

UNIVERZITA KARLOVA

Fakulta humanitních studií

*Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických
organizacích*

Bc. Alice Wollmannová

**Zkušenosti pracovníků zdravotnické záchranné služby při
výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha, červenec 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 7. července 2020

Bc. Alice Wollmannová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Petru Vrzáčkovi za odborné vedení diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat záchranářům z Mladé Boleslavi za skvělou spolupráci při výzkumu.

Obsah

Obsah.....	4
Abstrakt	6
Abstract.....	7
Seznam zkratk:.....	8
I. ÚVOD.....	9
II. TEORETICKÁ ČÁST	11
1. VYMEZENÍ POJMŮ TÝKAJÍCÍCH SE ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	11
1.1. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA	11
1.2. PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE	11
1.3. URGENTNÍ MEDICÍNA	12
1.4. TYPY VÝJEZDOVÝCH SKUPIN.....	12
1.5. ZDRAVOTNICKÉ OPERAČNÍ STŘEDISKO	13
1.5.1. STUPNĚ NALÉHAVOSTI TÍŠŇOVÉHO VOLÁNÍ	13
1.6. ROZDĚLENÍ VÝJEZDOVÉ ČINNOSTI	14
1.7. PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ VÝJEZDOVÝCH SKUPIN ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY.....	15
1.7.1. ODBORNÁ ZPŮSOBILOST NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ	16
1.8. SPECIFIKA PRÁCE ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	18
2. PROFESNÍ ORGANIZACE – ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	23
2.1. ASOCIACE ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB ČR.....	23
2.2. KOMORA ZÁCHRANÁŘŮ ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB ČR.....	23
3. VYMEZENÍ POJMŮ TÝKAJÍCÍCH SE OBLASTI SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	25
3.1. SOCIÁLNÍ PRÁCE	25
3.1.1. ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE	26
3.2. SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	28
3.2.1. ODBORNÁ ZPŮSOBILOST SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	30
3.2.2. SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VE ZDRAVOTNICTVÍ	31
3.3. SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ.....	33
3.4. NEPŘÍZNIVÁ SOCIÁLNÍ SITUACE	35
3.5. SOCIÁLNÍ PRÁVA	39
3.6. SOUČASNÁ SITUACE V ČR V SOUVISLOSTI S CELOSVĚTOVOU PANDEMÍÍ KORONAVIRU	40
3.7. SOCIÁLNÍ SLUŽBY	43
3.7.1. KVALITA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	45
3.8. NÁVAZNOST ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V PNP.....	51
4. PROFESNÍ ORGANIZACE – SOCIÁLNÍ SLUŽBY	53
4.1. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR	53
4.2. PROFESNÍ SVAZ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	53
4.3. SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR	53
4.4. MEZINÁRODNÍ FEDERACE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ	54
III. PRAKTICKÁ ČÁST	55
5. CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	55

	Výzkumný cíl.....	55
	Výzkumné otázky	55
6.	METODOLOGIE VÝZKUMU	56
6.1.	VÝZKUMNÝ DESIGN A METODA	56
6.2.	POPIS A VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU	57
6.2.1.	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	57
6.3.	PRŮBĚH VÝZKUMU.....	58
6.4.	POZICIONALITA	59
6.5.	ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU.....	60
6.6.	LIMITY VÝZKUMU	61
6.7.	POPIS ANALÝZY ROZHOVORŮ.....	61
7.	VÝSLEDKY ANALÝZY A INTERPRETACE DAT	65
7.1.	VÝSLEDKY ANALÝZY DAT.....	65
7.1.1.	NEPŘÍZNIVÁ SOCIÁLNÍ SITUACE	65
7.1.2.	NEJČASTĚJŠÍ SITUACE NA VÝJEZDECH ZZS.....	67
7.1.3.	PROBLÉMOVÉ SITUACE.....	69
7.1.4.	EMOCE ZÁCHRANÁŘŮ	72
7.1.5.	ZNALOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE	73
7.1.6.	ZÁJEM VZDĚLÁVAT SE	74
7.2.	DISKUSE.....	76
IV.	ZÁVĚR.....	80
V.	LITERATURA.....	82
	Internetové zdroje	85
	Zákony	89
	Bakalářské a diplomové práce	90
VI.	SEZNAM PŘÍLOH	91

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá zkušenostmi pracovníků zdravotnické záchranné služby při výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci. Zdravotnická záchranná služba dle zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, by měla poskytovat přednemocniční neodkladnou péči pacientům v akutním ohrožení života. Posádky zdravotnické záchranné služby přesto vyjíždí i k pacientům, jejichž problémy spadají spíše do sociální oblasti. Tito pacienti nepotřebují primárně zdravotnickou intervenci, přesto musí tyto situace záchranáři v terénu řešit. Cílem diplomové práce bylo popsat a porovnat zkušenosti záchranářů při výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci. Zjistit, jak záchranáři tyto situace prožívají a interpretují, s jakými situacemi se při těchto výjezdech setkávají a jak chápou pojem nepříznivá sociální situace. Teoretická část této práce se věnuje vymezení základních pojmů z oblasti zdravotnické záchranné služby a sociální práce. Empirická část se věnuje kvalitativnímu výzkumu. Obsahuje popis metodologie výzkumu, analýzu rozhovorů se záchranáři a jejich vyhodnocení. Výsledek výzkumu je důkazem toho, že záchranáři téměř každodenně tyto situace s klienty řeší neefektivně. Nemohou klientům poskytnout potřebnou sociální pomoc nebo poradenství. V České republice není návaznost zdravotních a sociálních služeb v podmínkách poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Klíčová slova: zdravotnická záchranná služba, záchranáři, přednemocniční neodkladná péče, sociální práce, sociální pracovník, chudoba, sociální vyloučení, nepříznivá sociální situace

Abstract

The diploma thesis deals with the experiences of emergency medical workers when going to patients in an unfavorable social situation. Medical rescue service according to Act No. 374/2011 Coll. on emergency medical services, should provide pre-hospital emergency care to patients in acute life-threatening conditions. Nevertheless, the crews of the ambulance service go to patients whose problems fall more into the social field. These patients do not primarily need medical intervention, yet rescuers in the field have to deal with these situations. The aim of the diploma thesis was to find out and compare the experience of rescuers when going to patients in an unfavorable social situation. Find out how rescuers experience and interpret these situations, what situations they encounter during these trips and how they understand the concept of an unfavorable social situation. The theoretical part of this work deals with the definition of basic concepts in the field of emergency medical services and social work. The empirical part is devoted to qualitative research. It contains a description of the research methodology, analysis of interviews with rescuers and their evaluation. The result of the research is evidence that on an almost daily basis, lifeguards deal with these situations with clients inefficiently. They cannot provide clients with the necessary social assistance or advice. In the Czech Republic, the continuity of health and social services is not in the conditions of provision of pre-hospital urgent care.

Key words: emergency medical service, rescuers, paramedic, pre-hospital emergency care, social work, social worker, poverty, social exclusion, unfavorable social situation

Seznam zkratek:

ZZS: Zdravotnická záchranná služba

SČK: Středočeský kraj

ČR: Česká republika

RLP: Rychlá lékařská pomoc

RZP: Rychlá zdravotnická pomoc

RV: Randes vous - setkávací systém

PNP: Přednemocniční neodkladná péče

IZS: Integrovaný záchranný systém

AZZS ČR: Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR

KZZZS ČR: Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb ČR

SPIS: Systém psychosociální intervenční služby

EU: Evropská unie

EP: Evropský parlament

MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí

ZQ: Značka kvality

ISO: Mezinárodní organizace pro sjednocení standardů

APSSČR: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

IFSW: Mezinárodní federace sociální práce

I. Úvod

Téma diplomové práce s názvem Zkušenosti pracovníků zdravotnické záchranné služby (ZZS) při výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci jsem zvolila na základě mé dlouholeté praxe všeobecné sestry ve výjezdové skupině ZZS. Tuto profesi vykonávám přes 20 let, což je dostatečně dlouhá doba na to, abych mohla zcela objektivně posoudit, jakým směrem se posouvají indikace k výjezdu posádek ZZS. V devadesátých letech minulého století, kdy jsem začínala svou kariéru na ZZS, bylo spektrum výjezdů posádek ZZS zcela odlišné, než je tomu dnes. Ačkoliv ZZS disponovala téměř o polovinu menším počtem vozidel a posádek ZZS, vyjíždělo se převážně jen k případům, kdy se jednalo o přímé ohrožení života a záchranná služba vykonávala skutečně urgentní medicínu. K této problematice se vyjadřuje Marek Slabý, prezident Asociace záchranných služeb pro časopis Urgentní medicína. *„Zdravotnická záchranná služba by měla plnit především úkoly, které jí ukládá zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě a neměla by být využívána státní správou i samosprávou či jednotlivými občany jako náhražka systémových nedostatků a mezer, které vznikly historickým, nebo populačním vývojem.“*(Slabý, 2019)

V současné době není žádným tajemstvím, že ZZS supluje nejen práci obvodních lékařů, ale i práci sociálních služeb. Stává se tak velmi často, že ZZS vyjíždí ke klientům, kteří se z různých důvodů ocitají v nepříznivé sociální situaci a jejich problémy nejsou zdravotního charakteru. Je to důsledek nefunkčního systému a neinformovanosti veřejnosti, která neví, jak tyto situace řešit. Do dvaceti minut má tak u sebe klient pomoc v podobě plně vybaveného vozidla ZZS včetně kvalifikované posádky, která však může chybět jinde u případu, kde se jedná o přímé ohrožení života. Podobný názor sdílí i bývalý šéf Komory záchranářů ZZS ČR Drahomír Sigmund, který se pro Zdravotnický deník vyjádřil takto: *“ZZS je ta, kdo je po ruce, když už nikdo není.“* (Zdravotnický deník, 2020)

Problematika, které se v diplomové práci věnuji, je na pomezí zdravotní a sociální péče. Cílem diplomové práce je zmapovat a porovnat zkušenosti záchranářů při výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci. Chtěla jsem zjistit, jaké mají záchranáři zkušenosti při výjezdech k těmto pacientům a popsat, jak vnímají tyto situace.

Výsledek výzkumu bude podnětem k dalšímu zkoumání a zamyšlení se nad řešením této problematiky nejen pro záchranné služby. Navrhuji umístit do vozů ZZS katalog sociálních služeb, kde jsou obsaženy základní informace o možnostech sociální pomoci v regionu Mladoboleslavsko. Tento katalog bude k dispozici klientům v nepříznivé sociální situaci. Dále navrhuji pravidelné vzdělávání záchranářů v oblasti sociální práce a využití supervize jako prevence syndromu vyhoření.

Diplomová práce obsahuje dvě části. První, teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů týkajících se činnosti ZZS, jako je zákon o ZZS, přednemocniční neodkladná péče, urgentní medicína, typy výjezdových skupin, zdravotnické operační středisko, stupně naléhavosti tísňového volání, personální zajištění výjezdových skupin ZZS. Také je zde představeno výjezdové středisko ZZS Mladá Boleslav, kde jsem realizovala výzkum. Zmiňuji profesní organizace, mezi které patří Asociace ZZS ČR a Komora záchranářů.

Dále diplomová práce obsahuje kapitolu, která se věnuje vymezení pojmů z oblasti sociální práce. Mezi tyto pojmy jsem zařadila sociální práci, etiku sociální práce, sociální pracovník, odborná způsobilost sociálního pracovníka, sociální pracovník ve zdravotnictví, sociální vyloučení, nepříznivá sociální situace, sociální práva, sociální služby, kvalita v sociálních službách a návaznost zdravotních a sociálních služeb v přednemocniční neodkladné péči. Vzhledem k událostem spojeným s koronavirovou pandemií zařazuji i kapitolu, která se věnuje sociální pomoci občanům postiženým nepříznivou sociální situací následkem nouzového stavu v ČR. V další kapitole představuji odborné profesní organizace, mezi které patří Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách, Společnost sociálních pracovníků ČR a Mezinárodní federace sociálních pracovníků.

Druhá, empirická část se zabývá kvalitativním výzkumem. Obsahuje popis metodologie výzkumu, analýzu rozhovorů se záchranáři a jejich vyhodnocení.

V závěrečné diskusi jsem zhodnotila výsledky výzkumu a popsala navrhované změny.

II. Teoretická část

1. Vymezení pojmů týkajících se zdravotnické záchranné služby

1.1. Zdravotnická záchranná služba

V České republice upravuje podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. Dle znění tohoto zákona je zdravotnická záchranná služba zdravotní službou, která poskytuje přednemocniční neodkladnou péči osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života na základě tísňové výzvy. Závažné postižení zdraví je náhle vzniklé onemocnění, úraz nebo jiné zhoršení chronického stavu. Přímé ohrožení života je náhle vzniklé onemocnění, úraz, nebo jiné zhoršení stavu, které by bez zásahu zdravotnické záchranné služby mohlo vést k selhání základních životních funkcí. Tísňovou výzvou se rozumí volání na národní telefonní číslo 155 nebo je výzva přijímána operačním střediskem jiné složky integrovaného záchranného systému. (Zákon č. 374/2011 Sb.) Zdravotnická záchranná služba je jednou ze základních složek Integrovaného záchranného systému společně s Hasičským záchranným sborem České republiky a Policií České republiky. (Zákon č. 239/2000 Sb.)

1.2. Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladnou péči (PNP) poskytuje v České republice zdravotnická záchranná služba (ZZS). Hlavním cílem PNP je minimalizovat následky akutního ohrožení zdraví a náhlého zhoršení chronických onemocnění tak, aby postižení mohli dále vést kvalitní život bez výrazných následků. První pomoc by měla být poskytnuta co nejrychleji a na kvalitní odborné úrovni. Jestliže selže některá z částí záchranného řetězce, klesá naděje na záchranu nebo vyléčení. V PNP se jedná většinou o léčbu symptomatickou, ne

kauzální. Fungující systém PNP mohou zajistit pouze země ekonomicky stabilní. V některých zemích světa je stále prioritou převoz pacienta do nemocničního zařízení bez účasti zdravotníka. (Pokorný, 2004, Šeblová, Knor, 2013)

Při poskytování PNP není možná svobodná volba lékaře, tak jak je to možné u jiných druhů zdravotních služeb, totéž se vztahuje i na výběr cílového zdravotnického zařízení. (Záchranná služba, 2020)

1.3. Urgentní medicína

Urgentní medicína je multidisciplinární obor zabývající se vědeckým zkoumáním a poskytováním neodkladné péče u stavů bezprostředně ohrožujících základní životní funkce. Řeší také poskytování zdravotní péče při mimořádných událostech a hromadném postižení osob. (Pokorný, 2004) Remeš a kol. uvádí: „*Specifikou tohoto oboru je časová tíseň, povinnost poskytnout pomoc bez zbytečného odkladu, mnohdy nedostatek potřebných informací, neznámé prostředí zásahů, nepříznivé povětrnostní podmínky, agresivní, nepřátelské jednání okolí a pacientů, omezené možnosti konzultace léčebného postupu, vysoké fyzické a psychické nároky kladené na pracovníky*“.(Remeš a kol., 2013, s. 11)

1.4. Typy výjezdových skupin

V České republice disponuje ZZS třemi typy výjezdových skupin, které se liší složením členů posádky. Posádka RLP - rychlá lékařská pomoc, členem je lékař, zdravotnický záchranář a řidič vozidla ZZS v sanitním voze. Dalším typem posádky je RZP - rychlá zdravotnická pomoc, členy jsou zdravotnický záchranář a řidič vozidla ZZS v sanitním voze. Posledním typem posádky je RV- randes vous (setkávací systém), posádku tvoří lékař a záchranář, kteří dojíždí za posádkami RZP v osobním voze. Osobní vozidlo je určeno pro přepravu zdravotníků a zdravotnických prostředků, nikoliv k přepravě pacientů. Pokud situace vyžaduje transport pacienta, je realizován prostřednictvím posádky RZP. Ne vždy je nutný doprovod lékaře, tím pádem se stává posádka RV dostupná pro další tísňovou výzvu. Kromě České republiky je lékař členem

posádky ZZS také na Slovensku, v Belgii, Chorvatsku, Itálii, Německu, Slovinsku, Rakousku, Finsku, Francii, Polsku, Portugalsku, Švýcarsku a Švédsku. Ve Velké Británii a v USA je uplatňován paramedický systém. (Remeš a kol., 2013) Paramedický systém znamená, že přednemocniční neodkladnou péči poskytují pouze nelékařští zdravotničtí pracovníci (paramedici), bez spolupráce s lékařem. Dále se výjezdové skupiny dělí podle typu dopravních prostředků na pozemní, letecké a vodní. (Zákon č. 374/2011 Sb.)

1.5. Zdravotnické operační středisko

Tísňové výzvy přijímá a vyhodnocuje zdravotnické operační středisko, které je centrálním pracovištěm operačního řízení. Na základě vyhodnocení tísňových výzev vydává pokyny výjezdovým skupinám a poskytuje instrukce k zajištění první pomoci ještě před příjezdem výjezdové skupiny na místo zásahu. Operační středisko též zajišťuje komunikaci mezi poskytovatelem ZZS a mezi poskytovateli akutní lůžkové péče. Koordinuje také přepravu a předávání pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení. (Zákon č. 374/2011 Sb.) Operátoři vyhodnocují tísňové výzvy podle stupně naléhavosti.

1.5.1. Stupně naléhavosti tísňového volání

Tísňová volání mají čtyři stupně naléhavosti. První stupeň naléhavosti znamená, že je ZZS vyslána k osobám, kterým selhávají, nebo bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí. Prvním stupněm naléhavosti se označují i výjezdy k mimořádné události s hromadným postižením osob.

Výjezdy označené druhým stupněm naléhavosti jsou k osobám, u kterých je pravděpodobné, že by mohly mít ohrožené základní životní funkce.

Při třetím stupni naléhavosti je ZZS vysílána k osobám, u kterých bezprostředně nehrozí selhání základních životních funkcí, ale jejich stav vyžaduje poskytnutí zdravotnické záchranné služby.

Čtvrtý stupeň naléhavosti znamená, že ZZS je vysílána k osobám, které svými obtížemi nespádají do stupně naléhavosti jedna, dvě a tři, přesto i tento stupeň naléhavosti umožňuje vyslání výjezdové skupiny. (Vyhláška č. 240/2012 Sb. §2)

1.6. Rozdělení výjezdové činnosti

Zdravotnická záchranná služba poskytuje přednemocniční neodkladnou péči prostřednictvím primárních a sekundárních výjezdů. Při primárním zásahu vyjíždí posádka přímo do terénu k osobám na základě tísňového volání dle stupně naléhavosti. Jako sekundární výjezdy se označují především převozy pacientů ze zdravotnického zařízení do jiného zdravotnického zařízení. Tento typ výjezdů se realizuje hlavně u pacientů, kteří vyžadují sledování a podporu základních životních funkcí. Sekundární transporty se dělí na akutní a plánované.

Pro lepší představu o tom, kolik událostí řešily záchranné služby v ČR během roku 2019, uvádím stručnou statistiku v tabulkách níže. Tato statistika je dostupná na webových stránkách Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR.

Tab. č. 1 Statistika výjezdové činnosti za rok 2019

Celkový počet řešených událostí v ČR za rok 2019	990 214
Naléhavost 1	39 878 událostí
Naléhavost 2	307 329 událostí
Naléhavost 3	600 660 událostí
Naléhavost 4	42 347 událostí

Zdroj: AZZS ČR

Tab. č. 2 Statistika sekundárních transportů za rok 2019

Počet sekundárních transportů v ČR za rok 2019	54 676
--	--------

Zdroj: AZZS ČR

1.7. Personální zajištění výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby

Požadavky na personální zabezpečení zdravotnické záchranné služby jsou obsaženy ve vyhlášce č. 99/2012 Sb.

Výjezdová skupina RLP (rychlá lékařská pomoc)

Podmínky pro práci ve výjezdové skupině rychlé lékařské pomoci splňuje urgentní lékař, anesteziolog, specialista pro intenzivní medicínu, chirurg, internista, kardiolog, neurolog, traumatolog, dětský lékař, praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost. Je možné zaměstnávat i lékaře s odbornou způsobilostí s certifikátem po absolvování základního kmene anesteziologického, chirurgického, interního a základního kmene všeobecného praktického lékařství v přípravě k získání specializované způsobilosti v oborech anesteziologie a intenzivní medicína, chirurgie, vnitřní lékařství, všeobecné praktické lékařství, je však podmínkou, aby na výjezdovém stanovišti byl zároveň přítomen lékař se specializovanou způsobilostí. Dalšími členy výjezdové skupiny RLP, kteří splňují podmínky pro tuto činnost, jsou zdravotnický záchranář, sestra pro intenzivní péči nebo všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu a řidič vozidla zdravotnické záchranné služby. (Vyhláška č. 99/2012 Sb.)

Výjezdová skupina RZP (rychlá zdravotnická pomoc)

Podmínky pro práci ve výjezdové skupině rychlé zdravotnické pomoci splňuje zdravotnický záchranář způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu nebo sestra pro intenzivní péči způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu a řidič vozidla zdravotnické záchranné služby nebo zdravotnický záchranář. (Vyhláška č. 99/2012 Sb.)

Výjezdová skupina RV (randes vous)

Podmínky pro práci ve výjezdové skupině setkávacího systému splňuje urgentní lékař, anesteziolog, intenzivista, internista, kardiolog, neurolog, traumatolog, dětský lékař, praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost a řidič vozidla zdravotnické záchranné služby nebo zdravotnický záchranář. (Vyhláška č. 99/2012 Sb.)

1.7.1. Odborná způsobilost nelékařských zdravotnických pracovníků

Zdravotnický záchranář, sestra pro intenzivní medicínu a řidič vozidla zdravotnické záchranné služby patří mezi nelékařské zdravotnické pracovníky, se kterými se na výjezdech ZZS setkáváme.

Zdravotnický záchranář získává odbornou způsobilost pro výkon povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Vykonávat tuto profesi může po absolvování akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů, nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2018/2019. Zdravotnickým záchranářem se může také stát absolvent střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999. Vykonávat povolání zdravotnického záchranáře může také zdravotnický pracovník, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra se specializací v oboru sestra pro intenzivní péči a pokud byl členem výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby nejméně v rozsahu alespoň poloviny týdenní pracovní doby po dobu 5 let v posledních 6 letech. (Zákon č. 96/2004 Sb., §18)

Řidič vozidla zdravotnické záchranné služby získává odbornou způsobilost absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru řidič vozidla zdravotnické

záchranné služby, řidič vozidla rychlé zdravotnické pomoci nebo řidič vozidla rychlé lékařské pomoci. (Zákon č. 96/2004 Sb., §35)

1.8. Specifika práce zdravotnické záchranné služby

Práce na záchranné službě je náročná v mnoha směrech a má specifika, která ji odlišují od jiných medicínských oborů. Záchranáři jsou denně svědky mnoha lidských tragédií. Jako jediní vidí pacienta v jeho domácím, nebo pracovním prostředí. Zasahují při nehodách a úrazech všeho druhu, u pacientů všech věkových skupin. Řeší též následky hromadných postižení osob. Pohybují se v rozmezí několika hodin v různých, diametrálně odlišných prostředích. Během jedné pracovní směny zažijí tolik silných lidských příběhů, co nezažijí jiní třeba za rok. Velké nároky u záchranářů jsou kladeny hlavně na vzdělání. Záchranář musí být především vybaven odbornými znalostmi téměř ze všech medicínských oborů. Umí ovládat nejmodernější přístroje, které používá při poskytování přednemocniční neodkladné péče. Dokáže pracovat v týmu, umí se rychle rozhodovat ve vyhrocených situacích. Optimálně řeší konfliktní situace, ovládá umění komunikace, je empatický, ale nesmí podléhat příliš emocím. Umí se orientovat v různém prostředí, měl by být odolný vůči povětrnostním a klimatickým změnám. Kromě toho všeho musí být záchranář i fyzicky zdatný. Okolí vnímá záchranáře na jednu stranu jako superhrdinu, který přijede na pomoc, když už je nejhůř, na straně druhé si někteří spoluobčané pletou záchrannou službu s taxi službou nebo s ordinací praktického lékaře.

„Na rozdíl od představ veřejnosti, že neustále zachraňuje, resuscituje a ošetřuje oběti těžkých dopravních nehod, patří k nejjfrekventovanějším typům zásahů akutní dekompenzace chronických, většinou interních onemocnění, nespecifické obtíže, intoxikace včetně alkoholu, neurologická problematika, či běžné typy úrazů. Celý systém urgentní péče hlásí v posledních letech vzestup tzv. psychosociálních urgencí-výjezdů k panickým atakám, psychosomatickým příznakům, suicidiím a pokusům, ale i zásahy s převažující sociální problematikou-ošetřování bezdomovců, azylantů, migrantů a dalších osob na okraji sociálního spektra.“ (Šeblová, 2007, s.16)

Mezi hlavní specifika práce na záchranné službě patří jistá nepravidelnost během pracovní směny. Práce je nárazová. Během směny se střídá období klidu, tzv. čekání na

výjezd a období, kdy posádka vyjíždí do terénu. Práce ve směnách ovlivňuje pracovní výkon, kvalitu spánku, rodinný a sociální život. (Šeblová, 2007)

Pacienti mají často nereálná očekávání, vyžadují mnohdy nesmyslná potvrzení, např. že dožijí do rána ve zdraví. Jiní očekávají specializovanou léčbu s diagnostiku přímo na místě a odmítají transport do nemocnice. Žádný sanitní vůz však není vybaven CT a RTG přístrojem nebo operačním sálem. Společnost si ještě nezvykla na posádky RZP ve složení zdravotnický záchranář a řidič vozidla ZZS. Pacienti vyžadují přítomnost lékaře, nelékařskému zdravotnickému personálu projevují nedůvěru, přičemž většina nelékařského zdravotnického personálu má vysokoškolské vzdělání. Toto jsou také specifika práce na ZZS, která ji sice odlišují od jiných zdravotnických oborů, kde klíčovou úlohu v diagnostice a léčbě hraje pouze lékař, ale i přes tato specifika musí záchranáři respektovat etický kodex práv pacientů. Práva pacientů jsou zakotvena v zákoně č. 372/2001 Sb. o zdravotních službách v § 28.

Pro úplnost zde uvádím etický kodex-práva pacientů:

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zsvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní

4. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
5. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. InSTITUTE, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen. (Ministerstvo práce, 2020)

Mezi další specifika práce na ZZS patří již zmiňovaná etická problematika při poskytování přednemocniční neodkladné péče, která se liší od jiných medicínských oborů. Šeblová a Knor (2013) zmiňují, že záchranáři často pracují v časové tísní a pacienti se mnohdy vzhledem k povaze jejich onemocnění nemohou vyjádřit k limitům léčby. Z toho důvodu se mohou dostat do rozporu základní bioetické principy, mezi které patří nonmaleficence, beneficence, respekt k autonomii a princip justice. Šeblová a Knor také uvádí: „*V konkrétních urgentních situacích a za určitých specifických okolností mohou nastat konflikty například mezi okamžitou pomocí pacientovi-tedy princip beneficence a principem autonomie, která mimo jiné zahrnuje i vyjádřený souhlas.*“ (Šeblová, Knor, 2013, s. 21)

Záchranáři také často řeší problematiku s odmítnutím zdravotní péče. K této situaci dochází většinou v případech, kdy záchrannou službu nevolá sám pacient. Vyskytují se i případy, kdy pacient po ošetření nedbá pokynů záchranářů a rozhodne se k odmítnutí transportu do zdravotnického zařízení. V těchto případech je nutné přistoupit k sepsání a podepsání Negativního reverzu. Tyto situace se již odehrávají na eticko právní rovině. Negativní reverz je projeven autonomie pacienta. Měl by mít vždy písemnou podobu, pacient by měl být opakovaně poučen o rizicích, která plynou z odmítnuté péče. V zákoně 372/2011 Sb. v §34 ods.3 se uvádí: „*Pacientovi je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení (reverz).*“ (Zákon č. 372/2011 Sb., §34, ods. 3) Fyzická osoba, která tímto způsobem odmítá poskytnutí zdravotní služby, musí být způsobilá k právním úkonům. Pro odmítnutí péče u nezletilých osob za tyto osoby

rozhoduje jejich zákonný zástupce, to samé platí u osob nezpůsobilých k právně relevantním úkonům. (Metodika, 2013)

Nemohu zde nezmínit problematiku spojenou s resuscitací a institut dříve vysloveného přání. Dříve vyslovené přání bylo do právního řádu České republiky zavedeno Úmluvou o lidských právech a biomedicíně. V zákoně č. 372/2011 Sb. v § 36 v čl. 1 se uvádí: „*Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání.“*“ (Zákon č. 372/2011 Sb., § 36, ods. 1) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu, musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. V podmínkách poskytování přednemocniční neodkladné péče nejčastěji záchranáři mohou potkat s přáním pacienta neresuscitovat. Zdravotnický pracovník nemusí pacientovo předem vyslovené přání respektovat v situacích, pokud bylo vysloveno s velkým časovým odstupem před zákrokem, kdy nemohl být pacientem předvídám pokrok lékařské vědy, nebo pokud zdravotnický pracovník neměl k dispozici dříve vyslovené přání a již byly započaty zdravotní úkony, jejichž přerušení by způsobilo pacientovu smrt. (Zákon č. 372/2011 Sb., §36) Při poskytování přednemocniční neodkladné péče, z důvodu časové tísně, je velmi nepravděpodobné akceptování tohoto institutu.

Další náročnou situací, se kterou se záchranáři setkávají při výjezdech k pacientům je problematika smrti a umírání. Jedná se o výjezdy k pacientům v terminálním stadiu onemocnění. Tomuto tématu se věnuje Wollmannová (2018) v bakalářské práci, kde je na toto téma zpracován kvalitativní výzkum.

V této kapitole jsem popsala specifika práce na záchranné službě, přičemž tato diplomová práce se věnuje dalšímu významnému, samostatnému tématu, které se týká výjezdů k pacientům s převládající sociální tematikou.

Záchranáři spolu se sociálními pracovníky, policisty a hasiči patří mezi tzv. pracovníky první linie. Tito mají společného jmenovatele a tím je velká svoboda v rozhodování.

2. Profesionální organizace – zdravotnické záchranné služby

2.1. Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR

Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR je sdružením zdravotnických záchranných služeb České republiky. Koordinuje a analyzuje postavení ZZS v systému zdravotní péče. Zastupuje také členy asociace při jednáních se zdravotními pojišťovkami a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Je též konzultačním orgánem se vztahem k jiným ústředním orgánům, orgánům státní správy a samosprávy a dalším složkám IZS. Je navrhovatelem společných postupů poskytování zdravotní péče a výuky. Spolupracuje na vzdělávání se Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. V současné době stojí v čele asociace její prezident MUDr. Marek Slabý. (Asociace ZZS, 2020)

2.2. Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb ČR

Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb ČR (KZ ZZS ČR) je dobrovolné nezávislé profesní sdružení fyzických osob, které působí na území České republiky. Hlavním posláním Komory záchranářů je zvyšování prestiže zdravotnických záchranářů u laické i odborné veřejnosti. Prosazuje též zvyšování kompetencí posádek RZP v neodkladné přednemocniční péči. Podílí se také na zvyšování úrovně odborných znalostí a dovedností svých členů v oblasti přednemocniční neodkladné péče a příbuzných oborů. Prosazuje dodržování etických norem a zásad při výkonu zdravotnického povolání. Spolupracuje jak s členy KZ ZZS ČR, tak i s členy podobných organizací ve světě. Úzce spolupracuje s jinými sdruženími pracovníků ve zdravotnictví. Mezi hlavní činnosti KZ ZZS ČR patří pořádání a organizace vzdělávacích akcí. Prostřednictvím svých zástupců se podílí na činnosti poradních orgánů Parlamentu České republiky, Ministerstva zdravotnictví ČR a dalších profesních komor zabývajících se problematikou zdravotnictví s důrazem na obory neodkladné přednemocniční péče a urgentních příjmů. Spolupracuje na tvorbě vzdělávacích programů pro zdravotnické

záchranáře a řidiče. Vede bezúplatnou poradenskou činnost pro studenty vyšších a vysokých škol v oboru zdravotnický záchranář. Je pořadatelem společných setkání, sportovních turnajů a zájezdů. (Komora, 2020)

3. Vymezení pojmů týkajících se oblasti sociální práce

3.1. Sociální práce

Sociální práce je odborná vědecká disciplína, která prostřednictvím speciálních pracovních metod zajišťuje profesionální péči o člověka. V moderní společnosti je sociální práce nezbytná a nutná. Sociální práce vychází z teoretických poznatků mnoha společenských věd, mezi které patří zejména psychologie, pedagogika, filozofie, ale i lékařské, právní nebo ekonomické vědy. Sociální práci můžeme definovat různými způsoby, nejčastěji však jako praktickou aktivitu, méně často jako vědu. Charakterizovat ji lze jako profilaxi a terapii nouzových společenských stavů. (Mühlpachr, 2004)

V roce 2014 v Melbourne na konferenci Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW) a Mezinárodní asociace škol sociální práce (IASSW) vznikla nová definice sociální práce: *„Sociální práce je na praxi založená profese a vědní disciplína, která podporuje sociální změnu, růst, soudržnost, podporuje zplnomocňování a osvobození člověka. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, společenské odpovědnosti a respektu k jinakosti jsou pro sociální práci klíčové. Sociální práce, s využitím poznatků z teorie sociální práce, společenských věd, věd o člověku a znalostí místních podmínek, napomáhá lidem a společenským strukturám zaměřit se na životní možnosti a zlepšení životních podmínek.“* (Mezinárodní federace, 2020)

V České republice jsou základními dokumenty, které upravují podmínky pro poskytování pomoci osobám v nepříznivé sociální situaci zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a s ním související prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb.

Sociální práce je dle Matouška definována jako: *„Společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potencionálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout*

způsobnosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.“ (Matoušek, 2013, s. 11)

Hlavním posláním sociální práce je poskytovat sociální služby nejen jednotlivcům a rodinám, ale i skupinám či komunitám. Cílem těchto služeb je podpořit klienty v boji s existenčními problémy. Zamezit problémům, pomoci s jejich řešením. Tam, kde je reálné zlepšení sociálních poměrů, je třeba správně podpořit v této aktivitě. (Řezníček, 1994)

3.1.1. Etika sociální práce

Etika je stará, jako lidstvo samo. Již od pradávna se lidé zajímají o to, co je dobro a zlo, pravda a lež. Dříve se etika nazývala mravovědou. *„Úkolem etiky není jen stanovovat mravní povinnosti, nebo příkázání, ale především nalézat pro člověka platná kritéria, podle kterých by mohl spolehlivě odlišit dobré od zlého a stanovit, co je tou nejvyšší hodnotou, k níž by mělo jeho jednání směřovat.“ (Bužgová, 2008, s. 9)*

Téma etiky v sociální práci se bohužel v české odborné literatuře vyskytuje jen výjimečně. V zemích západní Evropy se téma etiky stalo velmi aktuálním a je předmětem mnoha odborných diskusí. Impulzem, který vedl ke zvýšenému zájmu o tuto problematiku je diskuse na téma selhání sociálních pracovníků právě v oblasti morálky. (Matoušek, 2003)

Profesní etika je určena k tomu, aby vytvářela koncepce konkrétního povolání ve vztahu ke společenským hodnotám, tak aby tyto hodnoty byly v souladu s konkrétní profesí a dávaly jí smysl. Profesní etika v podstatě vytváří etické normy v podobě etických kodexů. Etické kodexy pro určité profese jsou platné jen na území určitého státu, existují též mezinárodní etické kodexy. (Mura, 2015)

Pokusy vytyčit etická pravidla sociální práce byly činěny od třicátých let minulého století. První kodex vznikl v roce 1976, ale až v roce 1992 na světové konferenci sociální práce ve Washingtonu dospěl do definitivní podoby. Etiku sociální práce nelze jednoduše vymezit etickým kodexem, protože to nedovoluje složitost vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem. Tento vztah je velmi spleťitý a sociální pracovník v něm vystupuje jako představitel státu a zástupce většinové společnosti, ale také jako obhájce klienta nebo jako arbitr občanských práv klienta. Tyto role jsou do jisté míry protichůdné a kladou na etiku sociálního pracovníka nemalé nároky. Žádný kodex nemůže obsáhnout složitost jednotlivých případů. (Goldmann, Cichá, 2004) Také Matoušek (2002) se k této problematice vyjadřuje: „*Etický kodex a moc a privilegia mohou být zneužita, proto je nutný kodex, který reguluje jednání členů.*“ (Matoušek, 2002, s. 41)

Etický kodex sociální práce z roku 1992 obsahuje devět zásad sociální práce:

1. Nezávislost
2. Osvobození od represe a podřadných životních podmínek
3. Protidiskriminační přístup
4. Demokracie a lidská práva
5. Spoluúčast klientů
6. Ochrana integrity klientů
7. Sebeurčení
8. Odpor proti násilí
9. Osobní odpovědnost (Goldmann, Cichá, 2004, s. 45-46)

V České republice vznikl v roce 2002 Etický kodex sociálního pracovníka ČR. Kodex vychází z Všeobecné deklarace lidských práv, z Listiny základních práv a svobod České republiky, ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a navazuje na zásady etiky sociální práce definované Mezinárodní federací sociální práce. Etický kodex upravuje hlavně dodržování etických zásad sociálního pracovníka vůči:

- klientovi sociální služby
- zaměstnavateli, u kterého vykonává sociální práci
- kolegům v sociální práci
- profesi a odbornosti sociálního pracovníka

- společnosti (Asociace poskytovatelů, 2020)

Znalost etických zásad a etického kodexu v sociální práci má své nezastupitelné místo. Tato znalost a orientace v problematice usnadňuje sociálnímu pracovníkovi řešení etických dilemat a napomáhá k jistotě v rozhodování při výkonu sociální práce. (Matoušek, 2002)

3.2. Sociální pracovník

V zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se uvádí: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost*“. (Zákon č.108/2006 Sb.)

Sociální pracovník je odborník, jehož hlavním posláním je eliminovat problémy a pomáhat s řešením sociální situace klienta. V praxi se jedná o preventivní činnosti, které by měly zabránit vzniku a prohlubování nepříznivé sociální situace. (Brnula, 2013)

Podobný názor má i Žilová (2000, s. 67), která definuje konkrétní činnosti sociálního pracovníka jako:

- „*Pomoc klientovi s vytvořením rovnováhy mezi příležitostmi, vlastními možnostmi, schopnostmi a potřebami společnosti,*
- *pomoc při utváření zralého postoje k životu a ke správnému chování vůči sobě i společnosti,*
- *pomoc s rozvojem vlastních schopností potřebných k efektivnímu řešení problémů,*

- *vést jedince k pocitu vlastní odpovědnosti za tíživou sociální situaci.*“ (Žilová, 2000, s. 67)

K roli sociálního pracovníka se vyjadřuje Mühlpachr (2014), který zmiňuje, že sociální pracovník zastává mnoho vzájemně se prolínajících rolí. V praxi záleží na tom, který přístup převládá, v závislosti na typu pracovní náplně, charakteru zařízení či typu vedení organizace. Vyhraněné typy však v praxi neexistují, je třeba vycházet z konkrétních potřeb klienta.

Mühlpachr představuje role sociálního pracovníka takto:

Pečovatel nebo poskytovatel služeb: pomáhá klientům zvládat jejich denní běžné činnosti, poskytovat tyto služby lze v domácím prostředí nebo pobytovém zařízení.

Zprostředkovatel služeb: napomáhá klientovi orientovat se v situaci, zprostředkovává kontakt s různými sociálními službami a zdroji pomoci Sociální pracovník je informátor, obhájce potřeb klienta a koordinátor dalších spolupracujících osob.

Cvičitel(učitel)sociální adaptace: podporuje u klientů sociální a adaptační dovednosti, povzbuzuje změny v jejich chování tak, aby mohli účinně řešit své problémy.

Případový manager: zajišťuje koordinaci a vhodný výběr služeb, které na sebe vzájemně navazují. Je v podstatě agentem, kterého si najme klient, aby mu v síti sociálních služeb zajistil efektivní sladění.

Manažer pracovní náplně: v zařízení plánuje intervence, sleduje kvalitu služeb, organizuje často nadměrný objem práce.

Personální manager: zajišťuje výcvik, výuku, supervize a konzultace pracovníkům.

Administrátor: jedná se o vedoucího pracovníka, který zastává managerskou funkci, plánuje, rozvíjí a zavádí způsoby práce. (Mühlpachr, 2004)

Z výše citovaných textů lze odvodit, že sociální pracovník by měl být spojovacím článkem, který napomáhá řešit přání klienta v souladu se zavedenými společenskými normami a hodnotami. Tohoto stavu je někdy obtížné dosáhnout. Osobnosti a životní příběhy klientů bývají mnohdy komplikované. Sociální pracovník řeší dilema, kdy na jedné straně je respektována svobodná vůle klienta, ale na straně druhé dochází k neúčinnosti sociální intervence.

V praxi se sociální pracovníci potýkají s nedokonalostí systému, kde chybí návaznost zdravotních a sociálních služeb. Je špatná dostupnost psychoterapeutické péče pro depresivní klienty a v poslední řadě jsou sociální pracovníci zatíženi administrativní činností. (Kajanová, 2017)

Sociální pracovníci patří mezi tzv. pracovníky první linie. Tento pojem poprvé použil americký politolog Michael Lipsky. Tímto termínem jsou označováni všichni pracovníci ve veřejných službách. Tito pracovníci přicházejí do styku s lidmi a při své práci mají velkou svobodu v rozhodování, záleží jen na nich, jak konkrétní situaci vyřeší. V každodenní praxi řeší náročné pracovní podmínky, setkávají se i s protichůdnými zájmy organizace, kde často dochází k potlačování osobního přístupu ke klientovi. (Horák, 2009) Pracovníci první linie často řeší dilemata, díky nimž mohou nabýt dojmu, že nejsou schopni řešit situace tak, jak by chtěli. Tyto pocity se mohou objevit zejména v situacích, kdy se sociální pracovník domnívá, že jeho práce pozbývá smyslu, protože není schopen pracovat s klientem tak, jak by se mělo a nedokáže zvolit nejvýhodnější řešení dané situace. (Musil a kol., 2013)

3.2.1. Odborná způsobilost sociálního pracovníka

Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka definuje zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 110, kde se uvádí, že odbornou způsobilostí pro výkon tohoto povolání se rozumí:

- *„vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku,*

sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost

- *vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu*
- *odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52 má též sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu*
- *při uznávání odborné kvalifikace nebo jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie se postupuje podle zvláštního právního předpisu“ (Zákon č. 108/2006, §110)*

3.2.2. Sociální pracovník ve zdravotnictví

Ve všech vyspělých zemích je nezbytně nutná přítomnost zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích a zdravotnických zařízeních. Není však legislativně vyjasněno postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Z důvodů nejasných kompetencí a pracovní náplně dochází často ke špatnému přenosu informací v rámci spolupráce s jednotlivými členy týmu. (Kuzníková, 2011) Dále Kuzníková uvádí: „Komplexnost péče v medicíně dnes vyžaduje propojení spolupráce v odborném týmu, do kterého patří i zdravotně sociální pracovník. Jeho pozice, kdy vynakládá velké úsilí při práci s klienty, bývá v našich zdravotnických zařízeních stále ostatními zdravotníky nedoceňována“. (Kuzníková, 2011, s. 23)

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků v § 9 obsahuje seznam činností, které může dle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace provádět zdravotně sociální pracovník:

- „provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,
 - provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,
 - sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,
 - zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,
 - účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,
 - v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,
 - v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,
 - v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím“.
- (Vyhláška č. 55/2011 Sb., § 9)

Zdravotnická záchranná služba v České republice v současné době nedisponuje zdravotně sociálními pracovníky, ale nabízí prostřednictvím speciálně vyškolených pracovníků první psychickou pomoc v rámci Systému psychosociální intervenční služby (SPIS). Lukáš Humpl, garant SPIS pro Českou republiku uvádí: „*SPIS je zde proto, aby nabízel a poskytoval podporu v rovině první psychické pomoci. Umožňuje využití kolegiální (tzv. peer) péče všem zdravotníkům, které zasáhla těžká, především profesní,*

zkušenost. Druhou částí systému tvoří zdravotničtí interveni, jež naopak poskytují podporu akutně psychicky zasaženým blízkým pacientů, či zemřelých.“ (Humpl, 2020)

Dobré zkušenosti se začleněním sociálního pracovníka v záchranné službě mají například v Severním Texasu a to již od roku 2015. Tento unikátní program je založen na tom, že sociální pracovník poskytuje telefonické konzultace. Další možností je, že posádka přímo na místě zásahu vytipuje klienty, kteří potřebují sociální intervenci. Sociální pracovník společně se záchranářem následně navštíví klienta v jeho domácím prostředí a provede potřebnou intervenci. Díky tomuto programu se snížil počet volání na tísňovou linku 911 od klientů, kteří primárně nepotřebují zásah ze zdravotní indikace. (Herrian, 2019)

3.3. Sociální vyloučení

V České republice je pojem sociální vyloučení definován v zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách jako: „*Vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace“.* (Zákon 108/2006 Sb.)

Tento pojem se začal používat v polovině šedesátých let minulého století, kdy docházelo k velkému vzestupu a vysokým ambicím všech společenských vrstev obyvatelstva. V této době existence sociálního státu se stalo jedinou hrozbou právě sociální vyloučení. Sociální vyloučení spočívá v reálném riziku odepření základních lidských práv a může tak dojít k oddělení od většinové společnosti. Toto jednání nemá daleko k diskriminačnímu zacházení, což v důsledku může způsobit i fyzickou likvidaci. (Keller, 2010)

Sociální vyloučení jde ruku v ruce s chudobou. Pojem sociální vyloučení je v Evropě ekvivalentem k pojmu chudoba (Mareš, 1999), z pohledu evropské politiky lze tyto dva pojmy zaměnit.

Americký antropolog Oscar Lewis ve studii z roku 1959 „Five Families: Mexican Case Studies in the Culture of Poverty“ popsal kulturu chudoby. Lewis chápe kulturu

chudoby jako následek nepříznivých podmínek. Tyto podmínky mají vliv na socializaci jedince, což může vést k sociálnímu vyloučení. (Růžička Michal a Toušek Laco, 2014)

K fenoménu sociálního vyloučení se vyjadřuje také Janoušková, která uvádí: „*Jde o jev, který se vyskytoval a vyskytuje prakticky ve všech společnostech. Jeho reflexe se promítá do všech sociologických směrů a teorií. Dnes se o sociálním vyloučení hovoří v souvislosti s chudobou. Mezi rysy rostoucí chudoby v 80. letech 20. st. zejména patřily:*

- *Přetrvávání chudoby v čase*
- *Prostorová koncentrace*
- *Rozpor s normami většinové společnosti*
- *Závislost na sociálním státu*
- *Rozpad tradičních sociálních institucí jako např. rodina.“*

(Janoušková, 2008, s. 309)

Riziky sociálního vyloučení a vzniku vyloučených lokalit se zabývá také (Dahrenhof, 1995), který spatřuje hlavní rizika nejen v kriminalitě ze strany obyvatel vyloučených lokalit, ale hlavně v odcizení od hodnot uznávaných majoritní společností. (Dahrenhof, 1995) Podobný názor zastává i Matoušek, který uvádí: „*Život v sociálně vyloučené lokalitě přináší pro obyvatele značnou zátěž. Jsou zde extrémně vyjádřeny sociální rozdíly a nerovnosti ve společnosti. Často se objevuje prostorová segregace, fyzická a sociální izolace, bez životních šancí, bez jistoty a ochrany jak proti bezpráví ze strany majoritní společnosti, tak i ze strany jejich spolu obyvatel. V důsledku úpadku společenské a občanské aktivity, dochází i k omezení, nebo významné redukci sociálních sítí. Z vyloučených lokalit mizí sociální struktury, resp. instituce charakteristické pro organizovanou industriální společnost, jako jsou trh práce, církve, instituce sociálního státu, odbory, ale též konvenční rodina.“* (Matoušek, 2013, s. 403-404)

Sociální vyloučení se netýká jen chudých, sociálně vyloučení mohou být i minoritní skupiny obyvatel, cizinci, senioři nebo lidé s jinou sexuální orientací atd. K tomuto tématu se vyjadřuje Prudký, který uvádí: „*Vyloučení lidí a celých skupin je vždycky spojeno s tím,*

že těm vyloučeným je zapovězena možnost spojit se s ostatními.“ (Prudký in Navrátil a kol., 2003, s.7)

3.4. Nepříznivá sociální situace

V České republice pro účely zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v § 3 se rozumí: „*Nepříznivou sociální situací oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., §3)

Hlavní příčinou nepříznivé sociální situace je chudoba a s ní související hmotná nouze, která jedince omezuje a sociálně izoluje. Ovlivňuje také jeho postoje související s hodnotovou orientací. (Krebs a kol., 2007)

O chudobě jsem již psala v předchozí kapitole, ale tento pojem úzce souvisí i s tématem nepříznivé sociální situace. Termín „nová chudoba“ je dle Matouška: „*Stav spojovaný s nezaměstnaností a s nevýhodnou pozicí na trhu práce, příjmovou nebo majetkovou diferenciací ve společnosti. Z plnoprávných občanů se stávají klienti sociálního státu. Mezi znaky je řazena stigmatizace, segregace a diskriminace chudých jakožto osob, kdy na jedné straně vzdorují normám a institucím hlavního proudu společnosti, které se ve společnosti chápou jako potvrzení jejich asociálnosti (sociální vyloučení) a nepřizpůsobivosti, což koresponduje s tradičním dělením chudých na ty, kdo si zaslouží či nezaslouží ve své chudobě podporu*“ . (Matoušek 2013, s. 335)

Chudoba je závislá na životní úrovni určité země a je relativním pojmem. V každém státě je hranice chudoby jinde a k jejímu měření se používá minimální výše příjmu, která by měla pokrýt základní životní potřeby. V ČR je řešení chudoby a sociálního vyloučení obsaženo v zákoně č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi ve znění pozdějších předpisů a dalších právních předpisů a v zákoně č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu

ve znění pozdějších předpisů a ve vyhlášce č.398/2011 Sb. o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi, kde je definováno životní minimum jako „*Minimální hranice peněžních příjmů fyzických osob k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb*“ a existenční minimum jako „*Minimální hranice příjmů osob, která se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních potřeb na úrovni umožňující přežití*“.(Zákon č. 110/2006 Sb.)

Níže jsou uvedeny částky pro ČR.

- Existenční minimum činí 2 200 Kč
- Životní minimum pro jednotlivce činí 3 410 Kč

Pomoc v hmotné nouzi v ČR se řeší dávkami:

- Příspěvek na živobytí
- Doplatek na bydlení
- Mimořádná okamžitá pomoc (Ministerstvo práce, 2020)

Další možností pro občany, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci je žádat o dávky státní sociální podpory. „*Nárok na dávky má pouze fyzická osoba, jestliže ona a s ní posuzované osoby jsou hlášeny k trvalému pobytu(občané) nebo mají trvalý pobyt(cizinci) na území České republiky a mají zde bydliště. Cizinci, kteří nemají trvalý pobyt na území České republiky, jsou oprávněnými osobami po uplynutí 365 dní ode dne hlášení*

k pobytu. Do doby 365 dnů pobytu na území České republiky se nezapočítává doba, kdy je osoba žadatelem o udělení azylu ubytovaným v pobytovém středisku Ministerstva vnitra. Dávky státní sociální podpory náleží rovněž dalším, v zákoně o SSP uvedeným osobám, které nemají na území České republiky trvalý pobyt, pokud zde mají bydliště. Do okruhu oprávněných osob spadají také občané Evropské unie, krytí přímo použitelnými předpisy EU - Nařízením EP a Rady (ES) č. 883/2004 a Nařízením EP a Rady (EU) č. 492/2011.“ (Ministerstvo práce, 2020)

Podle zákona č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře se poskytují dávky:

- přídavek na dítě
- rodičovský příspěvek
- příspěvek na bydlení
- porodné
- pohřebné (Ministerstvo práce, 2020)

Občané ČR jsou též chráněni zákonem č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění. *„Tento zákon upravuje nemocenské pojištění (dále jen "pojištění") pro případ dočasné pracovní neschopnosti, nařízené karantény, těhotenství a mateřství, péče otce o dítě po jeho narození, ošetřování člena domácnosti nebo péče o něj, poskytování dlouhodobé péče a organizaci a provádění pojištění. Prováděním pojištění se rozumí též posuzování zdravotního stavu pro účely pojištění.“*(Zákon č. 187/2006 Sb.)

Z nemocenského pojištění se poskytují tyto dávky:

- Nemocenské
- Peněžité pomoci v mateřství
- Ošetřovné
- Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a v mateřství
- Dávka otcovské poporodní péče (tzv. otcovská)
- Dlouhodobé ošetřovné

(Ministerstvo práce, 2020)

V zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je myšleno i na občany, kteří v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby, bez které by nezvládali základní životní potřeby. Těmto osobám je poskytnut příspěvek na péči dle stupně závislosti stanovené zákonem. Prostřednictvím tohoto příspěvku si osoby hradí pomoc, kterou jim může poskytovat rodina, sociální služby nebo zdravotnické zařízení hospicového typu. (Ministerstvo práce, 2020)

Výše příspěvku na péči pro osoby do 18 let věku za kalendářní měsíc:

- 3 300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 6 600 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 9 900 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost) u osob, které využívají pobytové sociální služby,
- 13 900 Kč u osob, které nevyužívají pobytové sociální služby
- 13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost) u osob, které využívají pobytové sociální služby,
- 19 200 Kč u osob, které nevyužívají pobytové sociální služby

Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc:

- 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 8 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost) u osob, které využívají pobytové sociální služby,
- 12 800 Kč u osob, které nevyužívají pobytové sociální služby
- 13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost) u osob, které využívají pobytové sociální služby,
- 19 200 Kč u osob, které nevyužívají pobytové sociální služby (Úřad práce, 2020)

3.5. Sociální práva

Důstojná lidská existence a zaručení sociálních práv velmi úzce souvisí s tématem diplomové práce. Mezi lidská práva řadíme i práva sociální, která mají zajistit lidskou důstojnost a jsou povahy instrumentální. „*Definují úkoly států ve vztahu k právům občanů, k jejich rovnosti a svobodě.*“ (Koldinská, Tomeš, 2003, s. 11)

Ve Všeobecné deklaraci lidských práv v čl. 22 je ustanoveno: „*Každý člověk má jako člen společnosti právo na sociální zabezpečení a nárok na to, aby mu byla národním úsilím i mezinárodní součinností a v souladu s organizací a s prostředky příslušného státu zajištěna hospodářská, sociální a kulturní práva, nezbytná k jeho důstojnosti a k svobodnému rozvoji jeho osobnosti.*“ (Amnesty, 2020)

Všeobecná deklarace lidských práv obsahuje sociální práva v čl. 22-25.

Mezi sociální práva patří:

- právo na práci
- právo na uspokojivé pracovní podmínky
- právo na rodinu
- právo na sociální zabezpečení
- právo na svobodu sdružování

(Tomeš, 2001)

V České republice chrání lidská a sociální práva Ústava České republiky a Listina základních práv a svobod. „*Práva a svobody jsou v České republice založeny na ústavní úrovni a mělo by se jim proto dostávat i mimořádné ochrany.*“ (R-Mosty, Sociálně právní rádce, 2007, s.29)

Česká republika je členem Organizace spojených národů a členem Evropské unie. Je proto vázána mezinárodními úmluvami, mezi které patří Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Evropská úmluva o lidských právech. (R-Mosty, Sociálně právní rádce, 2007)

Dalším významným dokumentem, ve kterém se klade důraz na sociální práva, je Sociální doktrína ČR. *„Česká sociální doktrína navazuje na dlouhou tradici sociálního myšlení a politické praxe jak u nás, tak i jinde v Evropě a ve světě. Orientuje přístupy a činy státu a dalších sociálních aktérů, včetně očekávání a činů samotných občanů. Její myšlenky nalezneme v ústavě a zákonech České republiky i v mezinárodních úmluvách a paktech, které ratifikovala. Úsilí o její explicitní vyjádření a další rozvíjení je vedeno snahou, aby si její obsah ozřejmili všichni, kteří spolurozhodují a budou spolurozhodovat o podobě a realizaci české sociální politiky budoucích let a desetiletí.“* (SDS, 2001)

3.6. Současná situace v ČR v souvislosti s celosvětovou pandemií koronaviru

Tuto kapitolu jsem zařadila do diplomové práce, jako reakci na vzniklou situaci související s pandemií koronaviru. V průběhu psaní diplomové práce došlo z důvodu ohrožení zdraví v souvislosti s celosvětovou pandemií koronavirem (označovaným jako SARS CoV-2) k závažným změnám v České republice. Dne 12. 3. 2020 od 14:00 hod vláda v souladu s čl. 5 a 6 ústavního zákona č. 110/1998 Sb. o bezpečnosti České republiky, vyhlásila na území České republiky nouzový stav po dobu třiceti dnů. Nouzový stav byl posléze prodloužen do 17. května 2020. V souvislosti s vyhlášením nouzového stavu došlo k mnoha omezením a opatřením, mezi která patřilo omezení volného pohybu osob, opatření na státních hranicích, zákaz kulturních a společenských akcí, omezení v oblasti maloobchodu, opatření v oblasti školní docházky, opatření v dopravě, zdravotnictví, v sociální oblasti. (Vláda, 2020)

Tato situace měla nedozírné následky. Pro mnoho občanů České republiky byla likvidační. Velká část občanů přišla den ze dne o zaměstnání, nebo jim byla pozastavena podnikatelská činnost. Jsou i takové případy, kdy v souvislosti se ztrátou zaměstnání přišli

někteří občané o střechu nad hlavou, protože omezení postihla i ubytovací zařízení. Přerušila se také školní docházka, což pro mnoho rodičů znamenalo nemožnost docházet do zaměstnání a byli nuceni zůstat s dětmi doma. V nepříznivé sociální situaci se ocitlo velké množství lidí a nepříznivá sociální situace zůstala i po skončení nouzového stavu aktuálním tématem. Statistická data z Úřadu práce ukazují na nárůst nezaměstnanosti. V lednu 2020 bylo zaznamenáno v ČR 230 022 evidovaných uchazečů o zaměstnání. V dubnu 2020 je patrný nárůst počtu na 254 040 uchazečů o zaměstnání. (Ministerstvo, 2020) Zaznamenán je v ČR i pokles hrubého domácího produktu za 1. čtvrtletí r. 2020 o 2 %. (Statistický úřad, 2020)

Ministerstvo práce a sociálních věcí zareagovalo na vzniklou situaci několika opatřeními:

Ošetřovné:

- *„Ošetřovné se zaměstnancům poskytuje na celou dobu platnosti mimořádného opatření o uzavření školních a dětských zařízení a některých sociálních služeb pro hendikepované.*
- *Ošetřovné se bude vyplácet i v případě, že o uzavření zařízení z důvodu epidemie rozhodl sám zřizovatel.*
- *Ošetřovné náleží rodičům s dětmi do 13 let. Posledním dnem, kdy může vzniknout nárok, je předcházející den před 13. narozeninami.*
- *Pokud se rodiče starají o hendikepované dítě (alespoň v I. stupni závislosti), neplatí žádná věková hranice.*
- *Ošetřovné získají i lidé, kteří se z důvodu uzavření zařízení sociálních služeb (denní stacionáře apod.) starají o hendikepovanou osobu (alespoň I. stupeň závislosti), se kterou žijí ve společné domácnosti. Věkové omezení stanoveno není.*
- *Pro vyplácení peněžní podpory OSVČ stanovilo Ministerstvo průmyslu a obchodu obdobná pravidla.*
- *Pečující se můžou při péči o dítě nebo hendikepovanou osobu střídat vícekrát bez omezení.“ (Ministerstvo práce, 2020)*

Mimořádná okamžitá pomoc:

„Lidé, kteří se prokazatelně ocitnou vlivem nedostatku prostředků ve finanční nouzi, mohou požádat o jednorázovou dávku mimořádné okamžité pomoci (MOP). Týká se to i rodičů dětí do 10 let, jež s nimi zůstanou doma na tzv. ošetřovném kvůli situaci kolem koronaviru. Pro účely dávky se posuzuje mimo jiné příjem všech osob ve společné domácnosti. Žádost o dávku musí být odůvodněná. Úřad práce ČR může dávku poskytnout klientovi, jehož sociální a majetkové poměry mu neumožňují překonat nepříznivou situaci.“(Ministerstvo práce, 2020)

Antivirus, podpora zaměstnanosti:

Tento program, přijatý MPSV: *„Má pomoci firmám ochránit pracovní místa. Stát bude prostřednictvím Úřadu práce ČR kompenzovat firmám vyplacené prostředky. Toto opatření pomůže zaměstnavatelům lépe zvládnout současnou situaci a nebudou tak muset sáhnout k propouštění.“* (Ministerstvo práce, 2020)

Komu a za jakých podmínek budou kompenzace náležet?

„Zaměstnavatelům, jejichž hospodářská činnost bude ohrožena v důsledku šíření nákazy, bude poskytován příspěvek na plnou či částečnou úhradu náhrad mezd, které budou zaměstnancům náležet z důvodu překážky na straně zaměstnance (nařízení karantény) nebo na straně zaměstnavatele (překážka – uzavření provozovny z důvodu nařízení vlády uzavřít provoz), bude-li prokázáno, že překážka v práci vznikla v důsledku nákazy COVID-19.“ (Ministerstvo práce, 2020)

Kdo bude příspěvek vyplácet a jak dlouho?

„Příspěvek bude poskytovat Úřad práce ČR, výše a doba poskytování bude závislá na důvodu vzniku překážky v práci, u každého zaměstnance bude nutné odlišit důvod překážky v práci.“(Ministerstvo práce, 2020)

Odpuštění sociálního pojištění:

„OSVČ od března do srpna 2020 nebudou muset platit předepsané zálohy a v ročním vyúčtování se jim tak sníží celkové pojistné o částku odpovídající minimálním zálohám na důchodové pojištění za půl roku. Tato částka se živnostníkům zcela promine. Živnostníci nikde nemusí o toto odpuštění platby žádat. Změna platí automaticky od března do srpna a týká se všech. Tedy živnostníků s hlavní i vedlejší výdělečnou činností.“(Ministerstvo práce, 2020)

3.7. Sociální služby

V České republice jsou základními dokumenty, které upravují podmínky pro poskytování sociální pomoci osobám v nepříznivé sociální situaci zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a s ním související prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb.

Pro účely zákona č. 108/2006 Sb. v § č. 3 o sociálních službách se rozumí: *„Sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § č. 3.)

Z tohoto vyplývá, že sociální služby reagují na potřeby a jsou určeny občanům, kteří nemohou vlastními silami z rozličných důvodů, zdravotních nebo sociálních zajistit základní životní potřeby *„Základním principem je, že služby by se měly přizpůsobovat potřebám lidí, a ne naopak.“* (Štegmannová, Šafr, Havrdová, 2011, s. 67)

Podobný názor sdílí i Matoušek, který uvádí: *„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“* (Matoušek a kol., 2007, s. 9)

Právo využívat služby sociální péče je zakotveno v Evropské sociální chartě v článku 14, kde se uvádí: „1. podporovat nebo poskytovat služby využívající metod sociální práce, které přispívají k blahu a rozvoji jak jednotlivců, tak skupin v komunitě a jejich přizpůsobení společenskému prostředí, 2. povzbuzovat účast jednotlivců a dobrovolných a jiných organizací při zakládání nebo udržování takových služeb.“(Ochránce, 2020)

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách obsahuje strukturu a rozdělení sociálních služeb.

V zákoně č. 108/2006 Sb. jsou uvedeny tři druhy služeb:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Formy poskytování sociálních služeb jsou rozděleny na pobytové, ambulantní a terénní.

Dále se sociální služby dělí na zpoplatněné a na služby poskytované bez úhrady.

Sociální služby poskytované bez úhrady:

- sociální poradenství
- raná péče
- telefonická krizová pomoc
- tlumočnické služby
- krizová pomoc
- služby následné péče
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- terénní programy
- sociální rehabilitace

- sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež
- služby sociálně terapeutických dílen
- sociální služby intervenčních center

Sociální služby poskytované za úhradu:

- osobní asistence
- pečovatelská služba
- tísňová péče
- průvodcovské a předčitatelské služby
- podpora samostatného bydlení
- odlehčovací služba
- služby v centrech denních služeb
- služby v denních stacionářích
- pobytové služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb
- služby v chráněném bydlení

Sociální služby za úhradu jsou poskytovány v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem a zdravotnických zařízeních lůžkové péče, v azylových domech, v domech na půli cesty, v terapeutických komunitách, v zařízeních následné péče, v noclehárnách a nízkoprahových denních centrech. (Zákon č.108/2006 Sb.)

3.7.1. Kvalita v sociálních službách

S pojmem kvalita se setkáváme v širokém spektru lidské činnosti. Ne jinak je to i v sociálních službách. Kvalita je obvykle výsledkem hodnocení. „*Nejjednodušší definice kvality říká, že kvalita je výsledkem mezi očekáváním a výkonem.*“ (Výkladový sborník, 2008, s. 166) Podobný názor sdílí Horecký (2019), který

uvádí: „Kvalitu v sociálních službách můžeme také definovat jako soubor vlastností a znaků nějakých činností, které se vztahují na naplnění daných požadavků.“ (Horecký, 2019, s. 81) V dokumentu Bílá kniha v sociálních službách, který vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) v r. 2003, jsou obsaženy základní principy a poslání sociálních služeb. Je zde zmíněna kvalita a měření kvality v sociálních službách. Dále se zde uvádí, že sociální služby by měly být uzpůsobeny potřebám a požadavkům klientů a ne naopak. Poskytovatelé sociálních služeb by měli být sami schopni posoudit, zda splňují požadavky, které ukládají standardy kvality. (Asociace poskytovatelů, 2020)

Pokud hodnotíme služby, měli bychom odpovědět na základní otázky:

- *„Jak poznáme, že to, co pro uživatele děláme, je kvalitní, účinné a účelné?*
- *Jak poznáme, že služba dělá to, co měla – chtěla dělat?*
- *Jak poznáme, že služba by měla dělat něco jiného nebo že nějaká jiná služba chybí?*
- *Jak zjišťujeme (poznáme) spokojenost se službou u lidí, kteří se nevyjadřují verbálně?*
- *Jak poznáme, že pracovník dělá svou práci dobře?*
- *Jak zjišťujeme (poznáme) kvalitu vedoucího organizace? To, že dělá svou práci dobře?*
- *Jak zjišťujeme (poznáme) kvalitu inspektora? To, že dělá svou práci dobře?*
- *Jak zjišťujeme (poznáme) kvalitu organizace?“* (Ministerstvo práce, Výkladový sborník, 2008, s.166)

V roce 2002 vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí Standardy kvality sociálních služeb, které se teprve v roce 2007 staly závazným právním předpisem. Znění Standardů je obsaženo v příloze č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. (Ministerstvo práce, 2020) „Standardy se zabývají kvalitativní povahou poskytovaných služeb, tím, jak jsou zabezpečeny podmínky ve službě, jaká je povaha vztahu mezi uživateli a pracovníky, jak jsou chráněna práva a důstojnost uživatelů, jak jsou naplňovány principy

individuálního poskytování služby a směřování k sociálnímu začleňování osob.“
(Ministerstvo práce, Standardy kvality, 2008, s. 4)

Standardy kvality sociálních služeb jsou rozdělené do tří skupin, na standardy procedurální, personální a provozní. Pro lepší orientaci jsou Standardy sociálních služeb označeny čísly 1-15.(Vyhláška 505/2006 Sb.)

Standardy procedurální definují vztahy mezi uživatelem a poskytovatelem sociálních služeb. Zejména se to týká cílů a způsobu poskytování služeb, ochrany práv uživatelů, individuálního plánování a průběhu služeb, stížností a návaznosti poskytovaných služeb.

Mezi procedurální standardy patří:

- Standard 1 - Cíle a způsoby poskytování služeb
- Standard 2 - Ochrana práv osob
- Standard 3 - Jednání se zájemcem o sociální službu
- Standard 4 - Smlouva o poskytování sociální služby
- Standard 5 - Individuální plánování průběhu sociální služby
- Standard 6 - Dokumentace o poskytování sociální služby
- Standard 7- Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- Standard 8 - Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Standardy personální definují personální zajištění služby, pracovních podmínek, řízení poskytovaných služeb a profesní rozvoj zaměstnanců.

Mezi personální standardy patří:

- Standard 9 - Personální a organizační zajištění sociální služby
- Standard 10 - Profesní rozvoj zaměstnanců

Standardy provozní definují prostředí a podmínky poskytovaných služeb, jejich dostupnost a informovanost o službách.

Mezi provozní standardy patří:

- Standard 11 - Místní a časová dostupnost poskytované služby
- Standard 12 - Informovanost o poskytované sociální službě
- Standard 13 - Prostředí a podmínky
- Standard 14 - Nouzové a havarijní situace
- Standard 15 - Zvyšování kvality sociální služby

(Ministerstvo práce, 2020)

Od roku 2011 je v ČR zaveden systém externího hodnocení sociálních služeb ZQ (Značka kvality). ZQ se zaměřuje hlavně na to, jak vnímá kvalitu uživatel. Sociální služby jsou ohodnoceny body, jejichž počet má vliv na udělení hvězdiček, které poskytují jasnou informaci o kvalitě poskytovaných služeb v určitém zařízení. Od roku 2013 se stala ZQ součástí vládního programu Česká kvalita. Tento program je garantem objektivitu a serióznosti značek kvality na českém trhu. Značka kvality se uděluje na tři roky při první certifikaci. Druhá a další certifikace má platnost čtyři roky. Správcem systému Značka kvality v sociálních službách je Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Certifikace je určena především pro:

- Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem
- Pečovatelskou službu
- Ambulantní služby pro osoby se zdravotním postižením (denní stacionáře, centra denních služeb, sociálně terapeutické dílny)

(Asociace poskytovatelů, 2020)

Další, v sociálních službách v ČR nejrozšířenější, je certifikace systému managementu kvality podle ISO. „*International Organization for Standardization (ISO) je mezinárodní organizace pro vývoj a sjednocení standardů. Normy ISO 9000 patří k nejvíce známým a úspěšným standardům a staly se respektovanou mezinárodní referencí pro požadavky trhu na kvalitu.*“ (Horecký, 2019, s. 161)

V sociálních službách se nejvíce využívá k certifikaci norma ISO 9001. Pokud organizace splní všechny požadavky norem, může požádat certifikační organizaci o ověření shody s normou tzv. certifikaci systému. V ČR poskytuje certifikaci okolo 200 akreditovaných certifikačních organizací. Tato certifikace má pro organizaci velký přínos a pokud organizace obdrží certifikaci podle ISO 9001 je zřejmé, že je schopna poskytnout služby náročným zákazníkům a otevírá se možnost k získání dalších zákazníků. Organizace se také může účastnit výběrových řízení na velké zakázky ve státní správě, efektivně navyšovat tržby a zisk, zvýší se též důvěra veřejnosti. (Horecký, 2019)

Dalším souvisejícím tématem s hodnocením kvality v sociálních službách, je inspekce poskytování sociálních služeb. Podmínky o provádění inspekce poskytování sociálních služeb (dále jen inspekce) jsou zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb. v § 97 o sociálních službách. V zákoně se hovoří o tom, že inspekce se provádí u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb. Inspekce se zabývá především plněním povinností poskytovatelů sociálních služeb a kvalitou poskytovaných služeb. Inspekce provádí též kontrolu smluv o poskytování sociálních služeb, zda smlouvy obsahují všechny náležitosti a zda je správně sjednaná výše úhrady. Pokud inspekce odhalí nedostatky, je poskytovatel sociálních služeb toto povinen sdělit osobě, které se toto bezprostředně týká, tzn. osobě, se kterou poskytovatel uzavřel smlouvu, nebo s jejím zákonným zástupcem. Jako závažný nedostatek ve smlouvě se hodnotí zejména chybné sjednání výše úhrady a neuvedení výpovědních důvodů a výpovědních lhůt. Inspekci provádí inspekční tým přímo v místě poskytování sociálních služeb. Tým je tvořen nejméně třemi členy, pokud se jedná o inspekci v pobytové sociální službě. Při inspekci v ostatních typech sociálních služeb je tým tvořen dvěma členy. Další podmínkou, která je kladena na členy inspekčního týmu je, že alespoň jeden člen musí být zaměstnancem státu zařazeným k výkonu práce v ministerstvu. Dále mohou být k inspekci přizváni specializovaní odborníci. Přizvaný odborník musí být nezávislý, nesmí být podjatý vůči poskytovateli sociálních služeb. Členům inspekčního týmu musí být umožněno dotazovat se přímo osob,

kterým jsou sociální služby poskytovány, podmínkou je však souhlas dotazované osoby. Ministerstvo má oprávnění k tomu, aby uložilo poskytovateli sociálních služeb opatření k odstranění nedostatků. Poskytovatel sociálních služeb je povinen splnit nápravu ve lhůtě, které stanoví ministerstvo, popřípadě podat o tomto písemnou zprávu, pokud je vyžadována. Po splnění navržených náprav a po podání písemné zprávy se může přistoupit k nové inspekci. (Zákon č. 108/2006 Sb., §97)

Z výše uvedeného textu je patrné, že kvalita a měření kvality v sociálních službách právem zastává důležité místo, které nelze opomíjet. Jen kvalitně poskytovaná sociální služba bude pro klienty a jejich rodiny přínosem, nikoliv „noční můrou“. Osobně jsem měla možnost navštívit zařízení, které nespĺňovalo téměř žádné požadavky na kvalitu v sociálních službách. Nepohybliví klienti byli umístěny do patra, zařízení nedisponovalo výtahem, personál je nosil ze schodů na zádech. Pokoje klientů a hygienické podmínky byly nevyhovující, netekla teplá voda. V zařízení chyběl personál, na směnu byla přítomna jedna pracovnice, s klienty ji pomáhal kuchař. Nebyla k dispozici uklízečka. Zaměstnanci pracovali zadarmo, jelikož majitel zařízení již dva měsíce neplatil mzdy. Naštěstí již toto zařízení není v provozu a můžeme jen doufat, že s ničím podobným se v sociálních službách nesetkáme.

3.8. Návaznost zdravotních a sociálních služeb v PNP

Zdravotnická záchranná služba řeší při poskytování přednemocniční neodkladné péče i stavy, které svou problematikou spadají do oboru sociální práce a sociálních služeb.

K tomuto se vyjadřuje Vodáčková, která uvádí: *„Záchrannou službu lze ale také chápat jako součást daleko širšího systému služeb. Na takový systém můžeme pohlízet jako na síť obklopující jednotlivá pracoviště záchranné služby.“* (Vodáčková, 2008, s.5)

Zákon č.374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě umožňuje předání pacienta pouze cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, kde se rozumí: *„Cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče nejbližší dostupný poskytovatel akutní lůžkové péče, který je způsobilý odborně zajistit pokračování poskytování zdravotní péče pacientovi, odpovídající závažnosti postižení zdraví nebo přímému ohrožení života.“* (Zákon č.374/2011 Sb.) Z toho vyplývá, že v České republice, kromě tzv. sociálního lůžka (sociální hospitalizace) neexistuje návaznost zdravotních a sociálních služeb v podmínkách přednemocniční neodkladné péče, ačkoliv tyto dvě složky spolu velmi úzce souvisí. Výše zmiňované “sociální lůžko“, je dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách v § 52 definováno, jako sociální služba poskytovaná ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. *„Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.“* (Zákon č. 108/2006 Sb, §52)

Záchranná služba často vyjíždí do zařízení sociálních služeb všeho druhu, avšak spolupráce opačným směrem možná není. ZZS ani sociální služby na toto nejsou připravené organizačně. Řešení situací, které potřebují spíše sociální intervenci, nakonec padnou na cílová zdravotnická zařízení. Šeblová a Knor (2013) ve své publikaci zmiňují

problematiku bezdomovectví, domácího násilí, týrání svěřené osoby, agrese a jednání s problémovým pacientem. Záchranáři se setkávají s daleko rozmanitějšími situacemi, které nelze tak jednoduše vtěsnat do jedné kapitoly výše zmíněné publikace. Řešení těchto situací nespočívá jen ve správném vedení dokumentace a podání určitého léčiva. Domnívám se, že řešení podobných situací by mělo být operativní, postiženému pomoci okamžitě prostřednictvím kvalifikovaných terénních pracovníků. Jak jsem již výše psala, v ČR neexistuje návaznost PNP přímo v terénu na sociální služby. Z tohoto důvodu dochází k nedořešení mnoha závažných případů. V praxi to vypadá většinou tak, že část případů převezme k řešení Policie České republiky, další klienti jsou převezeni do cílového zdravotnického zařízení a část klientů, pokud u nich není shledán zdravotní problém, zůstávají dále v „patologickém“ prostředí nebo situaci. Záchranáři zde mohou pomoci pouze „dobrým slovem“, nikoliv sociální pomocí, tak jak uvádí Schilling: *„Sociální pomoc je péče o členy společnosti, kteří nejsou v určitých situacích či některých fázích života samostatně nebo s podporou svého blízkého okolí řešit své problémy. Rozlišujeme tři typy „sociální pomoci“, primární pomoc, která slouží osobnosti a celkovému rozvoji lidí, sekundární neboli preventivní pomoc, která je uskutečňována formou poradenství a podpory a terciární pomoc uplatňovaná v okamžiku, kdy problémy eskalují a člověk není schopný je zvládnout sám.“* (Schilling, 1999, s. 42).

Možným řešením by bylo, kdyby záchranáři přímo z terénu mohli prostřednictvím zdravotnického operačního střediska kontaktovat sociální službu nebo terénního sociálního pracovníka, podobně, jako je tomu při součinnosti se složkami Integrovaného záchranného systému. Domnívám se, že tuto službu by ocenili nejen klienti a záchranáři, ale hlavně kapacitně přetížené urgentní příjmy cílových zdravotnických zařízení.

Kuzníková a kol. (2011) apeluje na nutnost propojení zdravotní a sociální péče, autorka také poukazuje na to, že rozdělení resortů na zdravotní a sociální je kontraproduktivní vůči mezinárodním snahám o propojení obou oborů.

4. Profesní organizace – sociální služby

4.1. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR je profesní organizací a nezávislým spolkem právnických a fyzických osob poskytujících sociální služby. Sdružuje poskytovatele sociálních služeb v České republice. Zastupuje a obhajuje zájmy svých členů u státních a dalších zainteresovaných institucí. Předkládá odborná stanoviska prostřednictvím kvalifikované oponentury a podporuje žádoucí právní regulace sociálních služeb. Podílí se na rozšiřování vědeckých a výzkumných poznatků do činnosti poskytovatelů sociálních služeb a předávání tuzemských i zahraničních odborných zkušeností svým členům. Reprezentuje potřeby a společné zájmy svých členů. Vytváří studijní, dokumentační, informační, vzdělávací a expertní činnost. (Asociace poskytovatelů, 2020)

4.2. Profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách

Profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách je odborné uskupení. Jeho hlavním cílem je podpora sociální práce jako profese. Důraz klade na rozvoj odborné úrovně sociální práce v sociálních službách. Dále svaz zprostředkuje výměnu informací mezi poskytovateli a odborníky. Informuje též své členy o změnách v legislativě a jiných důležitých skutečnostech. Je pořadatelem odborných seminářů a jiných akcí. Spolupracuje také s APSS ČR na vzdělávací a publikační činnosti. (Asociace poskytovatelů, 2020)

4.3. Společnost sociálních pracovníků ČR

Společnost sociálních pracovníků České republiky je odborná organizace, která sdružuje členy z řad sociálních pracovníků. Hlavním úkolem společnosti je zvyšování odborné úrovně a rozvoje sociální práce v praxi. Společnost byla založena v r. 1990

a navazuje na tradici Společnosti sociálních pracovníků, která působila od r. 1921 na území ČR. Podílí se též na dalším vzdělávání sociálních pracovníků, poskytuje svým členům poradenskou činnost. Dbá na dodržování etického kodexu sociálních pracovníků. Pořádá odborné konference, podílí se na vytváření zákonů a návrhů právních předpisů. Je členem IFSW. (Společnost sociálních, 2020)

4.4. Mezinárodní federace sociálních pracovníků

Mezinárodní federace sociálních pracovníků-IFSW (International Federation of Social Workers) je organizace působící v celém světě. Federace usiluje o sociální spravedlnost, lidská práva a společenský rozvoj prostřednictvím sociální práce se zapojením do mezinárodní spolupráce. Sídlo IFSW je ve švýcarském Bernu. IFSW má regionální sekce v Africe, Asii a Tichomoří, Severní Americe, Latinské Americe a Karibiku a v Evropě. Společnost sociálních pracovníků ČR je členem IFSW od roku 1995. (Mezinárodní federace, 2020)

III. Praktická část

5. Cíl praktické části práce a výzkumné otázky

Výzkumný cíl

Cílem výzkumného šetření je zjistit jaké zkušenosti mají záchranáři při výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci. Vedlejším cílem je zjistit, jak tyto situace záchranáři identifikují, a následně vnímají a prožívají a jestli by záchranáři měli zájem o vzdělávání v oboru sociální práce.

Zkušenostmi mám na mysli, s jakými typy výjezdů se záchranáři setkávají, kdo v souvislosti s tématem výzkumu jsou jejich nejčastější klienti, jakou problematiku při těchto typech výjezdů řeší a jakým způsobem.

Prožíváním mám na mysli emoce, které záchranáři během zásahů při těchto typech výjezdů prožívají.

Vzděláváním míním školení v rámci pravidelného vzdělávání záchranářů.

Výzkumné otázky

1. Jaké zkušenosti mají záchranáři při výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci?
2. Jak tyto situace záchranáři identifikují, vnímají a prožívají?
3. Mají záchranáři zájem vzdělávat se v oboru sociální práce?

6. Metodologie výzkumu

6.1. Výzkumný design a metoda

Pro účely výzkumu a získání odpovědí na výzkumné otázky jsem zvolila kvalitativní výzkumný design. Kvalitativní výzkum skýtá velké možnosti, jak do hloubky porozumět dané problematice. Strauss a Corbinová uvádí: „*Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme.*“ (Strauss a Corbinová, 1999, s. 11)

Jako hlavní výzkumnou metodu a zdroj pro vytváření dat jsem zvolila strukturované rozhovory s otevřenými otázkami. Jak uvádí Hendl: „*Data z takového interview se snadněji analyzují, protože jednotlivá témata se lehce v přepisu rozhovoru lokalizují.*“ Rozhovory jsem vedla se zdravotnickými pracovníky zaměstnanými na zdravotnické záchranné službě ZZS SČK na výjezdovém stanovišti v Mladé Boleslavi.

Výjezdové středisko ZZS v Mladé Boleslavi je součástí ZZS SČK. Zajišťuje přednemocniční neodkladnou péči v okrese Mladá Boleslav. Mladoboleslavsko má 127,8 tisíc obyvatel a v současné době k okresu náleží 120 obcí. (Statistický úřad, 2020)

Výjezdové středisko v Mladé Boleslavi zajišťuje nepřetržité poskytování PNP prostřednictvím posádek ve složení 1x RLP, 2x posádkou RZP, 1x posádkou RV. Mladoboleslavští záchranáři též vyjíždí z výjezdového stanoviště Mnichovo Hradiště, kde je umístěna jedna posádka RZP. Při zásazích spolupracují i se záchrannými službami sousedních okresů, s Leteckou záchrannou službou a se složkami IZS. Průměrný počet výjezdů je 60 za 24 hod. Stanoviště je personálně zajištěno 70 zdravotnickými pracovníky, z toho 30x zdravotnický záchranář, 30x řidič vozidla ZZS a 10x lékař.

6.2. Popis a výběr výzkumného vzorku

Předmětem výzkumu jsou zdravotničtí pracovníci zdravotnické záchranné služby ZZSČK. Výzkumný vzorek tvoří zdravotničtí pracovníci, kteří pracují na výjezdové základně ZZS SČK v Mladé Boleslavi. Respondenty jsem získala z řad kolegů, které jsem ohledně výzkumu oslovila. Pro výběr respondentů jsem stanovila následující kritéria:

- respondent je zdravotnickým pracovníkem
- respondent je zaměstnaný na zdravotnické záchranné službě ZZSČK
- respondent souhlasí s výzkumem

Výzkumný vzorek tvoří sedm zdravotnických pracovníků, kteří souhlasili s účastí na výzkumu. Celkem jsem oslovila deset respondentů, tři odmítli realizaci rozhovoru. Pracovně jsem si respondenty pojmenovala, jako „Sedm statečných“.

6.2.1. Charakteristika respondentů

Výzkumný vzorek je tvořen sedmi respondenty z řad zdravotnických pracovníků záchranné služby v zastoupení tří žen a čtyř mužů. Délka praxe respondentů na záchranné službě se pohybuje od pěti do třidvaceti let. Věkové rozmezí je 25- 70 let. Pro zvýšení a zabezpečení anonymity jsem neuvedla pravá jména, věk a pracovní zařazení respondentů. Zaměnila jsem též dosažené vzdělání a délku praxe. Sjednotila jsem pohlaví respondentů, když jsem všem přiřadila mužské jméno.

Tab. č. 3 Seznam respondentů, základní údaje

Jméno	Délka praxe	Vzdělání	Délka rozhovoru
R1 Bernardo	23	SŠ	40 min
R2 Britt	15	VOŠ	60 min
R3 Calvera	10	SŠ	50 min
R4 Harry	20	VŠ	38 min
R5 Chico	8	SŠ	55 min
R6 Chriss	5	VŠ	50 min
R7 Lee	10	VOŠ	43 min

6.3. Průběh výzkumu

Výzkumné šetření jsem začala realizovat v polovině prosince 2019, pokračovala jsem v lednu, únoru a březnu 2020. Oslovila jsem celkem deset respondentů, realizace rozhorů se účastnilo sedm respondentů. Respondenty jsem oslovila na pracovišti, a protože se jedná o mé kolegy, nebyl problém s jejich kontaktováním. Většina respondentů souhlasila s použitím záznamového zařízení, jeden respondent souhlasil s vedením rozhovoru, pouze za podmínky, že nebude pořízen zvukový záznam. Z toho důvodu jsem rozhovor s ním zaznamenávala písemně. Realizace rozhovorů probíhala přímo na pracovišti. Respondenti byli ochotni poskytnout rozhovor, ale nebyli ochotni výzkumu věnovat svůj volný čas. S ohledem na vytíženost respondentů jsem byla nucena realizovat rozhovory přímo na pracovišti. Nechala jsem na rozhodnutí respondenta, kde bude chtít realizovat rozhovor, respondenti dali přednost nerušenému prostředí v pokoji zdravotníků. Rozhovory jsem nahrávala na záznamník v mobilním telefonu, jeden rozhovor jsem doslovně zapisovala bez použití záznamového zařízení. O realizaci výzkumu jsem též informovala vedení Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje. Vedení s výzkumem souhlasí, získala jsem písemný souhlas ředitele organizace.

6.4. Pozicionalita

Pro každého výzkumníka je nezbytné reflektovat svou lokaci a pozicionalitu, která se vztahuje k výzkumu (Guillemín, Gillam, 2004). Jak jsem již výše uvedla, všichni respondenti jsou zároveň i moji kolegové ze záchranné služby. Jsem si vědoma, že to může mít vliv na výsledky výzkumu, např. proto, že respondenti mohou mít obavy vyjádřit svůj skutečný názor, mohou se obávat selhání, protože nemají potřebné informace k zodpovězení mých otázek. Měla jsem výhodnější pozici pro kontaktování respondentů. V podstatě odpadl proces získávání důvěry, protože se s většinou kolegů známé dlouhá léta. Nikoho jsem nemusela k rozhovoru přemlouvat, respektovala jsem však odmítnutí ze strany několika kolegů.

Dalším důležitým aspektem, který bych ráda zmínila je lokace a region, kterého se výzkum týká a úzce souvisí se zkoumanou problematikou. Zdravotnická záchranná služba s výjezdovým stanovištěm v Mladé Boleslavi poskytuje přednemocniční neodkladnou péči v regionu Mladá Boleslav. Tento region se vyznačuje tím, že je zde automobilka Škoda auto a.s., která hraje klíčovou roli zaměstnavatele na trhu práce. Na automobilku se vážou různé pracovní agentury. Prostřednictvím těchto agentur do našeho regionu proudí za prací množství cizinců. Problém nastává, když tito zaměstnanci z nějakého důvodu přijdou o práci, zůstávají zde bez finančních prostředků, bez ubytování. Tato skutečnost může též ovlivňovat výzkum, protože je v tomto regionu zvýšený výskyt patologických jevů souvisejících s mým výzkumem. Ráda bych toto tvrzení doložila statistikou, bohužel záchranná služba nevede statistiku tohoto typu, nevidujeme výjezdy k tzv. patologickým jevům. Do statistiky je sice zahrnuto požití alkoholu či omamných látek, ale výsledky statistiky neprokazují souvislost s tématem mé diplomové práce. Výše uvedená fakta jsou založena spíše na osobní zkušenosti a pozorování.

6.5. Etické aspekty výzkumu

Etické aspekty ve výzkumu hrají velmi důležitou roli. Existují různá doporučení, která určují etická pravidla ve výzkumu. Důležité je při výzkumu dodržovat určité zásady etického jednání. Mezi hlavní zásady patří informovaný souhlas, anonymita a svoboda odmítnutí. (Hendl, 2005)

Před zahájením výzkumu jsem pro respondenty připravila informovaný souhlas a seznámila je s účelem a průběhem výzkumu a s tím, že jejich odpovědi budu nahrávat na záznamové zařízení. Svým podpisem respondenti dali souhlas s účastí na výzkumu. Poučila jsem respondenty, že mohou kdykoliv z výzkumu odstoupit. Respektovala jsem přání jednoho respondenta, který nesouhlasil, aby jeho odpovědi byly nahrávány na záznamové zařízení.

Respondenty jsem ujistila o naprosté anonymitě výzkumu, což byl stěžejní prvek, který ovlivnil ochotu respondentů spolupracovat na výzkumu. Záměrně jsem uvedla smyšlená jména respondentů, neuvádím věk respondentů, protože by právě věk mohl být vodítkem pro identifikaci. Respondentům jsem zajistila soukromí při realizaci rozhovorů, nejen z důvodu klidného a nerušeného prostředí, ale také proto, aby nikdo nevěděl, kdo se mého výzkumu účastní. Informanty jsem vyzvala, aby sdělili svůj názor a pohled na danou problematiku, bez ohledu na to, co je obecně považováno za tzv. dobrý, či správný názor. Zajímalo mne, co si skutečně záchranáři myslí, jak vnímají určité situace a souvislosti. Ubezpečila jsem informanty, že se nejedná o vědomostní test a ani kvíz, a že se nemusí obávat selhání, pokud nebudou znát odpověď na mé otázky. Odpovědi nebudou hodnoceny ve smyslu dobrá či špatná. Každá odpověď je správná, protože přináší autentický pohled na dané téma.

6.6. Limity výzkumu

Důvěryhodnost výzkumu může být především ovlivněna strategií sběru dat. Výsledky výzkumu ovlivňuje jak osoba výzkumníka, tak osoba zkoumaného. Snažila jsem se tomuto ovlivnění předcházet tím, že jsem volila jen takové otázky, které nebyly zaujaté, a nebylo z nich možné vyčíst mezi řádky mé názory. Tímto jsem dávala respondentům možnost plně vyjádřit své názory, aniž bych je jakkoliv ovlivňovala. Připouštím, že určitému ovlivnění se zabránit nedalo, protože jsem výzkum realizovala na pracovišti s mými kolegy. Snažila jsem se udělat maximum, aby data výzkumu byla kvalitní, neboť kvalitně sebraná data jsou základem důvěryhodnosti výzkumu.

Protože jsem výzkum realizovala ve specifickém prostředí záchranné služby a v regionu Mladoboleslavska, je možné, že výsledky výzkumu budou platné jen v prostředí, kde jsem data sbírala.

6.7. Popis analýzy rozhovorů

Pro analýzu rozhovorů jsem se inspirovala metodami Strausse a Corbinové (1999, s. 43-48), dále jsem využila metody Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 211-227). Rozhovory jsem doslovně přepsala do textové podoby a provedla jsem otevřené kódování. Postupovala jsem tak, že jsem si text rozdělila na věty a odstavce a přidělila jim kódy. Ze vzniklých kódů jsem vytvořila skupiny jednotlivých kategorií, které zastupovaly určité téma nebo význam.

Dále jsem postupovala podle Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 226) s využitím techniky „vyložení karet“. Vytvořený kategorizovaný seznam kódů jsem uspořádala tak, abych následně mohla převyprávět obsah jednotlivých kategorií.

Pro ilustraci postupu, přikládám tabulku, která obsahuje jednotlivé kategorie a seznam kódů, což jsou v podstatě typy odpovědí respondentů. Respondenti jsou zde označeni čísly od 1-7.

Tab. č. 4 Kategorie a seznam kódů

KATEGORIE A KÓDY	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Nepříznivá sociální situace							
Špatné sociální zázemí	X	X	X	X	X	X	X
Chudoba	X	X	X	X			
Deficit sebepěče	X						
Závislost alkohol, drogy		X	X			X	X
Nezaměstnanost			X				
Omezení sociálních kontaktů					X		
Nejčastější situace na výjezdech							
Špatné sociální zázemí	X		X	X	X		X
Deficit sebepěče	X		X	X		X	X
Chudoba		X	X		X		
Závislost alkohol, drogy		X	X	X	X	X	X
Nezaměstnanost			X	X			

Cizinci			X	X			
Rezignace klientů					X		
Problémové situace							
Blokování pro další výjezd, zneužití ZZS	X						X
Neetické chování personálu v nemocnici	X		X		X	X	
Nespolupráce pacientů		X			X	X	
Agresivita		X					X
Chybí návaznost péče	X	X	X	X	X		X
Emoce záchranářů							
Bezmoc, beznaděj	X	X					X
Soucit		X		X	X		
Smutek			X	X	X	X	X
Lítost				X			X
Lhostejnost					X		
Vztek						X	
Znalosti soc. práce							
Žádost do DPS	X		X	X	X		

Není potřeba víc	X						
Základní povědomí		X	X	X	X	X	X
Sociální dávky			X				
Příspěvek na péči			X				
Veřejný opatrovník					X		
OSPOD					X		
Azylové domy					X		
Zájem vzdělávat se							
Nezájem	X						
Stačí co znám		X					
Zájem jen formou školení			X	X	X	X	X

7. Výsledky analýzy a interpretace dat

7.1. Výsledky analýzy dat

7.1.1. Nepříznivá sociální situace

Tato kategorie obsahuje názory záchranářů na to, jak vnímají pojem nepříznivá sociální situace a co si pod tímto pojmem představují. Zajímalo mě, jestli tento pojem dokážou definovat. Všichni respondenti se shodli na tom, že se jedná o špatné sociální zázemí. Čtyři respondenti uvedli, že nepříznivá sociální situace souvisí s nedostatkem peněz a chudobou. Pouze jeden respondent se domnívá, že tato situace může souviset i s nezaměstnaností. Čtyři respondenti vnímají jako příčinu nepříznivé sociální situace různé druhy závislostí např. alkohol a drogy. Jeden respondent uvedl, že se tato situace může týkat klientů, kteří mají deficit sebezpečí, nebo mají omezené sociální kontakty. Ukázalo se, že definovat pojem nepříznivá sociální situace nebylo pro respondenty snadné.

„Nepříznivá sociální situace? Tak to je široký pojem, záleží, jak se to koukáš a co bereš jako nepříznivou situaci? To může být nedostatek peněz a taky problém v rodině. Asi bych se přikláněl spíš k tomu, že je to nedostatek peněz a nezajištěná rodina.“(Harry)

„Jsou to lidi v nějaký ekonomický tísní, nebo rodinný zázemí mají špatné, můžou to být rozvedení lidé, nebo i v důchodu bez své rodiny. Nemají třeba vyřešenou bytovou situaci, senioři nemají vyřešené zázemí péče, není o ně postaráno. Mladí lidé jsou třeba bez domovů, jsou někde v nějakých podnájmech, nemají zajištěný ekonomicky děti. Školní děti nemají třeba zázemí a stávají se z nich uživatelé drog a potom jsou z nich třeba i bezdomovci.“(Lee)

Téměř všichni respondenti mají podobný názor na pojem nepříznivá sociální situace, ale přesně definovat tento pojem nedokázal ani jeden respondent.

Nejvýstižněji se vyjádřil Britt: *„Je to obtížně řešitelná sociální, ekonomická situace. Člověk je oslabený, má sníženou schopnost řešit svou situaci z důvodu nemoci, nedostatku financí, nebo závislosti třeba na lécích, drogách, alkoholu, patologická závislost na jiné osobě.“*

Podobný názor sdílí i Bernardo: *„To jsou ti, co nemají dobré sociální zázemí, nedokáží se o sebe postarat, nedokáže se postarat rodina. Špatná situace finanční, existenční.“*

Chriss nepříznivou sociální situaci popisuje takto: *„Nepříznivá sociální situace se týká starých lidí, matek samoživitelek, nebo vůbec rodičů samoživitelů a lidí bez domova. Nicméně u bezdomovců to vnímám, že většinou to jsou alkoholici, kteří si ke své situaci dopomohli svým vlastním přičiněním.“*

Chico vnímá nepříznivou sociální situaci jinak: *„No, podle mého je to situace, která ovlivňuje životní standard toho postiženého, jeho komfort, kvalitu toho života ve všech směrech, které se týkají sociální. Sociální kontakty s okolím, možnost navštěvovat různé kulturní akce, zapojovat se a vůbec možnost chodit do práce atd... Úplně narušený sociální prostředí.“*

Ačkoliv respondenti nedokázali přesně definovat pojem nepříznivá sociální situace, podařilo se jim v odpovědích obsáhnout podstatu tohoto jevu. Z odpovědí respondentů je patrné, že vychází hlavně ze svých profesních zkušeností na ZZS. Tyto zkušenosti jsou u všech respondentů podobné, jen je každý záchranář vnímá a interpretuje odlišným způsobem.

7.1.2. Nejčastější situace na výjezdech ZZS

V této kategorii respondenti popisovali, s jakými nejčastějšími situacemi se v souvislosti s nepříznivou sociální situací na výjezdech setkávají. Tato kategorie úzce souvisí s předchozí kapitolou. Jak bylo výše popsáno, každý respondent vnímá tyto situace odlišným způsobem. Respondenti však došli ke shodě v několika bodech. Shodli se na tom, že nejčastější situací je špatné sociální zázemí klientů a deficit sebekpěče. Uváděli také bezdomovectví, závislost na alkoholu nebo drogách, která je spíše příčinou nepříznivé sociální situace a patří mezi časté patologické jevy, se kterými se záchranáři setkávají. Ani jeden respondent nezmínil sociální vyloučení minoritních společenských skupin.

„Na ty pacienty jezdíme pro zhoršení stavu, kdy rodina nezvládá péči a oni potřebují jet do nemocnice, kde se o ně postarají, dají jim najíst, napít. Rodina lže o zdravotním stavu aby toho člověka nějakým způsobem dostali do nemocnice a setkávám se s tím, že pro nás je složité takového pacienta někde umístit, protože z pohledu záchranky v ohrožení života není. Řekl bych, že tyto výjezdy jsou určitě 1x za týden a možná i vícekrát.“(Bernardo)

Harry má tento názor: *„Bývají to výjezdy k lidem závislým na alkoholu nebo drogách. Výjezdy k bezdomovcům, nebo k cizincům, kteří dostanou vyhazov z práce a z ubytovny, nevědí jak to řešit. Také to jsou případy seniorů, o které se rodina nestará, nebo nikoho nemají. Třetina těch našich výjezdů to bude, kdy se setkáváme s nějakou tou formou těživé sociální situace.“*

S podobným názorem přichází i Chriss: *„Většinou se setkávám s opilostí co se týče bezdomovců. Co se týče seniorů, tak s tím, že jsou opuštěni, nemají jak se dostat k lékaři, nemá je kdo odvést, na taxi nemají. Myslím si, že se setkáváme tak v 25 % s těmadle typama výjezdů. Když máme těch výjezdů za směnu v průměru šest, tak si myslím, že z toho 2 výjezdy to určitě jsou každý den.“*

Jančová (2016, s.61) ve svém výzkumu uvádí podobné výsledky: *„Všichni respondenti se shodují, že bezdomovci zneužívají zdravotnickou záchrannou službu. Respondenti na vysvětlenou dodávají, že bezdomovci vyžadují jejich pomoc hlavně v nepříznivém počasí, kdy se chtějí nechat hospitalizovat, aby se mohli v teple vyspat a dostali najíst“.*

Lee sdílí tyto poznatky: *„Setkávám se s lidmi bez domova. Jsou to mladí lidé, jsou to ty děti takových těch zaměstnaných rodičů, kteří následně jsou pak uživatelé drog a pak se z nich stávají i bezdomovci, protože se zadluží. Pak to jsou hodně starší lidé, kteří nemají zajištěnou péči, podcení ji ještě v době relativně mladého věku. Já bych řekl, že to je většina našich výjezdů, kde se řeší ta špatná sociální situace možná 80 % výjezdů.“*

Tři respondenti uvedli jako nejčastější situaci setkání s chudobou.

„Řekl bych, že nejčastěji to je asi chudoba, potom drogová a alkoholová závislost. Jsou to lidi, co volají ZZS třeba i neindikovaně. Sice vyjždíme z důvodu zdravotního, ale zjistíme, že potřebují jiný druh pomoci, třeba sociální intervenci. K lidem s vyšším sociálním statusem je méně výjezdů. Z pohledu mých zkušeností z více regionů se Mladoboleslavsko obecně jeví jako výrazně nejhorší v tomto parametru. Je to častý jev, řekl bych tak 20 % výjezdů, cca 10x do měsíce jsou tyto případy.“(Britt)

Dva respondenti popsali situace spojené s výjezdy k cizincům a nezaměstnaným. Pouze jeden respondent uvedl, že se setkává hlavně s rezignací klientů.

„Setkávám se s rezignací těch lidí, s neochotou s tím něco dělat, pokud se budeme bavit o skupině bezdomovců, který nemají zájem jít do různých organizací třeba přenocovat, protože nejsou schopní dodržet to základní pravidlo nemít v sobě alkohol a zaplatit mírnej poplatek. Nechtějí dělat s tím něco, byť jsou třeba mladý a tu možnost mají. Řekl bych, že tyhle případy jsou v průměru tak 1 až 2x týdně, dejme tomu tak 10 %.“(Chico)

Calvera to vidí takto: *„Velmi často se vyjždí třeba k lidem, kteří z nějakého důvodu přijdou o práci, tím pádem dostanou výpověď i z ubytovny. Často to jsou případy cizinců.“*

Tito lidé nevědí, jak to řešit, tak sáhnou po alkoholu a většinou nás volá policie, nebo majitelé ubytoven, že tito lidé dělají výtržnosti v opilosti. Neznám přesnou statistiku, ale někdy jezdíme na tyto případy i vícekrát za den. Tyto výjezdy jsou často, určitě minimálně 3x v týdnu.“

7.1.3. Problémové situace

Do této kategorie jsem zařadila odpovědi respondentů, které se týkají problémových situací na výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci. Respondenti zde popisují, s jakými problémovými situacemi se v souvislosti s těmito výjezdy setkávají, a jak je řeší. Z odpovědí je patrné, že situace související s poskytováním přednemocniční neodkladné péče uvedli jako problematické pouze tři respondenti. Tito respondenti se shodli, že jako nejvíce problematickou situací se jeví nespolupráce klientů a jejich agresivní chování. Ostatní respondenti uváděli jako problematické umístování těchto pacientů ve zdravotnických zařízeních.

„Setkávám se s nespoluprací pacientů. Jde o to, že se často nejedná o pacienty se zdravotním problémem indikovaným k výjezdu ZZS. Velká část výjezdů je k lidem intoxikovaným drogou, nebo alkoholem, kteří jsou pak verbálně agresivní, někdy dochází i k brachiálnímu násilí.“(Britt)

Chris má podobný názor: *„A tak problémem znova jsou bezdomovci, protože kolikrát nikam nechtějí jet, jsou opilí, jsou poranění na hlavě, jsou agresivní.“*

K této problematice se vyjadřuje Bednářová (2000), která ve své publikaci s názvem Sociální práce na ulici - streetwork, popisuje jako nejčastější sociálně patologické jevy právě drogovou závislost a s ní související kriminalitu.

Lee řeší nejčastěji tyto problémy: *„Někdy samozřejmě agrese, nepochopení ze strany těch lidí. No a jak to řešíme? Řešíme to tak, že vždycky při agresi si vyžádáme pomoc PČR a pokud je to ta sociální stránka těch starších lidí, o který není postaráno ze*

strany rodiny, tak to vlastně přehazujeme na to zdravotnický zařízení. V podstatě pro nás je to neřešitelné.“

Dva respondenti uvedli, že problém, který je trápí při těchto výjezdech je nedostupnost ZZS pro jiné klienty s akutním zdravotním problémem.

„Z toho pohledu našeho, že nejsme volní pro akutní výjezd a musíme se třeba i půl hodiny zabývat někým, kdo si nedokáže vyřešit svůj osobní život a myslí si, že ho spasí záchranka. No a někde třeba kvůli tomu může zemřít člověk na infarkt, protože my nejsme volní pro další výjezd.“(Bernardo)

Čtyři respondenti vyhodnotili jako nejvíce problematickou situaci při předávání pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení. Nejčastěji se setkávají s nespoluprací a odměřeným chováním zdravotnického personálu, jak k záchranářům, tak ke klientům.

„Doktoři na ambulancích jsou na nás nepříjemní proč ty lidi nenecháváme doma a proč je vůbec vozíme a nechtějí je přijmout. No, ono to řešení moc nemá, prostě ty lidi odvezeme do nemocnice.“(Bernardo)

Calvera sdílí tento názor: *„Prostě tyhle lidi pak nikdo nechce, když je dovezeme do nemocnice, protože kam jinam by je asi logicky záchranka měla vozit, že? Oni nám je nakonec vezmou, nic jiného jim stejně nezbyvá, ale lékaři jsou nepříjemní a k těm pacientům se zrovna taky nechovají empaticky.“*

Podobně to vidí i Chico: *„Pak další věc je při předávání pacientů v nemocnici, kdy to chování je taky odměřený, ale je to člověk od člověka. Někdy se s nima zrovna 2x nezachází jako s lidskejma bytostma, ale s tím já nic neudělám.“*

Chris to komentuje tak, že problémy při předávání pacientů jsou, ale nakonec pacienta přijmou a řeší se sociální problematika dodatečně.

Téměř všichni respondenti se shodli na tom, že největší problém je, že chybí návaznost zdravotní a sociální péče. Na nedokonalost systému doplácí hlavně klienti,

kteří jsou po vyšetření odvezeni zpět do patologického prostředí. Zdravotnická zařízení nechtějí přijímat pacienty na tzv. sociální lůžko.

„Pacienta na místě nechat nemůžeme, sociální situace to nedovoluje a musíme někde vybojovat pro něho místo a jde vlastně o sociální hospitalizace, kterým se nemocnice brání. Toto také můžeme zaškrtnout při vyplňování dokumentace v položce k tomu určené, ale stejně to nic neřeší.“(Bernardo)

Podobný názor zastává i Britt: *„Vadí mi, že není adekvátní návazná péče třeba o bezdomovce, kteří po tzv. ošetření končí během pár minut znova na ulici. Tento systém z mého pohledu je špatný, chybí zde systém návazné pomoci a taky proto dochází k recidivám těchto případů. Uvítal bych možnost obrátit se na systém, který by byl schopen efektivně poskytnout sociální pomoc. Třeba nepřetržitá sociální služba v nemocnicích.“*

Více se o problematice rozprávěl Calvera: *„Problém je, že když takového dejme tomu seniora přivezeme, ale ze zdravotního hlediska na něm internista a ani chirurg nic nenajde, tak ho propustí zpět do toho prostředí, ze kterého jsme ho my dovezli. To, že někdo smrdí a má hlad, není důvod k hospitalizaci. To samé je i s těmi cizinci bez práce, nebo s bezdomovci. Je to v podstatě jak házení hrachu na zed'. My jako záchranka to nijak řešit ani nemůžeme. Převezmeme výzvu a jedeme dál...“*

„Problémy těch lidí jsou dlouhodobý, nevyřeší nic odvést pacienta třeba na psychiatrii, kde si popovídá s psychiatrem a je propuštěn, ale tu situaci, která je dlouhodobě tíživá, tak tu to neřeší. Tady by se měly nastartovat úplně jiný mechanismy, aby se ta tíživá, nepříznivá situace změnila. Tu my, jako záchranáři úplně nejsme schopni na místě řešit a to vidím jako problém. Třeba by bylo dobrý, kdyby byla možnost větší spolupráce se sociálkou, no nevím no, ale záleží vždy na konkrétním případě.“(Harry)

Lee to komentuje takto: *„Někdy se nemocnice chce bránit, ale v podstatě vždy se na těch lidech najde nějaký aspoň malý zdravotní problém, takže ho nakonec musí přijmout, nebo aspoň vyšetřit. No a když ho zase pustí, tak my k němu jedeme znova a situace se opakuje, dokud se to definitivně nevyřeší. Chybí zde návaznost zdravotní a sociální péče.“*

K této problematice se vyjadřuje Kuzníková (2012), která zmiňuje, že problémy sociálního charakteru většinou úzce souvisí i se zdravotním stavem klientů.

7.1.4. Emoce záchranářů

Situace, které záchranáři zažívají na výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci mají vliv na jejich emoce. Emoce úzce souvisí i s empatií záchranářů. V této kategorii nalezneme odpovědi respondentů na otázku, jaké nejčastější emoce při těchto výjezdech prožívají. Objevuje se zde bezmoc, beznaděj, soucit, smutek, lítost, ale také lhostejnost a vztek. Z odpovědí respondentů lze vyčíst, že tyto emoční stavy jsou ovlivněny především typem situace, se kterou jsou záchranáři konfrontováni.

„Záleží na situaci, na míře vzhledu do situace. Škála pocitů se různí. Vyhraněný vztek nepocítuji, spíš při opakovaných výjezdech k pacientům v tíživé sociální situaci cítím pocit bezmoci. Občas se objeví i soucit, ale snažím se, aby mě emoce neodváděly od práce záchranáře.“(Britt)

Podobný názor má i Calvera: *„Záleží na situaci. Spíš mě to vede k zamyšlení, jak k tomu vůbec takhle může dojít. Někdy to vyvolává smutek, je mi těch lidí líto.“*

Chico to vidí takto: *„Když je to opakovaný výjezd ke stejnému např. alkoholikovi, bezdomovci je to lhostejnost a odměřenost. Když je to výjezd k opačnému spektru, třeba matky samoživitelky, nebo děti, tak je to soucit a nějaká snaha jim pomoci, ale není jak. Když to jsou postižení spoluobčani tak tam je ten soucit, smutek, když je to třeba mladej, postiženej člověk, kterej je ve špatný sociální situaci, protože se o něj společnost nedovede postarat. Takže to vnímám diametrálně podle toho, u který skupiny se zasahuje.“*

Chriss toto komentuje tak, že když vyjíždí opakovaně během jedné služby k opilci, co se válí na ulici, tak je to zmar práce záchranné služby.

V této kategorii se všichni respondenti shodli, že jsou ovlivňováni při poskytování PNP pacientům v nepříznivé sociální situaci i emocemi. Převážně se jedná o emoce

negativní. Jeden respondent přiznal, že tyto emoce mohou vyvolat neprofesionální chování.

„Když je to několikrát za den, tak je moje chování k nim, přiznávám, odměřené. Chovám se k nim samozřejmě slušně, s respektem, ale spíš to jsou jen takový jakoby pokyny jednoslovní, že si mají sednout atd. Myslím si, že problém je i ve mně, že už tam přijedu a jsem odměřenej k týdle skupině, takže je možný, že i něco přehlídnu.“(Chico)

7.1.5. Znalosti sociální práce

Dle zákoníku práce mají všichni zaměstnanci ZZS povinnost prohlubovat a udržovat si odbornou kvalifikaci. Záchranáři jsou pravidelně proškolení v odborných tématech, jako je neodkladná resuscitace, postupy při ošetření u hromadných neštěstí, postupy přednemocničního ošetření polytraumatizovaného pacienta. Měli by mít záchranáři k výkonu svého povolání i znalosti z oblasti sociální práce? Na tuto otázku jsem hledala odpověď v této kategorii. Názory záchranářů se různí, většinou se však shodnou v jednom bodě, že nějaké základní znalosti by záchranář mít měl. Pouze dva respondenti uvedli, že toto potřeba není.

„Myslím si, že ne. Pracuji jako záchranář na záchranné službě, která je určená pro pacienty v ohrožení života a řešení sociálních věcí není věc, která se dá vyřešit akutně, a kterou by ta záchranka prostě měla řešit. My bysme primárně měli jezdit na pacienty, kterejm dokážem pomoci, a který vlastně jakoby odloučíme od toho ohrožení života. Ne, že budem někde vyjednávat to, že se o toho člověka nemá kdo postarat, že nedokáže udělat hygienu. Já si myslím, že ta znalost naše není důležitá v tomto.“(Bernardo)

Britt je tohoto názoru: *„Určité povědomí mám. Myslím si, že pro výkon práce člena výjezdové skupiny ZZS jsou tyto znalosti dostatečné. Sdílím názor, že toto není primárním úkolem ZZS.“*

Calvera má trochu jiný pohled: *„Práce na záchrance je taková rozmanitá, od všeho trochu, tak proč ne i z tohoto oboru. Asi by bylo dobrý vědět jak poradit někomu, kdo*

nemá kde bydlet, nebo potřebuje domov seniorů, také vědět, že existuje nějaké životní minimum a hmotná nouze, nebo příspěvek na péči.“

Podobný názor má i Harry: *„Tak, určitě si myslím, že nějaká základní průprava by být měla pro záchrannou službu, protože se setkáváme s těma pacientama a řešíme je. Takže určitě si myslím, že by měli mít záchranáři možnost si toto víc nastudovat a mít v tom větší a širší přehled než jen v urgentní medicíně.“*

S tímto názorem souzní i Lee: *„Asi takovej ten všeobecněj přehled bysme měli mít, protože ty lidi nám budou klást ty otázky, co mají v tý svý situaci třeba dělat, tak aspoň radu bychom měli být schopni dát, aspoň takovou tu všeobecnou, kam se obrátit, kde dostanou ty podrobné informace.“*

Obsáhleji se k této problematice vyjadřuje Chico: *„Určitě jo a určitě v základním spektru. Spousta těchto lidí a málokdo to ví, má veřejného opatrovníka, tito lidé jsou omezeni v nějaké oblasti na svéprávnosti a bylo by dobrý kdybychom měli číslo na tohodle opatrovníka, který může rozhodovat třeba když pacienta odvezeme do nemocnice. Toto se ale zjistí až následně. Bylo by dobrý mít spolupráci a užší kontakty třeba na azylové domy. Co se týče týraných dětí, řešit to s OSPOD, nebo mít kontakty sepsané třeba na letáčku, telefonní čísla na kontakty sociálního poradenství. Třeba stárnoucí populace neví, jak řešit žádosti do domova seniorů.“*

7.1.6. Zájem vzdělávat se

Tato kapitola úzce souvisí s předchozí kategorií. Jak jsem již výše uvedla, záchranáři absolvují každoročně pravidelná školení v rámci prohlubování odborné způsobilosti. Zajímalo mě, jestli by záchranáři uvítali možnost vzdělávat se i v oboru sociální práce. Jestli by jim tyto znalosti byly pro výkon jejich povolání prospěšné? Většina respondentů by souhlasila se školením v rámci pravidelného vzdělávání, nebo by si rádi poslechli přednášku na toto téma. Dva respondenti o toto zájem nemají. První z důvodu úplného nezájmu o problematiku a druhý proto, že se domnívá, že má již dostatečné vzdělání, které získal v předchozím studiu.

„No, já abych pravdu řekl, tak bych neměl zájem se vzdělávat, protože já jsem ještě pořád zapálenej do té záchranářiny, spíš bych chtěl řešit tu jinou stránku. V téhle chvíli jako mě to nezajímá a prostě nemám potřebu a netrápí mě, že to nevím.“(Bernardo)

Britt se vyjadřuje takto: *„Za daných okolností nemám zájem se vzdělávat. Úroveň těchto znalostí mi postačuje pro výkon mého povolání.“*

Naopak chuť do vzdělávání má Calvera: *„Ano, bylo by to prospěšné. Záchranka sice tyto znalosti nevyžaduje, ale hodí se. Ale to by se měl asi i změnit systém vzdělávání. Nebo by bylo fajn pořádat v rámci ZZS školení.“*

Ostatní respondenti by vzdělávání uvítali za předpokladu, že by to nařídil zaměstnavatel.

„Dejme tomu třeba jednu přednášku za rok v rámci vzdělávání bych bral. K tomu všeobecnému přehledu bysme to měli znát už v zájmu své vlastní osoby. Mít přehled o tom, co ten stát nabízí.“(Lee)

Chriss se vyjadřuje podobně: *„Pokud by to zaměstnavatel nařídil, tak bych se nebránil. Myslím, že nějaké školení by bylo prospěšné, protože ty situace řešíme skoro denně, ale jen základy.“*

Z odpovědí respondentů je patrné, že by byli ochotni se vzdělávat, ale jen za určitých podmínek. Podle všeho nejsou ochotni získat potřebné znalosti samostudiem ve svém volné čase. Přistoupili by na vzdělávání v rámci pravidelných školení v zaměstnání. Uvítali by proškolení, ale jen v základním spektru znalostí, které blíže nespecifikovali.

7.2. Diskuse

Výstupem výzkumu je zmapování zkušeností záchranářů při výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci. Výzkum, který jsem realizovala, se zabývá tématem, které je aktuální nejen pro záchranáře, ale i pro další zúčastněné. Mezi tyto můžeme zařadit centrální příjmy nemocnic, poskytovatele akutní lůžkové péče, poskytovatele sociálních služeb, ale i obvodní lékaře a hlavně klienty. Tímto výzkumem jsem chtěla upozornit na dlouhodobý problém, který se týká nedostatečné návaznosti zdravotních a sociálních služeb. Z pohledu záchranné služby je to absence spolupráce s terénními pracovníky sociálních služeb, s magistrátem města a odborem sociálních věcí. Všichni respondenti uvedli, že výjezdy k pacientům v nepříznivé sociální situaci jsou velmi častým jevem. Jeden respondent to hodnotí tak, že je to dokonce většina výjezdů. *„Já bych řekl, že to je většina našich výjezdů, kde se řeší ta špatná sociální situace možná 80 % výjezdů“* (Chriss) Výzkum přináší autentická svědectví záchranářů z jejich každodenní praxe a nelze ho zpochybňovat. Jedná se bohužel o problematiku, o které se veřejně nemluví. Existuje několik bakalářských prací, které se zabývají problematikou záchranných služeb. Předmětem výzkumu jsou jiné jevy, např. výskyt sociopatologických jevů, problematika bezdomovectví nebo zkušenosti záchranářů při výjezdech k umírajícím pacientům. Tematicky tyto výzkumy částečně souvisí s mnou sledovanou problematikou. Jedná se především o bakalářskou práci Moniky Jančové (2016), která se ve své práci zabývá problematikou výjezdů záchranné služby k lidem bez domova. V závěru své práce uvádí důležité sdělení, které je v souladu s výsledky mého výzkumu: *„Ráda bych, aby tato bakalářská práce přispěla k nastartování diskuse na téma „neodkladná přednemocniční a nemocniční péče o bezdomovce“, která by přispěla k větší informovanosti o tomto problému. A byla bych také ráda kdyby, v budoucnu vzniklo komplexní řešení tohoto fenoménu, které by zahrnovalo jak péči sociální, tak zdravotní. Neboť si myslím, že sociální problémy jdou ruku v ruce s těmi zdravotními.“* (Jančová, 2016, s. 64-65)

Nechci situaci v České republice srovnávat s jinými státy, protože každý stát má svá specifika, své zákony, jiný druh sociálního a zdravotního systému a podle toho se vše odvíjí. V České republice bychom měli najít vhodné řešení, které by vyhovovalo našim podmínkám. V první řadě by se měl změnit zákon o zdravotnické záchranné službě, protože

od tohoto zákona se vše odvíjí. Pokud by se měla zlepšit situace, je třeba dojít k celorepublikové shodě mezi zdravotnickými záchrannými službami a sjednotit postup v těchto situacích. Tohoto by se dalo dosáhnout, pokud by došlo k centralizovanému řízení záchranných služeb. V současných podmínkách existuje 14 zdravotnických záchranných služeb, přičemž každá zdravotnická záchranná služba podléhá svému zřizovateli a tím je kraj a každá ZZS je řízena jiným způsobem, má vypracované své metodické postupy. Ideálním stavem by bylo, kdyby zdravotnické záchranné služby byly řízeny přímo ministerstvem, tak jako ostatní složky integrovaného záchranného systému.

Všichni záchranáři dokázali popsat, co si představují pod pojmem nepříznivá sociální situace. Všem se podařilo obsáhnout podstatu tohoto jevu. Domnívám se, že není důležité citovat přesnou definici, protože život je daleko rozmanitější než mnohé definice. Záchranáři vycházeli především ze svých profesních zkušeností a všichni se shodli na tom, co lze považovat za nepříznivou sociální situaci. Nejlépe to vystihl Britt: *„Je to obtížně řešitelná sociální, ekonomická situace. Člověk je oslabený, má sníženou schopnost řešit svou situaci z důvodu nemoci, nedostatku financí, nebo závislosti třeba na lécích, drogách, alkoholu, patologická závislost na jiné osobě.“* Účelem tohoto výzkumu není dokazovat záchranářům, že neznají definice a pojmy. Nicméně mohu doporučit prostudovat zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách §3, kde je přesně definována nepříznivá sociální situace.

Kapitola „Nejčastější situace na výjezdech“ byla určena k tomu, aby záchranáři popsali s jakými nejčastějšími situacemi se na výjezdech setkávají v souvislosti s nepříznivou sociální situací. Z odpovědí je patrné, že každý respondent vnímá tyto situace jinak a že zde hraje velkou roli i náhoda, která rozhoduje o tom, zda ten či onen záchranář je vyslán k určitému typu výjezdu. Mezi záchranáři panuje shoda a uváděli podobné či stejné typy výjezdů. Respondenti se shodli, že nejčastější situací je špatné sociální zázemí klientů, selhání rodiny, která se neumí, nebo nechce postarat o příbuzné, kteří se z nějakého důvodu ocitli v nepříznivé sociální situaci. Jeden respondent uvádí, že se setkává i s tím, že rodina lže o zdravotním stavu příbuzných: *„Rodina lže o zdravotním stavu aby toho člověka nějakým způsobem dostali do nemocnice“* (Bernardo) Podobně se vyjadřuje i další respondent: *„Sice vyjíždíme z důvodu zdravotního, ale zjistíme, že potřebují jiný druh pomoci, třeba sociální intervenci.“* (Britt) Tyto situace jsou však těžce dokazatelné a nelze obviňovat klienty, nebo jejich příbuzné ze zneužívání či nadužívání

záchranné služby, protože se jedná o laiky, kteří nemají potřebné zdravotnické znalosti. Z odpovědí respondentů vyplývá, že zcela správně rozpoznali, že nefunguje vše, tak jak by mělo. Selhává především spolupráce s obvodními lékaři, kteří by měli navštěvovat a edukovat své pacienty o možnostech sociální intervence. Dále respondenti uváděli bezdomovectví, závislost na alkoholu nebo drogách. Také zmiňovali výjezdy k nezaměstnaným cizincům, kteří jsou bez finančních prostředků a bez ubytování. Řešením problematiky bezdomovectví se zabývá Petra Stehlíková (2014). V bakalářské práci zkoumala bezdomoveckou subkulturu a to, jak lidé bez domova využívají nabídky sociálních služeb na území hl. města Prahy. Výzkumné šetření prokázalo, že záchranná síť o lidi bez přístřeší v Praze je dostatečná. Systém je však nastavený pouze pro soběstačné jedince bez zdravotního omezení. Podobná situace je i v našem regionu, navíc se záchranná služba stává primárním poskytovatelem zdravotní péče o lidi bez přístřeší.

Jako nejvíce problematické situace při výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci uváděli respondenti předávání a umístování pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení. Jak jsem již výše uváděla, v systému chybí návaznost zdravotních a sociálních služeb. Cíloví poskytovatelé akutní lůžkové péče se brání přijímání a vyšetřování klientů, u nichž není primárně zdravotní problém. Možným řešením této situace by byla možnost přímo z místa zásahu kontaktovat terénní sociální službu nebo terénního sociálního pracovníka, který by provedl potřebnou intervenci. Zdravotnická záchranná služba běžně na této úrovni spolupracuje pouze s PČR a HZS. Doporučuji proto navázat podobnou spoluprací s Magistrátem města, s odborem sociálních věcí a s terénní sociální službou. Interdisciplinární pojetí péče zmiňuje Kuzníková (2012), která uvádí: „*Týmovou interdisciplinární práci není myšleno rutinní setkávání zaměstnanců, kteří mají klienta v péči. Členy mohou být především lékaři, fyzioterapeuti, všeobecné sestry, nutriční terapeuti, psychologové a další odborníci, kteří se na pomoci konkrétnímu klientovi mohou podílet.*“ (Kuzníková, 2020, s. 69)

Poskytování neodkladné přednemocniční péče se neobejde bez emocí. Ačkoliv se záchranáři snaží, aby je emoce neodváděly od jejich náročné práce, neubrání se jim. Jako nejčastější uváděli respondenti smutek a soucit. Jeden respondent uvedl, že negativní emoce mohou způsobit jeho neprofesionální chování vůči klientům. Doporučuji, aby záchranáři využívali možnosti zpracovat své emoce pod odborným vedením s využitím supervize nebo peer pomoci, jako prevenci syndromu vyhoření.

Co se týče znalostí problematiky sociální práce a chuti vzdělávat se v tomto oboru, byly odpovědi respondentů různé. Někteří uváděli, že toto nespadá do oboru urgentní medicíny a není náplní práce záchranné služby. Na druhou stranu respondenti uvedli, že případy pacientů v nepříznivé sociální situaci jsou jejich „denním chlebem“ a že by alespoň základní znalosti a přehled mít měli. Respondenti jsou ochotni se vzdělávat v rámci pravidelných školení, pokud by byla organizací nařízena. Doporučuji tento typ školení zařadit mezi vzdělávací akce. Rozhodnutí o tématech vzdělávacích akcí je zcela v kompetenci managementu organizace. V současné době nepatří sociální problematika mezi témata určená k pravidelnému proškolení zaměstnanců.

Pro usnadnění práce záchranářů při výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci a k získání základního přehledu o možnostech sociální pomoci v regionu Mladoboleslavska, doporučuji umístit do sanitních vozů „*Katalog poskytovatelů sociálních služeb a služeb návazných města Mladá Boleslav 2020-21*“. Tento katalog obsahuje kompletní seznam všech poskytovaných sociálních služeb regionu. Katalog vydalo statutární město Mladá Boleslav, umožňuje občanům se zorientovat ve své životní situaci a nalézt potřebnou pomoc. (Komunitní plánování, 2020)

Většina klientů v nepříznivé sociální situaci nemá k dispozici internet a přístup k informacím. Domnívám se, že by klienti uvítali možnost nahlédnout do tohoto katalogu a jeho prostřednictvím nalézt řešení nepříznivé situace.

IV. Závěr

Tato diplomová práce se zabývala zkušenostmi záchranářů při výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci. Ačkoliv je hlavním posláním zdravotnické záchranné služby poskytovat přednemocniční neodkladnou péči pacientům v přímém ohrožení života, vyjíždějí záchranáři často k pacientům, kteří potřebují spíše sociální intervenci.

Cílem empirické části diplomové práce bylo zjistit a porovnat zkušenosti záchranářů při výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci. Zajímalo mě, jak záchranáři vnímají tyto situace, jaké jsou nejčastější typy výjezdů, jaké emoce záchranáři při poskytování přednemocniční neodkladné péče prožívají a jestli by záchranáři měli zájem o vzdělávání v oboru sociální práce.

Výzkumné šetření jsem realizovala mezi záchranáři ZZS SČK na výjezdovém stanovišti v Mladé Boleslavi. Cíl práce se podařilo naplnit. Po analýze dat jsem odpovědi respondentů rozdělila do jednotlivých kategorií: nepříznivá sociální situace, nejčastější typy výjezdů, problémové situace, emoce záchranářů, znalosti sociální práce a zájem vzdělávat se.

Analýza rozhovorů potvrdila, že výjezdy k pacientům v nepříznivé sociální situaci jsou velmi časté. Jako nejčastější typy výjezdů záchranáři uváděli výjezdy k pacientům, kteří mají špatné sociální zázemí, nebo se u nich projevuje deficit sebepečce. Zařadili tam též bezdomovectví, závislost na alkoholu nebo drogách.

Dále analýza rozhovorů potvrdila, že mezi nejvíce problémové situace v souvislosti s výjezdy k pacientům v nepříznivé sociální situaci patří agresivita a nespolupráce pacientů. Záchranáři též zmiňovali blokování ZZS pro akutní případ. Nejvíce však záchranáře trápí potíže při předávání pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení, kde se setkávají s neochotou a neetickým jednáním ze strany zdravotnického personálu. Většina záchranářů se shodla na tom, že zde chybí návaznost zdravotních a sociálních služeb.

Záchranáři na výjezdech k pacientům v nepříznivé sociální situaci prožívají převážně negativní emoce, jako je bezmoc, beznaděj, vztek a zlost. Ukázalo se, že záchranáři jsou i velmi empatičtí. Při poskytování přednemocniční neodkladné péče s pacienty soucítí, prožívají lítost a smutek.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že záchranáři mají určité povědomí o oboru sociální práce, ale uvítali by možnost vzdělávat se v rámci pravidelných školení, pokud by je zaměstnavatel nařídil.

Na základě výsledků tohoto výzkumu jsem doporučila opatření, která jsou určena hlavně managementu organizace. Doporučila jsem spolupráci ZZS s terénními sociálními službami, s magistrátem města a odborem sociálních věcí. Navrhla jsem umístit do vozů ZZS „*Katalog poskytovatelů sociálních služeb a služeb návazných města Mladá Boleslav 2020-21*“. Dále jsem doporučila zařadit vzdělávání záchranářů v oboru sociální práce mezi pravidelné vzdělávací akce. Navrhla jsem též supervizi, jako nástroj prevence syndromu vyhoření.

Hlavním přínosem a posláním této diplomové práce je otevřít toto téma k dalšímu zkoumání a diskusi o možných řešeních zkoumané problematiky. Diplomová práce přináší unikátní svědectví záchranářů o jejich zkušenostech a prožitcích při poskytování přednemocniční neodkladné péče u pacientů v nepříznivé sociální situaci. Výsledek výzkumu dokazuje, že záchranáři každodenně tyto situace s klienty řeší neefektivně, protože jim nemohou poskytnout potřebnou sociální pomoc nebo poradenství. Nemají možnost z místa zásahu kontaktovat náležitou sociální službu, nebo terénního sociálního pracovníka. Věřím, že tato diplomová práce přispěje ke zkvalitnění poskytování přednemocniční neodkladné péče.

V. Literatura

- BEDNÁŘOVÁ, Zdena, PELECH, Lubomír. 2000. *Sociální práce-streetwork*. Brno: Doplněk. ISBN 80-7239-048-1
- BRNULA, Peter. 2013. *Sociálna práca: dejiny, teórie a metódy*. 2. vyd. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89238-77-4.
- BUŽGOVÁ, Radka. 2008. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-501-0.
- DAHRENHOF, Ralph. 1995. "Report on Wealth Creation and Social Cohesion in a Free Society." London: Commission on Wealth Creation and Social Cohesion.
- GOLDMANN, Radoslav, CICHÁ, Martina. 2004. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0907-0
- GUILLEMIN, Marilys, GILLAM, Lynn. 2004. „Ethics, Reflexivity and Ethically Important Moments‘ in Research“. *Qualitative Inquiry* 10 (2): 261-280.
- HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, ISBN 80-7367-040-2
- HORÁK Pavel, HORÁKOVÁ, Markéta. 2009. *Role liniových pracovníků ve veřejné politice*. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, Vol. 45, No. 2: 369–395.
- HORECKÝ, Jiří, LUSKOVÁ, Daniela. 2019. *Měření kvality v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-907053-9-5.
- JANOŠKOVÁ, Klára, NEDĚLNÍKOVÁ, Dana. 2008. *Profesní dovednosti terénních pracovníků*. Ostravská Univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-503-4.
- KAJANOVÁ, Alena. 2017. *Proč selhává sociální práce se sociálně exkludovanými*. Praha. NLN. ISBN 978-80-7422-613-7.
- KELLER, Jan. 2010. *Tři sociální světy*. 1. vyd. Praha: Slon. ISBN 978-80-7419-031-5, s. 168 - 172.
- KOLDINSKÁ; Kristina, TOMESŠ, Igor. 2003 *Sociální právo Evropské unie*. Praha : C. H. Beck. ISBN 80-7179-831-2.

- KREBS, Vojtěch a kol. 2007. *Sociální politika. Vyd. 4.* Praha: ASPI. ISBN 978-80-7357-276-1.
- KUZNÍKOVÁ, Iva. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- KUZNÍKOVÁ, Iva. 2012. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-987-2
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál. ISBN 0-7178-548-2
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení,* Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-310-9
- MATOUŠEK, Oldřich. 2013. *Metody a řízení sociální práce. 3., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. a kol. 2013. *Encyklopedie sociální práce.* Praha, ISBN 978-80-2620366-7.
- MAREŠ, Petr. 1999. *Sociologie nerovnosti a chudoby.* Praha: Slon. ISBN 80-85850-61-3.
- Metodika rozhodovacích postupů zdravotnického pracovníka při poskytování zdravotnické záchranné služby. 2007. Praha: Společnost medicínského práva o.s.
- MURA, Ladislav. 2015. *Etika pro pomáhající profesie.* Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0812-6
- MÜHLPACHR, Pavel. 2004. *Sociální práce.* Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3323-1
- MUSIL, Libor a kol. 2013. *Raná fáze implementace reformy v rámci agendy dávek pomoci v hmotné nouzi: dilemmas of the individual in public services.* 1. vyd. Praha: VÚPSV, 107, 4 s. Sešity pro sociální politiku. ISBN 978-807-4161-247.
- NAVRÁTIL, Pavel a kol. 2003. *Romové v české společnosti.* Praha. Portál.
- POKORNÝ, Jiří. 2004. *Urgentní medicína. 1. vyd.* Praha: Galén. ISBN 80-7262-259-5.
- REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ a kol. 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.
- RŮŽIČKA, Michal a TOUŠEK Laco. 2014. *Koncept sociální exkluze. Soudobá sociologie IV, Oblasti a specializace .* Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2558-4.

- ŘEZNIČEK, Ivo. 1994. *Metody sociální práce: Podklady ke stáží studentů a ke kazuistickým seminářům*, Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 8085850-00-1.
- SCHILLING, Johannes. 1999. *Sociálna práca. Hlavné smery vývoja sociálnej pedagogiky a sociálnej práce*. Trnava: SAP. ISBN 80-88908-54-X.
- SLABÝ, Marek. 2019. „Zneužívání zdravotnické záchranné služby?“ *Urgentní medicína*, 22 (1): 38, ISSN 1212-1924.
- STRAUSS, Anselm, Juliet CORBINOVÁ. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.
- STRIEŽENEC, Štefan. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD. ISBN 80-967589-0-X.
- ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 1. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6. 42.
- ŠTEGMANNOVÁ, Ingrid, Jiří ŠAFR, Zuzana HAVRDOVÁ. 2011. *Organizační kultura a kvalita péče*. In Havrdová, Zuzana, Olga Šmídová, Jiří Šafr, Ingrid Štegmannová a kol. *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze.
- ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TOMEŠ, Igor. 2001. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub. ISBN 80-86484-00-9.
- VODÁČKOVÁ, Daniela. 2008. *Propustnost záchranné služby se sítí psychosociálních služeb*. Kladno: ÚSZS SČK. ISBN 978-80-904018-1-5.
- ŽILOVÁ, Anna. 2000. *Kapitoly z teorie sociálnej práce*. Žilina: Pedagogická fakulta univerzity Mateja Bela v Bánské Bystrici a inštitút priemyselnej výchovy Žilina. ISBN 80-7100-783-8.

Internetové zdroje

- Amnesty International ČR. 2020. *Všeobecná deklaráce lidských práv* [online]. Praha: Amnesty International ČR [cit. 2020-05-12].
Dostupné z: <http://www.lidskaprava.cz/uploads/03_dokumenty/04_uvod/00_VDL_P_UDHR-.pdf>
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2020. *Bílá kniha v sociálních službách* [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR [cit. 2020-05-26].
Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/files/bila_kniha.pdf>
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2020. *Etický kodex sociálního pracovníka ČR* [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR [cit. 2020-05-16].
Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kod_ex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf>
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2020. *Základní informace o profesní organizaci* [online]. Tábor: APSS ČR [cit. 2020-05-03].
Dostupné z: <<http://www.apsscr.cz/>>
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2020. *Profesní svaz sociálních pracovníků* [online]. Tábor: APSS ČR [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: <<http://www.apsscr.cz/profesni-svaz-socialnich-pracovniku/>>
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2020. *Značka kvality* [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb [cit. 2020-05-29]. Dostupné z: <<http://www.znackakvality.info/>>
- Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR. 2020. *Statistika výjezdové činnosti za rok 2019* [online]. České Budějovice: AZZS ČR [cit. 2020-05-02].
Dostupné z: <<https://www.azzs.cz/aktualne/788-statistika-vjezdov-innosti-zzs-r-za-rok-2019>>
- Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR. 2020. *O nás*
Dostupné z: <<https://www.azzs.cz/o-nas/azzs-cr>> [cit. 2020-05-02]

- Český statistický úřad. 2020. *Charakteristika okresu Mladá Boleslav* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2020-04-20].
Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xs/charakteristika_okresu_mlada_boleslav>
- Český statistický úřad. 2020. *Nejnovější ekonomické údaje* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit.2020-06-18]. Dostupné z:
<<https://www.czso.cz/csu/czso/aktualniinformace?fbclid=IwAR06vezzwEzF8NjIs2q63QEkayo8qBCbupFWB2fEglV7W54GQxmg7fxFGys>>
- Herrian Katherine. 2019. *EMS social work: A new approach to serving low-acuity patients* [online]. Frisco TX: Lexipol, EMS 1 [cit. 2020-03-06]. Dostupné z:<<https://www.ems1.com/community-awareness/articles/ems-social-work-a-new-approach-to-serving-low-acuity-patients-GkctAR7MFOvPnBYs/>>
- Magistrát města Mladá Boleslav. 2020. *Katalog poskytovatelů sociálních služeb a služeb návazných města Mladá Boleslav 2020-2021* [online]. Mladá Boleslav: Magistrát Mladá Boleslav [cit.2020-04-25].
Dostupné z: <https://www.kpssmb.cz/app/webroot/uploads/filemanager/Katalog_sociálních_sluzeb_2020-2021.pdf>
- Mezinárodní federace sociálních pracovníků. 2020. *Definice sociální práce* [online]. Rheinfelden: IFSW [cit.2020-04-01]. Dostupné z: <<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>>
- Mezinárodní federace sociálních pracovníků. 2020. *O společnosti IFSW* [online]. Rheinfelden: IFSW [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: <<https://www.ifsw.org/about-ifsw/>>
- MPSV. 2020. *Pomoc v hmotné nouzi* [online]. Praha: MPSV [cit.2020-03-09].
Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/web/cz/pomoc-v-hmotne-nouzi#sphn>>
- MPSV. 2020. *Nemocenské pojištění* [online]. Praha: MPSV [cit. 2020-03-02].
Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/nemocenske-pojisteni#zpp>>
- MPSV. 2020. *Ošetřovné* [online]. Praha: MPSV [cit. 2020-03-29].
Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/web/cz/osetrovne>>
- MPSV. 2020. *Mimořádná okamžitá pomoc* [online]. Praha: MPSV [cit. 2020-03-29].
Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/web/cz/mimoradna-okamzita-pomoc>>

- MPSV. 2020. *Antivirus* [online]. Praha: MPSV [cit.2020-03-29].
Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/web/cz/antivirus>>
- MPSV. 2020. *OSVČ informace* [online]. Praha: MPSV [cit. 2020-03-29].
Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/web/cz/osvc-info>>
- MPSV. 2020. *Měsíční nezaměstnanost, vývoj na trhu práce pro vybrané kraje a ČR* [online]. Praha: MPSV [cit. 2020-05-15].
Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/mesicni-nezamestnanost-vyvoj-na-trhu-prace-pro-vybrane-kraje-a-cr>
- MPSV. 2020. *Výkladový sborník* [online]. Praha: MPSV [cit.2020-05-25].
Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4_vykkladovy_sbornik.pdf/7fcca2f2-96a7-e116-5407-6c88436b77d9>
- MPSV. 2020. *Standardy kvality sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV [cit.2020-05-23]. Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>>
- MPSV. 2020. *Standardy kvality sociálních služeb, příručka pro uživatele* [online]. Praha: MPSV [cit.2020-05-26].
Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9>
- MPSV. 2020. *Práva pacientů* [online]. Praha: MPSV [cit. 2020-05-31].
Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>>
- Komora záchranářů ZZS ČR. 2020. *Stanovy komory záchranářů ZZS ČR* [online]. Praha: Komora záchranářů ZZS ČR [cit. 2020-05-03].
Dostupné z: <<https://www.komorazachranaru.cz/files/download/ke-stahnuti/341513810-Stanovy-9.12.2019.pdf>>
- Ochránce lidských práv. 2020. *Evropská sociální charta* [online]. Brno: Ochránce lidských práv [cit. 2020-03-07].
Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Umlu_vy/Evropska_socialni_charta.pdf>
- R-Mosty. 2020. *Sociálně právní rádce* [online]. Praha: R-Mosty [cit.2020-05.12].
Dostupné z:<<http://www.r-mosty.cz/dokumenty/socialne-pravni-radce.pdf>>
- SDS. 2001. *Sociální doktrína ČR* [online]. Praha: SDS [cit. 2020-05-31].
Dostupné z: <http://www.sds.cz/docs/prectete/e_kolekt/soc_dokt.htm>

- Společnost sociálních pracovníků ČR. 2020. *Kdo jsme* [online]. Praha: Společnost sociálních pracovníků ČR [cit. 2020-05-13].
Dostupné z: <<http://socialnipracovnici.cz/sekce-socialnich-pracovniku/article/kdo-jsme>>
- Úřad práce. 2020. *Příspěvek na péči* [online]. Praha: Úřad práce [cit. 2020-03.08].
Dostupné z: <<https://www.uradprace.cz/prispevek-na-peci>>
- Vláda ČR. 2020. *Vyhlášení nouzového stavu* [online]. Praha: Vláda ČR [cit.2020-03-29].
Dostupné z: <<https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/vyhlaseni-nouzoveho-stavu-180234/>>
- Záchranná služba. 2002. Ondřej Franěk, *Systém ZZS v ČR* [online]. Praha: Záchranná služba [cit.2020-03-27]. Dostupné z: <<https://zachrannasluzba.cz/system-zzs-v-cr/>>
- Zdravotnický deník. 2020. *Záchranka by neměla být na začátku systému čerpání péče* [online]. Praha: Media Network s.r.o. [cit.2020-03-07].
Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2020/03/zachranka-by-nemela-byt-zacatku-systemu-cerpani-pece-jinak-treba-nastavit-optimalni-pracovni-dalsi-podminky-rika-zachranar-sigmund/?fbclid=IwAR0-yzP5WZKvIB_z_haaH3yynPuNI8KFGpynjexqFqFu8382Pglf2vHpFH4>

Zákony

Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Zákon č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu

Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi

Zákon č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění.

Zákon č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů

Vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

Vyhláška č. 55/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Vyhláška č. 240/2012 Sb. Vyhláška, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, §2 Stupně naléhavosti tísňového volání

Vyhláška 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Bakalářské a diplomové práce

JANČOVÁ, Monika. *Problematika výjezdů zdravotnické záchranné služby u lidí bez domova*. České Budějovice, 2016. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

STEHLÍKOVÁ, Petra. *Řešení problematiky bezdomovectví na území hl. m. Prahy – stačí současná záchranná sociální síť?* Praha, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce

WOLLMANNOVÁ, Alice. *Zkušenosti pracovníků ZZS při výjezdech k pacientům v terminálním stadiu onemocnění nebo s umírajícími pacienty*. Praha, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta

VI. Seznam příloh

Příloha č. 1: Projekt diplomové práce