.3. European Network for Psychosocial aftercare - EUTOPA - IP.....	101
5.5.3.4. Reinforce Rescuers Resilience - RED.....	101
5.5.3.5. Psychological Help in Events of Crisis - IPPHEC	102
5.5.4. <i>Zákon o zdravotnické záchranné službě</i>	102
5.5.5. <i>Výzkumy v oblasti psychosociálních potřeb</i>	103
5.5.5.1. Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel	103
5.5.5.2. Prevalence of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in German Professional Firefighters	104
5.5.6. <i>Evropský sociální fond</i>	104
5.5.6.1. Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků	105
5.5.6.2. Posilování sociálního dialogu - služby pro zaměstnance	106
5.5.6.3. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb	106
5.5.7. <i>Kurz „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací“</i>	106
5.5.8. <i>Cvičení funkčnosti SPIS na Rallye Rejvíz</i>	107
6. VÝVOJ SYSTÉMU PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ PÉČE	109
6.1. ANALÝZA UDÁLOSTÍ.....	109
6.2. PŘÍPRAVNÁ FÁZE	111
6.3. OBDOBÍ PILOTNÍ STUDIE	113
6.4. TVORBA DESIGNU SPIS	115
6.4.1. <i>Struktura SPISU</i>	119
6.5. APLIKACE DESIGNU	123
6.6. PŘEDPOKLÁDANÁ FINANČNÍ NÁROČNOST SLUŽBY	124
7. PŘÍČINY IMPLEMENTAČNÍHO DEFICITU	126
8. VLASTNÍ DOPORUČENÍ	130
8.1. NÁVRH PODOBY SYSTÉMU	130
8.1.1. <i>Možné varianty</i>	131
8.1.2. <i>Kritéria výběru</i>	132
8.1.3. <i>Vybrané řešení</i>	134
9. ZPŮSOB EVALUACE A MONITORINGU ÚSPĚŠNOSTI IMPLEMENTACE.....	137
10. ZÁVĚR.....	140
RESUME.....	144
SUMMARY.....	145
POUŽITÉ ZDROJE:.....	146
PŘÍLOHY	153

Zkratky

AZZS ČR – Asociace zdravotnických záchranných služeb
AFN – Asociace fakultních nemocnic
AČMN – Asociace českých a moravských nemocnic
BOZP – bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CISD – Critical Incident Stress Debriefing
CISM – Critical Incident Stress Management
ČČK – Český červený kříž
ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČMKOS – Českomoravská konfederace odborových svazů
ČMPS – Českomoravská psychologická společnost
ČR – Česká republika
EFPA - European Federation of Psychologists' Associations
EU – Evropská Unie
ES – Evropské společenství
EUTOPA - European Guideline for Target group Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster
GŘ HZS ČR – Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky
HZS ČR – Hasičský záchranný sbor České republiky
IES - Impact of Event Scale
IZS ČR – Integrovaný záchranný systém České republiky
JMC - Joint Medical Committee
KZ ZZS ČR – Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky
MKF - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MV ČR – Ministerstvo vnitra České republiky
MZ ČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NATO - North Atlantic Treaty Organization
OPIS – Operační a informační středisko
OSHA - Occupational Safety and Health Administration
OSUMMK ČLS JEP - Odborná společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP
PČR – Policie České republiky
PNP – Přednemocniční neodkladná péče
PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder
PTSS – Post-Traumatic Symptom Scale
SKPZ ČLS JEP – Společnost krizové připravenosti zdravotnictví ČLS JEP
SPIS – systém psychosociální intervenční péče
TENTS - The European Network for Traumatic Stress
ÚSZS SK – územní středisko záchranné služby Středočeského kraje
ZZS – zdravotnická záchranná služba
ZZS HMP – Zdravotnická záchranná služba Hlavního města Prahy
WADDEM – World Association for Disaster and Emergency Medicine
WHO - World Health Organization

1. Úvod

Vzhledem k tomu, že jak ve světě, tak i v České republice (dále jen ČR) roste počet mimořádných událostí, jako jsou povodně, dopravní nehody, požáry či jiná neštěstí a s ohledem na potenciální hrozby v podobě teroristických útoků či technických katastrof, dochází v ČR v posledních letech ke zvyšování nároků na kvalitu bezpečnostního systému. Tento trend s sebou nese přirozeně i rostoucí požadavky na lidské zdroje v bezpečnostních a záchranných sborech.

Za jedny z nejzávažnějších faktorů, které mohou mít vliv na kvalitu práce záchranářů a tím obecně na fungování bezpečnostního systému země, můžeme považovat stres a traumata. Neúměrný stres se v moderním světě stal velkým zdravotním rizikem obecně pro celou populaci, což vyplývá například ze závěrečné zprávy *“Stres na pracovišti – možnosti prevence”* (2009) nebo studie European Agency for Safety And Health at Work s názvem *“OSH in figures: Stress at Work – Fact and Figures”* (2009).

Zdravotnický personál poskytující urgentní péči, stejně jako další záchranné profese, je pak díky vlivu častých psychických traumat a kumulovaného stresu vystaven abnormálně těžké a neustálé psychické zátěži vyplývající z povahy jejich náročného povolání. Pokud tyto negativní aspekty práce zdravotníků nejsou řešeny, často vedou k psychickým a somatickým poruchám, burnout syndromu, suiciditě či závislosti na psychoaktivních látkách. (Nešpor, 2007)

Posttraumatická stresová porucha (Post-Traumatic Stress Disorder dále jen PTSD), jejíž příčinou je kumulovaný stres a prožitá traumata, byla již studována v mnoha výzkumech. Následná péče o primární oběti traumatizace (oběti válek, katastrof, kriminality atd), jako jedna z forem zajišťování bezpečnosti obyvatel spolu se záchrannou, likvidační a humanitární pomocí, je ve vyspělých zemích systematicky vytvářena.

Oproti tomu situace v péči o záchranáře, kteří se o oběti primární traumatizace starají a jsou také vystaveni traumatickým stresovým situacím, dosud pokulhává. Přitom výzkumy

hovoří o tom, že i tyto skupiny jsou ohroženy negativními důsledky stresu a traumatu. (Wagner - Heinrichs - Ehlert, 1998) či (Jonsson – Segesten - Mattsson, 2003)

V podmínkách záchranných a bezpečnostních sborů je trend řešit tyto problémy psychosociální péčí o pracovníky záchranáře jako součást péče o lidské zdroje. Historie vzniku psychosociální pomoci ČR sahá až do 70. let 20. století, kdy začali psychologové působit v oblasti vzdělávání policistů. V 80. letech dochází ke koncepčnímu rozvoji a v rámci krajů působí psychologové, kteří mají na starosti především personální otázky. V těchto dobách dochází k poskytování psychosociální služby pro policisty vyjímečně. V roce 1993 je na Ministerstvu vnitra ČR (dále jen MV ČR) založeno oddělení psychologie a sociologie, které s sebou přináší metodické a koncepční zázemí a vznikají materiály *“Statut psychologických pracovišť Policie ČR”* a *“Etický kodex psychologa MV”*. Náplň práce psychologů tvořila zejména oblast výběru nových zaměstnanců, ale i konzultační a poradenská činnost. Základy systému posttraumatické intervenční péče o policisty se vytváří koncem 90. let minulého století. (Baštecká, 2005) Ke zřízení této služby u Hasičského záchranného sboru ČR (dále jen HZS ČR) došlo v roce 2003, a to prostřednictvím pokynů generálního ředitele HZS ČR a náměstka MV čis. 29/2003 a čis. 38 a 39/2003. Jedná se o *“Statut psychologických pracovišť HZS ČR”* a *“Etický kodex psychologa HZS ČR”*, a tím dochází ke schválení koncepce psychosociální služby u HZS ČR. (Sotolářová, 2003)

ZZS jako třetí základní složka Integrovaného záchranné systému ČR (dále jen IZS ČR) donedávna žádný podobný systém posttraumatické péče neměla. V současné době dochází k zavádění Systému psychosociální interveční služby (dále jen SPIS) jehož cílem je redukovat tzv. náraz kritické události a poskytnout pracovníkům zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS), kteří prožili kritickou událost, kolegiální podporu (peer support). Základní činnosti takového systému lze rozdělit na preventivní (např. vzděláváním) a intervenční techniky (první psychologická pomoc, debriefing, defusing).

K zabezpečení poskytování posttraumatické psychosociální péče v každém kraji vznikají týmy posttraumatické služby (speciálně vyškolení kolegové záchranáři a případně

odborníci na duševní zdraví). Na potřebě poskytování této péče od vyškolených kolegů záchranářů, poskytování informací rodinám záchranářů, odpovědnosti organizace za zajištění péče pro své zaměstnance, organizování tréninků a vzdělávacích aktivit se shodla nejen Mezinárodní psychosociální pracovní skupina Světové asociace pro urgentní medicínu a medicínu katastrof (WADEM) v dokumentu “*Deklarace psychosociálních práv*” ale i evropští odborníci na duševní zdraví zaměřující se na práci s lidmi v postkatastrofických a traumatických situacích na konferenci věnované projektu EUTOPA-IP (Evropská vodítka psychosociální následné péče zaměřené na cílové skupiny – Implementace).

2. Vymezení výzkumného problému, cíle práce, výzkumné otázky, metody

2.1. Vymezení výzkumného problému

Kvalita lidských zdrojů je základním předpokladem pozitivního a efektivního vývoje v každém oboru lidské činnosti. V podmínkách rezortu zdravotnictví a konkrétně v systému zdravotnické záchranné služby, úkolem které je zejména urgentní péče o lidské zdraví, to platí dvojnásob. Mezi lidi zasažené mimořádnou událostí totiž řadíme 1) přímé oběti a pozůstalé, 2) osoby přihlížející, 3) rodinné příslušníky a kolegy zasažených osob, 4) **profesionály, kteří se podílejí na záchranných a likvidačních pracích**, 5) dobrovolné pracovníky (Vymětal, 2006).

Z důvodu vzrůstajícího počtu mimořádných událostí, složitosti a zranitelnosti systému lidské společnosti a tedy zvyšujícím se nárokům na bezpečnostní systém, rostou nároky i na práci zdravotních záchranářů. Tyto skutečnosti s sebou přináší zvyšování tlaku na tyto pracovníky, což vede k negativnímu působení stresu, který v nekontrolovatelné podobě může vést přes různé psychické problémy a závislosti až ke vzniku posttraumatické stresové poruchy. Tyto faktory pak mohou mít negativní vliv na další pracovní výkony záchranářů a celkově mohou vést ke snižování efektivnosti systému zajišťujícího bezpečnost obyvatel v České republice. **Ve své diplomové práci se potom budu zabývat problematikou a úskalím zavádění systému péče o záchranáře, který má těmto nepříznivým skutečnostem předcházet.**

Působením stresu, psychických traumat a studium posttraumatické stresové poruchy byly již uskutečněny ve výzkumech mnoha zemí. Dosud ale docházelo především ke studiu primární stresové poruchy, tedy sledování psychického narušení obětí trestných činů, znásilnění, válečných veteránů či obětí katastrof.

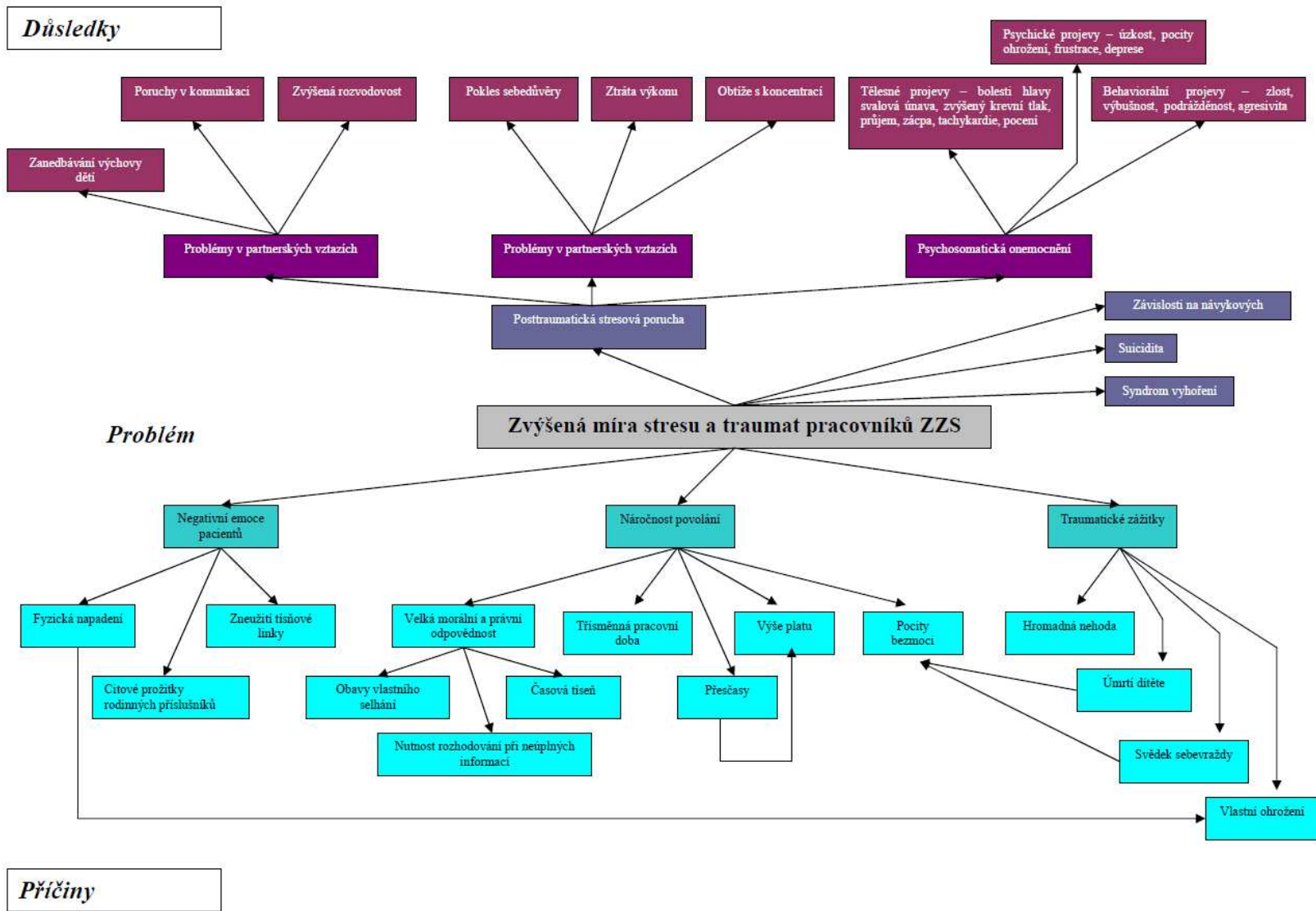
Pouze několik málo studií se zatím zaměřilo na psychologické následky traumatu v prostředí záchranných složek, které mohou být v určitých případech také zasaženy

primárním stresem, ale především čelí sekundárním důsledkům traumatu při pomoci. Platí tedy, že nejen oběť, ale i její zachránce je ohrožen PTSD. Výzkumem vlivů sekundární PTSD u záchranářských jednotek se zabývají například studie „*Early traumatic stress reactions among Swedish survivors of the m/s Estonia disaster*” (Lundin, 1996) nebo empirický výzkum australských hasičů po lesních požárech v Austrálii „*The aetiology of post traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors*“ (McFarlane, 1989).

Téma potřeby systému psychosociální intervenční péče pro pracovníky zdravotnické záchranné služby vyplývají zejména z důvodů, že patří z hlediska profesionálního stresu k nadprůměrně ohroženým profesním skupinám. Může za to mnoho rizikových faktorů, které se vyskytují v pracovní náplni zaměstnanců urgentní medicíny. Mimo zcela zřejmé traumatizující události spojené s úmrtím dětí, kolegů, dopravních nehod či sebevražd (Jonsson – Segesten - Mattsson, 2003) to jsou také faktory jako:

- velká morální a právní odpovědnost,
- styk s negativními emocemi pacientů,
- nedostatečná pozornost k vlastním neřešeným problémům,
- náročný životní styl (přesčasy, směnnost),
- domnělá či skutečná pracovní selhání,
- zdravotní rizika,
- nárazový charakter práce,
- nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů. (Nešpor, 2007)

Příčiny a důsledky stresu a traumat jsem zobrazil a přehledně sestavil do stromu problémů, který má následující grafickou podobu.



Komentář ke stromu problémů:

Příčiny:

Můžeme rozlišit tři hlavní příčiny zvyšování míry dopadu stresu a traumat u pracovníků ZZS.

- Negativní emoce klientů, kdy dochází k fyzickým napadením pracovníků zdravotnické záchranné služby, kdy tato fyzická napadení se stávají stále častějším jevem, se kterým se posádky v terénu setkávají. Další jsou negativní citové prožitky rodinných příslušníků pacientů a zneužívání tísňových linek.
- Náročnost povolání zdravotnického záchranáře se projevuje velkou morální a právní odpovědností, která je nejvíce způsobena obavou z vlastního selhání, nutností rozhodovat se v časové tísni a při neúplných informacích. Dále jde o okolnosti, které mají příčinu v pracovněprávních podmínkách tohoto povolání, kterými jsou směnnost, přesčasy, ale i nedostatečné finanční ohodnocení práce. Dalším problémem jsou také pocity bezmoci, se kterými se zdravotníci často setkávají.
- Traumatické zážitky, se kterými se pracovníci ZZS setkávají při hromadných neštěstích, při úmrtí dítěte, při sebevraždách nebo při vlastním ohrožení. K vlastnímu ohrožení nejčastěji dochází během dopravy k události nebo při transportu postiženého zpět, při samotném zásahu, ale jak již bylo uvedeno v prvním odstavci, při fyzickém napadení pracovníků ZZS.

Důsledky:

Hlavními důsledky zvýšeného stresu jsou u pracovníků ZZS posttraumatická stresová porucha, fakultativně závislosti na návykových látkách, suicidita nebo syndrom vyhoření. Všechny tyto důsledky se dále mohou projevit a odrazit v partnerských vztazích a rodině, v pracovních vztazích a ve zdravotním stavu pracovníků. Jedná se o tělesné projevy (bolesti hlavy, vysoký tlak, tachykardie), psychické (úzkost, pocity ohrožení, frustrace, deprese) a behaviorální projevy (podrážděnost, výbušnost, agresivita, nebo naopak apatie, ležérnost, laxnost) zasažených osob.

2.2. Cíle

Tato práce bude pomocí metody případové studie mapovat doposud v ČR nedostatečně řešený problém stresu u zdravotnických záchranných služeb. **Hlavním cílem práce je identifikace hlavních problémů a příčin, které brání rychlejší a efektivnější implementaci SPIS do praxe.**

Z tohoto vyplývají následující dílčí výzkumné úkoly:

- Identifikace aktérů podílejících se na tvorbě systému či participujících na jeho činnosti.
- Analýza institucionálního prostředí implementace.
- Identifikace a analýza použitých implementačních nástrojů.
- Analyzování aktivit (událostí) aktérů v procesu implementace.
- Zmapování průběhu procesu implementace SPIS.
- Analýza psychosociálních hrozeb (stres a psychická traumata) ovlivňujících lidské zdroje u ZZS.

Výzkumné otázky:

- Jaké motivy a procesy vedly k iniciaci přípravy a tvorby SPIS?
- Jací aktéři a jakým způsobem se aktéři na implementaci podílejí?
- Jaké veřejně politické nástroje byly při realizaci projektu používány?
- Jaké faktory komplikují implementaci SPIS?
- Jak je vnímán SPIS jednotlivými aktéry?
- Jaké psychosociální činitele působí na pracovníky ZZS a s jakými důsledky?

Vše za předpokladu, že systém psychosociální intervenční služby by měl splňovat následující cíle:

Základní cíl:

- Snížení důsledků a dopadů kumulovaného stresu a psychických traumat na pracovníky ZZS

Podcíle:

- Změnit postoje a procesy (zvýšení institucionální podpory, legislativa, finanční podpora).
- Zlepšit pracovní podmínky záchranářů.
- Zvýšit kvalitu lidského kapitálu.
- Zvýšit bezpečnost práce.
- Snížit provozní náklady poskytovatelů péče (snížení pracovní neschopnosti, eliminace vlastních chyb atd.).

2.3. Metody a zdroje dat

„Metody sběru dat jsou specifické postupy poznávání určitých jevů, které badatel užívá s cílem rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé interpretují a vytvářejí sociální realitu“ (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 142). Při tvorbě této diplomové práce je využito v závislosti na struktuře práce hned několik metod výzkumu. Tyto metody byly vybírány v návaznosti na předložené cíle a výzkumné úkoly, na které má práce přinést odpovědi.

Práce je koncipována jako případová studie, která je obecně charakterizována jako detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Tyto jsou řešeny ve své komplexnosti, uváděny do praktických souvislostí a také vyjadřují podstatu problému. (Hendl 2005, s. 104). Jde o metodu, která umožňuje zachycení složitostí, detailů, vztahů a procesů probíhajících v daném mikroprostředí. Toho se dosáhne tak, že se soustředíme na jednotlivé aktéry či souvislosti. Z typů případových studií byla vybrána exploratorní studie, která má za cíl prozkoumat strukturu případu a vztahy, které zde působí, odkrývat méně známé nebo dosud neznámé vztahy a struktury daného případu, analyzovat jejich charakter, identifikovat příčiny a důsledky; a také případně navrhnout teorii.

Základní rysy výzkumného procesu případové studie popisuje Stake takto: „*Provádíme případovou studii jako neintervenci a empatickou činnost. Jinými slovy nerušíme normální aktivity v případě ani netestujeme, nebo dokonce ani neprovádíme rozhovory. Jestliže chceme získat informace, diskrétně pozorujeme a zkoumáme příslušnou*

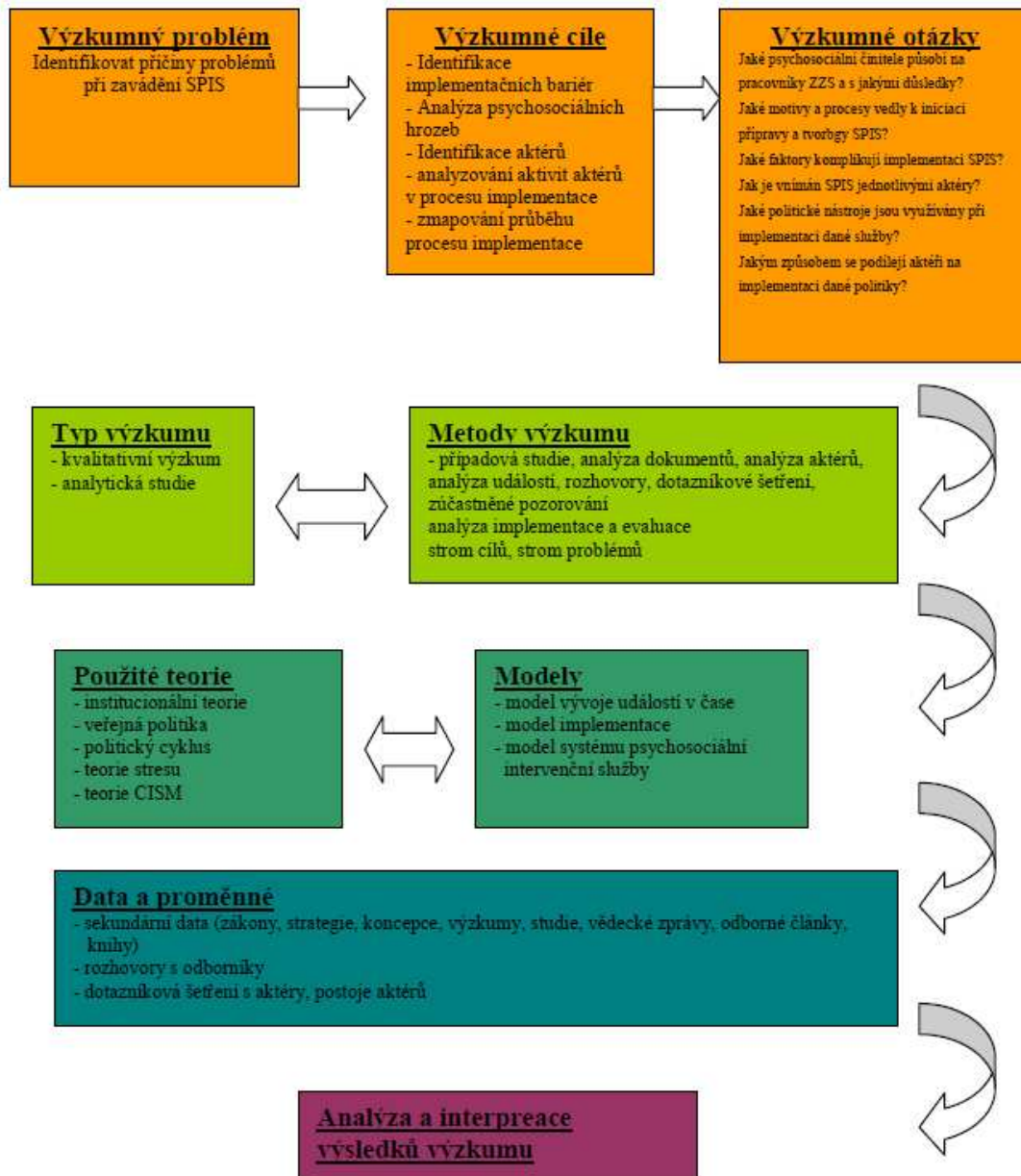
dokumentaci. Pokoušíme se usilovně zjistit, jak lidé posuzují věci. Dáváme nakonec větší váhu interpretacím výzkumníka než interpretacím sledovaných lidí, ale výzkumník se snaží nejdříve zachytit vícenásobnost realit, různé pohledy, často rozdílné až kontradické pohledy na to, co se děje” (Hendl, 2005, s. 108).

V práci je využit koncept institucionální ekonomie, jenž se zabývá rolí institucí v moderní společnosti. Cílem využití metody institucionální analýzy je získat přehled o aktivitách zúčastněných aktérů jako jsou nadstátní organizace, orgány veřejné správy, zájmových skupin a dalších subjektů. Je především zaměřena na formální a neformální normy, pravidla, jednání aktérů v systému. Její přístup je orientovaný na kvalitativní výzkum.

Ke sběru dat byly použity i další metody:

- Analýza dokumentů – legislativní (zákony, vyhlášky, nařízení), strategické (koncepce, strategie), výzkumné, programová prohlášení, odborné publikace a články.
- Analýza aktérů - identifikovat aktéry, kterých se daná politika týká, poznat jejich chápání problému, jednání, záměry a vzájemné vztahy a zhodnotit jejich vliv, zdroje, zájem na realizaci určité politiky a vzájemnou interakci.
- Metoda případové studie.
- Rozhovory s jednotlivými aktéry.
- Dotazníkové šetření.
- Zúčastněné pozorování.
- Normativní modely implementace a analýza implementace.

Konceptualizace výzkumu

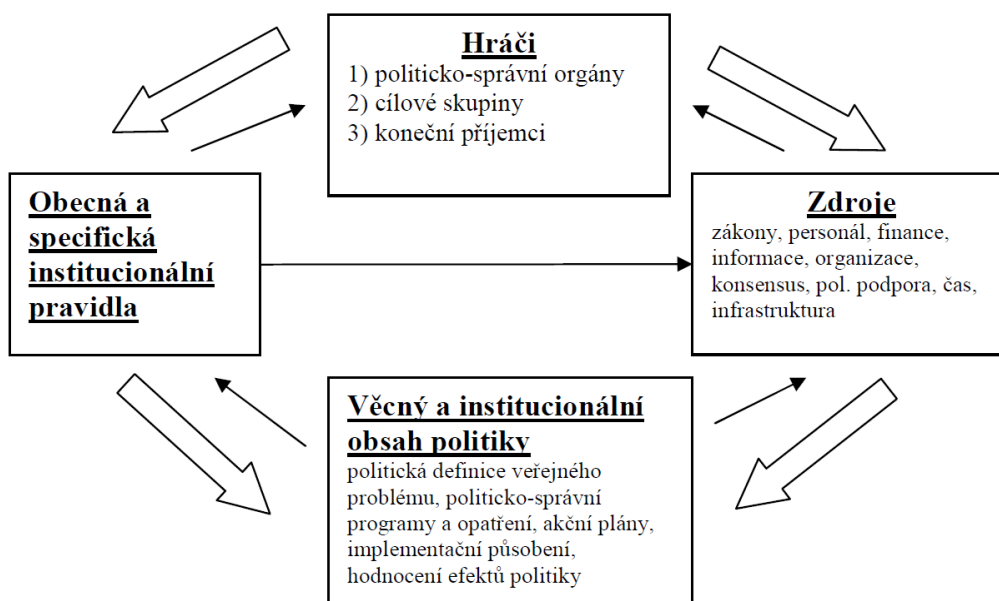


Zdroj: Upraveno dle Reichela (2009)

3. Teoretická východiska realizace veřejné politiky a zátěžových situací

Pro teoretické ukotvení výzkumu zavádění nové politiky bylo využito několik teoretických konceptů. Vzhledem k vymezení výzkumného problému se tato práce bude zabývat v kontextu teorie veřejné politiky zejména problematikou implementace a rolí institucí, jako součásti tvorby veřejných a sociálních programů. Ve druhé části půjde o vymezení problematiky zátěžových situací a jejich možných dopadů na člověka.

Klíčové prvky analýzy veřejné politiky



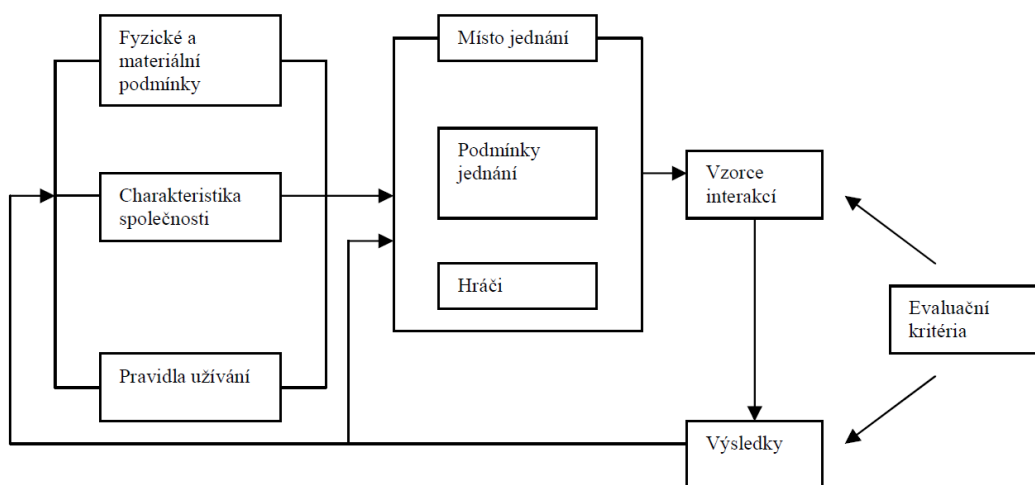
Zdroj: Dle (KNOEPFEL, P. at al., 2007, s. 18)

3.1. Institucionální teorie

Nová institucionální ekonomie se vyznačuje přístupem, který v sobě zahrnuje širší oblast zájmu než jen oblast ekonomie, ale také aplikuje výkladové rámce sociologie, politologie a práva aj. Institucionální ekonomie zkoumá roli institucí ve společnosti. Přestože

v běžném životě užíváme většinou pojem instituce ve smyslu organizace, tedy různé druhy organizací, jako jsou korporace, podnikatelské asociace, odbory, spotřebitelská sdružení a stát, v pojetí institucionální ekonomie jde také o formální a neformální pravidla. Za instituce lze pokládat vše, co nějakým způsobem ovlivňuje lidské jednání. Tato omezení jsou tvořena formálními pravidly (ústava, zákony, vlastnická práva) a neformálními omezeními (tabu, zvyky, tradice, normy chování, konvence). Instituce jsou tedy zákonitostí chování mezi jednotlivými aktéry v jednotlivých sociálních pozicích. Jako takové řídí a motivují lidské chování. Na jedné straně poskytují informace, jenž umožňují přijmout efektivní opatření a koordinovat chování aktérů. Na druhé straně vyvolat určité chování aktérů pod hrozbou sankce či naopak odměny (Héritier, 2007).

Rámec institucionální analýzy



Zdroj: Sabatier, 2007, 27 s.

Další pohled definuje instituce jako rovnovážné strategie hráčů, kteří se podílí na tvorbě institucionálního prostředí. V tomto pojetí jsou instituce endogenizovány, nahlíží se na ně jako na výsledek uvnitř daného systému hry. (Jurečka, 2008).

Voigt (2008) rozlišuje následující přístupy k definici instituce:

1. **Instituce jako výsledek hry** – pravidla lze interpretovat jako výsledek lidského jednání, ale nemusí být výsledkem lidského záměru. Pravidlo může také vzniknout jednáním různých aktérů, aniž by o něj nějaký aktér usiloval.
2. **Instituce jako pravidlo hry** – utváří pravidla chování lidí ve vzájemných interakcích, tedy motivaci vzájemné směny, ať je tato směna politického, společenského či ekonomického charakteru.

Většina současných autorů se přiklání k „politické teorii institucí“. *Zde se rozlišuje mezi ekonomickými a politickými institucemi. Politické instituce můžeme obecně charakterizovat jako společenskou volbu, která formuje omezení a motivy jednotlivých subjektů, a jejichž vývoj je určován zejména rozložením politické síly ve společnosti. Na základě politických institucí je přiřazována politická moc a subjekty disponující politickou silou následně ovlivňují vývoj politických institucí.*“ (Breinek, 2006)

Commons spatřuje úlohu státu hlavně v tom, že stát koordinuje protichůdné ekonomické zájmy, kdy napomáhá spravedlivému řešení zájmových konfliktů mezi výrobcí a spotřebiteli, mezi zaměstnanci a zaměstnavateli. Domnívá se, že síly trhu nejsou samy o sobě schopné řešit všechny zájmové konflikty. Zatímco North považuje za nezbytné odlišit od sebe organizace a instituce jako pravidla hry, kdy instituce považuje za hráče. Tímy hráčů se snaží vyhrát v rámci daných pravidel. Interakce mezi organizacemi a institucemi označuje za zásadní, přičemž mohou být rozděleny do politických, ekonomických, sociálních a vzdělávacích organizací. (Chavance, 2008)

Knoepfel (2007) definuje institucionální pravidla jako:

Společenské normy – jde o kulturní a sociologický přístup, kdy jsou instituce chápány nejen jako vnitřní formální pravidla a postupy v rámci organizace, ale také jako hodnotový systém, symboly, kognitivní vzorce a normy chování. Tyto společenské normy jsou schopny ovlivňovat chování aktérů během politického procesu.

Dobrovolné smluvní normy – ekonomický pohled, kdy institucionální pravidla jsou definována jako dobrovolná dohoda mezi jednotlivými aktéry politik. Jde o neformální smlouvy, které mají snižovat nejistotu, která je charakteristická pro všechny kolektivní rozhodnutí. Cílem těchto pravidel je tedy poskytnout určitou míru předvídatelnosti a čitelnosti ve vztahu k chování ostatních aktérů v politickém procesu, s ohledem na výsledek kolektivní akce.

Státní struktury – ústavní a legislativní normy, které pomocí formálních politicko-administrativních postupů a neformálních dohod definují pravidla mezi jednotlivými aktéry. Tato pravidla pak odrážejí mocenské vztahy mezi politickými aktéry a hierarchizuje jejich pozice v arénách politického rozhodování, kde se dané politiky procesně uskutečňují.

3.2. Teorie implementace

Jednotliví autoři zabývající se pojmem implementace definují implementaci různými způsoby. Nejčastěji je implementace chápána jako **proces realizace určitého veřejně politického programu, který je vymezen v čase a charakterizován jako série rozhodnutí a interakcí mezi jednotlivými aktéry, kteří do procesu zasahují.**

„Studium implementace se nachází na křižovatce veřejné správy, organizační teorie, veřejné řízení výzkumné a politické vědy. V nejširším slova smyslu, lze implementaci charakterizovat jako proces politické změny.“ (FISCHER, F. - MILLER, G.J. – SIDNEY, M.S., 2007, s. 89)

Sabatier a Mazmanian (1980) pak vnímá implementaci jako provádění základních politických rozhodnutí, které jsou obvykle stanoveny zákonem, ale je možné i manažerské vedení. V ideálním případě toto rozhodování označuje problémy, které je třeba řešit a stanovuje cíle, jichž má být dosaženo.

Knoepfel (2007) implementaci definuje jako soubor rozhodnutí a aktivit, které uskutečňuje veřejnost a aktéři veřejného a soukromého sektoru, jakožto účastníci politickoadministrativního procesu, který se uskutečňuje v prostředí, kde platí určitá

specifická institucionální pravidla. Tato aktivita je uskutečňována se záměrem vytvářet, ovlivňovat a ovládat:

- politické sítě tvořené strukturami kontaktů mezi správními orgány, cílovými skupinami, konečnými příjemci a dalšími aktéry,
- pojetí implementační strategie,
- konkrétní, obecná nebo individuální rozhodnutí a činnosti, která jsou přímo určena na cílové skupiny.

3.2.1. Přístupy k implementaci ve veřejné politice

Pojem realizace veřejné politiky, tedy implementaci, je možné z hlediska veřejné politiky nazvat procesem uskutečňování určitých záměrů (rozhodnutí). K samotnému rozhodování potom může docházet podle těchto základních konceptů před samotnou realizací nebo během realizačního procesu.

Základními modely jsou:

Racionalistický přístup – předpokládá, že společnost je řízená rozumem. Tento přístup potlačuje sociální konflikt a je založen na úplnosti a komplexnosti informací. Rozhodování je potom definováno jako racionální volba alternativ, které vedou k dosažení cíle.

Inkrementální přístup – v tomto modelu se pevné závěry analýz nahrazují sociální interakcí aktérů, které ovlivňují jejich preference. Ch. Linblom uvádí v kritice racionalistického přístupu, že během rozhodování máme téměř vždy nedostatek adekvátních informací, ale také dochází během realizace politiky ke změnám cílů a volby, které se mohou měnit vlivem nepředpokládaných politických faktorů. (Winkler, 2002)

Srovnání teoretických východisek veřejné politiky a implementace:

Implementace jako	Přístup k veřejné politice	Model tvorby rozhodnutí	Dominantní dimenze politiky
Stav uskutečnění	Teorie politického cyklu	Racionalistický přístup	Vertikální dimenze
Proces realizace	AAA model, model pol. sítí	Inkrementální přístup	Horizontální dimenze

Zdroj: Pavlík (2010, s. 24)

Při implementaci politického programu je třeba dbát hlavně na formulování veřejného problému, na charakter aktérů provádějících implementaci a na vlastnosti skupiny adresátů. Výše zmíněné veřejné zájmy zabezpečované pomocí veřejných statků v procesu veřejné volby, se realizují v prostředí, které nám pomáhá lépe pochopit a umožní snadnější rozbor při tvorbě a realizaci politiky. Pro vymezení tohoto prostředí nám slouží modely veřejných politik. Tyto modely jsou sice relativně nezávislé, ale navzájem koexistující, doplňující a obohacující se. Samotný pojem implementace politiky lze totiž chápat dvěma způsoby. Jednak jako **stav** realizace a jednak jako **proces** realizace. (Pavlík, 2010).

Implementace jako **stav uskutečnění** předpokládá, že se veřejný program realizuje jako součást **politického cyklu**, který přetrvává určitou dobu a je rozdělen do několika vzájemně ohraničených fází, kdy jedna končí a druhá začíná. Takový postup dobře znázorňuje procesualnost politických rozhodnutí a poukazuje na možnost změny obsahu politiky v průběhu politického procesu. Vzhledem k tomu, že skutečný politický proces bývá většinou mnohem komplikovanější, dochází k tomu, že jednotlivé procesy se vzájemně prostupují a probíhají souběžně. Proto existují další pojetí, kde významnou roli hrají jednotliví aktéři, jejich zájmy a síla jejich vlivu. Implementace je zde chápána jako **proces realizace** a je definována jako vzájemná interakce mezi těmito aktéry. Podle tohoto přístupu je výstup určován především dlouhotrvajícími vztahy mezi zájmovými skupinami, exekutivou a politickými stranami. Prvním modelem je **model A-A-A**, kde aktéři jsou všichni účastníci veřejné politiky, kteří své agendy, tedy jasně formulované

veřejné problémy, prosazují v tzv. arénách¹ veřejné politiky, tedy v prostoru, kde spolu kooperují či soupeří o prosazení svých cílů (agend). Jako příklady arén lze uvést například legislativní proces, veřejný diskurz, operační prostor zájmových skupin a médií nebo rozhodování na úrovni vlády. Druhým je potom **model institucionalizovaných sítí**. Politické sítě (policy network) představují prostor, v němž probíhají interakce mezi volně spjatými skupinami aktérů. Jedná se často o účelová jednorázová uskupení, která vznikají za účelem vymáhání jednoho cíle.

Z předchozího je patrná jistá nejednoznačnost pojmu implementace. Websterův slovník naučný popisuje implementaci slovy "...dovádět, uskutečnit, naplňovat..." Implementaci nejčastěji, a v kontextu práce jevící se jako nejvhodnější definice, charakterizujeme jako proces realizace politického programu probíhající v čase, který se vyznačuje interakcí mezi aktéry veřejných a sociálních programů. (Winkler, 2002, s. 19).

Implementace ale může být definována také jako komplexní proces, zahrnující stanovení cílů, nástrojů a způsobů jejího uskutečňování a stanovení aktérů, kteří do tohoto procesu vstupují. Implementace bývá výrazně ovlivněna vnějším i vnitřním prostředím, v němž je konkrétní politika uskutečňována.

Donald Van Meter a Carl Van Horn považují za důležité, aby proces implementace politiky zahrnoval následující faktory, které ovlivňují její úspěšnost.

1. Politické normy a zdroje.
2. Podpora pro realizaci politik v politickém prostředí.
3. Ekonomické a sociální podmínky.
4. Charakteristiky aktérů implementace.
5. Přenášení politických norem a dalších rozhodnutí uvnitř a mezi implementačními aktéry.
6. Pobídky na podporu shody s politickými rozhodnutími.

¹ Každá politická aréna představuje veřejněpolitický rámec, který je ve větší či menší míře:

- strukturován
- formálně definován
- obsahuje interakce mezi veřejnými a soukromými subjekty (KNOEPFEL, at al, 2007)

7. Politické předpoklady úředníků provádějících implementaci. (Sabatier, Mazmanian, 1980)

3.2.2. Aktéři implementace

Za aktéry považujeme všechny subjekty, které jsou schopny zasahovat do průběhu veřejné politiky (respektive implementace) nebo ji ovlivňovat. Aktéři (stakeholders) mohou být definováni jako všichni ti,

- kdo mají zájem na problému,
- kdo jsou postiženi daným problémem,
- kdo mají aktivní či pasivní vliv na řešení či rozhodování týkající se daného problému² (Veselý, Nekola, 2007, str. 226)

Na implementaci z pohledu aktérů lze také nahlížet ve smyslu, jakým způsobem tito aktéři mohou **uskutečňovat cíle** konkrétní politiky. Těmi základními jsou přístup **top-down** (shora dolů), kdy se politika ustanovuje z centra pomocí dokumentů (zákonů, nařízení). Nejdůležitějšími předpoklady a podmínkami tohoto přístupu jsou jasně definované cíle a nástroje, právně strukturovaný proces, podpora zájmových skupin a politických autorit. Fischer (2007) hovoří o tom, že z hlediska tohoto přístupu implementace znamená vytvoření vhodných byrokratických postupů s cílem zajistit, aby politiky byly provedeny tak přesně, jak je to jen možné. Za tímto účelem by centrální aktéři dané politiky, mající k dispozici dostatečné prostředky, měli vytvořit systém

² Typologicky také můžeme rozlišovat aktéry z různých hledisek. Například:

Podle příslušnosti k jednotlivým sektorům veřejné politiky na aktéry:

- veřejného sektoru – zákonodárné orgány, ministerstva, soudy, politické strany, obce,
- občanského sektoru – média, církve, odborové svazy, neziskové organizace, občané, zájmové skupiny, odborná veřejnost
- soukromého sektoru – firmy, profesní organizace, živnostníci atd.

Podle úrovně na aktéry:

- nadnárodní – WHO, EU, účastníci mezinárodních projektů
- národní – ministerstva, zákonodárny sbor, politické strany
- regionální – krajské orgány, NNO, soukromé firmy
- místní – obce, občané

Podle úkolů daných při uskutečňování veřejné politiky na:

- iniciátory politiky
- tvůrce (konceptory) politiky
- realizátory politiky
- adresáty politiky

jasných pravomocí a odpovědnosti s cílem dohlížet nad činností realizátorů politiky (Fischer, 2007).

Vzhledem k tomu, že tento přístup charakterizuje vysoká centralizace, velmi často vzniká problém v oblasti stanovování cílů, které jsou určovány metodou od stolu a následně se nedostává konsensus v jejich naplňování. Vzhledem k těmto skutečnostem se vytváří přístup druhý **bottom-up** (zdola nahoru), který vychází z toho, že je nejdříve identifikována síť oficiálních účastníků zapojených do služby či programu a následně se zjišťují jejich cíle, strategie, možnosti, aktivity a kontakty. Pomocí kontaktů se pak síť rozšiřují na regionální, národní a nadnárodní úroveň. (Veselý, Nekola, 2007). Jde v podstatě o názor, že politiky nejsou definovány na centrální úrovni, ale že mnohem blíže k veřejným problémům mají realizátoři na místních úrovních, kteří tak podobu a implementaci reálné politiky ovlivňují ve výrazně vyšší míře. (Fischer, 2007)

V reálné implementaci se nejčastěji setkáváme se třetím tzv. **hybridním přístupem**, který se snaží překonat propast mezi předchozími dvěma přístupy vzájemným začleněním prvků top-down a bottom-up a kombinacích jejich prvků.

Srovnání přístupu TOP- DOWN a BOTTOM-UP implementace:

	Teorie TOP-DOWN	Teorie BOTTOM-UP
Směr výzkumu	od politického rozhodnutí ke správnému provedení	od jednotlivých politických účastníků k politickým sítím
Cíle analýzy	předpověď – politické doporučení	popis - vysvětlení
Model politického procesu	etapový	síťový
Charakter implementačního procesu	hierarchické vedení	decentralizované řešení problémů
Základní model demokracie	elitářský	participativní

Zdroj: Přeloženo z FISCHER, F. at al, 2007.

V kontextu výše uvedeného byly navrženy následující teoretické modely implementace:

1. Autoritativní model – vychází z předpokladu, že veřejná politika je přijata na vrcholu mocenské hierarchie a vychází tedy z přístupu top-down, kde předpokladem úspěšné implementace závisí na schopnosti centra prosadit své záměry. Jako zásadní se jeví nástroje jako direktivní řízení, zákony, plánování, kontrola a odpovědnost.

2. Participativní model – demokratický přístup, kdy jednotliví aktéři spolupracují na realizaci politiky. Jsou využívány nepřímé nástroje řízení, spontánnost, učení, adaptace, vyjednávání, spolupráce a důvěra.

3. Model koalic aktérů – vychází z předpokladu plurality aktérů, kteří se účastní dané politiky a kteří mezi sebou komunikují, vyjednávají, uzavírají kompromisy. Zároveň však sdílejí společné hodnoty a prosazují společné cíle. Předpokládá se, že aktéři uvnitř dané koalice vykazují široký konsensus týkající se jádra politiky a raději se vzdají sekundárních aspektů, než připustí slabost či nedomyšlenost jádra politiky.³

4. Model nikdy nekončícího procesu učení – kdy k řešení problému docházíme postupně. Implementace je chápána jako evoluce, tedy že k finálnímu řešení se dostáváme postupnými kroky. Často dochází k redefinici cílů, ke změnám nástrojů, postupné optimalizaci struktury cílů a realizačních technik. (Potůček, 2005, str. 41-42)

3.2.3. Nástroje implementace

Organizační prostředky implementace zahrnují širokou škálu nástrojů, pomocí kterých aktéři politického procesu využívají vládní instituce a další hráče k ovlivnění plnění cílů politik (Howlett, 2011). Obecně lze veřejněpolitické nástroje chápat jako určité pomůcky k realizaci nějaké činnosti. V kontextu veřejněpolitického procesu se tyto nástroje dají vymezit jako prostředky, které během tvorby politiky tvůrci a realizátoři využívají k uskutečnění svých záměrů a cílů, a jenž se souhrnně nazývají implementační nástroje. Tyto nástroje můžeme rozlišovat z různých úhlů pohledu. Základní klasifikace je podle povahy těchto nástrojů:

³ VESELÝ, A – DRHOVÁ, Z – NACHTMANNOVÁ, M. Veřejná politika a proces její tvorby. Co je „policy“ a jak vzniká. [online]. [Cit. 2011-04-02]. Dostupné na: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_08_vesely.pdf

- nástroje strategického řízení (vize, strategie, koncepce, cílové programy, plány),
- politické deklarace (vládní prohlášení, stanovení aktuálních témat a úkolů),
- právní a organizační normy, jejich tvorba a aplikace,
- fiskální nástroje (regulace příjmů a výdajů veřejných rozpočtů, distribuce a redistribuce finančních zdrojů),
- organizování, management realizace,
- výchova a indoktrinace. (Potůček, 2005)

Salamon charakterizuje výběr nástrojů jako politické i provozní rozhodnutí, kdy výběr nástrojů není jen odosáhnutí nejefektivnějšího způsobu realizace politiky, ale má také dopad na samotné tvarování a podobu implementované politiky. Nezbytným předpokladem pro využívání těchto nástrojů je disponovat kvalitními řídicími dovednostmi a znalostmi. V konečném důsledku pak volba nástrojů ovlivňuje povahu veřejné správy (Fischer, 2007). Na druhou stranu Howlett (2011) konstatuje, že výběr zvolených nástrojů, kterými danou politiku uskutečňujeme je úzce spjat se způsobem realizace politiky.

Pro efektivní využívání a funkčnost těchto nástrojů jsou klíčové následující předpoklady:

- jasné rozdělení kompetencí,
- vymezení práv a povinností jednotlivých hráčů,
- zahájení procesů tvorby politiky.

3.2.4. Implementační deficit

Tento pojem lze označit jako určitou nedostatečnost, z účetního hlediska jde o zápornou bilanci. Z pohledu politického procesu implementačním deficitem označujeme rozdíl mezi tím, jaké cíle jsme původně zamýšleli realizací určité veřejné politiky dosáhnout a mezi skutečným a reálným vztahem. Jde tedy o výsledek vlivu příčin či bariér, které ovlivňují realizaci a úspěšnost zavádění politiky do praxe, tuto realizaci komplikují a mnohdy i znemožňují.

Příčiny takového deficitu můžeme rozdělit na:

- nedostatky ve fázi příprav, kdy chybně definujeme cíle a dochází k nenaplnění daných cílů v plánované míře,
- selhání realizačních stimulů,
- nedostatky během procesu realizace, které jsou závislé na jednání relevantních aktérů,
- omezená kapacita řízení,
- nedostatky, které jsou způsobené vnějšími vlivy. (Malý, Pavlík, 2004)

Potuček (2005) hovoří o implementační nedostatečnosti, kterou vidí jako nepoměr mezi skutečně vloženou energií a tou, která byla třeba k dosažení výsledku.

Zvolený přístup implementace politiky má pak vliv na možnou pravděpodobnost výskytu implementačního deficitu a na jeho rozsah (Lane, 2005). Při přístupu „top-down“, kdy se politika uskutečňuje shora dolů hierarchicky od tvůrců politiky až k jeho realizátorům formou subordinace. Implementace politiky se prosazuje pomocí autoritativního přístupu pomocí zákonů a nařízení. Výskyt implementačního deficitu je v tomto případě možný, ale ne nevyhnutelný. Při přístupu bottom-up, tedy zdola nahoru, probíhá implementace v horizontální rovině, kdy relativně rovnocenní aktéři politiky koordinují implementaci formou vyjednávání, sladování činností a ústupků, čímž chtějí řešit společné cíle a zájmy. V tomto případě je vysoce pravděpodobné a dá se říci i nezbytné, že k určitému implementačnímu deficitu dojde.

3.3. Typy zátěžových situací

Vzhledem k tomu, že se tato práce věnuje implementaci systému psychosociálních služeb, je nutné se i zmínit o faktorech a projevech, které má implementovaný systém řešit a také o technikách, které pomáhají jejich negativní projevy eliminovat. Zátěžové situace mohou mít podstatný vliv na člověka, jeho prožívání, uvažování, chování a jsou

jednou z hlavních příčin duševních poruch a psychických problémů. Narušují psychickou rovnováhu, a to dočasně či částečně, ale i trvaleji.

3.3.1. Stres

Stres se vyskytuje tam, kde se lidé dostávají do situací, které vnímají jako ohrožení své tělesné nebo duševní pohody. Stres jako fenomén moderní doby poprvé popsal Walter Cannon, který popsal akutní stresovou reakci jako rovnici úlek – boj – útek podle reakcí zvířat reagující na vzniklé hrozby.⁴ Hans Selye na něj navázal definicí, že „*stres je nespecifická (tj. nastávající po nejrůznějších zátěžích stereotypně) fyziologická reakce organismu na jakýkoliv nárok na organismus kladený*“ (Schreiber, 1992, s. 11)

Vzhledem k tomu, že za nejdůležitější stránku celého procesu považoval adaptační činnost, pojmenoval tyto nespecifické biologické reakce organismu jako obecný adaptační syndrom (general adaptation syndrome – GAS). Podle Davisona a Nealeho (Baštecká, Goldmann 2001, s. 241) má GAS tři fáze:

- Poplachová reakce
- Odpor, odolnost
- Vyčerpání

“*Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je něčím ohrožován, nebo také ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná*”. (Musil, 2010, s. 24)

3.3.1.1. Typologie stresu

Stres můžeme charakterizovat různě. Obecně rozlišujeme stres podle délky působení na lidský organismus na akutní a chronický. Stres můžeme také rozlišit podle jeho povahy

⁴ Stress: The Fight or Flight Response. [online]. [cit. 2011-8-22]. Dostupné na: <http://www.psychologistworld.com/stress/fightflight.php>

na eustres a distres. **Eustres** je stres, který je jedinci prospěšný a je často potřebný. Bez jeho prožívání, by bylo málo pozitivních změn a konstruktivních činností, protože tento stres se dá považovat za aktivního činitele, který nás určitým způsobem nabudí. **Distres** je negativně působící stres. Dále existuje několik dalších typů stresu. Matoušek (2003) rozlišuje mezi stresem **akutním a chronickým**. K akutnímu stresu dochází, jestliže je organismus zatížen krátkodobě (minuty až hodiny). Akutní stres obvykle odeznívá během několika dnů. Dochází k němu při intenzivních traumatických zážitcích jako je živelná katastrofa, trestný čin, havárie, ztráta blízkých. Chronický stres je dlouhotrvající, vleklý a přetrvávající stres, který vzniká působením jednoho či více stresorů s různou intenzitou. Projevuje se např. úzkostmi, depresemi, migrénami, chronickým únavovým syndromem, napětím, podrážděností, vyčerpaností, nepřiměřenou reakcí na různé situace, různými tělesnými potížemi. Tento druh stresu působí záporně na pracovní výkon, zejména má vliv na zhoršení kvality pracovní výkonnosti, rychlý nástup únavy, zvýšení úrazovosti, častým únikem v podobě pracovní neschopnosti

Simon (1996) na základě rozsáhlé studie WHO sestavil seznam příznaků, u kterých se projevila souvislost se stresem:

- Potíže s trávicí soustavou - bolesti břicha, zvracení, nauzea, pachuť v ústech, sevřené hrdlo, průjmy, plynatost.
- Potíže nervové soustavy - bolesti hlavy, závratě, rozostřené vidění, zvonění v uších, otupělost, brnění končetin.
- Potíže pohybového aparátu - bolesti zad, kloubů, bolesti končetin, potíže s chůzí.
- Vegetativní potíže - bolesti na hrudníku, dušnost, bušení srdce, třes. (Simon at al., 1996, s. 481-488)

3.3.1.2. Stresory

Spouštěči stresu se nazývají stresory, neboli nepříznivé životní faktory, které působí na jedince negativně a vyvolávají stres. Stresor je činitel, faktor, průvodce, podnět, příčina stresů, stresové reakce, stresového stavu. (Novák, 2004) „*Na člověka mohou být kladeny*

příliš velké požadavky, může to být spěch, přetižení, konflikty, vztek, těžko splnitelné nároky, mnoho požadavků naráz, neklid, avšak může se také jednat o stres z volného času, nebo dokonce o stres z nedostatečného vytížení.“ (Truckenbrodt, 2006, s. 11)

Stresory můžeme podle povahy zátěže na lidský organismus rozdělit na:

- biologické,
- fyzické,
- psychické. (Preiss, 2002)

3.3.1.3. Pracovní stres

„Za pracovní stres se považuje určitá odezva organismu, jejíž vznik je dán působením specifických okolností, podmínek a faktorů pracovní činnosti v rámci pracovního systému“ (Matoušek, 2003, s. 4)

Stres na pracovišti se dá charakterizovat jako interakce mezi zaměstnancem a jeho pracovním okolím. Stres nastává v případě, kdy požadavky okolí na zaměstnance přesahují jeho schopnosti jim dostat.⁵

Psychickou zátěž u pracovního stresu lze rozdělit na tři formy:

- senzorická (smyslová zátěž) – vyplývá z požadavků práce na činnost smyslových orgánů,
- mentální zátěž – jde zejména o nároky na psychické procesy jako je pozornost, paměť, představivost, myšlení, rozhodování,
- emoční zátěž – vyplývá ze situací a požadavků vyvolávajících afektivní odezvu (strach, úzkost). (Michalík, 2011)

⁵ Výzkum stresu na pracovištích. [online]. [cit. 2011-8-12]. Dostupné na: http://osha.europa.eu/cs/publications/factsheets/cs_08.pdf

3.3.2. Krize

Psychická krize je reakcí člověka na náročnou životní situaci. Krizi můžeme charakterizovat jako bod rozhodujícího obratu, jako chaotické a obtížné období, extrémní zátěž nebo nebezpečnou situaci. Jde tedy o specifickou stresovou reakci na určité podněty. Krize rozeznáváme:

Akutní krize – jsou jasně ohraničené a charakteristické silným průběhem.

Chronické krize – pozvolný až nenápadný průběh z dlouhodobého zatížení

Kumulované krize – opakující se akutní i chronické krize, kdy prožívání aktuální události je komplikováno vzpomínkami na předchozí. Tyto vzpomínky doposud nebyly dostatečně zpracovány, byly vtačeny mimo vědomí, dokud je neaktualizovala současná událost. Vzpomínka na minulou ztrátu se promítá do aktuálního prožívání a reakce jsou tak mnohem intenzivnější až extrémní. (Mlčák, 2011)

3.3.3. Trauma

Náhle vzniklá extrémně stresující nebo dlouhotrvající stresující situace, která vede k umělému poškození nebo ztrátě. Nejčastěji se s ní setkáváme v souvislosti s nějakou krizovou událostí (dopravní nehoda, požár, povodeň, trestný čin). Základním předpokladem je působením vnějšího činitele, kterým jsou poničeny psychické a biologické adaptační mechanismy jedince.

Trauma lze tedy charakterizovat tak, že je pro zasaženého extrémně děsivá, znamená bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity a vytváří v jedinci pocit bezmocnosti. Ztrácíme pocit jistoty a bezpečí, prožíváme úzkost, obavy do budoucna, smutek. Trauma narušuje objektivitu jedince, který je nekritický, nesoudný, ovlivněný svými citovými prožitky. Projevuje se v oblasti chování. Člověk se chová neadekvátně, často se vyskytuje panika, deprese.

Psychickou traumatizaci lze obecně rozdělit na tři formy:

- **Primární traumatizace:** člověk je přímým cílem agrese (např. zabití, zranění, mučení, znásilnění, vyhoštění, nucené pasivní přihlížení vraždě).

- **Sekundární traumatizace:** podnětem je blízká zkušenost s traumatizací jiné osoby (např. rodina zabitého, mučeného, pohřešovaného apod.).
- **Terciární traumatizace:** člověk není v přímém vztahu k oběti traumatizace, ale je v kontaktu s primárně či sekundárně traumatizovanými jako svědek, člen perzekuované skupiny, humanitární pracovník nebo terapeut. (Wilson, Lindy, 1994)

3.4. Závažné duševní poruchy související se zátěžovými situacemi

3.4.1. Posttraumatická stresová porucha

Rozvíjí po určité závažné traumatické události či zážitku neobvykle hrozivého až katastrofického. Lze ji charakterizovat jako dlouhotrvající, s vracejícími se příznaky a potížemi. Jde o situaci ohrožující tělesnou a duševní integritu vyvolávající tíseň stojící mimo dosavadní zkušenost jedince s dlouhodobými následky. Příčinou této poruchy může být prakticky cokoliv, co se dotyčnému jedinci jeví jako extrémně negativní, závažné a zatěžující.

Příznaky posttraumatické stresové poruchy:

- opětovné prožívání traumatu,
 - traumatická událost se neustále vrací do myšlenkových procesů, opakují se tíživé sny,
 - pocity, že se traumatická událost stále vrací, což znamená nové intenzivní utrpení při konfrontaci s událostmi, které připomínají zážitek,
 - tělesné reakce, které se vykytují při konfrontaci s událostmi, které je symbolizují,
- vyhýbání se věcem či událostem, které připomínají prožitou událost,
- neschopnost rozpomenout se na důležitou část traumatu,
- snížená obecná připravenost k jednání,
- izolace respektive odcizení od ostatních,
- omezení emočního života,

- poruchy spánku, podrážděnost, problémy s koncentrací pozornosti a přehnaně úzkostlivé reakce.

3.4.2. Syndrom vyhoření

Můžeme nazvat i jako Burnout syndrom je definován jako stav duševního, citového i fyzického vyčerpání způsobené mimořádně náročnými situacemi. Švihalová hovoří o syndromu vyhoření, že *„je důsledkem dlouhodobě působícího (chronického) pracovního stresu, který je zvládán maladaptivně. Vyskytuje se zvláště u profesí obsahujících práci s lidmi jako podstatnou složku pracovní náplně, na jejímž hodnocení jsou závislé a je přitom vyvíjen tlak na kvalitu i kvantitu výkonu. Syndrom vyhoření je závažným psychologickým i medicínským problémem, který významně ovlivňuje zdraví i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje. (Musil, 2010 s. 35)*

Základními projevy vyhoření nejčastěji bývají:

- psychické vyčerpání,
- tělesné vyčerpání,
- emocionální vyčerpání,
- změny v sociálních vztazích,
- únava,
- popudlivost,
- nedůvěřivost,
- depresivita,
- negativní a cynický postoj k vlastní práci a ke klientům (pacientům, občanům, žákům atd.).
- snížení pracovního výkonu (Bartošíková, 2006)

3.5. Psychosociální intervence

„Psychosociální krizová pomoc je svou povahou terénní a proaktivní, včasná a dlouhodobá, týmová, mezioborová (a mezioborová) a jejím výsledkem je lepší připravenost na příští událost. Zaměřuje se na podporu svépomoci, vzájemné pomoci,

*spolupráce a připravenosti ve společenství (v rodině, sousedství, obci, organizaci) a dle společenství se utváří, to znamená, že s komunitou spolupracuje; je cyklická: zdůrazňuje kruh „připravenost – zvládání bezprostřední a krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé – připravenost“.*⁶

Jde tedy o specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v zátěžové situaci. Tvoří jí různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu narušenou kritickou životní událostí. Krizová psychosociální intervence zahrnuje především pomoc psychologickou, lékařskou, sociální a právní. Světová zdravotnická organizace popisuje psychosociální intervenci jako proces, který jedincům, kteří jsou oslabeni, zneschopněni nebo znevýhodněni svým duševním stavem, nabízí možnost dosáhnout optimálního stupně nezávislého fungování ve společnosti (Hoskovcová, 2009, str. 9).

Krizové intervence jsou určeny *normálním lidem, kteří se ocitli v nenormální situaci*. (France 1996). (Čírková, Spurný, 2001) Vymětal vidí v psychosociální pomoci pomoc, která dokáže naplnit materiální i duševní potřeby lidí, kteří jsou zasaženi mimořádnou událostí. Většinou jde o takové potřeby, jako jsou základní tělesné potřeby (pití, jídlo, klid, spánek), potřeba bezpečí, jistota, informace, spojení s rodinou psychologická podpora atd.

Psychosociální krizová pomoc naplňuje čtyři základní cíle:

1. Začlenění lidí do společenství při co nejvíce zachované soběstačnosti, kdy člověk zasažený traumatizující událostí potřebuje podpořit a znovu získat pocit vlády nad sebou samým a také nad prožitou situací. Děje se tak pomocí první psychologické pomoci s důrazem na informace a o prosazování práv a zájmů zasažených.
2. Zvládání sebe a nároků života, které v sobě zahrnuje zpracování zážitku a minulosti. Zpracování zážitku se odehrává prostřednictvím krizové intervence, defusingu, debriefingu, krizového poradenství, přes zprostředkování a koordinaci navazujících

⁶ Standardy psychosociální krizové pomoci zaměřené na proces a výsledek
<http://www.tf.jcu.cz/getfile/7e2e9cad7d49b40a>

služeb, péči o týmy a podporu truchlení až k cílené práci s posttraumatickou stresovou poruchou tam, kde se předchozí preventivní opatření nezdařila.

3. Individuální, rodinné a obecné uznání události a výsledné posílení (jedince, rodiny, pracovního kolektivu), připravenost na další událost (přechod od „utrpěli jsme“ k „zvládli jsme a zvládneme zase“). Týká se začlenění zasaženého jedince do běžného života. Zpracování události přímo souvisí s poskytovanou sociální oporou, kterou nejčastěji představuje rodina, přátelé, kolegové.

4. Otevření se budoucnosti včetně obnovy životu prospěšných iluzí ve vztahu k sobě, druhým a světu, posílení odvahy k životu a pocitu životního smyslu, kdy důležitou roli hraje obnova chuti do dalších životních kroků a projektů. K základním terapeutickým činnostem patří poradenství, individuální plánování, podpora při rozhodování, aktivizace zasažených.

Z těchto cílů potom vyplývají jednotlivé fáze psychosociální pomoci, kterými jsou

- fáze přípravy na mimořádné události – prevence, vzdělávání,
- fáze urgentní – záchranná a evakuační fáze v průběhu události,
- fáze likvidačních prací a nápravy,
- fáze dlouhodobá – vyrovnávání se s traumatizující zkušeností. (Vymětal, 2007)

3.5.1. Critical Incident Stress Management

Jednou z metod jak předcházet zátěžovým situacím je systém Critical Incident Stress Management (dále jen CISM), který je v současné době považován za jednu ze součástí technik řízení lidských zdrojů. Jedná se o formální, vysoce strukturovaný proces pomoci, při kterém se účastníci kritické události dělí o své zážitky a ventilují své pocity. Tento systémový a multifaktoriální soubor technik se týká řízení a zvládání stresu před, při a po krizové události s cílem udržet duševní zdraví zejména profesionálním tísnovým složkám. Je součástí krizové intervence obecně, tj. zahrnuje v sobě vzdělávací preventivní programy, podporu v místě události, ostatní podpůrné programy včetně “peer” programů, defusing, debriefing a další následné služby, kterými se má snižovat riziko posttraumatické stresové poruchy či burnout syndrom. Tento systém není primárně

určen pro civilní oběti, ale na osoby, které jsou vystaveny působení kritické události v důsledku své profese, tedy zasahující profesionály. Nejde o psychoterapeutickou ani psychologickou léčbu či poradenství. Jde zejména o preventivní přípravu, o učení se novému životnímu stylu a v poskytování služeb po kritických událostech.

Z toho je patrné, že CISM má plnit tyto základní cíle:

- redukovat tzv. „náraz“ kritické události,
- poskytovat službu záchranářům, kteří prožili kritickou událost, aby se z normální stresové reakce nevyvinula posttraumatická stresová porucha.

CISM je poskytován na několika úrovních:

INTERVENCE	NAČASOVÁNÍ	AKTIVACE	CÍLE	FORMAT
1. Předkrizová připravenosti	Fáze před krizí.	Při očekávání krize	Zlepšit zvládání stresu.	Skupina, organizace.
2. Demobilizace záchranářů, informace o skupině. Briefing pro civilisty, školy, podniky.	Těsně po krizi	Podle průběhu události.	Informovat, konzultovat. Uvolnit psychologický stres.	Velká skupina, organizace
3. Defusing	Po skončení krize. (Do 12 hodin)	Obvykle podle příznaků	Zmírnění symptomů. Možné uzavření nebo další třídění.	Malá skupina.
4. Critical Incident Stres debriefing (CISD)	Po skončení krize. (1 až 7 dní)	Obvykle podle příznaků. Může být i preventivně plánovaná akce	Usnadnit psychologické uzavření. Zmírnění. Třídění.	Malá skupina.
5. Jednotlivé krizové intervence (1:1)	Kdykoliv. Kdekoliv.	Podle příznaků.	Zmírnění. Návrat do funkce, pokud je to možné. Předání dál v případě potřeby	Individuální
6. Organizační opatření.	Kdykoliv.	Podle příznaků řízené nebo podle závažnosti události.	Podpora komunikace. Symptom zmírnění. Uzavření, pokud je to možné. Postoupení v případě potřeby.	Organizace
7. Postoupení	Kdykoliv.	Obvykle příznak řízené	Posouzení duševního stavu. Přijetí na vysokou úroveň péče.	Jednotlivé rodiny

Zdroj: Přeloženo (Everly, Mitchell, 1999)

- První psychologická pomoc – je poskytována na místě události nebo těsně po návratu na služebnu. Jde o vyhledání a zajištění základních potřeb, naslouchat, zaopatřit postiženého s jeho následným propuštěním či předáním.

- Individuální krizová intervence – individuální rozhovory
- Demobilizace – setkání s týmem záchranářů s cílem informovat, uvolnit a zprostředkovat návazné služby.
- Defusing – chápán jako spontánní, volné rozebrání kritické situace s kolegy. Jde o soukromý, neformální a ničím nevázaný rozhovor o tom, co se událo. Směřuje k odstranění emocí, které provází určitý zážitek. Probíhá zpravidla do 24 hodin po události v malých skupinkách. Dochází k rychlé redukci intenzivní reakce na stres, vzájemnému doplnění informací k události, aktivaci zdrojů, zabránění izolování postižených osob a vzájemné podpoření se.
- Debriefing – představuje již institucionální a odborné opatření. Mělo by proběhnout do 72 hodin po události ve skupině 4 – 20 osob. Označuje specifický postup vedení rozhovoru s jednotlivcem či skupinou, který je rozfázován do na sebe navazujících kroků. Hlavním smyslem je pomoci účastníkům náročné a traumatizující akce zpracovat vzpomínky a emoce z místa události, aby se předešlo vzniku posttraumatické stresové poruchy. (Baštecká, 2005)

4. Specifika práce zaměstnanců ZZS

V této práci zmíněné vědecké studie ukazují, že psychosomatické poruchy jsou jednou z hlavních příčin zdravotních problémů profesionálních záchranářů, které se projevují například čerpání nemocenských dávek mezi záchranáři, fluktuací či odchodem do důchodu. U mnohých záchranářů může docházet k napětí, které sice nemusí nutně vést k duševní poruše, ale mohou trpět symptomy, jako emocionální reakce (šok, vztek, pocit viny, bezmoc, emoční necitlivost), kognitivní účinky (dezorientace, ztráta koncentrace, ztráta paměti, pocit viny), fyzické reakce (napětí, únava, bolest, bušení srdce) a psychosociální reakce (izolace, nedůvěra, ztížený proces socializace).⁷

Pravděpodobnost výskytu PTSD mezi záchranáři a dalšími pracovníky při likvidačních pracích na Světovém obchodním centru v New Yorku po útocích z 11.9.2001.

Povolání	Počet	Výskyt PTSD (%)	Druh zasažení
Policisté	3925	6,2	Primární – nepřímé záchrané práce
Hasiči	3232	12,2	Primární – přímé záchrané práce
Zdravotní záchranáři	1741	11,6	Primární – přímé záchrané práce
Stavitelé a konstruktéři	4498	17,8	Sekundární
Sanační pracovníci	1798	10,6	Sekundární
Dobrovolnické organizace	5438	7,2	Sekundární
Neorganizovaní dobrovolníci	3797	21,2	Sekundární
Jiné vládní organizace	4263	11,8	Sekundární

Zdroj: Perrin (2007) upraveno

Povaha pracovní činnosti záchranáře obsahuje mnohé prvky, které tyto profesionály ohrožují rizikem a vznikem různých psychických poruch. Základní charakteristikou této práce je velmi častá přítomnost u mimořádných situací více či méně traumatizujících.

⁷ European Agency for Safety and Health at Work: Emergency Services: *A Literature Review on Occupational Safety and Health Risk*.

Mezi další specifika práce záchranářů patří vysoká zodpovědnost, vysoké nároky na schopnost rozhodování, minimální autonomie pracovního procesu, nutnost potlačení emocí v zájmu zdárného zvládnutí pracovních povinností na místě zásahu. Náročné je i časté a opakované střídání klidu, kdy se nic neděje, posádka vozu čeká na výzvu k výjezdu, a obdobím, kdy posádka provádí výjezd. Rozložení výkonu práce během pracovní směny je tedy značně nerovnoměrné a práce probíhá mnohdy ve velmi nepříznivých klimatických podmínkách a kromě vyhrocených situací se stále častěji pracovníci záchranných služeb setkávají s přímou agresivitou ze strany pacientů nebo jejich okolí. Mimo vysoké nároky na psychiku je třeba brát v úvahu i nároky na fyzické předpoklady a kondici. Práce záchranářů ve směnách pak negativně ovlivňuje pracovní výkon, kvalitu spánku, ale i rodinný a sociální život. (Šeblová, 2007)

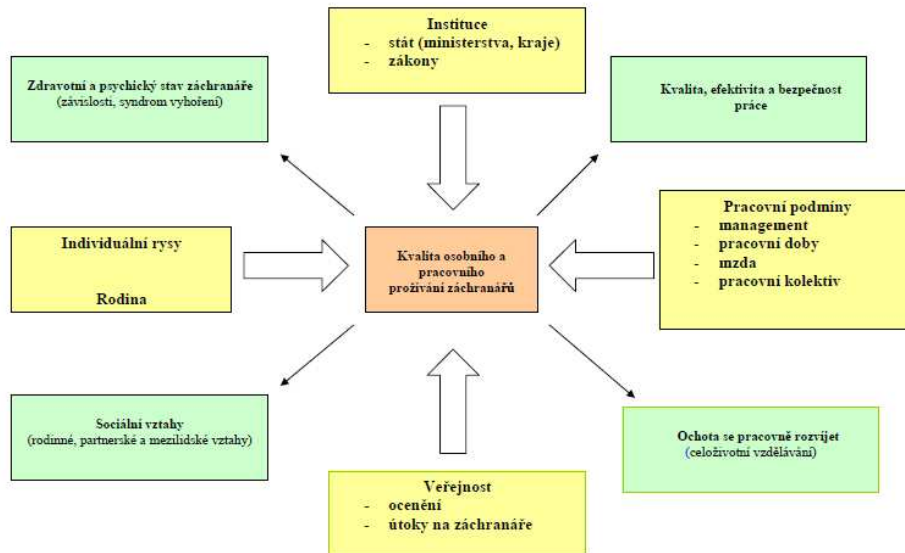
Možnost vyhnout se účinkům negativního působení stresu se v prostředí záchranných jednotek pro jejich zaměstnance výrazně snižuje z důvodů působení nahodilých a nepředvídatelných událostí. Záchranáři čelí obrovským psychickým nárokům, umocněných odpovědností za životy druhých a pocitem, že jakákoliv chyba nebo selhání může vést k něčí smrti. Díky vysokému výskytu traumatizujících událostí, jsou záchranné složky vystaveny nebezpečí ohrožení posttraumatické stresové poruchy.

Za traumatické události, kterým záchranáři čelí, obecně považujeme:

- osobní zkušenost se situací ohrožující život, nebo situací, která vede k vážnému zranění nebo jiného ohrožení něčí fyzické integrity
- situace, kdy je záchranář svědkem smrti, zranění nebo ohrožení tělesné integrity jiné osoby
- situace, kde intenzivní strach a bezmocnost jsou přítomny v osobních reakcích po události. (Milczarek, 2011)

Interakční model příčin psychosociálních potřeb nám potom přehledně ukazuje, které faktory nejčastěji vstupují do pracovního života záchranáře a jaké oblasti života ovlivňují.

Interakční model příčin psychosociálních potřeb



Zdroj: Autor

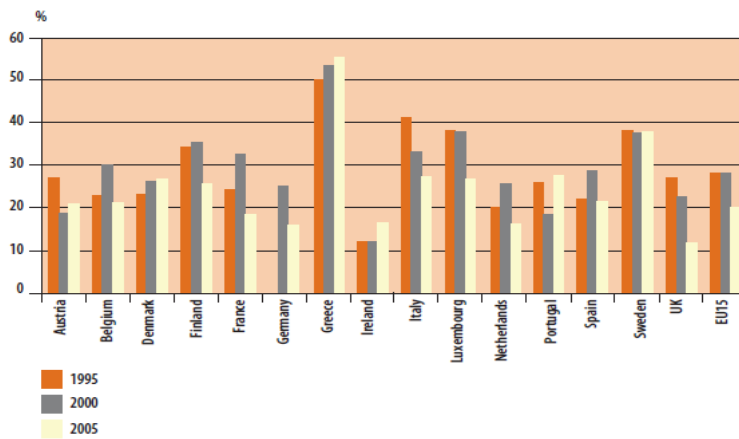
Rizikům povolání záchranáře se mimo jiné věnují i následující výzkumy (Šeblová, 2000): Ravenscroft (1994) zkoumal personál londýnské záchranné služby, kdy 97% udávalo jako největší problém stres a 52% personálu mělo nějaké zdravotní potíže a 15% překročilo práh příznaků akutní PTSD. James (2000) se zabývala výzkumem posttraumatické stresové poruchy u personálu zdravotnických záchranných služeb, který se jako skryté oběti katastrof a traumat, opakovaně s tímto setkává. Její výzkum se týkal 3100 pracovníků záchranných služeb a byl zaměřen a každodenní, kumulativní a posttraumatický stres, PSTD a projevy syndromu vyhoření.

Výsledky:

- po roce od traumatizujícího zážitku zůstalo 31 % pracovníků (n = 3100) nepostiženo, 40 % nějaké obtíže zažilo, 21 % bylo postiženo mírně, 8 % závažně,
 - vtíravé myšlenky a představy uvádělo 35% účastníků studie,
 - noční můry, které přetrvávají více než rok po traumatizujícím zážitku, připouští 24% respondentů,
 - u 38% se po roce od traumatizujícího zážitku objevují flashbaky,
 - zkušenost s vyhýbáním se (podobným situacím apod.) uvádí 30 %,
 - únik do hyperaktivity připouští 32 % respondentů,
 - pocit nejistoty budoucnosti zejména ve smyslu možného časového omezení zažívá 25 % souboru.
- Zkušenost s jednotlivými spouštěcími stresory:
- 22 % bylo svědkem úmrtí nebo těžkého poranění kolegy,
 - 76,3 % přišlo do styku s obětí závažného popáleninového traumatu,
 - 82% bylo svědkem úmrtí dítěte,
 - u obzvláště „krvavých“ nehod zasahovalo 89% pracovníků,
 - 62 % ošetřovalo přátele nebo příbuzné.
- Potřeba podpory a pomoci:
- 60 % souboru cítí potřebu pomoci, 10 % má zvýšenou potřebu pomoci a podpory, 30 % sníženou,
 - 11 % osob vyhledalo odbornou pomoc.

Závažnost stresu a psychických traumat dokládá i Corneil (1993), jenž potvrdil přímou souvislost mezi mírou vystavení traumatickým zážitkům a vznikem PTSD. **Výsledkem jeho výzkumu bylo, že u městských hasičů byla prevalence této poruchy 16,2%, zatímco v běžné populaci to bylo pouze 1,97%.⁸** Tyto výsledky nabývají na významu v souvislosti s výzkumem Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci z roku 2005, která hovoří o stresu jako druhém největším problému souvisejícím s výkonem práce a postihuje každého čtvrtého zaměstnance v Evropské Unii (dále jen EU). Následující tabulka pak ukazuje v čase, kolik procent zaměstnanců v jednotlivých zemích EU trpělo stresem v práci.

Zakládající země EU



CC12 – kandidátské země v roce 2001

EU10 – nově přidružené země v roce 2005

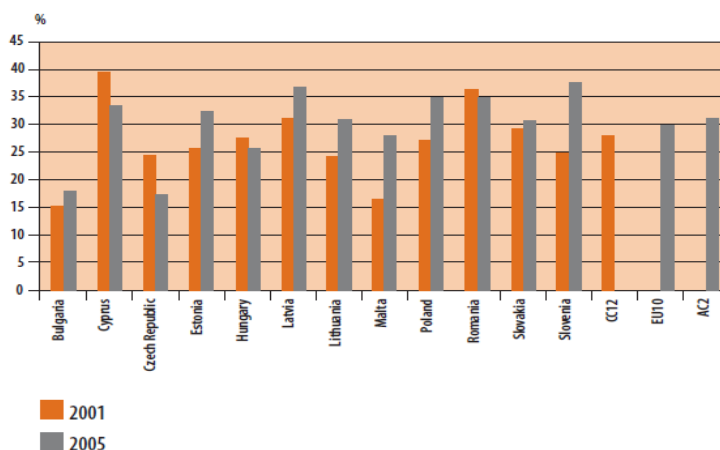
AC2 – země v procesu

přidružování v roce 2005 (Bulharsko,

Rumunsko)

Zdroj: OSHA (2009)

Noví členové EU



⁸ (Šeblová 2000)

4.1. Zdravotní dopady stresu

Mimo finančně vyčíslitelné škody má stres i další závažné dopady, které se penězi nedají efektivně hodnotit. Mezi tyto projevy můžeme zařadit zdravotní dopady. Z následující tabulky je patrné, že stres patří k nejzávažnějším zdravotním problémům. Zákeřnost stresu ale spočívá hlavně v tom, že je činitelem, který zdravotní problémy nejčastěji vyvolává. Běžně se za stresové nemoci, někdy označované jako nemoci civilizace, (Křivohlavý, 1994) označují ischemická choroba srdeční, hypertenze, diabetes, infekční nemoci, vředová nemoc, nádorová onemocnění, migrény atd. Kebza (2005) upřednostňuje stanovisko, že vliv stresu na zdraví není jednoznačný. Uvádí, že konečný výsledek vlivu stresu na zdraví jedince je ovlivněn a limitován souhrou mnoha různých vlivů ať již dispozičních, tak i situačních. Přesto je nepochybné, že akutní a zejména silné stresory mohou mít přímý vliv na dopad zdraví. Schreiber (2002) uvádí, že mezi nemoci zapříčiněné stresem patří také ischemická choroba srdeční. (Paulík, 2010)

Závažnost a nebezpečnost stresu ve smyslu vlivu na zdraví jedince dokládá také následující statistika. Z výzkumu OSHA vyplývá, kolik procent pracujících v jednotlivých letech v Evropské unii vnímá práci jako zdroj rizika pro svoje zdraví a kolik pracujících ohrožuje v práci stres jako primární činitel, který samozřejmě následně může vyvolávat další zdravotní problémy.

Stres a problémy související se stresem – stav a směr vývoje

Otázka	EU15			CC12	NMS10	AC2
	1995	2000	2005	2001	2005	2005
Má Vaše práce vliv na vaše zdraví (%)	57	60	31	69	56	53
Stres	28	28	20	28	30	31
Celková únava	20	23	18	41	41	44
Bolesti hlavy	13	15	13	15	24	28
Bolesti zad	30	33	21	34	39	39
Podrážděnost	11	11	10	11	12	11
Problémy se spánkem	7	8	8	8	12	16
Úzkost	7	7	8	7	7	9
Potíže se srdcem	1	1	1,4	4,8	5,6	8,1

EU 15 – zakládající země EU

CC12 – kandidátské země v roce 2001

NMS10 – nově přidružené země v roce 2005

AC2 – země v procesu přidružování v roce 2005

Zdroj: OSH in figures: stress at work – facts and figures. 2009

Zdravotní důsledky stresu můžeme shrnout chápat ve dvou rovinách. V duševní oblasti se nadměrné působení stresu projevuje neklidem, úzkostí, roztěkaností, horším soustředěním i pamětí, poruchami spánku, někdy únikem do snění, kolísáním nálad, podrážděností. Později se dostavují deprese, zhoršená sebekritičnost, horší kontakt s realitou, egocentrismus, nerozhodnost, apatie, unavenost.

V tělesné rovině jsou následky viditelné jako svalové napětí, problémy s trávením, nechutenství nebo naopak přejídání, bolesti břicha, plynatost, časté nucení na močení, sevřené hrdlo, sexuální problémy, menstruační poruchy, bolesti hlavy, potíže s páteří, bušení srdce, různé bolesti bez zjevné tělesné příčiny, vyšší riziko srdečních onemocnění, hypertenze, diabetu, oslabení imunitního systému, nemoci pohybového systému a řada dalších psychosomatických onemocnění.(Nešpor, 2007)

V ČR proběhl výzkum vlivu stresu na pracovišti jako projekt MPSV v období 1. 10. 2008 – 31. 10. 2009 s názvem „*Stres na pracovišti – možnosti prevence*“, kdy šlo o reakci na přijaté závazky vyplývající z českého předsednictví v Radě EU v roce 2009, a který se zaměřil na identifikaci nejčastějších stresorů působících na pracovišti, hodnocení závažnosti včetně návrhu opatření k omezení jejich vlivu či eliminaci. I tento výzkum přinesl závěr, že stres na pracovišti představuje jeden ze závažných fenoménů ovlivňujících vedle zdraví pracovníků i produktivitu a kvalitu práce.

Následující data o počtech případů a prostonaných dnů, při diagnóze duševních poruch a poruch chování tyto závěry více než potvrzují.

Počet případů a prostonaných dnů při diagnóze poruchy duševní a poruchy chování:

Rok	Počet případů PN	Počet prostonaných dnů
2006	45 345	3 098 638
2007	48 552	3 294 068
2008	54 981	3 861 791
2009	36 022	3 225 055
2010	33 277	2 931 799

Zdroj: Aktuální informace UZIS ČR

Vývoj průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti podle jednotlivých kapitol MKN-10 (ve dnech) – kapitola Poruchy duševní a poruchy chování:

1980	1985	1990	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
30,6	32,1	35,9	44,2	55,0	68,9	69,0	68,3	67,8	70,2	89,5	88,1

Zdroj: Aktuální informace UZIS ČR

Například nejvyšší míra prevalence byla zjištěna u neurotických poruch, k nimž patří např. fobie, reakce na těžký stres, poruchy příjmu potravy a spánku. Úroveň prevalence neurotických poruch od roku 2001 postupně narůstala. Zatímco v roce 2001 byla míra prevalence pro Českou republiku 134,3 ošetření v roce 2005 to bylo již 173,6 vyšetření na 10 000 obyvatel. K největšímu nárůstu, který ovšem nebyl v důsledku kolísání kontinuální, došlo v krajích Hlavní město Praha a Královéhradeckém (v roce 2005 byla úroveň prevalence 307,8 a 196,7 ošetření na 10 000 obyvatel).⁹

4.2. Sociální dopady stresu

Projevy stresu na člověka se ve společnosti neodráží pouze v rovině finanční či zdravotní, ale má pochopitelně také svůj dopad na mezilidské vztahy a sociální oblast vůbec. Obecně lze tyto dopady charakterizovat jako snižování sociální zdatnosti, kdy dochází ke ztrátě dovedností, které nám umožňují komunikovat s druhými, sdělovat jak se cítíme, co prožíváme. To vede k celkovému útlumu sociability, k nezájmu o hodnocení ze strany druhých, s výraznou tendencí redukovat kontakt s klienty či kolegy, vedoucí až k nechuti k vykonávané práci. U pracovníků, na které intenzivně a delší dobu působí stres, se mnohem častěji objevují různé závislosti (cigarety, alkohol, drogy), rodinné problémy končící rozpadem rodiny a v extrémních případech i sebevraždy.

Nešpor (2001) uvádí, že pevná data, kolik zdravotnických zaměstnanců je v ČR závislých na alkoholu, zatím nejsou k dispozici, ale z průzkumů jiných zemí plyne, že lékařská (zdravotnická) profese je závislostí na alkoholu postižena víc než běžná populace. „Avery a spol. (2000) odhadují výskyt závislosti mezi americkými lékaři na celých 10-15 % a

⁹ Aktuální informace č. 2/2007 UZIS ČR

domnívají se, že tento počet ještě vzrůstá.“ Několik dalších rozsáhlých studií prokázalo, že lékaři a zdravotní sestry jsou návykovými nemocemi ohroženi více než běžná populace a to zejména skrze vysokou stresovou pracovní zátěž. Mezi nejrizikovější obory se dají zařadit kromě psychiatrie a anesteziologie také urgentní medicína, tedy i práce záchranné služby (Herman, Doubek, 2008, s. 45)

Negativní působení pracovního stresu působícího na člověka lze předpokládat i v kontextu rodinného života, kdy na rozdíl od sňatečnosti, která se výrazně snižuje, absolutní počet rozvodů stagnuje. Viz následující tabulka.

Rok	1995	2000	2001	2002	2003	2005	2009
Rozvody	31135	29704	31586	31758	32824	31288	29133
Sňatky	54956	55321	52374	52732	48943	51829	47862

Zdroj: ČSÚ

Počet sebevražd je z historického pohledu sice jedním z nejmenších v novodobé historii naší země, ale v posledních letech se opět začíná pomalu zvyšovat.¹⁰ Dá se predikovat, že se situace bude vzhledem k socioekonomickým faktorům zhoršovat, a počet sebevražd dále poroste. Jedním z důvodů bude i zvyšující se míra stresu na pracovištích.

¹⁰ Počet sebevražd v ČR



Sebevraždy absolutně a relativně

	2006	2007	2008	2009	2010
Počet	1 400	1 375	1 379	1 464	1 502
Index (průměr 2006 - 2010 = 100%)	98,3	96,6	96,8	102,8	105,5
Počet na 100 tis. obyvatel	13,6	13,3	13,2	14,0	14,3

Zdroj: ČSÚ

4.3. Ekonomické dopady stresu

Podle výzkumu provedeným evropskou agenturou pro BOZP s názvem OSH in figures: stress at work – facts and figures vydané evropskou agenturou pro BOZP trpí stresem kolem 22% pracovníků z EU. V ČR má pak problém s pracovním stresem 17% zaměstnanců.¹¹ Přímé náklady spojené se stresem na pracovišti jsou odhadovány až na 4% HDP a v roce 2002 byly roční náklady spojené se stresem při práci v EU vyčísleny přibližně na 20 miliard EUR.¹² Tyto negativní důsledky dopadají nejen na hospodářský výsledek organizace, ale i na stav veřejných financí každé země. Podle průzkumů Mezinárodní organizace práce (ILO) vzniká německému hospodářství kvůli pracovníkům postiženým stresem ročně škoda ve výši pět miliard marek. Potvrzují to i další fakta: Podle informací institutu Maxe-Plancka přináší nezvládnutý stres měsíčně šest dní nemocenské na každého pracovníka.¹³ Vzhledem k tomu, že vývoj na trhu práce klade na pracovníky stále větší požadavky, je velmi pravděpodobné, že počet ohrožených osob stresem dále poroste.

V ČR se například Lékařský odborový klub – svaz českých lékařů (dále jen LOK-SČL) se ve své analýze českého zdravotnictví mimo jiné zabývá opatřeními vedoucími k omezení neefektivního hospodaření poskytovatelů péče, kdy samostatná kapitola je věnována lidským zdrojům. Pracovníci jsou pak oprávněně považováni za největší konkurenční výhodu. Důsledkem neexistence managementu lidských zdrojů dochází k vysoké fluktuaci lékařského a středního zdravotního personálu. Náklady na jednoho fluktuaanta se odhadují na 50 tis. Kč na jednu sestru a okolo 100 tis. Kč na jednoho lékaře. LOK si uvědomuje, že jednou z hlavních příčin je i fakt, že nový pracovník psychicky neunes pracovní prostředí. Souhrně pak dle LOK-SČL stojí selhávání lidských zdrojů ve zdravotnictví stovky milionů Kč. (LOK-SČL, 2010)

¹¹ OSH in figures: stress at work – facts and figures. 2009[online] . [cit. 2011-8-18]. Dostupné na: http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work

¹² *Před stresem v práci je třeba se chránit.* [online] . [cit. 2012-1-19]. Dostupné na: <http://www.mpsv.cz/cs/7893>

¹³ *Stres stojí ročně německé hospodářství miliardy marek.* [online] . [cit. 2011-8-18]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/stres-stoji-rocne-nemecke-hospodarstvi-miliardy-marek-139131?category=ze-zahranici>

5. Analýza prostředí implementace SPIS

Cílem této části práce je provést analýzu prostředí, ve kterém dochází k implementaci Systému psychosociální intervenční péče a charakterizovat podmínky, za kterých je daný projekt uskutečňován. Tedy za jakých institucionálních podmínek dochází ke střetávání a vzájemnému ovlivňování jednotlivých aktérů, hráčů. Tyto informace budou nutně klíčové pro splnění stanovených cílů a následnému vyhodnocení závěrů a doporučení z nich plynoucí.

Aby bylo možné tyto cíle uskutečnit, je tedy nutné identifikovat:

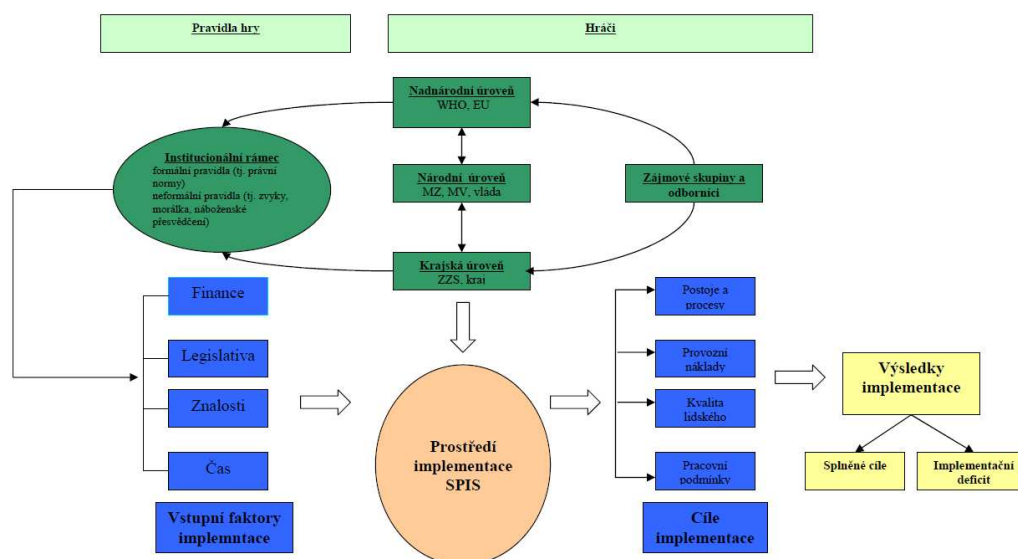
- cíle daného projektu,
- aktéry, kteří se podílí na implementaci,
- nástroje použité při implementaci.

5.1. Rámcové vymezení projektu

K lepšímu pochopení procesu implementace slouží následující model, který přehledně znázorňuje tento proces z pohledu výše uvedených kritérií, které je nutné analyzovat a které spolu souvisejí a na sebe navazují. Jde o:

1. Vlivy institucionálního prostředí, kam patří legislativní podmínky a bariéry, způsob financování a dostupnost finančních prostředků či časová stránka.
2. Vlivy na straně aktérů (hráčů) – což je především o problému organizačního uspořádání, schopnostech či dovednostech a personální kapacitě vůbec. Dále pak o zájmech, které tito aktéři sledují, o dostupnosti ke zdrojům, ale i o jejich síle a motivaci.

Model implementace SPIS



Zdroj: Autor

5.2. Cíle implementace systému

Mezi základní kritéria úspěšné implementace, mimo jasné definování a vymezení problému, patří také stanovení cílů, které má nový systém plnit. Za cíle považujeme očekávané stavy, které mají vyjádřit budoucí efekt zaváděné politiky. A také rozlišení dle hledisek:

Hledisko	Kritériální otázka	Odpověď
Časové	Jak by měla být poskytována?	Nepřetržitě.
Organizační	Kterou institucí veřejného sektoru má být poskytován?	Zdravotnickou záchrannou službou Fakultními nemocnicemi Nepřímě - Ministerstvem zdravotnictví ČR.
Institucionální	Jak budou nastavena pravidla služby?	Zákon o ZZS, koncepce služby, standards psychosociální pomoci.
Dostupnost užítku	Komu je dostupný?	Primárně zdravotníkům Následně všem členům společnosti.
Nabídky	Jak může být rozhodováno o jeho produkci?	Politickým rozhodnutím, tlak odborníků a nadnárodními hráči.
Ekonomické	Jak je statek spotřebován?	Veřejností skrze efektivněji pracující a spokojenější záchranáře.
Formy financování	Jak je financován?	Ze státního rozpočtu, rozpočtu krajů, dotace z EU.

Zdroj: Šetek (2008, s. 4) upraveno

5.2.1. Strom cílů

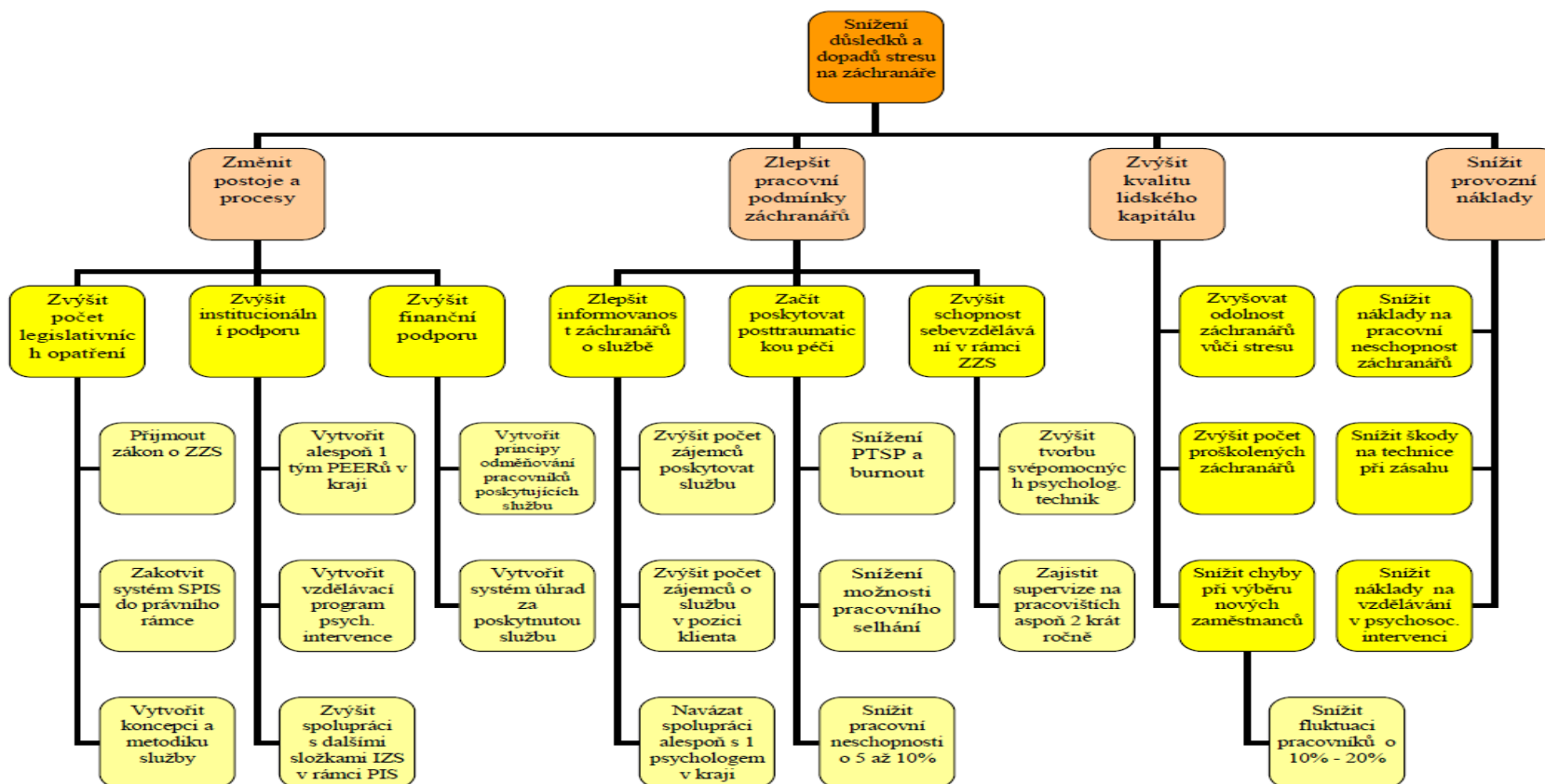
Pro stanovení cílů jsem zvolil techniku stromu cílů. Stanovené cíle, které má plnit nově připravovaný Systém psychosociální intervenční služby, jsem rozdělil podle obecnosti. Jejich charakteristika je ovlivněna především tím, že v současné době je zpracovávána problematika v rozortu zdravotnictví novum. Elementární cíl, kterého je třeba dosáhnout je “snížení důsledků a dopadů stresu na zdravotnické záchranáře”.

Obecné cíle jsou zastoupeny čtyřmi cíli, které vyjadřují různé pohledy, jakými směry by daná politika měla směřovat. Jde o:

- Směr legislativních a institucionálních změn – změnit postoje a procesy ve smyslu zvýšení institucionální, legislativní a finanční podpory. Tedy o tvorbu nových zákonů, zlepšení participace jednotlivých aktérů na plnění dané politiky a zavedení různých dotací a grantů na financování.
- Následně o změny zlepšení pracovních podmínek těch, kteří jsou stresem ovlivňováni - zvýšit bezpečnost práce, zlepšit vztahy na pracovišti, možnost supervize.
- Dalším cílem je samozřejmě zlepšená úroveň lidského kapitálu, která by se měla projevit po uvedení systému do činnosti – vzdělávání, snížení fluktuace, kvalitnějšími přijímacími pohovory atd.
- Posledním cílem jsou cíle ekonomického charakteru, které očekáváme, že daná politika s sebou přinese - snížení pracovní neschopnosti, syndromu vyhoření, větší efektivita práce, eliminace pracovních chyb.

Všechny cíle jsou směřovány ke zvýšení efektivity systému směrem k uživateli služby – zdravotnickému zaměstnanci (popřípadě pacientovi či občanovi jako účastníkovi mimořádné události)

Pro přehlednost jsem všechny cíle názorně shrnul v diagramu „Strom cílů“ a seřadil tyto cíle i podle časového hlediska, jak by měly být postupně naplňovány, aby byla zachována kontinuita a co nejefektivnější průběh procesu tvorby dané politiky. Nejdříve je nutné, aby v první etapě byly splněny cíle, které se týkají změn legislativy a změn postojů institucí (včetně jejich financování). Teprve potom je možné rychle a efektivně začít plnit cíle týkající zlepšování pracovních podmínek pro záchranáře a následně pak dosahovat cílů, které souvisí se zvyšováním úrovně lidského kapitálu a se snižováním provozních nákladů.



5.3. Faktory implementace

Se sestavováním cílů úzce souvisí stanovení realizačních kritérií. Tato kritéria určují, jaká hlediska budou mít největší vliv na plnění cílů, a která jsou rozhodující pro hlavní aktéry implementace. Také jsem se snažil, aby daná kritéria byla jasná a tvořila kompaktní hodnotící celek. Ochrana (2007) rozlišuje rámcové hodnotící podmínky na subjektivní faktory, které se týkají subjektivních kvalit aktérů, kteří se podílejí na výsledku rozhodovací činnosti a na objektivní faktory, kam patří všechny okolní vlivy, které nejsou závislé na subjektivních činitelích, a proto je nelze bezprostředně ovlivnit.

Mimo již uvedené jasné vymezení problému a jeho příčin, které jej pomáhají řešit, či určení adekvátních cílů vzhledem k povaze potřeb a problémům cílové skupiny, můžeme uvést důležitá kritéria mající vliv na průběh realizačního procesu. Jsou to například:

Přiměřenost politiky – sledujeme, zda uvažované opatření odpovídá účelu a na kolik je vlastně potřebné. Sledujeme, aby prostředky dostatečně přispívaly k úspěchu řešení a přitom respektovaly současné výdajové možnosti a nevytvářely řešení, které by negovaly plánované cíle.

Finanční proveditelnost politiky – úspory ve veřejném sektoru v době hospodářské krize, kdy je vládní politika provázená dramatickými škrty ve veřejné správě a privatizaci veřejných služeb, dělají toto hledisko nejproblematictější v celém procesu implementace.

Věcná uskutečnitelnost – je nutné si položit otázku, zda vůbec máme zdroje na tvorbu nového systému. (Hendrych, 2007)

Udržitelnost – poskytnout systému perspektivu. V době hospodářské recese a snahy neustále zmenšovat zadlužení, je velmi pravděpodobné, že se budou neustále snižovat rozpočty veřejného sektoru, schopnost zajistit chod služby nebo jej trvale rozvíjet bude velmi problematické.

Politická průchodnost politiky – nakolik je realizace dané varianty přijatelná pro všechny zúčastněné aktéry, kdy je ochota jednotlivých aktérů ovlivňována například cenou, legislativní realitou, personálními možnostmi atd.

Rychlost implementace politiky – v jak rychlé době je možné rozjet službu tak, aby efektivně plnila svůj účel. (Veselý, Nekola 2007)

Je důležité také poznamenat, že jednotliví aktéři budou, z důvodu svého rozdílného postavení ve veřejněpolitickém procesu na daná kritéria pohlížet patrně dosti subjektivně. Velmi důležitá se jeví komplexnost programového působení, cílenost zaváděného programu, ale například také jeho citlivost k řešení daných psychosociálních potřeb. Za další kritéria je možné považovat:

- způsob volby intervečních opatření, tedy zda jsou adekvátně zvoleny činnosti, služby a podpory, které mají vést k vytyčenému cíli,
- způsob financování programu – zda jsou finanční zdroje dostatečné vzhledem k rozsahu a k povaze předpokládané služby,
- dostatečné personální zabezpečení programu a požadavky na kvalifikaci a loajalitu pracovníků,
- společenská přijatelnost vytyčených cílů a použitých prostředků,
- inovativnost, jedinečnost programu, jestli program přináší nové postupy a orientuje se na nové cíle,
- finanční a materiální náročnost programu, tedy zda program není vzhledem k očekávaným výstupům příliš složitý a nákladný.

5.4. Aktéři

Z důvodu co největší komplexnosti analýzy probíhající implementace je velmi důležité provést analýzu nejdůležitějších relevantních aktérů, kteří se na implementaci systému přímo podílejí (tedy mají nějaký zájem na problému), kteří jsou postiženi nebo budou dotčeni daným problémem, nebo kteří mají aktivní či pasivní vliv na řešení či rozhodování týkající se daného problému. (Veselý, Nekola, 2007)

Kromě aktérů na úrovni státu a kraje je nutné se v první řadě zaměřit na aktéry nadnárodní úrovně, kteří velmi významně ovlivňují politické dění uvnitř ČR. Členství země v euroatlatických organizacích velmi výrazně ovlivňuje tvorbu nových koncepcí, které mají zásadní vliv na formulování nových prioritních cílů a které musí být v souladu. Například Bezpečnostní koncepce ČR 2011 hovoří o tom, že nedílnou součástí právního rámce jsou i spojenecké a mezinárodní závazky vycházející z členství ČR v Organizaci Severoatlantické smlouvy (dále jen NATO), EU atd.

Zde se mimo jiné hovoří, že strategické zájmy ČR jsou zejména bezpečnost a stabilita v euroatlantickém regionu, pevná transatlantická vazba a budování strategického partnerství mezi NATO a EU, společně s komplementárním rozvíjením obranných schopností NATO a EU.¹⁴

Následující kapitoly mají ukázat, že podpora duševního zdraví a prevence, se stávají pro Světovou zdravotnickou organizaci (World Health Organization dále jen WHO), EU a Radu Evropy významnou prioritou a nedílnou součástí těchto podpůrných aktivit je i psychosociální péče zasahující profesionály.

Příkladem provázanosti jednotlivých aktérů může být například projekt HESCULAEP, který má za cíl vytvořit platformu pro tok informací mezi poskytovateli přednemocniční neodkladné péče v zemích EU, zřizovateli těchto služeb, orgány státní správy a mezinárodními organizacemi (WHO, Červený kříž). Národní aktéři, EU (HESCULAEP) a NATO (Výborem pro zdravotnictví – Joint Medical Committee dále jen JMC) se podílí takto na zvyšování krizové připravenosti zdravotnictví ČR, kam patří i problematika psychosociální odolnosti zasahujících záchranářů. (Hlaváčková, 2006)

5.4.1. Evropská unie

Na úrovni EU probíhají aktivity v oblasti psychosociální péče o zasahující profesionály ve dvou rovinách. První úroveň se dá nazvat za centrální, která vychází z konání orgánů EU a pomocí které se snaží koordinovat společný postup států EU v oblasti duševního zdraví obecně, ale i doporučeními v problematice psychologické podpory v krizových situacích. Druhá úroveň spočívá v aktivitách jednotlivých států a dalších aktérů (zájmových skupin) v problematice psychosociální péče o oběti mimořádných událostí. Tito aktéři pak spolu vstupují do vzájemných interakcí formou společných projektů, které jejich zájmy síťují a propojují.

¹⁴ Bezpečnostní strategie 2011. [online]. [cit. 2012-2-15]. Dostupné na: http://www.mzv.cz/file/699914/Bezpecnostni_strategie_CR_2011.pdf

5.4.1.1. Společná evropská politika

Tímto způsobem prosazují centrální orgány EU jednotlivé politiky nejen pomocí nařízení, směrnic, rozhodnutí, doporučení a stanovisek, ale i grantů, kterými pomáhají financovat projekty jak národní, tak nadnárodní povahy.

Příkladem závazného dokumentu je směrnice Rady ze dne 12.6.1989, o „zavádění opatření pro zlepšení bezpečnosti a ochrany zdraví zaměstnanců při práci“ (89/391/EHS), která stanovuje minimální požadavky na podporu zlepšování zejména pracovního prostředí a k zabezpečení vyšší úrovně ochrany bezpečnosti a zdraví pracovníků. Pro provádění směrnice musí členské státy zvolit takové formy vnitrostátního práva, které jsou nejvhodnější pro zajištění tzv. „užitečného účinku“ práva Společenství (článek 10 Smlouvy o ES).¹⁵ Usnesení Rady č. 2000/C86/01 ze dne 18. listopadu 1999 „o podpoře duševního zdraví“ vyzývá členské státy věnovat náležitou pozornost duševnímu zdraví a rozvíjet opatření na podporu duševního zdraví.¹⁶

K návrhu stanovit společnou strategii EU v oblasti duševního zdraví došlo v roce 2005, kdy byl vydán dokument „*Green Paper – Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*“.¹⁷ Zde je poprvé vyjádřena potřeba společné strategie v oblasti péče o duševní zdraví, která by sebou přinesla pozitivní ve formě tvorby rámce pro výměnu informací a spolupráci mezi členskými státy, vedoucí ke zlepšení provázanosti opatření v různých odvětvích politiky a v otevření platformy, jenž by do tvorby řešení zapojila zúčastněné strany včetně organizací pacientů a organizací občanské společnosti. „*Zelená kniha*“ se také zabývá určením důležitosti duševního zdraví, které pro občany představuje prostředek, jenž jim umožňuje uskutečňovat duševní a citový potenciál, nacházet a plnit role ve společenském, akademickém a pracovním životě. Ve společnostech přispívá dobré

¹⁵ *Prameny a působnost práva Evropské unie*. [online]. [cit. 2012-2-20]. Dostupné na:

http://circa.europa.eu/irc/opoce/fact_sheets/info/data/how/characteristics/article_7147_cs.htm

¹⁶ *Council Resolution of 18. November 1999 on the Promotion of Mental Health*. [online]. [cit. 2012-2-28]. Dostupné na: <http://policy.mofcom.gov.cn/claw/en/flaw!fetch.html?libcode=flaw&id=0587b525-6b14-4b43-aaa4-0e0072fee7c0>

¹⁷ *Green Paper – Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*. European Communities, 2005. [online]. [cit. 2012-2-28]. Dostupné na: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

duševní zdraví obyvatelstva k prosperitě, solidaritě a sociální spravedlnosti. Odborníci odhadují, že v rozmezí jednoho roku trpí alespoň jednou z duševních poruch více než 27% Evropanů.¹⁸ EU pokládá za důležité zahájit s evropskými orgány, vládami, zdravotnickými odborníky, zúčastněnými stranami v jiných odvětvích, občanskou společností, organizacemi pacientů a výzkumnou obcí diskusi o významu duševního zdraví pro EU, potřebě strategie na úrovni EU a jejich možných prioritách.

Důležitým dokumentem týkajícím se tématu je přijetí Návrhu závěrů Rady „o psychosociální pomoci v případě mimořádných událostí a katastrof“ (Rada EU č. 9838/10). Jde o soubor návrhů zdůrazňující, že existují empirické důkazy, že lidé postižení katastrofou mohou trpět psychickými problémy, které pak ovlivňují jejich zdraví. Bod č. 7. přímo hovoří o skutečnosti, že personál záchranných služeb a další pracovníci, kteří přímo zasahují na místě události, mohou být psychosociálně ovlivněni dopadem práce v kritických situacích. Je proto důležité vypracovat programy prevence, vzdělávání a rehabilitace na zvýšení jejich odolnosti. Přestože ochranu svých občanů EU nechává primárně na odpovědnosti jednotlivých zemí a evropské orgány mají pouze doplňující a podpůrnou úlohu, tak Rada Evropské unie apeluje na členské státy, aby se zaměřily na psychosociální podporu během mimořádných situací, na podporu integrovaných programů umožňujících zvládnání stresu pro všechny druhy záchranných služeb (hasiči, policie, zdravotnické služby) a vyzývá Evropskou komisi, aby psychosociální aspekty mimořádných událostí byly zahrnuty do civilní ochrany EU.

5.4.1.2. Platforma evropských projektů

V rámci EU neprobíhá jen proces přijímání, podpory a koordinace politik směrem zhora-dolů, ale také ke spolupráci na horizontální úrovni mezi jednotlivými státy a dalšími aktéry. V rámci této formy spolupráce se uskutečňuje množství různých projektů

¹⁸ V EU v současnosti každoročně umírá v důsledku sebevražd zhruba 58 000 občanů, což je vyšší počet než v případě úmrtí v důsledku dopravních nehod, vražd nebo HIV/AIDS.
http://europa.eu/documentation/official-docs/green-papers/index_cs.htm#2005

sloužících k prosíťování poskytovatelů, zájmových skupin a odborníků, kteří tímto způsobem zdokonalují a koordinují postupy v oblasti psychosociální podpory zasahujícím záchranářům. O některých vybraných projektech se budu zmiňovat v kapitole o vybraných veřejně politických nástrojích.

Mezi nejvýznamnější můžeme zařadit „*TENTS – The European Network for Traumatic Stress*“ (dále jen TENTS) nebo projekt „*EUTOPIA - European Guideline for Target group Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster*“ (dále jen EUTOPIA) zaměřené na cílové skupiny. Tyto aktivity umožňují získávat zkušenosti a poznatky z různých zemí v oblasti psychosociální podpory a umožňují se tak poučit z předchozích chyb a problémů.

Z mnoha výstupů této spolupráce můžeme zmínit „*Technickou zprávu z implementace z projektu EUTOPIA*“.¹⁹ Jejím smyslem je standardizovat psychosociální následnou péči v případě katastrof a mimořádných situací, stejně jako rozvíjet evropskou síť pomocí aktuálních poznatků. Dokument přináší analýzu výsledků již realizovaných projektů, jako jsou například projekt Britského červeného kříže „*Working Together to Support Individuals in an Emergency or Disaster*“ nebo projekt „*Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung*“ publikovaný v roce 2006. Další snahou o metodické řešení a model spolupráce v podmínkách psychologické a sociální situace byl počin „*Psycho-Social Support in Situations of Mass Emergency*“. Tato příručka se týká různých aspektů psychosociální podpory pro osoby zapojené do závažných havárií a katastrof. Výsledkem je souhrn výměn myšlenek a vzájemných diskuzí odborníků z řad psychologie, sociální práce, zdravotnické záchranné služby, akademiků, nezávislých konzultantů a orgánů veřejné správy. (Seynaeve, 2001)

¹⁹ European Commission. Final Technical Implementation Report. [online]. [cit. 2012-3-6]. Dostupné na: http://ec.europa.eu/echo/civil_protection/civil/prote/pdfdocs/stadt_koeln_report.pdf

5.4.1.3. Evropské komise a agentury

„Stálý výbor pro psychologii krizí a neštěstí“ působí jako pracovní skupina pod Evropskou federací psychologických asociací (European Federation of Psychologists' Associations dále jen EFPA), která na nadnárodní úrovni vytvořila evropské obsahové standardy pro poskytování psychosociální pomoci jako určitou normu pro psychologické zásahy.

Hlavními úkoly této skupiny jsou

- rozvíjet zformovanou evropskou síť v oblasti psychologie katastrof, která má za cíl výměnu informací a zkušeností mezi jednotlivými evropskými státy a vzájemné obohacím v této oblasti,
- koordinovat snahy jednotlivých zemí při vytváření národních systémů psychosociální pomoci,
- dále má podporovat východoevropské země v oblasti psychologie krizí, neštěstí a traumatu se zaměřením na know-how a specializaci CISM, zajistit účastníkům podporu a vybavit je takovými znalostmi, aby byli schopni přenést získané znalosti a zkušenosti do funkčního stavu.²⁰

Jako reakce na uvedené podněty „Výboru“ byla u nás při Českomoravské psychologické společnosti založena Pracovní skupina pro psychologii krizí a neštěstí při Českomoravské psychologické společnosti (ČMPS).

„Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci“ (European Agency for Safety and Health at Work dále jen EU-OSHA) je specializovanou agenturou EU na problematiku bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, která má za úkol spolupracovat s vládami členských států unie, zaměstnavateli a zaměstnanci. Zabezpečovat sběr dat, analyzovat a zveřejňovat výsledky výzkumů bezpečnostních rizik a také shromažďovat

²⁰ MALÍKOVÁ, J. Trénink trenérů: Řízený trénink psychologů v oblasti psychologie neštěstí, krizí a traumatu ve východoevropských zemích. E-psycholog, 2011. roč. 5, č. 4. [online]. [cit. 2012-3-14]. Dostupné na: <http://e-psycholog.eu/pdf/malikova-zp.pdf>

nové poznatky o možných preventivních opatření a pomáhat tyto techniky zavádět do praxe. Cílem EU-OSHA je tedy být jakýmsi centrálním poskytovatelem informací v oblasti BOZP a zajistit jejich použitelnost pro všechny uživatele bez ohledu na velikost či oblast působení zaměstnavatele.

Tématickými oblastmi pro výzkumu této agentury jsou:

- prevence úrazů,
- měnící se svět práce,
- nebezpečné látky ,
- zaměření BOZP na vzdělávání,
- muskuloskeletální poruchy,
- hluk při práci ,
- hodnocení rizik,
- stres a psychosociální rizika,
- podpora ochrany zdraví na pracovišti,
- evropské observatorium rizik,
- ekonomické pobídky,
- obchodní aspekty BOZP.

V loňském roce agentura vypracovala publikaci „*Emergency Services: A literature Review on Occupational Safety and Health Risks*“. (Milczarek, 2011), která se snaží zmapovat nejen specifické charakteristiky práce záchranářských služeb, ale i jejich potřeby a rizika.

5.4.2. WHO

Podle článku 1 „*Deklarace WHO*“ (1946) tato organizace vznikla zejména z důvodu mezinárodní organizace a spolupráce v oblasti péče o zdraví lidstva. Funkci zprostředkovatele a tlumočnicka mezi jednotlivými členskými státy a WHO plní národní kanceláře WHO v jednotlivých zemích. K jejich důležitým úkolům patří komunikace s partnery v ČR, distribuce informací a materiálů. Svou činností ovlivňuje tvorbu

zdravotní politiky v zemi. K tomu patří i uzavírání a zajišťování plnění smluv mezi WHO a Ministerstvem zdravotnictví ČR (dále jen MZ ČR), které se uzavírají skrze realizaci společných projektů.

Aktivity WHO jsou shrnuty v následujících bodech:

- Rozvoj odpovídajících zdravotnických strategií, institucionálního zázemí a začleňování zdravotnických aspektů do sociálních, ekonomických, ekologických a rozvojových strategií.
- Podpora zdravotní bezpečnosti.
- Upevňování zdravotnických systémů.
- Uplatňování výzkumů a dosažených poznatků při formulování priorit a strategií.
- Posilování spolupráce.
- Snaha o zkvalitnění práce organizace.

Dle definice WHO je zdraví "*stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, který se nesestavá jen z absence nemoci či vady*" (Constitution of the WHO, 1946).²¹ Dále byla definice upřesňována a doplňována. V programu WHO Zdraví pro všechny do roku 2000 (Health for All, 1977), se objevila doplňující charakteristika zdraví jako "*schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život*". Z tohoto vyplývá, že duševní zdraví se vztahuje na širokou škálu činností přímo či nepřímo souvisejících s duševní pohodou a prevencí duševních poruch, jejich léčby a rehabilitací osob postižených duševními poruchami.

Nejnovější iniciativou a koncepčním dokumentem je "Health 21", který je výzvou k společné cestě ke zdraví, sdílené odpovědnosti a tvůrčímu partnerství. Zde je upozorňováno na skutečnost, že rizikové faktory duševních zdravotních problémů narůstají. S tím souvisí cíl č. 6 – Zlepšení duševního zdraví, který si mimo jiné klade za cíl podstatně snížit zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost lidí vyrovnávat se se stresujícími životními událostmi. Daného cíle je možné dosáhnout zejména větším důrazem na vzdělávání zdravotnického personálu. Řídící zdravotničtí

²¹ Constitution of the WHO. 1946. [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

pracovníci i zaměstnanci ostatních rezortů by si měli uvědomit, že velké množství psychických problémů má kořeny v sociálních okolnostech a rizikových faktorech. Z těchto důvodů by se měla zlepšit strategie prevence.²²

Dalším významným dokumentem reagujícím na snahy řešit v evropském prostředí problematiku duševního zdraví, je *“Mental Health Declaration for Europe“* (2005).²³ Jeho hlavním cílem aktivit v oblasti duševního zdraví je zpevňovat pocit fyzické a duševní pohody lidí a působit cíleně na jejich silné stránky a zdroje, posilovat odolnost a zpevňovat vnější ochranné faktory. Konkrétně určuje, že v průběhu příštích pěti až deseti let se mají připravit, realizovat a vyhodnotit politické koncepce a legislativa, jež pomohou vyvíjet aktivity duševního zdraví, schopné zlepšit pocit zdraví a duševní pohody v celé populaci a začlenit do společnosti jako akceschopné i jedince s psychickými problémy. Prioritou příštího desetiletí je mimo jiné navrhnout a zavést komplexní, integrované a výkonné systémy duševního zdraví, zahrnující podporu, prevenci, léčbu a rehabilitaci, péči a rekonvalescenci. Považuje se za nutné řešit potřebu kvalifikovaných pracovních sil, které by byly schopny řešit dané cíle. Což by se mělo realizovat navazováním partnerství, zajišťováním koordinace a vedení napříč regiony, zeměmi a sektory, které mají vliv na duševní zdraví. Je nutné navrhovat programy náboru, vzdělávání, školení k zajištění dostatečného množství kvalifikovaných multidisciplinárních sil a uskutečňovat vzdělávací aktivity na úrovni jednotlivých pracovišť. Na Deklaraci (2005) navazuje projekt *„Mental Health. Facing the challenges, building solutions“*, který má pomoci splnit cíle, na kterých se jednotlivé členské státy zavázaly. Tohoto se má docílit vzájemnou spoluprací všech aktérů od nadnárodní, přes vládní úrovně až po zájmové a nevládní organizace. (WHO, 2005)

²² WHO. *Health 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. 5. vyd. World Health Organization, 1998. 36 s. SBN 92 890 1348 6 [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf

²³ *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*.

[online]. [cit. 2012-3-25]. Dostupné na:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99720/edoc06.pdf

V kontextu tématu se jeví jako poměrně důležité i přijetí Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF) formou sdělení č. 431/2009 Sb. Touto aktivitou WHO sleduje, že se MKF „stane operativním a smysluplným nástrojem, použitelným pro evidenci incidence a prevalence disability²⁴ a na základě toho vznikne vytvoření a dostupnost služeb v oblasti sociální, vzdělávání i zaměstnanosti. Umožní zavedení jednotného hodnocení zdraví a disability, srovnatelného na národní i mezinárodní úrovni, zřehlední a zjednoduší evropský systém sběru dat, týkajících se osob s disability“. Cílem klasifikace je tedy poskytnout jednotný a standardizovaný jazyk pro popis zdraví tak, aby bylo možné dosáhnout maximálně možné kvality života občana s disability, který má disabilní situaci. Členské státy EU přijaly tuto klasifikaci jako základní filozofii a politiku rehabilitace osoby s disability.²⁵ Z daného tedy vyplývá, že v kontextu této klasifikace může být další neřešení psychosociálních rizik spojených s pracovními podmínkami zdravotnických záchranných služeb jako značný problém do budoucna zejména v kontextu pracovního práva, přesněji řečeno v oblasti BOZP.

WHO psychosociální problematiku dále podporuje například také pomocí publikací „*Psychological first aid: Guide for field workers*“ (2011) apod.

5.4.3. NATO

Severoatlantická aliance představuje nepostradatelný základ pro stabilní společnost v Evropě především v otázce bezpečnosti. V souladu s články 3 a 4 Severoatlantické smlouvy²⁶ slouží jako transatlantické fórum pro spojenecké konzultace v jakýchkoli otázkách týkajících se životních zájmů jejích členů včetně tendencí, které by mohly ohrožovat jejich bezpečnost, kdy „smluvní strany budou jednotlivě i společně stálo a účinnou svépomocí a vzájemnou výpomocí udržovat a rozvíjet svoji individuální i

²⁴ Disability je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) konfrontuje s bariérami prostředí. Vedle funkčních tělesných jsou zde zahrnuty i funkce psychické, mentální a kognitivní.

²⁵ ŠVESTKOVÁ, O. – HOSKOVCOVÁ, S. *Nové přístupy k náhledu na občana se zdravotním postižením a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. E-psychologie, 2010. roč. 4 č. 4 ISSN 1802-8853 [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: http://e-psycholog.eu/pdf/svestkova_etal.pdf

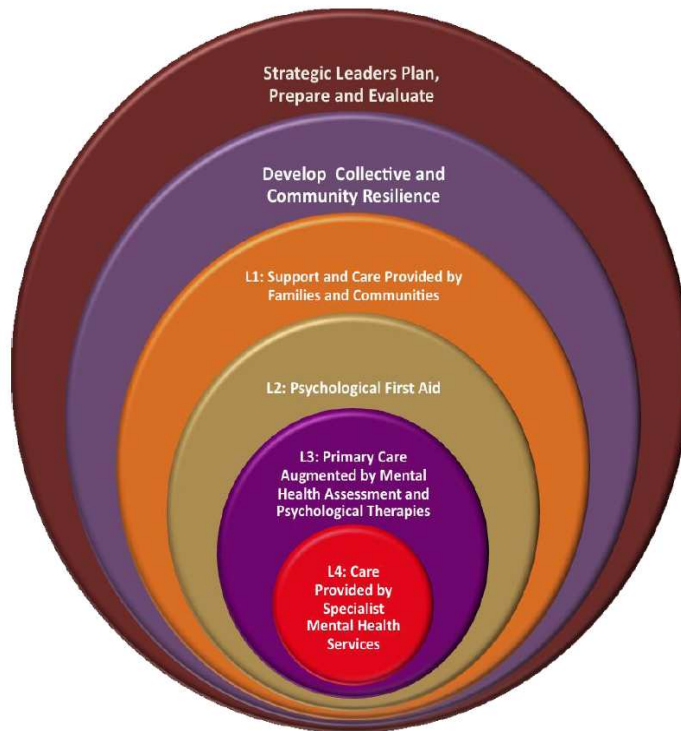
²⁶ *The North Atlantic Treaty*. 1949 [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_17120.htm

kolektivní schopnost odolat ozbrojenému útoku“. Umožňuje koordinaci jejich snah v oblastech společného zájmu. Ochrana civilního obyvatelstva a využívání civilních prostředků na podporu cílů NATO je klíčovou funkcí Senior Emergency Planning Committee²⁷, který koordinuje plánování v mnoha oblastech na civilně vojenském rozhraní ve snaze zajistit občanskou podporu pro operace Aliance a vojenskou podporu během civilních mimořádných událostí. Základním dokumentem civilního nouzového plánování NATO je „*Ministerská směrnice CNP NATO na léta 2010 – 2013*“. (Vymětal, 2010)

V oblasti zdravotnictví plní tyto úkoly Společný zdravotní výbor (Joint Medical Committee - JMC). Výbor se zaměřuje na civilně-vojenskou spolupráci se zřetelem na zvládnání šíření nemocí při vojenských operacích a na redukci dopadu katastrof, konfliktů, terorismu a mimořádných událostí velkého rozsahu na psychosociální a mentální zdraví zasažených obyvatel.(NATO, 2008) Severoatlantická aliance se prostřednictvím JMC tématu psychologické pomoci věnuje v kontextu všech kategorií obětí, tedy od obětí přímých až po sekundární a terciární oběti traumatu. Dokument „*Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents*“ obecně rozděluje úkoly na politickou úroveň, kdy musí vlády jednotlivých zemí přijímat strategické plánovací postupy pro vytvoření jednotného systému psychologických služeb a na konkrétní postupy při poskytování psychologických služeb. V kapitole věnující pozornost potřebám záchranářů, humanitárních a sociálních pracovníků, zaměstnancům v oblasti zdravotní péče a vojenským složkám je upozorňováno na skutečnost, aby potřeby těchto skupin nebyly přehlíženy s ohledem na velmi traumatizující podmínky spojené s jejich prací. Je zdůrazňován systémový přístup managementu zejména v oblasti vzdělávání a přípravy na mimořádné události. Obecně by se měla psychologická péče určená těmto složkám, skládat z přípravy a plánování před mimořádnou událostí, z opatření přijatých během akce a z opatření na podporu návratu do normálního stavu.

²⁷ Výbor na nejvyšší úrovni pro civilní nouzové plánování. [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: <http://www.mvcr.cz/clanek/pojmy-vybor-na-nejvyssi-urovni-pro-civilni-nouzove-planovani.aspx>

Základní prvky systému psychologické péče dle NATO:



Strategické plánování, příprava a vyhodnocení
 Rozvíjení a kolektivní odolnosti
 L1: Podpora a péče poskytovaná rodinám
 L2: Psychologická první pomoc
 L3: Primární péče rozšířená o posouzení zdravotního stavu a psychologická terapie
 L4: Péče poskytovaná specializovanými psychiatrickými službami

Zdroj: NATO Joint Medical Committee: Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents. NATO 2008.

Richard Williams v rámci svého příspěvku na konferenci NATO Medical Conference 2009 v Estoril s názvem „Psychosocial Care for People Affected by Disasters and Terrorism“ rozlišuje čtyři politické úrovně, na kterých by se měl společný systém psychologické péče v zemích NATO vyvíjet:²⁸

Politická úroveň	Charakter politiky	Realizátor politiky
1.	Řízení	NATO
2.	Strategický - návrh služby	NATO (TENTS)
3.	Provozní – poskytování služby	TENTS (NATO)
4.	Terénní – klinická praxe	TENTS a další

Zdroj: Williams (2009)

²⁸ WILLIAMS, R. *Psychosocial Care for People Affected by Disasters and Terrorism*. Estoril 2009. [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: <http://www.natomedicalconference2009.gov.pt/jmc/en/conferencia/programa/>

Williams ve svém vystoupení dále zrekapituloval nejdůležitější aspekty poskytování efektivní psychosociální péče:

- strategická připravenost zvyšuje odolnost a snižuje riziko neadekvátních reakcí,
- komunitní sociální sítě jsou pro zvládnání nejzásadnější,
- pochopit rizika v oblasti psychosociální a duševního zdraví musí pochopit zejména ti, kdo ve všech úrovních rozhodují,
- musí se rozlišovat mezi odolností, distresem a poruchou,
- má se podporovat hledání zdrojů každého jednotlivce,
- služba má být založena na principech psychologické první pomoci,
- i profesionálové jsou zranitelní,
- koordinace poskytovaných služeb je zásadní,
- stejně tak je nezbytné shromažďování dat, výzkum a hodnocení,
- optimální je stupňovitý model péče,
- personál poskytující péči má mít dobré vedení a také o něj má být pečováno.²⁹

Psychosociální problematika v rámci NATO je řešena také v rámci standardizačních dohod a postupů pro armádu (tzv. STANAGs).

5.4.5. Ministerstvo zdravotnictví ČR

Ministerstvo zdravotnictví ČR je ústředním správním úřadem pro zdravotní politiku ČR. Jeho působnost je obecně upravena právními předpisy, včetně oblasti krizové legislativy. Jeho úkolem je prostřednictvím tvorby a prosazováním státní zdravotní politiky zajistit rámcové podmínky pro poskytování zdravotní péče. Nejvýznamnějším nástrojem k plnění těchto úkolů jsou zákony. Mezi ně patří zejména:

²⁹ ŠEBLOVÁ, J. *NATO Medical Conference 2009, Portugalsko 30. září – 2. října 2009*. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: Mediprax CB, 2009. roč. 12, č. 4. ISSN 1212-1924.

Listina základních práv a svobod

Podle čl. 31 Listiny základních práv a svobod má každý právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Tento zákon upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy EU.

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o zdravotnické záchranné službě)

Zákon upravuje podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby, práva a povinnosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby, povinnosti poskytovatelů akutní lůžkové péče k zajištění návaznosti jimi poskytovaných zdravotních služeb na zdravotnickou záchrannou službu, podmínky pro zajištění připravenosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací a výkon veřejné správy v oblasti zdravotnické záchranné služby. Dle § 23 je působnost MZ ČR v těchto oblastech:

- a) *metodicky řídí činnost poskytovatelů zdravotnické záchranné služby,*
- b) *metodicky řídí spolupráci poskytovatelů zdravotnické záchranné služby se složkami integrovaného záchranného systému a orgány krizového řízení podle zákona o integrovaném záchranném systému a zákona o krizovém řízení,*
- c) *koordinuje přípravu a plánování zdravotnické záchranné služby v rámci činností k připravenosti na řešení mimořádných událostí a krizových situací,*
- d) *ve spolupráci s Ministerstvem vnitra organizuje a koordinuje ve vztahu k poskytovatelům zdravotnické záchranné služby a Českému telekomunikačnímu úřadu jednotný systém rádiového spojení poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a*

využívání národního čísla tísňového volání 155, a to zejména k zajištění jejich úkolů v integrovaném záchranném systému a jejich napojení na kontaktní místa,

e) koordinuje součinnost poskytovatelů zdravotnické záchranné služby při přípravě na řešení mimořádných událostí a krizových situací s ostatními ministerstvy a krajskými úřady,

f) **metodicky usměrňuje realizaci celostátních projektů pro sjednocování a zkvalitňování poskytování zdravotnické záchranné služby,**

g) metodicky usměrňuje zaměření preventivně výchovné, propagační a ediční činnosti na úseku poskytování zdravotnické záchranné služby a podílí se na jejím zabezpečování,

h) financuje náklady podle § 22 písm. b).

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Právní předpis začleňuje zdravotnickou záchrannou službu mezi základní složky integrovaného záchranného systému a vymezuje její postavení a působnost v tomto systému.

Zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon), ve znění pozdějších předpisů

Právní předpis vymezuje působnost MZ ČR a orgánů kraje ve vztahu ke zdravotnickým zařízením, včetně zařízení zdravotnické záchranné služby, při zajišťování zdravotní péče v krizových situacích.

V rámci bienálních smluv došlo mezi MZ ČR a WHO k závazku, jehož výsledkem je smlouva o dvouleté spolupráci **Bilateral Collaborative Agreements na období 2010 – 2011**, která si kládla za cíl posílit zdravotní systém, prohloubení prevence chronických a přenosných nemocí, posílení dostupnosti a kvalifikací pracovníků ve zdravotnictví.³⁰

Odbor bezpečnosti krizového řízení byl v rámci této smlouvy koordinátorem dvou projektů:

- I. Zlepšení připravenosti a reakce systému zdravotnictví na zdravotní hrozby a krizové situace v oblasti veřejného zdraví – Situační analýza systému krizové

³⁰ Bienální smlouva mezi WHO a ČR [online]. [cit. 2012-2-10]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/bienalni-smlouva-mezi-who-a-cr_5516_1020_3.html

připravenosti a krizových útvarů, organizace a mechanismů koordinace s cílem získat údaje pro zlepšení kvality a standardizace.

II. Zlepšení připravenosti a reakce systému zdravotnictví na zdravotní hrozby a krizové situace v oblasti veřejného zdraví – Vybudování kapacit národního krizového systému pro mezinárodní spolupráci v oblasti řešení krizí a **podpora zavedení modelu komunitní péče o duševní zdraví v pilotním regionu a aplikace na další regiony.**

K hlavním cílům této smlouvy patřilo testování pilotního projektu systému psychosociální intervenční služby v resortu zdravotnictví – vytvoření podmínek pro činnost krajských koordinátorů, vytvoření základních požadavků na odbornou přípravu terénních pracovníků psychosociální intervenční služby.

Přestože je ministerstvo vázáno touto smlouvou i doporučeními NATO k určitému dalšímu směřování výkonu státní správy v oblasti podpory pracovníků, neexistuje v současné době v resortu zdravotnictví žádná speciální úprava koncepce psychosociální služby nebo její metodika. Z pohledu MZ ČR je prvotním úkolem vytvořit funkční systém. Teprve následně bude tvořena koncepce, tedy pokud ji poskytovatelé zdravotnické záchranné služby budou chtít vytvořit. MZ ČR žádné podmínky nestanovovalo, neboť k tomu dle názoru ministerských úředníků nemělo a nemá kompetence. Vše bylo založeno na dobrovolnosti. Od 1.4.2012, kdy platí zákon o zdravotnické záchranné službě, se jedná o kompetence krajů resp. poskytovatelů zdravotnické záchranné služby. Cílem MZ ČR bylo dát pouze povinnost do zákona, nikoliv organizovat vlastní poskytování pomoci.³¹

V obecné rovině je na centrální úrovni tato problematika zpracována v materiálu „**Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví ČR**“, která se zabývá analýzou krizové připravenosti³² resortu zdravotnictví a současně navrhuje opatření k jejímu zlepšení.

³¹ Rozhovor s Ing. Hejdovou, zástupkyní ředitele odboru bezpečnosti a krizového řízení MZ ČR

³² Krizová připravenost zdravotnictví je stav, kdy je systém orgánů veřejné správy, poskytovatelů preventivní péče, orgánů a zařízení ochrany veřejného zdraví a dodavatelů léčiv a zdravotnických prostředků schopen za mimořádných situací odborně způsobilými pracovníky zajistit zdravotní péči obyvatelstvu v rozsahu přiměřeném reálné situaci a na základě schválených postupů, a to při vnitřní i vnější operabilitě systému.

Koncepce vymezuje základní úkoly k zabezpečení krizové připravenosti celého systému zdravotnictví v pěti oblastech – právní prostředí, manažerské prostředí, odborné prostředí, zajištění věcných zdrojů a oblast přípravy lidských zdrojů.³³ Velká pozornost je zde věnována i poskytování psychosociální pomoci operátorům zdravotnických operačních středisek, členům výjezdových skupin zdravotnických záchranných služeb a pracovníkům urgentních příjmů nemocnic. **Jedním z prioritních zájmů „Koncepce...“ proto bylo zahrnutí postupů poskytování psychosociální intervenční služby zasahujícím zdravotnickým pracovníkům, včetně zajištění podmínek pro odbornou přípravu k poskytování psychosociální intervenční služby v systému postgraduálního celoživotního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.**

5.4.6. Ministerstvo vnitra ČR

Psychologické služby na Ministerstvu vnitra ČR (dále jen MV ČR) zajišťují na nadnárodní úrovni dvě pracoviště a to pracoviště odboru bezpečnostní politiky a odboru personálního, které se věnují čtyři základní oblasti:

- psychologie mimořádných událostí,
- psychologie krizového řízení,
- koordinace psychologických pracovišť bezpečnostních sborů,
- personální psychologie.

Psychologické pracoviště odboru bezpečnostní politiky bylo ustanoveno na oddělení bezpečnostních hrozeb a krizového řízení. Zde plní úkoly v oblasti psychologie mimořádných událostí a krizového řízení. Pracoviště připravuje zásadní koncepční rezortní a mezirezortní materiály pro utváření politiky vnitřní bezpečnosti a veřejného pořádku, včetně příprav rezortu na krizové situace, zejména z hlediska implementace psychologických poznatků. Odborně je vyvíjena spolupráce s ministerstvem zdravotnictví, ministerstvem zahraničních věcí, kdy psychologové této pracovní skupiny

³³ *Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví ČR.* [online]. [cit. 2012-3-23]. Dostupné na: http://www.ctif.org/IMG/pdf/Czech_Republic_-_Crisis_preparedness_czech_-_Dana_Hlavackova.pdf

jsou členové například Světové asociace pro urgentní medicínu a medicínu katastrof nebo pracovní skupiny pro psychologii krizí, katastrof a traumatu ČMPS. Psychologické pracoviště personálního odboru se dále podílí na výběrových řízení na ministerstvu vnitra, poskytuje psychologickou péči ve formě posttraumatické intervenční péči, krizovou intervenci, poradenské služby či psychoterapeutickou péči zaměstnancům ministerstva vnitra. Spolupracují na vzdělávacích a výzkumných úkolech a činnostech v oblasti prevence. Podílí se na přípravě koncepčních materiálech v oblasti krizové připravenosti a poskytuje pomoc při ostraňování následků mimořádných událostí. Plní také koordinační roli při využívání psychologie v oblasti bezpečnostních sborů (Policie ČR a HZS ČR).

Na rozdíl od zdravotnických pracovníků policista nebo hasič, který se dostane do extrémní či mimořádně obtížné situace má právo čerpat od svého zaměstnavatele bezplatně a rychle kvalifikovanou a diskrétní pomoc. Tato skutečnost byla zohledněna v § 77 odst. 11 písm. l zákona č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, ve kterém je psychologická péče zahrnuta mezi podmínky řádného a bezpečného výkonu služby a povinnosti v oblasti péče o příslušníky.³⁴

U HZS ČR je oblast psychologické služby dále právně a metodicky zakovena v těchto následujících dokumentech.

- Vyhláška č. 487/2004 Sb., o osobnostní způsobilosti, která je předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru, ve znění pozdějších předpisů, ve které jsou stanoveny osobností charakteristiky, které jsou předpokladem pro výkon služby v bezpečnostních sborech a postup zjišťování způsobilosti včetně působnosti psychologa.
- Koncepce psychologické služby HZS vydané GŘ HZS ČR, která má zabezpečovat podklady pro personální práci a výkon služby, zajišťovat posttraumatickou péči pro příslušníky a pomáhat obětem mimořádných událostí.

³⁴ VYMĚTAL, Š. *Poskytování psychosociální pomoci v mimořádných situacích*. 112 - odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva. 2007. roč. 6, č. 2. ISSN: 1213-7057.

- Pokyn GŘ HZS ČR č. 29/2003 – Statut psychologických pracovišť, Etický kodex psychologa HZS ČR.
- Pokyn GŘ HZS ČR č. 13/2006 – Sjednocení postupu při zjišťování osobnostní způsobilosti.
- Pokyn GŘ HZS ČR č. 30/2008, kterým se zřizuje systém poskytování posttraumatické péče příslušníkům a občanským zaměstnancům HZS ČR, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti s plněním služebních nebo pracovních úkolů a stanoví se postup při posttraumatické péči o oběti mimořádné události. V příloze tohoto dokumentu jsou vymezeny konkrétní traumatizující události.
- Pokyn GŘ HZS ČR č. 31/2008 – Anonymní telefonní linka pomoci v krizi.
- Pokyn GŘ HZS ČR č. 32/2006 – Povolávání psychologa HZS ČR do výkonu služby v operačním řízení.³⁵

System psychologické služby je u Policie ČR tvořen třemi částmi (anonymní telefonní linkou pomoci v krizi, systémem posttraumatické intervenční péče a službou policejních psychologů). Za metodické řízení systému posttraumatické intervenční péče odpovídá vedoucí psycholog Police ČR, který navrhuje koordinátory jednotlivých týmů. Služba je upravena závazným pokynem policejního prezidenta č. 21/2009, který byl dále změněn závazným pokynem policejního prezidenta č. 79/2010. Garantem etické a odborné kvality systému posttraumatické péče je psychologické pracoviště MV ČR.

5.4.7. ZZS Olomouckého kraje

Zákon o zdravotních službách v ust. 2 odst. 2 písm. d) rozumí zdravotnickými službami mimo jiné zdravotnickou záchrannou službu. Podle § 2 zákona o zdravotnické záchranné službě je zdravotnickou záchrannou službou „zdravotní služba v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Součástí zdravotnické záchranné služby jsou další činnosti stanovené tímto zákonem.“ Jde

³⁵ Právní rámec psychologické služby. [online]. [cit. 2012-3-25]. Dostupné na: <http://www.hzscr.cz/clanek/pravni-ramec-psychologicke-sluzby.aspx>

o službu zajišťující přednemocniční neodkladnou péči (dále jen PNP), tedy péči o akutní život ohrožující stavy, spadající pod zdravotnický obor nazvaný urgentní medicína.

Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje p. o. (dále jen ZZS), je organizací přímo zřízenou Olomouckým krajem, která vznikla k 1.7.2004 sloučením pěti příspěvkových organizací: Územního střediska záchranné služby v Olomouci a ZZS Prostějov, Přerov, Šumperk a Jeseník. Krajský model uspořádání ZZS umožňuje lepší koordinaci práce jednotlivých posádek, jak ve smyslu vzájemné zastupitelnosti, tak ve smyslu vzájemné výpomoci. Dle takto nastaveného systému dále platí, že za plnění úkolů ZZS jako základní složky integrovaného záchranného systému je podle zákona o IZS odpovědné MZ ČR, ale za dostupnost péče, organizaci a zajištění činnosti ZZS odpovídá kraj ve svém územním obvodu.

Základními úkoly ZZS Olomouckého kraje je nepřetržitě zabezpečovat, organizovat a řídit prostřednictvím jednotného spojového systému příjem, zpracování a vyhodnocení tísňových výzev a určení nejvhodnějšího způsobu poskytnutí PNP, její poskytování a zajištění a dopravu související s plněním transplantačního programu. Mezi další úkoly můžeme zařadit dopravu raněných a nemocných v podmínkách PNP ze zahraničí do ČR. Poskytování PNP při likvidaci zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof v součinnosti s HZS, operačními a informačními středisky IZS, kdy zabezpečují rychlou přepravu odborníků neodkladné péče, popřípadě léků a biologických materiálů na místo zásahu. Koordinuje součinnost s LSPP, praktickými i nemocničními lékaři. PNP se potom rozumí péče o postižené na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění, během dopravy k dalšímu odbornému ošetření a jejich předání do zdravotnického zařízení. (Hlaváčková a kol., 2007). Tato péče je potom poskytována v době, kdy dochází bezprostředně k ohrožení života postiženého nebo ve stavech, které mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti. Dále při stavech, které způsobí bez rychlého poskytnutí odborné pomoci trvalé chorobné změny, náhlá utrpení a náhlou bolest, či změnu chování a jednání postiženého, ohrožující jeho nebo okolí. Dle § 9 zákona o zdravotnické záchranné službě se zdravotnickým záchranným zařízením

poskytovatele zdravotnické záchranné služby rozumí prostory a mobilní prostředky určené pro poskytování zdravotnické záchranné služby. Těmito zařízeními jsou vždy:

1. Ředitelství je centrální řídicí a koordinační pracoviště pro poskytování záchranné služby a pro činnosti zajišťující připravenost na řešení mimořádných událostí a krizových situací na území kraje.

2. Operační středisko

Přijímá a vyhodnocuje výzvy na tísňové lince. Klíčovým úkolem střediska je potom vyhodnotit tísňovou výzvu tak, aby pracovníci KZOS určili nejvhodnější typ výjezdové skupiny k provedení potřebného zásahu, a nejlepší způsob poskytnutí přednemocniční neodkladné péče. V současné době se preferuje systém, kdy jedna záchranná služba v kraji má jedno operační středisko, odkud se řídí poskytování přednemocniční péče v celém kraji.

3. Výjezdová základna s výjezdovými skupinami

Výjezdová základna je místo, odkud vyjíždí výjezdové skupiny k zásahům. Výjezdová základna může zahrnovat jednu nebo více výjezdových skupin. Dle velikosti kraje a demografických parametrů má každý kraj různý počet výjezdových skupin a výjezdových středisek. Zákon o zdravotnické záchranné službě stanovuje nově dostupnost zdravotnické záchranné služby tzv. plánem pokrytí území kraje výjezdovými základnami ZZS, přičemž tento plán stanovuje pokrytí území kraje výjezdovými základnami tak, aby místo události na území jednotlivých obcí a městských částí bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny v dojezdové době do 20 minut.

a) **skupiny rychlé zdravotnické pomoci**, která se skládá z nejméně dvoučlenné posádky, složené z řidiče a zdravotnického záchranáře nebo specializované sestry,

b) **skupiny rychlé lékařské pomoci** s nejméně tříčlennou posádkou, jejímiž členy jsou kromě řidiče a zdravotnického záchranáře (specializované sestry) také lékař, který je současně vedoucím skupiny,

c) **skupiny rychlé lékařské pomoci** za pomoci setkávacího systému „rendez-vous“, kdy lékař přijíždí za pacientem v osobním voze, kde se setkává s vozem sanitním,

d) **skupiny letecké zdravotnické záchranné služby**, v níž zdravotnická část posádky je nejméně dvoučlenná, ve složení lékař a zdravotnický záchranář nebo sestra.³⁶

4. Pracoviště krizové připravenosti

Pracoviště krizové připravenosti je zřizováno za účelem plánování, přípravy a plnění úkolů dle zákona č. 239/2000 Sb. a zákona č. 240/2000 Sb., platné Bezpečnostní strategie ČR a platné Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví České republiky na území správního celku. Aktivity tohoto pracoviště jsou činnostmi v rámci přenesené působnosti kraje. Pracoviště krizové připravenosti je dle zákona určeno pro koordinaci:

- a) *úkolů vyplývajících pro poskytovatele zdravotnické záchranné služby z krizového plánu kraje, havarijního plánování a dokumentace integrovaného záchranného systému,*
 - b) *psychosociálních intervenčních služeb pro zaměstnance poskytovatele zdravotnické záchranné služby a další zdravotnické pracovníky v případě mimořádné události nebo krizové situace při provádění záchranných a likvidačních prací,*
 - c) *vzdělávání a výcviku pro plnění úkolů poskytovatele zdravotnické záchranné služby v oblasti krizového řízení, urgentní medicíny a medicíny katastrof,*
 - d) *vzdělávání a výcviku složek integrovaného záchranného systému k poskytování neodkladné resuscitace,*
 - e) *komunikačních prostředků pro plnění úkolů poskytovatele zdravotnické záchranné služby v integrovaném záchranném systému a v krizovém řízení.*
- (2) *Pracoviště krizové připravenosti zpracovává návrh traumatologického plánu a návrh jeho změny.*

5. Vzdělávací a výcvikové středisko koordinuje a realizuje cíle koncepce průběžného vzdělávání organizace. Mezi cíle patří zvyšování profesionality, garance kvality, etický přístup, osvěta a osobní rozvoj s přínosem pro blaho veřejnosti. Vzdělávací činnost není zaměřena pouze na zdravotnické pracovníky, ale také na širokou veřejnost.

³⁶ *Koncepce oboru Urgentní medicína a medicína katastrof* [online] [cit. 22.1.2012] <http://www.urgmed.cz/>

Základní zdroje financování soustavy zdravotnické záchranné služby jsou:

- ze státního rozpočtu na zajištění financování vzdušných dopravních prostředků letecké zdravotnické záchranné služby,
- ze státního rozpočtu na výdaje k zajištění krizové připravenosti zdravotnické záchranné služby³⁷ (viz. kapitola 6.6. Předpokládaná finanční náročnost služby),
- z veřejného zdravotního pojištění – na základě zákona o veřejném zdravotním pojištění,
- z rozpočtů krajů k samostatné působnosti nehrazené z jiných zdrojů – samostatná působnost krajů.

Největší část příjmů pokrývá příspěvek na provoz od zřizovatele, tj. příslušného kraje. Druhým nejvýznamnějším zdrojem je úhrada za poskytnutou péči od zdravotních pojišťoven. Další příjmy mohou plynout z doplňkové činnosti jednotlivých ZZS ve vztahu k veřejnosti a z darů. Naproti tomu náklady ZZS jsou charakteristické tím, že ZZS musí hradit i náklady na provoz, které nesouvisí přímo s ošetřením konkrétního pacienta, ale jsou nezbytné pro zajištění připravenosti posádek. Do této skupiny nákladů patří i poskytování psychosociální péče.

Přehled příjmů ZZS Olomouckého kraje (v tisících Kč)

Rok	Příspěvek od zřizovatele	Úhrady od zdravotních pojišťoven	Ostatní	Celkem výnosy
2009	152 026	83 975	6275	242276
2010	149 379	86 182	5592	241153
2011	155 574	87098	5092	247764

Zdroj: AZZS ČR

³⁷ Do této skupiny patří zejména osobní náklady pracoviště krizové připravenosti zdravotnické záchranné služby a logistické zajištění krizové připravenosti dle platného normativu, dále úhrada fixních nákladů na činnosti výjezdových skupin nehrazených z veřejného zdravotního pojištění, včetně bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a zajištění péče o duševní zdraví zaměstnanců, dále vzdělávání a výcvik k zajištění úkolů medicíny katastrof.

Náklady na provoz ZZS Olomouckého kraje (v tisících Kč)

Rok	Mzdové náklady	Ostatní náklady	Náklady celkem
2009	128 381	113 047	241 428
2010	133 777	106 782	240 559
2011	139 106	108 326	247 432

Zdroj: AZZS ČR

5.4.8. Olomoucký kraj

Zákon zdravotnické záchranné službě uvádí, že zřizovatelem záchranných služeb v ČR jako příspěvkových organizací jsou kraje a hlavní město Praha³⁸, které je mohou zřizovat dle ust. § 23 odst. 1 písm. b) zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. Tento zákon upravuje některé právní vztahy zdravotnických zařízení zřízených jako příspěvkové organizace. V Olomouckém kraji přešlo Územní středisko záchranné služby v Olomouci p.o., do zřizovatelské funkce kraje od 1.1.2003. a to prostřednictvím *Zřizovací listiny příspěvkové organizace Olomouckého kraje, v plném znění*, kdy v souladu s ust. § 1 a § 2 Zákon č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku České republiky do majetku krajů, ve znění pozdějších předpisů.

Výkon samostatné působnosti krajů ve věcech zdravotnické záchranné služby vychází obecně ze zákona č. 129/200 Sb., o krajích, ve znění pozdějších předpisů. Kraj je v samostatné působnosti na svém území povinen zajistit nepřetržitou dostupnost

³⁸ Od 1.1.2000 vešel v platnost zákon 347/1997 Sb., o novém státoprávním uspořádání a od roku 2001 vzniklo 14 samosprávných krajských celků.

Základním cílem tohoto reformního procesu byl a je přesun kompetencí z centra státní správy na orgány samosprávy prostřednictvím:

- decentralizace,
- dekoncentrace,
- deetatizace,
- demokratizace.

Již od roku 2002 byly na nové kraje převedeny nejen některé kompetence z ústředních správních orgánů státu, ale rovněž povinnosti okresních úřadů, které zanikly k 1.1.2003. Ústředním správním úřadům pak zůstaly pouze kompetence a úkoly v rovině:

- koncepce
- koordinace
- kontroly

zdravotnické záchranné služby v rozsahu stanoveném plánem pokrytí kraje výjezdovými základnami. Kraj má také podle zákona o zdravotnické záchranné službě kontrolovat povinnosti daných tímto zákonem. Dále zajišťuje organizaci integrovaného záchranného systému na úrovni kraje a zabezpečuje úkoly plynoucí ze zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, zajišťuje a kontroluje přípravná opatření, činnosti k řešení krizových situací a činnosti ke zmírnění jejich následků prováděné územními správními úřady s krajskou působností, obcemi, právníckými a fyzickými osobami a zabezpečuje úkoly plynoucí ze zákona č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů a zajišťuje koordinaci řešení krizových situací a také koordinaci a kontrolu přípravy na mimořádné události prováděnou orgány kraje, územními správními úřady s krajskou působností, obcemi, právníckými a fyzickými osobami

5.4.10. Rozhovory s vybranými odborníky

5.4.10.1. Psychologické pracoviště odboru bezpečnostní politiky MV ČR

Považujete stres v zaměstnání a při krizových situacích za veřejný společenský problém?

- Ano.
- Právo zaměstnance a občana - Spíše než za problém jej považujeme za realitu, se kterou by se člověk, který dané zaměstnání vykonává, neměl v žádném případě potýkat sám a pouze „na vlastní pěst“. Lidé vykonávající zaměstnání, jež jsou z hlediska fungování společnosti klíčová, a zároveň z hlediska míry a povahy stresu i riziková, mají plné právo na systémovou podporu a prevenci vzniku zdravotních a jiných komplikací v důsledku profesně specifického stresu. Cílené zvyšování odolnosti vůči velmi náročným a někdy život ohrožujícím situacím by mělo být součástí „péče o lidské zdroje“, jak z hlediska konkrétní organizace, tak i z hlediska společnosti.
- Dostupné „know-how“ - v ČR a ve světě působí řada kvalifikovaných odborníků v oblasti CISM a je k dispozici řada kvalitních, na důkazech založených a v praxi ověřených poznatků v oblasti zvyšování psychosociální odolnosti jednotlivců i

skupin. Stále větší pozornost je proto možné věnovat i prevenci vzniku poruch a komplikací v důsledku stresu (které v případě ponechání lidí svému osudu mohou představovat velkou zátěž pro jednotlivce, jejich rodiny, zdravotnictví, a v důsledku pracovní neschopnosti lidí i ekonomiku dané země).

- Společenské a ekonomické souvislosti - lidé potýkající se osamoceně s důsledky negativního stresu jsou mnohem náchylnější k běžným i psychosomatickým onemocněním. Z hlediska pracovního výkonu se snižuje jejich schopnost hledat a nacházet nová a systémová řešení, inovovat a rozvíjet, týmově spolupracovat a spoluvytvářet optimální pracovní atmosféru. Což ovlivňuje celkové klima v organizaci i společnosti. A ve svém důsledku i případnou konkurenceschopnost.

Vnímáte současné aktivity státu a jeho podporu směrem ke snižování negativních dopadů stresu za dostačující?

- Pokud jde o cílené aktivity podporované vládou ČR a financované ze státního rozpočtu, zřejmě existuje prostor pro zlepšení v následujících oblastech:
- Vůči občanům a veřejnosti
 - Poskytovat cílenou – na faktech založenou - osvětu a vzdělávání na všech stupních škol v oblasti psychické odolnosti a praktické připravenosti zvládat nejrůznější životní/krizové/stresové situace (např. ztráta blízké osoby, dlouhodobá nezaměstnanost, bezdomovectví, mimořádná situace v důsledku případné havárie atd.) Podobnou podporu podle našich informací poskytují spíše různá občanská sdružení a neziskové organizace.
 - Vytipovat skupiny obyvatelstva zvláště ohrožené nadměrným stresem (ať už v důsledku profesního působení či osobní životní situace), u nichž lze zároveň očekávat sníženou odolnost tento stres samostatně zvládat, a kde je tomuto stresu vystavena větší část komunity. Vytvářet a realizovat podpůrné programy cílené právě na tyto skupiny lidí. Vyhodnocovat efektivitu těchto programů a podpory – a činit příslušná opatření.
 - Věnovat pozornost vzdělávání lékařů a zdravotníků v oblasti psychosomatiky (souvislost mezi stresem a konkrétními nemocemi). Považovat zdraví a „well-being“ obyvatel za prioritu.

- Seznamovat občany vhodným způsobem s krizovými plány a zodpovědnými osobami/organizacemi v jednotlivých lokalitách a pro různé typy mimořádných situací
 - Zajišťovat vyváženou komunikaci společenských změn a ekonomických úsporných opatření v médiích
 - Vytvářet společenské klima, kde zdraví jednotlivce, jeho osobní rozvoj a vzájemná podpora jsou všeobecně uznávanými hodnotami.
- Vůči vybraným skupinám zaměstnanců státních organizací (policistům, hasičům, učitelům, zdravotníkům, pilotům, řidičům)
- Podporovat zaměstnanecké programy zaměřené na zvládnání profesního stresu
 - Zajišťovat (pomocí šetření, následných opatření a jejich kontroly), aby nedocházelo k situacím, kdy jsou zaměstnanci vystavováni dalšímu negativnímu stresu zbytečně, tj. např. v důsledku nevhodných rozhodnutí managementu.

Vnímáte neřešený stres pracovníků urgentní medicíny jako bezpečnostní problém?

- Do určité míry ano, v případě mimořádné události. V případě neřešeného stresu u této profesní skupiny roste pravděpodobnost, že po překročení určité (samozřejmě vždy individuální) hranice nebudou jednotlivci a celé týmy schopni optimálně plnit své poslání a úkoly, které jim přísluší. To se pak může odrazit na celkové připravenosti země zvládnout případné mimořádné události s pokud možno minimálními ztrátami na životech a následnými společenskými komplikacemi.

Jaký máte názor na vytvoření SPIS založeného na kolegiální peer podpoře s prvky prevence a vzdělávání (CISM) v prostředí ZZS?

- Na základě zkušeností, kterými disponujeme, považujeme vznik CISM systému u zdravotnické záchranné služby za potřebný a zákonitý. Daná profesní skupina se jistě potýká se specifickými situacemi a efektivní podpora zaměstnanců je možná jen při zajištění dostatečné flexibility a proaktivity lidí, kteří budou kolegiální podporu poskytovat. Ostatní složky IZS, neziskový i soukromý sektor mohou přispět k vytvoření systému CISM informacemi, zkušenostmi a odborníky. Psychologové našeho oddělení jsou připraveni spolupracovat na tvorbě tohoto systému, pokud budou k této spolupráci přizváni.

Jakým způsobem jste ochotni či schopni podpořit implementaci tohoto systému v rezortu zdravotnictví?

- Můžeme nabídnout ucelený cyklus prezentací a seminářů zaměřených na tvorbu, implementaci a udržování systému CISM v organizaci. Můžeme poskytnout praktické zkušenosti s přípravou kolegů-peerů (tj. „krizových interventů“), propagací systému CISM ve vztahu k managementu a budoucím uživatelům systému, tj. samotným zaměstnancům. Můžeme nabídnout intervizní setkání s tvůrci a klíčovými osobami zodpovědnými za vznikající systém CISM ve zdravotnictví.

Vnímáte vytváření takového systému pro Váš rezort za prospěšné?

- Ano. Vytvoření a implementace systému CISM v rezortu zdravotnictví posílí celospolečenské povědomí o problematice stresu, potřebách a možnostech cíleného zvyšování odolnosti vůči stresu a dostupné kolegiální a mezilidské podpoře.
- V případě spolupráce v rámci IZS v konkrétních situacích navíc vznikne i « společný jazyk » všech zúčastněných ve vztahu ke zvládnutí, vzájemné podpoře, cílenému zvyšování odolnosti a hledání způsobů prevence vzniku traumatických poruch. Je velmi pravděpodobné, že se tím ještě více zlepší vzájemná spolupráce na místě.
- Vyškolení lidé pak spoluvytváří komunitu/síť odborníků, kteří se mohou v případě potřeby spolehnout na vzájemnou pomoc a spolupráci.

V čem vidíte největší překážky těchto nových metod péče o lidské zdroje?

- Na základě zkušeností považujeme za velmi důležité vidět CISM jako skutečný systém, ve kterém jednotliví „hráči“ mají své jasně vymezené role, povinnosti a zdroje.
- Klíčová je komunikace vůči vedení a jednoznačná prezentace přínosů systému pro celkové fungování dané organizace.
- Dalším důležitým momentem je praktičnost a životnost systému: neměl by být pouze „metodou péče o lidské zdroje“, ale něčím, co zaměstnanci a vedení vytvářejí společně, a co má z hlediska úspěšného fungování společnosti strategický význam.

Jaké nástroje na zlepšení pracovních podmínek preveruje MV ČR?

- Ministerstvo vnitra se snaží vytvářet pro své zaměstnance optimální pracovní podmínky umožňující rovnováhu pracovního a osobního života i odborný růst. Tyto podmínky a zásady jsou popsány mimo jiné v kolektivní smlouvě a pracovním řádu a zahrnují rovnost zacházení, zákaz diskriminace, zaměstnavatelem hrazené vzdělávání, možnost zaměstnanců využívat služby psychologů našeho oddělení aj.

Spolupracujete s MZ ČR na rozvoji jejich nově vznikajícího systému a jakým způsobem?

- V tuto chvíli nespolupracujeme, ale jsme této spolupráci otevřeni.

5.4.10.2. Společnost krizové připravenosti zdravotnictví ČLS JEP

Za Společnost krizové připravenosti na dotazy odpovídala MUDr. Bc. Dana Hlaváčková jako vědecký sekretář společnosti.

Považuje Vaše odborná společnost stres a psychická traumata působící na zdravotnické pracovníky za veřejný společenský problém, který je třeba řešit systémově?

- Ano

V čem je podle Vás působení stresu a traumat na pracovníka ve zdravotnictví nebezpečné?

- Reálná možnost syndromu vyhoření a tím „zmarnění investice“ do vzdělávání a výcviku zdravotníka, které jsou jedny z odborně a finančně nejnáročnějších a časově nejdelších.

Jaké aktivity vyvíjí Vaše odborná společnost směrem ke zmírňování dopadů stresu a traumat na zaměstnance ve zdravotnictví?

- Spolupráce se systémem SPIS, MZ ČR, Odbornou společností urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS J.E.P.

Vnímáte neřešený stres pracovníků ZZS (zdravotnictví obecně) jako bezpečnostní problém?

- Ano. PTSD a syndrom vyhoření zvyšují zranitelnost zdravotnických profesionálů, snižují jejich odbornou, fyzickou i psychickou výkonnost a odolnost, a tím bezprostředně pak může být ohroženo zdraví a životy pacientů. Oslabením

psychické odolnosti zdravotníků dochází sekundárně k oslabení bezpečnostního systému státu v segmentu záchranných sborů.

Jaký máte názor (z pohledu své činnosti) na vytvoření systému psychosociální intervenční péče založeného na kolegiální peer podpoře s prvky prevence a vzdělávání (Critical Incident Stress Management) v resortu zdravotnictví?

- Vzhledem k tomu, že někteří zástupci SKPZ stáli u zrodu systému SPIS, obhajujeme odborná východiska pro fungování tohoto systému, především na základě odborných metodik WHO, NATO, a to v rámci tzv. „krokové péče“. Spolupráce všech adekvátních složek IZS i neziskového sektoru je vítána, a to i v rámci ochrany obyvatelstva. V rámci ÚSZS v ČR se využívá oficiální systém SPIS prostřednictvím krajských koordinátorů, experimentálně jsou na ÚSZS SK využívány některé metody bodyterapie. Rovněž některé ÚSZS využívají individuální techniky psychické první pomoci či odborné psychologické pomoci.

Jakým způsobem jste ochotni či schopni podpořit implementaci tohoto systému psychosociální interveční služby ve zdravotnictví?

- Praktická spolupráce při legislativní podpoře této problematiky
- Propagace v odborných i laických kruzích
- Medializace
- Vzdělávání a výcvik peerů
- Propojování poskytovatelů

V čem vidíte největší překážky pro zavádění těchto nových metod péče o lidské zdroje ve zdravotnictví? Popřípadě jaké jiné nástroje na zlepšení pracovních podmínek preferujete?

- Nepochopení ze strany odborných autorit i managementů zdravotnických zařízení
- Nepochopení ze strany samotných zdravotníků
- Strach z „psychiatrizace“ zdravotníků
- Obavy z finanční náročnosti (přesčasy, další náklady)

Spolupracujete s Ministerstvem zdravotnictví ČR v této oblasti?

- ANO. Vědecký sekretář SKPZ je konzultantem MZ ČR, odboru bezpečnosti a krizové připravenosti, pro tuto problematiku v segmentu ZZS a IZS.

Považujete za šťastné řešení, že v současné době psychosociální péči pro obyvatelstvo zasažené mimořádnou situací (smrt blízkého, přírodní či antropogenní katastrofa)

poskytují ze strany státu v drtivé většině pouze příslušníci hasičského záchranného sboru a policisté?

- Domnívám se, že v současné době je mnoho aktivit tohoto druhu rovněž na straně neziskových nevládních organizací (Humanitární jednotky ČČK, ADRA, Maltéžská pomoc apod.). Segment zdravotnictví zatím nemá dostatečné kapacity na větší zapojení do ochrany obyvatelstva v tomto směru, nicméně by měl být jedním z hlavních odborných garantů poskytování psychosociální první pomoci, a to především s odborníky na duševní zdraví, zcela v dikci definice „ZDRAVÍ“ dle WHO („Zdraví jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody....“).

5.4.10.3. Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb ČR

K otázkám v dotazníku se vyjádřil prezident komory Bc. Drahomír Sigmund

Jsou stres a psychická traumata veřejný problém, který je třeba řešit?

- Ne. V kontextu veřejněspolečenských problémů vnímám mnoho jiných problémů, které bych v tomto ohledu prioritně řadil výše.

V čem je podle Vás působení stresu a traumat na pracovníka ve zdravotnictví nebezpečné?

- Stres při výkonu profese v přednemocniční neodkladné péči není v žádném případě dobrým pomocníkem a rádcem. Může vést při poskytování PNP k fatálním omylům a chybám. Nicméně, co je stresem pro jednoho není ani zdaleka stresem či traumatem pro druhého. Záleží jako v mnoha jiných ohledech vždy na každém jedinci, či spíše na jeho psychické odolnosti, která se může u každého měnit i v dalších souvislostech den ode dne.

Je neřešený stres u pracovníků urgentní medicíny bezpečnostní problém?

- Ne. Bezpečnostní rizika jsou zcela jinde!!!

Jaké aktivity vyvíjíte směrem ke zmírňování dopadů stresu na zaměstnance poskytující urgentní medicínu?

- Žádné. Na odborných konferencích se touto problematikou zabýváme, nicméně tato oblast není v posláních a cílech KZ ZZS ČR a ani členská základna doposud neprojevila zájem, abychom za komoru tuto oblast nějak ošetřili.

Jaký máte názor (z pohledu své činnosti) na vytvoření systému psychosociální intervenční péče založeného na kolegiální peer podpoře s prvky prevence a vzdělávání (Critical Incident Stress Management) v resortu zdravotnictví?

- Systém spolupracovníků peerů si z mnoha důvodů nedokáží představit jako funkční a fungující model poskytování psychosociální péče. Konzultoval jsem to s mnoha pracovníky ZZS a vždy byl názor jeden. „Pokud bych skutečně potřeboval pomoc psychologa, obrátím se na klinického psychologa v soukromém sektoru se soukromou praxí. Ne na kolegu peera ani ne na psychologa ze zdravotnického zařízení, kam vozím pacienty a kde mne znají.

Jakým způsobem jste ochotni či schopni podpořit implementaci tohoto systému psychosociální intervenční služby?

- V současnosti žádným.

Jaké jiné nástroje na zlepšení pracovních podmínek preferujete?

- Komora je profesní organizací a snaží se vcelku velmi úspěšně zlepšovat profesní podmínky. Pokud máte na mysli zlepšení podmínek typu lepších stravenek, více dnů dovolené apod. tak to přenecháváme plně v kompetenci odborové organizaci.

Spolupracujete s Ministerstvem zdravotnictví ČR na rozvoji jejich nově vznikajícího systému a jakým způsobem?

- V této oblasti NE. Rozvíjíme a připravujeme spolupráci přímo s PhDr. Humplem, psychologem ÚSZS MsK.

5.4.10.4. Pracovní skupina pro psychologii krizí a neštěstí při Českomoravské psychologické společnosti

Za pracovní skupinu pro psychologii krizí a neštěstí při ČMPS odpovídal její vedoucí PhDr. Štěpán Vymětal.

Považuje Pracovní skupina pro psychologii krizí a neštěstí při ČMPS stres v zaměstnání a psychická traumata při mimořádných událostech za veřejný problém?

- Ano

Vnímá Vaše „pracovní skupina...“ současné aktivity státu a jeho podporu směrem ke snižování negativních dopadů stresu za dostatečující?

- Ne.

Jaké aktivity vyvíjíte směrem ke zmírňování dopadů stresu a traumat na zaměstnance ve zdravotnictví?

- Zaměřuji se primárně na rezort MV – policisty a hasiče, nicméně připravovali jsme v rámci EU projektů některé materiály využitelné ve vzdělávání a psychologické triage... viz mvcr.cz/psychologie (projekty TENTS, EUTOPA, NMFRRDisasters..., vodítka pandemie chřipky apod. materiály), dále např. analýzy mimořádných událostí – nehoda ve Studénce... integrovaná cvičení IZS. Kolega Lukáš Humpl je rovněž členem pracovní skupiny, avšak teprve činnost rozjíždíme a většina našich aktivit je na půdě mateřských zaměstnavatelů... Myslím, že ZZS udělala prostřednictvím systému SPIS velký krok dopředu!

Vnímáte situaci pracovníků ZZS, kteří se s působením stresu a traumat při MU setkávají neustále jako bezpečnostní problém, když se neřeší?

- Nevím zda bezpečnostní... Spíše je to problém péče o lidské zdroje, dopad ekonomický při vyhoření pracovníků, problém etický, do budoucna (v případě žalob na poškození zaměstnance prací i problém pracovně právní – což odhaduji jako trend do budoucna) myslím, že jde o odpovědnost zaměstnavatele vůči pracovníkům jim nabídku péče (systému) nabídnout – bezpečnostní sbory, resp. příslušníci mají na psychosociální péči nárok ze zákona. Z hlediska bezpečnosti – ano, při přetížení emočním, únavě atd. mohou více riskovat např. řidiči, ale i lékaři při poskytování pomoci.

Jaký máte názor (z pohledu své činnosti) na vytvoření systému psychosociální intervenční péče založeného na kolegiální peer podpoře s prvky prevence a vzdělávání (Critical Incident Stress Management) u zdravotnické záchranné služby?

- U ZZS nezbytný, protože nikdo nebude pravděpodobně platit profesionály..., ale peer support považuji za jádro systému pomoci uvnitř všech složek IZS (i u policistů a HZS)!, Co se týká CISMu – byl bych velmi opatrný v aplikaci debriefingu a sledoval bych poslední trendy, kdy se více používají ostatní metody, velký důraz klást na prevenci, přípravu, osvětu, práci s managementem... Kde je efektivní spolupráce kolegů napříč IZS – proč ne. Neziskovny bych do toho moc nevtahoval (nevidím důvod a neznají tak dobře prostředí). Soukromý sektor by jistě připravil různé věci na míru, ale nejsou finance. Čili Peeři s podporou

profesionálů na duševní zdraví jsou jistě nejlepším řešením. Je to velký krok pro ZZS ve smyslu systému a jeho rozvoje.

Jakým způsobem jste ochotni či schopni podpořit implementaci tohoto systému psychosociální interveční služby ve zdravotnictví?

- Propagace, lobbování, osvěta, mezioborová spolupráce, prostor na zamýšleném webu skupiny pod ČMPS – ale nejsem ze zdravotnictví

V čem vidíte největší překážky pro zavádění těchto nových metod péče o lidské zdroje ve zdravotnictví? Popřípadě jaké jiné nástroje na zlepšení pracovních podmínek preferujete?

- Faktor času a trpělivosti těch, co systém zavádějí – držím jim palce, ale uvědomuji si, že ve zdravotnictví je to běh na dlouhou trať (např. u PČR systém rozvíjí od r. 1998 a stále musíme dokola prezentovat, propagovat, opakovat, přesvědčovat – management i řadové policisty), finanční limity na vybavení týmů, pojištění... peníze na vzdělávací akce členů týmů... odpor vyhořelých kolegů... Stručně: finance, lidský faktor - na straně pomáhajících, managementu a příjemců podpory... (ale nejde o překážky nepřekonatelné). Problém je i rozdrobenost ZZS (čili vedení není centralizované, systém také nebude takový), nepružnost na ministerské úrovni.

Spolupracujete s Ministerstvem zdravotnictví ČR v této oblasti?

- Ne – pouze v oblasti psychologie katastrof - dříve

Uvítali byste, kdyby pracovníci ZZS poskytovali službu psychosociální pomoci pro obyvatelstvo během mimořádných situací? A jak vnímáte skutečnost, že v současné době tuhle službu pro obyvatelstvo ze strany státu zajišťují pouze pracovníci HZS ČR a Policie ČR?

- Je to dáno vývojem u PČR a HZS a podporou na úrovni MV pro tyto aktivity, Potenciál personální – vyškolených odborníků a peers v celém rezortu MV je cca 600 osob (nicméně při rozsáhlé katastrofě i to je málo) – čili uvítal bych i nasazení ZZS, kdyby byl jejich potenciál využitelný, na druhou stranu první psychologická pomoc by měla být jejich přirozenou součástí práce (a mnohdy tomu tak i je). Navíc myslím, že otázkou je i urgentní příjem a působení dál dovnitř zdravotním systémem. Vnímám jako klíčové působit v tomto smyslu ve zdravotnické legislativě a vnitřních předpisech (když to je v zákonech, vyhláškách

a interních aktech uvedeno, a působeno na management souběžně osvětově – věc je podporována), u PČR a HZS navíc tyto činnosti zlepšují image v očích veřejnosti. Dále je do budoucna ve hře využít – systémově – i psychosociální potenciál AČR – zkušenosti s nimi při povodních dobré...

5.4.10.5. Zásadní připomínky k návrhu zákona o ZZS MUDr. Schwarze

MUDr. Schwarz – ředitel ZZSHMP, který se k problematice SPIS vyjádřil ve svém prohlášení ze dne 19.8.2011 „*Zásadní připomínky k návrhu zákona o ZZS (srpen 2011)*“ – „MZ ČR se snaží do systému ZZS včlenit psychologickou a sociální péči. Důvodem může být neschopnost IZS a jeho hlavní řídicí složky HZS ČR tento servis zajistit pro mimořádné události a značně vysoké náklady na neefektivní službu přenést na resort zdravotnictví, potažmo na kraje a ZZS, které by je měly zabezpečit trvale, a to i přesto, že krizová situace a mimořádná událost nenastane. Jinými slovy: „Vy to zajistíte a financujete, ale nic dělat nebudou“... Dnes psychologové mají vyšší příjem než lékař ZZS a představa, že je zaměstnávají ZZS za vyšší platy než lékaře, a ještě nic nedělají, je scifi. Také by se jednalo o duplicitní službu, kterou mají ze zákona zabezpečit HZS ČR a PČR. Lze snadno zajistit službu opačným způsobem, tzn. že složky IZS si budou od ZZS nakupovat servis kvalifikované výuky a nikoliv, že ZZS bude na své náklady a tím na náklady krajů vzdělávat složky státu – Hasiče a Policii.“³⁹

5.5. Vybrané veřejně politické nástroje

5.5.1. Deklarace psychosociálních práv

Na světovém kongresu urgentní medicíny a medicíny katastrof bylo rozhodnuto Mezinárodní psychosociální pracovní skupinou Světové asociace pro urgentní medicínu a medicínu katastrof (WADEM, 2009), že *“každý, včetně záchranářů, přeživších, rodin, v širším kontextu komunit zasažených všemi typy přírodních nebo člověkem způsobených*

³⁹ SCHWARZ, Z. Zásadní připomínky k návrhu zákona o ZZS [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: http://www.komorazachranaru.cz/download/AA2011schwarz_k_zakonu.pdf

*katastrof, včetně válek, má právo na integrovanou, holistickou, psychosociální (PS) podporu, intervence a trénink trvalejšího charakteru – které respektují různorodost, kulturu a pohlaví”.*⁴⁰

Jde tedy o aktivitu přiznávající právo zasahujících profesionálních složek mít k dispozici službu, která bude reflektovat potřeby psychosociální podpory, a která bude respektovat lidskou důstojnost a lidská práva nejen zasažené populace, ale i zasažených záchranářů. Zdůrazňuje potřebu podporovat problematiku psychosociálního zdraví při katastrofách a mimořádných událostí do všech aspektů přednemocniční a postkatastrofické urgentní medicíny. Apeluje na nutnost proaktivně působit na osoby, které odpovídají za tvorbu politik v bezpečnostní a zdravotní oblasti a aby psychosociální problematika byla integrována a zahrnována do všech aspektů řízení lidských zdrojů. Je zdůrazněna také spolupráce s médii a zapojování médií smysluplným a přínosným způsobem. Je připomenuta důležitost větší finanční podpory výzkumů a vzdělávání v psychosociální oblasti.⁴¹ Psychosociální plánování má být podloženo fakty a tato služba má mít multidimenzionální, koordinovanou a integrovanou podobu s flexibilním, adaptivním, aktivně spolupracujícím managementem, který je schopný a ochotný k mezioborové a přeshraniční spolupráci.

5.5.2. Standardy psychosociální pomoci

Tento meziresortní dokument, si klade za cíl standardizovat poskytování psychosociální pomoci na území státu, ať již institucemi státní správy, samosprávy či občanského sektoru. Tedy nastavit určitou optimální úroveň nabízené služby. Jde o vyjasňování a zpřesňování postojů a představ o tom, co psychosociální krizová pomoc a spolupráce v této oblasti znamená a ukazuje, jak má taková optimální spolupráce a pomoc vypadat. Obsahuje nejen standardy kvality péče zaměřené na průběh a výsledek, aby služba mohla být považována za kvalitní, ale i vzdělávací požadavky na lidské zdroje poskytující službu.

⁴⁰ Declaration of Psychosocial Rights. [online]. [cit. 2012-3-20]. Dostupné na: <http://www.coe.int/t/dg4/majorhazards/ressources/virtuallibrary/materials/Others/WADEM.pdf>

⁴¹ Education Committee Working Group - World Association for Disaster and Emergency Medicine. *International Standards and Guidelines on Education and Training for the Multi-disciplinary Health Response to Major Events that Threaten the Health Status of a Community*. Prehospital and Disaster Medicine. 2004. roč. 19, č. 2 [online]. [cit. 2012-3-20]. Dostupné na: <http://www.apa.org/international/resources/networks/guidelines-health-response.pdf>

Dále vytvářejí standardy provozní a standardy proceduální, které upravují etiku, vztahy, postoje, způsoby, cíle a výsledky práce.⁴²

5.5.3. Evropské projekty

Mezinárodní projekty zabývající se psychosociální péčí o zasahující profesionály jsou realizovány za účelem výměny zkušeností a poznatků jednotlivých zemí, které se danou problematikou zabývají. V jednotlivých zemích je velký zájem o tyto aktivity, protože při nich dochází k efektivnímu plnění potřeb a požadavků, které by musely řešit tyto země samostatně. Cílem je podpořit vysoce kvalitní a dostatečně organizovanou psychosociální péči po různých krizových událostech. Mezi úkoly patří dát do srozumitelné podoby kombinace zkušeností a vědeckých poznatků, aby byly k dispozici pro různé cílové skupiny a podporovat spolupráci mezi všemi zúčastněnými stranami.

5.5.3.1. Identifying Needs of Medical First Responders in Disasters (INMFR Disaster)

Tento projekt podporovaný EU jako 7. rámcový projekt se zabýval mapováním potřeb poskytovatelů první pomoci za krizových a mimořádných situací. Primární skupinou, kterou se projekt zabýval, byli zdravotničtí záchranáři a pracovníci traumacenter nemocnic. Je ale využitelný i pro další základní složky IZS (HZS, policie), akademickou oblast, neziskové organizace a další aktéry. Hlavním cílem byl souhrn aktuálních poznatků a nejlepší praxe v okruhu poskytování první pomoci při mimořádných událostech a zjištění oblastí s potřebou dalšího výzkumu a vývoje. Dalším důležitým cílem bylo sdílení a integrace zkušeností a tvorba mezinárodní expertní sítě.⁴³

⁴² *Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek*. Vyd. 1. Praha: Ministerstvo vnitra - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2010. 63 s. ISBN 978-80-86640-46-4.

⁴³ Identifying Needs of Medical First Responders in Disasters [online]. [cit. 2012-3-10]. Dostupné na: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Emergencias/Samur-PCivil/Samur/Ficheros/ProyectosInternacionales/NMFRDisaster%20Final%20Report.pdf>

Projekt zpracovával následující oblasti:

1. Metodologie a technologie tréninku.
2. Lidský dopad katastrof - cílem tohoto workshopu byla identifikace mezer ve znalostech a oblastí ke zlepšení a hledání odpovědí na otázku: „Jak nejlépe mentálně a emocionálně připravit záchranáře na katastrofy?“
3. Právo a etika.
4. Ochranné osobní vybavení.
5. Použití krve a krevních komponentů při katastrofách.⁴⁴

Výstupy projektu

- zmapování existujícího know-how, používaných produktů a zkušeností získaných v reálné praxi,
- identifikace specifických potřeb poskytovatelů první lékařské pomoci při katastrofách,
- stanovení priorit pro další výzkum a vývoj v této oblasti,
- sekundárním cílem projektu je tvorba mezinárodní expertní sítě v dané oblasti.

5.5.3.2. TENTS - The European Network for Traumatic Stress

Evropská síť pro traumatický stres si klade za cíl rozšiřovat a implementovat postupy vytvořené pro postižené traumatickými zážitky, které podporují sociální začleňování v celém evropském regionu. Toho má být dosaženo prostřednictvím vytvoření obecných pokynů mající efektivně integrovat nástroje na podporu duševního zdraví a prevenci poruch v jednotlivých zemích, včetně organizování školení a praxe odborníků v oblasti duševního zdraví a sociálních služeb.

Hlavním cílem projektu tedy je:

- mapování evropských systémů psychosociální pomoci,

⁴⁴ Identifying Needs of Medical First Responders in Disasters [online]. [cit. 2012-3-10]. Dostupné na: <http://www.sinergie.net/Europrojects/nmfrd/NMFRD.htm>

- zvýšit úroveň znalostí a zkušeností koncových uživatelů tohoto projektu (odborníků na duševní zdraví a sociální služby), což povede ke zlepšení služeb pro postižené traumatickými zážitky,
- pomocí nejnovějších znalostí a poznatků zajistit v členských zemích co nejefektivnější řízení služeb v psychosociální oblasti,
- integrovat činnosti jiných evropských projektů v oblasti psychosociální péče s cílem zajistit konzistentní přístup v celé Evropě.⁴⁵

5.5.3.3. European Network for Psychosocial aftercare - EUTOPA - IP

Projekt EUTOPA-IP navazuje na předchozí projekt EUTOPA⁴⁶, probíhající v letech 2007-2009. Jedná se o praktickou aplikaci a implementaci výstupů z tohoto projektu. Hlavním cílem tedy je:

Implementovat do prostředí uniformovaných složek zasahujících při katastrofách:

a) německý Intervenční program zaměřený na cílové skupiny (TGIP) - pro psychosociální péči uniformovaných služeb na základě jednotné standardizace „Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví“ (MKF).

b) inventář Cologne Risk Index (CRI-D)⁴⁷

Dále má dojít k vytvoření evropské sítě psychosociální péče uniformovaných složek a evropské sítě psychosociálního krizového managementu.⁴⁸

5.5.3.4. Reinforce Rescuers Resilience - RED

Tento projekt se zabývá posílením odolnosti záchranářů a probíhá pod vedením italského Červeného kříže. Cílem projektu je:

⁴⁵ TENTS: European Network for Traumatic Stress. [online]. [cit. 2011-10-15]. Dostupné na: http://www.impact-kenniscentrum.nl/ne/eu_projecten/tents

⁴⁶ Hlavní otázkou projektu EUTOPA bylo, která opatření krizové intervence, podle posledních výzkumů, prokazatelně snižují rizika výskytu stresových poruch jako důsledků působení mimořádné události?

⁴⁷ CRI-D – screeningový nástroj, pomocí něhož se odhadují rizika rozvoje psychotraumatických poruch, vyjadřuje kumulaci rizikových faktorů u jedince, který byl vyvinutý vyhradně za účelem včasného odhalování ohrožených osob

⁴⁸ Projekt EU: EUTOPA – IP: Evropská vodítka psychosociální následné péče zaměřené na cílové skupiny – Implementace. [online]. [cit. 2011-10-15]. Dostupné na: <http://www.mvcr.cz/clanek/projekt-eu-eutopa-ip-evropska-voditka-psychosocialni-nasledne-pecce-zamerene-na-cilove-skupiny-implementace.aspx>

- sbírat poznatky o tom, jak zvýšit odolnost záchranářů,
- vytvořit nástroje, které mohou sledovat emocionální stav záchranářů,
- vytvořit vzdělávací materiál pro práci záchranářů.

5.5.3.5. Psychological Help in Events of Crisis - IPPHEC

Obecným cílem projektu je zlepšit znalosti a postupy pro psychologickou podporu v nemocnicích v akutní fázi katastrofy, kdy se jedná o vysoký počet lidí, kteří přijdou do nemocnice ve velmi krátkém čase. Je zaměřen na psychosociální péči nabízenou v nemocnicích obětem katastrof. Rozvíjet nové formy mezi jednotlivými odvětvími a vzájemnou spoluprací mezi civilní ochranou, národními strukturami krizového řízení nemocnic a lékařskými či nelékařskými pracovníky. Dále také identifikovat a navrhovat nové metody a postupy⁴⁹

5.5.4. Zákon o zdravotnické záchranné službě

V rámci reformy zdravotnictví byl dne 6.11.2011 schválen zákon č. 374/2011 Sb.⁵⁰ o zdravotnické záchranné službě s účinností od 1.4.2012, kde se poprvé můžeme setkat s pojmem psychosociální intervenční služba. Do té doby platila pouze vyhláška č. 434/1992 Sb., ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 28. července 1992 o zdravotnické záchranné službě, která byla jedinou komplexní právní úpravou oblasti zdravotnické záchranné služby. Vytyčovala její základní úkoly a organizační uspořádání zařízení a pracovišť zdravotnické záchranné služby, ale již neodpovídala odborné ani organizační realitě. Tato vyhláška také nekorespondovala se změnami správního uspořádání, nedostatečně definovala úkoly a postavení zdravotnické záchranné služby ve zdravotnickém systému.

Nový zákon především vymezuje zdravotnickou záchrannou službu jako samostatný typ zdravotní služby, upravuje podmínky pro poskytování zdravotnické záchranné služby.

⁴⁹ Impact. [online]. [cit. 2011-10-15]. Dostupné na: http://www.impact-kenniscentrum.nl/ne/eu_projecten/tents

⁵⁰ <http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/historie?action=detail&value=2967>

Tento zákon také v § 16 ustanovuje pracoviště krizové připravenosti jako složku, která je určena pro **koordinaci psychosociálních intervenčních služeb pro zaměstnance poskytovatele zdravotnické záchranné služby a další zdravotnické pracovníky v případě mimořádné události nebo krizové situace při provádění záchranných a likvidačních prací**. Dále je také pověřeno ke koordinaci vzdělávání a výcviku pro plnění úkolů poskytovatele zdravotnické záchranné služby v oblasti krizového řízení, urgentní medicíny a medicíny katastrof. Pro SPIS má tento legislativní nástroj naprosto klíčovou roli v tom, že SPIS je institucionálně ukotven v legislativě ČR.⁵¹

5.5.5. Výzkumy v oblasti psychosociálních potřeb

5.5.5.1. Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel

Tato studie zkoumala výskyt posttraumatické stresové poruchy u pracovníků švédské zdravotnické záchranné služby. Dotazníkem byla oslovena skupina 500 pracovníků z kraje Västra Götaland ve Švédsku, z nichž 72, 4% na dotazník odpovědělo, což bylo v absolutních číslech 362 pracovníků, kteří byli zkoumáni. Ve výzkumu byly využity dva výzkumné nástroje k vyhodnocení reakce na traumatizující zážitky. Jedním z nich byl dotazník ukazující škálu dopadu událostí na člověka Impact of Event Scale (IES-15) (Horowitz,1979) hodnotící úspěšnost zvládnutí „posttraumatické,, zkušenosti, jinak řečeno která událost vykolejila dotazovaného. Druhým nástrojem byl dotazník the Post Traumatic Symptom Scale (PTSS-10), kdy jde o polostrukturovaný rozhovor sloužící ke zhodnocení a identifikaci přítomnosti a závažnosti příznaků posttraumatické stresové poruchy. Nějakou míru opotřebení stresem a traumatizace vykázalo 61,6% ze zkoumaného vzorku. U 15,2% byla metodou IES-15 indikována posttraumatická stresová porucha a pomocí PTSS-10 byla zjištěna silná reakce u 12,1% respondentů, což předpovídá přítomnost posttraumatického syndromu.

Mezi nejčastěji uváděnými traumatizujícími událostmi byly uvedeny mimořádné situace týkající se dětí (105), hromadné nehody (16), péče o rodinné příslušníky (14), mimořádné

⁵¹ *Zdravotní služby: Zákon o zdravotních službách*. Česko. Ostrava: Sagit, 2011- . ÚZ: úplné znění.

události týkající se kolegů (8). Mezi ostatní jsou zahrnuty události typu dopravní nehody, sebevraždy, srdeční selhání atd. (JONSSON, A – SEGESTEN, K – MATTSON, B., 2003)

5.5.6.2. Prevalence of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in German Professional Firefighters

Tato studie zkoumala výskyt posttraumatické stresové poruchy (PTSD) a současně přítomné příznaky mezi profesionálními hasiči v Německu a zkoumala nejen primární, ale i sekundární postižení PTSD mezi těmito hasiči, kteří byli vystaveni utrpení druhých. Oslovena byla skupina 574 osob, kdy návratnost dotazníků byla 70% a výskyt PTSD byl zjišťovaná na reprezentativním vzorku skupiny 402 profesionálních hasičů z Rheinland-Pfalz v Německu.

Ve výzkumu byly použity německé verze obecného zdravotního dotazníku, který zjišťuje čtyři směrodatné parametry - somatické symptomy, úzkost a nespavost, sociální dysfunkce a těžké deprese. A německá verze Post Traumatic Symptom Scale. Výsledky ukázaly, že u 27% dotazovaných byla indikována nějaká forma duševní poruchy pomocí obecného zdravotního dotazníku a 18,2% hasičů pak mělo příznaky výskytu PTSD a také přítomnost psychiatrických symptomů. Plných 147 hasičů potom vykazovalo méně závažné příznaky svědčící o sklonech k propuknutí PTSD.

Studie tedy potvrdila, že se za normálních okolností nedaří hasičům vyrovnat se s primárním a především sekundárním napětím v jejich každodenní práci. Tyto problémy se pak odrážejí ve vysokých výdajích spojených s pracovní neschopností a s předčasnými odchody do důchodu. Tyto výsledky pak jsou směrodatné i pro další vysoce rizikové skupiny, kterými jsou policisté a zdravotní záchranáři. (WAGNER, D. – HEINRICHS, M. – EHLERT, U., 1998)

5.5.6. Evropský sociální fond

Evropský sociální fond (ESF) je jedním ze tří strukturálních fondů Evropské unie. Slouží jako klíčový finanční nástroj pro realizaci evropské strategie zaměstnanosti. Jeho hlavním úkolem je rozvíjet zaměstnanost a naopak snižovat nezaměstnanost, podporovat

sociální začleňování osob, vytvářet podmínky pro rovné příležitosti, rozvíjet trh práce a kvalitu lidských zdrojů pomocí dotační politiky. Objem finančních prostředků z ESF pro ČR na programovací období 2007-2013 činí 3,8 mld. EUR.⁵²

5.5.6.1. Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ...

Registrační číslo: CZ.1.04/1.1.00/46.00001

Částka: 299 690 023,00 Kč

Doba realizace projektu: 1. květen 2010 až 30. duben 2013

Cílem „Projektů...“ je zavedení systému prohlubování znalostí a zvyšování úrovně odborných znalostí ve vytvořené soustavě akreditovaných pracovišť zaměřené na profesní nelékařské zdravotnické vzdělávání a vzdělávání v manažerských dovednostech. Tento systém vzdělávání povede k efektivnímu využívání lidských zdrojů podle dosažené úrovně vzdělání, získaných znalostí a kompetencí. Vzdělávací akce probíhají v letech 2010–2013.

V rámci projektu jsou uskutečňovány například tyto kurzy:

- Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – Strategie zvládnání psychicky náročných profesí.
- Krizová připravenost rezortu zdravotnictví.
- Zdravotně sociální pracovník.
- Praktické zvládnání agresivního pacienta.
- Prevence a analýza rizik ve zdravotní péči.
- Psychoterapeutické přístupy.
- Zvládnání stresu a pracovní zátěže jako prevence syndromu vyhoření.⁵³

⁵² Evropský sociální fond v ČR. [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: <http://www.esfcr.cz/evropsky-socialni-fond-v-cr>

⁵³ Vzdělávání zdravotníků – prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: <http://www.vzdelavani-zdravotniku.cz/nelekarsti-zdravotnicti-pracovnici/uvodni-strana-projektu-nelekari>

5.5.6.2. Posilování sociálního dialogu - služby pro zaměstnance

Registrační číslo: CZ.1.04/1.1.01/02.00010

Částka: 81 102 620,00 Kč

Doba realizace projektu: 1. leden 2010 až 31. prosinec 2012

Tento projekt, jehož řešitelem je Českomoravská konfederace odborových svazů – ČMKOS, je určen i všem zaměstnancům, kteří se nacházejí v nepříznivé pracovní a sociální situaci a hledají z ní východisko přes odborné poradenství v pracovněprávních vztazích a sociálním dialogu. Dne 1. 3. 2010 se účastníkem projektu stala i AZZS ČR pod názvem Posilování sociálního dialogu s důrazem na zvládání krizové situace při vzniku násilí na pracovištích, zejména zdravotnických zařízeních a zařízeních sociálních služeb, se snahou efektivně reagovat na tyto hrozby a preventivně působit k jejich eliminaci.

5.5.6.3. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb

Registrační číslo: CZ.1.04/3.1.00/05.00037

Doba realizace projektu: 1. února 2010 až 31. ledna 2012

Předmětem projektu byla podpora procesu plánování sociálních služeb komunitní formou, a to jak na úrovni obcí s rozšířenou působností, tak na úrovni celého Olomouckého kraje. V jeho rámci se pak například uskutečnil workshop k tématu „Krizová psychosociální pomoc v Olomouckém kraji“ dne 4. října 2011 s cílem výměny informací a zkušeností mezi organizacemi veřejné správy a neziskovým sektorem zabývajícími se psychosociální problematikou.

5.5.7. Kurz „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládání psychicky náročných profesních situací“

Od počátku roku 2010 byl zahájen vlastní výcvikový program vyškolení zájemců prostřednictvím pro SPIS prostřednictvím Národního centra ošetřovatelských a nelékařských oborů v Brně, jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České

republiky. Kurz má název Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací.⁵⁴

Obsahem kurzu je seznámení se a zvládnutí:

- zátěžové situace v životě jedince,
- komunikace a poruchy komunikace,
- psychohygienu a její místo v profesi pracovníka ve zdravotnictví,
- etické otázky náročných životních situací,
- vzájemná spolupráce rezortní a mezirezortní v oblasti péče o lidské zdroje,
- péče o sekundární oběti,
- organizace psychosociální pomoci ve zdravotnictví,
- krizové řízení a krizová připravenost ve zdravotnictví,
- nácvik technik na bázi řízeného rozhovoru,
- role peerů a odborníků na duševní zdraví,
- procvičování jednotlivých fází ovládacího procesu,
- zvládnání mimořádných událostí,
- provázení a vedení,
- zásady práce se skupinou.

5.5.8. Cvičení funkčnosti SPIS na Rallye Rejvíz

Rallye Rejvíz je mezinárodní odborné metodické zaměstnání pro posádky zdravotnických záchranných služeb, založené v roce 1997. Na této soutěži byl v roce 2011 proveden praktický nácvik psychosociální intervenční péče u českých a slovenských posádek, které prošly v rámci soutěže extrémně zatěžujícími událostmi:

- konfrontace s profesně obtížnou situací,
- ztráta kolegy při společném zásahu,
- vážné zranění kolegy.⁵⁵

⁵⁴ PEER program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům - strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: <http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/161>

Po ukončení úkolů proběhl u těchto posádek⁵⁶ defusing, vedený školenými peery, za dozoru psychologů garantů SPIS, kdy výsledky tohoto praktického nácviku jsou součástí příloh této práce.

⁵⁵ Psychosociální intervence. [online]. [cit. 2012-4-3]. Dostupné na:
<http://download.pelhrimovskypodvecer.cz/7.1.3p.pdf>

⁵⁶ RZP – 26 posádek (posádka je nejméně dvoučlenná - tvoří ji střední zdravotnický pracovník a řidič – záchranář)

- 16 češi (6 ne druhou část úkolu)
- 10 slováci (4 ne druhou část úkolu)

RLP – 23 posádek (posádku tvoří nejméně tříčlenný tým a jeho vedoucím je atestovaný lékař)

- 14 češi
- 9 slováci (1 ne druhou část úkolu)

6. Vývoj Systému psychosociální intervenční péče

Vývoj nového systému lze rozdělit do několika fází, které jsou obdobné jako životní cyklus projektu. Přípravná fáze je charakteristická výzkumem stresu a prvotním mapováním prostředí, ale také pořádáním prvních kurzů s psychosociální problematikou. Pilotní studie představovala praktickou zkoušku, která měla pomoci vymezit požadavky na systém a jeho rozsah, které se začaly uskutečňovat počátkem roku 2010 v rámci tvorby designu systému. V současné době probíhá postupná aplikace a integrace služeb.

6.1. Analýza událostí

Podle Pukrábka (1994b) je analýza událostí kvalitativní metodou expertního rozboru koncipování a realizace veřejněpolitických programů, zaměřujících se již na uskutečněný proces. Této metody použito i v případě analýzy probíhajícího projektu, který má sloužit k rozboru:

- impulsu události,
- povahy rozhodování,
- stupeň a způsob využití nástrojů a zdrojů,
- vliv aktérů na vývoj události,
- průběžné efekty.

	2008 a dříve	2009	2010	2011	2012	2013
Legislativa	Vyhláška MZ ČR č. 434/1992 Sb. o ZZS				Zákon č. 374/2011 Sb., o ZZS SPIS v zákoně	
Strategie, koncepce, projekty	Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví 2007 - úkol zřídit SPIS Pilotní projekt PIS při ZZS HMP - ÚSZS	Pilotní projekt PIS při ZZS HMP - ÚSZS	Bienální dohoda mezi WHO a MZ - posilování odolnosti zdravotníků		Dle MZ koncepce SPIS pouze fakultativně na základě požadavku krajských ZZS	
Změny v systému řízení		Vznik pracovní skupiny SPIS - při odboru krizové připravenosti MZ ČR	V rámci reformních škrťů zrušen OKRP MZ ČR Konec činnosti pracovní skupiny SPIS. MZ ČR – oficiální záštita SPIS od 4.11.2010	Garant a koordinátor MZ ČR Administrace KS MEKA FN Brno	Krajské řízení SPIS, státní koordinace AZZS ČR MZ ČR prakticky končí jako koordinátor služby.	
Přístup ke SPIS		Tvorba designu – neoficiální aktivity Ustanovení krajský koordinátorů a garantů Dobrovolné poskytování služby	Aplikace designu - tvorba týmů SPIS	Stagnace služby	Vznik pracovišť krizové připravenosti u krajských ZZS - realizátor služby Centrální koordinace – AZZS ČR Povinné poskytování služby	
Financování		MZ ČR	MZ ČR Vzdělávání – EU fondy	Dobrovolnická služba, MZ ČR – symbolické částka	Kraje, ZZS Vzdělávání – EU fondy	MZ ČR (ze státního rozpočtu)
Výzkum a vzdělání	Výzkum stresu v ZZS, vzdělávací aktivity, příprava a certifikování „peerů“	Výzkum psychické zátěže zaměstnanců ZZS HMP-ÚSZS	Kurz - Peer program... při NCO NZO Brno www stránky SPIS	Anketní výzkum posádek v rámci RR		

Zdroj: Autor

6.2. Přípravná fáze

Počátky snah o zavádění systému PIS začínají v rezortu zdravotnictví někdy před rokem 2005. V roce 2006 byly pořádány první kurzy zabývající se problematikou psychosociální péče, kdy PhDr. Blanka Čepická ve spolupráci s Asociací klidnických psychologů, uspořádala výcvik v klasickém mitchellovském CISD (*Critical Incident Stress Debriefing*) a CISM s lektorem Thomasem Appel-Schumacherem. Tyto kurzy se staly výchozím impulzem pro tvorbu systému, budování CISM týmů a „peer support“ týmů pro poskytování krizové intervence profesionálním zdravotníkům.

Přípravné fázi předchází období výzkumu na pracovištích zdravotnické záchranné služby, kdy začínají interpretovat data z výzkumu stresu týkající se psychické zátěže, stresu a syndromu vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb uskutečněný MUDr. Šeblovou. Výzkum byl prováděn ve třech fázích ve spolupráci s Centrem zdraví a životních podmínek Státního zdravotního ústavu v Praze. V letech 2003 – 2004 bylo cílem výzkumu analyzovat zdroje stresu spojených s profesí, pozitivních aspektů zaměstnání, míru expozice ke kritickým událostem a zjistit skóry syndromu vyhoření. 2004 - 2006 zavést u ZZS psychologické preventivní a intervenční programy a v letech 2005 – 2006 tyto programy vyhodnotit a provést kontrolní screening na míru výskytu projevů syndromu vyhoření.

Ze zjištěných skutečností byly vyvozeny tyto závěry:

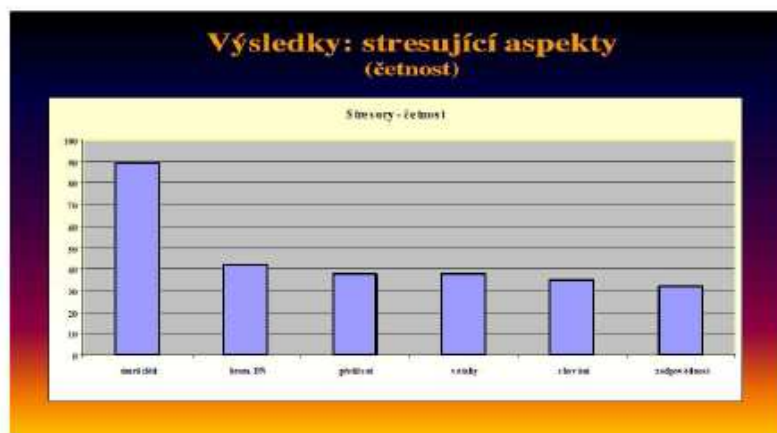
1. Z vyhodnocených 290 dotazníků členů výjezdových týmů (lékaři 15%, SZP/VOŠ 51%, dispečerky 18%, řidiči – NZP 14%) zažilo nějakou formu ohrožení 71 % respondentů – lékaři například zažili dopravní nehodu sanitního vozidla ve 49 % a v 74 % fyzické napadení při výkonu služby. Ve druhé části studie byl použit screeningový dotazník zaměřený na symptomy syndromu vyhoření. Příznaky počínajícího nebo rozvinutého syndromu vyhoření v roce 2003 vykazovalo 17 % respondentů (z 286) a o dva roky později 19 % respondentů (z 597), avšak u pracovníků operačních středisek došlo o dva roky později k významnému posunu z 22 % na 46 %. (Šeblová, 2005)

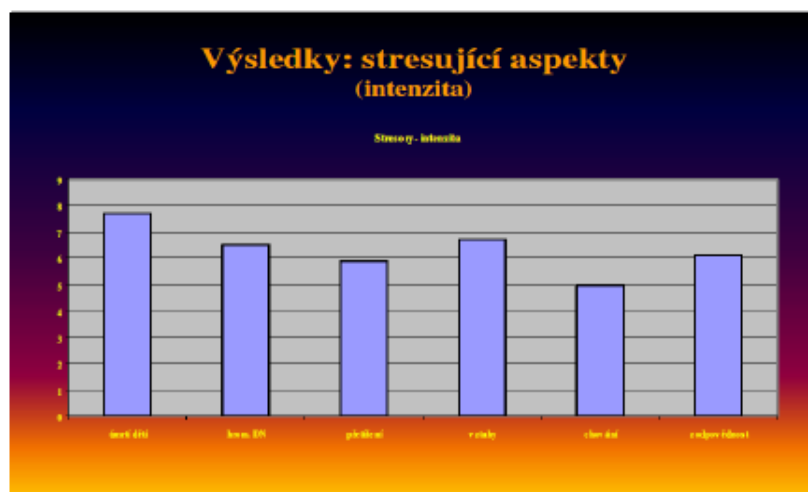
Na základě třetí části dotázníku byla provedena kategorizace stresorů. Nejčastěji jsou mezi stresory uvedeny:

- 1) smrt dítěte – 31% souboru
- 2) hromadné a závažné dopravní nehody uvedlo 14,5% respondentů
- 3) pracovní přetížení a vztahy na pracovišti 12%
- 4) zneužití záchranné služby 5,5%

A dále se vyskytovaly stresory jako řízení podniku, čekání na výjezd, zodpovědnost, nemožnost konzultace, neochota nemocnic přijmout pacienta.

Následující grafy pak znázorňují stresující aspekty jak z hlediska četnosti a intenzity. Jako největší stresor se ukázala smrt dítěte či mladých lidí (31% dotázaných a intenzita 7,7), hromadné nehody (14,7% s intenzitou 6,5), nepravidelnost životního režimu (13,3% s intenzitou 6,7 vztahy na pracovišti (13,3% a intenzita 5,9), a další jako například zodpovědnost nebo chování pacientů a rodinných příslušníků.





Zdroj: http://zachrana.patekolo.org/wp-content/obhajoba_dizertace1.pdf

Možnosti zlepšení uvedených výsledků vidělo nejvíce respondentů v lepším vzdělávání, v práci na sobě samých 11,8% z celkového souboru. Na druhém místě uváděli lepší péči o záchranáře 8,6% (včetně sociálního zabezpečení a psychologické péče). Na třetím místě byla uváděna organizační opatření 6,9%. Jako pozitivní aspekty práce byly uváděny pomoc lidem a záchrana života či zdraví 46,9% zkoumaného souboru, akčnost, zajímavost a pestrost práce 30,7% a kolektiv na pracovišti 27,6%.

Na konci přípravného období se začínají rozvíjet vzdělávací aktivity, kdy výstupem jsou první vyškolení a certifikovaní záchranáři „peeři“, vytváří se spolupráce s psychology, analyzuje se prostředí a pomalu se rozvíjí výměna zkušeností na mezinárodní úrovni.

6.3. Období pilotní studie

Další výzkum, který se zabývá problematikou stresu v oblasti zdravotních záchranářů proběhl v rámci pilotního projektu „Poskytování preventivní psychosociální péče zaměstnancům ZZS HMP psychosociální intervenční skupinou“ na zdravotnické záchranné službě Hlavního města Prahy. Tento pilotní program byl iniciován MZ ČR, odborem krizové připravenosti a odstartoval v září 2008 s cílem podpořit výjezdové skupiny, pracovníky zdravotnického operačního střediska, a i ostatní pracovníky

zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy. V tomto konkrétním projektu proběhl také výzkum s názvem Výzkum psychické zátěže zaměstnanců ZZS HMP-ÚSZS, který se zabýval pracovním vyhořením, stresory a motivátory.

Stručné výsledky dotazníků:

	Návratnost	Ohrožení vyhořením	Stresory	Kritické události
MUDr.	40%	43%	nevstřícnost zdravotnických zařízení	smrt kolegy
NLZP	58%	43%	nejhorší postavení v IZS	smrt kolegy
ZOS	72%	43%	odpovědnost za rozhodnutí	smrt kolegy
THP	84%	20%	zbytečná nařízení	-

NLZP- nelékařští zdravotní pracovníci (zdravotní záchranáři, zdravotní sestry)

ZOS – zaměstnanci operačního střediska

THP – technicko-hospodářští pracovníci

Na pilotní projekt v období od 1.9.2008 do 15.12.2008 poskytlo MZ ČR dotace v částce 180 000,- Kč. Celkem bylo čerpáno 162.863,50 Kč. V přechodném období od 15. 12. do 31. 12. 2008 financovala tuto službu ZZS HMP, a to ve výši Kč 12.812,-. Od 1. 1. 2009 – 30. 6. 2009 opět projekt běžel s finanční podporou ministerstva, které poskytlo částku 270.000,- Kč. V tomto období bylo vyčerpáno na službu 251.190,50 Kč. Do konce roku 2009 snížilo MZ ČR finanční prostředky, a poskytlo již nižší částku ve výši 96.000,- Kč. Zbylé finanční prostředky, které v tomto projektu chyběly, poskytla ZZS HMP, a to ve výši 104.000,- Kč.⁵⁷

V tomto konkrétním projektu byly splněny tyto cíle:

1. Evaluační šetření – dotazníky
 - psychicky zatěžující události,
 - syndrom vyhoření.
2. Začala pracovat skupina PIS s poskytováním psychosociální intervenční péče vůči zaměstnancům.

⁵⁷ Poskytování preventivní psychosociální péče zaměstnancům ZZS HMP psychosociální intervenční skupinou <http://www.zzshmp.cz/vzdelavani-vyzkum/pis/>
V současné době ZZS HMP zrušila přístup k dříve dostupných www stránkám s informacemi o projektu.

3. Zpráva o projektu a návrh na systémová opatření v oblasti poskytování neodkladné zdravotní péče.

Efektem pilotní studie bylo faktické zahájení plnění služby. V rámci tohoto projektu začalo v Praze fungovat asi 10 peerů, na které je možné se obrátit v případě potřeby. Došlo k praktickému odzkoušení funkčnosti poskytování služby.

6.4. Tvorba designu SPIS

V roce 2009 z iniciace odboru krizové připravenosti (dále jen OKRP) na MZ ČR vznikla odborná pracovní skupina SPIS, která měla plnit úkoly pro řešení a udržitelnost Systému psychosociální intervenční služby v oblasti krizové připravenosti zdravotnictví. V první etapě byly úkoly skupiny rozděleny do dvou základních okruhů:

- 1) Organizace řízení - tok informací systému krizové intervence. Využití námětů, postřehů a doporučení z pilotního projektu ZZS HMP, tak aby byly aplikovány do celostátního systému pro potřeby zdravotnictví.
- 2) Koordinace systému krizové intervence na státní a krajské úrovni. Na státní úrovni měla pracovat odborná pracovní skupina MZ ČR. Na krajské úrovni krajsí koordinátoři (nemusí být nutně psychologové). Cílem je vytvořit síť krajských koordinátorů.⁵⁸

Dalšími partnery projektu v krajích mimo koordinátorů měly být také složky IZS a urgentní příjmy fakulních nemocnic. Vyrozumívání na regionální úrovni bylo plánováno tzv. cestou krajského koordinátora. To znamenalo koordinátora 24 hod. na telefonu. Jedna z navrhovaných možností byla také přes operační středisko ZZS. Jako další možnost byla, že MZ ČR uzavře realizační dohody s GŘ HZS ČR o spolupráci při

⁵⁸ Záznam z pracovního jednání odborné skupiny „Systému psychosociální intervenční služby“ krizové připravenosti zdravotnictví konaného dne 10. 6. 2009

operačním řízení prostřednictvím OPIS GŘ HZS (dále jen OPIS). Tento návrh jednoho společného telefonního čísla (na OPIS GŘ HZS) zbyl znamenal, že OPIS by měl kontakty

a) na koordinátory nebo

b) lepší řešení OPIS by mělo jedno telefonní číslo na MZ ČR (bylo by stejné jako číslo pro potřeby Ústředního krizového štábu atd.). Po obdržení informace - požadavku z OPIS by se pracovník OKRP MZ dostupný pro ÚKŠ přímo obrátil na příslušného koordinátora PIS v daném regionu.

MZ ČR mělo financovat práci psychosociálních intervenčních týmů pokud půjde o řešení zákona č.239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému a 240/2000 Sb. o krizovém řízení (krizový zákon). Pod touto úrovní měly službu dofinancovávat kraje. Práci týmu, jakmile bude vyzván, měl financovat objednavatel služby. Financování věcných nákladů mělo vycházet z požadavků dle ZZS HMP (vizitky, označení, letáky).

Výstupem práce na OKRP MZ ČR v roce 2010 byl pracovní plán realizace produktu Bilateral Collaborative Agreements (dále jen BCA) na období 2010 – 2011, který se stával z určení rolí jednotlivých aktérů v této fázi implementace. Název očekávaného výsledku dle smlouvy BCA se měl jmenovat “Zlepšení kapacit pro poskytování služeb duševního zdraví zohledňujících potřeby uživatelů“ a měl vést k podpoře zavedení modelu komunitní péče o duševní zdraví v pilotním regionu a aplikace modelu na další regiony. Koordinátorem projektu bylo OKRP MZ ČR a jednotlivými řešiteli pak Česká lékařská společnost J.E.Purkyně – Odborná společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR, Asociace klinických psychologů a Společnost S.E.N.A. s.r.o. Tyto subjekty se měly podílet v rámci svých úkolů na následujících aktivitách:

- vytvoření a implementace národního systému pro poskytování psychosociálních intervenčních služeb (dále jen SPIS) pro zdravotníky zejména v neodkladné péči, a to na regionálním principu a na základě již platných odborných a metodických doporučení především WHO a NATO v této oblasti
- vytvoření společné pracovní skupiny MZ pro koordinaci SPIS na národní a mezinárodní úrovni

- jmenování odborných garantů – psychologů s erudicí v oblasti krizové intervence – pro Čechy, Moravu a problematiku IZS
- jmenování krajských koordinátorů/administrátorů SPIS, vytvoření podmínek pro jejich činnost a pro odbornou, finanční, etickou a motivační udržitelnost v rámci SPIS
- vytvoření poolu peerů a jejich odborná příprava, vytvoření podmínek pro jejich odbornou, finanční, etickou a motivační udržitelnost a rozvoj
- vytvoření základních požadavků na obsah a lektoru certifikovaných kurzů pro práci peerů v CISM.⁵⁹

Vzhledem k tomu, že nejdříve bylo nutné připravit lidské zdroje, tedy vyškolit dostatečné množství použitelných peerů a odborníků na duševní zdraví, bylo nutné připravit jak výukové programy, tak akreditovaná pracoviště, kde bude výcvik probíhat. Vzdělávání, které je nedílnou součástí CISM, nabývající na stále větší důležitosti, má zejména preventivní charakter, který napomáhá pochopit reakce na krizovou událost, učí vhodné způsoby adaptace na stres a psychickou zátěž, napomáhá normalizovat stresovou reakci a obnovit normální úroveň fungování jedince. Základním předpokladem bylo určit tzv. nepodkročitelné minimum pro jedince poskytující službu.⁶⁰ Na základě takto stanovených podmínek bylo rozhodnuto, že pro účely systému je možné uznat vzdělání v psychosociální péči, které získali absolventi kurzu posttraumatické péče pro pracovníky HZS ČR, kurz pro pracovníky zdravotnického operačního střediska z hlediska psychosociálních potřeb pracovníků a volajících ZZS HMP a kurzy psychosociálního

⁵⁹ konzultace s MUDr. Hlaváčkovou, bývalá ředitelka OKRP MZ ČR, vědecký sekretář SKPZ ČLS JEP

⁶⁰ Profil poskytovatele psychosociální intervenční péče:

- absolvent má potřebné teoretické znalosti z problematiky vzniku zátěžových a krizových situací, druhů stresorů i druhů následných reakcí, typy krizí
- komunikace, poruchy komunikace, nácvik vedení rozhovoru, aktivní naslouchání, s jednotlivcem i ve skupině
- zvládání mimořádných událostí
- organizace psychosociální pomoci ve zdravotnictví
- individuální a skupinová intervenční péče (defusing, debriefing)
- nácvik technik na bázi řízeného rozhovoru, provázení a vedení
- péče o sekundární oběti a následná péče o postižené
- psychohygienu a její místo v profesi pracovníka ve zdravotnictví
- role peerů a odborníků na duševní zdraví
- etické zásady poskytování služby
- péče o sebe sama, supervize.

intervečního týmu. Od počátku roku 2010 byl zahájen vlastní výcvikový program vyškolování zájemců prostřednictvím pro SPIS prostřednictvím Národního centra ošetrovatelských a nelékařských oborů v Brně, jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Kurz má název *“Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům”*. Do provozu byly také uvedeny internetové stránky www.spismz.cz.

Přestože z důvodů reformních a úsporných programů vlády premiéra Nečase bylo OKRP MZ ČR zrušeno, agenda SPIS přešla pod odbor bezpečnosti a krizového řízení, jednotliví řešitelé na projektu dále pracovali. Bylo rozhodnuto o tom, že systém bude vycházet z technik Mitchelova modelu CISM. Psychosociální intervenční péče v sobě zahrnuje zejména aktivity diskuze, podpory, setkání, aktivního naslouchání a vzdělávání. Mezi základní formy intervence jsou používány:

- individuální (forma rozhovoru)
- skupinová (metody: debriefing, defusing, demobilizace)

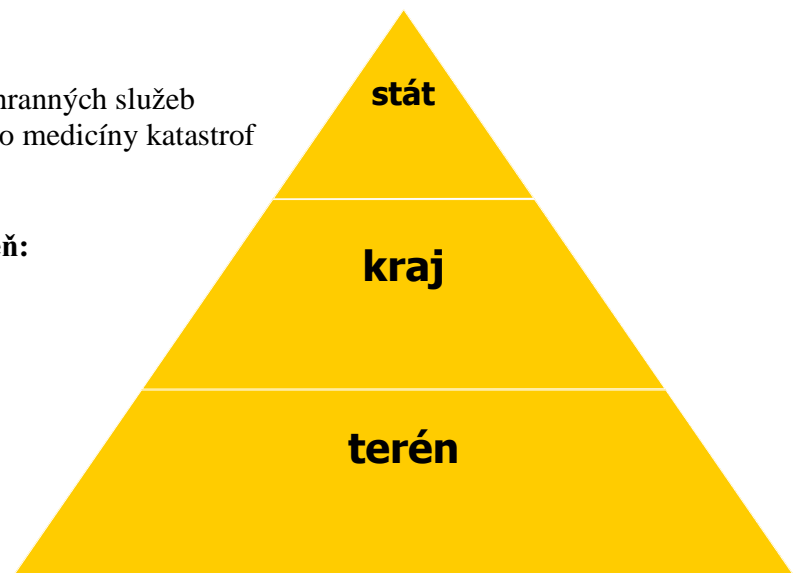
Oficiálně záštitu nad projektem SPIS převzalo MZ ČR prostřednictvím ministra dne 4.11.2010, kdy došlo ke jmenování krajských koordinátorů a odborných garantů. V tento okamžik má projekt podobu celostátně koordinovaného systému poskytování psychosociální pomoci v resortu zdravotnictví se zaměřením na zdravotnické pracovníky poskytovatelů zdravotnické záchranné služby. Implementace ovšem dále na centrální úrovni stagnovala, kdy nedošlo k oficiálnímu ustavení odborné pracovní skupiny SPIS, která měla plnit úkoly pro řešení a udržitelnost Systému psychosociální intervenční služby v oblasti krizové připravenosti zdravotnictví. MZ ČR čekalo na přijetí zákona o zdravotnické záchranné službě a dnem 1.4.2012 předalo agendu vytváření SPIS krajským ZZS.

6.4.1. Struktura SPISU

SPIS je tvořen třemi úrovněmi, kdy na národní úrovni působí jako hlavní koordinátor Asociace zdravotnických záchranných služeb, se servisní organizací pro SPIS Fakultní nemocnicí Brno Bohunice - Koordinačním střediskem medicíny katastrof, která se především stará o lidské zdroje působící v systému a zajišťování chodu služby. Systém má i své odborné guaranty, kteří pomáhají nejen s realizací budování systému, vytváření lidských zdrojů, ale i s výzkumem a tvorbou organizačních a odborných metodik. Jsou jimi Odborná skupiny urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně nebo Společnost krizové připravenosti zdravotnictví České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Na krajské úrovni vyvíjí svou činnost krajský koordinátor služby, který je jmenován Ministerstvem zdravotnictví ČR a který se stává určitým spojovacím článkem mezi odbornými guaranty včetně ministerstva a intervenčními týmy, které fakticky zajišťují realizaci služby v terénu.

Schéma úrovní SPIS:

- **Koordinace – státní:**
Asociace zdravotnických záchranných služeb
FN Brno Bohunice – Středisko medicíny katastrof
- **Koordinace – krajská úroveň:**
krajský koordinátor
- **Intervenční týmy:**
odborníci na duševní zdraví
peři



I. Centrální část systému

Garant systému (GS)

- zodpovídá za organizaci SPIS,
- podílí se na vzdělávání peerů i ODZ,
- zastupuje systém při jednání s dalšími subjekty,
- zodpovídá za organizování odborných akcí SPIS,
- schvaluje jmenování a odvolávání krajských koordinátorů,
- jeho činnost určuje dokument „Vzdělání a pracovní činnost garanta systému“,
- zasazuje se o propagaci systému a jeho využití v resortu zdravotnictví na území ČR,
- spolu s odbornými guaranty zodpovídá za úroveň poskytované péče SPIS v rámci ČR.

Odborný garant (OG)

- zajišťuje organizování SPIS na svěřeném území,
- pokud je to nutné, rozhoduje o formě poskytované péče,
- ve spolupráci s AZZS jmenuje a odvolává krajské koordinátory,
- podílí se na vzdělávání peerů i ODZ, organizování odborných akcí SPIS,
- je k dispozici příslušným koordinátorům a úkoluje je v rámci své spádové oblasti,
- svěřeným týmům SPIS poskytuje pravidelné metodické, odborné a supervizní vedení,
- na základě pověření spolupracuje při plnění úkolů garanta systému, kterého v případě potřeby plně zastupuje.

⁶¹ Konzultace s MUDr. Šeblovou, předsedkyně OSUMMK ČLS JEP

FN Brno

- je administrativním centrem SPIS,
- pracuje na základě pověření AZZS a garanta system,
- zajišťuje provoz internetových stránek SPIS, výrobu propagačních material,
- uzavírá smlouvy s dalšími subjekty zapojenými do SPIS – ZZS, garanty, krajskými koordinátory, popřípadě dalšími aktéry,
- podílí se na zajišťování pravidelných jednání, organizačních činnostech a informování jednotlivých subjektů, zapojených s systému.

Krajský koordinátor (KK)

- je jmenován z pověření AZZS a garanta systému,
- přebírá pokyny a závěry z jednání odborných pracovních skupin,
- rozpracovává výstupy pro svoji činnost a činnost peerů na území kraje,
- propaguje SPIS a jeho využití v rezortu zdravotnictví,
- monitoruje potřebnost systému PIS v rámci kraje,
- předává obecné informace o poskytnuté péči na MZ ČR dle dohodnutých požadavků,
- spolupracuje s krajskými koordinátory v jiných krajích,
- plánuje, koordinuje a zabezpečuje vlastní realizaci systému PIS s přednostním využitím peerů vlastního kraje,

Peer (P)

- je základní jednotkou SPIS,
- je osoba vyškolená pro první psychickou pomoc kolegům v rezortu zdravotnictví,
- peerem může být záchranář, lékař, krizový manager aj.,
- kontaktuje koordinátora - v případě potřeby tohoto typu péče,
- přímo se podílí na poskytování psychosociální podpory zdravotníkům,
- jsou často přijatelnější než psycholog, protože k nim má postižený mnohem větší důvěru a jsou znalí problémů a stresu, které záchranáře postihují,
- pomáhá při vzdělávacích činnostech,

- peer splňuje potřebné vzdělání absolvováním certifikovaného výcviku v rámci NCO NZO Brno, kurzu CISM či na základě již proběhlého peer výcviku v rámci HZS ČR.

Odborník na duševní zdraví (ODZ)

- pro používání metod SPIS je vyškolený stejně jako peer,
- je vycvičený psycholog nebo psychiatr,
- do systému vstupuje z pověření krajského koordinátora či garanta, přímo se podílí na poskytování psychosociální podpory zdravotníkům,
- podílí se na vzdělávání týmu,
- zajišťuje případnou následnou péči.

III. Přednemocniční část systému

Asociace zdravotnických záchranných služeb (AZZS)

- Garantuje existenci a fungování systému po stránce spolupráce se ZZS.
- Prosazuje a doporučuje využití SPIS záchrannými službami v ČR.

Odborná společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof (OSUMMK ČLS JEP)

- Do systému vstupuje jako organizace zastřešující odborníky pracující v urgentní péči, podporuje využití SPIS.
- Plní roli konzultanta směrem k problematice urgentní medicíny.

Zdravotnická záchranná služba (ZZS)

- Na základě zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě vstupuje do systému péče o své zaměstnance a v případě potřeby také o další zdravotníky.
- Uzavírá smlouvu s krajským koordinátorem, jehož činnost finančně subvencuje.
- Smluvně využívá SPIS ve smyslu zajištěného a garantovaného systému a finančně přispívá na jeho provoz.
- Využívá SPIS při psychosociální péči o své zaměstnance.

III. Nemocniční část systému

Asociace fakultních nemocnic (AFN)

- prosazuje a doporučuje využití SPIS fakultními nemocnicemi.

Asociace českomoravských nemocnic (AČMN)

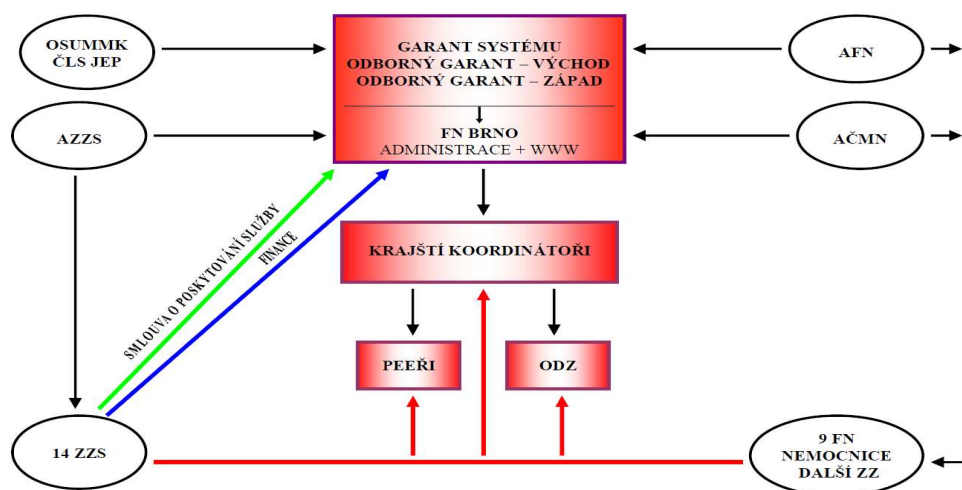
- prosazuje a doporučuje využití SPIS nemocnicemi v ČR.

FN, nemocnice a další ZZ

- využívají SPIS při psychosociální péči o své zaměstnance.

6.5. Aplikace designu

Jak již bylo uvedeno výše dnem 1.4.2012, kdy vstoupil v platnost zákon o zdravotnické záchranné službě, předalo ministerstvo veškerou odpovědnost za systém a krajským ZZS. V současné době má systém následující podobu, která ukazuje nejdůležitější organizace působící v systému.



Zdroj: PhDr. Humpl, psycholog, tiskový mluvčí USZS MSK,

- Černé šipky představují organizační vazby jednotlivých subjektů v rámci SPIS
- Červené šipky vyjadřují využití systému zdravotnickými organizacemi
- Zelené šipky označují smluvní vztahy mezi ZZS a SPIS
- Modré šipky ukazují tok financí mezi ZZS a SPIS

OSUMMK ČLS JEP – Odborná společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

AZZS – Asociace zdravotnických záchranných služeb

AFN – Asociace fakultních nemocnic

AČMN – Asociace českých a moravských nemocnic

Ke konci roku 2011 působilo ve SPIS asi 120 PEERŮ, kteří mají požadované znalosti a odborné kurzy a bylo provedeno 114 intervencí s ošetřením 150 zdravotníků, kdy některé intervence byly skupinové s účastí více zasažených zdravotníků. Nutno upozornit, že uvedené počty nejsou pouze z prostředí ZZS, ale jsou zde počítáni také díky přesahu systému pracovníci urgentních příjmů a dalších oddělení nemocnic.

6.6. Předpokládaná finanční náročnost služby

Financování služby nebylo dosud nijak právně zajištěno, protože do 1.4.2012 byla služba dle MZ ČR poskytována na základě dobrovolnické činnosti, nicméně ministerstvo přispívalo 14 krajským koordinátorům do systému ročně 12 000,- Kč pro každého koordinátora na jejich nezbytné provozní výdaje a 2 x 24 000 Kč pro dva odborné garanty (psychology). Samotné poskytování péče pak plně záviselo na domluvě s jednotlivým managementem krajských ZZS. V roce 2010 a 2011 přispívala WHO na projekt v rámci bienální smlouvy částku 8 500 USD na pracovní semináře krajských koordinátorů a peerů, na odborné vzdělávací setkání pro peery na obnovení znalostí a předávání zkušeností, propagaci služby, výzkum či napojení na zahraniční aktivity. Po nabytí účinnosti zákona o ZZS je zajištění této služby v kompetenci zdravotnické záchranné služby z jejich provozních rozpočtů. Zda-li na tuto službu bude přispívat kraj jako zřizovatel, je v jeho samostatné působnosti.

Od roku 2013 MZ ČR předpokládá, že SPIS bude financován z veřejného rozpočtu v návaznosti na zákon o zdravotnické záchranné službě v rámci dotací na krizovou připravenost jednotlivých krajských ZZS. Dne 18.4.2012 schválila vláda ČR „Návrh nařízení vlády o stanovení výše úhrady nákladů na připravenost poskytovatele

zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací ze státního rozpočtu č.j. 192/12“. Výše roční úhrady nákladů na připravenost poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací ze státního rozpočtu činí 10 Kč ročně na osobu s trvalým nebo hlášeným pobytem na území příslušného kraje k 31. prosinci předchozího kalendářního roku; tato částka se každoročně navýší o míru inflace zjištěné Českým statistickým úřadem za uplynulý kalendářní rok.⁶² Jednotliví PEERové pak budou zaměstnání na DPČ svojí mateřskou organizací a honorováni pouze za vykonanou práci dle odevzdaného a schváleného výkazu práce. Finanční náklady s podrobným položkovým rozpisem do konce roku 2012 předloží AZSS ČR. Vzdělávání nelékařských pracovníků je momentálně plně hrazeno z EU fondů. Finanční náročnost provozu SPIS lze tak v současné době pouze odhadovat. Ve výše uvedeném pilotním projektu ZZS HMP bylo v roce 2009 celkem vyčerpáno 451 190,50 Kč.

Že financování této typ služby nemusí být jen nutně řešeno z pohledu nákladů, můžeme pozorovat v systému psychologické služby u HZS ČR, která za dobu své existence do konce roku 2009 provedla celkem 7647 vyšetření hasičů v celkové přibližné hodnotě 19 000 000,- Kč. Dalším významným ekonomickým ukazatelem je lektorská činnost psychologů, kdy od vzniku psychologické služby HZS ČR do konce roku 2009 psychologové celkem lektorovali 10 799 hodin. Při průměrné sazbě lektorování 500,- Kč za hodinu, tak ušetřené náklady pro HZS ČR byly celkem 5 399 500,- Kč. Náklady na vznik psychologických laboratoří a jejich vybavení přišly přibližně na 5 000 000,- Kč. Do nákladů nejsou započítány ale mzdové náklady na příslušníky psychologické služby.

⁶² *Výsledky jednání vlády, 18. dubna 2012.* [online]. [cit. 2012-4-19]. Dostupné na: <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tiskove-zpravy/vysledky-jednani-vlady--18--dubna-2012-94729/>

7. Příčiny implementačního deficitu

Selhání implementované politiky, tedy neplnění zamýšlených cílů, může mít mnoho příčin. Analyzovat příčiny implementačního deficitu je možné z více úhlů pohledu. Například si lze klást otázky, zda na implementovaném systému spolupracují všichni odpovídající aktéři, zda byly zvoleny ideální nástroje k provedení implementace, zda jsou správně stanoveny cíle a podmínky implementace? Jako zásadní se též jeví kvalita institucionálního prostředí.

Vzhledem k tomu, že v současné fázi uskutečňování systému nejsou dosud k dispozici potřebná data a výstupy, rozhodl jsem se, že vyhodnocovaná rizika a příčiny selhání při implementaci rozdělím na vybrané oblasti, které se jeví jako nejdůležitější.

Následující tabulka pak přehledně ukazuje nejvýznamnější rizika SPIS, která mají současně nejvýznamnější vliv na implementaci systému.

Oblast	Riziko	Opatření
Komunikační	Neznalost problematiky u jednotlivých aktérů. Zpochybňování smysluplnosti systému, nedůvěra v pozitivní dopady na lidské zdroje. Tato rizika se zejména projevují v problémech sestavení týmů, v neochotě managementu jednotlivých krajských ZZS podpořit projekt a také samozřejmě v nezájmu službu využívat.	Pomocí vybraných nefinančních nástrojů zvyšovat informovanost a vzdělávání v psychosociální oblasti. Jde zejména o akreditované kurzy, informace šířené koordinátory a pomocí tiskových materiálů a na www stránkách. Důležitá se jeví i spolupráce s dalšími složkami IZS a dalších neziskových organizací, společná cvičení a zapojení médií.
Finanční	Nedostatek finančních prostředků na službu, zejména skrze postoj státu, který prostřednictvím MZ ČR službu nepodporuje odpovídajícím způsobem a účast zdravotníků v systému považuje za dobrovolnickou aktivitu. Z toho pramení neochota managementu ZZS podporovat činnost, na kterou nemají dostatečné finanční prostředky a motivace lidí v systému. Problémy s motivací lidí	Lépe využívat systém grantů, dotací. Více zdrojové financování. Nejen zatěžovat kraje jako zřizovatele ZZS. Z rozpočtu finance dna službu skrze krizovou připravenost až od roku 2013. Možné zapojení zdravotních pojišťoven.

	podílet se na službě.	
Organizační	Při implementaci SPIS naprosto selhává národní centrální úroveň koordinace služby. MZ ČR se dál na rozvoji dané služby prakticky nepodílí. V kontextu institucionálního prostředí se tento faktor jeví jako naprosto zásadní.	Je nezbytné, aby ministerstvo minimálně na úrovni strategicko-koncepční působilo jako koordinátor služby. Dalším důležitým předpokladem je na centrální úrovni garantovat právo na službu
Politická	Rozdílné přístupy politických ideologií k programům v sociální oblasti. Boj politických stran o hlasy voličů s různými prioritami.	Zvyšování informovanosti a prezentace výsledků služby směrem k veřejnosti a médiím. Tím vytvářen tlak voličů na politické strany.
Hospodářská	Hospodářské krize, snižování ekonomického rozvoje, zvyšování nezaměstnanosti, rostoucí sociální rozdíly, inflace. Následkem je snižování jednotlivých rozpočtů a tedy i na financování služby. Nižší podpora zřizovatelů – krajů.	Vytváření finančních rezerv v rámci přípravy a hospodářských opatření pro krizové stavy na národní i krajské úrovni. Efektivní hospodaření v rámci poskytování služby.
Sociální	Služba byla pojmána jako dobrovolnická činnost. U takto pojímané služby bude velmi složité službu zlepšovat s ohledem na problémy s motivací pracovníků, na které jsou již dnes kladeny velmi vysoké nároky. Přidělení pracovníků s neodpovídající kvalifikací, problémy se spoluprací v týmu, ochrana proti lovcům mozků ze soukromého sektoru.	Vytvoření odpovídajícího a motivujícího systému odměňování pro jednotlivé členy týmu. Nepodkročitelné standardy pro přijetí lidí do systému – vzdělávání. Prezentací výsledků práce zvyšovat odbornou prestiž.
Manažerská	Podpora managementu patří k základním nezbytnostem pro každou účinnou implementaci. Bez podpory managementu ZZS nelze jakýkoliv systém úspěšně vytvářet. Významný je i aspekt osobní antipatie k projektu SPIS.	Motivace managementu ať již finanční a materiální podporou, nařízeními, ale i pozitivními výsledky systému směrem k lidským zdrojům, které se dají číselně vyjádřit.
Legislativní	Vyjma zákona o zdravotnické záchranné službě, kde je pracoviště krizové připravenosti odpovědné za psychosociální intervenční péči, neexistuje v	Důležitým předpokladem pro rozvoj a smysl služby je nezbytné na centrální úrovni garantovat právo na službu každému pracovníkovi v rezortu

	rezortu zdravotnictví žádný zákon k psychosociální péči pro zdravotnické pracovníky.	formou legislativního nástroje. Vytvářet koncepce služby a strategie.
Časová	Stagnace při implementaci, kdy se čekalo na nabytí účinnosti zákona ohrožovalo implementaci a zvyšovalo nejistotu aktérů.	Efektivně a komplexně může vyřešit pouze koordinace na ústřední úrovni.
Výzkumná	Velmi málo relevantních dat a výzkumů o problematice v podmínkách ZZS v ČR.	Nutnost sbírání dat pro budoucí výzkum, aby bylo kdykoliv možné dokladovat potřebnost systému psychosociální intervenční péče a její využitelnost. V této souvislosti mají ve výkazech činnosti týmů poskytovatelů psychosociální intervenční služby své místo anonymizovaná data – věk, pohlaví, pracovní místo, délka praxe a zařazení, druh pomoci, způsob předání do další péče a podobně. Statistická data vytvoří databázi, ze které lze dlouhodobě sledovat vývojové trendy jednotlivých ukazatelů PIS. Možné zapojení akademického sektoru.
Mediální	Minimální povědomí o projektu u veřejnosti, politických stran a orgánů veřejné správy. Minimální snahy o prezentaci projektu mimo aktéry podílející se na tvorbě a implementaci systému.	Nutná popularizace služby. Zapojit média a veřejnost do politického procesu s následným tlakem na politické strany a veřejnou správu.

Zdroj: Autor

Ve srovnání s obdobnými systémy HZS ČR a Policie ČR se jeví jako naprosto zásadní hledisko organizace, kdy se MZ ČR jako ústřední správní orgán dnes zbavilo jakékoliv kontroly nad vývojem SPIS. I v obecné rovině krizové připravenosti zdravotnictví jsou považovány za klíčové oblasti neřešené koordinace mezi MZ ČR a odbory krizového řízení jednotlivých Krajských úřadů. Z této skutečnosti vyplývá, že MZ ČR má minimální vliv na vytváření funkčního zdravotnického systému, které není schopno přímo ovlivnit zřizováním, organizací a způsobem zajištění činnosti ZZS. Zatímco ostatní základní

složky IZS jsou řízeny centrálně (GŘ HZS ČR nebo Policejní prezidium České republiky), pro zdravotnictví tento koordinační prvek neexistuje.⁶³

Druhým nejpálčivějším problémem implementace SPIS je oblast financování. ZZS, které zřizují kraje, a které nesou největší část nákladů. Oproti hasičským záchranným sborům krajů, které jsou organizačními složkami státu a účetními jednotkami; jejich příjmy a výdaje jsou součástí rozpočtové kapitoly ministerstva.

Díky těmto skutečnostem následně vážne i spolupráce na centrální úrovni s ostatními rezorty, které realizují obdobné služby. Toto se nahrazuje spoluprací na úrovni regionální, díky které se sice dá zlepšit a zefektivnit poskytování služby s ohledem na kvalitu lidského potenciálu, ale rozhodně nelze zlepšovat oblasti legislativní, koncepční či finanční. Tyto skutečnosti pak vedou k nestabilitě systému poskytování psychosociální péče, k nejistotě účastníků v systému, které se pak přenáší na manažerskou úroveň jednotlivých krajských ZZS.

⁶³ *Stav připravenosti zdravotnického systému v České republice na mimořádnou událost a krizové řízení* [online]. [cit. 2012-4-10]. Dostupné na http://www.population-protection.eu/attachments/039_vol3n2_navratil_hon_halaska_rosina_sabol_navratil_bradka.pdf.

8. Vlastní doporučení

Z výše uvedených skutečností je zjevné, že situaci zasahujících profesionálů z pohledu psychosociální pohody a bezpečnosti je nutné nějak systémově řešit i u ZZS. Zejména na nadnárodní úrovni, se dnes zastává trend síťování, společné projekty a vzájemné spolupráce mezi jednotlivými aktéry v dané oblasti. Těchto aktivit se pak účastní jak nadnárodní politická uskupení (EU, NATO), orgány státní moci jednotlivých států, tak i zájmové skupiny a občanské iniciativy. Můžeme registrovat snahy o propojení vojenských a civilních nástrojů k rozvoji psychosociální bezpečnosti.

Proto další vývoj psychosociálních služeb obecně v rámci ČR je nutné dále postupovat tímto směrem a dávat důraz na interoperabilitu, tedy schopnost jednotlivých systémů vzájemně si poskytovat služby a efektivně spolupracovat. Což znamená schopnost vzájemně si pozoruhet, dosáhnout vzájemné součinnosti a využívat k tomu společných standardů.

V rámci těchto postupů se jeví jako nutné vytvořit:

- **Společný program interoperability:** členěný do jednotlivých oblastí společného působení při respektování specifik daných systémů,
- **Společný harmonogram činností:** realizovaný na principu dohody standardů, postupů, kompetencí;
- **Společná platforma** – spolupráce odborných společností jako základ společného institutu integrace připravenosti a akceschopnosti systémů poskytujících psychosociální podporu v národním prostředí.

Především je nutné uplatňovat princip, aby jednotliví aktéři nešli v rámci svých aktivit proti sobě.

8.1. Návrh podoby systému

Pro tvorbu nového systému psychosociální intervenční péče pro zdravotnickou záchrannou službu jsem si zvolil 4 varianty, z nichž jedna je stávající stav (status quo).

Jednotlivé varianty se od sebe odlišují především strukturou a skladbou lidských zdrojů, kteří na této službě participují a zajišťují její chod. Varianty jsou nastaveny tak, že to jsou samostatné možnosti řešení, ale při potřebě je bude možné jednotlivé části variant či přímo celé varianty v kontextu vývoje v čase, kombinovat nebo přecházet k variantám jiným, které budou kopírovat daný ekonomický a politický vývoj v zemi.

8.1.1. Možné varianty

1. Varianta - nulová (status quo), při které žádná speciální péče v oblasti psychosociální péče nebude pro zdravotnickou záchrannou službu prováděna. Zaměstnanci si budou problémy se stresem řešit privátně.

Klady: žádné finanční náklady či požadavky na lidské zdroje.

Zápory: pracovníci ZZS budou nadále většinou vystavováni kumulovanému stresu bez adekvátní preventivní péči, možná ohrožení a sankce z toho vyplývající.

2. Varianta - službu budou zajišťovat bezpečnostní sbory jako partnerské subjekty v integrovaném záchranném systému (Policie ČR a HZS ČR), které již mají tyto systémy relativně propracované a dobře fungující s kvalitním personálním, finančním i institucionálním zabezpečením. Vzhledem k tomu, že jak policisté, tak hasiči poskytují psychosociální intervenční péči v rámci ochrany obyvatelstva, dá se předpokládat, že by byly tyto složky schopny službu poskytnout i pro zdravotnickou záchrannou službu.

Klady: opět minimální finanční náklady na službu ze strany ZZS. Platba pouze za samotnou službu. Žádné náklady na vytvoření systému.

Zápory: prohloubí se rozdíl v postavení mezi HZS ČR, PČR a ZZS, kdy ZZS nebude schopna poskytovat psychologickou pomoc veřejnosti, zátěž dalších psychologických oddělení HZS ČR a PČR.

3. Varianta – založena na outcourcingu, kdy danou službu nebudou zajišťovat zaměstnanci, ale smluvní partneři ze soukromého sektoru či občanského sektoru. V úvahu tedy přichází zajišťování psychosociální péče přes ordinace soukromých psychologů. To by sice znamenalo podporu soukromého podnikání, ale obrovské náklady na službu.

Klady: rychlá implementace, malé počáteční náklady na vytvoření systému.

Zápory: velká finanční náročnost na provoz bez takových externalit, jako jsou preventivní aktivity typu vzdělávání kmenových zaměstnanců organizace a zvyšování psychické odolnosti. Službu nebudou zajišťovat kolegové – riziko psychologizace služby a stigmatizace zasažených stresem, z toho pramenící nechuť službu využívat v dostatečném rozsahu. Problémy s udržitelností takového systému.

4. Varianta - vytvoření systému za pomoci vlastních lidských zdrojů. Základní prvky systému jsou:

- speciálně vyškolení kolegové (PEERs), kteří budou schopni danou službu poskytovat,
- koordinátoři – administrace projektu, jeden koordinátor na kraj, vzdělávání,
- odborníci na duševní zdraví (psychologové), kteří znají dobře problematiku dané profese, schopni poskytovat interveční techniky.

Klady: nejpříznivější poměr výkon x cena, službu nabízí pracovníci na stejných pracovních pozicích, což přináší znalost problémů, prostředí. Možnost vytvářet preventivní a školicí programy a cvičení za minimální ceny. Zvýšení kvality péče o zaměstnance.

Zápory: časová náročnost na implementaci, finance, vysoké nároky na lidské zdroje. Možná neochota svěřovat se kolegům. Strach z porušení mlčenlivosti.

8.1.2. Kritéria výběru

Srovnávat varianty a určit tu nejpříjemnější je možné skrze kritéria s jejichž pomocí jednotlivé varianty budu hodnotit. Při volbě kritérií⁶⁴ jsem opět vycházel z toho, jaká hlediska budou mít při daných variantách řešení největší vliv na plnění cílů a hlavně jsem se snažil vybrat ta kritéria, která jsou zásadní pro hlavní aktéry politického procesu. Také jsem se snažil, aby daná kritéria byla jasná, co nejlépe vystihly charakteristické znaky jednotlivých variant a tvořily kompaktní hodnotící celek. Jsou to:

⁶⁴ Při volbě kritérií jsem vycházel z Hendrycha (2007) a Ochrany (2007)

Finanční proveditelnost politiky – pohled čistě na nákladové hledisko, při kterém porovnáváme finanční náklady na dané varianty řešení. V době hospodářské krize, kdy je vládní politika provázená dramatickými škrty ve veřejné správě a privatizaci veřejných služeb je to jedno z důležitých hledisek. Váha 30%.

Účelnost - hodnotí, která varianta se nejvíce plní cíle zamýšlenému cíli. Na kolik je zkoumaná možnost řešení účinná ve vztahu k problému. Spolu s finanční proveditelností by mělo jít o nejdůležitější hodnotící kritérium. Váha 30%.

Udržitelnost – v době hospodářské recese a snahy zmenšit zadlužení státu je velmi pravděpodobné, že se budou neustále snižovat rozpočty veřejného sektoru. Z tohoto důvodu považuji udržitelnost systému, tedy schopnost zabezpečovat chod služby v následujících letech za poměrně důležitou. Váha 15%.

Politická průchodnost politiky – nakolik je realizace dané varianty přijatelná pro všechny zúčastněné aktéry, musíme zde zohlednit i nadnárodní tlaky atd. Váha 15%.

Rychlost implementace politiky – hledisko rychlosti zavedení nového systému je sice také relevantní kritérium, ale vzhledem k tomu, že je závislé na výše zmíněných kritériích má dané kritérium funkci doplňkovou. Zvolil jsem si ho pro určitou zajímavost tohoto kritéria. Rychlost implementace jednotlivých variant řešení by totiž byla ovlivňována jiným zde uvedeným kritériem (např. varianta 2 politickou neprůchodností, varianta 3 finanční náročností atd.). Já toto kritérium pojal z pohledu rychlosti věcné (administrativní) uskutečnitelnosti systému. Váha 10%.

Pro každé kritérium jsem kromě procentuální váhy kritéria stanovil i hodnotící škálu. Hodnocení variant bylo uskutečněno v intervalu od 0 do 10 bodů. Hodnotil jsem jednoduchým způsobem, kdy nejpřijatelnější varianta získala nejvíce bodů. Jednotlivé varianty.

Název kritéria	Varianta 1	Varianta 2	Varianta 3	Varianta 4
Finanční proveditelnost				
váha 30%	10	8	5	7
Účelnost				
váha 30%	0	7	3	9
Udržitelnost				
Váha 15%	10	4	2	7
Politická průchodnost				
váha 15%	0	5	4	6
Rychlost implementace				
Váha 10%	10	8	8	5
Součet bodů	5,5	6.65	4,1	7,25
Pořadí variant	4	2	3	1

Z vyhodnocení vyplynulo, že nejhodnější variantou se jeví varianta číslo 4, která v kontextu všech sledovaných variant předčila zbývající možnosti řešení. Vzhledem k tomu, že v dlouhodobém časovém horizontu se vliv jednotlivých kritérií můžeme měnit, je pravděpodobné, že se sledované varianty mohou navzájem prolínat a ovlivňovat.

Přestože varianta číslo jedna byla hodnocena třetím nejvyšším počtem bodů, umístila se na posledním místě, protože ve dvou případech obdržela nulovou hodnotu, čímž se toto řešení stává neprůchodným.

8.1.3. Vybrané řešení

Vítězná varianta, která odpovídá současně zaváděnému systému psychosociální interveční péče, se jeví z možných variant jako ta nejefektivnější, která za přijatelné investiční prostředky může nejlépe plnit zvolené cíle a řešit problém s poskytováním psychosociální péče pro zasahující zdravotnické záchranáře.

Takový SPIS nabízí zapojeným organizacím především

- přípravu členů týmů v certifikovaném výcviku,
- systém psychosociální podpory vycházející z mezinárodních standardů,
- systém funkční a poskytovaný ve všech krajích ČR,
- kompatibilitu s péčí poskytovanou v dalších krajích, možnost vzájemné pomoci,
- metodické vedení krajských koordinátorů,
- udržování peerů v získané erudici,
- další rozvoj dovedností peerů v dané organizaci a kraji,
- minimálně 1 x ročně supervizní setkání týmů organizace/kraje,
- účast v systému cvičených lektorů při následném vzdělávání peerů a ODZ,
- zajištění jednotných propagačních materiálů SPIS,
- možnost konzultace s garanty dle potřeby koordinátorů/peerů,
- odbornou garanci systému péče v daném kraji/organizaci,
- provoz funkčních internetových stánek SPIS,
- konzultace při tvorbě propagačních materiálů k problematice pro jednotlivé organizace.

K systému CISM například PhDr. Baštecká uvedla, že: "*Něco se mění rychle. V 2005 se bojovalo o debriefing. O šest let později – zdá se – je dobojováno: Psychologický debriefing (to znamená podpora ventilace povzbuzováním osoby, aby krátce, leč systematicky a podrobně popsala vjemy, myšlenky a prožitkové reakce, které zažívala v průběhu nedávné stresující události) je přinejlepším neúčinný a neměl by se používat.*" (The Sphere Project, 2011)

Vzhledem k uvedenému se domnívám, že není nutné do systému přivádět větší počty vysoce kvalifikovaných odborníků na duševní zdraví, kdy systém by se primárně nemusel zaměřovat na složitější techniky intervence, ale spíše na vzdělávání, zvyšování odolnosti, případně na jednodušší interveční techniky jako jsou individuální kontakt či defusing. Systém by byl směřován a zajišťován kmenovými zaměstnanci v organizacích, které by tímto způsobem zvyšovaly kvalitu lidského potenciálu, jeho odolnost a plnily stanovené

cíle. Tím se pro ZZS i pro další subjekty v resortu zdravotnictví otevírá šance mít k dispozici vlastní systém péče o lidské zdroje, opírající se zejména o vzdělávání pracovníků, o zvyšování jejich psychické odolnosti, na vzájemné výměně zkušeností. Velkou předností tohoto systému je, že je relativně finančně nenáročný, kdy využívá především interní lidské zdroje v systému.

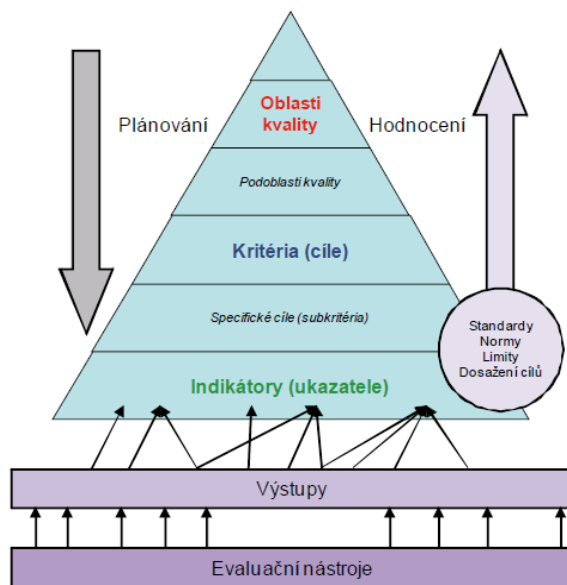
9. Způsob evaluace a monitoringu úspěšnosti implementace

Za monitoring a evaluaci v SPIS je odpovědný zejména garant služby ve spolupráci s FN Brno, která, jak bylo uvedeno, zajišťuje administraci služby. Tito aktéři získávají informace od krajských koordinátorů, kteří sbírají data přímo z terénu. Takto organizovaný sběr informací, vstupů a výstupů, slouží k analýze a kontrole. Cílem je zjištění, zda jsou plněny určené cíle a zda je služba účinná a udržitelná. (Ochrana, Nekola 2005)

V tomto smyslu můžeme evaluační a monitorovací činnost chápat jako systematický proces vyhodnocování dané politiky na dvou úrovních:

- Ex-post vyhodnocení existujících projektů především v Praze a Středočeském kraji:
 - zda zaváděný systém odpovídá skutečným potřebám,
 - zda adekvátně reaguje na tyto potřeby a zda plní předpokládané cíle.
- On going evaluace kvality a efektivity práce CISM týmů v jednotlivých krajích po jejich dotvoření:
 - zda je o službu zájem - počty zájemců poskytovat službu a počty zájemců využívat službu,
 - pro metody hodnocení je možné využít dotazníková šetření, diskuze s odbornými poradci, záznamy z pozorování, statistika, kvalitativní a kvantitativní analýza, případové studie,
 - provádět pravidelná metodická setkání a workshopy všech aktérů a především intervenčních týmů.

Evaluační model sledování kvality a efektivity



Zdroj: (Kořínková, 2010)

Na hodnocení se budou podílet jak poskytovatelé služby, tak do něj mohou být zapojeni samotní klienti. Z hlediska potřeb komplexní evaluace bude důležité monitorovat následující typy informací:

- Indikátory vstupů (inputs) – bude sledován objem finančního prostředků.
- Indikátory výstupů (outputs) – počty provedených intervencí, počty vzdělávacích akcí.
- Indikátory výsledků (results) – počty lidí poskytujících službu, počty lidí kteří využili službu, snížení počtu lidí zasažených syndromem vyhoření a posttraumatické stresové poruchy, snížení fluktuace zaměstnanců, počty nehod sanitních vozů a profesních selhání, počty lidí postižených závislostí na návykových látkách.
- Indikátory dopadů (impacts, důsledků) – míra spokojenosti s danou službou v rámci organizaci i vně, míra hodnocení dopadu stresu, zvýšení spokojenosti s bezpečnostní situací v rámci organizace i vně.

Konkrétně se může jednat o:

- plnění úkolů stanovených odbornými guaranty, stručná informace o činnosti prováděné v daném roce,
- zpracování potřebné statistické dokumentace,
- zhodnocení monitoringu potřeb poskytování psychosociální intervenční služby v rámci daného kraje, návrh opatření popř. návrh dalšího postupu,
- spolupráce s ostatními krajskými koordinátory, peery a odbornými guaranty,
- zajišťování propagace SPIS a jeho využití pro potřeby pracovníků zdravotnických zařízení na území kraje,
- plnění úkolů stanovených odbornými guaranty, stručná informace o činnosti prováděné v daném roce,
- popis postupu za jakých okolností byla v případě potřeby vyžádána,
- informace o tom, jak často a kdy bylo zabezpečováno pravidelné proškolení peerů na území daného kraje, včetně témat školení, počtu účastníků a závěrů z jednotlivých školení.

10. Závěr

Výsledky této práce ukazují, že obecně povolání profesionálního záchranáře a pracovníků zdravotnické záchranné služby zvláště, je charakteristické nejen primární traumatizací, kdy je člověk přímou obětí určitého traumatického zážitku, nebo traumatizací sekundární, kdy dotyčného zasáhne mimořádná situace týkající se jeho blízké osoby. Ukazuje se, že profesionální záchranné sbory jsou také denně v důsledku své práce vystavovány traumatizaci terciální, kdy se musí neustále potýkat s důsledky mimořádných a stresujících situací. Tyto skutečnosti jsou pak násobeny samotnou povahou práce zdravotnického záchranáře, která se vyznačuje především vysokou zodpovědností za lidské životy, vysokými nároky na schopnost rychlého a správného rozhodování, nutností potlačit vlastní emoce atd. Velmi zásadní roli v tomto výčtu faktorů hraje i obava z vlastního ohrožení, kdy důsledkem zvyšujícího se dopravního provozu roste i pravděpodobnost havárií sanitních vozů nebo se množí fyzické útoky na záchranáře. Přesto se ukazuje, že za největší stresory mezi pracovníky zdravotnické záchranné služby jsou považovány smrt dítěte, smrt či zranění kolegy a hromadná neštěstí. Povolání zdravotního záchranáře (pracovníka) je tedy z hlediska vlivu stresu velmi rizikovým povoláním, kde míra rizika a postižení násobně převyšuje běžnou populaci.

Realizované výzkumy totiž prokázaly, že členové profesionálních záchranných sborů trpí psychickými problémy a nemocemi mnohonásobně častěji než běžná populace. Tato skutečnost má zásadní vliv na pracovní výkon (nemocnost, syndrom vyhoření odchody do důchodu), ale odráží se i v osobním životě například v míře rozvodovosti či závislosti na návykových látkách. Značné jsou i ekonomické dopady. Tyto faktory se pak pochopitelně odráží na kvalitě práce. Uvedené skutečnosti jednoznačně ukazují, že vytvářet systémy péče o lidské zdroje u profesionálních záchranářů, je potřebné a nezbytné.

Z těchto důvodů bylo nutné začít pracovat na tvorbě systému péče o psychické zdraví i v rezortu zdravotnictví, který dosud tyto aktivity mýjely. ZZS byla po dlouhou dobu jedinou základní složkou IZS, která tento druh péče pro své zaměstnance neposkytovala.

Výrazným impulsem k realizaci takového systému byly zahraniční tlaky zejména prostřednictvím NATO, WHO a EU, které si uvědomují důležitost psychického zdraví a psychosociální péče o pracovníky, zejména ty, kteří tvoří bezpečnostní systémy jednotlivých zemí. I proto v roce 2007 byl Bezpečnostní radou státu přijat dokument Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví, kde je právě právě systém psychosociální péče pro zdravotníky zmiňován jako jeden hlavních úkolů. Důležitým milníkem je také bienální smlouva mezi MZ ČR a WHO, kde se ministerstvo zdravotnictví zavázalo pracovat na zvyšování psychické odolnosti zdravotníků. Proto byl od roku 2009 nejprve realizován pilotní projekt poskytování psychosociální péče v rámci ZZS HMP a následně se pod názvem SPIS rozšiřuje do všech krajů. V současné době dochází k aplikaci SPIS, kdy od 1.4.2012 nabývá účinnosti zákon o zdravotnické záchranné službě. Poskytování služby je od tohoto okamžiku podle zákona povinností pracovišť krizové připravenosti.

Z analýzy institucionálního prostředí, ve kterém implementace probíhá, byly také zjištěny hlavní příčiny bránící efektivní implementaci tohoto systému. Tyto příčiny jsem v textu práce přehledně znázornil pomocí tabulky a rozlišil podle jednotlivých oblastí, které tyto rizika charakterizují. Jako naprosto klíčovou oblast, která generuje nejzásadnější bariéry implementace, vnímám organizační a řídicí hledisko, kdy při implementaci selhává centrální národní úroveň v podobě koordinační a koncepční činnosti. MZ ČR jako ústřední správní orgán s klíčovými kompetencemi se staví stranou v tomto politickém procesu a necítí odpovědnost a potřebu být aktivní součástí tohoto systému. Ovlivňovat tento systém spoluvytvářením kvalitativně odpovídajícího institucionálního prostředí, zejména v legislativní, koncepční a koordinační oblasti. Lze predikovat, že tyto limity budou mít významný vliv na další vývoj systému.

Podobně zásadní je hledisko finanční, kdy krajské ZZS nejdříve dobrovolně a v současné době již povinně musí realizovat péči bez odpovídajícího finančního zabezpečení. To sebou samozřejmě přináší neochotu vedení jednotlivých ZZS se v tomto systému patřičně angažovat. Vše je pak závislé na osobních postojích jednotlivých ředitelů ZZS k této problematice. Z uvedeného je zřejmé, že i v tomto ohledu je další pozitivní vývoj za tohoto stavu motivace managementu ZZS dosti problematický.

Třetí oblastí, kterou vnímám jako závažnou při stanovování implementačních bariér, je sociálně-motivační zázemí jednotlivých účastníků SPIS. Kromě dosud nezabezpečeného motivačního systému odměňování je důležité vytvořit odpovídající sociální statut pracovníků v systému, aby se zvýšila prestiž a souhrn práv vázaných s těmito pozicemi.

Překonávání těchto implementačních bariér je možné skrze využívání veřejněpolitických nástrojů. Kromě podpor řady mezinárodních výzev a projektů snažící se propojovat národní aktivity a systémy za účelem společné koordinace a výměny zkušeností, jsou tu i grantové nástroje, které například konkrétně při implementaci SPIS umožňují zcela zdarma výcvik peer pracovníků prostřednictvím evropských fondů.

Z těchto důvodů je nutné posunout vytváření a fungování takového systému péče, jak pro profesionální záchranářské sbory, tak pro obyvatelstvo do trvalé politické i správní pozornosti. Je třeba koncipovat a rozvíjet psychosociální péči koordinovanou veřejnou správou za účasti občanského a komerčního sektoru, odborníků, médií i široké veřejnosti. Jako nezbytné se jeví i koncipování účinné služby rozvíjením výzkumů a uplatňování jejich výsledků v praxi.

Práce čtenáře informuje, že v rezortu zdravotnictví vzniká za současných podmínek nezbytný systém péče o lidské zdroje, který se i přes své pozitivní dopady, zejména v oblasti vzdělávání a přípravy na mimořádné situace, rozvíjí komplikovaně. Přestože podoba implementovaného systému vzhledem k jeho pozitivním účinkům a hlavně soběstačnosti v poskytování psychosociální péče jednotek ZZS nemusí být nijak extrémně finančně nákladná, neustále se potýká s řadou problémů.

Závěrem lze tedy konstatovat, že naprosto zásadním problémem z pohledu přístupu k provádění této veřejné politiky je velmi slabý implementační přístup „top-down“ na národní úrovni, kdy se jeví jako nedostatečná centrální úroveň řízení a koordinace MZ ČR. To sebou logicky přináší negativní důsledky v podobě nedostatečně kvalitního institucionálního zajištění, jako nezbytného předpokladu každé efektivní implementace.

Tato skutečnost může v konečném důsledku velmi komplikovat interoperabilitu jednotlivých rezortů a bezpečnostních systémů země, na kterou je kladen důraz například v Bezpečnostní strategii ČR. To může tedy znemožňovat schopnost systémů vzájemně si poskytovat služby a efektivně spolupracovat.

Resume

V předkládané diplomové práci je řešena problematika nově zaváděného systému psychosociální interveční péče jako druhu péče o záchranářské profesionály, kteří jsou denně vystavováni extrémní psychické zátěži při mimořádných událostech. Autor se zabývá příčinami a bariérami, které brání implementaci tohoto systému do prostředí zdravotnické záchranné služby, jako jediné základní složce integrovaného záchranného systému, která tento systém dosud neměla zavedena.

V teoretické části práce se autor snaží osvětlit principy implementace veřejné politiky s akcentem na základní faktory, které tuto část veřejněpolitického procesu nejvíce ovlivňují a dále se zabývá teoriemi stresu, psychosociální intervenční péčí, zátěžovými situacemi a možnými následky.

Nejrozsáhlejší část práce je zaměřena na analýzu specifík povolání zdravotnického záchranáře a analýzu vlivu institucionálního prostředí, které tvoří legislativní podmínky a bariéry, způsob financování, ale zejména analýzu vybraných aktérů. Mimo kompetencí jednotlivých hráčů byly sledovány také zájmy, motivace a veřejněpolitické nástroje, které jsou při implementaci využívány. K ujasnění těchto vazeb a souvislostí slouží zejména schéma modelu implementace SPIS a analýza událostí, která byla koncipována jako znázornění vývoje problému v čase.

Při vlastním výzkumu je využíváno nejen sekundárních zdrojů dat, jež vycházejí z odborných studií, výzkumů a relevantních legislativních či strategických dokumentů, ale zejména primární zdroje získané formou rozhovorů a konzultacemi s předními odborníky na danou problematiku, skrytým pozorováním či dotazníkovým šetřením. Na základě těchto dat byly objasněny bariéry a identifikovány problematické oblasti, které ovlivňují, znesnadňují či znemožňují rychlou a efektivní implementaci daného systému. Rozhovory s odborníky pak naznačují, jakým směrem by se měl vývoj systému dále ubírat a jaké jsou jeho možnosti.

Summary

The presented thesis deals with the newly introduced system of psychosocial interventional care as a kind of care for rescue professionals who are exposed, on a daily basis, to extreme mental stress in emergencies. The author examines the causes and barriers that hinder the implementation of this system in the environment of emergency medical services, as the only fundamental element of the integrated rescue system that has not implemented this system yet.

In the theoretical part of the thesis, the author tries to explain the principles of the implementation of public policies, with an emphasis on the fundamental factors by which the public policy process is affected the most, and is further concerned with the theories of stress, psychosocial interventional care, stressful situations and possible consequences.

The major part of the thesis deals with the analysis of the specific aspects behind the occupation of a paramedic and with the analysis of the institutional environment, formed by legislative conditions and barriers, funding, and especially the analysis of the selected actors. In addition to the skills of the individual parties involved, the interests, motivations and public policy tools used in the implementation have been monitored. To clarify these relationships and connections, mainly the scheme of the Psychosocial Intervention Service System implementation model is used, together with the analysis of events which has been designed as a representation of the development problem in time.

In the actual research, not only secondary data sources are used, i.e. data drawn from scientific studies, research and relevant legislative and strategic documents, but particularly primary sources obtained through interviews and consultations with leading experts on the topic, covert observation or questionnaire surveys. Based on these data, the barriers have been clarified and the problematic areas have been identified that affect the quick and efficient implementation of the given system or make it difficult or even impossible. Interviews with experts suggest in which direction the system development should further proceed and what its possibilities are.

Použité zdroje:

- *Analýza českého zdravotnictví 2010*. [online]. [cit. 2012-4-13]. Dostupné na: http://www.lokscl.cz/images/tinyce/files/DOKUMENTY_zakladni/analyza_lok_310810.pdf
- BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- BAŠTECKÁ, B. a kol. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 299 s. ISBN 80-247-0708-X.
- BAŠTECKÁ, B. - GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
- Bezpečnostní strategie 2011. [online]. [cit. 2012-2-15]. Dostupné na: http://www.mzv.cz/file/699914/Bezpecnostni_strategie_CR_2011.pdf
- Bienální smlouva mezi WHO a ČR [online]. [cit. 2012-1-23]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/bienalni-smlouva-mezi-who-a-cr_5516_1020_3.html
- BREINEK, P. *Ekonomický význam institucí*. Hospodářský obzor. 2006, roč. 6, č. 1, [online]. [cit. 2012-3-10]. Dostupné na: <http://is.muni.cz/do/1456/soubory/aktivity/obzor/6182612/7667845/03Breinek.pdf>
- *Council Resolution of 18. November 1999 on the Promotion of Mental Health*. [online]. [cit. 2012-2-28]. Dostupné na: <http://policy.mofcom.gov.cn/claw/en/flaw!fetch.html?libcode=flaw&id=0587b525-6b14-4b43-aaa4-0e0072fee7c0>
- Constitution of the WHO. 1946. [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
- ČÍRTKOVÁ, L. - SPURNÝ, J. *Péče o policisty po extrémních stresových situacích*. Měsíčník Policista. Praha: Ministerstvo vnitra ČR - Odbor prevence kriminality, 2001. roč. 7, č. 12. ISSN 1211-7943.
- Declaration of Psychosocial Rights. [online]. [cit. 2012-3-20]. Dostupné na: <http://www.coe.int/t/dg4/majorhazards/ressources/virtuallibrary/materials/Others/WADEM.pdf>
- Education Committee Working Group - World Association for Disaster and Emergency Medicine. *International Standards and Guidelines on Education and Training for the Multi-disciplinary Health Response to Major Events that Threaten the Health Status of a Community*. Prehospital and Disaster Medicine. 2004. roč. 19, č. 2 [online]. [cit. 2012-3-20]. Dostupné na: <http://www.apa.org/international/resources/networks/guidelines-health-response.pdf>
- European Commission. Final Technical Implementation Report. [online]. [cit. 2012-3-6]. Dostupné na: http://ec.europa.eu/echo/civil_protection/civil/prote/pdfdocs/stadt_koeln_report.pdf
- EVERLY, G.S. - MITCHELL, J.T. *Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention, second edition, Innovations in Disaster and Trauma Psychology, Volume Two*. Ellicott City, MD: Chevron Publishing, 1999. 178 s. ISBN: 1883581168
- Evropský sociální fond v ČR. [online]. [cit. 2012-3-12]. Dostupné na: <http://www.esfcr.cz/evropsky-socialni-fond-v-cr>

- FISCHER, F. - MILLER, G.J. – SIDNEY, M.S. *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*. CRC/Taylor & Francis, 2007. 642 s. ISBN 1574445618
- Green Paper – Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union. European Communities, 2005. [online]. [cit. 2012-2-28]. Dostupné na: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HENDRYCH, D. *Správní věda: teorie veřejné správy*. 2., dopl. a rozš. vyd. Praha: ASPI, 2007. 211 s. ISBN 978-80-7357-248-8.
- HERMAN, E. - DOUBEK, P. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, 2008. 94 s. ISBN 978-80-7345-157-8.
- HÉRITIER, A. *Explaining institutional change in Europe*. Oxford University Press, 2007, s. 271 s. ISBN 0199298122.
- HLAVÁČKOVÁ, D. *Přípravenost resortu zdravotnictví a systémový přístup k prioritám bezpečnostní politiky ve zdravotnictví*. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: Mediprax CB, 2006. roč. 9, č. 2. ISSN 1212-1924.
- HOSKOVCOVÁ, S. *Psychosociální intervence*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1.
- HOWLETT, M. *Designing Public Policies: Principles and Instruments*. 1. ed. Routledge, 2011. 256 s. ISBN-10: 0415781337.
- CHAVANCE, B. *Institutional Economics*. Taylor & Francis, 2008. 94 s. ISBN 0-203-88858-8.
- Identifying Needs of Medical First Responders in Disasters [online]. [cit. 2012-3-10]. Dostupné na: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Emergencias/Samur-PCivil/Samur/Ficheros/ProyectosInternacionales/NMFRDisaster%20Final%20Report.pdf>
- Identifying Needs of Medical First Responders in Disasters [online]. [cit. 2012-3-10]. Dostupné na: <http://www.sinergie.net/Europrojects/nmfrd/NMFRD.htm>
- JAMES, A. *Posttraumatická stresová porucha u personálu záchranných služeb*. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: Mediprax CB, 2000. roč. 3, č. 2. ISSN 1212-1924.
- JONSSON, A – SEGESTEN, K – MATTSO, B. *Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel*. Emergency Medicine Journal, 2003. vol.20, no. 1 Online ISSN 1472-0213
- JOSHI, V. *Stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9.
- Kebza, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- *Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví ČR*. [online]. [cit. 2012-3-23]. Dostupné na: http://www.ctif.org/IMG/pdf/Czech_Republic_-_Crisis_preparedness_czech_-_Dana_Hlavackova.pdf

- *Koncepce oboru Urgentní medicína a medicína katastrof* [online] [cit. 22.1.2012] <http://www.urgmed.cz/>
- KOŘÍNKOVÁ, I. Teoretická východiska k metodice evaluace dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních. Výstup z projektu kvality zdravotnických služeb a bezpečnosti pacientů 2009. 2010. [online]. [cit. 2012-3-18]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/metodika-evaluace-dobrovolnickych-programu-ve-zdravotnickych-zarizenich_5552_1840_15.html
- KNOEPFEL, P. – LARRUE, C. – VARONE, F. – HILL, M. *Public policy analysis*. The Policy Press, 2007. 317 s. ISBN1861349076.
- KRIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
- LANE, J.E. *Public Administration & Public Management: The Principal-Agent Perspective*. Routledge, 2005. 304 s. ISBN-10: 0415370167
- MALÍKOVÁ, J. Trénink trenérů: Řízený trénink psychologů v oblasti psychologie neštěstí, krizí a traumatu ve východoevropských zemích. E-psycholog, 2011. roč. 5, č. 4. [online]. [cit. 2012-3-14]. Dostupné na: <http://e-psycholog.eu/pdf/malikova-zp.pdf>
- MALÝ, I. - PAVLÍK, M. *Tvorba a implementace veřejné politiky*. Brno Masarykova univerzita v Brně, 2004. s. 46. ISBN 80-210-3562-5
- MATOUŠEK, O. *Pracovní stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2003. 18 s. Bezpečný podnik. ISBN 80-239-1051-5.
- *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. [online]. [cit. 2012-3-25]. Dostupné na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99720/edoc06.pdf
- MICHALÍK, D. *Jedinec v rámci pracovního prostředí: pohled na stěžejní aspekty s důrazem na psychosociální stránku*. 1. vyd. Brno: IRCAES, 2011. 193 s. ISBN 978-80-87502-03-7.
- MLCÁK, Z. *Emergency psychology and crisis intervention*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. 84 s. ISBN 978-80-7368-950-6.
- MILCZAREK, M. European Agency for Safety and Health at Work: Emergency Services: A Literature Review on Occupational Safety and Health Risk. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011. ISBN: 978-92-9191-668-9
- MUSIL, J. V. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování*. 1. vyd. Olomouc: Jiří Musil - Psychologická a výchovná poradna, 2010. 60 s. ISBN 978-80-903449-9-0.
- NEŠPOR, K. *Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření*. Medicína pro praxi, 2007. roč. 4, č. 6, ISSN - 1803-5310
- NOVÁK, T. *Jak bojovat se stresem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 139 s. ISBN 80-247-0695-4.
- OCHRANA, F. *Manažerské metody ve veřejném sektoru: teorie, praxe a metodika uplatnění*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Ekopress, 2007. 178 s. ISBN 978-80-86929-23-1.
- OSH in figures: stress at work – facts and figures. 2009 [online]. [cit. 2011-8-18]. Dostupné na: http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work

- PAVLIK, M. *Zdravotní politika z pohledu vlády - analýza implementačního deficitu*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 158 s. ISBN 978-80-210-5408-0.
- PAULIK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PEER program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům - strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: <http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/161>
- PERRIN, MA at al. *Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers*. The American Journal of Psychiatry, 2007, vol. 164, no. 9. ISSN 1535-7228.
- *Pokyn GŘ HZS ČR č. 29/2003*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: www.hzscr.cz/soubor/pokyn29-doc.aspx
- *Pokyn GŘ HZS ČR č. 13/2006*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: www.hzscr.cz/soubor/gr-os-zpus-13-06-doc.aspx
- *Pokyn GŘ HZS ČR č. 32/2006*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: www.firebrno.cz/uploads/nase_cinnost/.../SIAR_GR_32_2006.pdf
- *Pokyn GŘ HZS ČR č. 30/2008*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: www.hzscr.cz/soubor/pokyn30a31-2008-doc.aspx
- *Pokyn GŘ HZS ČR č. 31/2008*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: www.hzscr.cz/soubor/pokyn30a31-2008-doc.aspx
- *Prameny a působnost práva Evropské unie*. [online]. [cit. 2012-2-20]. Dostupné na: http://circa.europa.eu/irc/opoce/fact_sheets/info/data/how/characteristics/article_7147_cs.htm
- PRASKO, J. - HAJEK, T. - PREISS, M. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha: Maxdorf, 2002. 93 s. ISBN 80-85912-80-5.
- *Právní rámec psychologické služby*. [online]. [cit. 2012-3-25]. Dostupné na: <http://www.hzscr.cz/clanek/pravni-ramec-psychologicke-sluzby.aspx>
- *Před stresem v práci je třeba se chránit*. [online]. [cit. 2012-1-19]. Dostupné na: <http://www.mpsv.cz/cs/7893>
- Psychosociální intervence. [online]. [cit. 2012-4-3]. Dostupné na: <http://download.pelhrimovskypodvecer.cz/7.1.3p.pdf>
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 184 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SABATIER, P. – MAZMANIAN, D. *The implementation of public policy: A framework of analysis*. Policy Studies Journal, 1980. vol. 8 no. 4 ISSN: 1541-0072.
- SABATIER, P. *Theories Of The Policy Process*. 2. edition. Westview Press, 2007. 352 s. ISBN-10: 0813343593.
- SEYNAEVE, G.J.R. (Edit.). *Psycho-Social Support in situations of mass emergency. A European Policy Paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for*

people involved in major accidents and disasters. Ministry of Public Health. Brussels. 2001, 42 s. plus annexes. ISBN: D/2001/9387/1.

- SIMON, G. - GATER, R. et al. Somatic Symptoms of Distress: An International Primary Care Study. [elektronická verze]. Psychosomatic Medicine, 1996. vol. 58. no. 5
- SCHREIBER, V. *Lidský stres*. 1. vyd. Praha: Academia, 1992. 80 s. ISBN 80-200-0458-0.
- SCHWARZ, Z. Zásadní připomínky k návrhu zákona o ZZS [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: http://www.komorazachranaru.cz/download/AA2011schwarz_k_zakonu.pdf
- SOTOLÁŘOVÁ, M. *Psychologická služba HZS ČR*. 150 hoří: magazín požárníků. Praha: Panoráma, 2007. roč. 13, č.7, ISSN: 0862-8467
- *Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek*. Vyd. 1. Praha: Ministerstvo vnitra - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2010. 63 s. ISBN 978-80-86640-46-4.
- *Stav připravenosti zdravotnického systému v České republice na mimořádnou událost a krizové řízení* [online]. [cit. 2012-4-10]. Dostupné na http://www.population-protection.eu/attachments/039_vol3n2_navratil_hon_halaska_rosina_sabol_navratil_bradka.pdf
- *Stres stojí ročně německé hospodářství miliardy marek*. [online] . [cit. 2011-8-18]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/stres-stoji-rocne-nemecke-hospodarstvi-miliardy-marek-139131?category=ze-zahranici>
- Stress: The Fight or Flight Response. [online]. [cit. 2011-8-22]. Dostupné na: <http://www.psychologistworld.com/stress/fightflight.php>
- ŠEBLOVÁ, J. – KEBZA, V. *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie*. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: Mediprax CB, 2005. roč. 8, č. 1. ISSN 1212-1924.
- ŠEBLOVÁ, J. *NATO Medical Conference 2009, Portugalsko 30. září – 2. října 2009*. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: Mediprax CB, 2009. roč. 12, č. 4. ISSN 1212-1924.
- ŠEBLOVÁ, J. *Posttraumatická stresová porucha*. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: Mediprax CB, 2000. roč. 3, č. 1. ISSN 1212-1924.
- ŠEBLOVÁ, J. *Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb*. 112 - odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva. 2007. roč. 6, č. 3. ISSN: 1213-7057.
- ŠETEK, J. *Mezinárodní terorismus z makro- a mikroekonomického hlediska – ohlédnutí po šesti letech*. MARATHON, 2008. č. 12 č. 1. ISSN 1211-8591 [online]. [cit. 2011-9-16]. Dostupné na: <http://www.valencik.cz/marathon/08/Mar0801.htm>
- ŠVAŘÍČEK, R. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN: 978-80-7367-313-0.
- ŠVESTKOVÁ, O. – HOSKOVCOVÁ, S. *Nové přístupy k náhledu na občana se zdravotním postižením a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. E-psychologie, 2010. roč. 4 č. 4 ISSN 1802-8853 [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: http://e-psycholog.eu/pdf/svestkova_etal.pdf

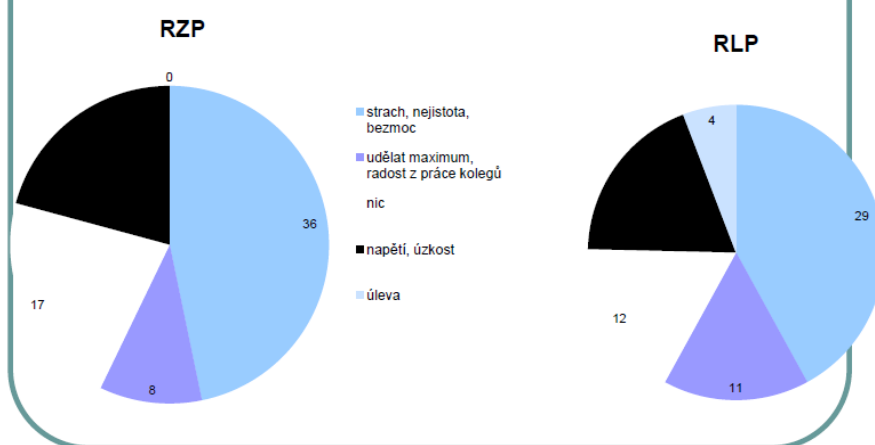
- *The North Atlantic Treaty*. 1949 [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_17120.htm
- TRUCKENBRODT, N. *Stres? Neznám! Jak si efektivně zorganizovat práci a nepodlehout stresu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 96 s. ISBN: 80-247-1688-7.
- VESELÝ, A. - NEKOLA, M. - DRHOVÁ, Z. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. 407 s. ISBN: 978-80-86429-75-5.
- VESELÝ, A – DRHOVÁ, Z – NACHTMANNOVÁ, M. Veřejná politika a proces její tvorby. Co je „policy“ a jak vzniká. [online]. [Cit. 2011-09-12]. Dostupné na: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_08-vesely.pdf
- Vyhláška č. 487/2004 Sb., o osobnostní způsobilosti, která je předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru, ve znění pozdějších předpisů
- VYMĚTAL, Š. *Civilní nouzové plánování v NATO a jeho národní úroveň*. 112 - odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva. 2010. roč. 9, č. 6. ISSN: 1213-7057.
- VYMĚTAL, Š. *Poskytování psychosociální pomoci v mimořádných situacích*. 112 - odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva. 2007. roč. 6, č. 2. ISSN: 1213-7057.
- VYMĚTAL, Š. *Psychosociální pomoc v situacích mimořádných událostí: Současný stav v České republice*. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: Mediprax CB, 2006. roč. 9, č. 4. ISSN: 1212-1924.
- *Výbor na nejvyšší úrovni pro civilní nouzové plánování*. [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: <http://www.mvcr.cz/clanek/pojmy-vybor-na-nejvyssi-urovni-pro-civilni-nouzove-planovani.aspx>
- *Výsledky jednání vlády, 18. dubna 2012*. [online]. [cit. 2012-4-19]. Dostupné na: <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tiskove-zpravy/vysledky-jednani-vlady--18--dubna-2012-94729/>
- *Vzdělávání zdravotníků – prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: <http://www.vzdelavani-zdravotniku.cz/nelekarsti-zdravotnici-pracovnici/uvodni-strana-projektu-nelekarsti>
- WAGNER, D. – HEINRICHS, M. – EHLERT, U. *Prevalence of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in German Professional Firefighters*. *The American Journal of Psychiatry*, 1998. vol. 155, no. 12 ISSN 1535-7228.
- WHO. *Health 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. 5. vyd. World Health Organization, 1998. 36 s. SBN 92 890 1348 6 [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Mental Health. Facing the challenges, building solutions*. World Health Organization. 2005. 180 s. ISBN-10: 928901377X.
- WILLIAMS, R. *Psychosocial Care for People Affected by Disasters and Terrorism*. Estoril 2009. [online]. [cit. 2012-2-25]. Dostupné na: <http://www.natomedicalconference2009.gov.pt/jmc/en/conferencia/programa/>

- WILSON, J.P. – LINDY, J.D. (Eds.) *Countertransference and the treatment of PTSD*. New York: Guilford, 1994. 406 s. ISBN-13: 978-0898623697
- WINKLER, J. *Implementace: institucionální hledisko analýzy veřejných programů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 160 s. ISBN: 80-210-2932-3.
- *Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), ve znění pozdějších předpisů*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: <http://www.zakonycr.cz/seznamy/129-2000-sb-zakon-o-krajich-%28krajske-zrizeni%29.html>
- *Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: http://www.firebrno.cz/uploads/legislativa/239_2000.pdf
- *Zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon), ve znění pozdějších předpisů*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: www.firebrno.cz/uploads/legislativa/240_2000.pdf
- *Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/zakony_10487.html
- *Zákon č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících, ve znění pozdějších předpisů*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: http://www.sagit.cz/pages/uz.asp?tema_id=1239&cd=162&typ=r&det=1239&levelid=348772
- *Zákon č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, ve znění pozdějších předpisů*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z361_2003o
- *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-_5173_2428_11.html
- *Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů*. [online]. [cit. 2012-3-22]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnicke-zachranne-sluzbe_5175_2428_11.html

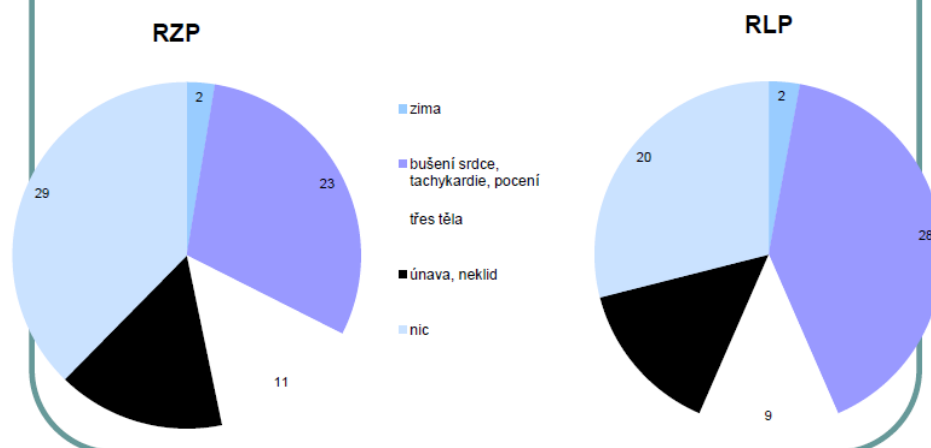
Přílohy

1. Cvičení funkčnosti SPIS (Rallye Rejvíz 2011) – zpracovaná data⁶⁵

Vnímání emocí

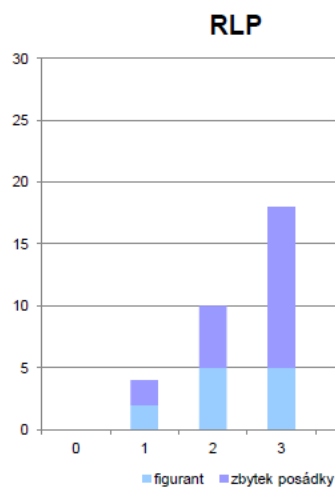
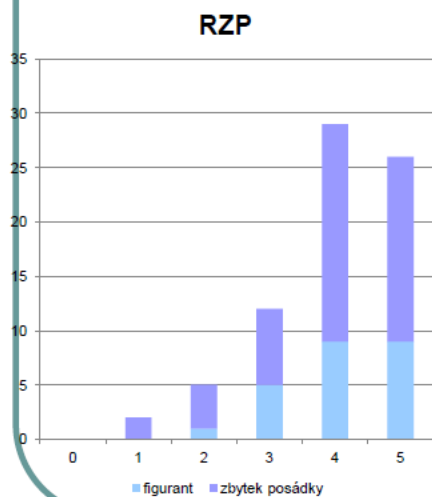


Pocity na tělesné úrovni

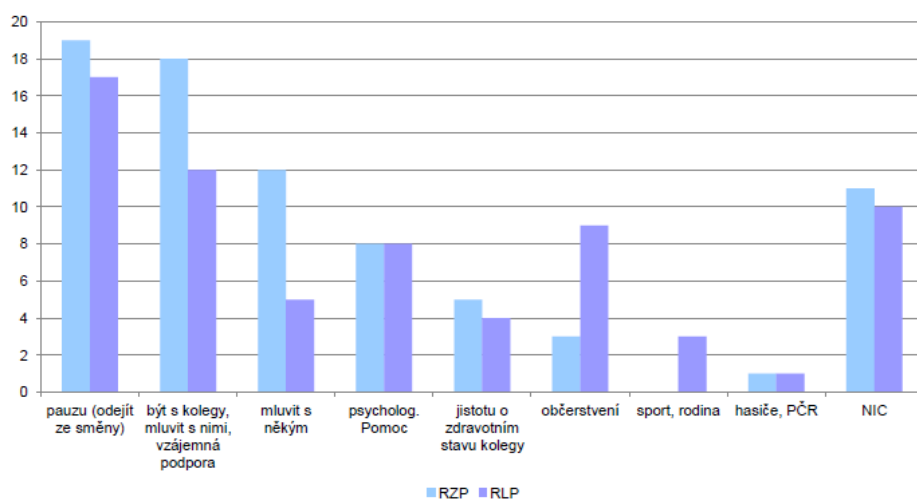


⁶⁵ Zpracovala Veronika Rulíková, SPIS, ZZS Pardubického kraje

Míra zátěže (1-5)

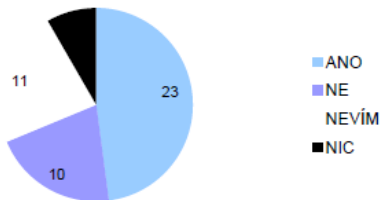


Co bych po zátěži uvítal

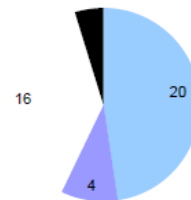


Psychická podpora na pracovišti

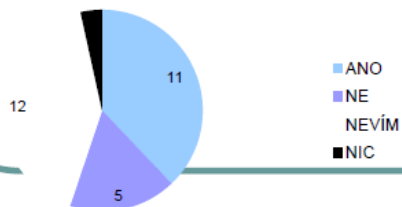
RZP-češi



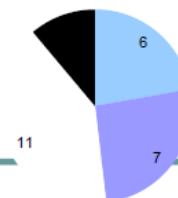
RLP-češi



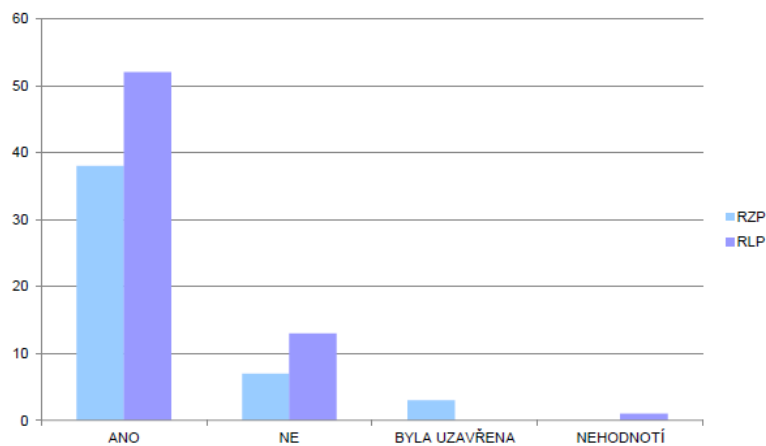
RZP-slováci



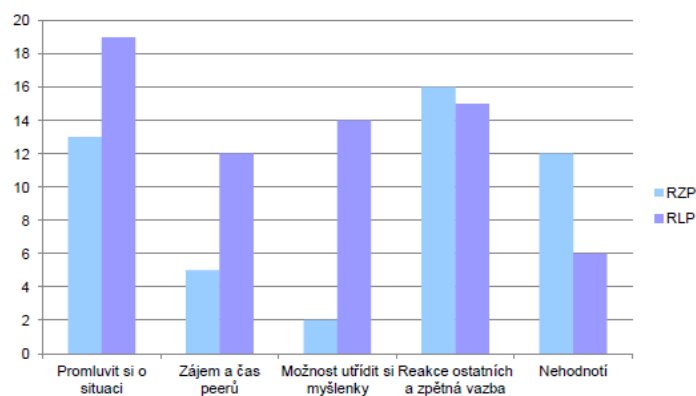
RLP-slováci



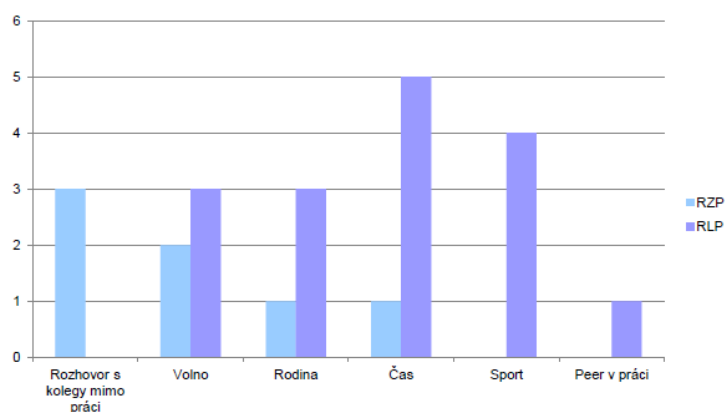
Pomohla intervence situaci uzavřít?



Co bylo pomáhajícím fenoménem?



Co byste potřebovali jiného?



2. Propagační materiál – informační kartička SPIS

PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ PÉČE PO PROŽITÝCH PROFESNĚ NÁROČNÝCH SITUACÍCH



Podoby péče, kterých můžete využít:

- Skupinová péče o zasahující profesionály i operátorky
- Individuální kontakt s vycvičeným kolegou či odborníkem na duševní zdraví

Základní pravidla při poskytování intervenční péče:

- Účast je dobrovolná
- Nekritizujeme
- Nehodnotíme
- Zachováváme důvěrnost a anonymitu
- Nic se nezapíše

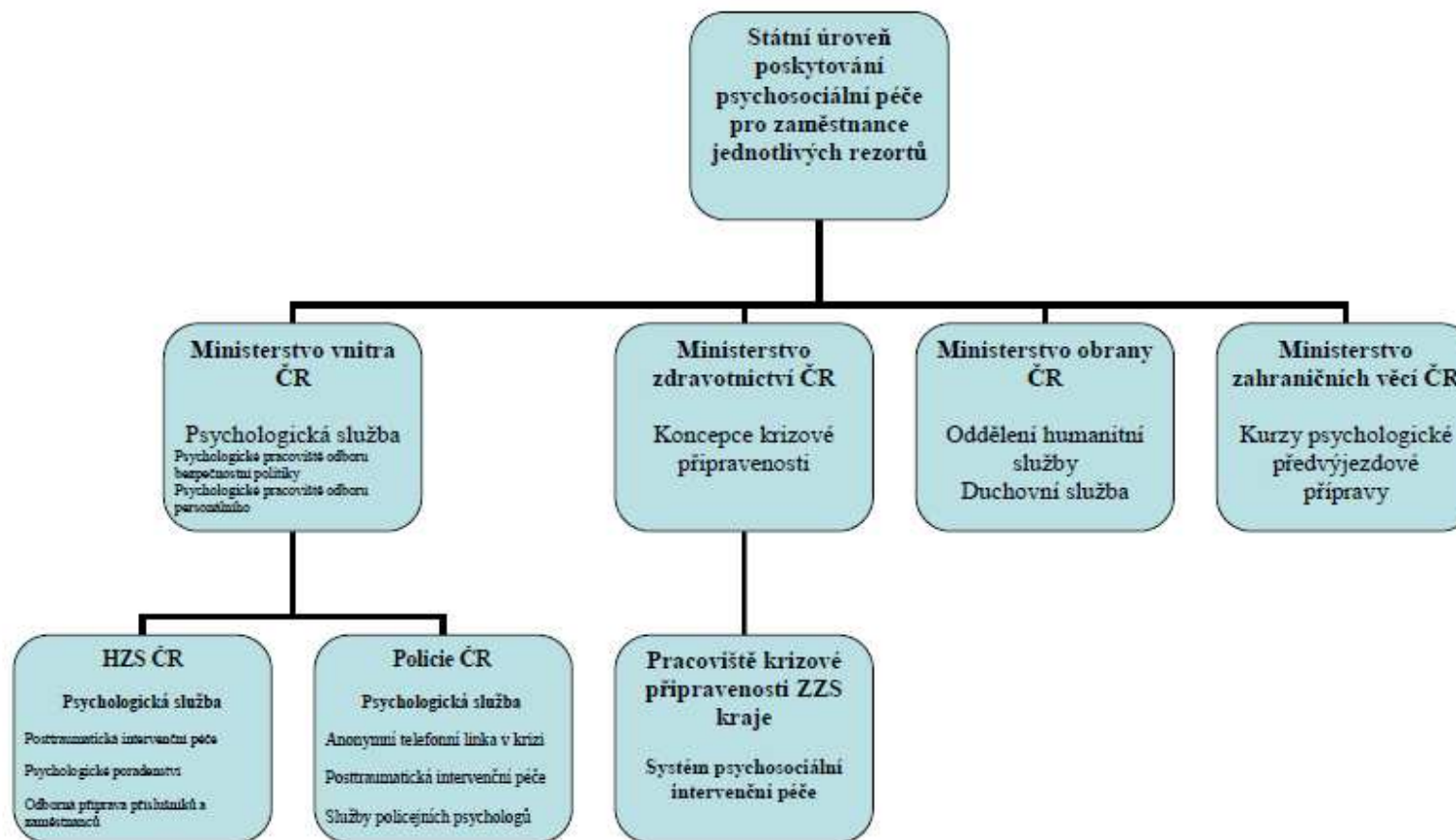


Další informace naleznete na:

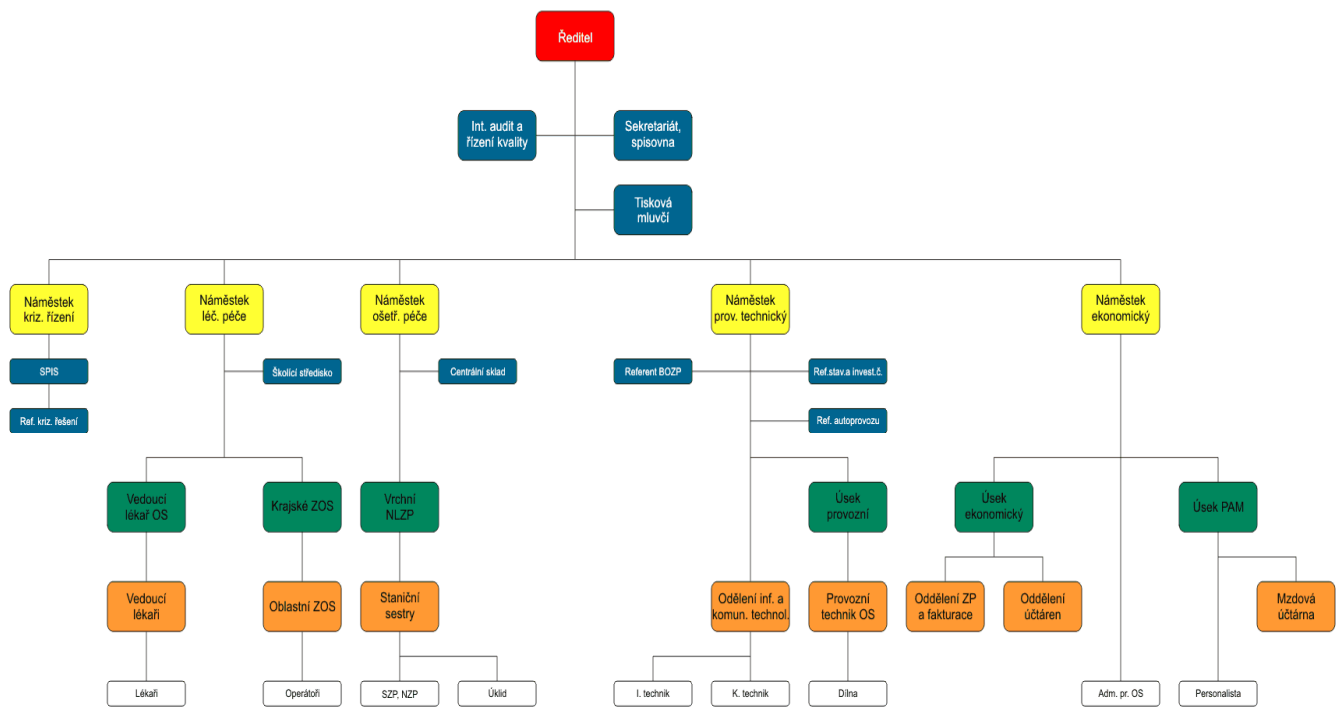
www.spismz.cz

Kontakt na koordinátora:

3. Schéma systému psychosociální péče o zaměstnance jednotlivých rezortů v ČR.



4. Ukázkové schéma ředitelství ZZS



- ÚTVAR** je organizační celek, v němž je seskupena ucelená oblast výkonných a řídicích činností vedení organizace. Je řízen přímo ředitelem organizace.
- ÚSEK** je organizační celek, který je nositelem úkolů, vyplývajících z dělbý práce, tj. práce, která tvoří harmonický celek s navazujícími postupy, jasnou linií pravomocí a odpovědností. Je řízen příslušným náměstkem ředitele.
- ODDĚLENÍ** je organizační celek zabezpečující výkon jedné nebo několika specializovaných činností, navzájem spolu souvisejících.
- REFERÁT** je organizační prvek, zabezpečující činnost v jedné specializované oblasti.

5. Výkaz zisků a ztrát (v tis. Kč) jednotlivých krajských ZZS za rok 2011

Ukazatel	Praha	Středočeský	Mor.slezský	Ustecký	Olomoucký	Jihomorav.	Liberecký	Zlínský	Jihočeský	Vysočina	Královéhr.	Pardubický	Plzeňský	Karlovarský
Výnosy celkem	381 649	618 615	541 384	395 376	247 764	429 045	269 084	257 213	412 445	269 141	244 982	241 194	372 837	203 240
z toho: příspěvek	226 107	411 112	350 204	220 390	155 574	269 147	167 575	160 142	234 460	167 196	154 571	151 704	260 197	121 085
výnosy od ZP	138 546	198 147	181 548	167 930	87 098	148 355	93 070	92 978	133 709	93 731	84 685	85 243	94 440	80 738
ostatní	16 996	9 356	9 632	7 056	5 092	11 543	8 439	4 093	44 276	8 214	5 726	4 247	18 200	1 417
Náklady celkem	381 422	618 378	539 998	395 376	247 432	429 235	269 020	256 668	412 075	269 141	244 995	241 194	372 827	212 953
spotřeba materiálu	34 391	50 346	27 809	33 504	15 887	29 972	19 119	13 887	29 383	19 414	18 809	15 443	33 526	16 097
v tom: PHM	12 969	16 137	11 031	12 475	6 060	11 778	6 514	5 751	11 980	5 681	6 417	5 387	9 210	8 212
láky	2 248	2 099	2 384	1 941	906	1 604	2 367	1 163	1 602	1 218	1 132	1 171	3 277	894
SZM	6 785	7 370	4 187	3 659	2 688	4 877	4 958	2 184	4 624	4 528	4 395	2 879	4 526	1 603
Conoxia- kyslík	1 520	2 426	1 184	1 325	684	1 693	858	1 008	1 454	3 311	919	715	927	1 051
energie	5 213	12 686	8 949	6 056	4 618	3 920	1 253	3 831	5 525	4 420	3 245	2 746	5 456	4 474
opravy	9 242	9 453	10 852	8 947	5 688	7 003	7 018	4 625	7 332	860	5 057	4 241	7 777	3 997
z toho: dopr.prostř.	8 084	4 382	7 115	5 609	4 425	4 913	5 823	3 485	5 133	558	4 169	2 630	5 570	3 361
zdrav.technika	543	1 352	700	1 379	130	1 170	525	181	764	153	371	860	763	374
služby	21 604	35 329	19 502	13 416	16 366	14 660	11 133	22 654	25 278	13 270	13 994	10 619	50 562	25 266
mzdové celkem	197 647	346 816	324 695	219 265	139 106	252 573	154 860	140 643	225 161	150 420	141 198	137 830	185 634	107 996
v tom: platy	194 735	329 976	299 582	204 125	131 334	240 696	139 326	127 995	191 489	143 967	131 243	104 966	165 520	96 707
OON	2 936	16 839	24 262	15 140	7 772	11 877	15 534	12 806	33 672	6 453	9 955	32 864	20 114	11 289
soc. a zdrav.poj.	66 993	116 605	109 888	74 487	47 103	85 730	51 677	47 701	76 340	50 954	47 864	46 705	62 244	36 431
ostatní soc.náklady	4 096	7 168	6 421	2 489	2 694	8 932	6 835	3 976	6 268	1 804	4 256	298	4 497	1 575
daně a poplatky	216	2 026	75	17	130	102	4 501	19	234	8	16	0	319	142
ostatní provoz.nákl.	2 084	5 227	5 286	5 413	1 830	2 950	3 041	1 991	1 675	6 141	30	1 019	3 041	3 241
odpisy	35 741	32 555	26 402	31 068	14 548	21 298	9 478	17 291	34 761	21 849	10 125	18 907	17 630	12 886
finanční náklady	4 195	167	119	2	0	39	105	50	119	1	142	0	36	97
Hosp výsledek	227	237	1 387	0	332	-190	64	545	370	0	-13	0	10	-9 713

7. Formulář „Záznam o poskytnutí psychosociální intervenční služby“



ZÁZNAM O POSKYTNUTÍ PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY

Název organizace		
Datum kontaktu koordinátora	Jméno koordinátora	Datum události
Popis události (obsah výzvy)		
Aktivace		Způsob kontaktu
<input type="checkbox"/> osobně <input type="checkbox"/> peer <input type="checkbox"/> ZOS <input type="checkbox"/> management <input type="checkbox"/> jiné		<input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> osobně <input type="checkbox"/> jiné
Intervence		
Datum intervence	Délka intervence	Místo intervence
Druh intervence		Členové týmu
<input type="checkbox"/> debriefing <input type="checkbox"/> defusing <input type="checkbox"/> individuální kontakt <input type="checkbox"/> jiné		<input type="checkbox"/> ODZ: <input type="checkbox"/> peer: <input type="checkbox"/> peer: <input type="checkbox"/> peer:
Profesní skupina		Počet účastníků
<input type="checkbox"/> záchranář/sestra <input type="checkbox"/> řidič ZZS <input type="checkbox"/> lékař <input type="checkbox"/> operátorka <input type="checkbox"/> sanitář <input type="checkbox"/> jiné		počet záchranářů/sester: počet řidičů ZZS: počet lékařů: počet operátorek: počet sanitářů: počet jiných účastníků:
Popis intervence		
Podpis		

8. Příklad vzdělávacích aktivit ve SPIS

VII. Olomoucké dny urgentní medicíny

Jsme před i za branami nemocnic...

3.-4.května 2012



WORKSHOP SPIS 2.5.2012



SPIS

Systém Psychosociální intervenční služby

Časový harmonogram:

07:00 – 08:45	Registrace účastníků
08:00 – 09:30	Zahájení workshopu
09:30 – 11:00	Workshop, teoretická část, PhDr. Lukáš Humpl
11:00 – 11:20	<i>Přestávka</i>
11:20 – 13:30	Workshop, praktická část
13:30 – 14:15	<i>Přestávka</i>
14:15 – 15:45	Workshop, teoretická část, MUDr. Jana Koubková
15:45 – 16:30	Diskuse a předání certifikátů

Zahájení:

Bc. Michaela Gehrová

PhDr. Lukáš Humpl

Teoretická část:

PhDr. Lukáš Humpl

- Psychosociální intervence při mimořádných událostech
- Psychosociální péče v podmínkách zdravotnictví

MUDr. Jana Koubková

- Zkušenosti z kraje Vysočina
- Psychosociální intervence. Co se podařilo v roce 2011.

Praktická část

Nácvik modelových situací

Profesní odborová unie zdravotnických pracovníků ohodnotila akci **10 kredity** (aktivní účast).
Evidenční číslo: OZ 604/12 K