

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Psychosociální intervenční služba v podmínkách
zdravotnických záchranných služeb v ČR**

Bakalářská práce

Autor práce: Helena Brýdlová, DiS.
Studijní program: Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě
Vedoucí práce: doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Datum odevzdání práce: 7. 8. 2012

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá především psychosociální intervenční službou Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy. Tato služba byla aplikována jako pilotní projekt v období září 2008 – únor 2010. Bakalářská práce je zaměřena na popis pilotního projektu a zpracování záznamů o poskytnutí psychosociální intervenční služby. Tyto záznamy byly vypracovány peery (tj. profesními kolegy), kteří poskytovali intervenci svým kolegům.

V teoretické části je zpracována problematika zátěže, stresu a mimořádných událostí, se kterými se záchranáři mohou setkat, a které je mohou negativně ovlivnit ve výkonu jejich profese. Pro práci záchranáře je důležité, aby tento stres a zátěž dokázal dobře zpracovat a neohrožoval ho nadále ve výkonu jeho činnosti. V teoretické části je dále popsáno fungování psychosociální intervenční služby Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy a fungování systému psychosociální intervenční služby, který se rozvíjí celorepublikově.

V praktické části jsem zpracovala záznamy o poskytnutí psychosociální intervenční služby, které byly vypracovány v období pilotního projektu. Ke zpracování záznamů jsem použila program Microsoft Office Excel 2003.

Ve své práci jsem se snažila o zmapování krátké historie zavádění psychosociální intervenční služby do praxe a o rozbor záznamů o poskytnutí psychosociální intervenční služby. Předkládám zde rozbor problémů, se kterými se záchranáři potýkají – nejen ve svém pracovním, ale i osobním životě.

Abstract

This thesis examines mainly the psychosocial intervention service in Emergency Medical Service City of Prague. This service was applied as a pilot project in the period between September 2008 and February 2010. The thesis focuses on pilot project description and processing records providing psychosocial intervention service. Records were developed by peers (professional colleagues), who provided intervention to their colleagues.

Theoretical part deals with the problematic of load, stress and extraordinary events, which can negatively influence rescuers in their everyday work. It is very important for rescuers to process these factors well in order to prevent them from further negative threats in their professional performance. Moreover, theoretical part describes the functioning of the psychosocial intervention service of Emergency Medical Service City of Prague as well as psychosocial intervention service that is being developed in the whole of Czech Republic.

In the practical part I processed records dealing with providing intervention psychosocial service, which were accumulated during the pilot project period. Microsoft Office Excel 2003 was used for processing this data.

In conclusion, in my thesis, I tried to map the short history of introduction of psychosocial intervention service in praxis and analyze the records of providing psychosocial intervention service. Finally, I submit work as well as personal life problem analysis.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci „Psychosociální intervenční služba v podmínkách zdravotnických záchranných služeb v ČR“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 7. 8. 2012

.....

Helena Brýdlová, DiS.

Poděkování

doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. za vedení bakalářské práce a za trpělivost a řediteli pražské Zdravotnické záchranné služby MUDr. Zdeňku Schwarzovi za možnost zpracování materiálů vzniklých při zavádění Psychosociální intervenční služby na Zdravotnické záchranné službě hlavního města Prahy.

Obsah

Úvod.....	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Stres	10
1.2 Zdravotnická záchranná služba – základní složky.....	11
1.2.1 Zdravotnické operační středisko	11
1.2.2 Výjezdová skupina „rychlé lékařské pomoci“	12
1.2.3 Výjezdová skupina „rychlé zdravotnické pomoci“	13
1.3 Události mimořádného charakteru.....	13
1.4 Události „ne-mimořádného“ charakteru	15
1.5 Syndrom vyhoření.....	16
1.6 Charakteristika psychosociální intervenční služby.....	19
1.7 Složení týmu „Systému psychosociální intervenční služby“	21
1.8 Legislativní ukotvení	22
1.9 Modely přístupů systému psychosociální intervenční služby.....	23
1.9.1 CISD (Critical Incident Stress Debriefing).....	23
1.9.2 Defusing (zklidnění)	24
1.9.4 Individuální intervence Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy.....	25
1.10 Vývoj v České republice.....	28
1.10.1 Vývoj psychosociální intervenční služby na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy	28
1.10.2 Vývoj projektu v rámci Ministerstva zdravotnictví ČR.....	32
1.11 Důvody pro zavedení psychosociální intervenční služby pro pracovníky zdravotnických záchranných služeb	33
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	35
2.1 Cíl práce.....	35
2.2 Hypotézy	35
3. METODIKA	36
3.1 Výzkumná strategie	36
3.1.2 Technika sběru dat	36
3.2 Výzkumný soubor.....	36

4.	VÝSLEDKY	39
5.	DISKUZE	50
6.	ZÁVĚR	52
7.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
8.	KLÍČOVÁ SLOVA	58
9.	PŘÍLOHY	59

Úvod

Pracovníci zdravotnické záchranné služby jsou vystaveni náročným situacím, které je mohou negativně ovlivnit v jejich profesním, ale i osobním životě.

I přesto v době zadání tématu bakalářské práce byli jako jediná složka integrovaného záchranného systému bez odborné péče v oblasti psychosociální. 1. dubna 2012 vstoupil v platnost nový Zákon o zdravotnické záchranné službě, kde je péče o pracovníky zdravotnických záchranných služeb zakotvena.

Téma mé bakalářské práce se opírá o praktické zkušenosti při zavádění psychosociální intervenční služby na Zdravotnické záchranné službě hlavního města Prahy. Od počátku jsem byla u zrodu psychosociální intervenční služby – nejprve jako peer a později jako koordinátor. Setkala jsem se s názorem, že záchranář, který nezvládá svou práci, nemůže tuto práci vykonávat. S tímto názorem se ovšem neztotožňuji. Záchranáři mají jistě posunutý práh citlivosti a snesou oproti „ne-záchranářům“ více. Ale nejsou to pouze záchranáři, jsou to také lidé s duší, která může utřít mnoho šrámů – a úkolem peerů je takové šrámy pomoci záchranářům překonat – právě proto, aby mohli být lidmi i v práci, nikoliv jen osobami bez citů a pocitů. Pro záchranáře i zachraňované je výhodné naučit záchranáře zachraňovat lidsky a přesto profesionálně. Vycházím z předpokladu, že spokojený a vyrovnaný záchranář dokáže mnohem lépe pečovat o pacienta, a cílem záchranářů je přece pomoci co nejlépe.

Cílem mé práce je popis vývoje psychosociální intervenční služby Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy, vysvětlení důvodů, proč by měla být psychosociální intervenční služba integrální součástí každé zdravotnické záchranné služby a zpracování záznamů o poskytnutí psychosociální intervenční služby jejím zaměstnancům jako argument pro její konkrétní uspořádání v českých podmínkách.

Práci mi umožnil fakt, že Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy je jednou z prvních zdravotnických záchranných služeb, která se v této oblasti začala angažovat. Díky tomu jsem tak získala data, která vycházejí z praktických zkušeností a jejichž zpracování by mohlo být poučné pro další rozvoj psychosociální intervenční služby.

1. SOUČASNÝ STAV

V letošním roce došlo ke schválení Zákona č. 374/2011 Sb. o Zdravotnických záchranných službách. Do této doby fungovaly zdravotnické záchranné služby na základě Vyhlášky č. 434/1992 Sb. o Zdravotnické záchranné službě. Je to svým způsobem převratný okamžik. S platností a účinností nového zákona tak vznikla mimo jiné záchranným službám i povinnost koordinovat psychosociální intervenční službu pro zaměstnance poskytovatele zdravotnické záchranné služby v případech mimořádných událostí nebo krizových situací.

Zdravotnická záchranná služba je definována jako: *"zdravotní služba, ... v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, ... poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života."* Základními činnostmi, které zdravotnická záchranná služba provádí pro poskytování přednemocniční neodkladné péče je:

- příjem tísňových výzev prostřednictvím zdravotnického operačního střediska,
- zajištění výjezdové skupiny na místo události,
- poskytnutí přednemocniční neodkladné péče osobám na místě události, a to včetně provedení neodkladných úkonů k záchraně života, kterých je třeba k obnově či stabilizaci základních životních funkcí pacienta,
- spolupráce s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče,
- přepravu pacienta z místa události do cílového zařízení,
- třídění osob v případě hromadného neštěstí v důsledku mimořádných událostí nebo krizových situací, a další (7).

Při poskytování přednemocniční neodkladné péče se mohou záchranáři dostat do velmi psychicky a fyzicky náročných situací, které jsou spojené s nadměrným stresem.

1.1 Stres

Slovo stres k nám proniklo z anglického slova „stress“, které vzniklo z latinského slova „strigo, stringere, strinxi, strictum“. Toto slovo v latině znamená „utahovati, stahovati“, jako provaz okolo krku odsouzeného. Z dalšího pohledu se slovo stres podobá slovu „pres“ – tj. lisu, tedy působení na těleso tlakem. V přeneseném významu tedy můžeme stres chápat jako vystavení tlaku z několika stran najednou (14). Stres můžeme rozdělit na dva základní druhy: eustres, tedy kladně působící stres, který nás pozitivně nabudí a naladí a distres, což je negativně nebo dlouhodobě působící stres, který v nás vyvolává negativní pocity. Důsledkem působení negativního stresu je pak rozhodnutí o úniku nebo útoku z dané situace. Tělo na stres reaguje fyziologicky: stresová situace aktivuje hypothalamus, který aktivuje sympatický a adrenokortikální systém. Sympatický systém aktivuje vnitřní orgány a hladké svalstvo, např. zvyšuje srdeční frekvenci a rozšiřuje zornice. Do krve se z nadledvinek uvolní adrenalin a noradrenalin. Aktivací adrenokortikálního systému dochází k uvolnění hormonu ACTH, který způsobí uvolnění dalšího hormonu kortizonu, jenž reguluje hladinu cukru v krvi. Takto se dostane energie do svalů, a tělo je připravené reagovat – útokem či útekem. Po skončení stresové situace dojde k fázi vyčerpání, kdy organismus potřebuje opět načerpat sílu a energii. Další reakcí je reakce psychická – ve stresu se jedná o pocity úzkosti, vzteku a agrese, deprese, atp. Jsou potlačeny kognitivní funkce, které znamenají oslabení soustředění a logického myšlení (3).

Důvody ke stresu jsou velmi individuální – co pro jednoho může být důvodem ke stresu, druhému může působit radost (např. řízení vozidla). Když individualnost stresu převedu na záchranáře, je možné, že pro jednoho záchranáře bude porod dítěte v sanitním vozidle motivujícím prvkem, zatímco pro druhého záchranáře to bude velmi stresující prvek, který ho bude zatěžovat i při pouhé myšlence, že by tato situace mohla opravdu nastat (3).

Stres je vnímán jako negativní emoce, a proto se člověk snaží, aby tyto negativní emoce odstranil. Proces, při kterém se člověk snaží vyrovnat se stresovými situacemi je nazýván jako „coping“. Člověk se tedy zaměří na situaci, která mu působí stres a snaží

se jí pro příště vyhnout, nebo se pokouší stav změnit tak, aby daná situace vůbec nenastala (3). Například záchranář může zjistit, že profesionální zdvořilost mírní konflikty a tím i stres.

1.2 Zdravotnická záchranná služba – základní složky

Zdravotnická záchranná služba dle mého názoru disponuje třemi nejzásadnějšími a nejdůležitějšími útvary pro poskytování přednemocniční neodkladné péče. Jedná se o zdravotnické operační středisko, výjezdovou skupinu rychlé lékařské pomoci a výjezdovou skupinu rychlé zdravotnické pomoci.

1.2.1 Zdravotnické operační středisko

Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy denně přijme zhruba 600 – 700 volání na tísňovou linku. Z toho je asi jedna polovina opravdu tísňovou výzvou, druhá polovina je především podávání informací volajícím, např. řešení zdravotních potíží nebo sdělování provozní doby zdravotnických zařízení. Tísňové volání má v podstatě stále stejný scénář. Svědek události volá linku 155, pracovník zdravotnického operačního střediska hovor přijímá a ihned začne zadávat data do počítače. Potřebná data ještě během hovoru odesílá výjezdové skupině, kterou vybere podle polohy a dostupnosti (34). Každý hovor trvá zhruba jednu minutu a během hovoru musí pracovník dobře zjistit informace, komunikovat s volajícím (který je mnohdy ve stresu), třídít informace, zjistit závažnost situace, koordinovat další logistické kroky (tj. vyslat posádku rychlé zdravotnické pomoci nebo rychlé lékařské pomoci), předávat informace dalším dotčeným subjektům a poskytovat další instrukce (6).

Pracovníci zdravotnického operačního střediska jsou tak vystaveni stresu, a to díky vysoké míře zodpovědnosti a časové tísni, během které musí bezchybně rozhodovat.

Tomešová uvádí deset největších stresorů pracovníků zdravotnického operačního střediska dle počtu výběrů. Zde jsou uvedeny stresory, které bezprostředně souvisí s výkonem práce (ostatní stresory souvisí s pracovním prostředím a podmínkami v organizaci a nebudou zde uváděny). Na prvním místě je odpovědnost za správné poskytnutí péče a záchranu života, na pátém místě pracovníci uvádějí méně péče a výhod než mají k dispozici ostatní složky integrovaného záchranného systému, a na devátém místě nepoučenost veřejnosti o funkci tísňové linky (28).

1.2.2 Výjezdová skupina „rychlé lékařské pomoci“

Výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci je složena z lékaře a zdravotnického záchranáře, případně řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby. Indikací k výjezdu skupiny rychlé lékařské pomoci jsou případy, kdy se jedná o život ohrožující stav, jako je např. infarkt, mozková příhoda, střelné poranění, těžké následky po dopravních nehodách, požárech, atp. Výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci vyjíždí v Praze zhruba k 20 % všech výjezdů (34).

Tomešová uvádí deset největších stresorů lékařů seřazených dle počtu výběrů. Zde jsou uvedeny stresory, které bezprostředně souvisí s výkonem práce (ostatní stresory souvisí s pracovním prostředím podmínkami v organizaci a nebudou zde uváděny). Na prvním místě je nevstřícnost zdravotnických zařízení při předávání pacientů, na třetím místě žádný odpočinek mezi těžkými případy, na čtvrtém místě verbální napadání, kritika ze strany pacientů – jejich blízkých – přihlížejících, na šestém místě méně péče a výhod než mají k dispozici ostatní složky IZS, na sedmém místě odpovědnost za správné poskytnutí péče – záchranu života, na osmém místě možnost pochybení, které bude mít závažné následky pro pacienty, na desátém místě setkání s tragickými životními příběhy pacientů (28).

1.2.3 Výjezdová skupina „rychlé zdravotnické pomoci“

Výjezdová skupina rychlé zdravotnické pomoci je tvořena ze dvou zdravotnických záchranářů nebo jednoho zdravotnického záchranáře a jednoho řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby, tedy nelékařských zdravotnických pracovníků.

Tomešová uvádí deset největších stresorů nelékařských zdravotnických pracovníků (tj. zdravotnických záchranářů a řidičů vozidla zdravotnické záchranné služby) dle počtu výběrů. Zde jsou uvedeny stresory, které bezprostředně souvisí s výkonem práce (ostatní stresory souvisí s pracovním prostředím podmínkami v organizaci a nebudou zde uváděny). Na prvním místě je méně péče a výhod než mají k dispozici ostatní složky integrovaného záchranného systému, na druhém místě je nevstřícnost zdravotnických zařízení při předávání pacientů, na pátém místě je velké množství neindikovaných výjezdů, na sedmém místě nedostatek času na jídlo a hygienu (WC), na devátém místě bezohlednost řidičů – náročné dopravní podmínky, na desátém místě verbální napadání, kritika ze strany pacientů – jejich blízkých a přihlížejících (28).

Šeblová píše, že pracovníci záchranných služeb, kteří jsou velmi často a dlouhodobě exponováni stresem, jsou zranitelní z povahy své práce, kterou vykonávají. Odkazuje na výzkumy o profesích, u nichž je práce se stresem spojená – např. hasiči v Torontu, záchranáři v Londýně, atp., a které potvrzují, že se jedná o fyzicky i emočně náročné profese. Na straně druhé stojí totiž mýtus o nezranitelnosti záchranářů, o jejich extrémní fyzické i psychické odolnosti a drsnosti, tzv. „syndrom Johna Wayna“ (26).

1.3 Události mimořádného charakteru

Ač z povahy zaměstnání na zdravotnické záchranné službě mají pracovníci posunutý práh vnímání a zvládání zátěžových situací, přesto jsou momenty, které můžeme považovat za události mimořádného charakteru – události, které jsou tak

emocionálně silné, že není ve schopnostech člověka - záchranáře je v některých případech zvládnout vlastními silami. Mezi tyto události patří:

- vážné ohrožení vlastního života či zdraví,
- vážné ohrožení vlastních dětí, partnera, příbuzných, přátel,
- zranění, smrt kolegy, sebevražda kolegy, napadení,
- zážitky z nasazení při mimořádných událostech (úmrtí dětí, případy kruté smrti,...),
- události, které nasedají na individuální „osobní terén“ každého záchranáře (3).

Tomešová uvádí ve výzkumu provedeného v rámci grantového projektu Komplexní vzdělávání zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy – Územního střediska záchranné služby, že na prvních místech kritických událostí je smrt kolegy při výkonu služby, a to u všech výjezdových skupin (tj. lékař, nelékařský zdravotnický pracovník), ale také u pracovníků zdravotnického operačního střediska. Do skupiny stresorů, které působí na pracovníky Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy, patří na prvních místech:

- u lékařů – nevstřícnost zdravotnických zařízení při předávání pacientů,
- u nelékařských zdravotnických pracovníků – méně péče a výhod než mají ostatní složky integrovaného záchranného systému,
- u pracovníků zdravotnického operačního střediska – odpovědnost za správné rozhodnutí (28).

Následky nezvládnutí situace mohou být fatální pro zasaženého záchranáře, ale i pro jeho další pacienty. Záchranářům hrozí riziko akutní reakce na stres (dle Mezinárodní klasifikace nemocí diagnóza F.43.0 – akutní reakce na stres) a dále rozvinutí posttraumatické stresové poruchy (dle Mezinárodní klasifikace nemocí diagnóza F.43.1 – posttraumatická stresová porucha) (30).

Zde se nabízí otázka, zda záchranář v akutní reakci na stres či s posttraumatickou stresovou poruchou je schopen bezvadně a bezchybně pečovat o pacienty. Domnívám se, že nikoliv a mělo by se mu dostat péče, která je v této chvíli odpovídající situaci, kterou prožil.

Je tedy důležité, aby byla věnována péče záchranářům, kteří jsou potencionálně ohroženi posttraumatickou stresovou poruchou, protože přetrvávání následků po prožité mimořádné události může být pro záchranáře velmi vyčerpávající – jsou ochromeny vnitřní zdroje sebeúdravy. Nejsou tak ohroženi pouze záchranáři, ale také jejich rodiny a pacienti. Můžeme tak hovořit o tom, že záchranáři jsou „skrytými oběťmi“ mimořádných událostí. Co je na posttraumatické stresové poruše nejproblematictější je fakt, že „není vidět“. Následné péče po mimořádných událostech se tak dostává především zasaženým obětem - záchranáři samotní ale často zůstanou opomenuti a jako zasažení nejsou intervenováni (8).

Psychosociální intervenční služba dává svým charakterem možnost se na tyto události připravit, zvládnout je a následně je dobře zpracovat a tím umožnit záchranáři, aby lépe pracoval sám se sebou a dokázal se alespoň částečně a teoreticky na další události mimořádného charakteru do budoucna připravit. Takovou přípravou je např. preventivní školení zaměřené na zvládání mimořádných událostí.

1.4 Události „ne-mimořádného“ charakteru

Oproti událostem mimořádného charakteru je ale také třeba pracovat s každodenními starostmi a každodenním stresem, které nás mohou časem zahltit, a přispívají k horšímu zvládnání mimořádných událostí.

Za události ne-mimořádného charakteru můžeme považovat tyto:

- chronické stresory (např. ty, které ovlivňují život a spokojenost – bydlení, dojíždění do práce, péče o člena domácnosti,...),
- každodenní nepříjemnosti a starosti – tj. každodenně se opakující malé, ale negativně vnímané události (např. nakupování v přeplněném obchodě, tlačence v dopravních prostředcích, ...),
- zdravotní problémy,
- sociální problémy (např. finanční tíseň, bytová problematika, ...),

- osobní problémy (např. uplatnění ve společnosti, spokojenost v osobním životě, ...),
- pracovní problémy (např. problematická komunikace s kolegy, vztahy nadřízených a podřízených,...) (12).

Ve své praxi peera jsem se osobně setkala s minimálním množstvím mimořádných událostí, většina z případů, které jsem s kolegy řešila, byla „ne-mimořádného“ charakteru.

1.5 Syndrom vyhoření

Zvláštní kapitolou v životě záchranáře je ohrožení syndromem vyhoření. Syndrom vyhoření je v literatuře popsán jako stav vyčerpání, ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí v oblasti, kde byl člověk intenzivně angažován, ale ztrácí své nadšení. Jinými slovy – kdo nehořel, nevyhoří.

Prchlík v dokumentu České televize popisuje, jak na sobě syndrom vyhoření sám pocítil. Nejprve byl zapáleným záchranářem, ale časem ho práce přestala bavit a časem ji musel opustit. Nesnesl ani pohled na sanitku, otáčel se, pakliže okolo něj projížděla. Mohl se opět vrátit až po roce a půl, kdy on sám měl opět pocit, že se může vrátit (17).

Jako pomáhající profese má záchranář k syndromu vyhoření velmi blízko. Práce záchranáře je stresující prací, při které je záchranář zatížen vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a osobní nasazení. Současně má ale malé možnosti rozhodovat o povaze práce, jejím tempu a okolnostech, které do práce zasahují (13).

V roce 2010 provedla Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy (dále jen „Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy“) výzkum míry vyhoření u zaměstnanců. Z výzkumu vyplynulo, že u zdravotnických záchranářů a pracovníků zdravotnického operačního střediska je vysoké procento ohrožení syndromem vyhoření, a to u 14 % pracovníků. Ve srovnání s obdobnými výzkumy v Holandsku, Švédsku a Dánsku bylo syndromem vyhoření ohroženo 7-10 % záchranářů (1). Šeblová ve

výzkumu provedeného Zdravotnickou záchrannou službou Středočeského kraje uvádí, že počínající nebo rozvinutý syndrom vyhoření vykazovalo 17% pracovníků v roce 2003 a 19% v roce 2005 (25). Tyto výsledky již dokazují, že se nejedná o zanedbatelné procento pracovníků. Těmto by se mělo dostat dostatečné péče, jelikož je zde jasná souvislost mezi výkonem činnosti a jejími následky.

Jedná se o práci, kdy náhoda a nevyzpytatelnost hrají svojí úlohu. Také nejistota, emočně vypjaté situace, nepřízeň počasí (déšť, sníh, mráz, nebo naopak horka), vysoké pracovní tempo, vysoké nároky na ovládání techniky, řízení v hustém silničním provozu nebo čekání na výjezd k pacientovi, vysoké nároky na odbornost záchranáře – to jsou faktory, které záchranáře zatěžují – ať si to připouštějí, či nikoliv (5). Tyto všechny faktory jsou sami o sobě stresující a zatěžující. Práce záchranáře je o práci s lidmi, kteří jsou mnohdy ve stresu, nebo s lidmi, kteří záchranáře využívají, či přímo zneužívají. Ať je výjezd záchranářů jakkoliv náročný, musí zachovávat profesionalitu a dokázat pečovat i o duši pacienta. Problém je ale v tom, že o psychiku záchranáře nepečuje nikdo – nemá tedy ani motivaci ani inspiraci proto, aby se tak choval a jednal.

Záchranáři jsou často osoby, které své povolání berou jako poslání. Nechybí jim nadšení a odhodlání pomáhat. Ovšem realita je jiná, než jaká je k vidění v amerických filmech či seriálech z lékařského prostředí. Akčnost, neohroženost, vítězství spravedlnosti nad nespravedlností, vděk pacientů a dobré konce nejsou odrazem skutečnosti. Mnohdy přichází plíživě zklamání a únava z reality. Stres a zátěž zůstává, nadšení ale pomalu vyprchává. A tak plíživě přichází syndrom vyhoření. Nadšení vyprchává i s případy, kdy záchranáři nevidí ve své práci smysl. Některé záchranáře unavují výjezdy, které ze svého pohledu nevidí jako zachraňující, ale jako využívající či dokonce zneužívající zdravotnickou záchrannou službu. Dalším typickým příkladem, který záchranáři uvádějí je „retenční dědeček či inkontinentní babička“, kdy mají někteří záchranáři pocit, že se nejedná o zachraňování. Ale i v těchto případech může být záchranář užitečný – jen je třeba, aby i zde viděl svou důležitost a dokázal těmto lidem pomoci, ač se nejedná o život zachraňující úkon.

Syndrom vyhoření má několik druhů příznaků:

- psychické příznaky jsou ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení a zodpovědnosti, lhostejnost k práci, negativní postoj k sobě samému, pracovním povinnostem, ke společnosti i k organizaci, sklíčenost, bezmoc, agresivita, stálý pocit nedostatku uznání;
- tělesnými příznaky jsou poruchy spánku, příjmu potravy – nechutenství, svalová vyčerpanost, vysoký krevní tlak, náchylnost k nemocem;
- příznaky projevující se v oblasti sociálních vztahů – jedná se o omezení kontaktů s kolegy, snaha vyhnout se kontaktu s příbuznými pacienta i s pacientem samotným, přibývá konfliktů v osobním životě, nedostatečná příprava k výkonu práce a další (30).

Otázkou je, co s plíživým syndromem vyhoření udělá záchranář. Jednou variantou je, že se nechá pohltnout a svůj stav si vůbec neuvědomuje. Druhou variantou je, že se syndromem vyhoření začne bojovat dříve, než se dostaví nejhorší stádium. Bojem se syndromem vyhoření může být dostatečná fyzická aktivita, koníčky nebo odpočinek od práce. Podstatné je také dokázat „práci“ nechat v práci. Úkolem peera je všimnout si i těchto záchranářů, kterým dochází dech a aktivně je oslovit a podpořit. Velkým hnacím motorem záchranářů je upřímné poděkování – jak od pacientů, tak od vedení organizace. Křivohlavý píše, že vděčnost je v podstatě radostný stav, který se projevuje kladnými emocemi – např. pocity štěstí, úcty, respektu a naděje, a to na obou stranách – jak na té která děkuje, tak na té, které poděkování náleží (15).

Profese záchranáře, tedy pomáhající profese je často spjata s ochotou pomoci druhému, s empatickým chováním, se schopností sdílet s druhými jejich problémy, ale také s odpovědností – jak s odpovědností za svou práci, tak i odpovědností k sobě samému. Zároveň by si záchranář měl umět odpovědět na otázky: kdo jsem, čím chci být, co mám učinit, atp., aby poznal sám sebe a znal důvody, proč jedná a chová se právě tak, jak jedná a jak se chová. Důležitý je pro záchranáře pohled na sebe sama jako člověka „ne-záchranáře“, vidět své nedostatky a vidět své silné stránky, mít zdravé sebevědomí (9).

Pak může být nejen lepším člověkem, ale také lepším záchranářem. Jsou zde ještě dva další pohledy – a to je individuální profesní sebevědomí – jak sám sebe vidí záchranář (buď jako záchranáře, který chce pomoci, nebo jako záchranáře, který se cítí záchranářem jenom proto, že mu byla dána autorita prostřednictvím uniformy). Druhým pohledem je kolektivní profesní sebevědomí (je záchranář pyšný na to, že je vnímán jako autorita, protože je příslušný k profesi, která je veřejností vnímána velmi pozitivně, a zároveň má pokoru před danou profesí).

1.6 Charakteristika psychosociální intervenční služby

Pro upřesnění musím uvést rozdíl mezi dvěma přístupy psychosociální intervenční služby:

1. Psychosociální intervenční služba Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy – tento přístup byl založen na principu individuálních intervencí a v přístupu k záchranářům respektuje, že záchranáři mají potřebu řešit nejen problémy pracovního charakteru, ale také osobního. Byl aplikován na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy a byl zcela dobrovolný. Záchranář si sám mohl určit, zda se pro intervenci rozhodne či zda ji odmítne. Z mého vlastního hlediska a zkušeností (a zkušeností peerů Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy) se ovšem i prostřednictvím řešení osobních problémů buduje důvěra v psychosociální intervenční službu. Dalším důvodem, proč peeri Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy začali pracovat i s problémy osobního charakteru je fakt, že se problémy často prolínaly – pakliže měl záchranář problémy v práci, promítly se tyto problémy i do osobního života a obráceně.

2. Systém psychosociální intervenční služby – tento přístup vychází především z Mitchella a Everlyho (18, 19), kteří upřednostňují debriefingy a defusingy před individuální intervencí. V přístupu k záchranářům řeší pouze problémy pracovního charakteru a zaměřené na mimořádné události. Systém nemá zájem o řešení problémů osobního charakteru. V současné době je aplikován jako celorepublikový systém (kromě Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy). Jak ale ukazuje praxe a zprávy

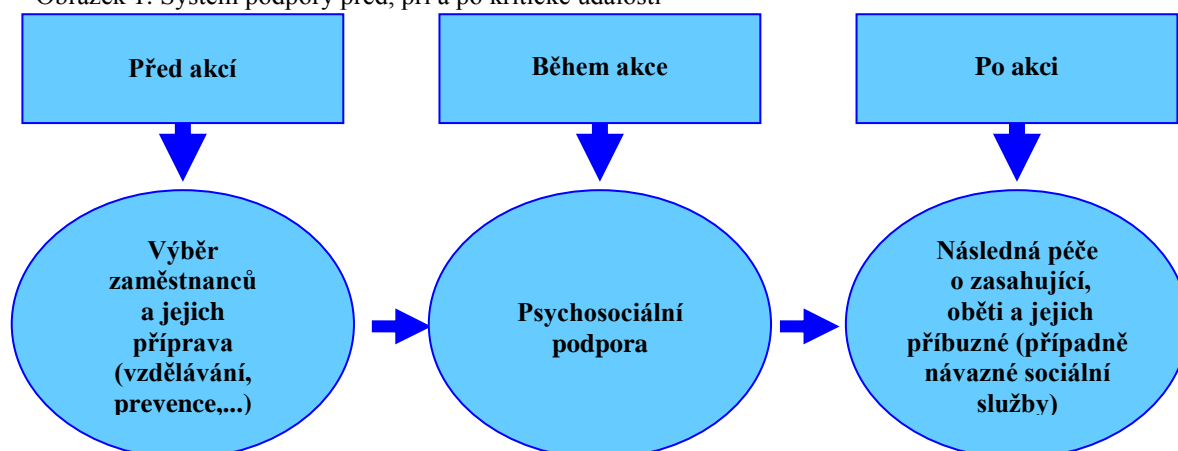
krajských koordinátorů z jednotlivých krajů, záchranáři preferují individuální intervence. S postupem času a s rostoucími zkušenostmi krajských koordinátorů a samotných peerů se záchranáři na peery obracejí i s osobními problémy.

V obecné rovině je psychosociální intervenční služba zaměřena na pracovníky zdravotnických záchranných služeb a pracovníky urgentních příjmů, neboť jejich práce patří mezi velmi zátěžové a stresující. Často se setkávají s událostmi mimořádného charakteru a často jsou tyto situace velmi emočně náročné. Výše uvedené skutečnosti jako jsou stresory, události mimořádného charakteru a události ne-mimořádného charakteru přispívají k náročnosti profese.

Psychosociální intervenční služba má za cíl pomoci zvládat stres před, při a během událostí mimořádného charakteru, především v rámci Critical Incident Stress Management, tj. zvládání stresu náročných životních a profesních událostí (obr. 1) (18).

Cílovou skupinou jsou především pracovníci na pozicích: zdravotnický záchranář, řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, operátor zdravotnického operačního střediska, lékař a dále jsou tyto služby zaměřeny na pracovníky urgentních příjmů (dále bude používán obecný výraz „záchranář“). Ze své praxe jsem se ale setkala i s případy, kdy psychosociální intervenční službu využívali i technicko-hospodářští pracovníci. Vzhledem k mému zaměření a předchozí práci na zdravotnické záchranné službě, nezahrnuje tato bakalářská práce oblast pracovníků z urgentních příjmů.

Obrázek 1: Systém podpory před, při a po kritické události



Zdroj: Marie Sotolářová

1.7 Složení týmu „Systému psychosociální intervenční služby“

System psychosociální intervenční služby má za cíl uvést do provozu psychosociální intervenční službu na každé zdravotnické záchranné službě, a zároveň celorepublikově a má tuto strukturu:

- Garant systému psychosociální intervenční služby – garant systému dohlíží na dodržování standardů péče a zodpovídá za funkčnost systému psychosociální intervenční služby a za činnost jednotlivých subjektů. Je v kontaktu a spolupracuje s dalšími organizacemi, jako je Asociace zdravotnických záchranných služeb, Odborná společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, Asociací fakulních nemocnic a Asociací českých a moravských nemocnic (10);
- Odborný garant systému – odpovídá za funkčnost systému psychosociální intervenční služby, především dohlíží na dodržování postupů lege artis. Dohlíží na činnost jednotlivých krajských koordinátorů (10);
- Krajský koordinátor – určená, způsobilá a kvalifikovaná osoba pro realizaci systému psychosociální intervenční služby. Koordinuje, monitoruje a organizuje péči pro peery v kraji, ve kterém působí (10);
- Odborník na duševní zdraví – jedná se o klinického psychologa s odbornou způsobilostí pro oblast zdravotnictví, s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem nebo výcvikem v krizové intervenci. Poskytuje peerům supervizi (10);
- Peer = profesní kolega, vycvičený v oblasti psychosociální péče. Jeho činnost vychází z toho, že kolega ví a zná pocity, které zasažený kolega prožívá a dokáže se lépe vcítit do jeho situace. Ví, jak s danou zátěží pracovat, případně dokáže kolegu předat do rukou odborníka na duševní zdraví či návaznou službu. Je stěžejní jednotkou v systému (10).

Obrázek 2: Koordinace "Systému psychosociální intervenční služby"



Zdroj: vlastní

1.8 Legislativní ukotvení

Zdravotnická záchranná služba byla do letošního roku jedinou složkou integrovaného záchranného systému, která neměla zajištěnou psychosociální péči o vlastní zaměstnance. Snahy zajistit pro zaměstnance ZZS tyto služby začaly v roce 2008.

Nutno podotknout, že zdravotnické záchranné služby v ČR nejsou řízeny centralizovaně, ale každý kraj zřizuje zdravotnickou záchrannou službu pod svou hlavičkou samostatně. Tímto je velmi ztížena možnost systém aplikovat, jelikož bylo na vůli každého ředitele (a zřizovatele), zda systém bude podporovat či nikoliv. Toto tvrzení platilo po celou dobu budování systému, kdy tento neměl oporu v legislativě. Ovšem rok 2012 se stal rokem zlomovým – byl schválen Zákon č. 374/2011 Sb. o Zdravotnické záchranné službě, který nabyl účinnosti dnem 1. dubna 2012. Pod hlavičkou pracoviště krizové připravenosti, tedy § 16, odst. 1, písm. b) zajišťuje toto pracoviště psychosociální intervenční služby pro zaměstnance poskytovatele

zdravotnické záchranné služby a další zdravotnické pracovníky v případě mimořádné události nebo krizové situace při provádění záchranných a likvidačních prací (7). Dle posledního vývoje schválily všechny zdravotnické záchranné služby v rámci valné hromady Asociace zdravotnických záchranných služeb, že systém psychosociální intervenční služby bude podporován. Stranou zůstává Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, která není členem Asociace zdravotnických záchranných služeb, a pakliže bude chtít nadále psychosociální intervenční službu znovu obnovit, pak samostatně a nezávisle na celorepublikovém systému psychosociální intervenční služby.

Již před platností zákona byl ale v platnosti jiný dokument, a to Ústřední poplachový plán IZS, kde je psychosociální podpora zakotvena v kódu 207 – psychologická a psychosociální podpora (obětem, příbuzným, sobě navzájem), a je zároveň uvedena v příloze „Evropská databáze sil a prostředků ke zdolávání mimořádných událostí“ (29).

Za morálně zavazující dokument považuji i „Deklaraci psychosociálních práv“, která byla přijata v roce 2009 na světovém kongresu Urgentní medicíny a medicíny katastrof. Deklarace říká, že na psychosociální podporu má právo každý včetně záchranářů (příloha 1) (23).

1.9 Modely přístupů systému psychosociální intervenční služby

1.9.1 CISD (Critical Incident Stress Debriefing)

Jedná se o model péče o zasažené záchranáře, který vychází z poznatků a postupů podle J. T. Mitchella a G. S. Everlyho. Critical Incident Stress Debriefing (dále jen „debriefing“) je přesně strukturované skupinové sezení. Má za cíl snížit riziko vyvinutí akutní reakce na stres a posttraumatické stresové poruchy a dále snížit následky působení mimořádné události či hromadného neštěstí. Cílem je zmírnění následků, diskuze o situaci, uzavření procesu mimořádné události, podpora a vzdělávání. Nejedná se o terapii, psychoterapii, poradenství ani psychologickou léčbu – tato opatření jsou

v případě přetrvávajících následků spíše následná a individuálního charakteru. Debriefing by měl proběhnout v časovém horizontu 24 – 72 hodin po mimořádné události. Při využití debriefingu je zapotřebí účasti minimálně jednoho odborníka na duševní zdraví a jednoho peera (31).

Jako peer jsem se zúčastnila jednoho debriefingu, který byl uskutečněn po mimořádné události – dopravní nehodě sanitního vozidla. Dle svých poznatků se domnívám, že tento debriefing byl vhodně využit a posloužil svému účelu. Avšak na druhou stranu musím podotknout, že nejsem příznivcem této metody – je časově a organizačně velmi náročná a zároveň vyžaduje i spolupráci a dobrou vůli zaměstnavatele pro uvolnění všech pracovníků, kteří byli nějakým způsobem mimořádné události účastni.

Také zahraniční literatura uvádí, že debriefing není vždy dobře využitelnou metodou a objevují se i zprávy o poškození těch, kteří se debriefingu zúčastnili. Popisují např. nesoulad mezi nimi a nároky jejich práce, který se prohloubil po debriefingu. Dále např. uvádějí, že se po debriefingu necítili lépe, spíše naopak – pociťovali větší uzavřenost, byli více rozrušení než před debriefingem (21).

1.9.2 Defusing (zklidnění)

Využívá se především po událostech malého rozsahu, případně tam, kde se bude provádět debriefing později. Je to v podstatě zkrácená forma debriefingu. Cílovou skupinou jsou opět osoby, které se nějakým způsobem účastnily likvidace následků mimořádné události. Doba, ve které je vhodné provádět defusing je v rozmezí 3 – 8 hodin po prožití události (31).

1.9.3 Demobilizace

Demobilizaci můžeme popsat jako prvotní zklidnění záchranářů ještě na místě mimořádné události. Má především vzdělávací charakter a informuje o možných

stresových reakcích na danou událost a seznámení se s možnostmi zvládnání stresu. Velmi dobře na pracovníky pak působí, pakliže v průběhu demobilizace vystoupí zástupce organizace a k pracovníkům na místě promluví a poděkuje za odvedený výkon v náročných podmínkách. Doba trvání je okolo deseti minut, a dále by měla následovat relaxace a občerstvení (18, 19).

Vzhledem k dosud nepružnému systému je demobilizace v našich podmínkách v podstatě nerealizovatelná.

Debriefing, defusing a demobilizace jsou způsoby, které byly vytvořeny a jsou aplikovány především ve Spojených státech amerických – dle Thomase Appel Schumachera, lektora CISMu je běžné, že sami záchranáři po mimořádné události žádají, aby byla jedna z výše uvedených forem intervence provedena. Oproti USA ovšem v podmínkách ČR není zvykem, aby lidé – záchranáři projevovali své pocity po záchranné akci, a tudíž nejsou tyto přístupy vítány. Postupem času – tam, kde si již záchranáři debriefingem prošli – jsou již k systému otevřenější, a ochotni se dalšího debriefingu účastnit. Důležitým faktorem je učiněná „dobrá zkušenost“. Pakliže dobrou zkušenost měli pracovníci Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy s peery, vraceli se a službu opakovaně vyhledávali – jednalo se ale pouze o individuální intervence.

1.9.4 Individuální intervence Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy

Individuální intervence v systému probíhá prostřednictvím peerů, kteří aktivně vyhledávají potencionálně zasažené kolegy a nabízí jim možnost o události a jejich prožitcích otevřeně hovořit a najít tak potřebné porozumění. A to individuálně. Touto cestou se vydala Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy.

Kompetence peera jsou omezené – nejedná se o odborníka na duševní zdraví (tj. psychologa či psychiatra). Ve chvíli, kdy peer usoudí, že na daný problém kolegy jeho síly nestačí, je úkolem peera kolegu záchranáře předat do rukou odborníka (např. psychologa, odkázat na sociální službu, atp.). Peer není osoba, která by měla za

zaměstnanec problém řešit, ale poskytnout mu zpětnou vazbu, případně jiný náhled na situaci a kompetenci řešit problém obrátit zpět k zaměstnanci.

Jelikož psychosociální intervenční služba chce nabídnout službu všem profesím, které na zdravotnické záchranné službě jsou, je důležité sestavit tým, který bude odpovídat požadavkům pracovníků. Jako optimální rozvržení týmu by tedy bylo, aby v každé profesní skupině byl alespoň jeden peer, na kterého by se mohli záchranáři obrátit.

Individuální intervence byla nástrojem využívaným na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy a velmi dobře se osvědčila – průměrně se během celého období uskutečnila intervence každý druhý den.

Zpočátku nabízená psychosociální intervenční služba v případech mimořádných událostí a pracovních problémů se rozšířila i na oblast problémů osobních. Nejednalo se pouze o problémy akutní, ale i problémy dlouhodobého rázu a záchranáři vyhledávali psychosociální intervenční službu opakovaně s cílem vypovídat se. Pečeři se vlastně řídí pořekadlem: „Sdílená starost, poloviční starost.“

Každý peer měl služební mobilní telefon a e-mailovou schránku, ale byly využívány i jiné komunikační kanály, např. ICQ, facebook nebo skype. Nejvíce využívaným způsobem komunikace však bylo osobní setkání. Jeden peer vždy držel pohotovost, a tudíž byla služba zajištěna v non-stop provozu. Záchranář se mohl obrátit na jakéhokoliv peera, ale pouze u toho, který držel pohotovost měl jistotu, že se mu zcela jistě dovolá. Po každé uskutečněné intervenci peer zpracoval „Záznam o poskytnutí psychosociální intervenční služby“, který odevzdal koordinátorovi. V případě že došlo ke střetu zájmů a peer odmítl z objektivních důvodů (např. zaujatost, podjatost, osobní zainteresovanost,...) provést intervenci, koordinátor zajistil intervenci u jiného peera.

Koordinátor organizačně zajišťoval chod celé skupiny peerů včetně obsazení pohotovostí. Vedl agendu související s výkonem činností peerů. Svolával pravidelné, případně mimořádné pracovní schůzky. Koordinátor zajišťoval spolupráci s odborníkem na duševní zdraví, a to za účelem metodického vedení a také provádění supervizi

a zajišťování pravidelných opakovacích vzdělávacích aktivit. Koordinátor měl kompetenci oslovit peera a předat mu informace a zadat mu provedení intervence. Zásadní pro koordinátora je, aby se včas dozvěděl o mimořádné události a mohl začít mobilizovat svůj tým a ten mohl včas oslovit záchranáře, kteří byli na místě události.

Aby peer „nekázal víno a nepil vodu“, je třeba, aby on sám dokázal pečovat sám o sebe. Za tímto účelem je třeba, aby peer byl supervidován – tj., aby se supervizor setkával se supervidovaným, aby mohl peer účinně pomáhat lidem (11).

O každé proběhlé intervenci byl vyhotoven „Záznam o poskytnutí psychosociální intervenční služby“ (příloha 2), který byl předán koordinátorovi peerů pro monitorování služby. Tyto záznamy byly pečlivě uloženy tak, aby k nim neměla přístup žádná další osoba a nebylo tak možné je zneužít. V záznamech nebyly uváděny žádné identifikační údaje toho, kterému byly služby poskytnuty a ani další identifikující markery, dle kterých by bylo možné dotyčného dohledat. V případě, že by z kontextu všech ukazatelů bylo možné rozpoznat o jakého konkrétního pracovníka se jedná, byl tento označen jako pracovník v kolonce „jiné“.

O zpracování záznamů o poskytnutí psychosociální intervenční služby se opírá praktická část mé bakalářské práce.

Tato kolegiální „peer“ podpora je vystižena v logu systému: „Uši ochotné naslouchat, srdce připravené porozumět“ Toto logo se stalo logem i celorepublikového systému psychosociální intervenční služby (obr. č. 3).

Obrázek 3: Logo psychosociální intervenční služby



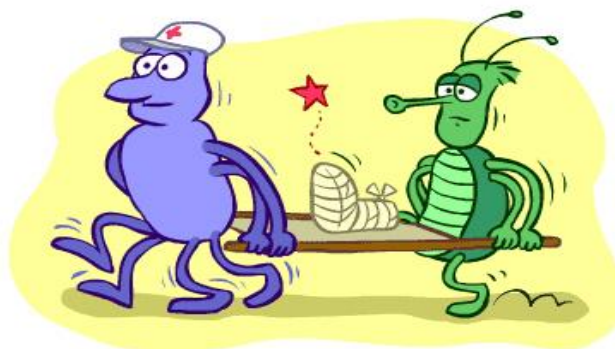
Zdroj: Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy

1.10 Vývoj v České republice

1.10.1 Vývoj psychosociální intervenční služby na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy

Prvotním důvodem vzniku psychosociální intervenční služby na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy byla myšlenka pomoci pacientům. Záměrem bylo, aby záchranáři dokázali pečovat nejen o pacientovo tělo, ale také o jeho duši, která je zdravotníky obecně mnohdy velmi podceňována a opomíjena. Během vývoje psychosociální intervenční služby (především při vzdělávacích kurzech zaměřených na etický rozměr práce záchranáře) se ukázalo, že není možné tuto péči poskytovat pacientům, pakliže sami záchranáři mají problémy sami se sebou – tedy nevidí svou duši, a ani o ni nedokáží pečovat (situaci výstižně ukazuje obr. 4).

Obrázek 4: Kdo pomůže pomáhajícím?



Zdroj: Marie Sotolářová

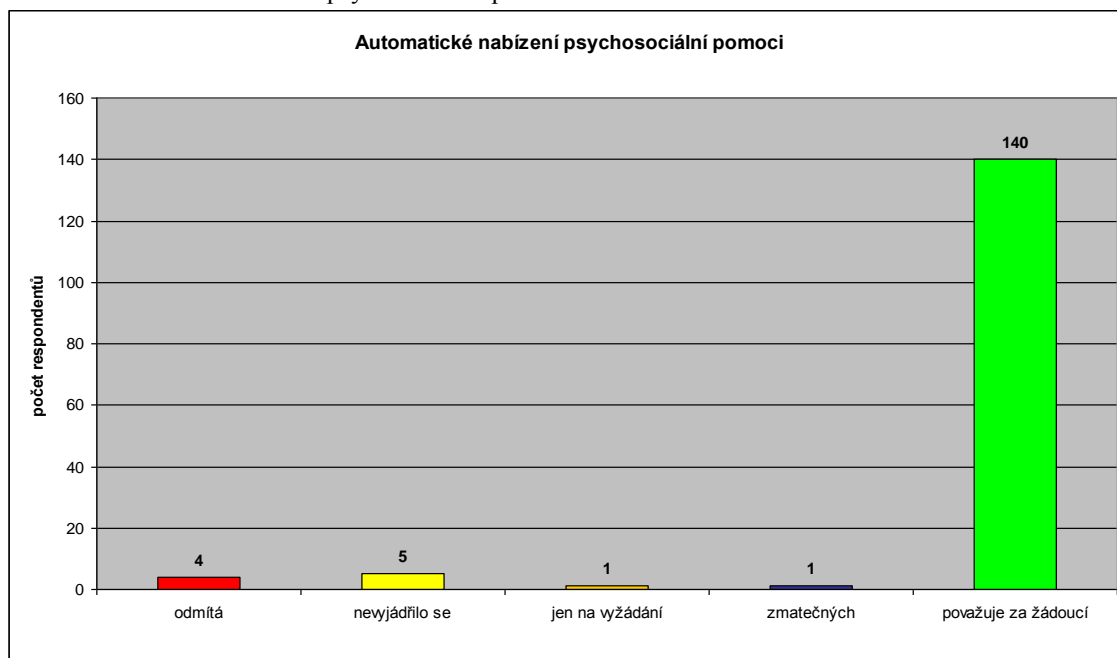
Vzhledem k hojným vzdělávacím aktivitám Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy v oblasti psychosociální v psychosociální oblasti (Grant ESF – „*Inovace systému profesního rozvoje záchranářů*“ v rámci Jednotného programového dokumentu pro Cíl 3 regionu NUTS 2 hl. město Praha spolufinancovaného ze státního rozpočtu ČR, rozpočtu hl. m. Prahy a Evropského sociálního fondu) přišla nabídka od Ministerstva zdravotnictví, odboru krizové připravenosti k provedení pilotního projektu „Poskytování preventivní psychosociální péče zaměstnancům Zdravotnické záchranné

služby hl. m. Prahy psychosociální intervenční službou (PIS)“, jehož náplní bylo vybudování týmu peerů a předložení návrhu na systémová opatření v resortu zdravotnictví ve vztahu k zajištění krizové intervence před, během a po mimořádných událostech a krizových situacích pro pracovníky zdravotnických zařízení poskytujících neodkladné zdravotní služby (konkrétně zdravotnická záchranná služba a urgentní příjmy zdravotnických zařízení) (2).

Rok 2008

Tento pilotní projekt začal být realizován v září 2008, a to interním průzkumem mezi pracovníky Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy. Cílem průzkumu bylo zjištění prožívání psychické zátěže a zároveň způsoby vyrovnávání se s touto zátěží, a dále prostřednictvím dotazníku MBI (Maslach Burnout Inventory) zjišťující stupeň vyhoření. Průzkum ukázal, že zjišťované hodnoty dosahují úrovně, kdy je péče o zaměstnance potřebná. Sami zaměstnanci se vyjádřili, že tato psychosociální intervenční služba by měla být nabízena automaticky (24), viz graf. č. 1.

Graf 1: Automatické nabízení psychosociální pomoci



Zdroj: Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy

V říjnu 2008 začala fungovat skupina psychosociální intervenční služby Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy, a to v počtu deseti peerů a jednoho koordinátora, který byl zároveň peerem. Tato skupina fungovala na základě non-stop pohotovostí, vždy jeden z peerů držel pohotovost a byl v případě potřeby připraven dostavit se na místo mimořádné události nebo poskytovat službu po telefonu.

Z počátku skupina bojovala především s nedůvěrou, dokonce až s výsměchem ze strany „ničím neohrožených záchranářů“. Postupem času ale zapracovala dobrá zkušenost, kdy peeri byli schopni kolegu vyslechnout, podpořit, případně odkázat na odbornou péči. Snahou peerů bylo zmobilizovat vnitřní zdroje záchranáře tak, aby dokázal pomoci sám sobě, případně aby se snažil hledat zdroje pomoci ve svém vlastním okolí (22).

Jedním z nejdůležitějších faktorů je dodržení absolutní mlčenlivosti ve věcech, jež se peeri dozvědí v souvislosti s výkonem této činnosti. Pakliže peer s někým sdílí problémy, starosti a úzkosti, pak se často jedná o velmi intimní detaily. Tyto nelze sdílet bez pocitů důvěry, která vzniká na základě důvěry a také domluvy (4).

Nedůvěra pramenila z dojmu, že peeri jsou „špehy“ vedení organizace a mají „donášet“ na zaměstnance. Za celou dobu fungování psychosociální intervenční služby jsem nedostala negativní reakci ze strany záchranářů, že by došlo k úniku informací. V první fázi projektu bylo důležité provést mezi zaměstnanci organizace obsáhlou osvětu a velmi podrobně a pečlivě vysvětlovat, za jakým účelem psychosociální intervenční služba vznikla.

Tato činnost zcela závisela na dobrovolnosti zaměstnance, zda nabídku PIS využije či nikoliv.

Za první období (1. 10. 2008 – 31. 12. 2008), bylo vykázáno 42 individuálních intervencí.

Rok 2009

Celý rok 2009 do projektu opět investovalo Ministerstvo zdravotnictví, tudíž se služba mohla plně rozvíjet dále. Během roku 2009 začala ustupovat nedůvěra

v poskytovanou službu a zaměstnanci se opakovaně vraceli. Skupina psychosociální intervenční služby velmi zapracovala na osvětě v rámci organizace. Původně byla služba zamýšlena především ve spojitosti s mimořádnými událostmi spojenými s pracovním nasazením, ale praxe ukázala, jak velmi úzce jsou pracovní problémy propojeny s osobním životem a tyto dvě oblasti od sebe nelze snadno oddělit. Dle praktických zkušeností zaměstnanci sami začali žádat, aby byla služba nabízena i ve chvílích, kdy se nejednalo pouze o oblast pracovní. Jak jsem již zmínila, peer problémy za zaměstnance neřeší, ale pomáhá mu se se situací vyrovnat, případně doporučit odbornou pomoc.

Za účelem najít pro dotyčnou osobu tu správnou odbornou péči v navazující organizaci, bylo třeba zmapovat síť poskytovatelů sociálních služeb na území hl. m. Prahy a navázat s nimi kontakt (32). Tak vznikl „Leták pomáhajících organizací“ (příloha 3), který je určen jak pro zaměstnance Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy, tak pro pacienty, kteří se ocitnou v kritické situaci. Tento leták byl umístěn na všechna vozidla Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy. Dalším vybavením peerů byly batohy vybavené pro případ dlouhodobého zásahu na místě mimořádné události. Základním vybavením byly psací potřeby (tužka a papír), letáky pomáhajících organizací, vizitky peera, hračky pro děti, hřejivá folie, gumové rukavice, papírové kapesníky, voda a čokoláda, termosky (čaj, káva), svítilna – čelovka a reflexní nepromokavý svrchní oděv. Batoh byl určen pro případy dlouhodobých zásahů v případech mimořádných událostí jako nástroj „první pomoci“ peerů.

Ve velmi výjimečných případech se skupina psychosociální intervenční služby přeci jen rozhodla aktivně zaměstnanci pomoci. Jedním z těchto případů bylo onemocnění zaměstnance leukémií, kdy peři uspořádali finanční sbírku v rámci organizace a vyzvali veřejnost k registraci do Českého registru dárců krvetvorných buněk a do Českého národního registru dárců dřeně.

Bylo zaregistrováno výše uvedené logo (obr. 3) jako ochranná známka u Úřadu průmyslového vlastnictví.

Za druhé období (1. 1. 2009 – 31. 12. 2009) bylo vykázáno 219 intervencí.

Rok 2010

Ukončení pilotního projektu pod hlavičkou MZ ČR. Další finanční náklady by musela nést Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, což nebylo možné.

Za třetí období (1. 1. 2010 – 28. 2. 2010) bylo vykázáno 25 individuálních intervencí.

Rok 2011

Rok 2011 byl pro peery rokem spícím, kdy probíhaly schůzky členů týmu za účelem udržení této skupiny.

1.10.2 Vývoj projektu v rámci Ministerstva zdravotnictví ČR

2005 – 2008

V tomto časovém rozmezí probíhal výzkum stresu na zdravotnické záchranné službě Středočeského kraje a zároveň výcvik peerů v systému critical incident stress management pod vedením Thomase Appel Schumachera, který vychází z Michtella a Everlyho (18, 19). Dle mého mínění úzce zaměřeného na provádění debriefingů a defusingů.

2008 – 2009

Ministerstvo zdravotnictví investovalo do pilotního projektu prováděného na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy pro aplikaci psychosociální intervenční služby Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy. V rámci projektu Ministerstva zdravotnictví ČR, odboru krizové připravenosti vznikla odborná skupina, která měla za cíl systém aplikovat v rámci celé republiky.

Rok 2010

Během roku 2010 probíhala snaha o aplikaci systému na zdravotnických záchranných službách, a to především prostřednictvím krajských koordinátorů, kteří byli do funkce jmenováni ministrem zdravotnictví.

Bohužel v tomto roce zanikla odborná skupina pro rozvíjení celorepublikového systému.

Rok 2011

Probíhala osvěta mezi pracovníky zdravotnických záchranných služeb a zároveň se systém psychosociální intervenční služby začal uplatňovat na většině zdravotnických záchranných služeb. Proběhlo síťování v mezioborovém sektoru – navázání se na psychologické služby Hasičského záchranného sboru a Policie ČR a dále dle možností každého kraje navázání na síť sociálních služeb.

V roce 2011 byl systém psychosociální intervenční služby částečně převeden z patronátu Ministerstva zdravotnictví ČR pod Fakultní nemocnicí Brno, Koordinační středisko Medicíny katastrof, Traumatteam Czech Republic (10). Traumatteam zajišťuje systém psychosociální intervenční služby převážně administrativně.

1.11 Důvody pro zavedení psychosociální intervenční služby pro pracovníky zdravotnických záchranných služeb

Ač některé zdravotnické záchranné služby neměly dostatečnou podporu managementu, bylo pouze otázkou času, kdy se poptávka po službě rozšíří natolik, že i management organizací bude muset ustoupit a psychosociální intervenční službu podpořit – a jak se ukázalo, zákon této potřebě dal za pravdu. Do této doby měly již některé zdravotnické záchranné služby systém psychosociální intervenční služby ukotven v interních předpisech, či dokonce v Kolektivní smlouvě, nyní je to již věc daná zákonem.

Především se jedná o péči o lidské zdroje – investice do již zkušeného zaměstnance a péče o ně jsou vždy nižší, než investice do nově příchozích zaměstnanců.

Tento systém v podstatě poskytuje možnosti pro profesní a osobní rozvoj každého daného zaměstnance.

Spokojený záchranář jistě dokáže pečovat o pacienty lépe, než záchranář, který má pracovní a osobní problémy.

Existuje názor, že kdo nezvládá práci na zdravotnické záchranné službě, nemá tam co dělat a nemůže tam pracovat. Toto je z mého pohledu přinejmenším diskutabilní – být zasažen např. po případu přejetého dítěte je zcela normální reakcí organismu na nestandardní situaci. Je třeba dotyčného ošetřit – postačí, aby mu pomoc či podpora byla nabídnuta. Už jenom fakt, že o záchranáře má někdo zájem, pro něj může být dobrým znamením. Případně je možné nabídnout návaznou odbornou péči, ale dle výsledků v praktické části se ukazuje, že k odborné péči bylo odesláno pouze malé množství záchranářů, jelikož jim intervence s peerem dostatečně posloužila.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Praktická část zpracovává materiály, které vznikly při zavádění systému psychosociální intervenční služby na Zdravotnické záchranné službě hlavního města Prahy do praxe.

2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je popsat důvody pro zavedení psychosociální intervenční služby a podpořit verzi realizovanou na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy druhotným zpracováním záznamů o poskytnutí psychosociální intervenční služby v rámci pilotního projektu uskutečněného v období říjen 2008 – únor 2010.

2.2 Hypotézy

Protože rozsah souboru a položené otázky nedovolují statistické testování hypotéz, byly výchozí hypotézy stanoveny jako předpoklad, vyjadřující naše očekávání, vycházející ze zkušeností při zavádění systému. Hypotézy (výchozí předpoklady) byly stanoveny takto:

Hypotéza (výchozí předpoklad) H1: Psychosociální intervenční službu využívají z 60 % členové výjezdových skupin nelékařských zdravotnických pracovníků (zdravotníci záchranáři a řidiči vozidel zdravotnické záchranné služby).

Hypotéza (výchozí předpoklad) H2: Problematika, se kterou klienti přicházejí, se netýká pouze problémů pracovních, ale nejméně z jedné poloviny problémů osobních.

Hypotéza (výchozí předpoklad) H3: Méně než 5 % klientů bylo odesláno k navazující odborné péči.

3. METODIKA

3.1 Výzkumná strategie

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena strategie kvantitativního výzkumu a metoda sekundárního zpracování dat. Využitými daty jsou „Záznamy o poskytnutí psychosociální intervenční služby“. Záznamy o poskytnutí psychosociální intervenční služby jsou z reálného prostředí Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy. Tyto záznamy o poskytnutí psychosociální intervenční služby jsem shromažďovala jako koordinátor pilotního projektu.

Data byla zpracována s povolením ředitele Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy MUDr. Zdeňka Schwarze.

3.1.2 Technika sběru dat

Každý peer vypracoval po uskutečněné intervenci záznam o poskytnutí psychosociální intervenční služby (příloha 2). Všechny vypracované záznamy doručil peer na konci měsíce koordinátorovi. Koordinátor záznamy zpracoval pro potřeby organizace a uložil k archivaci na bezpečné místo – tj. do uzamčené místnosti a uzamčené skříně tak, aby k nim neměla přístup žádná neoprávněná osoba – tj. jakákoliv osoba kromě koordinátora.

3.2 Výzkumný soubor

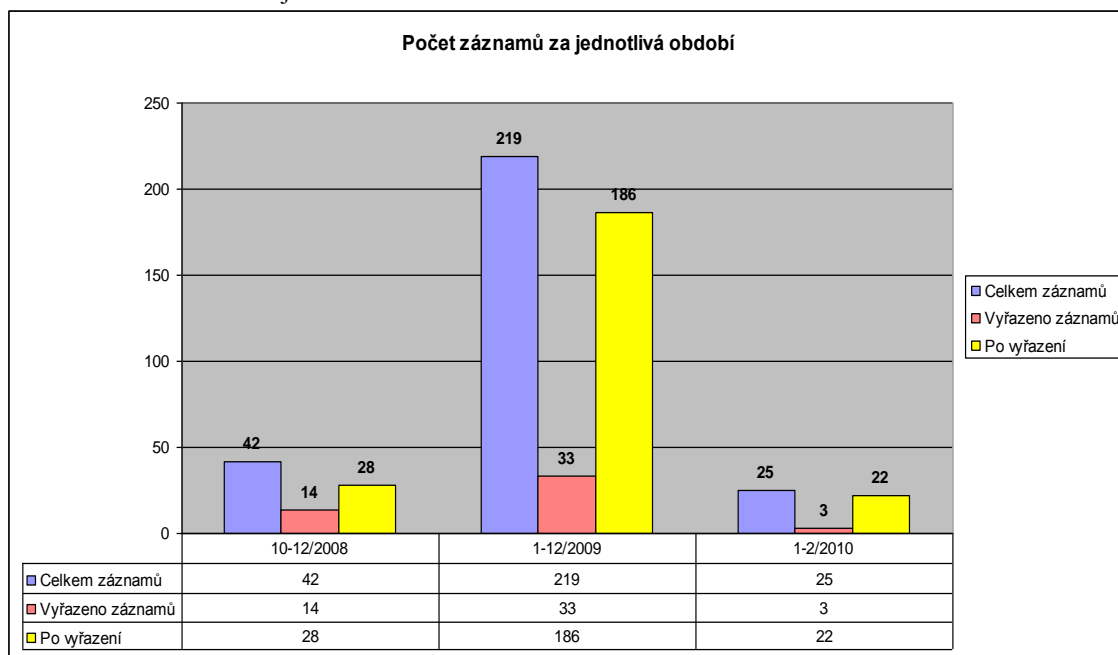
Za celé období působení psychosociální intervenční služby, tj. za období říjen 2008 – únor 2010 bylo koordinátorovi doručeno celkem 286 záznamů. Z důvodu chybného či neúplného vyplnění záznamu bylo vyřazeno 50 záznamů. Praktická část tedy počítá s 236 záznamy. Největší počet záznamů pochází z roku 2009 (graf 2).

Počet záznamů není shodný s počtem problémů, jelikož v rámci jedné intervence nebyl v některých případech řešen pouze jeden okruh problémů, ale několik.

Okruhy problémů záchranářů byly stanoveny takto:

1. osobní – soukromé (převážně rodinného charakteru), zdravotní (ohrožení života nemocí – převážně onkologická onemocnění, vážné zdravotní komplikace) a sociální (finanční tíseň, bytová tíseň),
2. pracovní (komplikované vztahy na pracovišti, stres na pracovišti, mobbing, obava ze ztráty zaměstnání, syndrom vyhoření v různých stupních – emoční vyčerpání/depersonalizace/cynismus, alkoholismus, nadměrné kouření, kofeinismus, zneužívání návykových látek, poruchy stravování, atp.) a zácvik (v rámci zácviku byla nově přicházejícím pracovníkům výjezdových skupin a pracovníkům zdravotnického operačního střediska preventivně a individuálně vysvětlena funkce psychosociální intervenční služby a její úkol, a zároveň byl nově přichozímu pracovníkovi přidělen peer, na kterého se mohl kdykoliv obrátit),
3. mimořádné události (konkrétní případy mimořádného charakteru – např. pád domu v Soukenické ulici – dne 2. 10. 2010, požár objektu SAPA dne 7. 11. 2008, úmrtí novorozenců, kojenců a batolat, úmrtí kolegy, atp.)

Graf 2: Počet záznamů za jednotlivá období



Zdroj: vlastní výzkum

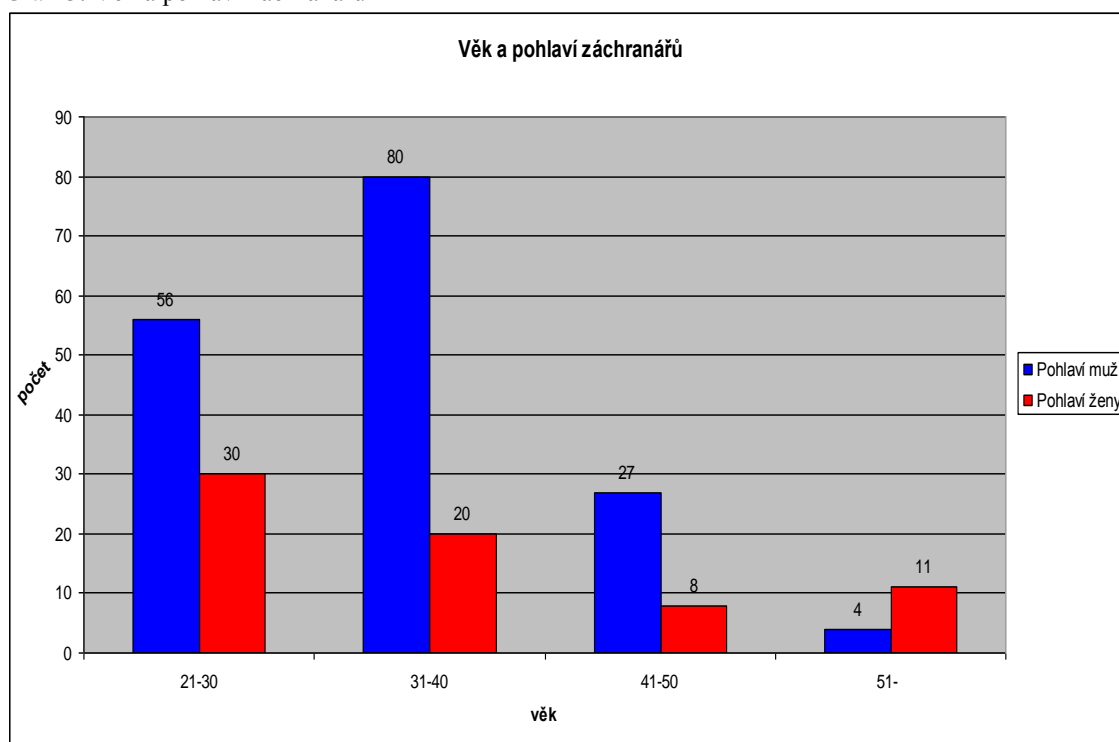
Graf ukazuje, kolik záznamů bylo celkem shromážděno (286), kolik záznamů bylo celkem vyřazeno v jednotlivých obdobích (50), a kolik jich bylo celkem po vyřazení statisticky zpracováno (236).

4. VÝSLEDKY

V jednotlivých grafech a tabulkách jsou zpracovány záznamy o poskytnutí psychosociální intervenční služby. Ke statistickému zpracování byl použit program Microsoft Office Excel 2003. K zobrazení jsem použila skupinové sloupcové grafy a skládané sloupcové grafy.

1. Věk a pohlaví záchranářů

Graf 3: Věk a pohlaví záchranářů



Zdroj: vlastní výzkum

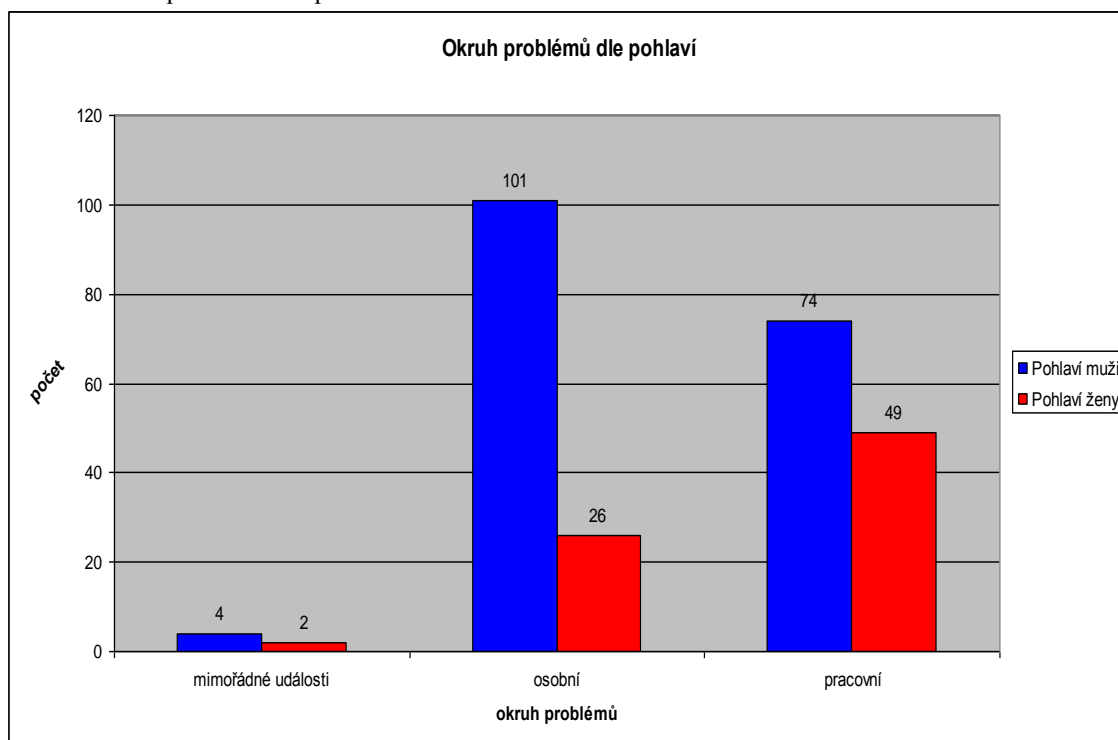
Z grafu vyplývá, že do věkové kategorie 21 – 30 let spadá 56 (21,3 %) mužů, do věkové kategorie 31 – 40 let spadá 80 (33,9 %) mužů, do věkové kategorie 41 – 50 let spadá 27 (11,4 %) mužů a do kategorie 51 let a více spadá pouze 5 (1,7 %) mužů.

Do kategorie 21 – 30 let spadá 30 (12,7 %) žen, do kategorie 31 – 40 let spadá 20 (8,5 %) žen, do kategorie 41 – 50 let spadá 8 (3,4 %) žen a do kategorie 51 let a více spadá 11 (4,7 %) žen.

Tento nepoměr vzniká i faktem, že na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy dlouhodobě pracuje nepoměrně více mužů než žen, v dlouhodobém průměru můžeme hovořit zhruba o rozdělení 70 % mužů a 30 % žen.

2. Okruh problémů dle pohlaví

Graf 4: Okruh problémů dle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

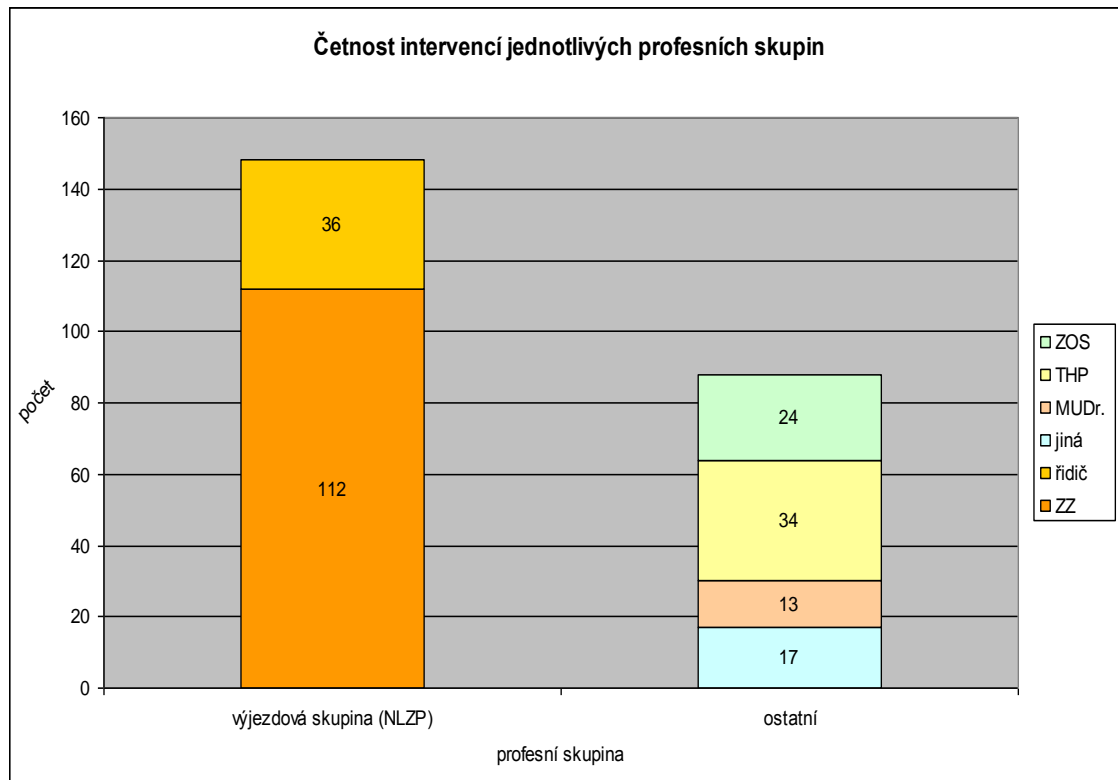
Graf ukazuje, že nejvíce se na peery obraceli muži s osobními problémy, v počtu 101 (39,5 %), dále se jednalo o pracovní problémy, v počtu 74 (28,9 %), a v minimálním množství se jednalo o intervence ve spojení s mimořádnými událostmi, v počtu 4 (1,6 %) intervence.

Ženy s peery nejvíce řešily problémy pracovní v počtu 49 (19,1 %), dále problémy osobní v počtu 26 (10,2 %) a nejméně se opět jednalo o intervence ve spojení s mimořádnými událostmi – jednalo se o 2 (0,8 %) intervence.

Pakliže provedeme součet všech okruhů problémů za jednotlivá pohlaví, pak peři provedli 179 (69,9 %) intervencí s muži, a 77 (30,1 %) intervencí se ženami.

3. Četnost intervencí jednotlivých profesních skupin

Graf 5: Četnost kontaktů jednotlivých profesních skupin



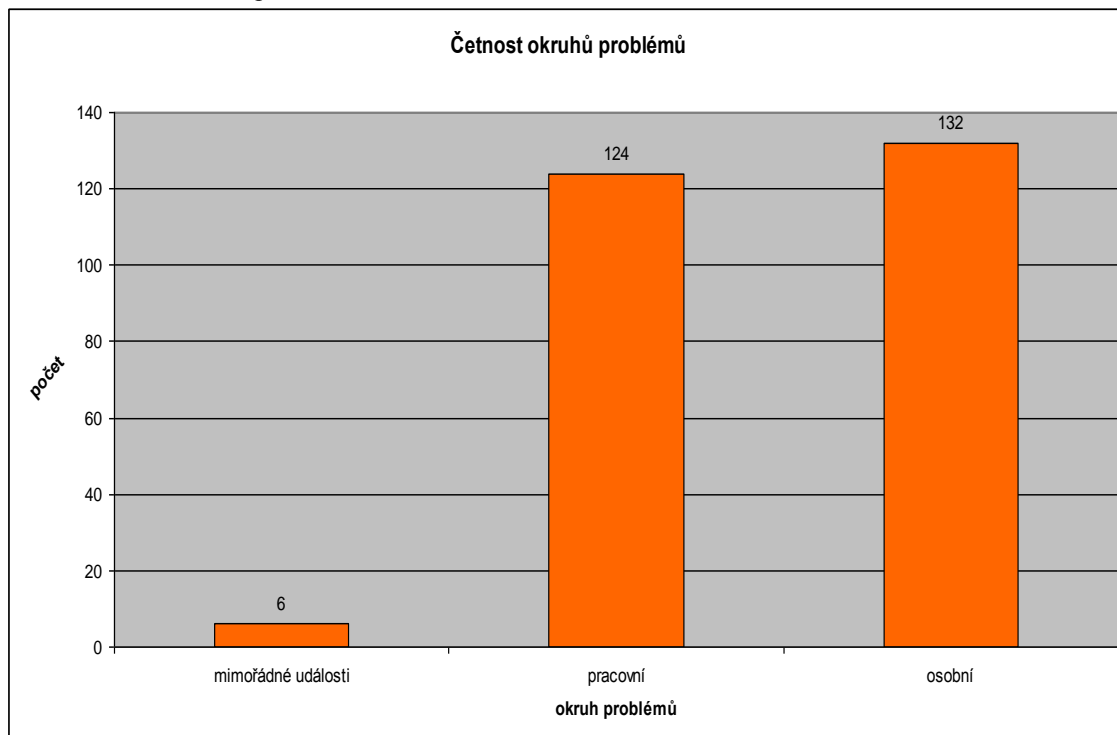
Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, kolik se na peery obrátilo zdravotnických záchranářů (ZZ), tj. 112 (47,5 %), kolik bylo řidičů vozidla zdravotnické záchranné služby (řidič), tj. 36 (15,3 %). Celkem se tedy na peery obrátilo 148 (62,7 %) záchranářů z výjezdových skupin, tj. nelékařských zdravotnických pracovníků. **Tímto se potvrdil náš výchozí předpoklad (hypotéza) H1, že z 60 % využívají psychosociální intervenční službu členové výjezdových skupin nelékařských zdravotnických pracovníků.**

Dále graf ukazuje, kolik bylo pracovníků zdravotnického operačního střediska (ZOS), tj. 24 (10,2 %), kolik technicko-hospodářských pracovníků (THP), tj. 34 (14,4 %), kolik bylo lékařů (MUDr.), tj. 13 (5,5 %), a kolik „jiných“ profesí, tj. 17 (7,2 %). „Jiná profese“ znamená, že nebylo možné do záznamu o poskytnutí psychosociální intervenční služby uvést konkrétní profesi, jelikož by z kontextu dalších bodů záznamu bylo zřejmé, o kterou konkrétní osobu se jedná.

4. Četnost okruhů problémů

Graf 6: Četnost okruhů problémů

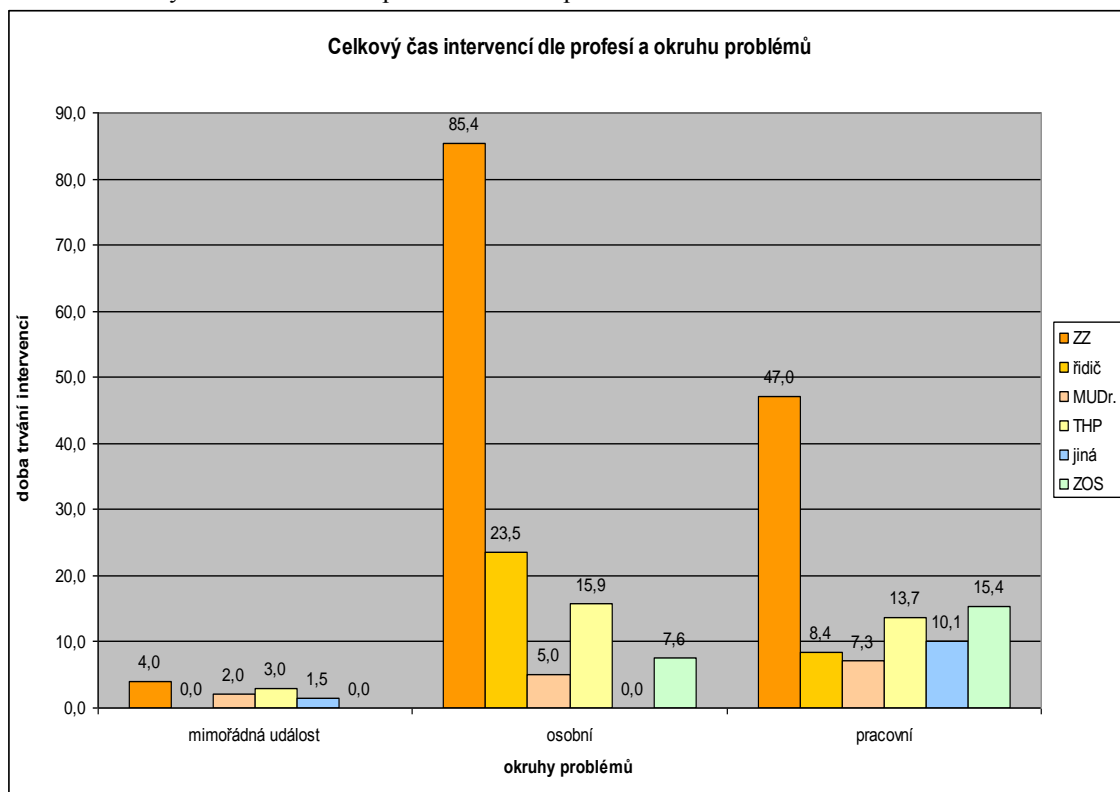


Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že nejvíce bylo osobních problémů, tj. 132 (50,4 %), dále následovaly problémy pracovní, tj. 124 (47,3 %), a ve zcela výjimečných případech se jednalo o mimořádné události, tj. 6 (2,3 %). **Graf potvrzuje výchozí předpoklad (hypotézu) H2, tedy že problémy, s nimiž přicházejí záchranáři za peery jsou nejen charakteru pracovního, ale nejméně z jedné poloviny problémy charakteru osobního.**

5. Celkový čas intervencí dle profesí a okruhu problémů

Graf 7: Celkový čas intervencí dle profesí a okruhu problémů

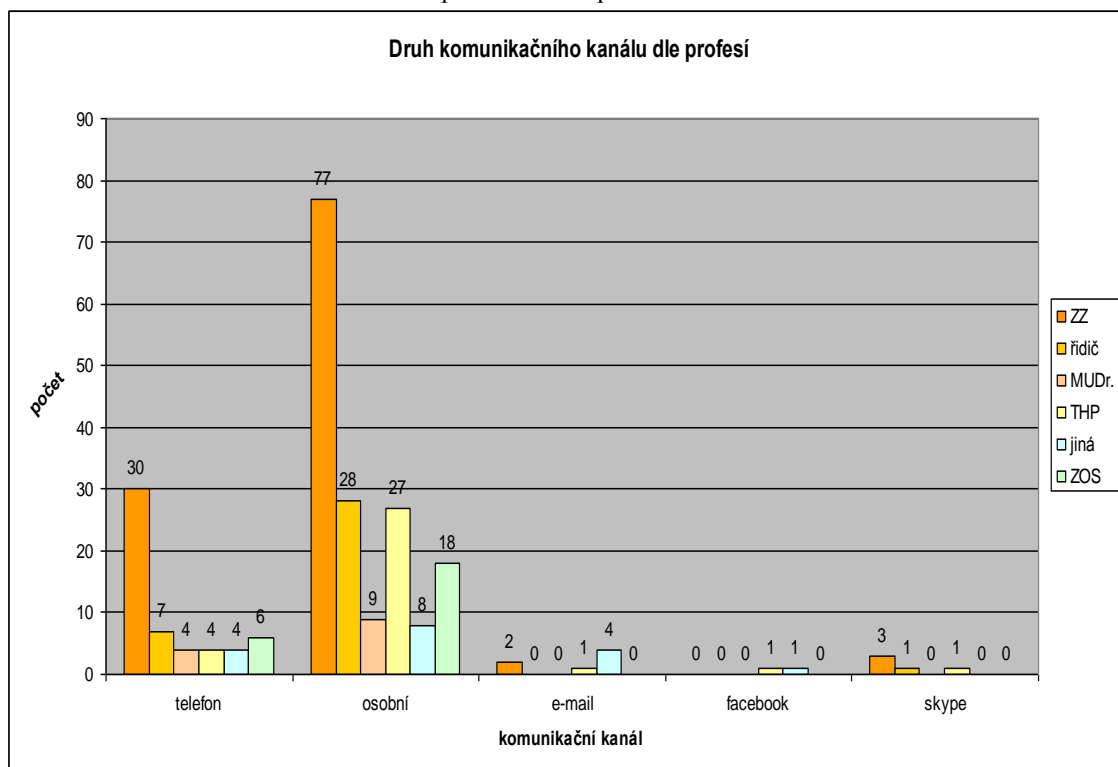


Zdroj: vlastní výzkum

Po součtu všech okruhů problémů jednotlivých profesí z grafu vyplývá, že peři poskytli intervence nejčastěji skupině zdravotnických záchranářů (ZZ), a to ve všech okruzích problémů, celkem 136,4 hodin (54,6 %). Další nejpočetnější skupinou je skupina technicko-hospodářských pracovníků (THP), s počtem 32,6 hodin (13 %). S téměř stejnou časovou dotací jako technicko-hospodářští pracovníci následuje skupina řidičů vozidel zdravotnické záchranné služby (řidič), s počtem 31,9 hodin (12,8 %). Následuje skupina pracovníků zdravotnického operačního střediska (ZOS) s počtem 23 hodin (9,2 %), dále skupina lékařů (MUDr.) s počtem 14,3 hodiny (5,7 %) a jako nejmenší časová dotace patří skupině jiná s počtem 11,6 hodin (4,6 %).

6. Druh komunikačního kanálu dle profesních skupin

Graf 8: Druh komunikačního kanále dle profesních skupin

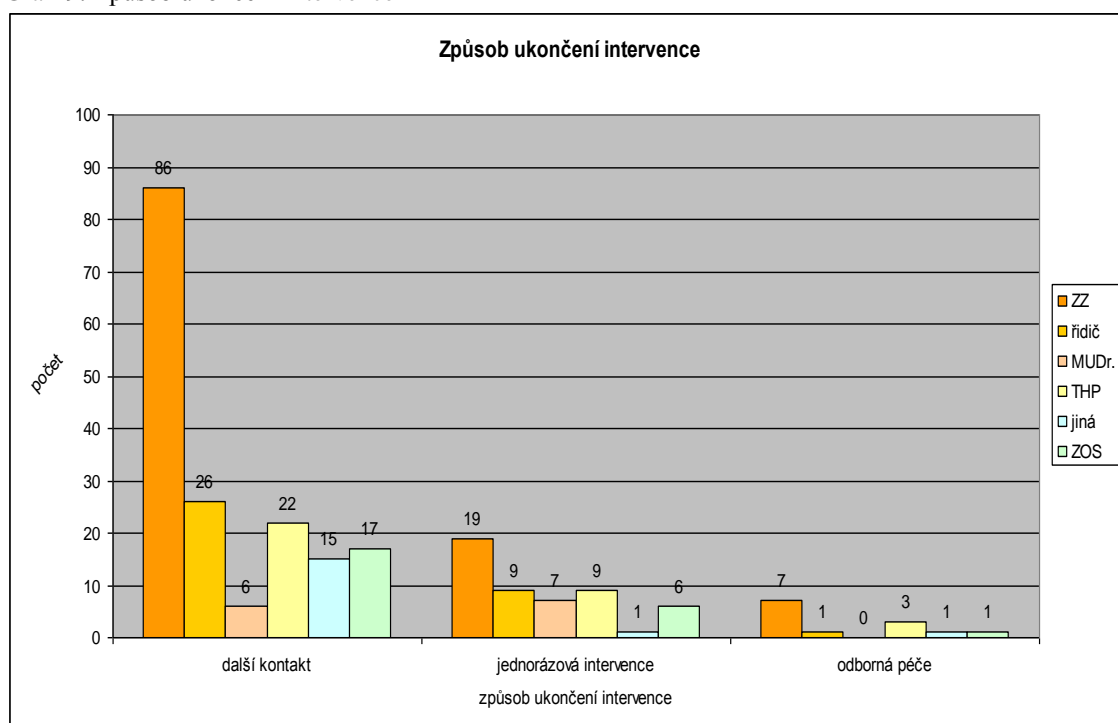


Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, která profese využila jaký druh komunikačního kanálu s peery. Je zřejmé, že nejčastější intervencí byl osobní kontakt, a to u všech profesních skupin. Celkem se jednalo o 167 (71 %) intervencí osobním kontaktem, dále následovala intervence prostřednictvím telefonu, celkem 55 (23 %), následovala intervence prostřednictvím e-mailu, v počtu 7 (3 %), dále intervence prostřednictvím skype 5 (2 %) a pouhé 2 intervence (1 %) prostřednictvím facebooku.

7. Způsob ukončení intervence

Graf 9: Způsob ukončení intervence



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, jakým způsobem byla intervence ukončena. Dle počtu opakování v součtu všech profesních skupin byla nejčastějším způsobem ukončení dohoda o dalším kontaktu, celkem 172 (72,9 %), druhou nejčastější intervencí byla intervence jednorázového charakteru, tedy jednalo se pouze o jednu schůzku, v počtu 51 (21,6 %), a v minimálním množství případů byla záchranářům doporučena odborná péče, a to ve 13 (5,5 %) případech. V tomto případě tedy o půl procentního bodu **nebyl potvrzen výchozí předpoklad (hypotéza) H3, že méně než 5 % klientů bude odesláno k navazující odborné péči.**

8. Kasuistika případu mimořádné události

Tato kasuistika je zde uvedena jako názorný příklad fungování psychosociální intervenční služby po mimořádné události. Byla jsem v pozici koordinátora i peera psychosociální intervenční služby.

Byla jsem kontaktována záchranářem prostřednictvím mobilního telefonu. Záchranář byl rozrušen tak, že z počátku nemohl vůbec mluvit a částečně byl slyšet pouze vzlykot a částečně dušený pláč. Mojí snahou bylo ujistit záchranáře, že volá správně a zjistit, co se stalo. Z hovoru jsem se dozvěděla, že záchranář byl povolán na případ přejetého děvčete. Na místě svoji úlohu zvládl dle stanovených povinností, ale po ukončení zásahu potřeboval svoji zkušenost sdělit. Na místě byla velmi vyhocená situace – řidič nákladního vozidla odbočoval, přehlédl semafor, který hlásil, že chodci mají přednost a srazil malé děvče, které šlo ze školy. Při příjezdu zdravotnické záchranné služby na místo již bylo okolo spousta přihlížejících a zároveň se brzy objevil i štáb televize, který celou situaci velmi podrobně sledoval a natáčel na kamery. Během náročné resuscitace, která trvala 50 minut, dívka minimálně 5x zvonil mobilní telefon, na jehož display bylo vidět kdo volá: „Mom“ (angl. „máma“). Bylo tedy zřejmé, že se jedná o cizinku. Resuscitace stále probíhala, a během ní šla matka svou dcerku hledat obvyklou cestou do školy, takže dorazila na místo neštěstí. Následně na místo dorazil i otec oběti a oba prarodiče. Záchranáři tedy museli nejen poskytovat resuscitaci, ale také komunikovat s rodiči a prarodiči oběti, a to v angličtině. Již k tak náročné situaci se tedy částečně přidala i jazyková bariéra, neboť tato citlivá situace vyžaduje již velmi dobrou znalost jazyka. Po ukončení neúspěšné resuscitace se chtěli rodiče a prarodiče s dívkou rozloučit, záchranáři se tedy ještě snažili znetvořené tělíčko upravit dle daných možností (což bylo velmi náročné). Příbuzným byl předán kontakt na RIAPS (tj. Regionální Institut Akutních Psychosociálních Služeb). Prostřednictvím primáře zdravotnické záchranné služby bylo na RIAPS podáno avízo a předány informace včetně žádosti o jazykově vybaveného pracovníka. Záchranář mne dále informoval, že momentálně se musel před televizními kamerami skrýt do vozu, jelikož ho kamery velmi bedlivě sledovaly a snažily se ho zastihnout v situaci, kdy již nebyl schopen

zachovat klidnou tvář a začal plakat. Sdělení těchto informací trvalo zhruba 30 minut. Vyřízení dalších povinností mu neumožnilo, abychom v hovoru pokračovali. Dohodli jsme se tedy, že až bude mít volněji, tak se ozve. Během tohoto hovoru jsem se řídila heslem peerů: „Uši ochotné naslouchat, srdce připravené porozumět.“ Záchranáře jsem po dobu telefonátu nechala mluvit, nebylo co říkat a záchranář vyjádřil svou potřebu hovořit.

Ve chvíli, kdy jsme spolu dohovořili jsem zjistila, které další výjezdové skupiny byly na místě. Jednalo se o jednu výjezdovou skupinu rychlé lékařské pomoci, jednu výjezdovou skupinu rychlé zdravotnické pomoci a o inspektora provozu (tj. výjezdová skupina, která provádí specializované odborné činnosti v oblasti kontroly poskytování přednemocniční neodkladné péče v souladu s platnou legislativou a vnitřními předpisy organizace. Mezi jeho další činnosti patří podpora výjezdových skupin v terénu - disponuje nestandardní technickou výbavou, kterou na vozech nemají ostatní výjezdové skupiny (32)). Po zjištění, kteří záchranáři jsou na místě jsem oslovila část peerů, popsala jim situaci a dohodla se, který peer osloví kterého záchranáře. Jako koordinátor jsem musela velmi pečlivě vybírat, kterého peera oslovím, aby tento případ řešil. Dohoda s peery také zněla, že záchranáři budou osloveni druhý den po této události, pakliže se některý ze záchranářů neozve dříve.

Záchranář, se kterým jsem mluvila se ozval po skončení jeho služby. Sešli jsme se na klidném místě a proběhla hodinová intervence. Jeho vyjádření pocitů bylo velmi silné, během tohoto případu se sešlo hned několik velmi náročných okamžiků:

- pohled na silně znetvořené tělo a hlavu děvčete,
- zvonící telefon děvčete a na jeho display slovo „mom“ (tj. „máma“),
- příchod matky děvčete a následný příchod otce a prarodičů děvčete,
- přítomnost televizních kamer,
- částečná jazyková bariéra,
- a v neposlední řadě vztek na řidiče nákladního vozidla, který byl samozřejmě celou dobu přítomen.

Jediným pozitivním momentem pro záchranáře byla bezchybná spolupráce všech výjezdových skupin na místě mimořádné události.

Záchranáře celou dobu intervence provázela otázka proč, lítost, bezmoc a naštvání. Naštvanost pramenila z hyenismu, který projevily televizní kamery, z nespravedlnosti života, a také naštvanost na řidiče nákladního vozidla, který celé neštěstí způsobil. Během této intervence jsem opět více poslouchala, jelikož záchranář měl potřebu hovořit. Upozornila jsem ho pouze na možné projevy fyzického a psychického rázu, které ho mohou provázet během dalších dní. Zároveň jsme se dohodli, že zůstaneme nadále v úzkém kontaktu, nejpozději že budu záchranáře kontaktovat druhý den, pakliže on sám nebude potřebovat mluvit dříve.

Druhý den se mi ozvali peeři, kteří kontaktovali další záchranáře na místě mimořádné události. Dva z nich s peery o této události odmítli hovořit, dva z nich intervenci využili. Já jsem nadále zůstala v kontaktu se záchranářem, který se mi ozval z místa události. Tento kontakt trval několik dní, dokud záchranář měl potřebu o tomto tématu nadále hovořit. V hovorech se stále opakoval motiv bezmocnosti, vypáleného obrazu znetvořeného těla a hlavy a zvonící mobilní telefon.

Po uskutečněných intervencích doručili peeři záznamy o poskytnutí psychosociální intervenční služby koordinátorovi, který je uložil k archivaci.

Peeři, kteří byli v tomto případě zainteresováni, mohli využít supervizi odborníkem na duševní zdraví – supervize byla využita. Zároveň spolu zainteresovaní peeři hovořili mezi sebou, a to především o svých pocitech. Informace, které jim sdělili účastníci na místě mimořádné události a které byly osobního charakteru, nebyly zveřejněny ani mezi peery.

Tato mimořádná událost jasně indikuje potřebu využití psychosociální intervenční služby v případě mimořádné události:

- jednalo se o případ smrti dítěte, navíc se znetvořeným tělem,
- případ byl řešen ve stresujícím prostředí – televizní kamery, přítomnost veřejnosti – přihlížejících, přítomnost rodičů a prarodičů,

- jazyková bariéra (sdělit rodičům, že jejich dítě zemřelo, je těžké vyjádřit i v rodném jazyce, natož v jazyce cizím).

5. DISKUZE

Záchranáři jsou profesionálové, kteří svoji práci velmi dobře zvládají, ale i oni jsou lidé se svými city, pocity a náladami – cítí bolest, radost, smutek, zklamání, lásku.... A proto také mají právo na to, aby tyto pocity cítili i v práci. I když s posunutým prahem vnímání – zvládnou mnohem větší zátěž než lidé „ne-záchranáři“ a zároveň jsou profesionálové, kteří i ve chvílích napětí a stresu jsou schopni zvládnout svoji práci bezvadně. Po náročném zásahu ale mají právo na to být lidmi, kterým bude věnována péče a podpora. Stejně tak mají právo i na to, aby si o tuto podporu mohli sami zažádat. Záchranáři jsou lidé, kteří mají rodiny a osobní problémy, které mohou přerůst nad rámec jejich zvládnutí, a pak je na jejich okolí, aby je dokázalo podržet. I to je důvod, proč podporuji psychosociální intervenční službu v naší verzi, tedy i s nabídkou pomoci v osobních záležitostech. Dát záchranáři podporu proto, aby mohl on podpořit pacienty.

Dalším z důvodů hovořící pro zavedení psychosociální intervenční služby je i fakt, že záchranáři jsou zaměřeni při péči o pacienty především na péči o tělo, ale péče o duši je stejně tak přínosná. Možná i z tohoto důvodu ignorují péči o vlastní duši. Možná proto neumí vnímat duši pacienta, protože nevnímají duši svoji. Je to začarovaný kruh, ze kterého je možná cesta ven a třeba právě prostřednictvím peerů.

Důvodem, proč jsem se rozhodla psát bakalářkou práci na toto téma bylo to, že jsem působila jako koordinátor a zároveň jako peer na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy při pilotním projektu Ministerstva zdravotnictví ČR. V této době byl připravován zákon o zdravotnické záchranné službě, a já jsem chtěla argumentačně podpořit důvody pro ukotvení psychosociální intervenční služby do tohoto zákona. Ukázat, že psychosociální intervenční služba má smysl a že ji záchranáři využívají. Domnívám se, že výsledky opravdu dokazují, že záchranáři tuto službu využívali, a že smysl má. To potvrdil i fakt, že psychosociální intervenční služba opravdu své místo v novém Zákoně o zdravotnické záchranné službě získala: „(1) Pracoviště krizové připravenosti je určeno pro koordinaci ... b) psychosociální 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, ...“ (34).

Psychosociální intervenční službu vnímám jako souhrn činností a úkonů. V první řadě jsou zde peři, tedy profesní kolegové, kteří jsou schopni podpořit svého kolegu. V druhé řadě – a neméně důležité – je osvěta v psychosociální oblasti. Jistě bych zařadila do programu vzdělávacích center zdravotnických záchranných služeb preventivní školení týkající se psychosociální intervenční služby, syndromu vyhoření a duševní hygieny a práce s pacientem i z pohledu etiky. Zároveň by záchranáři měli mít přehled o návazných sociálních službách. Pracovníci zdravotnického operačního střediska by měli absolvovat kurz krizové intervence.

Zpracování záznamů o poskytnutí psychosociální intervenční služby je v současné době jediným materiálem svého druhu. Šeblová zpracovala téma syndromu vyhoření u záchranářů (27) a Tomešová pracovala se záchranáři na stejném tématu (28). Ovšem výsledky z praktického života chybí, případně se dotýkají pouze problematiky mimořádných událostí a především následných debriefingů. Pilotní projekt a zpracování záznamů o poskytnutí psychosociální intervenční služby tak dal možnost nahlédnout blíže na oblast problémů záchranářů.

Psychosociální intervenční služba Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy šla cestou individuálních intervencí a cestou dobrovolnosti. Bylo pouze na rozhodnutí záchranáře, zda si o intervenci sám požádal, či nabídnutou intervenci odmítl. Domnívám se, že tento přístup otevřel cestu k tomu, aby záchranáři měli možnost přijít s „malým problémem“ a vyzkoušet si peery a tím si ověřit, zda přijdou i ve chvíli, kdy přijde mimořádná událost. V některých případech se tak opravdu stalo.

6. ZÁVĚR

Má bakalářská práce byla zaměřena na psychosociální intervenční službu Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy v rámci pilotního projektu, který se uskutečnil v říjnu 2008 – únoru 2010.

Pracovala jsem s 236 záznamy o poskytnutí psychosociální intervenční služby. Tyto záznamy zpracovali peeri, kteří záchranářům poskytli intervenci. Cílem práce bylo zjistit, která profesní skupina psychosociální intervenční službu využívá nejčastěji, s jakou problematickou záchranáři přicházejí, a zda je třeba odesílat záchranáře k následné odborné péči, či zda peeri dokáží zmobilizovat záchranáře do té míry, aby odbornou péči nepotřebovali.

Výchozí předpoklad H1 předpokládal, že psychosociální intervenční službu využívají z 60 % členové výjezdových skupin nelékařských zdravotnických pracovníků (zdravotničtí záchranáři a řidiči vozidel zdravotnické záchranné služby). **Výchozí předpoklad (hypotéza) H1 se potvrdil**, psychosociální intervenční službu využívají zdravotničtí záchranáři a řidiči vozidel zdravotnické záchranné služby z 62,7 %.

Výchozí předpoklad H2 předpokládal, že problematika, se kterou klienti přicházejí se netýká pouze problémů pracovních, ale nejméně z jedné poloviny problémů osobních. **Výchozí předpoklad (hypotéza) H2 se potvrdil**, protože záchranáři se na peery obrátili v 50,4 % případů. Z této statistiky je zřejmé, že záchranáře zatěžují problémy osobního charakteru, s nimiž jsou schopni a ochotni se peerům svěřit. V případě, že jsou schopni s takovým problémem za peerem přijít, je to prvním krokem k úspěchu, aby problém dokázali začít řešit a odstranit ho. Tím pádem se záchranářům odlehčí a také jejich myšlenky v práci nebudou zatíženy osobními problémy. Samozřejmě že ne všechny problémy jsou řešitelné, některé problémy řešení vlastně ani nemají, ale stále je tu přísloví: “Sdělená starost – poloviční starost.“ Jako komunikační kanál se nejlépe osvědčilo osobní setkání. Zároveň byla veškerá setkání ukončena dohodou, že v případě potřeby proběhne další setkání.

Výchozí předpoklad (hypotéza) H3, že méně než 5 % klientů bylo odesláno k navazující odborné péči, **se nepotvrdil**, a to o půl procentního bodu. K následné odborné péči bylo odesláno 5,5 % záchranářů. I přesto, že výchozí předpoklad se nepotvrdil, se můžeme domnívat, že následná odborná péče nebyla záchranářům doporučena, protože stačila intervence s peerem.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BRÝDLOVÁ, Helena; Alan, RYBA. *Výzkum psychické zátěže zaměstnanců ZZS HMP – ÚSZS. Psychosociální aspekty při zásahu záchranných složek*. Hradec Králové [online]. 20. října 2010. [cit. 2011-11-20]. Dostupné z WWW:<http://www.pmfhk.cz/WWW/KVZ/2010/Ryba.pdf>
2. BURIÁNKOVÁ, Helena; Alan, RYBA. *Systém „Psychosociální intervenční služby – PIS“ na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy – územního střediska záchranné služby*. Urgentní medicína 2/2009. Vyd. 1. České Budějovice: MEDIPRAX CB, 2009, 35 – 37. ISSN 1212-1924.
3. ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3
4. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Terénní krizová práce*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-6715-4
5. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Stres a posttraumatická porucha u pracovníků záchranných složek* [online]. Rescue Report. Brno, 2012. [cit. 2012-04-17]. Dostupné z WWW:<http://www.rescue.cz/?p=261>
6. ČEPICKÁ, Blanka; Jiří, ŠIMEK. *Psychologický a etický rozměr práce operačního střediska*. Vyd. 1. Kladno: Tiskárna Mníšek, 2008. ISBN 978-80-904018-0-8.
7. ČESKO. *Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě*. Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 131.
8. JAMES, Alma. *Posttraumatická stresová porucha u personálu záchranných služeb*. Urgentní medicína 2/2000. Vyd. 1. České Budějovice: MEDIPRAX CB, 2000. 18. ISSN 1212-1924.
9. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: TRITON, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

10. FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO. *Systém psychosociální intervenční služby, SPIS* [online]. Brno, 2011. [cit. 2011-07-08]. Dostupné z WWW:<http://www.spismz.cz>
11. HAWKINS P.; R. SHOHEE. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
12. KEBZA, Vladimír a kol. *Zvládání stresu*. Vyd. 1. Praha: Státní zdravotní ústav Praha, 1997. 30 s. ISBN 80-7071-042-X
13. KEBZA, V; IŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. Vyd. 2. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie: Radost, naděje, odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. Vyd 1. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
17. LUKEŠ, Alexander; Martin, ŠTOLL. *Zachraňte záchranáře, aneb nás se bojí zubatá*. Česká televize, 2010.
18. MITCHELL, J.T., PhDr., C.T.S. *Critical Incident Stress Management (CISM): Group Crisis Intervention*. 2006. ISBN 0-9765815-4-X
19. MITCHELL, J.T., PhDr., C.T.S. *Advanced Group Crisis Intervention: Strategies and Tactics for Complex Situations*. 2006. ISBN 0-9765815-6-6
20. MV – GŘ HZS ČR. *Ústřední poplachový plán integrovaného záchranného systému* [online]. 2008. [cit. 2011-11-20]. Dostupné z WWW:<http://www.hzscr.cz/soubor/upp-izs-od-1-10-2008-kompletni-pdf.aspx>

21. PERREN-KLINGLER, Gisela. *Bulletin des VPTS*. Verein Psychotrauma Schweiz 3/2003. 2003. [cit. 2012-03-29]. Dostupné z WWW:<http://www.institut-psychotrauma.ch/d/start.html>
22. PRACOVNÍ SKUPINA PRO VYTVÁŘENÍ STANDARŮ, KOLEKTIV AUTORŮ. *Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek*. Vyd. 1. Praha: MV-GŘ HZS, 2010. ISBN 978-80-86640-51-8.
23. PRACOVNÍ SKUPINA WADEM. *Deklarace psychosociálních práv* [online]. Praha: MVČR, 2009. [cit. 2011-11-20]. Dostupné z WWW:<http://www.mvcr.cz/clanek/deklarace-psychosocialnich-prav.aspx>
24. PRCHLÍK, Ivan. *Intenzita prožívání psychicky zatěžujících situací a míra opotřebenění psychiky u zaměstnanců ZZS HMP – ÚSZS. Závěrečná zpráva výzkumu*. Praha: ZZS HMP – ÚSZS a MZ ČR, 2008.
25. ŠEBLOVÁ, Jana. *Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb*. 112 3/2007. Praha: MV-generální ředitelství HZS ČR, 2007. 12 – 14.
26. ŠEBLOVÁ, Jana. *Posttraumatická stresová porucha*. Urgentní medicína 1/2000. Vyd. 1. České Budějovice: MEDIPRAX CB, 2000. 33 - 35. ISSN 1212-1924.
27. ŠEBLOVÁ, Jana; Vladimír, KEBZA. *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie*. Urgentní medicína 1/2005. Vyd. 1. České Budějovice: MEDIPRAX CB, 2005. 27 - 29 ISSN 1212-1924.
28. TOMEŠOVÁ, Eva. *Závěrečná zpráva projektu Výzkum vyhoření a pracovních stresorů a motivátorů u pracovníků Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy – územního střediska záchranné služby*. Praha: Psychosociální laboratoř Fakulty tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze, 2010.
29. VÁVRA Martin; Tomáš ČÍŽEK. *Sekundární analýza socio-ekonomických dat a zdroje dat* [online]. Praha: Laboratoř sociálně-vědních výzkumů, Sociologický ústav AV ČR, 2012. [cit. 2012-07-20]. Dostupné z WWW:http://www.lsvv.soc.cas.cz/studijni%20podklady_zdroje%20dat.pdf

30. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků*. Urgentní medicína 2/2005. Vyd. 1. České Budějovice: MEDIPRAX CB, 2005. 26-29. ISSN 1212-1924.
31. VODÁČKOVÁ, Daniela, et al. *Krizová intervence*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
32. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Prostupnost záchranné služby se sítí psychosociálních služeb*. Vyd. 1. Kladno: Tiskárna Mníšek, 2008. ISBN 978-80-904018-1-5.
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Vol. 2. Geneve: WHO, 2012.
34. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA HL. M. PRAHY – ÚZEMNÍ STŘEDISKO ZÁCHRANNÉ SLUŽBY [online]. 2012. [cit. 2012-07-07]. Dostupné z WWW:http://www.zzshmp.cz/?page_id=473

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Debriefing

Individuální intervence

Mimořádná událost

Peer

Psychosociální intervenční služba

Stres

System psychosociální intervenční služby

Záznam o poskytnutí psychosociální intervenční služby

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Deklarace psychosociálních práv

Příloha č. 2 – Záznam o poskytnutí psychosociální intervenční služby

Příloha č. 3 – Leták pomáhajících organizací lidem v nouzi



MINISTERSTVO VNITRA
ČESKÉ REPUBLIKY

DEKLARACE PSYCHOSOCIÁLNÍCH PRÁV

Světový kongres urgentní medicíny a medicíny katastrof (WCDEM 2009)
Mezinárodní psychosociální pracovní skupina Světové asociace pro urgentní
medicínu a medicínu katastrof (WADEM)

VODÍTKA/PRINCIPY - VÝZVA K AKCI

15. května 2009, Kanada, BC, Victoria

Bylo rozhodnuto, že:

- 1) Každý, včetně záchranářů, přeživších, rodin, v širším kontextu komunit zasažených všemi typy přírodních nebo člověkem způsobených katastrof, včetně válek, má právo na **integrovanou, holistickou, psychosociální (PS) podporu, intervence a trénink trvalejšího charakteru** – které **respektují různorodost, kulturu a pohlaví**.
- 2) Je profesionální odpovědností psychosociálních lídrů (tzn. těch, kdo mají přednostní přístup ke znalostem a pochopení PS principů a konceptů), aby **proaktivně oslovovali a působili na osoby, které odpovídají za tvorbu politik** v bezpečnostní a zdravotní oblasti, a to tím způsobem - aby byly PS principy a trénink tvořivé a flexibilně integrovány a zahrnovány do všech aspektů **plánování kvalifikace lidských zdrojů** pro reakci na mimořádné události i pro fázi nápravy škod a zotavení.
- 3) Vzhledem ke zvyšující se četnosti a působení katastrof, rizik, hrozeb a globálních konfliktů je naléhavé a společensky závazné, aby byly PS programy a politiky tvořivé a flexibilně **zahrnovány do všech úrovní státních a nestátních programů** – se zřetelem k jedinečné povaze každé katastrofy.
- 4) Je nezbytné **mobilizovat lokální zdroje a zvyšovat výkonnost a schopnosti** u jednotlivců, rodin a komunit a **propojovat tyto lokální zdroje s týmy záchranářů** a s týmy, které působí v období nápravy škod a zotavení – a to v krátkodobém, střednědobém i dlouhodobém časovém horizontu.
- 5) Odpovědností záchranářů, pracovníků krizového řízení a managerů je **spolupracovat s tiskem, sociálně odpovědnými žurnalisty a médii** při prezentování a informování o přesných zprávách a jejich aktualizacích a dále **integrovat a zapojovat média** smysluplným a přínosným způsobem.
- 6) Je nutné, aby vlády uznaly důležitost a dbaly na **zajištění časného PS vzdělávání a podpory studentům a pedagogům základních, středních i vyšších škol**. Vůdčí osoby komunit, učitelé, osoby odpovědné za rozhodování, vysocí představitelé veřejné správy a církví musí být oprávněni **zabezpečit účinné, na důkazech založené PS intervence**, které zahrnují i **analýzy dlouhodobých přínosů, včetně ekonomických**. Tyto základní prvky musí být zahrnuty v krizovém plánování, připravenosti, reakci i fázi zotavení.



MINISTERSTVO VNITRA
ČESKÉ REPUBLIKY

- 7) PS plánování má být **podložené fakty, má být multidimensionální, koordinované a integrované**. Podobně PS management musí být **flexibilní, adaptivní, aktivně spolupracující a schopný a ochotný k mezioborové a přeshraniční spolupráci**.
- 8) V průběhu celého časového kontinua katastrofy musí PS podpora **oceňovat a respektovat lidskou důstojnost a lidská práva zasažených populací a záchranářů**.
- 9) Je důležité, aby WADEM, jeho členové a přívrženci v celém světě, **zařazovali otázky podpory psychosociálního zdraví při katastrofách do všech aspektů přednemocniční a postkatastrofické urgentní medicíny**.
- 10) Je důležité, aby bylo **více prostředků a podpory investováno do PS výzkumu a průzkumu**, aby bylo zajištěno, že programy, politiky, přednemocniční a postnemocniční **intervence a přijímaná rozhodnutí jsou založeny na důkazech a podloženy fakty**.

My, účastníci Světového kongresu urgentní medicíny a medicíny katastrof 2009, uznáváme a schvalujeme tendence globální komunity odborníků z praxe přednemocniční medicíny a medicíny katastrof, kdy dochází k posunu ve směru k podpoře psychosociálního výzkumu a praxe skrze trvalý přenos znalostí, jejich výměnu a mobilizaci.

Tato mezinárodní rezoluce a seznam 10. vodítek, jak ji dne 13. 5. 2009 vytvořila Mezinárodní psychosociální pracovní skupina WADEM, byla uznána a schválena Výborem i Shromážděním WADEM. Díky úsilí WADEM a jeho mezinárodní spolupráci došlo k uznání a docenění psychosociálních vodítek/principů pro způsobilost, která je založená na plánování, komunitní odolnosti a budování kapacity, které zohledňují také kontexty před katastrofou a po jejím skončení.

Podepsáno 15. května 2009, Victoria, Kanada na World Congress on Disaster and Emergency Medicine vedoucími Mezinárodní psychosociální pracovní skupiny:

Gloria Leon
Carol Amaratunga

Překlad a úprava dokumentu:

Štěpán Vymětal
člen Mezinárodní psychosociální pracovní skupiny WADEM
vedoucí psychologického pracoviště Ministerstva vnitra ČR


ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA HL. M. PRAHY

- ÚZEMNÍ STŘEDISKO ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

 www.zzshmp.cz
 www.zzshmp.eu

**ZÁZNAM O POSKYTNUTÍ
 PSYCHOSOCIALNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY č.**

DATUM	JMÉNO POSKYTOVATELE	OSOBNÍ ČÍSLO	OBSAH VÝZVY		
AKTIVACE - OSOBNÉ - PEER KOLEGA - PROTISTRANA - ZDRAVOTNICKÉ OPERAČNÍ STŘEDISKO - VÝJEZDOVÁ SKUPINA NA MÍSTĚ - INSPEKTOR PROVOZU - KOLEGA - PŘÍBUZNÝ - ZÁCVÍK - JINÁ: _____		KONTAKT - E-MAIL - TELEFON - OSOBNÍ SETKÁNÍ - ICQ - SKÝPE - JINÝ: _____		PRVNÍ KONTAKT ANO / NE DÉLKA INTERVENČNÍ: _____ min	
VÝJEZD MIMORÁDNÁ UDÁLOST		VÝJEZD čas:	MÍSTO čas:	ODJEZD čas:	KONEC čas:
ZPŮSOB UKONČENÍ		- DALŠÍ KONTAKT		- VYHLEDÁNÍ ODBORNÉ PÉČE	
		- PŘEDÁN DO ZZ		- JINÉ: _____	
MUŽ / ŽENA	VĚK	DÉLKA u ZZS	TYP POTÍŽÍ:		
	20 – 30	0 - 5			
	31 – 40	6 - 10			
	41 – 60	11 - 15			
	61 -	16 -			
PROFESNÍ SKUPINA: - ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ - ŘIDIČ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY - ZDRAVOTNICKÉ OPERAČNÍ STŘEDISKO - LÉKAŘ - TECHNICKO-HOSPODÁŘSKÝ PRACOVNÍK - JINÁ: _____		Popis obtíží			
			PODPIS	RAŽITKO	

*Záznám je vyplňován za účelem monitorování využitelnosti služby.
 Služba je poskytována anonymně.*

ARMÁDA SPÁSY tel: 220 184 000
www.armadaspasy.cz grantova_praha@armadaspasy.cz

- nízkoprahové denní centrum
- terénní program
- noclehárna
- azylový dům



ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA HL. M. PRAHY
STŘEDNÍ ÚSTŘEDNÍ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY
www.zzsmp.cz




PRACOVNÍ VERZE

PRACOVNÍ VERZE

PŘEHLED POMÁJÍCÍCH ORGANIZACÍ LIDEM V NOUZI

RODICOVSKÁ LINKA tel: 840 111 234
www.linkabezpeci.cz

Pro rodinné příslušníky v případě potíží s dětmi, při výchově, vzrůstajících konfliktech, krádežích, záškolačství, podezření na závislost, v případě podezření na šikanu, týrání, zneužívání,...



Psychosociální intervenční služba ZZS HMP - ÚSZS

LINKA VZKAZ DOMŮ tel: 800 111 113
www.linkabezpeci.cz; denně 8 - 22 hod 724 727 777

Pro děti, které se bojí vrátit zpět domů, nebo zvažují útek, nebo byly z domova vyhozeny.

TÍŠNOVÁ VOLÁNÍ

Zdravotnická záchranná služba	155
Hasičský záchranný sbor	150
Policie ČR	158
Městská policie	156
Jednotné evropské číslo tísňového volání	112



Život s sebou přináší i tragické situace a chvíle. Stárá a samota, umírání a smrt, nenadálá neštěstí, tragické nehody, dopravní nehody, týrání, těžké životní etapy a mnoho dalších situací.

Je toho na Vás moc, nevíte jak dál, cítíte se sami?

Vaše pocity jako je vztek, beznaděj, bezmoc, smutek, lítost, nebo třeba vina - jsou normální lidskou reakcí na krutost osudu.

Jsou situace, se kterými si sami dokážeme poradit, nebo nám pomohou naši blízcí. Můžeme se ale ocitnout v situaci, kdy budeme sami, a proto tu jsou pomáhající organizace.

Zde můžete najít kontakty na ty, kterým není Vaše neštěstí lhostejné, a jsou připraveni Vám pomoci, poradit nebo Vás vyslechnout a sdílet s Vámi alespoň chvíli Váš smutek, Vaše břemeno, Vaše slzy.

LINKA BEZPEČÍ tel: 116 111
www.linkabezpeci.cz pomoc@linkabezpeci.cz

Linka je určena dětem a mládeži do 18 let (studentům do 26 let); nonstop a bezplatně

- telefonická a online pomoc pro děti a dospívající v krizi
- V případě nutnosti zprostředkování kontaktů na odborníky v místě bydliště či pobytu

LA STRADA tel: 222 717 171
www.strada.cz; bezplatně pomoc@strada.cz

Prevence obchodování s lidmi, hájení práv obchodovaných osob, pomoc osobám vykořisťovaným v práci včetně prostituce, Nabídka sociálních služeb - krizová pomoc, azylové domy, sociální a právní poradenství, tlumočení

RIAPS - LINKA DŮVĚRY tel: 222 580 697
www.csspraha.cz linka.duvery@csspraha.cz

Nonstop linka určena v případech akutních problémů neodkladného charakteru s dospělými, dospívajícími a dětmi

SOS CENTRUM DIAKONIE ČČE tel: 222 521 912
www.soscentrum.cz sos@diakoniece.cz

Denní krizová služba nabízí první pomoc v životních situacích, kdy už si nevíte rady.

BÍLÝ KRUH BEZPEČÍ tel: 257 317 110
www.domacinasilil.cz; nonstop

Pomoc obětem trestných činů, svědkům a pozůstalým.

ČESKÉ SDRUŽENÍ OBĚTÍ DOPRAVNÍCH NEHOD
www.csodn.cz tel: 739 983 321; 737 859 819
csodn-poradna@centrum.cz

Psychosociální a právní poradenství obětem dopravních nehod, pozůstalým i viníkům nehod.

DONA LINKA tel: 251 511 313
www.donalinka.cz; nonstop

Pomoc osobám ohroženým domácím násilím.

ANABELL tel: 775 904 778
www.anabell.cz praha@anabell.cz

Pomoc a podpora osobám s poruchou příjmu potravy včetně jejich blízkých

DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM tel: 241 484 149
www.dkc.cz problem@ditkriize.cz

Prevence a pomoc dětem se syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a pomoc dětem nacházejícím se v závažných životních situacích.

ELPIDA - LINKA SENIORŮ tel: 800 200 007
www.elpida.cz linkaseniuru@elpida.cz

Linka určena pro seniory, kteří potřebují poradit, pomoc či jen sdílet své radosti i trápení. Všechny dny 8 - 20 hod, bezplatně.

SENIOR TELEFON tel: 800 157 157
www.zivot90.cz seniortelefon@zivot90.cz

Krizová a poradenská linka je určena seniorům, kteří prožívají těžkou životní situaci, cítí se opuštěni, ztratili chuť do života, potřebují poradit; nonstop, bezplatně

LIGA PROTI RAKOVINĚ tel: 224 920 935
www.lpr.cz lpr@lpr.cz

Pro osoby s nádorovým onemocněním a jejich rodinné příslušníky. V pracovní dny