



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

**Zdravotnická záchranná služba jako nedílná součást
sociální práce**

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce

Autor: Pavlína Šatánková DiS.
Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Petřeková

Olomouc 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 23.4.2024

Pavčina Šatánková

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí práce, Mgr. Miroslavě Petřekové za její čas, cenné rady, připomínky, a zvláště za velkou trpělivost a ochotu.

Mé poděkování patří i MUDr. Doriánu Pfeiferovi za odborný dohled a lékařské zkušenosti. Děkuji také své rodině za neutuchající podporu při studiu

Obsah

Seznam zkratk	9
Úvod	10
Představení tématu	11
1 Zdravotnická záchranná služba	13
1.1 Představení zdravotnické záchranné služby	13
1.2 Integrovaný záchranný systém	14
1.3 Zdravotnické operační středisko	14
1.4 Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby a specifické kompetence zdravotnického personálu v podmínkách PNP	14
1.4.1 Specifické kompetence zdravotnického personálu v podmínkách PNP	15
1.4.2 Členění výjezdových skupin	16
1.5 Výjezdový záznam zdravotnické záchranné služby	17
1.5.1 Obsah výjezdového záznamu zdravotnické záchranné služby	17
1.6 Povinná mlčenlivost v podmínkách zdravotnické záchranné služby	18
1.7 Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje	19
2 Spolupráce zdravotnické záchranné služby a zdravotně sociálního pracovníka	21
2.1 Propojení spolupráce	21
2.2 Zdravotně sociální pracovník v nemocnici	22
2.2.1 Skupiny klientů a popis pracovních činností zdravotně sociálního pracovníka	23
2.2.2 Zdravotně sociální pracovníce v nemocnici ve Valašském Meziříčí	24
2.2.3 Předpoklady k výkonu profese zdravotně sociálního pracovníka	25
2.2.4 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka	25
2.2.5 Etické aspekty profese zdravotně sociálního pracovníka	27
3 Propojení tématu s teoriemi a metodami sociální práce	29
3.1 Sociální šetření	29
3.1.1 Pozorování	30
3.1.2 Rozhovor	31
3.2 Sociální poradenství	32
3.3 Posouzení situace pacienta	33
3.4 Přístup orientovaný na klienta (podle Carla Rogerse)	34
3.5 Sociální práce se seniory v nemocnici	34
3.5.1 Kritické momenty při práci se seniory	34
3.5.2 Reminiscence a validace	35
3.6 Sociální práce s rodinou	36
3.6.1 Přístupy využívané v sociální práci s rodinou	37
3.6.2 Neformální rodinná péče o seniory	37
4 Sociálně relevantní pacient – cílová skupina senioři	39

4.1 Stáří.....	39
4.2 Stáří a nemoc	42
5 Propojení tématu se sociální politikou.....	45
6 Legislativní zakotvení tématu.....	47
7 Analýza potřebnosti.....	51
7.1 Příčiny vzniku problému a dopady na cílovou skupinu	51
7.2 Propojení ZZS a sociální práce v zahraničí	53
7.3 Základní informace o cílové skupině	53
7.4 Přehled dat	54
7.5 Analýza stakeholderů	55
7.6 Závěr analýzy	55
8 Projekt.....	57
8.1 Cíle projektu	57
8.2 Cílové skupiny.....	58
8.3 Klíčové aktivity projektu.....	58
8.4 Výstupy projektu	61
8.5 Harmonogram projektu	61
8.6 Management rizik projektu	63
8.7 Rozpočet.....	64
8.8 Přidaná hodnota projektu.....	65
9 Logický rámec projektu.....	67
Závěr.....	69
Bibliografie.....	71
Seznam příloh.....	75
Přílohy	76
Anotace.....	78

Seznam zkratek

EKG
GPS
NACA
RLP
RZP
RV
TAPP
TANR
ZZS

Úvod

Změny, které naše společnost v posledních letech prožívá, se promítají nejen do zdravotnictví, ale také do sociální oblasti. Jak je potom možné, že tyto dva obory spolu tak málo, ne-li vůbec spolupracují. Na pozici zdravotnického záchranáře pracuji sedmnáct roků. To, čím jsme si celá zdravotnická záchranná služba prošli během pandemie Covid 19, bez sebemenší spolupráce se zdravotně sociálním pracovníkem v nemocnici, mě během studia přivedlo na myšlenku tyto dva subjekty navzájem propojit v jednu krásnou spolupráci, která bude přínosem pro všechny aktéry, kteří vstoupí do našeho pomyslného pomezí. Pomezí, které spojuje chuť a odhodlání pomáhat. Aby vše dobře fungovalo, je důležité pochopit, jak zdravotnická záchranná služba pracuje, jaké má kompetence, co a kdo je její součástí a jaké má možnosti, co se týče nové spolupráce. Stejně tak je důležité představit sociální práci, kterou poskytuje zdravotně sociální pracovník pacientům, jejich rodinám a blízkým v nemocnici. A tím hlavním, kdo bude těžit z naší spolupráce, bude především sociálně relevantní pacient, u kterého v rámci výjezdu zdravotnické záchranné služby proběhne po poskytnutí přednemocniční neodkladné péče sociální šetření. Během praxe, kterou jsem absolvovala u zdravotně sociální pracovnice v nemocnici ve Valašském Meziříčí, jsem tuto pozici daleko lépe poznala a následné setkání s pacienty, kteří byli vezeni zdravotnickou záchrannou službou, mě jenom utvrdilo v tom, že sdílení určitých informací, by bylo přínosem pro všechny, pro pacienta, zdravotnickou záchrannou službu i zdravotně sociální pracovníci. Mou největší motivací je tedy každý pacient, který potřebuje naši pomoc v jeho nepříznivé sociální situaci. Předat tuto motivaci všem posádkám a nastavit novou spolupráci mezi zdravotnickou záchrannou službou a nemocnicí.

Představení tématu

Bakalářská práce s názvem Zdravotnická záchranná služba jako nedílná součást sociální práce konceptualizuje sociální šetření při zásahu zdravotnické záchranné služby u sociálně relevantních pacientů. Práce přibližuje fungování ZZS, spolupráci se zdravotně sociálním pracovníkem, sociální šetření v nemocnici s pacientem, tak i s jeho rodinou. Cílem práce je teoreticky podložit význam vzniku sociálního šetření zdravotnického záchranáře při výjezdu a charakterizovat současný stav spolupráce mezi zdravotnickou záchrannou službou a sociální prací, kterou v praxi tolik postrádám.

Mojí hlavní motivací je poukázat na problém opakovaných výjezdů k pacientům, kteří se vracejí z nemocnice do svého, často nevhodného přirozeného prostředí, tak i na sociální situace, se kterými se jako zdravotnický záchranář pravidelně setkávám a popisuji je ve výjezdovém záznamu, který se však ke zdravotně sociálnímu pracovníkovi v nemocnici do rukou nedostane. Proto chci toto nové sociální šetření zdravotnického záchranáře/ lékaře propojit se sociálním šetřením v nemocnici a pomoci nejen zdravotně sociálnímu pracovníkovi, ale především pacientovi, který má právo na důstojný život a na kvalitní nejen zdravotní, ale i sociální pomoc. Práce zdravotnického záchranáře je pro mě životním posláním a jelikož mi nejsou osudy pacientů lhostejné a mnohdy potřebují spíše sociální pomoc, než tu přednemocniční, rozhodla jsem se tyto dvě oblasti propojit.

První kapitola práce představí Zdravotnickou záchrannou službu jako důležitý prvek systému zdravotních služeb ČR. Obsahem kapitoly je také popis zdravotnického operačního střediska, členění výjezdových skupin, kompetence zdravotnického personálu, jako jsou, řidiči – záchranáři, zdravotničtí záchranáři a lékaři. Specifický důraz bude kladen na ZZS Zlínského kraje, a to z důvodu propojení této absolventské práce s projektem představeným v práci bakalářské.

Druhá kapitola se zabývá spoluprací/nespoluprací mezi ZZS a zdravotně sociálním pracovníkem, jehož činnost popisuje. Dále poukazuje na důležitost provázanosti těchto dvou složek, například z důvodu včasného odhalení sociálně relevantního pacienta a předání informací za účelem včasné sociální intervence.

Třetí kapitola za pomoci teorií a metod sociální práce charakterizuje sociální šetření s pacientem v nemocnici, zaměřuje se na stáří a specifickou skupinu – seniory, také popisuje

práci s rodinou. V této kapitole je kladen důraz na roli rodiny v neformální péči o sociálně relevantní pacienty.

Čtvrtá kapitola vysvětluje pojem sociálně relevantní pacient, a zmiňuje jeho konkrétní charakteristiky, například spojené s bydlením, péči o sebe sama, nesamostatností i změnou zdravotního stavu, ať už psychosociální či fyzickou.

Pátá kapitola propojuje téma se sociální politikou, poukazuje na nové aspekty v této oblasti, popisuje programy jednotlivých Ministerstev pro seniory.

Šestá kapitola přináší přehled jednotlivých zákonů, které jsou důležité jak pro zdravotnickou záchrannou službu a její posádky, tak pro zdravotně sociálního pracovníka.

Sedmou kapitolu tvoří analýza potřebnosti, která přináší ucelený přehled o důležitosti propojení zdravotnictví se sociální prací. Popisuje problémy a dopady na cílovou skupinu, pohled do zahraničí, popis cílové skupiny, přehled dat, analýzu stakeholderů a samotný závěr analýzy.

Osmou kapitolu tvoří projekt Sociální šetření zdravotnické záchranné služby u sociálně relevantního pacienta a devátá kapitola se zbývá logickým rámcem projektu.

Práce je ukončena závěrem.

1 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba je nedílnou součástí mého života, a proto její rozsáhlé představení a podrobný popis jednotlivých aktérů tvoří začátek této práce. Jelikož se budu snažit o novou spolupráci mezi zdravotnickou záchrannou službou a zdravotně sociálním pracovníkem v nemocnici, je důležité pochopit, jak zdravotnická záchranná služba pracuje a vyzdvihnout také její důležitost pro běžný život každého občana v České republice.

1.1 Představení zdravotnické záchranné služby

Důležitou součástí systému zdravotních služeb je zdravotnická záchranná služba, která již na místě výjezdu poskytuje přednemocniční neodkladnou péči (PNP). Situace, ve kterých je péče poskytována, jsou například zhoršení zdravotního stavu vedoucí ke vzniku dlouhodobých nebo trvalých následků, případně selhání životních funkcí a smrti, akutní zhoršení zdravotního stavu, úrazy, intenzivní bolest nebo změny chování a jednání ohrožující zdraví pacienta nebo jeho okolí (Záchranná služba, 2024a).

Specifikem záchranné služby je, že si pacient nevybírá záchranný tým ani cílové zdravotnické zařízení, ale je převezen do nejbližšího odborně způsobilého zdravotnického zařízení (Záchranná služba 2024a). Moderní sanitní vůz je dopravní prostředek s plně vybaveným zdravotnickým pracovištěm. Supluje tak vybavení odborných ambulancí, proto je možné již ve voze provést činnosti, které dříve zdravotnický personál prováděl až po přijetí pacienta do nemocnice. V současné době je v České republice 14 záchranných služeb, které zřizují a částečně i financují krajské úřady (Vilášek et al. 2022, s.76).

Podle povahy výjezdů zdravotnická záchranná služba spolupracuje i se základními složkami Integrovaného záchranného systému, mezi které patří Hasičský záchranný sbor, Jednotky požární ochrany a Policie České republiky. Mezi ostatní složky Integrovaného záchranného systému se pak řadí Vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, Ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory, Ostatní záchranné sbory, Orgány ochrany veřejného zdraví, Havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby, Zařízení civilní ochrany, Neziskové organizace a sdružení občanů, která lze využít k záchranným a likvidačním pracím (Vilášek et al., 2022, s.77).

1.2 Integrovaný záchranný systém

Integrovaný záchranný systém je pojem, který v sobě slučuje pravidla spolupráce, koordinaci záchranných a bezpečnostních složek, koordinaci orgánů státní správy, samosprávu, právnické i fyzické osoby. Všechny tyto složky spolupracují zejména při mimořádných událostech, při záchranných a likvidačních pracích. Hlavním koordinátorem je Hasičský záchranný sbor České republiky. Na místě události všem složkám velí příslušník hasičského záchranného sboru. Tento velitel zásahu má při mimořádných událostech několik důležitých pravomocí, mezi které patří například evakuace osob, omezení vstupu, nebo zákaz vstupu, dále vyzývá k poskytnutí osobní, nebo věcné pomoci a to zejména právnické, či fyzické osoby. Tuto pomoc upravuje zákon 239/2000 Sb. §23 – 25. Jednotné velení vede k rychlé a účinné záchrance osob i majetku.

1.3 Zdravotnické operační středisko

Aby jednotlivé posádky mohly efektivně pracovat, je důležité co nejrychleji a co nejpřesněji získat základní informace od volajících na tísňovou linku 155. To vše během telefonátu zajišťuje odborně vyškolený personál se zdravotnickým vzděláním, který nejen celý záchranný řetězec řídí, ale také radí, jak správně poskytnout první pomoc – telefonická asistovaná první pomoc (TAPP), navede na správnou telefonickou asistovanou neodkladnou resuscitaci (TANR), a to vše do příjezdu posádky zdravotnické záchranné služby. Dispečer zdravotnického operačního střediska tedy podává volajícím přesné instrukce za účelem uklidnit a ujistit volajícího, zajistit snížení rizik možného dalšího poškození zraněného i volajícího, optimalizovat podmínky pro výjezdovou skupinu, například přichystat doklady, pravidelně užívané léky a další náležitosti týkající se zraněného. Vybízí také k neustálé kontrole zdravotního stavu a jiným činnostem, jež vedou ke kvalitní první pomoci. Nové technologie, moderní zázemí, zvyšující se nároky na vzdělávání i kontinuální školení personálu, to vše dělá ze zdravotnického operačního střediska prestižní, vysoce ceněné povolání. (Vilášek et al., 2022, s.72).

1.4 Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby a specifické kompetence zdravotnického personálu v podmínkách PNP

Všechny posádky zdravotnické záchranné služby řídí zdravotnické operační středisko a to tak, aby odborná pomoc byla poskytnuta přímo u zraněného, nebo nemocného do 20 minut od zavolání na linku 155. Tento dojezdový čas je daný zákonem o zdravotnických záchranných

službách. Dojezdový radius tak tvoří základ pro rozmístění jednotlivých výjezdových základen po celém kraji (Vilášek et al., 2022, s.77).

1.4.1 Specifické kompetence zdravotnického personálu v podmínkách PNP

Zaručují vysokou kvalitu poskytované péče, přinášejí přehlednost do práce jednotlivých posádek a jejich zdokonalování vede k vysoce profesionálnímu přístupu. Jak popisují níže, kompetence posádek ZZS se nedotýkají sociální práce a propojení s kompetencemi sociálního pracovníka by naše práce měla pro pacienty v nepříznivé sociální situaci daleko větší smysl.

Lékař v podmínkách zdravotnické záchranné služby vykonává činnosti v souladu se zákonem 374/2011 Sb. a je přímo podřízen staničnímu lékaři příslušného výjezdového stanoviště zdravotnické záchranné služby a během směny zdravotnickému operačnímu středisku. Pracuje v posádce RLP nebo RV a je vedoucím výjezdového týmu. V těchto posádkách odpovídá za poskytování zdravotnické péče *lege artis*, za řádné vedení výjezdové dokumentace a za dodržování všech bezpečnostních předpisů, kterými se řídí výjezdové skupiny. Hlavní činností je poskytování neodkladné péče nemocným v kritickém stavu, a to podle svého nejlepšího vědomí. Poskytuje odbornou péči v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy. Indikuje léčbu a směřování pacienta dle jeho aktuálního stavu. Dbá na prohlubování svých znalostí, účastní se stáží v rámci zvyšování své kvalifikace.

Vyhláška 391 z roku 2017 § 17 přímo upravuje a vymezuje kompetence zdravotnického záchranáře. Ten pracuje bez odborného dohledu, nebo na základě indikace lékaře v podmínkách přednemocniční neodkladné péče, na jednotkách intenzivní péče, nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Všechny jednotlivé činnosti směřují ke stanovení diferenciální diagnostiky a to na základě monitorace a vyhodnocení fyziologických funkcí, zahajuje a provádí kardiopulmonální resuscitaci, zajišťuje intravenózní a intraoseální vstupy, podává infuze, inhalační a kyslíkovou terapii, ošetřuje rány, staví krvácení, zajišťuje vyproštění, polohování a správný transport, podává léky, zajišťuje dýchací cesty jemu určenými pomůckami. V posádce RZP je plně odpovědný za vedení dokumentace a za dodržování všech bezpečnostních předpisů, pracuje s informačním a zdravotnickým systémem organizace. Pravidelně se účastní školení a prohlubuje svoje znalosti. Zachovává mlčenlivost, respektuje práva pacientů.

I pro řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby platí vyhláška 55/2011 Sb. § 36. Ten svoji činnost vykonává pod odborným dohledem lékaře, nebo zdravotnického záchranáře. Spolupracuje s ostatními složkami integrovaného záchranného systému, asistuje při vyprošťování. Jeho činností je především řízení v obtížných podmínkách, za použití výstražných zařízení, obsluha a manipulace materiálního a přístrojového vybavení zdravotnického vozidla, udržuje radiovou komunikaci se zdravotnickým operačním střediskem. V rámci neodkladné přednemocniční péče asistuje při jednotlivých úkonech spojených s poskytováním neodkladné péče.

1.4.2 Členění výjezdových skupin

Rychlá lékařská pomoc neboli RLP, je výjezdový tým ve složení lékař, zdravotnický záchranář a řidič – záchranář. V tomto seskupení je posádka vysílána k nejbližší události. V současnosti je však většina případů řešena týmy rychlé zdravotnické pomoci (Záchranná služba, 2024c).

Rychlá zdravotnická pomoc (RZP) je složena ze zdravotnického záchranáře a řidiče – záchranáře, přičemž vedoucím týmu je zdravotnický záchranář. Tato posádka je vysílána zdravotnickým operačním střediskem k výjezdům nejčastěji. Dle oficiálních dat Záchranné služby řeší až 80 % událostí zdravotničtí záchranáři samostatně (Záchranná služba 2024c).

Ve většině krajů je také využíván systém Rendez – vous (RV). Jedná se o dvoučlennou posádku složenou z lékaře a řidiče – záchranáře, kdy pracují v tzv. víceúrovňovém setkávacím systému samostatně, nebo společně s posádkou rychlé zdravotnické pomoci. Po ošetření, pokud to zdravotní stav pacienta dovolí, se tak vrací vozidlo RV na výjezdovou základnu a pacient je do nemocnice převezen posádkou RZP.

Letecká záchranná služba, která v České republice disponuje 10 leteckými základnami, je také nezbytnou součástí tohoto systému.

Dle požadavků kraje a potřeb jednotlivých záchranných služeb se tak v systému objevují další specifické sanitní vozy, mezi které patří vozidla pro převoz většího počtu raněných, vozidla pro jízdu v terénu s výkonem 4x4, vozidla pro převoz pacienta s nadměrnou váhou a vozidla s materiálním vybavením pro případ vzniku hromadného neštěstí (Záchranná služba, 2024).

1.5 Výjezdový záznam zdravotnické záchranné služby

Výjezdový záznam řadíme mezi zdravotnickou dokumentaci, která obsahuje nejen identifikační údaje o pacientovi, ale i další nezbytné náležitosti, jež je posádka zdravotnické záchranné služby během poskytování přednemocniční neodkladné péče schopna zjistit. Tyto informace poskytuje sám pacient, pokud to jeho stav dovolí, nebo rodina, popřípadě se využívá i spolupráce Policie České republiky. Získané informace jsou zapisovány ihned, nebo průběžně během výjezdu. Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci má každé zdravotnické zařízení. Ukládá mu to zákon i další právní předpisy (Vondráček a Kolouch, 2011, s.56).

1.5.1 Obsah výjezdového záznamu zdravotnické záchranné služby

Veškeré informace, které musí obsahovat výjezdový záznam, nám ukládá vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Jednotliví poskytovatelé zdravotnické záchranné služby se tak při vyplňování výjezdového záznamu opírají o platnou legislativu. Zdravotnická dokumentace v podmínkách přednemocniční neodkladné péče začíná již na samotném zdravotnickém operačním středisku. Zde se pořizuje zvuková nahrávka s přesnými časovými údaji. Zápis provádí dispečer zdravotnického operačního střediska, který následně vysílá, podle stavu naléhavosti, výjezdovou skupinu. Výjezdový záznam obsahuje:

Záznam ze zdravotnického operačního střediska:

- datum, čas a pořadové číslo
- jméno, příjmení operátora, který výzvu přijal
- jméno, příjmení dispečera, který výzvu zpracoval a určil výjezdovou skupinu
- základní údaje o pacientovi/zraněném
- údaje o místě zásahu, souřadnice GPS, bod v mapě, nebo číslo popisné/číslo orientační
- telefonický kontakt na volajícího
- indikace a naléhavost výjezdu

Záznam o výjezdu zdravotnické záchranné služby

- místo výjezdové základny a volací znak sanitního vozidla
- čas výzvy, čas nahlášení, čas výjezdu, čas příjezdu, čas odjezdu, čas předání a čas ukončení výjezdu
- označení výjezdové skupiny
- jméno, příjmení lékaře, záchranáře, řidiče

- jméno, příjmení pacienta, rodné číslo, datum narození, číslo pojišťovny, bydliště, kontakt na příbuznou osobu
- popis nynějšího onemocnění
- základní informace, které se týkají osobní anamnézy, farmakologické anamnézy, alergické anamnézy, gynekologické anamnézy
- popis zdravotního stavu a hodnoty fyziologických funkcí
- popis poskytnuté přednemocniční péče a zápis podané léčby
- záznam o konzultacích s lékařem, s vyšším pracovištěm
- záznam EKG křivky
- stanovení pracovní diagnózy, NACA skóre
- zařízení, kam se pacient převáží a kdo pacienta ze zdravotnického týmu převzal
- jméno a příjmení vedoucího posádky, razítko zdravotnické záchranné služby, podpis

Součástí výjezdového záznamu se během poskytování přednemocniční neodkladné péče mohou stát další listinné dokumenty, mezi které patří negativní reverz, iktová karta, list o prohlídce mrtvého, grafický záznam EKG křivky a dalších naměřených fyziologických hodnot. Výjezdový záznam se tiskne ve dvou vyhotoveních, jeden list se předává společně s pacientem, druhý se zakládá na výjezdové základně a následně archivuje po dobu pěti let. V rámci digitalizace zdravotnictví se výjezdové záznamy již na většině základnách zdravotnických záchranných služeb zapisují přímo během výjezdu do přenosného tabletu, který se následně připojí k tiskárně, která je také součástí sanitního vozidla a provede se tisk záznamu ještě před samotným předáním pacienta ve zdravotnickém zařízení (Záchranná služba, 2024a).

1.6 Povinná mlčenlivost v podmínkách zdravotnické záchranné služby

Zdravotnická záchranná služba má jako poskytovatel zdravotních služeb povinnost dle ustanovení §51 odstavce 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděla v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Dle § 65 odstavce 1 citovaného zákona o zdravotních službách, je možné sdělovat informace pouze se souhlasem pacienta, nebo zákonného zástupce nebo bez souhlasu subjektům, které jsou taxativně vymezeny v § 65 odstavce 2 zákona o zdravotních službách. Na základě § 8 odstavce 5 zákona č. 141/1961 Sb., trestního řádu, lze informace pro účely trestního řízení sdělit bez souhlasu pacienta po souhlasu soudce.

1.7 Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje

Územní středisko zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje nahradilo 1.ledna 2004 všechny okresní záchranné služby ve Zlíně, Uherském Hradišti, Kroměříži a Vsetíně. Patří mezi 14 zdravotnických záchranných služeb v České republice. 1.dubna 2006 byl pak změněn název na Zdravotnickou záchrannou službu Zlínského kraje, příspěvkovou organizaci, která se dělí na 5 oblastí, jež disponují 16 výjezdovými základnami a 28 – 34 výjezdovými skupinami. Výjezdové základny jsou situovány tak, aby dojezdová doba sanitního vozu byla do 20 minut, což je čas stanovený zákonem 374/2011 Sb.

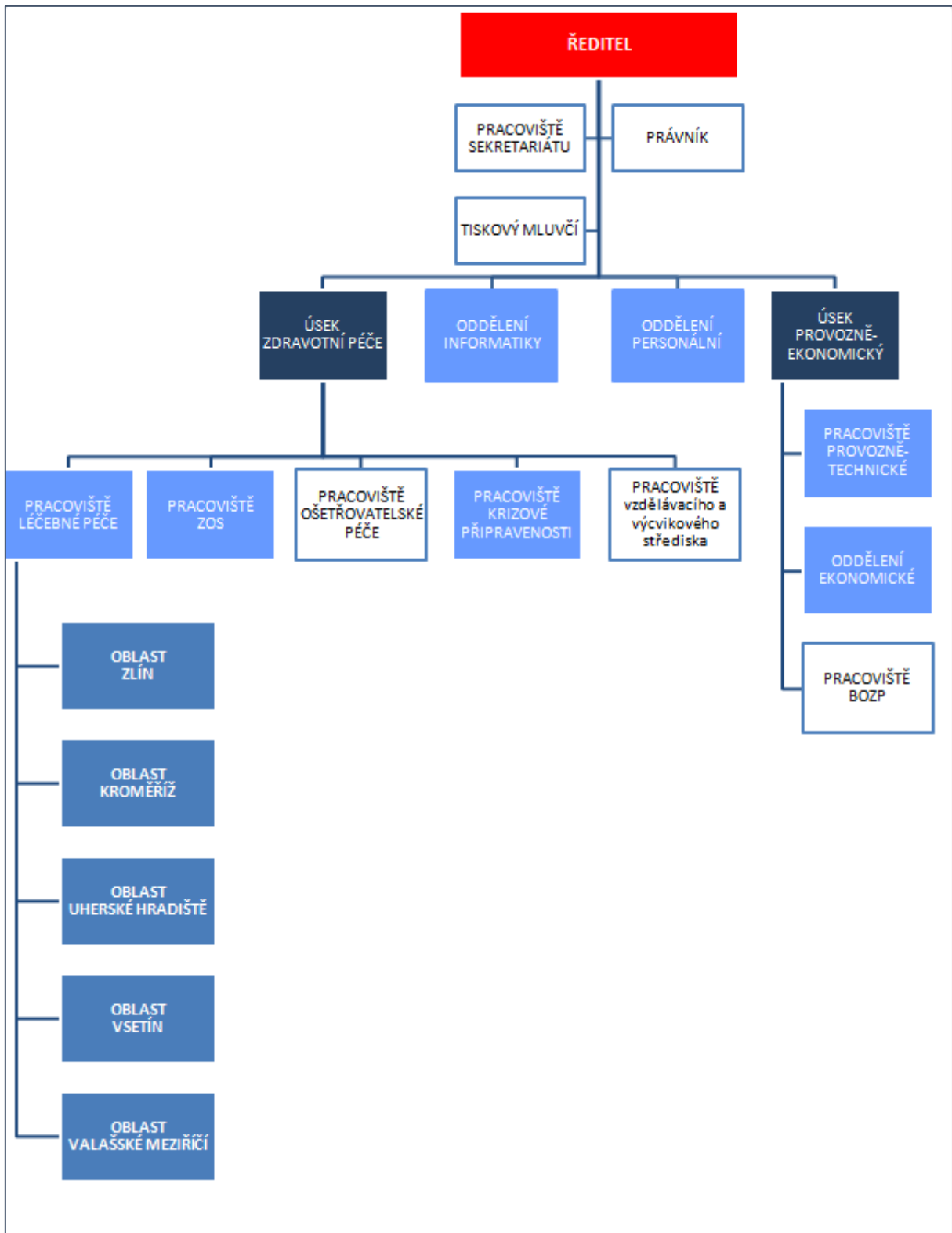
Veškerá činnost zdravotnické záchranné služby je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, ze státního rozpočtu a to zejména při mimořádných událostech, největší finanční odpovědnost pak nese samotný rozpočet Zlínského kraje. Mezi typické činnosti zdravotnické záchranné služby patří nepřetržitý příjem volání na tísňovou linku, instruktáž první pomoci do příjezdu výjezdové skupiny, operační řízení výjezdových skupin, vyhodnocení naléhavosti, vyslání výjezdové skupiny podle zdravotního stavu pacienta, organizace a poskytování neodkladné odborné péče na místě události, směřování pacienta do cílové nemocnice, spolupráce s ostatními složkami integrovaného záchranného systému, přeprava tkání a orgánů k transplantacím, přeprava novorozence speciálně vybaveným sanitním vozem s inkubátorem. Jelikož Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje nedisponuje leteckou záchrannou službou, je nucena využívat spolupráce s okolními kraji, nejčastěji s leteckou záchrannou službou Olomouc, Ostrava a Brno.

K dalším nezbytným činnostem zdravotnické záchranné služby patří pravidelná školení stávajících i nově příchozích zaměstnanců a to na výcvikovém vzdělávacím středisku. To je součástí územního střediska ve Zlíně, kde sídlí také zdravotnické operační středisko. Součástí tohoto komplexu je i ředitelství, úsek zdravotní péče, provozně – ekonomický úsek. Pracoviště léčebné péče se následně člení na 5 oblastí. Oblast Zlín, Kroměříž, Uherské Hradiště, Vsetín a Valašské Meziříčí.

Školení první pomoci, zdravotnická asistence, prezentace práce zdravotnické záchranné služby, odborné semináře, exkurze na výjezdových základnách, ale také odborné stáže a praxe studentů, to vše jsou komerční služby pro veřejnost, které neodmyslitelně patří k činnostem záchranné služby. Součástí internetových stránek jsou také nezbytné informace pro ty, kteří

volají na tísňovou linku, kteří byli ošetřeni posádkou záchranné služby, pro rodinné příslušníky, jejichž blízký byl odvezen do nemocnice a pro pozůstalé (ZZS ZK, 2024).

Obrázek 1 - Organizační struktura ZZS Zlínského kraje



Zdroj: ZZS Zlínského kraje

2 Spolupráce zdravotnické záchranné služby a zdravotně sociálního pracovníka

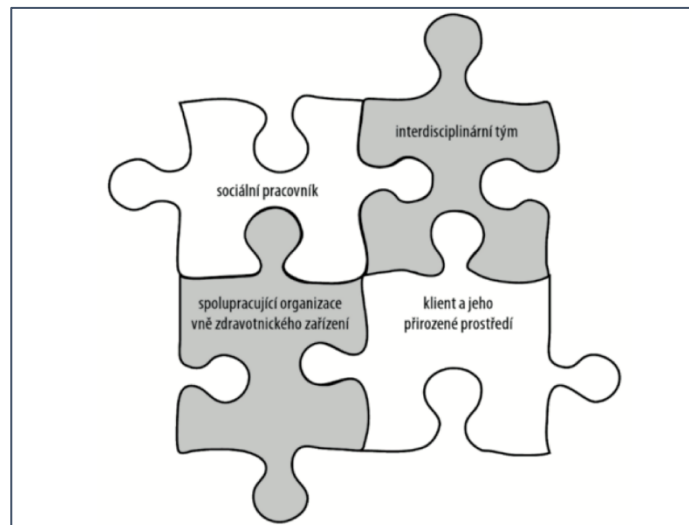
Během pandemie Covid 19 jsem poprvé začala vnímat absenci propojení zdravotnické záchranné služby se zdravotně sociálním pracovníkem. A doteď se nic nezměnilo, přitom se každou směnu setkáváme s pacientem, který by intervenci a pomoc zdravotně sociálního pracovníka potřeboval. Obě tyto složky jsou nezastupitelné a jejich vzájemné propojení by přineslo velkou změnu, která by byla přínosem zejména pro pacienty a jejich rodiny. Tuto skutečnost jsem si potvrdila během praxe ve 3. ročníku. Tu jsem absolvovala u zdravotně sociální pracovnice v nemocnici ve Valašském Meziříčí. Poznala jsem důležitost její pozice, nadšení pro tuto práci a neskutečnou empatii k pacientům. Jednoznačně jsme se shodly, že by tato spolupráce přinesla několik benefitů, které by byly přínosem pro všechny tři strany. Pacienta, zdravotně sociálního pracovníka i pro zdravotnickou záchrannou službu.

2.1 Propojení spolupráce

Při zásahu zdravotnické záchranné služby vyjíždí posádky primárně i k lidem v nepříznivé sociální situaci, která je důvodem zhoršení jejich zdravotního stavu. V posledních letech jsou na vzestupu také výjezdy s tzv. psychosociální urgencí, u kterých převažuje sociální problematika (Šeblová a Knor, 2013, s.112).

Z tohoto důvodu Vodáčková (2008, s.5) uvádí: „Záchrannou službu lze ale také chápat jako součást daleko širšího systému služeb. Na takový systém můžeme pohlížet, jako na síť obklopující jednotlivá pracoviště záchranné služby.“ Také Kuzníková (2011, s.31) poukazuje na důležitost komplexní péče o pacienta, které lze docílit spoluprací mezi zdravotně sociálním pracovníkem, zdravotními službami, rodinou, organizacemi, fyzickými a právníckými osobami mimo zdravotnické zařízení. Míra spolupráce se liší podle jednotlivých pracovišť a svoji velkou roli zde hraje také osobnost a schopnosti zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici.

Obrázek 2 - Propojení spolupráce sociální práce ve zdravotnictví (Kuznikova, 2011, s. 24)



Z platných zákonů nevyplývá, že by existovala návaznost zdravotních a sociálních služeb v podmínkách přednemocniční neodkladné péče, přestože je to nadmíru důležité pro obě strany, jak pro záchranáře, tak pro zdravotně sociálního pracovníka.

Zákon č.374/2011 Sb. vymezuje pouze spolupráci a součinnost s poskytovatelem akutní lůžkové péče. Další zákon, který se věnuje této problematice je Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., který v §52 vymezuje sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Opět se ani v jednom bodě nezaměřuje na spolupráci se zdravotnickou záchrannou službou.

2.2 Zdravotně sociální pracovník v nemocnici

Pozice zdravotně sociálního pracovníka je v nemocnici nenahraditelná, jelikož se na pacienta dívá z pohledu zdravotnického i z pohledu sociálního. Komplexnost jeho práce v přístupu k pacientovi spočívá v tom, že vynakládá snahu a spojuje biologickou, psychickou, sociální a spirituální stránku člověka. Pokud jednu z těchto základních potřeb bude opomíjet, vždy se to projeví na celkovém stavu pacienta.

Jak uvádí Urban et. al. (2019, s.94) je nesmírně důležité, aby zdravotně sociálnímu pracovníkovi nechyběla angažovanost, schopnost pracovat a rozhodovat se samostatně, schopnost adekvátní komunikace a odpovědnost. Nedílnou součástí osobnosti zdravotně sociálního pracovníka je také určitá míra životního optimismu, nadhledu, pozitivního přístupu k sobě samému, k pacientům i jeho rodině.

Elichová (2017, s.101) ve své knize uvádí i několik tzv. měkkých dovedností, jako základní princip profesionality. Ty podmiňují jednání v rámci mezilidských vztahů, psychickou odolnost, morální instinkt, ale také to, jak dokáže být zdravotně sociální pracovník vnímavý vůči svým pocitům, jak sám sebe dokáže motivovat.

Mezi nejdůležitější světově uznávané měkké dovednosti podle Kühlingera a Johna (2007, s.17) patří:

- zdravé sebevědomí
- komunikační dovednosti
- schopnost přijímat kritiku a schopnost kritizovat
- týmová spolupráce
- schopnost vcítit se
- důvěryhodnost
- disciplína
- zvědavost
- schopnost zvládnout konflikt
- umět se prosadit
- schopnost analyticky myslet

„Sociální práce usiluje o zlepšení sociálního fungování individuů, skupin a komunit tím, že realizuje aktivity zaměřené na jejich sociální vztahy“ (Navrátil, 2001, s. 17).

2.2.1 Skupiny klientů a popis pracovních činností zdravotně sociálního pracovníka

Smyslem existence pracovní pozice zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici je pomoc pacientovi během hospitalizace a následně i po hospitalizaci. Mezi nejčastější skupiny klientů, kterým je pomoc cílena jsou osoby neschopné řešit své problémy z důvodu vysokého věku, samoty, absence nejbližší rodiny, pak dlouhodobě hospitalizovaní a nevléčitelně nemocní. Další skupinou jsou pak lidé bez přístřeší, se závislostí na alkoholu a drogách, psychicky nemocní, lidé s demencí, nebo s handicapem. Zvláštní skupinu tvoří děti (Sociální práce, 2020).

Zdravotně sociální pracovník v první řadě zjišťuje potřebné údaje o pacientovi, ať už od pacienta samotného, nebo jeho rodiny a na základě těchto informací vyhodnocuje klíčové potřeby pacienta. Dle zvyklostí a přání oddělení se také může účastnit pravidelných vizit. Další důležitou a nezbytnou činností je sociálně právní poradenství pacientovi i jeho rodině, kdy jsou předávány informace o možnostech podpory ze strany státu a informace o možnostech návazné zdravotnické a sociální péče, mezi které se řadí terénní, ambulantní a pobytové služby (Sociální práce, 2020). Dle Kuznikové (2011, s.50) lze činnosti zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení dělit na pomoc akutně hospitalizovaným klientům, na často opakovanou pomoc u chronicky nemocných, podílí se na sociální prevenci a reintegraci, ve smyslu stanovení včasné sociální anamnézy a prognózy, využívá a do své praxe zařazuje metody sociální práce.

2.2.2 Zdravotně sociální pracovnice v nemocnici ve Valašském Meziříčí

Selekce pacientů, kteří potřebují sociální pomoc, probíhá každý den a to na jednotlivých odděleních této nemocnice. Podnět pro sociální šetření podává ošetřující lékař. Samotné sociální šetření probíhá u lůžka pacienta, s rodinou pak v kanceláři zdravotně sociální pracovnice. Svými informacemi a poradenstvím ulehčuje nastalou sociální situaci a pomáhá jí tak lépe zvládnout. Stejně tak svými informacemi vymezuje příslušné a vhodné služby pro aktuálního pacienta, informuje, na koho se má pacient, popř. rodina obrátit, jaké jsou další možnosti. Na základě aktuální situace a na základě sociálního šetření s rodinou nastavuje systém následné péče. Předává formuláře, vysvětluje, kde je možné o sociální dávky žádat, na co má pacient a rodina nárok. Spolupracuje s multidisciplinárním týmem, aby lépe a aktuálně posoudila sociální situaci a mohla tak snadněji vyhovět pacientovým potřebám. Např.: Imobilizace po úrazu, tzn. bude nutné zajistit polohovací lůžko a další kompenzační pomůcky domů. Stav po CMP, tzn. pacient se bude muset znovu naučit chodit, mluvit, nutná dopomoc v základních denních činnostech, zvládne to rodina? Nebo zda bude nutná žádost do Domova pro seniory.

Tato úzká spolupráce s pacientem, rodinou, multidisciplinárním týmem a její účast při vizitách na odděleních, je velkým přínosem pro kvalitní sociální práci v nemocnici a ukázkou dobře fungující praxe. Spolupráce s následnými službami, úřady, policií apod., poukazuje na komplexnost a její erudici, jelikož právě tyto instituce jsou bezesporu také nedílnou součástí každodenní práce zdravotně sociální pracovnice této nemocnice.

2.2.3 Předpoklady k výkonu profese zdravotně sociálního pracovníka

Nutnou formální kvalifikací pro zdravotně sociální pracovníky je buď vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. Vzdělávání je regulováno zákonem 96/2004 Sb., který také vymezuje činnosti tohoto pracovníka. K dispozici je plně akreditovaný bakalářský studijní obor Zdravotně sociální pracovník a navazující magisterský studijní program. Na tuto pozici může nastoupit i absolvent oboru Sociální práce po absolvování kurzu v Národním centru nelékařských oborů v Brně. Pro rozvoj zdravotně sociálních pracovníků je tak důležité celoživotní vzdělávání v oboru, znalost související legislativy a orientace v síti poskytovaných služeb (Kuzníková, 2011, s.23-24).

Osobnost zdravotně sociálního pracovníka by se nikdy neměla spokojit s povrchním plněním etických principů sociální práce. Velký důraz je kladen na schopnost empatie, na jedinečný přístup ke každému klientovi, na včasné navázání důvěry. Součástí profilu je i pozitivní přístup, motivace, profesionální vystupování, přirozená autorita a citová vyrovnanost. Ať už se jedná o metody komunikaci, nebo pozorování, vždy tak činí s velkou dávkou autenticity a porozumění. Vztah mezi klientem, jeho rodinou a zdravotně sociálním pracovníkem musí mít od samého začátku nastavené přesné hranice. Toto vymezení je důležité pro dobrou spolupráci mezi jednotlivými aktéry. Zdravotně sociální pracovník dbá na sebevzdělávání. Zajímá se o vývoj technik, metod a teorií v sociální práci, které aktivně propojuje se svou praxí (Kuzníková, 2011, s.24).

2.2.4 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka

Když mluvíme o určité schopnosti, pravomoci, způsobilosti, nebo oprávnění, můžeme všechny tyto pojmy shrnout pod slovo kompetence. Těch má zdravotně sociální pracovník v nemocnici několik a podle jednotlivých činností se tak dají přehledně vymežit.

- **Kompetence profesně oborové** jasně ukazují, co všechno musí zdravotně sociální pracovník znát. Kvalitní teoretická připravenost, praktické dovednosti, znalost zákonů a schopnost odstraňovat ty sociální faktory, které mohou nepříznivě narušit léčbu v nemocnici, nebo v jiném zdravotnickém zařízení. Pokud se u pacienta objeví fyzické, psychické, nebo sociální problémy, selhává integrace pacienta do jeho přirozeného, popřípadě nového prostředí i zde vynakládá nemalé síly pro včasnou a efektivní pomoc. Orientuje se ve zdravotní sféře a je schopen týmové spolupráce v rámci jednotlivých

odděleních. Do praxe pak uvádí metody zdravotně sociální péče a dbá na dodržování standardů.

- **Kompetence anamnestické a diagnostické** – zde jde se jedná o důsledně odebranou sociální anamnézu, správně stanovenou sociální diagnózu a prognózu, na kterou navazuje individuální plánování a posouzení životní situace klienta.
- **Kompetence poradenská a konzultační** – v sobě nese nepřehledné množství informací a rad, které slouží nejen pacientovi, ale i jeho rodině, aby se všichni co nejlépe zorientovali v nové situaci.
- **Kompetence výchovné** – zde zdravotně sociální pracovník pomáhá pacientům, kteří se mohou ocitnout, nebo se ocitli v nepříznivé sociální situaci a společně se zaměřují na prevenci. Aktivně se podílí na depistážní činnosti.
- **Kompetence organizační** – aby na sebe vše navazovalo a fungovalo, pak musí zdravotně sociální pracovník zvládat orientaci organizace péče ve zdravotnictví, na kterou navazuje vedení dokumentace jednotlivých pacientů, příprava žádostí, spolupráce s ostatními subjekty, plánování propuštění a jednání s následnými službami.
- **Kompetence metodické** – ty kladou důraz na dodržování standardů a schopnosti inovovat, dávají prostor pro zavedení nových poznatků do praxe.
- **Kompetence jazykové** – znalost cizího jazyka a dobré komunikační schopnosti, v nemocnici pak orientace v základní latinské terminologii zajisté zvyšuje erudici zdravotně sociálního pracovníka.
- **Osobnostně-kultivující kompetence** - se zaměřují na schopnost sebereflexe a dovednosti přijímat měnící se právní, ale i odborné poznatky (Kutnohorská et al., 2011,s.72).

Kutnohorská (2011, s.72) vyzdvihuje především **etickou a komunikativní kompetenci**, ve které upozorňuje na umění naslouchat. Pokud dáme dostatečný prostor klientovi, aby svoji situaci popsal, aby sám uvedl, jaké má přání, problémy a možnosti, je toto nedílnou součástí dobře získané anamnézy. Efektivní a především etickou komunikaci nejen s klienty, rodinnými příslušníky, nýbrž i s celým zdravotnickým týmem, považuje za nejdůležitější schopnost každého pracovníka v pomáhající profesi.

V rámci výjezdů ZZS by některé kompetence mohly pomoci posádce ZZS lépe pochopit situaci klienta a získat tak ucelené informace pro sociální šetření. Zejména kompetence

profesně – oborové, poradenské a výchovné by se mohly prolínat s kompetencemi zdravotnických pracovníků.

2.2.5 Etické aspekty profese zdravotně sociálního pracovníka

Zdravotně sociální pracovník svoji profesi vykonává dobře tehdy, pokud vedle teorií a metod sociální práce přijímá za své také etické principy. Dodržování etického kodexu, osobností zralost a profesní zručnost jej přivádí na správnou cestu, protože takové morální chování vůči pacientovi a jeho rodině je jediné správné. Zde se však prolínají kodexy dva, kodex zdravotnického personálu a kodex sociálního pracovníka. Jedinečnost zdravotně sociálního pracovníka a jedinečnost pacienta vede k individuálnímu, eticky citlivému přístupu. Etika jako taková nám samotné jednání usměrňuje, hodnotí a popisuje. Dává nám kritéria, která pomáhají rozlišit, co je správné a co nesprávné, rozlišuje dobro od zla (Kutnohorská et al., 2011, s.54).

Jako základní etický princip můžeme vnímat vytvoření fungujícího vztahu mezi zdravotně sociálním pracovníkem a pacientem. Ten musí být založen na porozumění, důvěře a bezpečí. Mezi další etické a v praxi využívající principy patří mlčenlivost, spravedlnost, solidarita, zájem o společné dobro, prospěšnost, snaha neškodit, cílevědomost, dále pak důstojnost, důvěrnost, autonomie a advokacie. Všechny tyto etické principy vyúsťují k tomu, aby celkový přístup jednoznačně stavěl na důstojnosti každého člověka. Etika zdravotně sociálního pracovníka dodržuje právo na sebeurčení, podporuje participaci, dívá se na pacienta celostně a rozvíjí jeho silné stránky (Kutnohorská et al., 2011, s.54).

Během své praxe se zdravotně sociální pracovník několikrát ocitá na pomyslné hranici své profesionality a to především tehdy, když se objeví etické dilema. Jedná se o etický problém, který nemá jednoduché nebo ideální řešení. Musí se rozhodnout mezi dvěma, nebo více možnostmi, přitom ani jedno si nepřeje. Nejčastěji se jedná o dilema ve vztahu k pacientovi, který nespolupracuje, který nemá zájem o svůj zdravotní stav, nebo také pacient, v tomto případě pacienti, kteří se nepodílí, nepodíleli na placení sociálního a zdravotního pojištění (Mátel, 2010,s.33).

Reamer (2018, s.101) se při řešení dilemat zaměřuje na včasnou identifikaci etického problému, pak na identifikaci těch, kterých se rozhodnutí bude týkat. Důležitost klade na přínosy i rizika pro všechny zúčastněné, na stanovení a prozkoumání jednotlivých výhod a nevýhod. Řešení by mělo korespondovat s platnou legislativou, s etickým kodexem, s osobními

hodnotami a etickými teoriemi. Každému takovému rozhodnutí předchází konzultace s odborníky a kolegy, monitoring, řádné vedení dokumentace a zápis o rozhodnutí.

3 Propojení tématu s teoriemi a metodami sociální práce

Sociální práce v nemocnici je velmi pestrá a různorodá. Jejím hlavním smyslem je pomoci pacientovi a jeho rodině v těžké životní situaci. V této rovině se zdravotně sociální pracovník zasazuje o eliminaci následků, které vyplývají z nemoci, nebo ze situace, která předcházela aktuálnímu stavu pacienta. Hlavním úkolem je využít všech možných dostupných metod, které vedou k dosažení spolupráce, motivace, adaptace a ke zkvalitnění života pacienta. Veškerá činnost zdravotně sociálního pracovníka se opírá o teoretickou základnu tohoto oboru a na základě potřeb cílové skupiny, pak zdravotně sociální pracovník individuálně postupuje a pracuje. Převážnou část výjezdů ZZS tvoří nemoci, úrazy, komplikace spojené s celkovým zdravotním stavem a neznáme stavy u seniorů. Nejinak je tomu i v nemocnicích, kdy nejčastější cílovou skupinou jsou již zmiňovaní senioři, což se mi potvrdilo při odborné praxi u zdravotně sociální pracovnice v nemocnici. Více se tomuto tématu věnuje kapitola číslo 4.

Metody sociální práce Matoušek (2003, s.13) popisuje jako postupy, které se týkají určitého cílového subjektu, tím myslí jednotlivce, skupiny, rodiny, komunity. Vážou se k určité aktuální předvídatelné či nepředvídatelné situaci nebo události. Dále mezi nimi panuje relevantní vztah (rodina, skupina, organizace), nebo systémová vazba a ta může být regionální, národní i celosvětová.

Ve zdravotnictví, přesněji v nemocnici, zdravotně sociální pracovník aplikuje jen některé z metod sociální práce. Těm nejčastějším se věnuji v následujících podkapitolách.

3.1 Sociální šetření

Aniž bychom si to jako záchranáři uvědomovali, jisté sociální šetření probíhá již při prvním kontaktu s pacientem, kdy pomocí pozorování a rozhovoru přicházíme k cenným informacím, které nám pomáhají stanovit pracovní diagnózu, což je označení stavu, než je pacient definitivně vyšetřen a ošetřen v nemocnici, ať už v rámci jednotlivých ambulancí, nebo prostřednictvím urgentního příjmu. Určité sociální situace mají totiž za následek nemoc, úraz, nebo takový stav, jehož jedinou příčinou je právě sociální situace.

Sociální šetření se během hospitalizace dotýká několika systémů. Zdravotně sociální pracovník se zajímá o vzájemnou interakci mezi pacientem a jeho okolím. Kromě důležitých informací o zdravotním stavu zde přicházejí na řadu otázky týkající se sociálního fungování.

Jak pacient bydlí, kde a s kým, kdo se o něj stará, kdo mu pomáhá, kde pracuje, jaké je jeho celkové rodinné sociální i ekonomické zázemí. Velký význam má také chronologické seřazení nejrůznějších životních situací. Ucelené sociální šetření je dobrým vodítkem pro práci celého multidisciplinárního týmu. Během celé hospitalizace pak zdravotně sociální pracovník připravuje pacienta na zvládnutí „přechodu“ mezi nemocnicí, návaznou pobytovou službou, nebo na propuštění do pacientova přirozeného prostředí. Zde pak nastavuje spolupráci mezi neformálním pečujícím, rodinou, nebo návaznými službami, které pacient potřebuje a s jejichž výběrem souhlasil (Matoušek, 2005, s.172).

3.1.1 Pozorování

Nejjednodušší metoda v podmínkách přednemocniční neodkladné péče, kterou posádka zdravotnické záchranné služby provádí zcela nevědomky, přesto je základním bodem při popisování nynějšího onemocnění a aktuálního stavu. To první, co posádka vidí při příjezdu na místo zásahu, například kde pacienta našli, v jaké byl poloze, jak vypadalo prostředí kolem něj, kdo byl s pacientem apod., je důležitým bodem nejen pro správně vedenou diagnostiku, ale také mnohdy prvním podnětem pro zapsání sociální anamnézy, která není primárně součástí výjezdového záznamu.

V podmínkách nemocnice poměrnou část pozorování pro zdravotně sociálního pracovníka odvádí zdravotnický tým. Jak uvádí Hauke (2011, s.83), zápis o výsledcích pozorování je pak velmi cenným dokumentem, který napomáhá k lepšímu porozumění a nastavení následné péče pro konkrétního pacienta. Velkou váhu má zejména u pacientů, kteří špatně, nebo vůbec nekomunikují, jsou dezorientovaní, nebo mají jakékoliv tělesné, nebo mentální postižení. Je tedy s velkým úspěchem praktikována u seniorů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, zůstali ochrnutí, nebo přestali mluvit. Jedná se tedy o nejpřirozenější metodu, která je hojně využívaná i v dalších oblastech sociální práce a má jednoduchý postup:

- Sledování projevů, činností, prostředí
- Zápis
- Analýza
- Vyhodnocení

3.1.2 Rozhovor

Jedná se o dorozumívání mezi dvěma nebo více osobami, kdy dochází k přenosu pocitů, názorů a zkušeností. Během dialogu se komunikující navzájem chápou, přijímají, poskytují si také nejrůznější rady, ideály a vazby. Můžeme si to představit jako vytvoření pomyslného mostu mezi jednotlivými rozdílnými světy. Hlavní komunikace se odehrává pomocí slov. Tuto komunikaci pak doplňuje mimoslovní projev, tedy neverbální komunikace (Matoušek, 2013, s. 268).

Na základě dobrého rozhovoru může vzniknout kvalitní spolupráce mezi pacientem, rodinou a zdravotně sociálním pracovníkem. Ten si všímá přímo i nepřímo sdělovaných informací, přitom se vyhýbá kritice a ukvapeným závěrům a hypotézám. Součástí dobře vedeného rozhovoru je také schopnost aktivního naslouchání, s přesně danými pravidly, kterými by se měl zdravotně sociální pracovník při vedení rozhovoru řídit (Sheafor, Horejsi, Horejsi, 1988 in Matoušek, 2013, s.268). Zdravotně sociální pracovník:

- se soustředí na pacienta a na to, co nám říká
- všímá si toho, na co klade pacient důraz
- všímá si neverbální komunikace, navozuje oční kontakt
- klade otázky, kterými si objasňuje to, co bylo pacientem řečeno
- komunikuje tak, aby nedělal závěry
- ověřuje si, zda řečené pacientem pochopil správně

Dobré postoje a názory vyzdvihne, pacienta za ně také může pochválit. To, co je zavádějící a zbytečné nijak nekomentuje. Svým dotazováním by se měl zdravotně sociální pracovník vyhnout příliš konkrétním nebo sugestivním otázkám. Během rozhovoru převažují otázky otevřené („Řeknete mi něco o svých dětech?“), oproti otázkám uzavřeným („Kolik máte dětí?“). Na uzavřenou otázku tedy přichází jednoznačná odpověď a v některých případech mohou být pro pacienta i rodinu nepříjemné (Matoušek, 2013, s. 302).

Verbální komunikace by měla být jednoduchá, stručná, zřetelná, vhodně načasovaná a přizpůsobena zejména věku, vzdělání, zdravotnímu stavu, smyslovým a kognitivním schopnostem pacienta. Důležitým atributem je také přátelská atmosféra, ochota naslouchat a především úcta vůči pacientovi (Malíková, 2011, s.223).

Rozhovor můžeme rozdělit do tří částí: úvodní, jadernou a závěrečnou.

- Úvodní část slouží k získání základních informací, k navázání kontaktu, navození důvěry
- Jaderná část nám vymezuje to, pacient požaduje a očekává. Tvoří největší část rozhovoru, kdy se zaměříme na subjektivní pocity pacienta
- Závěrečná část nastavuje další spolupráci, je zde určité uvolnění a na samotném konci pak rozloučení (Matoušek, 2013, s.302).

Velkou roli hrají během rozhovoru prvky neverbální komunikace. Zdravotně sociální pracovník si zde všímá pozice těla, výšky a zabarvení hlasu, výrazu v obličeji, gestikulace, posturologie, ale také toho, jak pacient vypadá celkově. Všímá si i toho, jak je oblečený a upravený. Vedení rozhovoru musí přizpůsobit také cílové skupině. Jinak bude vést rozhovor s dítětem, jinak se seniorem, nebo s člověkem v terminálním stádiu nemoci (Matoušek, 2013, s.302).

3.2 Sociální poradenství

Sociální poradenství můžeme chápat jako jednu z klíčových metod, jak co nejlépe pomáhat pacientům při řešení nejrůznějších situací. Poradenství je v tomto směru odborné a klade velké nároky na zdravotně sociálního pracovníka. Ten se v tomto případě musí orientovat v několika oblastech a často jsou informace předávány i nejbližší rodině pacienta. Sociální poradenství je výsledkem rozhovoru a pozorování.

Kuzníková (2011, s.51) popisuje šest základních oblastí poradenství v nemocnici:

- Poradenství při řešení nepříznivé sociální situace
- Poskytování informací o postupech při řešení těchto nepříznivých situací
- Poradenství při porozumění nové situaci a nalézání možností k řešení definovaných problémů, případně pomoc s přizpůsobováním novým rolím klienta
- Plánování propuštění a následná péče (včetně poradenství s podáním žádostí do domova pro seniory, se zajištěním Home car služeb, se zajištěním přeložení do

jiného zdravotnického zařízení, zajištění pečovatelské služby, hospicové péče – mobilní, pobytové, zajištění přeložení do rehabilitačního ústavu, LDN apod.)

- Poradenství při řešení finančních potíží klienta – žádost o invalidní důchod, dávky sociální péče (včetně mimořádných výhod, jednorázových příspěvků, příspěvků na péči atp.), dávky státní sociální podpory (pomoc pacientům s těžkým onemocněním apod.)
- Pomoc při zajištění rehabilitačních a kompenzačních pomůcek klientům s těžkým zdravotním a smyslovým postižením (Kuzníková, 2011, s. 51).

3.3 Posouzení situace pacienta

Dle Navrátila (2017) se jedná o nejobtížnější fázi v sociální práci. Posouzení situace klienta je stěžejní pro určení dalších aktivit zdravotně sociálního pracovníka. Musí brát zřetel na okolnosti, které přivedly pacienta do nepříznivé sociální situace, stejně tak se musí zamýšlet nad výsledkem, který souvisí s jeho následujícím postupem. Pod pojmem posouzení si můžeme představit kontinuální proces, kdy využíváme participaci klienta, rodiny a dalších aktérů. Vnímá pacienta celkově, tzn. z pohledu bio – psycho – sociálně - spirituálního. Propojení těchto čtyř pohledů, jejich vzájemné fungování, popřípadě včasné odhalení určitého nesouladu, vede k poskytnutí konkrétní pomoci.

- Bio – jak zdravotní stav pacienta, nemoci, úrazy, trvalé následky, operace, terminální stádium nemoci ovlivňují celkový život pacienta i jeho rodiny?
- Psycho – jak duševní nemoc ovlivňuje celkový život pacienta i jeho rodiny? Nesmíme zde opomenout ani obtížné a obávané stavy 4xD: drogové interakce (lékové), deprese, demence, deliria – stavy zmatenosti.
- Socio – jak se určité sociální situace, nebo sociální podmínky odrážejí na zdravotním stavu pacienta a které faktory ovlivňují jeho zdraví
- Spirito – zdravotně sociální pracovník by neměl opomíjet ani tuto otázku a často je právě on ten první, kdo tuto službu pacientovi nabízí. Potřeba klienta, který se spirituálně založen, by měla být včas odhalena a zaznamenána do jeho individuálního plánu.

3.4 Přístup orientovaný na klienta (podle Carla Rogerse)

Carl Rogers (1902 – 1987), americký psycholog, zakladatel psychoterapeutického směru zaměřeného na klienta avorů poradenského rozho

Portner (2009) uvádí, že pokud zdravotně sociální pracovník při své práci pohlíží na pacienta jako na zcela jedinečnou osobu, chápe styl jejího vyjadřování a má snahu, aby sám pacient našel svoji vlastní cestu v návaznosti na realitu situace, pak pracuje se zaměřením na osobu.

Tento přístup má tři složky:

- Empatie – citlivé chápání pocitů, které pacient prožívá, vcítění do pacientovy aktuální situace
- Akceptace osobnosti – osobnost pacienta v danou chvíli, s jeho nemocí, s jeho sociální situací, bez hodnotícího postoje
- Opravdovost (kongruence) – vnímání vlastních pocitů, které zdravotně sociální pracovník může vhodně sdělit pacientovi, odkládá tzv. profesionální masku“, jedná opravdově, přátelsky (Portner 2009, s.47).

3.5 Sociální práce se seniory v nemocnici

Jak již bylo zmíněno v kapitole, senioři tvoří valnou většinu hospitalizovaných pacientů nejen na běžných odděleních interních a chirurgických oborů, ale především na odděleních následné a rehabilitační péče. Nejinak je tomu při výjezdech zdravotnické záchranné služby, kdy během jedné dvanáctihodinové směny jeden zdravotnický záchranář ošetří a převezve do nemocnice v průměru 3 seniory. Práce se seniory tedy převažuje, a to jak v podmínkách zdravotnického zařízení, tak v podmínkách přednemocniční neodkladné péče. Praxe ukazuje, že primární péče, kterou by měli zajišťovat praktičtí lékaři, myšleno návštěvní služba, zcela selhává a je suplována výjezdem zdravotnické záchranné služby.

3.5.1 Kritické momenty při práci se seniory

Práce se seniorem se během hospitalizace vždy dotýká zdravotní i sociální dimenze. Tyto dvě složky od sebe nelze oddělit, protože zdravotním problémům buď předcházela, nebo bude následovat určitá sociální situace. Vždy je největší snahou zdravotně sociálního pracovníka zajistit kvalitu života a v tomto případě musí zohlednit jak pacienta, tak nejbližší rodinu. To, do

jaké míry a jakou formou bude zachována lidská důstojnost je vždy individuální a nelze zde uplatnit jednotný modul (Hrozenská a Dvořáčková Dagmar, 2013, s. 61).

Sociální práce se seniory přináší nejrůznější problémy a kritické momenty. Mezi ty nejčastější patří nečekaná změna zdravotního stavu, nebo úraz. Ve většině případů s trvalými následky, např. ochrnutí části těla, problémy s komunikací, ztrátová poranění končetin vlivem nemoci nebo úrazu, psychické změny. Zdravotně sociální pracovník by měl mít určité zkušenosti a výcvik, jak s těmito pacienty navázat spolupráci a jak s nimi dále pracovat. Navázání důvěry, jistota a pocit bezpečí jsou hlavními body při prvním kontaktu s pacientem. Stejně tak jsou tyto tři veličiny důležité pro pacientovu rodinu. Největším úkolem pro zdravotně sociálního pracovníka je pomoci pacientovi správně pochopit celou situaci, nabídnout vhodnou pomoc, nastínit možnosti a rizika. Velmi často totiž tito pacienti celou situaci bagatelizují a ztrácí náhled (Matoušek et al., 2005, 165).

Mezi další kritické momenty můžeme zařadit určité obranné reakce seniorů: útok, únik, coping, popření, potlačení, fantazírování, racionalizace, sublimace, regrese, identifikace, substitute, projekce a velmi často rezignace (Hauke, 2014, s.111).

3.5.2 Reminiscence a validace

Reminiscence se využívá nejen u pacientu s demencí, ale svoje opodstatnění má i u pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžku, imobilních a nesoběstačných, které chceme v rámci hospitalizace aktivizovat. Metoda vzpomínání na důležité mezníky života, na rodinu a přátele pomáhá zdravotně sociálnímu pracovníkovi navázat s pacientem důvěru tím, že projevuje empatii, naslouchá a podporuje pacienta ve vyprávění. Pomocí této metody vyvoláváme u pacienta příjemné vzpomínky, které příznivě ovlivňují psychiku, ale také jeho zdravotní stav (Malíková 2011, s. 238).

Validace, nebo také validační metoda má svoje opodstatnění u seniorů s demencí nad 80 let, u kterých se projevila dezorientace ve spojitosti s tělesnými, psychickými a sociálními změnami. Zakladatelkou je Naomi Feilová, která upozorňuje, že takové chování má u seniorů svoje opodstatnění. Pomocí této metody hledáme silné, emotivní vzpomínky, identifikujeme prožitá traumata a na základě těchto prožitků poskytujeme pacientovi pomoc s vyrovnáním se s těmito silnými emocionálními zážitky. Zdravotně sociální pracovník zde zcela respektuje

pacientovo chování a napomáhá mu vyřešit problémy s minulostí, nebo se vyrovnat se životem a se životními ztrátami (Malíková 2011, s.240-241)

3.6 Sociální práce s rodinou

Rodina je základní jednotkou společnosti.

Stále více se jako záchranářka setkávám se starými lidmi, o které se nemá kdo postarat. V poslední době je to velmi častý jev, který si vysvětluji tím, že se prodlužuje doba, kdy pracující odcházejí do starobního důchodu a mladí lidé jsou zaneprázdnění „moderní dobou“, která jim dovoluje pouze víkendové návštěvy svých rodičů. Vytrácí se přirozená péče neformálních pečujících/rodiny. Proto je tato absolventská práce a na ni navazující projekt bakalářské práce pomoci právě pro tyto staré lidi, abychom jako posádka zdravotnické záchranné služby včas upozornili na nedostačující, nebo žádnou home care.

Na rodinu jako takovou možno pohlížet jako na určitý systém, který má několik vlastních podsystémů: manželský – partnerský – rodičovský, dětský – sourozenecký. V sociální práci se zajímáme o to, jaká je jejich vzájemná interakce, jaké jsou mezi nimi vztahy a jak mezi sebou komunikují. (Kuzníková 2011, s.79).

Jak uvádí Haškovcová (2010, s.285) i pro starého člověka je přirozené, že chce zůstat doma. Doma, kde je mu dobře, kde vyrůstal, kde strávil většinu svého života. Kde žije s partnerem nebo s dětmi. První problémy se objevují tehdy, když staří lidé přestanou být soběstační a očekávají pomoc a to nejdříve od svých nejbližších. V tomto případě se tedy ptáme, zda rodina chce, umí a může se o takového člověka postarat. Někdy prvotní péči zastane jeden z partnerů, někdy tato péče přechází okamžitě na děti. Od samého začátku by tedy měl zdravotně sociální pracovník do plánování následné péče zapojit celou rodinu a včas také zmapovat prostředí, do kterého se bude pacient vracet. Měl by se zajímat o:

- Rodinné vztahy
- Přirozené prostředí (je-li funkční a vyhovující) x nové prostředí (stěhování k dětem, pobytová služba)
- Jak a kým bude zajištěna péče
- Potřebu sociálních služeb, imobilních pomůcek
- Ekonomické zázemí, příspěvek na péči

Na základě zjištěných informací pak poskytnout důsledné sociální poradenství a být nápomocen rodině po celou dobu pacientovy hospitalizace.

Zdravotně sociální pracovník při práci s rodinou a pacientem jedná neutrálně, což vede k nehodnotícímu, respektujícímu a nedirektivnímu přístupu. V nemocnici se však může setkat s úrazy, nebo změnami zdravotního stavu, které mohou být důsledkem agresivity, nebo zneužívání. Tehdy být neutrální nemůže a musí proti tomuto včas zakročit (Haškovcová, 2010, s.286).

3.6.1 Přístupy využívané v sociální práci s rodinou

Aby sociální práce s rodinou měla pro klienta co největší přínos, využívá zdravotně sociální pracovník tyto dva přístupy:

- Antiopresivní přístup (AOP) – zdravotně sociální pracovník aktivně předchází ageizmu a genderu, odstraňuje prvky diskriminace a vědomého útlaku vůči seniorům, dbá na spoluúčast pacienta při rozhodování
- Systemický přístup – zdravotně sociální pracovník je aktivním článkem ve vztahu pacient – rodina, vstupuje do něj, určuje osoby, kterých se zjištěný problém týká, vybízí ke společnému řešení, aktivizuje klienta a nabízí alternativní řešení.

To, jaký postup zdravotně sociální pracovník zvolí, je vždy individuální a odráží se od aktuální sociální situace (Kuzniková, 2011, s.66).

3.6.2 Neformální rodinná péče o seniory

Všechny výzkumy, které provedli psychologové, lékaři a sociologové uvádějí, že většina seniorů preferuje domácí neformální rodinnou péči. Označení neformální rodinná péče není zcela přesně v odborných dokumentech zakotvena, přesto pro ni platí jisté termíny, které tuto péči vymezují. Nejedná se o profesionální péči. Je poskytována nejbližší rodinou, která nemá uzavřenou s dotyčným smlouvu, ale má nárok na určitou finanční podporu od státu. Mimo základní pečovatelské úkony projevují blízkému i svoji náklonnost a lásku. Chvilé strávené s blízkým nejsou časově omezené. Neformální pečující jsou často limitováni svým věkem, vlastním zdravotním stavem, bytovými možnostmi a finanční situací. Velkou roli pak hrají vzájemné vztahy v rodině (Dragomirecká et al. 2020, s.53).

I přes několik typů rodin, které v poslední době v České republice jsou, (např. úplná, neúplná), převládá mezi jednotlivými generacemi soudržnost, solidarita, odpovědnost a ochota slevit ze svých vlastních potřeb a zájmů. Neformálně pečující pro co nejefektivnější a nejkvalitnější domácí péči využívají terénní sociální služby, pomůcky pro zajištění domácí péče, poradenskou činnost sociálních pracovníků a v neposlední řadě i možnost odlehčovacích služeb pro neformálně pečující (Dragomirecká et al. 2020, s.54).

Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu seniorů a celkově stárnoucí společnosti se do budoucna budeme nuceni zabývat otázkou, jak zajistit co největšímu počtu seniorů domácí péči. Jednou z možností je „pečující komunita“, koncept, který uleví neformálně pečujícím zapojením místních organizací, dobrovolníků, sousedů a známých. Ve své podstatě jde o zájem z okolí, aby nedošlo k vyčerpání sil neformálně pečujících a druhou možností je maximální podpora státu. Do popředí se v poslední době také dostávají možnosti moderních technologií a telemedicíny. (Dragomirecká et al. 2020, s. 54).

4 Sociálně relevantní pacient – cílová skupina senioři

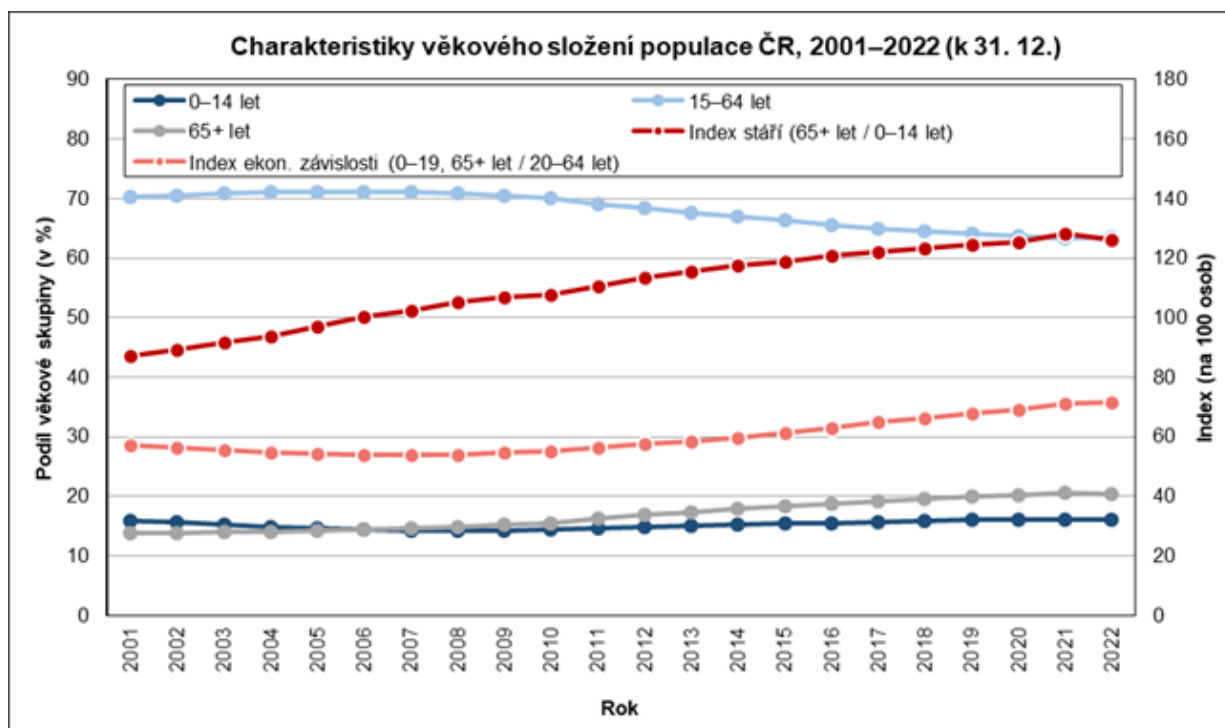
Tento nový termín je důležitý pro správné označení pacienta, kdy již v rámci poskytování přednemocniční neodkladné péče bylo zjištěno, že se ocitl v tíživé sociální situaci a proto je nutné u něj zahájit sociální šetření záchranáře/lékaře již na místě zásahu. Pacient se tedy stává „sociálně důležitým“ pro posádku RZP, RLP, RV proto, aby se tato situace vyřešila, neopakovala a pacientovi byla poskytnuta náležitá sociální intervence již během ambulantního ošetření, nebo za průběhu hospitalizace. Toto označení lze samozřejmě použít pro všechny pacienty v rámci přednemocniční neodkladné péče. Praxe však ukazuje, že mezi sociálně relevantní pacienty patří především senioři, kteří tvoří převážnou většinu výjezdu zdravotnické záchranné služby. Proto se v této kapitole budu věnovat stáří a seniorům i navazující projekt bude zacílen na tuto skupinu. Zde dochází k novému propojení zdravotnické záchranné služby a sociální práce, respektive k navázání spolupráce se zdravotně sociálním pracovníkem v nemocnici.

4.1 Stáří

„Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti.“ (Mühlpachr, 2004, s. 39).

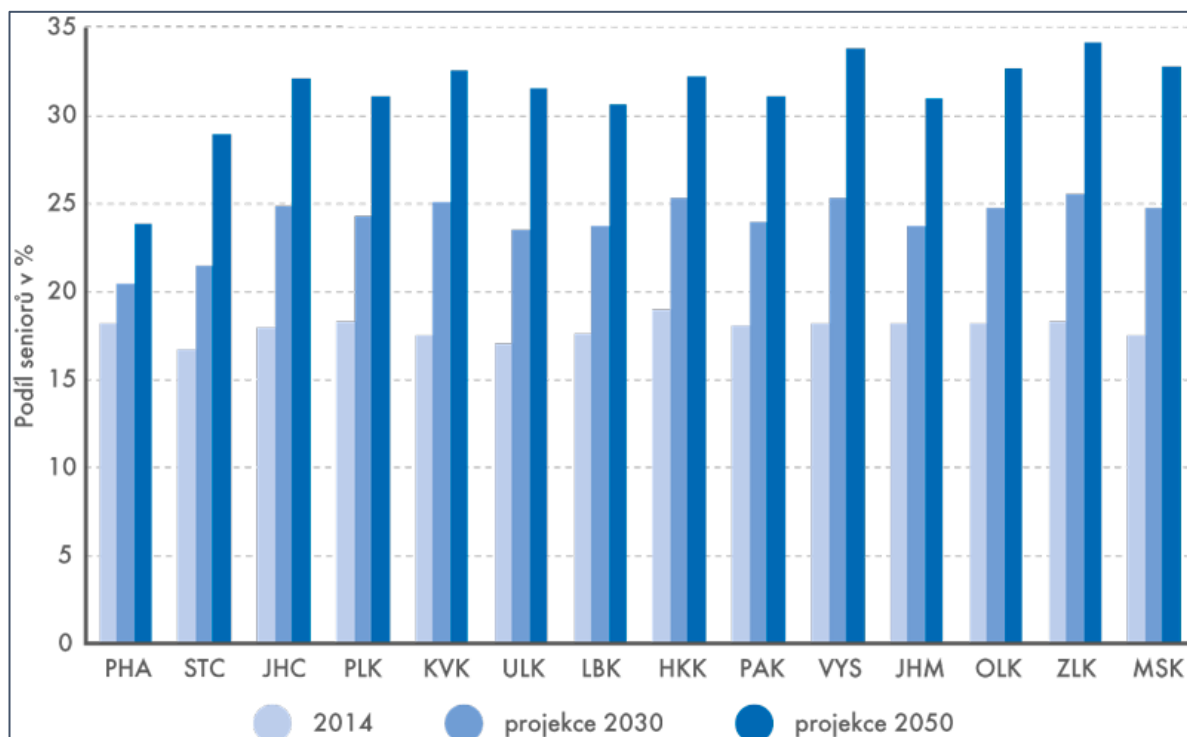
Nejrůznější funkční a strukturální změny lidského organismu, snížení výkonnosti, schopnosti včas a rychle reagovat, poruchy smyslového vnímání, i tak by se dalo definovat stáří. Pojem, který v poslední době zaměstnává nemalé množství sociologů. Jak je patrné ze statistik Českého statistického úřadu, populace v České republice nezadržitelně stárne a tím se zvyšuje nejen potřeba kvalitní sociální práce, ale také rozšíření její spolupráce o další aktéry.

Obrázek 2 - Stárnutí populace v ČR



Zdroj: ČSÚ

Obrázek 3 - Podíl seniorů v jednotlivých krajích



Zdroj: ČSÚ

Z této projekce jasně vyplývá, že podíl seniorů v jednotlivých krajích bude i v budoucnu stoupat. Proto se na tuto situaci musíme připravit a v dostatečném předstihu zapracovat na zdokonalení provázanosti mezi zdravotnictvím a sociální prací.

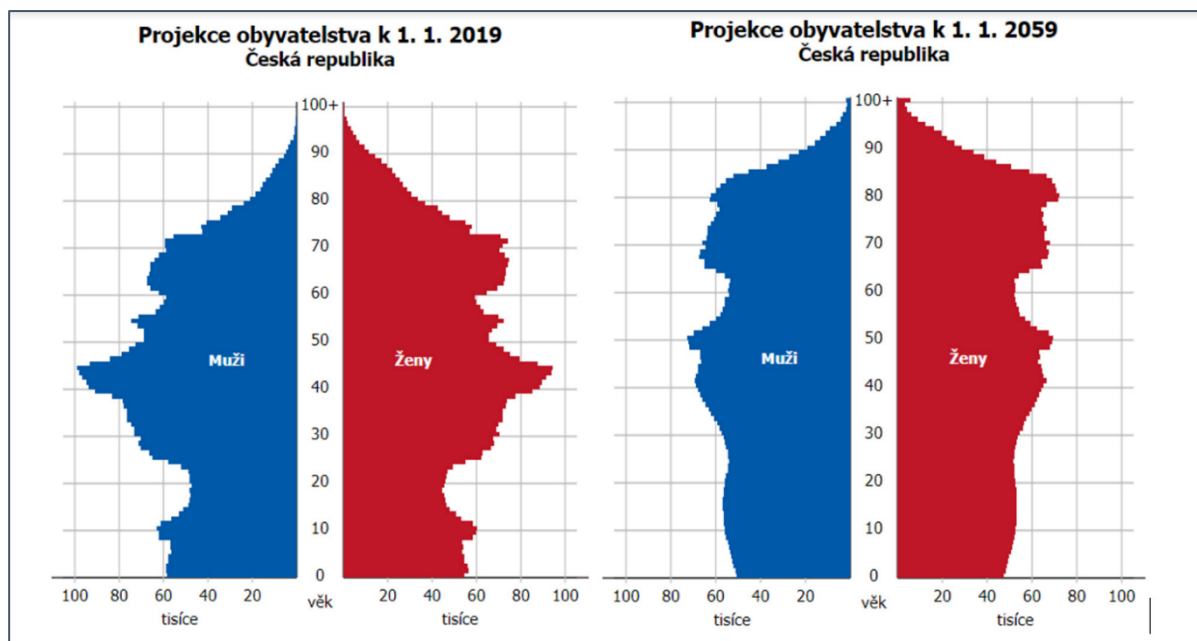
Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se jednotlivá období lidského života dělí takto:

- 0–14 let dětský věk
- 15–29 let mladý věk
- 30–44 let dospělý věk
- 45–59 let střední věk
- 60–74 let starší věk
- 75–89 let starý věk
- nad 90 let dlouhověkost

Do popředí se však dostává členění podle sociologa Mühlpachra (2004, s.98), 65–74 let mladí senioři, 75–84 let staří senioři, 85 let a více velmi staří senioři.

Dalším, často využívaným číslem v rámci určování stáří populace je Index stáří. Ten nám vyjadřuje kolik je osob ve věku nad 65 let k počtu dětí ve věkovém rozmezí 0–14 let. Nejen v České republice, ale i celosvětově dochází ke stárnutí populace (Kuzníková, 2011, s. 159).

Obrázek 4 - Projekce obyvatelstva



Zdroj: ČSÚ

I z těchto pyramid jasně vyplývá, že počet obyvatel ve věku 85 let a více, se bude postupně zvyšovat. S tímto ukazatelem pak přichází otázka důstojného života seniorů, otázka kvality a délky jejich života. Jelikož je velká část seniorů a seniorek ovdovělá, na pozici neformálního

pečujícího se tak dostávají děti. Jejich péči mnohdy doplňuje, nebo zcela nahrazuje terénní či pobytová sociální služba (Čevela et al. 2014, s.24-25).

4.2 Stáří a nemoc

Zájmem každého člověka by po celý jeho život měla být snaha o ochranu vlastního zdraví s velkým důrazem na prevenci. Životní styl, který předchází stáří (salutogeneze), často pozitivně nebo negativně ovlivňuje zdraví našeho organismu na sklonku života (Sak a Kolesárová, 2012, s.13).

Mezi determinanty zdraví patří již zmíněný životní styl, vliv životního prostředí, kvalita zdravotní péče a genetická predispozice každého člověka. Stejně tak determinanty biologické, chemické, fyzikální a sociální. Podle Světové zdravotnické organizace mezi hlavní rizikové faktory vzniku nemocí patří: kouření, alkohol, obezita, vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, nedostatek pohybu, vysoká hladina krevního cukru, špatné životní prostředí (Čevela et al. 2014,s.26).

Stárnutí člověka je biologický proces, který u každého jedince probíhá rozdílně a v různých podobách. V návaznosti na vysoký věk stoupá nespočet biologických i fyziologických projevů.

- Ztráta elasticity kůže, změna pigmentace kůže, vrásky, šedivění a řídnutí vlasů
- Snižování hmotnosti, úbytek svalové hmoty, opotřebení kloubů, zmenšení postavy
- Atrofie orgánů, zpomalení metabolismu, oslabení imunitního systému

Všechny tyto změny spolu s rizikovými faktory jsou často příčinou vzniku nemocí a úrazů.

Ve vysokém věku pak dochází ke kombinaci několika nemocí současně, polymorbiditě. Mezi nejčastější nemoci, které provází stáří patří:

- Onemocnění srdce a cév
- Zánětlivá a generativní onemocnění pohybového aparátu
- Diabetes mellitus
- Onemocnění trávicího systému a chronické nemoci dýchacího systému
- Nemoci smyslových orgánů
- Nádorová onemocnění
- Demence a deprese

- Parkinsonova nemoc
- Alzheimerova nemoc

Časté jsou také úrazy vlivem pádů, špatné koordinace a osteoporózy. Mezi ty nejfrekventovanější patří zlomenina krčku stehenní kosti, zlomenina kotníku, zápěstí, pažní kosti v oblasti ramene. Vlivem pádů pak dochází k úderům do hlavy a vzniku otřesu mozku. Zhoršení zdravotního stavu může zapříčinit také nenadálá změna, úmrtí partnera, nebo někoho blízkého, samota, ztráta perspektivy a často i nedostatek financí (Ptáčková et al. 2021, s.112).

5 Propojení tématu se sociální politikou

Již samotné téma, které jsem si pro tuto práci vybrala, v sobě evokuje něco, co mi v české politice vadí, co v ní postrádám a co se dotýká zdravotního i sociálního pomezí. Jak je patrné z předchozích kapitol, ani jedna z oblastí bez sebe nemůže dobře fungovat. Jedna oblast doplňuje druhou a naopak. Pro upřesnění zde uvedu příklad z mé praxe zdravotnického záchranáře. Mám nahlášený výjezd do Domova pro seniory, je pár minut po půlnoci a na místě zásahu na nás čeká pacient s rozbitou hlavou a pracovnice v sociálních službách, která nám referuje, co se stalo. Po základním vyšetření a ošetření ji žádám o nahlášení identifikačních údajů pacienta, informace o nemocech, které pacient má a o seznam léků, jestli nějaké užívá. Nic z toho mi není schopna sdělit, protože se k těmto věcem nedostane, nemůže. Jak tedy můžu já, jako záchranář, zejména, když pacient sám o sobě tyto základní věci neví, nebo si je již nepamatuje, poskytnout adekvátní přednemocniční péči, když o pacientovi v podstatě nic nevím? A jak mám takového pacienta zanást do systému a zapsat výjezdový záznam?

Hauke (2014, s.55) na tento problém upozorňuje také, kdy uvádí, že největší problém v pobytových službách vzniká tehdy, když u klienta dojde ke zhoršení zdravotního stavu. Tento postup se řídí zákonem o ochraně osobních údajů č.101/2000Sb., zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., občanským zákoníkem a také zákonem 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

Světlo do celé problematiky přináší **Změnový zákon o sociálně – zdravotním pomezí**, o kterém informovalo Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí dne 11.4.2024. Tato změna se bude týkat Zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb., Zákona o zdravotních službách č.372/2011 Sb. a Zákona o veřejném zdravotním pojištění č.48/1997 Sb. Výsledkem bude propojení spolupráce a koordinace zatím zcela oddělené zdravotnické a sociální péče, lepší uspokojování potřeb pacientů jak v sociální, tak zdravotnické sféře najednou. A rychlé reakce na aktuální potřeby pacientů zejména s chronickým onemocněním.

„Spolupráce mezi našimi ministerstvy dlouhé roky stála na mrtvém bodě a nejvíce za to platili občané, kteří se ocitli na hranici zdravotní a sociální péče. To jsme společně vyřešili a výsledkem je kvalitní zákon, který právě pomůže nejen pacientům, ale i poskytovatelům péče, kteří doted' byli v nejistotě a museli řešit, že ministerstva nebyla schopna se dohodnout na jednotném postupu,“ řekl ministr zdravotnictví Vlastimil Válek. V platnost by měl tento zákon vejít v lednu 2025.

Ministerstva se dále dohodla na společném řešení několika dalších témat, která jsou prvními ukazateli nové spolupráce:

- Propojení sociálních a zdravotních dat
- Určení náročných profesí pro úpravu důchodového systému
- Zákoník práce ve zdravotnictví
- Možnost návratu do zaměstnání po prodělaném onkologickém onemocnění
- Zdravotní péče i v ne-pobytových sociálních službách
- Lůžek, které jsou součástí následné péče se tento návrh týkat nebude

6 Legislativní zakotvení tématu

Práce zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici a přednemocniční neodkladná péče, kterou poskytují posádky zdravotnické záchranné služby se řídí nejen platnými zákony, ale také Etickými kodexy, a to tak, aby byly dodržovány etické zásady a práva pacientů. Znalost zákonů, Etických kodexů, Listin a Úmluv je známkou dobré praxe, která napomáhá ke zvýšení prestiže obou těchto povolání.

Zákony, které ovlivňují činnosti zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici a jednotlivé úkony této pozice, jsou přesně definované v pracovních náplních sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních. Zdravotně sociální pracovník se tedy musí řídit sociální i zdravotní legislativou i s ohledem na další aktéry (Kuzníková 2011, s. 53-54).

Přitom dbá na dodržování Práv pacientů, řídí se Chartou práv dětí v nemocnici, Chartou práv tělesně postižených, Chartou práv umírajících a nezapomíná ani na Deklaraci práv duševně postižených lidí.

Legislativa, kterou využívá zdravotně sociální pracovník:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů – tímto zákonem je ovlivňována každodenní pracovní náplň všech sociálních pracovníků
- Zákon č. 108/2006 Sb. §52 o sociálních službách, Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
- Zákon č. 551/1991 Sb., zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

- Usnesení č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
- Sdělení č. 209/1992 Sb., Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod

Zdravotnický personál se v podmínkách přednemocniční neodkladné péče řídí zákony, které vyplývají z povahy tohoto povolání. Je to především:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
- Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě
- Zákon č. 239/2000 Sb., zákon o integrovaném záchranném systému
- Zákon č. 391/2017 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.
- Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník

Stejně důležitým dokumentem je pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky v podmínkách ZZS Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. Pro lékaře pak platí Etický kodex lékařů.

Významným dokument, který se týká seniorů, je Evropská charta pacientů seniorů z roku 1997, která byla v roce 1998 schválena Českou gerontologickou a geriatrickou společností. Deklaruje právo na dostupnost takové zdravotní péče, kterou vyžaduje zdravotní stav seniora (Haškovcová 2002, s.61).

Pod záštitou **Ministerstva zdravotnictví** je u nás zdravotní politika prosazována také programem Zdraví pro všechny v 21. století. Jedná se o dlouhodobý plán, jehož hlavní vizí je zlepšení zdravotního stavu všech občanů v České republice. Byl vytvořen světovými odborníky z lékařských oborů, které doplnili odborníci na ekonomiku a zdravotní politiku. Jeho součástí je 21 cílů, jimiž chce Světová zdravotnická organizace vyřešit otázky péče o zdraví, vyzdvihnout důležitost prevence a kvalitní poskytování zdravotnické péče. Propojení zdravotnické a sociální oblasti je patrné zejména v cíli č. 5 „Zdravé stárnutí“. Jedná se o snížení prevalence úrazů u seniorů, snížení prevalence kardiovaskulárních chorob, zlepšit účelnost služeb pro seniory, podporovat programy občanských sdružení apod (Program zdraví 21 [online]).

Ministerstvo práce a sociálních věcí je v České republice odpovědné za tvorbu dokumentů, které se týkají politiky stárnutí, pořádá pravidelná jednání Rady vlády pro seniory a stárnutí populace, v rámci podpory Evropského sociálního fondu zaštiťuje projekt „Politika stárnutí na krajích“ a vedle dalších aktivit se podílí na mezinárodní spolupráci v přípravě na stárnutí populace.

Důležitým dokumentem je Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021 -2025, které vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí. Jeho účelem je strategická příprava společnosti na stárnutí obyvatelstva. Dotýká se finanční gramotnosti seniorů, jejich práv, vzdělanosti, zaměstnávání, zdravotní a bytové politiky.

7 Analýza potřebnosti

Projekt **Sociální šetření zdravotnické záchranné služby u sociálně relevantního pacienta** vznikl na základě vlastních zkušeností, ke kterým se přidaly další osobní zkušenosti kolegů/záchranářů, kdy neexistující spolupráce mezi zdravotnickou záchrannou službou a zdravotně sociálním pracovníkem vnímáme jako dlouhodobý problém, který je nutné řešit. Opakované výjezdy k pacientů, kteří se ocitli v tíživé sociální situaci vlivem zhoršení svého zdravotního stavu, nebo u nich vznikla sociální situace, která je příčinou jejich zdravotních problémů, nebo „jen“ tíživá sociální situace, kdy jediným možným řešením bylo přivolání ZZS. Všechny tyto důvody vyžadují rychlé řešení a první, kdo tuto situaci zjistí, je právě výjezdová skupina, která po poskytnutí přednemocniční neodkladné péče, stanovení pracovní diagnózy, provede Sociální šetření u sociálně relevantního pacienta.

Analýza potřebnosti byla vytvořena na základě rozhovorů, telefonické a emailové komunikace s ostatními kolegy, kteří pracují na jiných oblastech ZZS. Dále pomocí odborné literatury a odborných zdrojů.

7.1 Příčiny vzniku problému a dopady na cílovou skupinu

Hlavní příčinu vidím v dosud neexistující spolupráci mezi zdravotnickou záchrannou službou a zdravotně sociálním pracovníkem. Výjezdová skupina celou situaci u pacienta vidí, má možnost se efektivně a empaticky na jisté zásadní věci ptát a následně tyto důležité informace objektivně předat zdravotně sociálnímu pracovníkovi v nemocnici, aby ten dal podnět pro zahájení sociálního šetření v nemocnici. Tyto objektivní informace budou vypovídající pro další postup a spolupráci s pacientem, který často na celou situaci pohlíží s přehnaným entuziasmem.

Problematika stárí se citelně postupem času bude dotýkat každého z nás. Nasvědčují tomu i statistiky ČSÚ, které jasně ukazují, že naše populace nezadržitelně stárne. Tento trend bude pokračovat v celé první polovině 21. století. *V roce 2018 bylo ve věkové kategorii 65+ 19,2 % obyvatel, v roce 2019 to bylo 19,9 %, v roce 2025 to bude 22,3 % a v roce 2050 to bude již 29 % (téměř každý třetí). Příprava na stárnutí společnosti se proto odehrává ve dvou základních dimenzích: zajištění důstojného života dnešních seniorů a adaptace společnosti jako celku na demografické změny, které ovlivní její život a stabilitu v následujících desetiletích.* (MPSV, Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2021 – 2025 [online] s.4).

Rodiny se budou muset již preventivně zabývat otázkou, jak bude vypadat jejich stáří, kde a s kým budou žít, kdo se o ně postará, když to bude vyžadovat zdravotní stav, nebo nečekaná sociální situace. I přesto, že se ještě v některých rodinách objevují tradiční prvky neformální péče, kdy si generace navzájem pomáhají, protože spolu bydlí, v budoucnu by tomu tak být již nemuselo. Jako hlavní příčiny se jeví odliv mladých lidí do velkoměst za studiem a následně za prací, výstavba jednogenečních domů, snižující se věková hranice pro odchod do starobního důchodu, snižující se porodnost, finanční zatížení, nemalá zadluženost mladých lidí, rozdílné názory dvou generací, nesoulad a vzájemné neshody (MPSV, 2021, s.30-32).

Mezi nejčastější zdravotní příčiny patří náhlé, nebo pozvolné změny zdravotního stavu, které vyžadují zásah zdravotnické záchranné služby, hospitalizaci a následnou péči. Dále to jsou úrazy, kdy vlivem imobilizace, operace, nebo dokonce amputace některé z končetin vzniká sociální situace a s tím spojená pomoc nejbližších, nebo personálu v pobytových službách. Častou příčinou jsou pak změny psychického stavu, ztráta racionálního myšlení a rozhodování.

Mezi další možné příčiny rozhodně patří nedostatečná kapacita pobytových sociálních služeb, malé počty sociálních lůžek v nemocnicích a dlouhodobé, opakující se hospitalizace u chronicky nemocných, o které se nemá v jejich přirozeném prostředí kdo starat. Příčinou do jisté míry je i přístup občanů k této problematice, kdy spoléhají na sociální pomoc od státu a nízká osvěta na toto téma (MPSV, 2021, s.19).

Velkým problémem, na který upozorňují odborníci je snadná zranitelnost seniorů ve smyslu ageismu, týrání, diskriminace a zneužití. V této problematice zatím není dostatek dat, neboť se senioři/oběti bojí tyto trestné činy nahlásit. Zejména u seniorů, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko, ZZS jako první odhaluje známky fyzického nebo psychického násilí (MPSV, 2021, s.35-36).

Finanční zajištění seniorů je jednou z příčin, která se promítá do všech oblastí uspokojování potřeb. Velkým problémem seniorů jsou zvyšující se náklady na bydlení, doplatky na léky, zdravotní potřeby a výdaje za potraviny. Velkou roli zde hraje také to, kde senior bydlí, dostupnost služeb – pošta, praktický lékař, lékárna, úřady, obchody, návštěva kostela a zda zvládne ještě sám všechno pro sebe zajistit (MPSV, 2021, s.14-15).

Všechny tyto příčiny mají dopad na celkovou kvalitu života seniorů. Většinou jde o kombinaci příčin, jež mají za následek změnu, která se v holistickém pojetí projevuje v několika oblastech. Všechny tyto příčiny ohrožují seniory nejen po stránce zdravotní, ale výrazně také

v sociálním pomezí, kdy dochází ke změnám životní úrovně, k sociální izolaci a osamění. Mnoho seniorů pak snadno sleví ze svých nároků na důstojný život, přestanou se zajímat o dění kolem sebe, přestanou se starat o vlastní blaho, o uspokojení základních lidských potřeb.

7.2 Propojení ZZS a sociální práce v zahraničí

Inovativní program propojení záchranné služby a sociální práce byl zaveden v Texasu. Impulzem pro zavedení tohoto systému byly případy pacientů, kteří měli spíše drobnější zdravotní problémy, jež nevyžadovaly přímý transport do nemocnice, ale které také nebylo možné ponechat doma bez jakékoli následné péče. V daném kontextu byla potřeba zlepšit kvalitu života pacientů a vyvarovat se opakovaným voláním na nouzovou linku. Jak popisují přímo zapojení sociální pracovníci, nejprve byla jejich role plánována jako částečný úvazek, nicméně se brzy ukázalo, že pozice vyžaduje nasazení naplno. Proces zapojení sociálního pracovníka probíhá následovně. Pracovníci v první linii, v tomto případě to vedle záchranářů mohou být také hasiči, identifikují osoby, které by podle nich mohly těžit ze spolupráce se sociálním pracovníkem. Jejich základna pak informuje sociální pracovníky a ti provedou u pacienta návštěvu. Jak podotýkají výsledky programu, záchranáři v první linii, vzhledem k přístupu do domova a sociálního prostředí pacienta, dokážou velice dobře determinovat, který z pacientů je vhodný pro intervenci sociálního pracovníka (EMS1, 2019).

Propojení zdravotnické záchranné služby se sociální prací je nejen u nás, ale i ve světě velice opomíjené. V odborné literatuře se této problematice nikdo nevěnuje a je mojí velkou snahou toto změnit a novou spoluprací včas a co nejlépe sociálně relevantním pacientům pomoci.

7.3 Základní informace o cílové skupině

Senioři – tvoří nejpočetnější skupinu pacientů, která vyžaduje zásah zdravotnické záchranné služby a pro kterou je nejvíce žádoucí spolupráce se zdravotně sociálním pracovníkem.

Posádka zdravotnické záchranné služby se na místě zásahu setkává se seniory, kteří se o sebe nezvládají postarat, bydlí v zanedbaných, někdy i nevyhovujících podmínkách, často v sociální izolaci a zcela opuštění. Trpí dehydratací, někdy i podvýživou. Teplé jídlo jednou denně je pro mnohé luxus, který si buď nemohou dovolit, nebo si již nezvládají sami uvařit nebo nemají možnost si suroviny nakoupit. Dalším častým problémem je hygiena a sebek péče. Pokud

nedochází k uspokojování základních lidských potřeb, vzniká u těchto lidí malnutrice, s tím spojený rozvrat vnitřního prostředí, tedy predispozice pro časté, opakující se kolapsy, pády a další komplikace, které doprovází nemoci ve stáří. Velkým problémem je pak nedostatečná lékařská péče, kdy nedochází na pravidelné kontroly, protože nemají jak, nebo jim to již jejich zdravotní stav nedovolí. Další příčinou je žádná nebo nefunkční, mnohdy vzdálená rodina, která nemá zájem. Dále se ZZS setkává se situacemi, kdy rodina pobírá příspěvek na péči a tato péče je zcela nedostačující. Nutno podotknout, že jsou rodiny, které by se starat chtěly, ale jsou si vědomy, že by tuto péči dlouhodobě nezvládly, přesto to alespoň zkusí a s dopomocí terénních sociálních služeb pečují.

Podle výjezdových záznamů posádka ZZS Valašské Meziříčí během jednoho týdne minimálně dvakrát vyjíždí k seniorovi v sociální situaci, nebo opakovaně vyjíždí k seniorovi, jehož sociální situaci dosud nikdo neřešil, nebo byla situace seniorem, nebo rodinou bagatelizována. Tento počet je proměnlivý a má na něj vliv i roční období.

7.4 Přehled dat

Data získávají během výjezdu zdravotnické záchranné služby k seniorům. Osobní zkušenost s touto cílovou skupinou během výjezdů, pečlivé vedení zdravotnické dokumentace s důrazem na sociální zázemí a péči o seniory v jejich přirozeném prostředí. Rozhovory se záchranáři ZZS Valašské Meziříčí, kdy popisovali svoje zkušenosti, se kterými se setkali při výjezdu byly vedeny v rámci pracovní směny. Rozhovory byly výzkumné a poznávací. Nejvíce se opakovaly situace, kdy docházelo k zanedbání péče u seniora z důvodu ztráty soběstačnosti a zanedbání péče ze strany neformálně pečujících. V rámci výjezdu ZZS šetření probíhalo pozorováním a rozhovorem, následně situace popsána do výjezdového záznamu, ale bez dalšího řešení. Další informace získány online komunikací se záchranáři, kteří pracují na jiných výjezdových základnách a od zdravotnických záchranářů, kteří pracují na zdravotnických záchranných službách mimo Zlínský kraj.

Poměrnou část dat jsem získala i během odborné praxe ve třetím ročníku, kterou jsem absolvovala v nemocnici ve Valašském Meziříčí u zdravotně sociální pracovnice, paní Mgr. Moniky Ondřejkové. Zde jsem si mohla prakticky ověřit, jak by mohla spolupráce v budoucnu vypadat a jaké data ona potřebuje od záchranářů vědět, aby mohla dát podnět k sociálnímu šetření.

Dále jsem data zjišťovala pročitáním všech mých výjezdových záznamů. Z těchto dat vyšlo následující: v posádce RZP, výjezdová základna Valašské Meziříčí, jsem v roce **2022** ošetřila **38** sociálně relevantních seniorů a během roku **2023 40** sociálně relevantních seniorů, u kterých by bylo provedeno sociální šetření zdravotnické záchranné služby.

Při osobní schůzce s náměstkem pro léčebnou péči ZZS Zlínského kraje MUDr. Dorianem Pfeifrem jsme se nad celou problematikou zamýšleli a diskutovali nad zjištěnými daty.

7.5 Analýza stakeholderů

Na pozici hlavního stakeholdera uvedu Zdravotnickou záchrannou službu, která pilotní projekt bude podporovat. Mezi další velmi důležité zainteresované strany patří nemocnice Valašské Meziříčí a zdravotně sociální pracovník, stejně tak rodina pacienta. Dalším důležitým stakeholderem je Diakonie Valašské Meziříčí, Charita Valašské Meziříčí, které provozují všechny druhy sociálních služeb a město Valašské Meziříčí. Všichni jmenovaní by se podíleli na zlepšení case managementu.

7.6 Závěr analýzy

Sociální šetření zdravotnické záchranné služby u sociálně relevantního pacienta a jeho následné, praktické využití v rámci nemocnice bude nedílnou součástí výjezdového záznamu ZZS. Sběr informací a názorů k této problematice mi jasně ukázal, že tento výstup, kterým bude právě vznikající pilotní projekt pro ZZS Zlínského kraje p.o., oblast Valašské Meziříčí je důležitý a velmi potřebný zejména proto, abychom včas podchytili pacienta/seniora v nepříznivé sociální situaci a bylo mu nejen od nás, ale od všech zmiňovaných včas a náležitě pomozeno. Jak je patrné z kapitoly 7.4, potřeba této spolupráce je velmi žádoucí. Všichni, kdo se účastnili analýzy potřebnosti se na tomto závěru jednoznačně shodli.

8 Projekt

Název:

Sociální šetření zdravotnické záchranné služby u sociálně relevantního pacienta

8.1 Cíle projektu

Hlavním cílem projektu je Sociální šetření v podmínkách přednemocniční neodkladné péče pomocí formuláře. Vedlejším cílem je nová spolupráce mezi zdravotnickou záchrannou službou a zdravotně sociálním pracovníkem v nemocnici. Cíle pilotního projektu budou hodnoceny metodou SMART, díky této metodě se cíle lépe strukturují a sledují.

- Specifický (specific) – během výjezdu posádky zdravotnické záchranné služby proběhne sociální šetření u pacienta, záchranář/lékař vyplní formulář o sociálním šetření zdravotnické záchranné služby u sociálně relevantního pacienta
- Měřitelný (measurable) – na základě vyplněných formulářů bude hodnotit kolik jsme v rámci přednemocniční neodkladné péče ošetřili sociálně relevantních pacientů a kolik bylo vypsáno formulářů pro zdravotně sociálního pracovníka
- Dosažitelný (acceptable) – sociální šetření zdravotnické záchranné služby bude následovat až po základní diagnostice a ošetření pacienta, na prvním místě bude vždy v podmínkách ZZS zdravotní stav pacienta. Zdravotnický personál bude náležitě proškolen
- Reálný (realistic) – pilotní projekt bude uskutečněn na oblasti ZZS Valašské Meziříčí ve spolupráci se zdravotně sociální pracovníci nemocnice Valašské Meziříčí a bude součástí běžných činností posádek ZZS při poskytování přednemocniční neodkladné péče
- Časově sledovatelný (trackable) – pilotní projekt je pro oblast ZZS Valašské Meziříčí naplánován od 1.9.2024 po dobu 6 měsíců, pak bude následovat hodnocení. Pokud dojde k snížení opakovaných výjezdů a k rehospitalizacím, bude projekt spuštěn v elektronické podobě a pro všechny oblasti ZZS Zlínského kraje p. o.

8.2 Cílové skupiny

Mezi přímé příjemce tohoto projektu budou patřit pacienti /senioři, kteří si sami zavolali, nebo jim byla zavolána posádka zdravotnické záchranné služby. Vzhledem k uchopitelnosti daného projektu, je do budoucna možno toto Sociální šetření využít i u jiných cílových skupin, se kterými se posádky ZZS během výkony svého povolání také setkávají, ale je jich méně, nebo nevyžadují tak často sociální intervenci, jako senioři. Mezi tyto cílové skupiny mohou tedy později patřit také děti, lidé bez přístřeší, lidé se závislostí, pacienti se zavedenou paliativní péčí a všichni ti, kteří se ocitli v tíživé sociální situaci a jediným možným východiskem je přivolání zdravotnické záchranné služby, od které očekávají pomoc a řešení této situace.

Nepřímí příjemci projektu budou všichni zainteresovaní, kteří se budou podílet na sociálním šetření v podmínkách ZZS a následně všichni ti, kteří budou ze sociálního šetření čerpat a navazovat na ně, tedy zdravotně sociální pracovnice a zdravotnický personál, který se bude o pacienta starat. Mezi nepřímé příjemce dále můžeme počítat nejbližší, ale i vzdálenou rodinu pacienta, kamarády, praktického lékaře, následné služby, obce, města a kraje, které se podílejí na spolufinancování nemocnic, pojišťovny, úřady. Všichni tito nepřímí příjemci se svým způsobem „podílejí“ na životě seniorů a pokud bude sociální šetření ZZS určitou prevencí, nebo způsobem, jak pomoci seniorům k soběstačnosti, k důstojnému životu a včas dojde k navázání spolupráce, jsou tu jednoznačné benefity pro všechny zúčastněné, ať už finanční, časové, nebo komunitní.

Na ZZS Valašské Meziříčí pracuje 26 zdravotnických záchranářů. Pokud toto číslo vynásobím počtem sociálně relevantních pacientů, které jsem si během roku 2023 vyseletovala pro tento projekt (v roce 2023 jsem ošetřila 40 sociálně relevantních pacientů z celkového počtu 540 výjezdů), pak se dostaneme k číslu 1040 sociálně relevantních příjemců sociálního šetření zdravotnické záchranné služby za rok. Toto číslo jasně ukazuje, jak je důležité propojit obě složky a začít spolupracovat.

8.3 Klíčové aktivity projektu

Klíčová aktivita 1 – návrh formuláře

Vypracování formuláře s názvem Sociální šetření zdravotnické záchranné služby u sociálně relevantního pacienta. Tato klíčová aktivita pro pilotní projekt pro ZZS Valašské Meziříčí proběhne v měsíci červenci 2024 a jejím výsledkem bude formulář, který bude součástí

dokumentace ZZS. Ten bude vytištěn na papír a přiložen k ostatním dokumentům, které se běžně při poskytování přednemocniční neodkladné péče vypisují. Po uplynutí 6 měsíců, bude následovat hodnocení a pokud bude kladné, vedení Zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje podá návrh pro elektronické zpracování formuláře, které by bylo součástí výjezdového záznamu, který se již běžně v podmínkách ZZS vypisuje do tabletu. Konečnou verzi formuláře odsouhlasí zdravotně sociální pracovníci Mgr. Monikou Ondřejková, náměstek pro léčebnou péči MUDr. Dorian Pfeifr. Také proběhne konzultace s ředitelem nemocnice Valašské Meziříčí MUDr. Martinem Hrabovským.

Indikátor splnění: vyhotovená verze formuláře

Klíčová aktivita 2 – školení posádek ZZS

Seznámení a proškolení zdravotnického personálu ZZS s projektem proběhne během provozní schůze na oblasti ZZS Valašské Meziříčí, která se koná každý měsíc a je povinná pro všechny zaměstnance. Bude představen formulář Sociální šetření zdravotnické záchranné služby u sociálně relevantního pacienta, vysvětleny všechny jeho části a celá strategie projektu. Bude kladen důraz na pečlivé vyplňování formuláře, který bude možné vypsát a předat i po skončení poskytování přednemocniční neodkladné péče. Proběhne diskuze, zaměstnanci budou mít možnost klást otázky. Provozní schůze se zúčastní zdravotně sociální pracovníci nemocnice Valašské Meziříčí, která vysvětlí navazující Sociální šetření v nemocnici, které je náplní její práce a společně vysvětlíme důležitost této spolupráce. Vyplněný formulář posádka ZZS odevzdá společně s výjezdovým záznamem v nemocnici a zde si ho vyzvedne zdravotně sociální pracovníci.

Indikátor splnění: prezenční listina se jmény proškoleného personálu ZZS

Klíčová aktivita 3 – sociální šetření ZZS u sociálně relevantního pacienta

Sociální šetření posádky RZP, nebo RLP, popř. RV bude probíhat během výjezdu ZZS, kdy se zjistí, že pacient se jeví jako sociálně relevantní. Tato sociální situace bude popsána ve formuláři, ve kterém posádka ZZS zaznamená, které oblasti se sociální situace týká a doplní, pokud bude potřeba, svým vlastním sdělením, uvede, kdo se kromě pacienta sociálního šetření zúčastnil (např: rodina, sociální pracovníci apod.). Vyplní jméno a příjmení pacienta, datum narození, adresu, telefonický kontakt na rodinu, pokud ji pacient bude mít, volací znak posádky, jméno příjmení záchranáře / lékaře, který provede sociální šetření, datum a čas předání pacienta v nemocnici, místo, kde pacienta předáváme, podpis záchranáře / lékaře. Do výjezdového záznamu v kolonce pro poznámky, posádka ZZS uvede „sociální šetření“, čímž bude potvrzeno,

že sociální šetření ZZS bylo provedeno a formulář byl předán společně s pacientem a výjezdovým záznamem v nemocnici na příslušné ambulanci nebo na urgentním příjmu.

Sociální šetření zdravotnické záchranné služby u sociálně relevantního pacienta bude probíhat během výjezdu, kdy pomocí rozhovoru s pacientem zjišťujeme potřebné informace, které posádka ZZS doplní o objektivní informace získané pozorováním. Pokud budou tyto informace doplněny rozhovorem s rodinou, popřípadě s někým jiným i toto bude zaznamenáno a bude uveden vztah k pacientovi. Sociální šetření posádky ZZS bude probíhat souběžně s poskytováním přednemocniční neodkladné péče. Pokud bude pacient v ohrožení života a posádka ZZS pacienta vyhodnotí jako sociálně relevantního, formulář o sociálním šetření bude vypsán až po předání pacienta v nemocnici.

Indikátor splnění: vyplněný formulář

Klíčová aktivita 4 – sběr dat

Sběr dat a kontrola formulářů proběhne jednou za měsíc při společné schůzce se zdravotně sociální pracovníci a pověřeným zdravotnickým záchranářem – lektorem.

Indikátor splnění: společná schůzka a kontrola dat a formulářů

Klíčová aktivita 5 – vyhodnocení projektu, návrh dalšího postupu

Vyhodnocení pilotního projektu proběhne za šest měsíců od začátku projektu a následné zhodnocení bude během provozní schůzky na ZZS Valašské Meziříčí za přítomnosti vedení ZZS Zlínského kraje, zdravotně sociální pracovníce, vedení nemocnice Valašské Meziříčí a zaměstnanců ZZS Valašské Meziříčí. Dojde k seznámení s výsledky projektu, budou projednány možné změny ve formuláři, uvedou se zkušenosti posádek ZZS se sociálním šetřením. Zdravotně sociální pracovníce bude informovat o benefitech, které projekt přinesl, domluví se pravidelné měsíční schůzky pro sběr dat. Proběhne diskuse.

Na základě vyhodnocení se vedení ZZS Zlínského kraje p.o. rozhodne o pokračování v projektu a rozšíření i na ostatní oblasti ZZS. Proběhly by jednání se zástupci jednotlivých nemocnic a jednání se zdravotně sociálními pracovníky. Uskutečnilo by se elektronické zadání formuláře do tabletů, kde by byly již předvyplněné iniciály pacienta, které by se automaticky přepokopírovaly z výjezdového záznamu. Posádka ZZS by zapsala pouze sociální šetření u sociálně relevantního pacienta. Proškolení na jednotlivých oblastech ZZS Zlínského kraje by proběhlo během provozních schůzí.

Indikátor splnění: zhodnocení projektu, seznámení s dalším postupem

8.4 Výstupy projektu

Samotným hlavním výstupem projektu bude vyplněný formulář o provedeném sociálním šetření posádky ZZS u sociálně relevantního pacienta. Dalším ukazatelem bude informace o provedeném sociálním šetření ve výjezdovém záznamu v kolonce „Poznámky“, kde bude uvedeno „Sociální šetření“. Počet provedených sociálních šetření posádkou ZZS bude možné vyhodnotit každý den, celkový počet provedených sociálních šetření se bude uvádět vždy na konci měsíce. Jednotlivé měsíce se budou zaznamenávat do formuláře, který bude v kanceláři vrchní sestry ZZS Valašské Meziříčí a ze jeho aktuálnost bude odpovídat pověřený záchranář na oblasti.

Dalším ukazatelem bude pak spolupráce se zdravotně sociální pracovníci, která na sociální šetření ZZS naváže sociálním šetřením v nemocnici a propojí tak informace od ZZS se svými. Seznam pacientů, u kterých proběhlo navazující sociálních šetření bude vždy na konci měsíce předávat pověřenému zdravotnickému záchranáři ze ZZS Valašské Meziříčí. ˇ

Předpokládaným výstupem je propojení spolupráce ZZS se zdravotně sociální pracovníci v nemocnici ve Valašském Meziříčí a tím i propojení zdravotnictví se sociální prací. Důležitým výstupem je také snížení počtu rehospitalizací, opakujících se výjezdů k seniorům zejména v sociální situaci a k včasnému zachycení sociálně relevantního pacienta již při prvním výjezdu a následně při hospitalizaci. Včasné sociální poradenství a spolupráce jak s pacientem, tak s jeho rodinou, využití následných sociálních služeb a preventivní sociální intervence i to bude výstupem tohoto projektu.

8.5 Harmonogram projektu

Pilotní projekt Sociální šetření zdravotnické záchranné služby u sociálně relevantního pacienta bude zahájen 1.zářím 2024 a bude trvat šest měsíců, následně proběhne vyhodnocení, rozvaha a projednání dalšího postupu. Harmonogram byl sestaven podle **Ganttova diagramu**. V tomto diagramu jsou klíčové aktivity, které jsou součástí přípravy a následně realizace projektu, vypsány na měsíce a roky.

Tabulka 1: Harmonogram projektu

Aktivita	Doba trvání	2024						2025						2026											
		7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	
Příprava projektu	2	■	■																						
Sjednání spolupráce	1		■																						
Příprava formuláře	1		■																						
Finanční podpora	1	■																							
Školení posádek ZZS	1		■																						
Pilotní projekt	6			■	■	■	■	■	■	■															
Vyhodnocení pilotního projektu	1									■															
Sjednání spolupráce	1										■														
Elektronická tvorba formuláře	1										■														
Školení oblastní ZZSZK	2										■	■													
Finanční podpora	1											■													
Projekt SŠ ZZS	12													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Zdroj: vlastní tvorba

8.6 Management rizik projektu

Tabulka popisuje rizika, které by mohly vést ke špatnému průběhu projektu. Jednotlivě pak uvedeno řešení problému, míra rizika a možná preventivní opatření.

Tabulka 2: Management rizik

Identifikace rizik	Míra rizik	Prevence rizik
Malá spolupráce posádek ZZS při soc. šetření	Nízká pravděpodobnost	Motivace, evaulace, vyzdvižení potřeby soc.šet.
Nespolupráce pacienta a rodiny při sociálním šetření ZZS	Střední pravděpodobnost	Evaulace v rámci nemocnice, podpora ze strany posádky ZZS, podat dostatečné množství informací, poukázat na dobrou praxi
Nedostatek finančních prostředků	Velmi nízká pravděpodobnost	Vypracování žádosti o finanční podporu, medializace, zapojit do spolupráce město, Zlínský kraj
Nízký zájem nemocnic	Střední pravděpodobnost	Potvrzení z pilotního projektu, SWOT analýza
Vznik dalších konkurenčních projektů	Nízká pravděpodobnost	Zjištění nových záměrů v rámci ZZS a nemocnic, vyhodnocen dat
Náročnost SŠ během výjezdu ZZS	Nízká pravděpodobnost	Vypisovat formulář po výjezdu, motivace

Zdroj: vlastní tvorba

8.7 Rozpočet

Pilotní projekt je plánován na šest měsíců a nezatěžuje nynější rozpočet ZZS Zlínského kraje p.o. Posádka ZZS sociální šetření provede během výkonu svého povolání, školení zaměstnanců bude probíhat během provozní schůze, která je placena zaměstnavatelem, stejně tak zdravotnický záchranář – lektor, který bude zaměstnance školit, je placen v rámci účasti na provozní schůzi. Vyhodnocení dat provede v rámci směny. V pilotním projektu jsou náklady spojené pouze s tiskem formulářů. Pokud by se v projektu pokračovalo i po vyhodnocení dat, náklady by se týkaly cestovného, kdy záchranář – lektor pojedí projekt představit na jednotlivé oblasti a povede školení, které bude součástí provozní schůze na jednotlivých oblastech. Na tyto provozní schůze bude pozváni také zdravotně sociální pracovníci z jednotlivých nemocnic. Další náklady by se týkaly navedení formuláře do výjezdového záznamu a tisk formuláře ve dvou vyhotoveních. Vyhodnocení dat by probíhalo pověřeným zdravotnickým záchranářem na každé z oblastí v rámci pracovní směny.

Tabulka 3: Rozpočet pilotního projektu

Náklady na projekt	Počet jednotek	Cena	Poznámky
Posádka ZZS	3	0 Kč	V rámci výkonu povolání
Zdravotně sociální pracovník	1	0 Kč	V rámci výkonu povolání
Kancelářské potřeby, příprava, tisk	1	5 000 Kč	Náklady pokrývá ZZS Zlínského kraje, p.o.
Administrativa - lektor	1	0 Kč	V rámci výkonu povolání
Cestovné	1	0 Kč	V rámci výkonu povolání

Zdroj: vlastní tvorba

Tabulka 4: Rozpočet projektu

Náklady na projekt	Počet jednotek	Cena	Poznámky
Posádka ZZS	25	0 Kč	V rámci výkonu povolání
Zdravotně sociální pracovník	7	0 Kč	V rámci výkonu povolání
Navedení do výjezdového záznamu, tisk	25	50 000 Kč	Náklady pokrývá ZZS Zlínského kraje, p.o.
Administrativa - lektor	5x300 Kč	1 500 Kč	Dohoda o provedení práce
Cestovné	5x300 Kč	1 500 Kč	1x měsíčně sběr dat na oblastech

Zdroj: vlastní tvorba

8.8 Přidaná hodnota projektu

Mezi přidanou hodnotu projektu můžeme počítat odlehčení již tak zatíženému zdravotnickému systému, který není schopen včas a dostatečně reagovat na dlouhodobé hospitalizace z důvodu sociální situace. Přidanou hodnotou je také snížení počtu opakovaných výjezdů k pacientům, u nichž nebylo včas podchyceno riziko vzniku nepříznivé sociální situace. Dojde ke zlepšení situace i u pacientů, kterým bude poskytnuta adekvátní sociální podpora, tím selepší jejich kvalita života, a budou poskytnuty nové možnosti pro důstojné stáří, které mohou prožít v kruhu rodiny. Spíše etickou přidanou hodnotou bude prohloubení sociálního citění u posádek ZZS. Také propojení zdravotně sociálních pracovníků se zdravotnickými záchrannými službami může otevřít pomyslné dveře novým projektům, které by smysluplně sloužily pacientům, jejich rodinám a všem zúčastněným subjektům.

9 Logický rámec projektu

Tabulka 5: Logický rámec projektu

	Popis projektu	Indikátory	Prostředky pro ověření	Předpoklady a rizika
Záměr projektu	Sociální šetření ZZS u soc. relevantního pacienta	Počet pacientů, u kterých bylo provedeno sociální šetření ZZS	Rozhovor s posádkami ZZS a s Pacienty	
Cíle	Včasné odhalení sociálně relevantního pacienta	Důsledně vyplněné formuláře o sociálním šetření ZZS	Bude následovat sociální šetření v nemocnici	Motivace posádek ZZS pro projekt, zpoždění projektu
Výstupy	Vyplněný formulář o sociálním šetření ZZS	Zpětná vazba od zdravotně sociální pracovnice	Přesný počet vyplněných formulářů	Posádky ZZS se aktivně podílejí na soc. šetření ZZS
Klíčové aktivity	Sociální šetření ZZS pomocí rozhovoru a pozorování	Počet vyplněných sociálních šetření za jeden den	Rozhovor se sociální pracovníci	Spolupráce posádek ZZS a pacientů Spolupráce záchranáře - lektora se zaměstnanci ZZS

Zdroj: vlastní tvorba

Tabulka 6: Harmonogram projektu

Harmonogram projektu	7/2024-8/2024 příprava pilotního projektu 9/2024 zahájení projektu 9/24-2/2025 průběh pilotního projektu 3/2025 vyhodnocení pilotního projektu
Prostředky pro realizaci projektu	posádky ZZS zdravotně sociální pracovník formuláře pro sociální šetření ZZS
Rozpočet	Náklady organizace na tisk formulářů 5000,-

Závěr

Bakalářská práce s názvem Zdravotnická záchranná služba jako nedílná součást sociální práce přinesla ucelený pohled na neexistující spolupráci mezi posádkami zdravotnické záchranné služby a zdravotně sociálním pracovníkem v nemocnici. Popisuje činnost zdravotnické záchranné služby, práci zdravotnického operačního střediska a výjezdových skupin. Popisuje jejich kompetence a náplň práce. Samostatná kapitola je pak věnována výjezdovému záznamu, jehož nedílnou součástí bude Sociální šetření ZZS u sociálně relevantního pacienta. Součástí této první části je také zdravotně sociální pracovník, bez kterého by nová spolupráce nevznikla. Cílem práce bylo také propojit toto téma s teoriemi a metodami sociální práce a zakotvit popsanou problematiku nejen v legislativě, ale také v sociální politice. Důraz jsem kladla na cílovou skupinu senioři, kterých se dotýká propojení zdravotní a sociální péče asi nejvíce. Sociální situace, které jsou často příčinou jejich zdravotního stavu, nebo naopak změny zdravotního stavu, které přivádí seniory do určitých sociálních situací byly hlavním námětem dalších kapitol.

Druhá část práce je věnována projektu, který jsem navrhla pro Zdravotnickou záchrannou službu Zlínského kraje p. o., kde pracuji na pozici zdravotnického záchranáře. Neexistující propojení ZZS se zdravotně sociálním pracovníkem mě přivedlo na myšlenku tyto dvě oblasti spojit pomocí sociálního šetření, které se zaměřuje v rámci přednemocniční neodkladné péče na cílovou skupinu senioři, která se v rámci výjezdů posádek ZZS objevuje nejčastěji a která mě osobně nebude nikdy lhostejná. Pilotní projekt je koncipován pro ZZS Valašské Meziříčí a po vyhodnocení dat by mohl být přínosem i pro ostatní oblasti záchranné služby Zlínského kraje. Tento projekt byl primárně navrhnut pro cílovou skupinu senioři, ale v rámci přednemocniční neodkladné péče by mohl být použit i pro ostatní pacienty, kteří budou v rámci výjezdu ZZS vyhodnoceni jako sociálně relevantní. Novou spolupráci, kterou jsem v bakalářské práci popsala uvedou do praxe posádky ZZS Valašské Meziříčí, pro které je jejich práce posláním, jinak je tomu u zdravotně sociální pracovnice nemocnice Valašské Meziříčí. Pevně věřím, že tento projekt pomůže nejen seniorům, aby na sklonku svého života žili důstojně, ve slušných sociálních podmínkách, se všemi náležitostmi, které k tomu patří, ale také jejich rodinám a všem zúčastněným, kteří se budou na realizaci projektu podílet.

Bibliografie

- ČEVELA, Rostislav et al., 2014. Sociální gerontologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva et al., 2020. Ti, kteří se starají. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4598-8.
- ELICHOVÁ, Markéta., 2017. Sociální práce. Aktuální otázky. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0080-4.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. Fenomén stáří. Praha:Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. Manuálek sociální gerontologie. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. ISBN 80-7013-363-5.
- HAUKE, Marcela, 2014. Zvládání problémových situací se seniory. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HOLASOVÁ MALÍK, Věra, 2014. Kvalita v sociální práci a sociálních službách. Praha:Grada. ISBN:978-80-247-4315-8.
- HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ DAGMAR, 2013 Sociální péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- KREBS, Vojtěch. Sociální politika, 2015. 5. vyd. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7357-585-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GODLMANN, 2011. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUZNIKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví, 2011. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MACH, Jan. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2023. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7598-103-5.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MÁTEL, Andrej, 2019. Teorie sociální práce. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2220-2.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha. Portál. ISBN:978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ, 2005. Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. Péče o staré občany. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3872-7.
- MUHLPACHR, Pavel, 2004. Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.

NAVRÁTIL, Pavel, 2001. Teorie a metody sociální práce. Praha:Zeman. ISBN 80-903070-0-0.

PETERS - KUHLINGER, Gabriel a JOHN Friedl, 2007. Komunikační a jiné „měkké“ dovednosti. Praga: Grada. ISBN 978-80-247-2662-5.

PORTNER, Marlis, 2009. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-582-0.

PTÁČKOVÁ, Hana et al., 2001. Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-271-0876-3.

REAMER, Frederic G., 1995. Social Work Values and Ethics. ISBN 978-0-231-18828-9.

SAK, Petr a KOLESÁROVÁ, Karolína, 2012. Sociologie stáří a seniorů. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3850-5.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, 2013. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. Praha:Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.

URBAN, David, 2019. Sociální práce ve zdravotnictví. Sešit sociální práce. 6. MPSV. ISBN 978-80-7421-184-3.

VILÁŠEK, Josef, Miloš FIALA a David VONDRÁŠEK, 2022 Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5067-8

VONDRÁČEK, Lubomír a Petr KOLOUCH, 2011. Zdravotnická dokumentace v praxi zdravotnické záchranné služby z pohledu možné obhajoby. Urgentní medicína.. ISSN 1221-1924.

Internetové zdroje:

ZÁCHRANNÁ SLUŽBA. ZACHRANNASLUZBA.CZ – O záchranné službě v souvislostech 2024 Dostupné z: <https://zachrannaslužba.cz/>. [citováno 2024-03-13]

ZÁCHRANNÁ SLUŽBA. ZZS v číslech – ZACHRANNASLUZBA.CZ. Online. Dostupné z: <https://zachrannaslužba.cz/zzs-v-cislech/2024> [citováno 2024-03-15]

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA ZLÍNSKÉHO KRAJE (ZZS ZK), 2024. Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje. Online. Dostupné z: [http://www.zsزلin.cz/](http://www.zzsزلin.cz/). [citováno 2024-03-18].

MINISTERSTV PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV), 2024. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/strategicky-ramec-pripravy-nastarnuti-spolecnosti-2021-2025>. [2024-04-05].

SOCIÁLNÍ PRÁCE. Sociální pracovník ve zdravotnictví/zdravotně sociální pracovník [online]. 2020. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-ve-zdravotnictvi-zdravotne-socialni-pracovnik/>

PROGRAM ZDRAVÍ 21. Zdraví pro všechny v 21.století. 2024. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/category/programy-a-strategie/program-zdravi-21/> [citováno 2024-03-15].

EMS1, 2019. EMS social work: A new approach to serving low-acuity patients. Online. EMS1. Dostupné z: <https://www.ems1.com/community-awareness/articles/ems-social-work->

a-new-approach-to-serving-low-acuity-patients-GkctAR7MFOvPnBYs/ [citováno 2024-02-23].

HUML, Rudolf. ZZS ZK, 2023. Online. Dostupné z: <http://www.zzsclin.cz/> [citováno 2024 – 03 -20].

Zákon 108/2006 Sb., ze dne 31. 3. 2006, o sociálních službách

Zákon 372/2011 Sb., ze dne 8. 12. 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon 374/2011 Sb., ze dne 8.12.2011, o zdravotnické záchranné službě

Zákon 239/2000 Sb., ze dne 1.1.2000, zákon o integrovaném záchranném systému

Zákon 141/1961 Sb., ze dne 9.12.1961, trestní řád

Zákon 89/2012 Sb. ze dne 22.3.2012, občanský zákoník

Zákon 110/2019 Sb., ze dne 24.4.2019, o zpracování osobních údajů

Vyhláška 391 z roku 2017 Sb., kterou se mění vyhláška č.55/2011 Sb., ze dne 16.11.2017, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Seznam příloh

Příloha 1 - Návrh formuláře	76
Příloha 2 - Žádost o poskytnutí dat a loga ZZS ZK.	77

Přílohy

Příloha 1 - Návrh formuláře



Sociální šetření zdravotnické záchranné služby u sociálně relevantního pacienta

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Pojišťovna:

Místo zásahu:

Kontakt na příbuzné:

Popis sociální situace:

ANO NE NELZE

Soběstačnost

Špatné sociální zázemí

Nevyhovující bytové podmínky

Zanedbání péče

Dochází sociální služba

Opakovaný výjezd ZZS

Opakovaná hospitalizace z důvodu soc. situace

Zhoršení zdrav. stavu vlivem soc. situace

Úraz vlivem soc. situace

Spolupráce s rodinou na místě zásahu

Vlastní popis soc. situace, doplnění:

Výjezd posádky RLP/RZP/RV:

Lékař/záchranář:

Dne:

Podpis:

Příloha 2 - Žádost o poskytnutí dat a loga ZZS ZK.

Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje
17. 04. 2024
24/223/1.14/NLP
Počet listů:
Počet příloh:

Zdravotnická záchranná služba
Zlínského kraje, p.o.
K rukám: MUDr. Doriána Pfeifera
Peroutkovo nábřeží 434
760 01 Zlín

V Ústí dne 15. 4. 2024

Věc: Žádost o poskytnutí dat a loga ZZS Zlínského kraje p.o.

Vážený pane doktore,

touto cestou Vás žádám o svolení využití počtu výjezdů za rok 2022/2023 na oblasti Valašské Meziříčí u osob nad 65 let, posádka RZP, záchranář Šatánková Pavlína.

Dále žádám o svolení využití loga ZZS Zlínského kraje p.o. pro vytvoření formuláře s názvem Sociální šetření Zdravotnické záchranné služby.

Veškeré výše jmenované bude použito pro účely mé absolventské a bakalářské práce.

Děkuji.

Pavlína Šatánková, DiS.
Pavlína Šatánková DiS.

SOUHLASÍM

Anotace

Tato bakalářská práce reaguje na neexistující spolupráci mezi zdravotnickou záchrannou službou a sociální prací. Zabývá se vztahem mezi ZZS a zdravotně sociálním pracovníkem, kdy na tuto problematiku reaguje projektem Sociální šetření zdravotnické záchranné služby u sociálně relevantního pacienta. V první části popisuje zdravotnickou záchrannou službu a zdravotně sociálního pracovníka, ve druhé části pak na analýzu potřebnosti navazuje samotný projekt.

Klíčová slova: zdravotnická záchranná služba, zdravotně sociální pracovník, senior, stáří, sociální šetření, nemoc

Annotation

This bachelor thesis addresses the topic of the lack of cooperation between the emergency medical service and social work. It explores the relationship between emergency medical service and medical social workers, and responds by proposing a project called 'Social Investigation of the Emergency Medical Service for Socially Relevant Patients'. The first part of this thesis describes both the emergency medical services and the medical social workers. The second part introduces a needs analysis and is followed by the project.

Keywords: Emergency medical service, medical social worker, senior, social investigation, illness