



Metodika dobrovolnictví ve zdravotnických zařízeních

Autorský kolektiv:

MUDr. Ivana Štverka Kořínková

MUDr. Věra Chaloupková, prof. Ing. Beáta Gavurová, Ph.D.,

Ing. Dagmar Hrubcová, PhDr. Helena Hnilicová, Ph.D., Ing. Kateřina Cmuntová

Obsah

PŘEHLED POUŽÍVANÝCH ZKRATEK	7
ÚVOD	8
1. POZICE DOBROVOLNICKÉHO PROGRAMU VE ZDRAVOTNICTVÍ	9
1.1. Definice dobrovolníka a dobrovolnické služby ve zdravotnictví	9
1.2. Význam a smysl dobrovolnictví ve zdravotnictví	10
1.2.1. Přínos PDZS pro pacienty	11
1.2.2. Přínos pro poskytovatele zdravotních služeb a systém zdravotní péče jako celek	12
1.2.3. Přínos pro dobrovolníky a pro veřejnost	12
1.3. Přehled základních pravidel PDZS	13
1.3.1. Postoj managementu PZS k realizaci PDZS	14
1.3.2. Základní kritéria způsobilosti dobrovolníka k činnosti v PDZS	15
1.3.3. Pravidla související s programovými liniemi PDZS	16
1.4. Pozice PDZS ve vztahu k odborným profesím ve zdravotnictví	18
1.4.1. Vymezení dobrovolnické pozice vůči zdravotnickým profesím	19
1.4.2. Vymezení dobrovolnické pozice vůči nezdravotnickým profesím PZS	19
1.4.3. Vymezení dobrovolnické pozice ve vztahu ke studentům a stážistům na odborné praxi	20
2. PDZS V RÁMCI PODPŮRNÉ PÉČE A PROGRAMECH PODPORY ZDRAVÍ	21
2.1. PDZS a podpůrná péče v PZS	21
2.1.1. Spirituální /duchovní péče	21
2.1.2. Herní terapie v nemocnicích	22
2.1.3. Speciální pedagogika, výchova a školní výuka ve zdravotnictví	22
2.2. PDZS a projekty podpory zdraví	23
2.3. Podpůrné aktivity pro pacienty realizované externími organizacemi	24
2.3.1. PDZS a patientské organizace	24
2.3.2. Zapojení dalších nestátních neziskových organizací a škol	25
2.3.3. Koordinace a řízení podpůrných aktivit	25
3. ORGANIZACE A SYSTÉM ŘÍZENÍ PDZS	26
3.1. Předpoklady fungování PDZS	26
3.1.1. Definování cílů a strategické plánování	26
3.1.2. Informovanost personálu a dodržování základních pravidel PDZS	26
3.1.3. Zohlednění vnějších a vnitřních faktorů ovlivňujících realizaci PDZS	27
3.1.4. Vyhodnocení bariér a limitů v realizaci PDZS	27

3.2. Modely řízení PDZS	27
3.2.1. Interní model řízení PDZS	27
3.2.2. Model řízení PDZS ve spolupráci PZS a EDO	28
3.2.3. Výhody, limity a rizika obou modelů řízení PDZS	29
3.3. Fáze realizace PDZS	30
3.3.1. Rozjezdová fáze PDZS	30
3.3.2. Stabilizační fáze PDZS	31
3.3.3. Fáze rutinní realizace a rozvoj PDZS	32
3.4. Vývoj a vnitřní struktura Dobrovolnického centra u PZS	33
3.4.1. Struktura DC PZS v rozjezdové fázi vývoje PDZS	33
3.4.2. Struktura DC PZS ve stabilizační fázi vývoje PZDS	34
3.4.3. Struktura DC PZS v rutinní a rozvojové fázi vývoje PDZS	35
4. REALIZAČNÍ TÝM PDZS	36
4.1. Funkce, pozice a složení realizačního týmu PDZS	36
4.2. Koordinátor dobrovolníků PDZS	37
4.2.1. Náplň práce KDZS	37
4.2.2. Kvalifikační a osobnostní předpoklady pro pozici KDZS	40
4.2.3. Vzdělávání, supervize a metodická podpora KDZS	42
4.3. Garant PDZS	42
4.4. Kontaktní osoby PDZS	43
4.5. Manažer kvality PZS	44
4.6. Koordinátor dobrovolníků EDO	45
4.7. Spolupracující členové realizačního týmu	45
4.8. Kooperace a komunikace mezi osobami v realizačním týmu	45
4.8.1. Spolupráce KDZS s garantem PDZS	45
4.8.2. Interakce KDZS s kontaktními osobami jednotlivých oddělení	46
4.8.3. Interakce KDZS s manažerem kvality zdravotních služeb PZS	46
4.8.4. Spolupráce KDZS s koordinátorem v EDO (pokud je spolupracujícím partnerem PZS)	47
4.8.5. Spolupráce KDZS s tiskovým oddělením PZS	47
4.8.6. Spolupráce KDZS s manažerem pro krizové řízení PZS	47
5. PROCESY REALIZACE PDZS	48
5.1. Informování personálu PZS o PDZS	48
5.2. Analýza potřeb	48
5.2.1. Výběr vhodných oddělení a pracovišť	49
5.2.2. Výběr vhodných dobrovolnických činností	49
5.3. Příprava PDZS dle požadavků kvality a bezpečí	50

5.4.	Propagace PDZS a oslovení veřejnosti	50
5.4.1.	Propagace PDZS uvnitř nemocnice	51
5.4.2.	Propagace PDZS směrem k veřejnosti	51
5.5.	Nábor nových dobrovolníků	52
5.6.	Vstupní pohovor	52
5.6.1.	Kritéria důležitá pro výběr vhodných dobrovolníků pro PDZS	53
5.6.2.	Způsoby vedení vstupního pohovoru	53
5.7.	Školení dobrovolníků v PDZS	53
5.7.1.	Obsah a doporučená forma vstupního školení	53
5.7.2.	Nadstavbové školení dobrovolníků	54
5.8.	Administrativa dobrovolnického programu ve zdravotnictví	54
5.9.	Vstup dobrovolníků na oddělení a zahájení činnosti	55
5.10.	Vedení a podpora dobrovolníků	55
5.10.1.	Podpora dobrovolníků ze strany koordinátora	56
5.10.2.	Supervize dobrovolníků	56
5.11.	Hodnocení kvality a bezpečí dobrovolnického programu	58
5.12.	Evaluační dobrovolnického programu	58
6.	TYPY DOBROVOLNICKÝCH ČINNOSTÍ	59
6.1.	Dobrovolnická činnost podle programové linie PDZS	59
6.2.	Dobrovolnické činnosti individuální a skupinové	59
6.3.	Dobrovolnické činnosti pravidelné a jednorázové	59
6.4.	Dobrovolnické činnosti nespecifické a specifické	60
7.	KVALITA A BEZPEČÍ PDZS	62
7.1.	Systémy hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb u PZS	63
7.1.1.	Legislativa a povinnosti PZS v oblasti K+B zdravotních služeb	63
7.1.2.	Externí hodnocení K+B zdravotních služeb	63
7.1.3.	Další modely systému řízení kvality zdravotních služeb	63
7.2.	Hodnocení kvality a bezpečí PDZS	64
7.2.1.	Způsoby hodnocení kvality a bezpečí PDZS	64
7.2.2.	Systém práce s riziky v hodnocení kvality PDZS	65
7.2.3.	Propojení hodnocení kvality a bezpečí PDZS do systému řízení kvality ZS	66
7.3.	Dokumentace systému řízení kvality (QMS) a bezpečí PDZS	67
8.	EVALUACE PDZS	68

8.1.	Základní definice a terminologie	68
8.2.	Typy a nástroje evaluace	69
8.3.	Evaluační systém PDZS	71
8.3.1.	Hodnocení činností PDZS	73
8.3.2.	Systém tvorby a formulace evaluačních indikátorů	75
8.3.3.	Referenční modely pro hodnocení PDZS	76
8.3.4.	Vazba evaluace na hodnocení rizik v PDZS	76
9.	EFEKTIVITA PDZS	77
9.1.	Měření a hodnocení efektivity PDZS	78
9.1.1.	Systém měření výkonnosti PDZS	80
9.1.2.	Indikátory hodnocení výkonnosti PDZS	82
9.2.	Integrovaný systém řízení rizik PDZS	83
10.	EKONOMIKA A FINANCOVÁNÍ PDZS	85
10.1.	Základní parametry ekonomické rozvahy v realizaci PDZS	85
10.2.	Ekonomika PDZS a jeho udržitelnost	85
10.3.	Databáze a evidence dat při realizaci PDZS	86
10.3.1.	Kategorizace dobrovolnických činností pro potřeby evidence	86
10.3.2.	Kategorie dobrovolníků pro potřeby evidence	87
10.3.3.	Evidence zpětných vazeb na PDZS	87
10.3.4.	Evidence dat v oblasti personální agendy PDZS	88
10.3.5.	Evidence výsledků kontrol a auditů K+B PDZS	88
10.4.	Náklady na PDZS	89
10.5.	Finanční zdroje pro realizaci PDZS	91
10.5.1.	Financování PDZS z vlastních zdrojů PZS	91
10.5.2.	Financování PDZS ze strany EDO	91
10.5.3.	Dotační tituly pro PDZS	92
10.5.4.	Fundraising a sponzoring v realizaci PDZS	92
11.	SLOVNÍK POJMŮ	93
12.	SEZNAM LITERATURY	101
12.1.	Literatura použitá	101
12.2.	Literatura doporučená	103
	PŘÍLOHY	106

ADMINISTRATIVA PDZS	106
TEMATICKÉ MANUÁLY	106

Přehled používaných zkratk

BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
EDO	Externí dobrovolnická organizace
HPH	Mezinárodní projekt WHO Nemocnice a zdravotnická zařízení podporující zdraví (International Network of Health Promoting Hospitals & hHealth Services)
KCPA	Koordinační centrum podpůrných aktivit
KDZS	Koordinátor dobrovolníků ve zdravotních službách
K+B PDZS	Kvalita a bezpečí programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
K+B PZSK	Kvalita a bezpečí zdravotních služeb
PDZS	Program dobrovolnictví ve zdravotních službách
PR	Public Relations / vztahy s veřejností
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TIS	Tiskové oddělení PZS
TM	Tematický manuál
THP	Technicko-hospodářský provoz
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

TM1	Organizace a modely řízení PDZS
TM2	Fáze realizace PDZS
TM3	Výběr a školení nových dobrovolníků PDZS
TM4	Dobrovolnická činnost pro dětské pacienty
TM5	Dobrovolnická činnost pro dospělé pacienty
TM6	Dobrovolnická činnost na onkologii, v hospicové a paliativní péči
TM7	Dobrovolnická činnost v oblasti péče o duševní zdraví
TM8	Zooterapie – dobrovolnická činnost v rámci PDZS
TM9	Organizace firemního dobrovolnictví v rámci PDZS
TM10	Zapojení dobrovolníků v PDZS v mimořádných situacích
TM11	Dobrovolnická činnost v programech podpory zdraví
TM12	Průvodce kvalitou a bezpečím PDZS
TM13	Evaluace a efektivita PDZS
TM14	Komunikační strategie v PDZS
TM15	Koordinace dobrovolnického programu v rámci aktivit podpůrné péče

Úvod

Dobrovolnictví ve zdravotnictví má u nás v porovnání s vyspělými zeměmi poměrně krátkou historii. Přesto se v českém zdravotnictví v posledních dvou desetiletích osvědčilo jako jeden z prvků, který zlepšuje psychosociální situaci pacientů, podporuje interpersonální komunikaci a přispívá ke zlepšení celkové atmosféry nemocnice. Dobrovolnická činnost v současných zdravotnických zařízeních v ČR je vnímaná jako přínosná, dobrovolníci pomáhají zdravotníkům v péči o pacienty a umožňují lékařům a sestřám soustředit se na poskytování kvalitní odborné léčebné péče. Bezpečné zapojení laických pomocníků ve strukturovaném nemocničním prostředí vyžaduje jasně a odborně nastavené mantinely. Tato pravidla jsou mostem mezi profesionálně řízenou lékařskou a nelékařskou péčí a lidskou podporou poskytovanou dobrovolníky.

Předkládaná Metodika reaguje na aktuální situaci, kdy řada potřeb pacientů i poskytovatelů zdravotních služeb může být naplňována formou dobrovolnické činnosti a zároveň je v této oblasti mnoho nevyjasněných parametrů, včetně legislativy, které nejsou pro dobrovolnickou činnost ve zdravotnictví dosud definovány.

Metodika vychází z rámce dnes již nedostačujících a doposud platných metodických doporučení MZČR¹, z mnohaletých praktických zkušeností s fungováním a řízením dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních² a nově reflektuje výstupy z několika dotazníkových sond a kulatých stolů, kterých se v letech 2019-2020 zúčastnili koordinátoři dobrovolníků a zástupci managementu různých typů lůžkových zdravotnických zařízení v ČR (cca 25 poskytovatelů zdravotních služeb).

Předkládaná Metodika dobrovolnictví ve zdravotnických zařízeních definuje základní parametry bezpečného a kvalitního dobrovolnického programu ve zdravotnictví, které je potřeba nastavit uvnitř zdravotnického zařízení, ať už ho řídí samotné zdravotnické zařízení nebo se tak děje ve spolupráci s externí dobrovolnickou organizací. Metodika obsahuje nově zpracovaná témata k řízení kvality a bezpečí dobrovolnického programu v kontextu řízení kvality a bezpečí zdravotních služeb, doporučení pro práci s riziky souvisejícími s dobrovolnickým programem a návrh evaluačního systému jako prostředku měření efektivity dobrovolnického programu ve zdravotnictví. Tato témata byla navržena a zpracována týmem expertů.

Nově je v Metodice navrhováno zapojení dobrovolníků do dalších dvou oblastí, které dosud nebyly ve zdravotnictví realizovány: do aktivit v oblasti podpory zdraví a zapojení dobrovolníků v mimořádné situaci. V Metodice jsou zahrnuta také doporučení pro řízení dobrovolnických aktivit ve specializovaných oblastech péče, která dosud nebyla zpracována s ohledem na jejich specifika.

Předkládaná verze Metodiky je určena pro pilotní otestování vybranou skupinou poskytovatelů zdravotních služeb, primárně pro týmy, které dobrovolnické programy v těchto zdravotnických zařízeních koordinují a řídí. Metodiku dobrovolnictví ve zdravotnických zařízeních tvoří následující dokumenty:

Základní text metodiky

Přílohy:

Sada 15 tematických manuálů, z nichž každý podrobně zpracovává specifické téma, doporučené postupy a příklady dobré praxe

Administrativa PDZS – doporučený rámcový obsah smluv a formulářů potřebných pro realizaci PDZS.

¹ Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů, Věstník MZČR, částka č. 6/2009

Metodika evaluace dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních, Věstník MZČR, částka 11/2011

² Tošner, J.; Sozanská, O.: Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích. Portál, Praha 2002, str.112-115.

„Opravdová síla dobrovolnictví tkví v rozpoutání veřejné debaty, v zapojení občanů do veřejného života a zachování institucí živých a spojených se skutečnými lidmi. I formální dobrovolnické programy by měly zachovávat prostor pro lidskou tvář dobrovolnictví, která je formována bezprostřední volbou, tvořivostí, chutí aktivně přispět k napravování společenských nešvarů a nezištným zájmem o pomoc konkrétnímu člověku v nouzi.“³

1. Pozice dobrovolnického programu ve zdravotnictví

Smyslem programu dobrovolnictví ve zdravotních službách (PDZS) je umožnit laické veřejnosti vstup do systému péče zajišťované odborným personálem tak, aby byl bezpečným způsobem podpořen její efekt a posilován lidský faktor v komplexní péči o pacienty s cílem přispět k humanizaci zdravotnického systému jako celku.

Zapojení dobrovolníků do provozu, ve kterém je poskytována zdravotní péče, má smysl a efekt na několika úrovních (viz dále kap. 1.1. a 1.3.3.):

1. **Podporuje humanizaci zdravotnického systému jako celku**
2. **Podporuje šíření informací, které mají pozitivní dopad na zdraví ve společnosti.**
3. **Umožňuje konstruktivní spolupráci veřejnosti s poskytovateli zdravotních služeb v mimořádných situacích**

Naplnění uvedených cílů je možné za předpokladu, že dobrovolnický program ve zdravotních službách splňuje následující podmínky:

- **Pozice dobrovolníka ve zdravotnictví je jasně definovaná a reflektuje specifika zdravotnictví**
- **Pozice dobrovolníka ve vztahu k odborným profesím ve zdravotnictví je jednoznačně vymezena**
- **Cíle dobrovolnické činnosti ve zdravotnictví a způsob jejich naplňování jsou definovány a popsány**
- **Přínosy dobrovolnické činnosti ve zdravotnictví a její předpokládaný efekt jsou popsány a vysvětleny**
- **Pravidla pro implementaci dobrovolnické činnosti do systému zdravotní péče jsou jednoznačně definována**
- **Poskytovatel zdravotních služeb (PZS) přistupuje k realizaci programu dobrovolnictví (PDZS) s vědomím, že nese zodpovědnost za vše, co se v jeho průběhu odehrává ve vztahu k pacientům.**

1.1. Definice dobrovolníka a dobrovolnické služby ve zdravotnictví

Definice dobrovolníka/dobrovolnictví (obecně)

Dobrovolnictví je vědomá, svobodně zvolená činnost ve prospěch druhých, kterou poskytují občané bez nároku na finanční odměnu.

Dobrovolník věnuje část svého času a energie do činnosti, která je časově a obsahově vymezená.⁴

³ Ilsley, P. J.: Enhancing the Volunteer Experience. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1990.

⁴ Definice z dokumentu „Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů“, Věstník MZCR č. 6/2009.

Definice dobrovolníka a dobrovolnické služby ve zdravotnictví

1. Dobrovolnická služba ve zdravotnictví znamená **bezpečné zapojení laické pomoci do systému poskytování zdravotních služeb a péče o pacienta, která je zajišťovaná odborným zdravotnickým personálem.**
2. Dobrovolníkem v konkrétním dobrovolnickém programu ve zdravotnictví se občan stává v okamžiku, kdy **písemným souhlasem přijme pravidla v něm stanovená.**
3. Dobrovolníkem v PDZS je ten, který **je v rámci programu evidovaný a vykonává dohodnutou dobrovolnickou činnost.**

Laická pomoc poskytovaná dobrovolníky může být ve zdravotnických zařízeních realizována ve třech programových liniích:

- Programová linie „A“ – je laická pomoc poskytovaná pacientům k podpoře psychické kondice a jako prevence před sociální izolací v důsledku hospitalizace (podrobněji viz TM 4, 5, 6, 7, 8).
- Programová linie „B“ – je laická pomoc při realizaci akcí zaměřených na podporu zdraví, při osvětových a informačních kampaních zaměřených na prevenci nemocí a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, které organizuje poskytovatel zdravotních služeb (viz TM 11).
- Programová linie „C“ – je laická pomoc poskytovatelům zdravotních služeb při řešení následků mimořádných situací a přírodních katastrof (viz TM 10).

Přesné definice a pravidla pro jednotlivé programové linie jsou definovány v kap. 1.3.3.

1.2. Význam a smysl dobrovolnictví ve zdravotnictví

Všichni občané ČR jsou z hlediska systému zdravotní péče potenciálními pacienty (pojištěnci). Možnost veřejnosti podílet se jako dobrovolník jasně definovaným způsobem na poskytování služeb ve zdravotnickém zařízení je zároveň možností, jak lépe porozumět potřebám všech zúčastněných, tzn. pacientů a jejich rodinných příslušníků, zdravotníků i zdravotnického managementu.

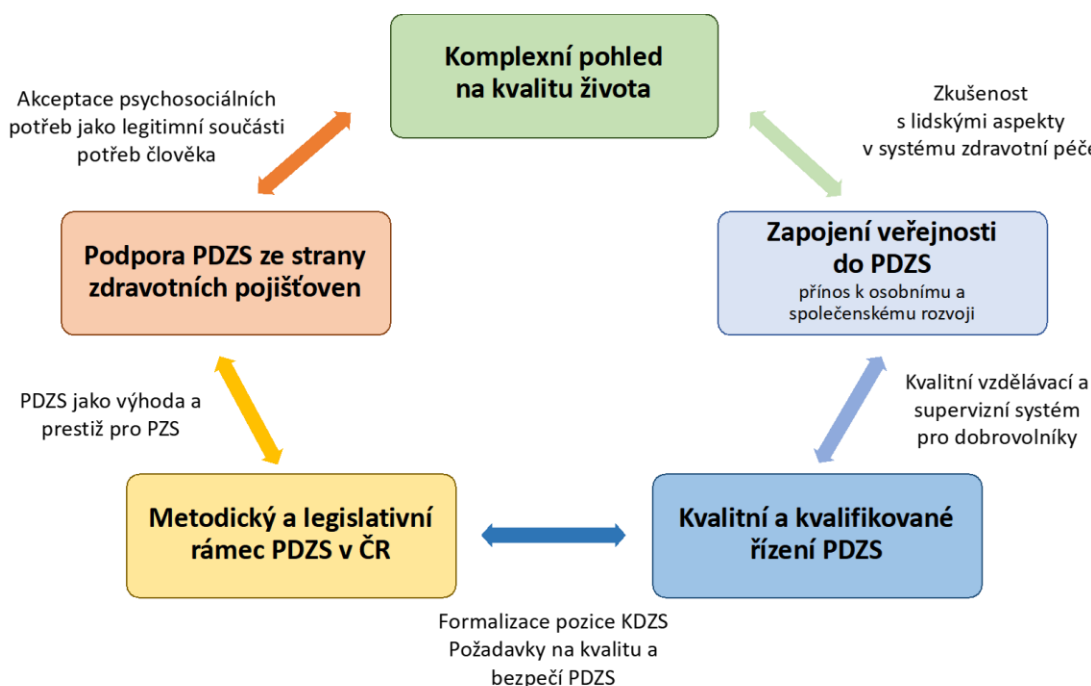
Pacient je člověk se svými strachy, úzkostmi a nadějemi, které ovlivňují jeho nemoc a projevují se v kontaktu se zdravotníky a s celým systémem zdravotní péče. Stejně významné jsou i sociální vazby pacienta a jeho systém sociální podpory, jehož funkčnost nemoc zásadním způsobem prověří.

Kvalita lidského kontaktu je nástrojem, který může posílit a integrovat fyzickou, psychickou sociální a spirituální dimenzi osobnosti pacienta tak, aby byl schopen zvládnout nároky vyplývající z konfrontace s nemocí, její léčbou a jejími následky.

V tomto kontextu je přínos dobrovolníků a jejich úloha ve zdravotnictví specifická. Dobrovolník se na rozdíl od zdravotnického personálu nemusí zabývat diagnózou pacienta a léčbou nemocí, ale může se orientovat na podporu toho, co zůstává zdravé, co má pacient i v nemoci k dispozici.

Spojení odborné péče a laické podpory tak vytváří celistvý mechanismus, kde PDZS vhodně doplňuje komplexní léčebnou péči. Z jeho kvalitní a bezpečné realizace mohou profitovat všichni zúčastnění – pacient, jeho rodina, poskytovatel zdravotní péče, dobrovolníci i veřejnost.

Uplatnění PDZS v systému poskytované zdravotní péče a péče o pacienta zaměřené na potenciální cílové změny ukazuje následující schéma:



Obr. 1:

PDZS v systému poskytované zdravotní péče a potenciální cílové změny

Zdroj: vlastní zpracování

Barevná pole obsahují formulaci pěti vzájemně provázaných cílů, které tvoří **pilíře implementace PDZS** v efektivně fungujícím systému poskytování zdravotní péče za předpokladu aktivní účasti alespoň části pojištěnců. Text mezi barevnými poli definuje **kroky nutné pro dosažení těchto cílů**.

Metodika rozpracovává jednotlivé fáze a podmínky realizace PDZS tak, aby směřovaly k daným cílům.

1.2.1. Přínos PDZS pro pacienty

Dobrovolnický program v nemocnici se osvědčil jako most mezi světem zdravých a nemocných. Zachování kontaktu se „zdravým světem“ je významné hlavně u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných, kteří trpí odloučením od svých blízkých nebo žádné blízké nemají. Přispívá k sociální integraci hospitalizovaných dětí i dospělých, umožňuje a usnadňuje opětovné zapojení do běžného života.⁵

Ke zvyšování úrovně kvality péče o pacienta přispívá dobrovolnický program na několika úrovních:

- Dobrovolník může poskytnout nemocnému **emocionální a psychosociální podporu**, zvýšit jeho sebedůvěru a přispět k přijetí a vyrovnání se s nemocí⁶. Tím přispívá k lepší adaptaci pacienta na pobyt v nemocnici, zlepšuje jeho náladu a psychickou pohodu a pozitivně ovlivňuje jeho spolupráci se zdravotnickými pracovníky.
- U pacientů může dobrovolník **podpořit jejich motivaci** při činnostech souvisejících s každodenní sebedpěčí, jak po stránce tělesné, tak i duševní.

⁵ Formulované přínosy PDZS pro pacienty korelují se zpětnými vazbami získanými dílčím průzkumem od 27 poskytovatelů zdravotních služeb v ČR.

⁶ Mellow, M.: Hospital Volunteers and Carework; The Canadian Review of Sociology and Anthropology: Vol. 44 No. 4, p. 451-467, ProQuest Psychology Journals 2007.

- Prostřednictvím dobrovolnických aktivit mohou pacienti **naplnit čas strávený v nemocnici** smysluplnou činností⁷.
- Dobrovolníci mohou přispívat ke **zvýšení kvality života chronicky nemocných a pacientů s duševním onemocněním**. Svou podporou jim mohou pomáhat zvládnout stres, prožívat naplňující vztahy a mít smysluplný život⁸. V některých případech lze touto cestou snižovat délku hospitalizace.
- Empatickou a otevřenou komunikací s pacienty a jejich příbuznými může dobrovolník sehrát roli v **prevenci nedorozumění či stížností** mezi pacientem (či jeho rodinou) a zdravotníkem, a tak pozitivně ovlivnit jejich vzájemnou komunikaci.
- **Úspěšné dobrovolnické programy mohou i prodloužit život závažně nemocných pacientů**.⁹

1.2.2. Přínos pro poskytovatele zdravotních služeb a systém zdravotní péče jako celek

Přínos se projevuje:

- **V rozšíření nabídky služeb** hospitalizovanému pacientovi a jeho rodině (programová linie „A“).
- Zapojením veřejnosti do dobrovolnických aktivit zaměřených na podporu zdraví a na prevenci (programová linie „B“) může poskytovatel **rozšířit svůj osvětový potenciál a zlepšit zdravotní gramotnost místních obyvatel** (viz TM 11).
- Efektivním zapojením laické veřejnosti do dobrovolnického programu při řešení následků mimořádných situací (programová linie „C“) **může poskytovatel šetřit čas, kapacity a finanční zdroje pro řízení a poskytování odborných služeb** (viz TM 10).
- Dobrovolník může **upozornit zdravotnický personál na nedostatky v komunikaci**, informovat o tom, že pacient má problém sociální nebo psychický, o kterém odborný personál neví.
- Dobrovolník přináší pohled zvenčí, který může **upozornit na stereotypy v chování a komunikační schémata** personálu vůči pacientům i na **provozní nedostatky**, unikající pozornosti zdravotníků.
- Přítomnost laiků ve zdravotnickém provozu může **posílit orientaci na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb a ukázat, jak je úroveň služeb ze strany pacientů a laiků vnímána**.
- Dobrovolnické aktivity mohou vnést na zdravotnické pracoviště lidskost a empatii, i **odlehčení v každodenní rutinní práci** zdravotníků.
- Dobrovolník může pozitivně ovlivnit pacientovu spolupráci se zdravotnickými pracovníky a přispět k **prevenci nedorozumění či stížností mezi pacientem a zdravotníkem**.

1.2.3. Přínos pro dobrovolníky a pro veřejnost

Výzkumné studie¹⁰ i zpětné vazby od dobrovolníků v nemocnicích ukazují, že činnost dobrovolníků vykonávaná ve prospěch pacientů přináší prokazatelné benefity i jim samotným. To, co svou dobrovolnickou činností získávají, je zároveň motivuje k pokračování v dobrovolnické činnosti (viz TM3):

⁷ Morrow-Howell, N.; Hong, S.-I.; Tang, F.: Who Benefits from Volunteering? Variations in Perceived Benefits; The Gerontologist Vol. 49 No. 1, p. 91-102, ProQuest Psychology Journals 2009.

⁸ Grimm, R.; Spring, K.; Dietz, N. The Health Benefits of Volunteering: A Review of Recent Research; Corporation for National and Community Service, Office of Research and Policy Development, Washington DC 2007.

⁹ R. Casiday, E Kinsman, C Bamba: Volunteering and Health: What Impact Does It Really Have? Report to Volunteering England 2008, University of Wales, Monografie, 2008

¹⁰ Proulx CM, Curl AL, Ermer AE.: Longitudinal Associations Between Formal Volunteering and Cognitive Functioning, J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2018 Mar 2;73(3):522-531. doi: 10.1093/geronb/gbx110.

Epidemiologické studie, týkající se kognitivního zdraví ukazují, že dobrovolnická činnost dává lidem pocit smysluplnosti života, který je ve smyslu teorie salutogeneze sám o sobě významným faktorem udržení kognitivního zdraví a dobré psychické kondice i ve vyšším věku

- **Lepší náhled na systém poskytování zdravotní péče, porozumění náročnosti profese zdravotníků.**
- Impuls pro **seberealizaci a osobní rozvoj** dobrovolníků, **posílení zodpovědnosti za vlastní zdraví** a seberozvoj, např. **zlepšením dovedností** v komunikaci, v asertivním chování.
- Dobrovolnická zkušenost studentů s patientskou klientelou může být motivací pro výběr budoucí profese, **přispívá k získání nových pracovních kompetencí.**
- **Posun ve vnímání životních hodnot, naplnění smysluplnosti života**, pozitivní pocit z užitečnosti a radost z pomoci potřebným¹¹.
- **Positivní dopad na zdraví dobrovolníků:** dobrovolnická činnost snižuje míru deprese, zvyšuje subjektivní pocit zdraví, schopnost zvládat stres a zvládání vlastní nemoci¹²; u starších dobrovolníků přispívá k udržení kognitivního zdraví¹³.
- **Přijetí závažných životních událostí spojených s nemocí jako normy patřící do běžného života.**
- **Příklad dobré praxe (Best Practice) pro většinovou společnost**, která si může vzít vzor z dobrovolníků, jež pomáhají v nemocnici potřebným.

Hodnocení efektivity dobrovolnického programu ve zdravotnictví je úzce spojeno s naplňováním očekávaných přínosů pro jednotlivé cílové skupiny, kterých se realizace PDZS dotýká. Jeho základem je dobře vytvořený evaluační systém propojený se systémem řízení rizik spojených s PDZS (viz kap. 8 a 9 + TM 13).

1.3. Přehled základních pravidel PDZS

Dobrovolnictví v oblasti zdravotních služeb patří mezi dobrovolnické programy s nejvyššími nároky na bezpečnost. Nastavení základních pravidel je proto jedním z předpokladů, jak zabránit vzniku a následkům rizikových situací v PDZS.

Realizace kvalitní a bezpečné dobrovolnické služby ve zdravotnictví vyžaduje:

- a) Jasnou a srozumitelnou definicí dobrovolníka ve zdravotnictví (viz kap. 1.1.).
- b) Dodržování základních pravidel PDZS.
- c) Jednoznačné vymezení dobrovolnické činnosti ve vztahu k odborným profesím a jiným typům podpůrné péče ve zdravotnictví, (viz kap. 1.5. a kap. 2).

Pravidla dobrovolnictví ve zdravotnictví musí být nastavena tak, aby byla účelná, zajistila kvalitu a bezpečnost PDZS, byla srozumitelná a v praxi proveditelná (Isley)¹⁴.

Z hlediska základních pravidel PDZS je podstatné:

- **Dodržení požadavků obecného charakteru:**

¹¹ Morrow-Howell, N.; Hong, S.-I.; Tang, F.: Who Benefits from Volunteering? Variations in Perceived Benefits; The Gerontologist Vol. 49 No. 1, p. 91-102, ProQuest Psychology Journals 2009.

¹² Grimm, R.; Spring, K.; Dietz, N. The Health Benefits of Volunteering: A Review of Recent Research. Corporation for National and Community Service, Office of Research and Policy Development, Washington DC 2007.

¹³ Anderson ND, Damianakis T, Kröger E, Wagner LM, Dawson DR, Binns MA, Bernstein S, Caspi E, Cook SL; BRAVO Team. Benefits associated with volunteering among seniors: a critical review and recommendations for future research. Psychol Bull. 2014 Nov;140(6):1505-33. doi: 10.1037/a0037610. Epub 2014 Aug 25. Review.

¹⁴ Isley doporučuje stanovit pro výkon dobrovolnické služby předem jen tolik pravidel, kolik je nezbytně nutných pro udržení stabilního a bezpečného chodu organizace a zároveň zajistit, aby dobrovolníci dobře rozuměli jejich smyslu (tedy aby věděli, co, jak a proč dělat – např. zásady bezpečnosti, důvěrnost informací, stálý výkon). Podle Isleyho jsou dobrovolníci nejlépe motivováni vizí. Efektivní koordinátor tedy vyjadřuje zájem „dělat správné věci“ spíše než „dělat věci správně“, je zaměřen více na cíle než na procedury a častěji uplatňuje proaktivní strategii předvídání a prevence problémů oproti reaktivní strategii jejich řešení.

- a) definovaných managementem PZS (viz kap. 1.3.1.),
- b) definovaných v kritériích způsobilosti pro dobrovolníka v PDZS (viz kap. 1.3.2.).
- **Dodržení požadavků souvisejících s jednotlivými programovými liniemi (A, B, C) (viz kap. 1.3.3.).**

1.3.1. Postoj managementu PZS k realizaci PDZS

Pokud se poskytovatel zdravotních služeb rozhodne pro realizaci dobrovolnické služby a zapojení dobrovolníků, musí vrcholový management učinit následující kroky:

Zajistit zpracování níže uvedených dokumentů, které explicitně vyjadřují vůli a kladný postoj vedení k realizaci PDZS:

- A) Dokument „Dobrovolnický program“ obsahující cíle, obsah a způsob výkonu dobrovolnických činností v daném zdravotnickém zařízení a jejich očekávaný efekt.
- B) Dokument „Politika kvality PDZS“ obsahující jasně deklarované stanovisko a strategické rozhodnutí vrcholového managementu o realizaci PDZS, potvrzené písemným závazkem.

Ad A) Dobrovolnický program ve zdravotnictví

Dobrovolnický program je komplex činností a s nimi souvisejících pravidel, které definuje a zpracovává poskytovatel zdravotních služeb jako realizátor PDZS.

Dokument „Dobrovolnický program“ v konkrétním zdravotnickém zařízení obsahuje:

(viz Administrativa PDZS, kap. 1.1.):

- popis účelu a cílů dobrovolnické činnosti pro daného poskytovatele,
- výčet a popis forem dobrovolnické činnosti, které budou využívány,
- požadavky na dobrovolníky a kritéria jejich výběru,
- popis procesu plánování, přípravy a realizace dobrovolnické činnosti a hodnocení činností vykonávaných dobrovolníky,
- popis parametrů řízení, kontroly a hodnocení dobrovolnické činnosti, které budou uplatňovány v rámci dobrovolnického programu,
- popis podmínek pro kvalitní a bezpečné vykonávání dobrovolnické činnosti tak, aby neohrozila zdraví a bezpečí pacientů,
- popis podmínek a postupu pro výběr osob zajišťujících organizaci dobrovolnické činnosti v rámci tohoto programu (dále jen „realizační tým“) a určení osoby koordinující činnost realizačního týmu.

Pro zajištění všech podkladů a informací potřebných ke zpracování tohoto dokumentu je nutné zvážit řadu faktorů, které souvisejí především s modelem řízení PDZS (viz kap. 3.1. a 3.2. a TM1) a organizační strukturou PDZS ve vztahu k fázi jeho vývoje (viz kap. 3.3 a 3.4. a TM2).

Při volbě modelu řízení a organizace PDZS je doporučeno, aby PZS vzal při svém rozhodování v potaz výhody a limity jednotlivých modelů pro PDZS v podmínkách daného zdravotnického zařízení. A to především z s ohledem na následující skutečnosti:

- a) Z pohledu kvality a bezpečí PDZS je důležité, že **pojem „akreditace“ je jinak definovaný a vnímaný ve zdravotnictví, a jinak v dobrovolnictví – dle zákona č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě**. Rozdíly se týkají následujícího pojetí významu:
 - Ve zdravotnictví je pojem „akreditace“ spojován s externím hodnocením kvality a bezpečí zdravotních služeb a se zárukou kredibility PZS, zárukou řízení kvality a takové úrovně plnění činností, které je definované standardy kvality a bezpečí a jejich měřitelnými ukazateli (viz kap. 7)¹⁵.
 - V dobrovolnictví ČR obecně je pod pojmem „akreditace“ chápána finanční a kvalifikační způsobilost k zajištění organizace dobrovolnického programu/projektu a k plnění dalších obecných povinností stanovených zákonem č. 198/2002 Sb., o

¹⁵ Systém akreditačních principů a standardů Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua), <https://isqua.org>

dobrovolnické službě.¹⁶ Akreditace udělená externí dobrovolnické organizaci (EDO), poskytuje určité výhody dobrovolníkům při realizaci širokého rozsahu dobrovolnické činnosti v různých oblastech, ale nelze ji brát jako dostatečnou záruku kvalitní a bezpečné realizace dobrovolnických činností ve zdravotnictví. Je proto v zájmu PZS, aby při přípravě a realizaci PDZS pečlivě nastavil pravidla pro kvalitu a bezpečnost realizovaných dobrovolnických aktivit a její sledování na svých pracovištích, stejně jako hodnocení úrovně spolupráce s EDO a účelné nastavení kompetencí.

- Z pohledu bezpečí PDZS a ekonomiky PZS je třeba brát zřetel na existenci a rozsah pojištění PDZS především při spolupráci s EDO. Znamená to věnovat pozornost obsahu pojistné smlouvy, kterou EDO disponuje, tj. co je v rámci uzavřené pojistné smlouvy na PDZS reálně pojištěno a v jaké výši.

Ad B) Politika kvality PDZS

Dokument „Politika kvality PDZS“ obsahuje a vyjadřuje závazek realizovat a rozvíjet dobrovolnický program a zapojit laickou veřejnost do systému poskytovaných služeb jako nedílnou součást strategického rozhodnutí vedení PZS. Dobrovolnický program bude realizován jasně definovaným způsobem dle zvolených programových linií A, B, C (viz kap.1.1. a 1.3.3.). Politika kvality PDZS formuluje zásady, k jejichž respektování a implementaci se vedení zavazuje při realizaci PDZS:

Návrh textu závazku:

Vedení organizace vyhláší v rámci Politiky kvality následující zásady, které se zavazuje respektovat a dále rozpracovávat do dílčích měřitelných cílů:

1. Při přípravě a realizaci PDZS dodržovat stávající legislativní předpisy a zabezpečit kvalifikované řízení celého programu.
2. Realizovat PDZS v souladu s přáním pacientů a s ohledem na možnosti zdravotnického zařízení, vytvářet podmínky a rozvíjet PDZS na základě informací z průzkumů spokojenosti pacientů.
3. Informovat pacienty o programu dobrovolnictví, uplatňovat vždy individuální, objektivní, nediskriminační a korektní přístup ke všem pacientům, kteří projeví zájem o zapojení se do probíhajících dobrovolnických aktivit.
4. Dbát na profesionální a etickou úroveň pracovníků i dobrovolníků, podporovat rozvoj jejich kvalifikace a dovedností a jejich motivaci pro zvyšování kvality realizovaných dobrovolnických aktivit.
5. Provádět průběžné hodnocení kvality a bezpečí všech dobrovolnických aktivit, hodnotit kvalitu a bezpečí dobrovolnictví jako součást hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Sledovat spokojenost pacientů, dobrovolníků i zaměstnanců s poskytovanými dobrovolnickými aktivitami s cílem zvyšovat spokojenost jak s programem dobrovolnictví, tak s poskytovanou zdravotní péčí.

1.3.2. Základní kritéria způsobilosti dobrovolníka k činnosti v PDZS

Dobrovolníkem v PDZS se může stát každý, kdo splní následující podmínky:

- **Dovršený věk 18 let** pro pravidelnou nebo jednorázovou dobrovolnickou činnost prováděnou individuálně nebo pro skupinu pacientů společně s dalšími dobrovolníky.
- **Dovršený věk 15 let** pro pravidelnou nebo jednorázovou dobrovolnickou činnost prováděnou pro skupinu pacientů společně s dalšími dobrovolníky, za přítomnosti koordinátora nebo

¹⁶Zákon č. 182/2002 Sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů se vztahuje k dobrovolnickým programům realizovaným nestátními neziskovými organizacemi, církevními a náboženskými společnostmi, které jsou registrovány u Ministerstva vnitra ČR. Zákon definuje pojmy „vysílající organizace“ a „přijímající organizace“ a nastavuje pravidla platná pro dobrovolnické programy fungující v tzv. **akreditovaném režimu**. EDO s akreditací MV ČR má dle tohoto zákona status „vysílající organizace“. <https://www.mvcr.cz/dobrovolnicka-sluzba.aspx>

osoby starší 18 let za tuto činnost zodpovědnou. S výkonem dobrovolnické činnosti dobrovolníka, který není plnoletý, musí písemně souhlasit jeho zákonný zástupce.

- **Trestní bezúhonnost** prokázaná:
 - výpisem z rejstříku trestů, který nesmí být starší 3 měsíců pro činnost vykonávanou pravidelně,
 - nebo písemným čestným prohlášením, že proti zájemci o dobrovolnickou činnost není vedeno trestní řízení, pro dobrovolnickou činnost ve formě jednorázové akce (viz Administrativa PDZS, kap. 3.7.).
- **Zdravotní způsobilost** pro výkon dobrovolnické služby ve zdravotnictví prokázaná písemným čestným prohlášením před zahájením dobrovolnické činnosti, případně vyžádaným lékařským potvrzením zdravotní způsobilosti (viz Administrativa PDZS kap.2.1.3.).

Kromě výše uvedených základních podmínek jsou u dobrovolníků v PDZS požadované tyto předpoklady:

- Schopnost **porozumět a akceptovat nastavená pravidla programu.**
- Schopnost dobrovolníka **adekvátně komunikovat s koordinátorem, se zdravotnickým personálem a s různým typem pacientů.**
- **Emočně stabilizovaný postoj** k nemoci a k prostředí nemocnice obecně.

Formy a typy dobrovolnických činností, do kterých se může dobrovolník zapojit jsou definovány dále v kap. 6.

1.3.3. Pravidla související s programovými liniemi PDZS

A) Základní pravidla PDZS v oblasti linie „A“ = psychosociální podpora pacientů

V této programové linii jsou dobrovolníci v přímém kontaktu s pacienty. Zaměření, obsah a rozsah dobrovolnické činnosti s pacienty rámcově určuje pravidlo „**Tři principy bezpečné dobrovolnické činnosti**“ (blíže popsáno a vysvětleno v TM3):

- I. Orientace na to, co je zdravé a možné, ne na nemoc a diagnózu.
- II. Orientace na přítomnost.
- III. Orientace na činnost, ne na její výsledek.

V zájmu kvality a bezpečí PDZS je proto třeba respektovat hlavní pravidla dobrovolnické činnosti zaměřené na podporu pacientů PZS:

- Dobrovolník **nenahrazuje práci odborného zdravotnického personálu**, ale doplňuje ji tam, kde je to vhodné a možné.
- Typ dobrovolnické činnosti konané v přímém kontaktu s pacienty, **určuje a vymezuje zdravotnický personál, který se také podílí na tvorbě a specifikaci pravidel** (viz kap. 5 a 6, TM4, TM5, TM6, TM7, TM8, TM9).
- Za dodržování nastavených pravidel PDZS **zodpovídá koordinátor dobrovolníků ve zdravotních službách (KDZS)**, viz dále kap. 4.2.
- Dobrovolník ve zdravotnickém zařízení **nemá přístup ke zdravotnické dokumentaci pacienta, k lékům, ke zdravotnickému materiálu ani k přístrojovému vybavení**. Pro výkon dobrovolnické činnosti nepotřebuje znát diagnózu pacienta, důležité informace o pacientových omezeních a potřebách mu sděluje k tomu pověřený personál.
- **O výkonu pravidelné dobrovolnické činnosti dobrovolník uzavírá smlouvu** (dle zvoleného modelu řízení PDZS buď s PZS, viz kap. 3.2.1. nebo s EDO v případě modelu spolupráce PZS s externí dobrovolnickou organizací, viz kap. 3.2.2.). Ve smlouvě jsou definovány závazky dobrovolníka a závazky PZS/EDO a specifikována činnost, kterou dobrovolník na daném pracovišti může vykonávat. Smlouva zahrnuje **výpis z RT, závazek mlčenlivosti, potvrzení o zdravotní způsobilosti, Etický kodex dobrovolníka** (viz Administrativa PDZS, kap.2.2.).
- U dobrovolníka zapojeného **do jednorázových aktivit** je doporučeno **vedení zjednodušené dokumentace** (viz Administrativa PDZS, kap. 2.3.2.).

- Dobrovolníci jsou **proškoleni adekvátně typu dobrovolnické činnosti**, včetně zásad pro komunikaci s pacienty a jejich rodinnými příslušníky a vedení k **respektování přání a soukromí pacienta**. Je jim poskytována odpovídající **supervizní podpora** (viz TM3, TM4, TM5, TM6, TM7, TM8).
- Dobrovolník **dodržuje režim a pravidla definovaná v „Popisu a charakteristice dobrovolnické činnosti na oddělení“ a v „Informačním manuálu dobrovolníka“** (viz Administrativa PDZS, kap. 3.3. a 3.4.).
- Dobrovolník dodržuje **pravidla bezpečného pohybu po areálu zdravotnického zařízení a hygienicko – epidemiologický režim** platný na daném oddělení a další požadavky související s nároky na **zajištění kvality a bezpečí PDZS (K+B PDZS)** (viz kap. 7 a TM12).
- Dobrovolnické činnosti jsou **pravidelně vyhodnocovány**, zejména z hlediska **K+B PDZS a spokojenosti** pacientů, rodinných příslušníků, personálu a dobrovolníků (viz. kap. 7 a 8, TM12 a TM13).

Činnosti vykonávané dobrovolníky ve zdravotnickém zařízení v programové linii „A“, by měly být **jasně vymezené i ve vztahu k dalším aktivitám, které nejsou definovány jako zdravotní služby, ale v daném zdravotnickém zařízení probíhají a mají svůj nezpochybnitelný význam jako podpůrná součást komplexní léčebné péče** (viz dále kap. 2).

B) Základní pravidla PDZS v oblasti linie „B“ = programy podpory zdraví, osvětové a informační akce

Dobrovolníci v tomto typu dobrovolnické činnosti nemusí být vždy v přímém kontaktu s hospitalizovanými pacienty. Jejich úkolem je vypomáhat při organizaci akcí konaných v rámci programů podpory zdraví zaměřených na zlepšení zdravotní gramotnosti pacientů, jejich příbuzných, zaměstnanců i širší veřejnosti. Může se jednat např. o akce typu „Dny zdraví“ apod. Kromě účasti na těchto jednorázových nebo pravidelně se opakujících akcích mohou dobrovolníci také působit např. v „**Informačních a edukačních centrech pro pacienty**“, pokud jsou ve zdravotnickém zařízení taková centra zřízena. Pokud taková centra neexistují, lze jejich zřízení v rámci rozvoje PDZS iniciovat.

Pro zapojení dobrovolníků v této oblasti platí:

- Náplň činnosti dobrovolníků je definována jako **podpůrná činnost sloužící ke zlepšení dostupnosti informací** týkajících se zdraví, nemoci a léčby, a to pro pacienty, rodinné příslušníky i veřejnost.
- O výkonu **pravidelné dobrovolnické činnosti dobrovolníci uzavírají písemnou smlouvu** (viz Administrativa PDZS, kap. 2.2.), v případě **jednorázových akcí je vedena zjednodušená dokumentace** (viz Administrativa PDZS, kap. 2.3.2.).
- **Dobrovolníci jsou proškoleni dle konkrétního typu dobrovolnické činnosti** a dle toho je jim také poskytována **supervizní podpora** (viz TM11).
- **Koordinace dobrovolnických aktivit je v gesci koordinátora dobrovolníků**, který spolupracuje s osobou zodpovědnou za odbornou kvalitu akce. Takovou osobou může být místní zdravotnický odborník, externí odborník, případně zástupce spolupracující organizace. Koordinace veškerých podpůrných aktivit v PZS je podrobněji popsána v TM15.
- **Pravidla pro bezpečný pohyb, hygienicko – epidemiologický režim** a další požadavky související s nároky na **zajištění K+B PDZS** jsou stejná jako pro dobrovolníky zapojené v programové linii „A“ (viz dále kap. 7 a TM 12).
- Dobrovolnické činnosti jsou **pravidelně vyhodnocovány** (viz. kap. 8 a TM 13).
- Nemocnice zapojené do mezinárodního programu „Nemocnice a zdravotní služby podporující zdraví“ (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services)¹⁷(HPH) sledují

¹⁷ <https://www.hphnet.org/>

a vyhodnocují tyto činnosti také z hlediska **plnění mezinárodních standardů podpory zdraví**¹⁸ (viz kap. 2.2. a podrobněji TM11).

Do spolupráce na aktivitách podpory zdraví se mohou **zapojit patientské organizace a další organizace z nestátního neziskového sektoru. Podmínkou je jednoznačné vymezení kompetencí, pravomocí a zodpovědností.** Souběžné zapojení dobrovolníků a členů patientských a dalších organizací je **třeba koordinovat tak, aby bylo zřejmé, kdo má jaké kompetence a kdo za co odpovídá.**

C) Základní pravidla PDZS v oblasti linie „C“ = pomoc při mimořádných situacích

V této programové linii PDZS jsou dobrovolníci zapojeni do činností v mimořádných situacích, jejichž následky mohou zatížit nebo zablokovat provoz PZS. Jedná se o nepředvídatelné události a následný vznik situací, které vyžadují rychlou a koordinovanou akci, díky které je možné předejít závažným následkům. Jedná se o situace, kdy PZS potřebuje větší počet personálu, než jaký má okamžitě k dispozici (např. vyklizení prostor po povodních atd)¹⁹ (viz TM10).

Pro zapojení dobrovolníků z řad veřejnosti platí následující pravidla:

- Dobrovolníci zapojení do PDZS v mimořádných situacích **mohou nahradit některé nezdravotnické profese** (např. pracovníky THP), **nemohou však nahradit práci odborného zdravotnického personálu.**
- Pro možné zapojení dobrovolníků by měl být **předem zpracovaný plán a postup, tzn. „Manuál pro zapojení dobrovolníků v mimořádných situacích“.**
- **Typy dobrovolnických činností jsou stanoveny** s ohledem na nutné zajištění bezpečnosti v daném provozu. Pokud je to vhodné a potřebné, mohou probíhat aktivity v programových liniích „A“ a „B“ za podmínek stanovených pro mimořádnou situaci.
- Za celkovou koordinaci dobrovolníků **zodpovídá koordinátor dobrovolníků** ve spolupráci s manažerem krizového řízení PZS.
- **Databázi potenciálních dobrovolníků** ochotných pomáhat v mimořádných situacích připravuje koordinátor dobrovolníků v „klidové době“, dokumentace odpovídá jednorázovým činnostem PDZS (viz Administrativa PDZS, kap. 2.3.2.).

Celý doporučený systém zapojení dobrovolníků do PDZS v programové linii „C“ je podrobněji uveden v TM10.

1.4. Pozice PDZS ve vztahu k odborným profesím ve zdravotnictví

Dobrovolníci v PDZS by měly mít stanovené srozumitelné, jasně identifikovatelné a zřetelně ohraničené pozice a rozhraní se všemi profesemi, se kterými se při své činnosti setkají, a to nezávisle na typu dobrovolnické činnosti.

Jen v takovém případě mohou dobrovolníci vykonávat svou činnost k prospěchu pacientů, bez rizika záměny rolí, pravomocí a zodpovědností.

Definování hranic mezi pozicí a činnostmi dobrovolníka ve zdravotnictví a činnostmi zdravotnických pracovníků je podstatné a je nezbytné pro jasné a bezpečné vymezení dobrovolnickovy pozice a role. Je

¹⁸ <https://www.hphnet.org/standards/>

¹⁹ Za „**mimořádnou situaci**“ pro účely tohoto metodického dokumentu pro PDZS je považována taková situace, která je pro PZS nečekaná a nepředvídatelná, má bezprostřední dopad na provoz zdravotnického zařízení a její zvládnutí vyžaduje rychlou mobilizaci lidských i materiálních zdrojů. Jedná se o situace, kdy PZS potřebuje větší počet personálu, než jaký má k dispozici, přičemž minimalizace nežádoucích následků vyžaduje rychlou a koordinovanou akci. **Není jí myšlena „nežádoucí událost“, „krizová situace“ nebo „krizový stav“** dle zákonů č. 238/2000 Sb., o hasičském záchranném sboru, z.č.239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, z.č. 240/2000 Sb., Krizový zákon, z.č. 241/2000Sb., o hospodářských opatřeních pro krizové stavy, včetně z.č. 320/2002 Sb., o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů, který tyto zákony novelizuje.

to důležité nejen pro samotné dobrovolníky, ale i pro pacienty a pro rodinné příslušníky, kteří pak lépe rozumí postavení dobrovolníka a vědí, co od něho mohou očekávat.

1.4.1. Vymezení dobrovolnické pozice vůči zdravotnickým profesím

Při realizaci PDZS ve výše definovaných programových liniích „A“ a „B“ platí:

- **Dobrovolník nenahrazuje práci odborného zdravotnického personálu, který poskytuje zdravotní služby** dle zákona č. 95/2004 Sb. a zákona č. 96/2004 Sb. a zákonů souvisejících (viz kap.12). Týká se to především lékařů, farmaceutů, zdravotních sester, zdravotně sociálních pracovníků, ošetřovatelů, sanitářů, sociálních pracovníků, psychologů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, speciálních pedagogů, logopedů, nutričních terapeutů.
- Dobrovolník **nenahrazuje práci odborných nezdravotnických profesí, kteří působí v oblasti podpůrné péče** (viz kap. 2.1.):
 - Nemocniční kaplan (pracovník poskytující spirituální péči) – jeho kvalifikace vychází z teologického vzdělání magisterského stupně a specializačního kurzu „Nemocniční kaplan“, ke službě v nemocnici je delegován na základě společného pověření České biskupské konference a Ekumenické rady církví²⁰.
 - Herní terapeut (herní specialista)²¹ – nastavení rozhraní herní terapie a dobrovolnických aktivit brání absenci koncepce herní terapie, která by definovala náplň práce, kompetence a vymezovala pozici herního terapeuta v Katalogu prací, včetně jeho vzdělávání.
- **Kompetence, pravomoci a zodpovědnosti osoby na pozici dobrovolníka nejsou vymezeny pracovně právními vztahy**, ale jsou obsahem této metodiky. Jsou vymezeny a popsány v příslušných dokumentech, které jsou její součástí (viz Administrativa PDZS). Jejich základem je legislativa upravující **občansko-právní vztahy**.
- **Celkovou odpovědnost za případné újmy na zdraví nebo majetku způsobené v rámci dobrovolnické činnosti má vždy PZS**, proto musí být veškerá pravidla pro realizaci PDZS nastavena s ohledem na potenciální rizika, kvalitu a bezpečí (viz kap. 7 a TM 12) a kryta dostatečným pojistným plněním (viz Administrativa PDZS, kap. 1.7.).

Vymezení hranic jednotlivých typů dobrovolnické činnosti ve vztahu k odbornému zdravotnickému personálu je rozpracováno a podrobněji popsáno v odpovídajících tematických manuálech (viz TM4, TM5, TM6, TM7, TM8 a TM15).

1.4.2. Vymezení dobrovolnické pozice vůči nezdravotnickým profesím PZS

Při realizaci PDZS v programové linii „C“ platí:

- Dobrovolník **nemůže nahradit práci odborného zdravotnického personálu, který poskytuje zdravotní služby**.
- Dobrovolník **může nahradit některou z technických nezdravotnických profesí**, a to v závislosti na typu mimořádné situace a typu potřebné činnosti.
- **Předem zpracovaný „Manuál pro zapojení dobrovolníků v mimořádných situacích“** by měl **rámcově definovat profese**, k nimž se vybraný typ dobrovolnické činnosti nejvíce přibližuje – např. administrativní pracovník, technik, pracovník v údržbě atd.

Vymezení hranic dobrovolnické činnosti vůči nezdravotnickému personálu v linii „C“ je podrobněji popsáno v TM10. Koordinace dobrovolnických aktivit v linii „C“ ve vztahu k ostatním programovým liniím PDZS a aktivitám v oblasti podpůrné péče je rozpracováno v TM15.

²⁰ Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb, Věstník MZČR, č.4/2017 <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-4-2017/>

²¹ Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D., Mgr. Jana Urbanová, Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.: Herní terapie v českých nemocnicích, Pediatrie pro praxi/2015; 16(3) / www.pediatriepropraxi.cz

1.4.3. Vymezení dobrovolnické pozice ve vztahu ke studentům a stážistům na odborné praxi

Při realizaci PDZS ve výše definovaných programových liniích „A“ a „B“ platí:

- **Pozice dobrovolníka se liší od pozice studenta nebo stážisty** na odborné praxi. Náplně činnosti obou skupin je proto nutné od sebe srozumitelně oddělit. Je to důležité jak pro samotné studenty – dobrovolníky, tak pro odborný personál, ale také pro pacienty a rodinné příslušníky. Informace o rozdílech je důležitá pro všechny dotčené skupiny (studenty, dobrovolníky, pacienty i personál):
 - Student – stážista vykonává u PZS odbornou praxi, která je obsahově a formálně vymezena dle studijního oboru a pro níž uzavírá PZS smlouvu/dohodu s odpovídajícím školským zařízením (VŠ, SŠ, VOŠ...).
 - Student – dobrovolník vykonává dobrovolnickou činnost na základě občansko-právního vztahu vymezeného dokumenty uvedenými v Administrativě PDZS.
- **Pokud škola má zájem o dlouhodobou spolupráci s PZS v oblasti PDZS (tzn. studenti školy jsou dobrovolníky), je nutné:**
 - Písemně definovat účel dobrovolnické činnosti studentů tak, aby se nepřekrýval a/nebo nekolidoval s účelem odborných praxí v daném PZS.
 - Dobrovolnická činnost studentů u PZS by měla být dobrovolná, vykonávaná studenty mimo dobu povinné výuky, tzn. nesmí být nařízena jako povinná.
 - Dobrovolnická činnost studentů může být školou zohledněna a bonifikována jako „bonus navíc“.
 - Dobrovolník student musí absolvovat všechny vstupní procedury jako jakýkoli jiný dobrovolník.
 - Koordinátor dobrovolníků vystaví dobrovolníkovi studentovi osvědčení o absolvované dobrovolnické činnosti, stejným způsobem jako ostatním dobrovolníkům (viz Administrativa PDZS, kap.2.5.).
- **Pokud je dobrovolníkem student oboru, který má povinnou praxi u stejného PZS, je nutné obě pozice od sebe zřetelně oddělit:**
 - Koordinátor dobrovolníků musí dostat informaci, že zájemce o dobrovolnickou roli je zároveň studentem docházejícím do stejného zdravotnického zařízení na praxi.
 - Dobrovolnickou činnost by student měl vykonávat na jiném oddělení, než kde probíhá jeho praktická výuka. Důvodem je prevence záměny náplně činnosti v rolích dobrovolníka a stážisty.

Podmínky spolupráce mezi PZS a školou a koordinace aktivit je více popsáno v TM11 a TM15.

2. PDZS v rámci podpůrné péče a programech podpory zdraví

Ve zdravotnickém zařízení funguje kromě poskytovaných zdravotních služeb také řada podpůrných aktivit, které jsou buď součástí komplexní léčebné péče nebo představují na aktivity osvětového a edukativního charakteru. Z hlediska obsahu mají často velmi blízko k činnostem, které mohou vykonávat dobrovolníci.

Dobrovolnický program má ve zdravotnickém zařízení svou specifickou pozici. **Pro jeho bezpečné nastavení v rámci všech aktivit, které jsou u PZS realizovány, je důležité pro PDZS najít a jasně definovat optimální místo a hranice.**

2.1. PDZS a podpůrná péče v PZS

Termín „podpůrná péče“²² se v oblasti zdravotních služeb objevuje v těchto souvislostech:

- péče zaměřená na **ovlivnění a zmírnění příznaků (symptomů) nemoci a její léčby** (např. léčba bolesti nebo nutriční terapie),
- péče zacílená na **terapii a podporu v oblasti psychické a psychosociální**, související s důsledky prožívaného stresu,
- péče a podpora v oblasti **etických a existenciálních problémů** pacientů a jejich rodin.

Podpůrná péče je zaměřena především na zvýšení kvality života pacienta, rozšiřuje léčebný proces a předpokládá pozitivní dopad na jeho efektivitu. Je určena nejen pacientům, ale také jejich příbuzným a zdravotnickému personálu. Termín podpůrná péče se objevuje především (nejen) v kontextu onkologické léčby nebo paliativní péče.

V posledních desetiletích se v českých nemocnicích začaly etablovat další profese zaměřené na podporu pacientů. Mezi podpůrné činnosti, jejichž zaměření může být na rozhraní s dobrovolnickou činností patří:

- Spirituální/duchovní péče
- Herní terapie
- Pedagogická a speciálně pedagogická činnost ve zdravotnictví

Dobrovolnická činnost by neměla služby podpůrné péče nahrazovat, jde o uspokojení co největší šíře a potřeb pacientů v této oblasti. Směr naplňování potřeb jde od profesionálních služeb k dobrovolnickým aktivitám. Benefity vzájemné spolupráce jsou oboustranné:
 - **Personál v podpůrné péči se může plně věnovat pacientům v rámci své pracovní náplně**
 - **Dobrovolníci dostávají od personálu pro svou činnost konkrétní zadání a cíl**

2.1.1. Spirituální /duchovní péče

Podle zákona č. 372/2012 Sb. O zdravotních službách má každý pacient během hospitalizace právo na poskytnutí duchovní péče, která by měla být dostupná v každém zdravotnickém zařízení. V období nemoci si lidé často kladou existenciální, duchovní a náboženské otázky týkající se smyslu života nebo smyslu nemoci a s ní souvisejícího utrpení. Tyto otázky probouzejí touhu po přijetí a sdílení s druhým člověkem, naslouchání či odpuštění. Na tyto potřeby reaguje spirituální péče poskytovaná nemocničními kaplany²³, kteří jsou připraveni poskytovat tyto služby všem pacientům bez rozdílu, bez

²² **Podpůrnou péči** lze obecně definovat jako soubor činností a aktivit, které do procesu léčby zapojují celou osobnost pacienta, zohledňují jeho životní kontext. Jejich cílem je přispívat k psychické pohodě, motivovat k uzdravení či přijetí zdravotního stavu.

²³ <https://www.nemocnicnikaplan.cz/>

ohledu na vyznání či náboženské přesvědčení, s respektem k jejich lidské důstojnosti a osobnímu přesvědčení. Jsou k dispozici i rodinným příslušníkům a blízkým, rovněž i zdravotnickému personálu.

Spirituální (duchovní) péče zahrnuje:

- Osobní setkání a rozhovor zaměřený na hledání motivace, porozumění a naději, na hledání cest, jak důstojně zvládat obtížnou situaci a překonávat osamění.
- Nabídku lidské blízkosti a doprovázení v průběhu nemoci, v její terminální fázi i ve fázi umírání.
- Četbu Bible či jiné duchovní literatury, duchovní rozhovor, modlitbu a požehnání, zprostředkování svátostí a obřadů těm pacientům, kteří o to projeví zájem. Na žádost pacienta kaplan zprostředkuje i návštěvu duchovního podle pacientova přání a vyznání.

Nemocniční kaplan se řídí etickým kodexem a je povinen zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, které mají osobní a důvěrný charakter.

Rozhraní dobrovolnické činnosti a spirituální péče se projevuje zejména:

- Při individuální dobrovolnické činnosti, kdy se v rámci rozhovoru dobrovolníka s pacientem nebo rodinným příslušníkem mohou otevírat také spirituální témata a otázky.
- Při dobrovolnických aktivitách na onkologii, v hospici nebo na odděleních poskytujících paliativní péči (viz TM6).
- Na specializovaných odděleních, kde se dobrovolníci zapojují do specifické dobrovolnické činnosti (viz TM4, TM5).

Pokud dobrovolník při své činnosti zjistí, že pacientovy potřeby vyrovnat se s nároky nemoci a léčby jsou hlubšího charakteru, měl by nasměrovat pacienta do péče pracovníka poskytujícího spirituální péči. Platí to také naopak, nemocniční kaplan může rovněž nabídnout v případě potřeby pacientovi podpůrný rozhovor poskytovaný dobrovolníkem.

2.1.2. Herní terapie v nemocnicích

Pobyt v nemocnici může být pro dětského pacienta provázený stresem, osamocením, pocitem strachu a nejistoty. Proto se na dětských odděleních některých nemocnic v ČR začala uplatňovat herní terapie jako podpůrná terapeutická metoda. Herní terapie je zaměřená na:

- zmírnění úzkosti a strachu z hospitalizace, snížení stresu a napětí u dítěte i u rodičů,
- klidnou a srozumitelnou přípravu dítěte na diagnostický či terapeutický zákrok,
- zlepšení a posílení důvěry a spolupráce dítěte se zdravotnickým personálem,
- prevenci psychických traumat a vzniku syndromu hospitalismu,
- zaměstnávání dětských pacientů během hospitalizace zajímavou činností.

Herní terapeut (herní specialista) využívá pro tyto účely různé typy běžných i specificky zaměřených typů her. Zde se pohybuje na pomezí aktivit, které na dětských odděleních mohou vykonávat i dobrovolníci. Vzájemná spolupráce je v zájmu obou, herní terapeut může být pro dobrovolníky na dětských odděleních i vhodnou kontaktní osobou (viz TM4).

Tam, kde působí jak **herní terapeuti, tak i dobrovolníci, je vhodná jejich řízená a koordinovaná spolupráce.** Herní terapeuti mají přehled o potřebách hospitalizovaných dětí a mohou dobrovolníky nasměrovat za těmi, pro které bude aktivita s dobrovolníky nejpřínosnější.

2.1.3. Speciální pedagogika, výchova a školní výuka ve zdravotnictví

Na dětských odděleních a klinikách působí také pedagogičtí pracovníci, kteří hospitalizovaným dětem zajišťují podpůrné aktivity zaměřené na výchovu a vzdělávání.

A) Základní škola pro hospitalizované děti

Základní škola při nemocnici zajišťuje vzdělávání na dětských odděleních a klinikách, případně také dětem, které docházejí do stacionářů na těchto odděleních (pokud jsou zřízeny).

Cílem Základní školy při nemocnici je:

- Zajištění vyučování v nemocničním prostředí tak, aby se děti mohly po ukončení hospitalizace bez větších problémů zapojit do výuky ve své kmenové škole. Učitelé pracují podle školních výukových plánů kmenových škol, v ojedinělých případech mohou postupovat podle svého vlastního vzdělávacího programu.
- Poskytnutí vzdělávání a výchovy způsobem přiměřeným aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu hospitalizovaných dětí, míře oslabení a postižení. Pedagogové proto úzce spolupracují se zdravotnickým personálem a dodržují pokyny související s aktuálním zdravotním a psychickým stavem dítěte, doporučenou mírou zátěže při výuce a při zájmové činnosti. Podle charakteru oddělení probíhá výuka individuálně u lůžka, nebo ve třídách (např. dětská psychiatrie). Doba výuky se přizpůsobuje léčebnému režimu oddělení.
- Zajištění podpůrné funkce psychoterapeutické, psychologické a sociální, zacílené na zpříjemnění pobytu v nemocnici, odpoutání pozornosti od nemoci, posilování dětské psychiky.

B) Mateřská škola pro hospitalizované děti

Mateřská škola při nemocnici poskytuje přiměřenou výchovně vzdělávací péči všem dětem od dvou let věku až do počátku školní docházky.

Prioritními cíli a specifiky Mateřské školy při nemocnici je:

- Vytvořit pro děti v souladu s podmínkami nemocnice co nejhodnější podmínky pro adaptaci na prostředí nemocnice a pro úspěšné výchovně-vzdělávací působení.
- Podporovat přirozený osobní rozvoj dítěte při individuální práci s nemocným dítětem, akceptace volnějšího tempa.
- Výchova dětí k sebeobsluze, hygieně, stolování a rozvoji řeči; specifikem v nemocnici je práce se skupinou dětí, které jsou na různé vývojové úrovni.
- Spolupráce se zdravotními sestrami i s rodiči hospitalizovaných dětí.

Dobrovolnická činnost zaměřená na volnočasové aktivity koresponduje s dílčím zaměřením náplně práce pedagoga a může na ni navazovat i dále rozvíjet.

2.2. PDZS a projekty podpory zdraví

Hospitalizace je pro pacienta a jeho rodinu náročným obdobím. Je to však zároveň i **dobu vhodná pro přehodnocení přístupu ke zdraví a postoji k nemoci a k úvahám o změně životního stylu, k nastartování a zavedení odpovídajících typů preventivních opatření**²⁴. Součástí poskytování zdravotních služeb v nemocnici jsou osvětové a edukační aspekty léčebného procesu.

Lze reálně předpokládat, že hospitalizovaný pacient s přímou zkušeností s vážným onemocněním a jeho léčbou by mohl být více motivován pro přijetí a dodržování doporučených změn a preventivních opatření.

Na tomto principu jsou založeny programy podpory zdraví v nemocnicích iniciované Světovou zdravotnickou organizací (WHO), reprezentovanými např. mezinárodním programem „Nemocnice a zdravotnická zařízení podporující zdraví“ (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services – HPH)²⁵.

Cíle programu HPH se promítají do Mezinárodních standardů HPH:

1. Závazek PZS k plnění programu podpory zdraví v nemocnici
2. Zajištění dostupnosti zdravotních služeb v daném zdravotnickém zařízení

²⁴ Primární prevence je zaměřena na odhalení rizikových faktorů, které by se mohly podílet na rozvoji onemocnění v budoucnosti. Sekundární prevence cílí na detekci již nastartovaného procesu onemocnění, který by mohl vést k plnému rozvinutí choroby a k nastavení včasné léčby a dalších preventivních opatření. Cílem terciární prevence je zabránit progresi již rozvinutého onemocnění a vzniku trvalého postižení s negativními dopady na soběstačnost pacienta.

²⁵ <https://www.hphnet.org/>, <https://www.hphnet.org/standards/>

3. Posilování zdravotní péče orientované na pacienta a jeho aktivní zapojení
4. Vytváření zdravého pracovního prostředí
5. Podpora zdraví v širší společnosti

Do řady aktivit, které jsou definované v mezinárodních standardech HPH se mohou s výhodou zapojit i dobrovolníci. Činnosti PDZS v programové linii „B“ se mohou stát jednou ze součástí projektu podpory zdraví u toho PZS, který je členem národní a mezinárodní sítě HPH. **Dobrovolnická činnost a naplňování cílů PDZS tak může zároveň naplňovat i odpovídající indikátory a standardy HPH.**

Možnosti propojení realizovaných dobrovolnických aktivit s programy podpory zdraví, které PZS realizuje jsou podrobněji rozpracované v TM11.

2.3. Podpůrné aktivity pro pacienty realizované externími organizacemi

Do podpůrných aktivit ve zdravotnickém zařízení jsou často zapojovány i další subjekty a organizace, které se věnují buď specifické problematice některého konkrétního onemocnění nebo mohou nabízet univerzální podporu, bez bližšího zaměření na určitou skupinu pacientů. **Všechny tyto podpůrné aktivity mohou mít blízko k aktivitám realizovaným v rámci PDZS a pro PZS by mohla být výhodná jejich společná koordinace** (viz TM15).

2.3.1. PDZS a patientské organizace

Pacientské organizace²⁶ patří mezi subjekty, s jejichž zástupci/členy a aktivitami se může ve zdravotnickém zařízení setkat dobrovolník PDZS nebo pacient, za kterým dobrovolník dochází v rámci své činnosti v programové linii „A“. Pokud patientské organizace spolupracují s lůžkovými zdravotnickými zařízeními v oblasti edukace v určitém oboru a zaměřují se na podporu pacientů s určitým typem onemocnění, vstupují zástupci patientských organizací do přímého kontaktu s pacienty PZS. **Náplň činnosti i obsah hovoru s pacientem pak může mít z pohledu pacienta podobné aspekty jako činnost dobrovolníka, ale s tím základním rozdílem, že dobrovolník se na rozdíl od zástupce patientské organizace nezaměřuje primárně na diagnózu a nemoc** (viz kap. 1.3.3. A).

Z pohledu zajištění K+B ZS by pacient i personál měli vědět:

- kdo je dobrovolník a kdo zástupce patientské organizace,
- rozsah a obsah informací, které jsou předmětem komunikace dotyčné osoby s pacientem.

Absence koordinace, pravidel, nevyjasněné náplně a hranice činností a rolí mezi dobrovolníkem a zástupcem patientských organizací může dopadat na K+B ZS (např. rezortní bezpečnostní cíl 6 Bezpečná komunikace²⁷, viz kap. 7.2.3.) neboť za relevantnost informací, které jsou podávány pacientům v rámci činností organizovaných a/nebo povolených PZS, je zodpovědný PZS.

K ošetření rizik a k efektivnímu využití činností patientských organizací a dobrovolníků v PDZS může přispět vzájemně koordinovaná spolupráce, případně zapojení členů patientských organizací do dobrovolnické činnosti v rámci PDZS.

Pacientské organizace pak mohou své kompetence využít např. při spolupráci v oblasti podpory zdraví (tzn. v rámci aktivit programové linie „B“). Nastavení pravidel a podmínek spolupráce je podrobněji rozpracované v TM11 a TM15.

²⁶ **Pacientské organizace** jsou nestátní neziskové organizace (většinou spolky), které sdružují pacienty s určitým typem onemocnění, jejich rodiny a v některých případech i zdravotnické pracovníky. Ve své činnosti se orientují na podporu svých členů formou vzájemného předávání informací a zkušeností s nemocí a léčbou, organizují rehabilitační pobyty a osvětové kampaně a akce týkající se onemocnění, jeho léčby i prevence. Viz Portál MZČR pro pacienty a patientské organizace: <https://patientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=databaze-organizaci>.

²⁷ <https://www.mzcr.cz/resortni-bezpecnostni-cile/>

2.3.2. Zapojení dalších nestátních neziskových organizací a škol

Do aktivit, které mají na hospitalizované pacienty podpůrný vliv spadají i akce, které v nemocnicích realizují jiné než pacientské organizace. Tyto nestátní neziskové organizace se většinou zaměřují na podporu psychického stavu dětských i dospělých pacientů, na uvolnění a zlepšení nálady a nemocniční atmosféry (viz TM4, TM5).

Pokud PZS spolupracuje s různými typy škol v dané komunitě a regionu formou jednorázových akcí i pravidelně se opakujících aktivit mohou být tyto akce obdobně zaměřené jako dobrovolnické aktivity pro pacienty v linii „A“ nebo cílí více na aktivity typické pro oblast podpory zdraví v programové linii „B“ (viz kap. 1.3.3.A, 1.3.3.B).

Z hlediska vymezení hranice vůči PDZS platí, že nelze považovat za dobrovolnické aktivity:

- Aktivity a akce škol, které jsou organizované v PZS zcela mimo nastavený PDZS, tzn. studenti v rámci těchto akcí nejsou evidováni v PDZS a registrováni v rámci pravidelné ani jednorázové činnosti.
- Jednorázové akce, na kterých se podílejí žáci základních škol nevyhovují definici dobrovolníka z hlediska věku (není splněna podmínka dovršení 15 let – viz kap. 1.3.2.).

Pokud se svým obsahovým zacílením jednorázové akce nebo dlouhodobá pravidelná spolupráce PZS s těmito organizacemi blíží obsahu dobrovolnické činnosti v programové linii „A“ nebo „B“ i když dobrovolnickými aktivitami PDZS nejsou, **je vhodné je vzájemně koordinovat, minimálně z hlediska načasování. Jen tak mohou působit v synergii a zbytečně si nekonkurovat tam, kde mohou uplatnit svůj oboustranný potenciál. Podrobněji je tato tématika rozpracována v TM11 a TM15.**

2.3.3. Koordinace a řízení podpůrných aktivit

Koordinace všech aktivit, které jsou realizovány buď přímo PZS nebo ve spolupráci s dalšími organizacemi a externími partnery, **je důležitá pro zajištění přehlednosti, transparentnosti a srozumitelnosti nejen pro pacienty a rodinné příslušníky, ale i pro zdravotnický personál a veřejnost.**

V tomto směru je vhodné uvažovat o soustředění koordinace podobných nebo na sebe navazujících činností „pod jednou střešou“ a zřídit centrum pro koordinaci podpůrných aktivit (viz TM15).

Smyslem a cílem „Koordinačního centra podpůrných aktivit“ je:

- Zajistit a zkoordinovat dostupné aktivity zaměřené na psychosociální a duchovní podporu pro pacienty, jejich příbuzné i zdravotnický personál PZS.
- Implementovat a koordinovat dobrovolnické aktivity v programových liniích „A“ a „B“ v rámci PDZS tak, aby vhodně doplňovaly ostatní typy podpůrné, osvětové a edukační činnosti PZS.
- Usnadnit zapojení veřejnosti skrze dobrovolnictví do okamžité pomoci PZS při mimořádných situacích a do odstraňování jejich následků.
- Spolupracovat efektivně s dalšími podobně orientovanými externími organizacemi i s komerčními společnostmi.

3. Organizace a systém řízení PDZS

Realizace dobrovolnického programu ve zdravotnickém zařízení je do určité míry systémovou změnou, která ovlivňuje chod celé organizace. Kompetentní rozhodnutí, podpora ze strany vedení organizace a výběr vhodné formy řízení PDZS je proto zásadní.

Základem efektivního řízení PDZS je vzájemné provázání procesů, které se odehrávají ve čtyřech hlavních oblastech (blocích) (bloky jsou podrobněji popsány dále v kap.8):

- **Blok I: Organizace PDZS** reflektuje vzájemné vztahy, spolupráci a fungování **realizačního týmu** PDZS v přípravě koncepce, organizaci a řízení PDZS jako celku, včetně zástupce EDO (pokud na PDZS spolupracuje).
- **Blok II: Práce s dobrovolníky** se vztahuje k přímé práci **koordinátora dobrovolníků** s dobrovolníky.
- **Blok III: Dobrovolnická činnost** se týká vztahu pacienta s dobrovolníkem a přináší zpětné vazby na činnost **dobrovolníků v PDZS**.
- **Blok IV: Kontaktní procesy** se týká zajištění bezpečných podmínek pro přístup dobrovolníka k pacientovi a hodnotí fungování **personálu PZS**.

Začlenění PDZS jako specifického systémového prvku do již existující organizační a provozní struktury PZS i jeho udržení v chodu vyžaduje především dobrou přípravu, která zahrnuje:

1. **Zmapování předpokladů a podmínek pro integraci PDZS a jeho dlouhodobé fungování.**
2. **Zvolení vhodného modelu řízení PDZS.**
3. **Znalost jednotlivých fází a podmínek realizace PDZS.**

3.1. Předpoklady fungování PDZS

Bezpečné působení „laických lidských zdrojů“ v profesionálně strukturovaném nemocničním prostředí vyžaduje odborně nastavené mantinely, které jsou mostem mezi profesionálně vedenou léčebnou péčí a laickou lidskou podporou pacientů poskytovanou dobrovolníky.

K základním podmínkám efektivní a bezpečné realizace PDZS patří realizace následujících kroků:

1. Definování cílů a strategické plánování PDZS.
2. Znalost a dodržování základních pravidel PDZS.
3. Znalost a zohlednění faktorů ovlivňujících realizaci PDZS.
4. Vyhodnocení bariér a limitů v realizaci PDZS.

3.1.1. Definování cílů a strategické plánování

- **Management PZS odpovídá** (viz kap. 1.3.1.):
 - za rozhodnutí realizovat dobrovolnický program,
 - za adekvátní informování personálu PZS,
 - za zajištění odpovídajícího materiálně technického vybavení programu.
- **Realizační tým ve spolupráci s managementem PZS definuje:**
 - očekávaný efekt PDZS,
 - dlouhodobé i krátkodobé cíle,
 - začlenění cílů do strategického plánování PZS,
 - model řízení PDZS, v jehož rámci bude dobrovolnický program realizován.

3.1.2. Informovanost personálu a dodržování základních pravidel PDZS

- **Zajistit informovanost personálu PZS o principech, pravidlech a přínosech** dobrovolnického programu znamená srozumitelně vysvětlit a předat informace:
 - o významu dobrovolnictví ve zdravotnictví,
 - o základních podmínkách realizace PDZS na daných odděleních,

- o zásadní roli personálu pro definování a vymezení činností, které budou dobrovolníci na oddělení vykonávat.
- **Zajistit dodržování minimálních požadavků a pravidel dobrovolnické činnosti ve zdravotnické praxi:**
 - Dobrovolník ve zdravotnickém zařízení nenahrazuje práci zdravotnického personálu, ale doplňuje ji tam, kde je to vhodné a možné.
 - Dobrovolník ve zdravotnickém zařízení nemá přístup ke zdravotnické dokumentaci pacienta a nepotřebuje znát jeho diagnózu. Potřebné informace o pacientových omezeních a potřebách mu sděluje k tomu pověřený personál.
 - Dobrovolník ve zdravotnickém zařízení je vázán mlčenlivostí, která se týká všech informací, se kterými přišel v průběhu své dobrovolnické činnosti do styku.

3.1.3. Zohlednění vnějších a vnitřních faktorů ovlivňujících realizaci PDZS

V rozhodování o realizaci PDZS je potřeba brát zřetel na faktory, které budou ovlivňovat výběr možných dobrovolnických činností i reálný zájem o dobrovolnickou službu u obyvatel v místě zdravotnického zařízení:

- **Typ a velikost PZS** – tzn. zda se jedná o zdravotnické zařízení poskytující specializovanou péči nebo všeobecnou zdravotní péči, jaká je průměrná doba hospitalizace na odděleních.
- **Typ pacientů** – jaký je ve skladbě pacientů podíl seniorů, dětí, duševně nemocných, pacientů v paliativní péči aj.
- **Region a lokalita** – podstatné je umístění zdravotnického zařízení PZS ve velkém nebo malém městě, zda jsou v místě vysoké školy, jaká je dopravní dostupnost.

3.1.4. Vyhodnocení bariér a limitů v realizaci PDZS

- **Zásadní bariéry znemožňující dobrý start PDZS**
 - Aktuálně probíhající zásadní personální změny ve vedení zdravotnického zařízení.
 - Restrukturalizace a aktuálně prováděné změny v lůžkovém fondu PZS.
 - Nedostatečná vůle ze strany managementu zavést a realizovat PDZS.
- **Limitující faktory**
 - Nedostatek zdravotnického personálu na oddělení vhodném pro PDZS.
 - Nedostatečná kapacita koordinátora dobrovolníků.

Bariéry a limity ovlivňující realizaci PDZS v jednotlivých fázích jeho vývoje jsou podrobněji popsány dále v kap. 3.3. a TM2.

3.2. Modely řízení PDZS

V ČR se uplatňují dva modely řízení PDZS (viz TM1):

1. **Interní model řízení PDZS** znamená, že PZS řídí celý PDZS vlastními silami (viz kap. 3.2.1.).
2. **Model řízení PDZS ve spolupráci PZS s EDO** znamená, že PZS uzavírá smlouvu o spolupráci na PDZS s externí dobrovolnickou organizací (dále EDO) (viz kap. 3.2.2.).

3.2.1. Interní model řízení PDZS

V tomto modelu je koordinační pracoviště pro PDZS (dobrovolnické centrum) zřízeno uvnitř zdravotnického zařízení, které celý dobrovolnický program organizuje a řídí.

Zřízení dobrovolnického centra znamená, že poskytovatel zdravotních služeb vlastními silami realizuje následující procesy a kroky:

- **Mapuje vnitřní i vnější předpoklady** a podmínky pro realizaci PDZS.
- Stanovuje **cíle, plán a harmonogram** PDZS.
- **Určuje místo dobrovolnického centra** v organizační struktuře PZS a rozhoduje o jeho **interní struktuře**, včetně personálního obsazení (viz kap. 3.4. a TM15).

- Určuje **složení realizačního týmu PDZS**, který zodpovídá za strategické plánování a evaluaci PDZS.
- **Jmenuje koordinátora dobrovolníků (KDZS)**, který má odpovídající kvalifikační předpoklady pro tuto funkci, koordinátorovi zajišťuje kontinuální vzdělávání a supervizní podporu.
- Zajišťuje všeobecnou **informovanost veškerého personálu PZS** o dobrovolnickém programu v nemocnici a podrobnější informovanost personálu na odděleních, kde má PDZS fungovat.
- Stanovuje, **jaká programová linie PDZS bude realizována** a určuje, na kterých odděleních a pracovištích a v jaké podobě a rozsahu bude dobrovolnická činnost konkrétně fungovat.
- Určuje **pravidla pro kvalitu a bezpečnost PDZS** a požadavky na dobrovolníky pro konkrétní typ dobrovolnických činností.
- Zajišťuje **propagaci PDZS a nábor zájemců** o dobrovolnickou činnost.
- Zajišťuje **výběr vhodných dobrovolníků** (tzn. provedení vstupního pohovoru, určení rozsahu, obsahu a lektorského vedení vstupního školení dobrovolníků).
- Má nastavený **system podpory a motivace dobrovolníků**, zajišťuje jejich pravidelné supervize a oceňování.
- Zajišťuje **prostorově a materiálně fungování dobrovolnického centra i dobrovolnické činnosti**.

Interní model řízení PDZS je podrobně popsán v TM1, jednotlivé procesy PDZS jsou podrobněji popsány v kap.5.

Zřízení dobrovolnického centra uvnitř zdravotnického zařízení je jedním z důležitých kroků v interním modelu řízení a má několik funkcí:

- **Zviditelňuje PDZS** v rámci PZS i navenek.
- Je pevným místem a **zázemím pro dobrovolníky**.
- Je **kontaktním místem pro veřejnost**, kde se zájemci mohou dozvědět víc o dobrovolnické činnosti v nemocnici.
- Je jedním z **kontaktních míst pro hodnocení K+B PDZS** (viz kap. 7 a TM12).

3.2.2. Model řízení PDZS ve spolupráci PZS a EDO

V tomto modelu řízení PDZS **na realizaci dobrovolnického programu spolupracuje PZS s externí dobrovolnickou organizací (EDO)**. I v tomto modelu řízení PDZS probíhají procesy uvedené v předchozí kapitole 3.2.1., s tím rozdílem, že je nezbytné nastavit systém spolupráce s EDO a koordinaci dobrovolnického programu tak, aby fungoval optimálně a bezpečně pro pacienty, pro dobrovolníky i pro PZS (viz kap. 7 a TM1, TM12).

Při realizaci PDZS v tomto modelu je doporučeno respektovat následující zásady:

- **Celkovou zodpovědnost za realizaci PDZS nese PZS.**
- PZS by měl **znát všechny oblasti spolupráce, které by měly být smluvně specifikovány** a trvat na jasné definici kompetencí, na rozdělení zodpovědností a pravomocí mezi obě spolupracující organizace tak, aby závazky obou stran byly vyvážené a uvedené ve smlouvě (viz Administrativa kap. 1.3.).
- PZS by měl věnovat **zvláštní pozornost hodnocení kvality EDO (dodavatele některých služeb) pro PDZS** (viz kap. 7.2.1). V této oblasti platí:
 - EDO jako strana „dodávající“ dobrovolníky podléhá interním auditům PZS zaměřujícím se na kvalitu dodavatelů.
 - Audit kvality činnosti dodavatele nemusí nutně provádět útvar řízení kvality PZS, pro vedení auditu může být navržen koordinátor (případně jiný zaměstnanec PZS odpovědný za spolupráci s EDO).
 - Audity u externích dodavatelů jsou orientovány na procesy s cílem ověřit konkrétní zakázku, dodávku nebo projekt, tzn. jsou zaměřeny na realizační procesy a s nimi spojené kontrolní činnosti.

- **Pro PZS, který si zvolil model spolupráce s externí dobrovolnickou organizací (EDO) je výhodou, když má EDO platnou akreditaci Ministerstva vnitra ČR²⁸.** Akreditace udělená spolupracující organizaci je určitou známkou kvality udělenou EDO, poskytuje určité výhody dobrovolníkům, ale nelze ji brát jako 100 % záruku kvalitní a bezpečné realizace dobrovolnických činností ve zdravotnictví. Je proto v zájmu PZS, aby si při přípravě a realizaci PDZS na svých pracovištích nastavil a sledoval kvalitu a bezpečnost realizovaných dobrovolnických aktivit dle svých parametrů, stejně jako hodnocení úrovně spolupráce s EDO. EDO s platnou akreditací MV ČR má dle tohoto zákona status „vysílající organizace“.
- PZS a EDO musí **vzájemně dohodnout a jasně specifikovat požadavky na přípravu dobrovolníků a jednoznačně určit odpovědnost** za tuto přípravu. Postup a činnost EDO musí být ze strany PZS pravidelně vyhodnocována.
- **Zodpovědnost za výsledný výběr vhodných nových dobrovolníků má PZS;** smlouva mezi EDO a dobrovolníkem by měla být uzavřena vždy až po potvrzení výběru ze strany PZS.
- PZS by si měl ověřit, **zda v žádostech EDO o finanční dotace** na realizaci PDZS jsou **zohledňovány aktuální potřeby jejich zdravotnického zařízení** jako organizace přijímající dobrovolníky.
- PDZS by i v tomto modelu řízení měl mít **jasně určené místo v organizační struktuře zdravotnického zařízení.** PZS nemusí mít zřízené plnohodnotné vnitřní dobrovolnické centrum jako v interním modelu, ale je nutné jasně stanovit **určité „kontaktní místo“**, které slouží nejen jako zázemí pro dobrovolníky, ale váží se k němu některé procesy sledování a řízení K+B PDZS. (viz kap. 3.4., kap. 7 a TM12).

Spolupráce PZS s EDO by měla splňovat toto **základní třibodové pravidlo:**

1. **PZS/Nemocnice** (= strana přijímající dobrovolníky) zná a má formulované požadavky a parametry, pro realizaci bezpečného dobrovolnického programu a podle toho definuje své požadavky na spolupráci s EDO.
2. **EDO** (= strana vysílající, která se smlouvou zavazuje dobrovolníky „dodávat“) má potřebnou kapacitu a zná rámec, ve kterém je schopná dobrovolníky pro PZS hledat, nabírat a vést a splnit tak domluvené požadavky nemocnice.
3. **Obě strany** musí být schopné konsensuálního řešení, v případě potřeby najít společný, oboustranně akceptovatelný kompromis, musí spolu pravidelně komunikovat a pružně reagovat na měnící se podmínky jedné či druhé organizace.

3.2.3. Výhody, limity a rizika obou modelů řízení PDZS

Předpokladem pro dobré fungování PDZS je argumenty dobře podložená volba vhodného modelu řízení PDZS.

Při rozhodování je potřeba vyhodnotit a zvážit:

- Aktuální plán a situaci PZS, který plánuje realizovat dobrovolnický program (viz kap.3.2.), případně zvažuje změnu modelu řízení PDZS. Pro posouzení situace jsou podstatné informace související s metodami sledování kvality a bezpečí PDZS (viz kap. 7). Vodítkem je zodpovězení následujících otázek:
 - Jaký je smysl PDZS a k jakému cíli by měl směřovat.
 - Jak rozsáhlý PDZS poskytovatel plánuje, pro kolik pacientů.

²⁸ Zákon č. 182/2002 SB., o dobrovolnické službě se vztahuje k dobrovolnickým programům realizovaným nestátními neziskovými organizacemi (NNO), církevními a náboženskými společnostmi, které jsou registrovány u Ministerstva vnitra ČR. Zákon o dobrovolnické službě definuje pojmy „vysílající organizace“ a „přijímající organizace“ a nastavuje pravidla platná pro dobrovolnické programy fungující v tzv. **akreditovaném režimu**. EDO s akreditací MV ČR má dle tohoto zákona status „vysílající organizace“.

- Jaké typy dobrovolnické činnosti PZS předpokládá, pro které typy oddělení a pro které pacienty.
- Jaké má PZS vlastní kapacity pro realizaci PDZS.
- Dopravní dostupnost zdravotnického zařízení pro dobrovolníky.
- Výhody každého z modelů.
- Limity každého z modelů.
- Rizika, která vyplývají z nevhodné volby modelu řízení vzhledem k cílům a obsahu PDZS.

K posouzení výhod, limitů a rizik jednotlivých modelů řízení PDZS může přispět tabulka v TM1.

3.3. Fáze realizace PDZS

Každý PDZS se vyvíjí v několika fázích. Fáze mají svá specifika a charakteristické znaky, přičemž rozdíly mezi jednotlivými fázemi se projevují především v těchto čtyřech oblastech:

1. **Informovanost o PDZS.**
2. **Přínosy a cíle PDZS pro poskytovatele zdravotních služeb.**
3. **Koordinace a způsob řízení PDZS.**
4. **Velikost reálné a potenciální dobrovolnické základny.**

Jednotlivé fáze realizace PDZS a jejich rozdíly jsou podrobně popsány v TM2. Ze tří programových linií PDZS se týkají hlavně linií „A“ a „B“, při kterých se dobrovolníci dostávají do přímého kontaktu s pacienty (viz kap. 1.3.3.).

3.3.1. Rozjezdová fáze PDZS

Pro tuto fázi je charakteristické, že **PZS nemá s dobrovolnickým programem doposud žádné zkušenosti**. Kvalita přípravy je proto zásadní, je potřeba podrobně zmapovat celkovou situaci a rozhodnout, zda je pro daného PZS dobrovolnický program vhodný a pokud ano, tak v jakém modelu řízení (viz kap. 3.2. a TM 1), v jaké formě, rozsahu a na kterých odděleních.

Strategické rozhodování vedení PZS o realizaci PDZS by v této fázi mělo být prováděno následujícími úkony:

- a) **Zpracování dokumentu „Dobrovolnický program“** v rozsahu uvedeném v kap. 1.3.1.
- b) Vytvoření a podpis dokumentu „**Politika kvality PDZS**“ (viz kap. 1.3.1.).
- c) **Rozpracování plánu PDZS** na základě zmapování aktuální situace, vnějších i vnitřních podmínek pro realizaci PDZS.
- d) **Pilotní ověření** naplánovaného PDZS.

Plán návrhu PDZS znamená zpracovat projekt dobrovolnického programu (viz Administrativa PDZS, kap. 1.2.). Pro rozjezdovou fázi by tento plán/projekt měl mít takovou podobu, která poté bude pilotně ověřena. Tzn. měl by obsahovat popis:

- všech nutných úkolů s dosažitelnými cíli a termíny,
- potřebných lidských kapacit,
- potřebného materiálního a prostorového zajištění,
- finančního rozpočtu a zdrojů/způsobu získávání finančních prostředků na pomůcky pro dobrovolnickou činnost a na chod PDZS celkově.

Za rozjezdovou fázi realizace PDZS lze označit cca **první rok realizace PDZS**. Po této době je vhodné provést vyhodnocení efektu a kvality PDZS, vyhodnotit, zda PDZS úspěšně prošel první rozjezdovou fází a může se posunout do fáze stabilizační. Je třeba se zaměřit hlavně na vyhodnocení těchto kritérií:

1. **Připravenost PZS na rutinní vstup a pohyb dobrovolníků v prostorách PZS**
2. **Možnost obsazení samostatné pozice koordinátora dobrovolníků**
3. **Případně připravenost spolupracující externí dobrovolnické organizace (EDO)** na systematickou práci s dobrovolníky dle uzavřené smlouvy (pokud s ní PZS spolupracuje)

(podrobněji viz TM2, TM12 a TM13)

3.3.2. Stabilizační fáze PDZS

Stabilizační fáze PDZS je přechodem od rozjezdové fáze k fázi rutinní realizace a rozvoji PDZS.

Vychází ze zkušeností získaných v pilotním ověření návrhu PDZS v rozjezdové fázi a cílí k zavedení PDZS v celém zdravotnickém zařízení (resp. tam kde je to vhodné a možné).

Charakteristické znaky stabilizační fáze PDZS se opět projevují ve čtyřech základních oblastech PDZS (1. Informovanost o PDZS, 2. Přínosy a cíle PDZS, 3. Koordinace a způsob řízení PDS a 4. Velikost reálné a potenciální dobrovolnické základny). Změny v každé z těchto oblastí zároveň vypovídají i o efektu realizace PDZS v jeho rozjezdové fázi.

Ve stabilizační fázi je potřeba postupovat ve třech krocích:

Zhodnocení – Plánování – Pilotní otestování
--

Důležité je, aby se na konkretizaci všech úkolů, požadavků a termínů podíleli všichni relevantní partneři na relevantních pracovištích PZS, včetně EDO, pokud s ní PZS spolupracuje.

a) Zhodnocení znamená systematicky vyhodnotit silné a slabé stránky:

Pro úspěšné zvládnutí stabilizační fáze je zásadní, jaký „dojem“ zanechal dobrovolnický program ve své rozjezdové fázi; indikátorem úspěchu je poptávka po dobrovolnících, indikátorem neúspěchu je kritika, která může mít různou podobu. Kritické připomínky jsou cennými informacemi, které je velmi vhodné pečlivě analyzovat a vyvodit z nich náměty pro úpravy a zlepšení (viz kap. 3.4. a TM2, kap. 7 a TM12).

b) Plánování ve stabilizační fázi má následující kroky:

- Aktualizace potřeb a redefinice požadavků na dobrovolnické aktivity na již zapojených odděleních.
- Analýza potřeb a zájmu na nově vytipovaných odděleních, včetně rámcového odhadu potřebného počtu dobrovolníků.
- Potvrzení či redefinice cílů a očekávaného efektu PDZS.
- Aktualizace personálního zajištění koordinace PDZS.
- Průběžné informování personálu o vývoji PDZS.
- Zajištění materiálních a technických podmínek pro koordinaci PDZS a realizaci dobrovolnických činností.
- Doplnění administrativy PDZS.
- Úprava a aktualizace propagace PDZS.
- V případě spolupráce PZS s EDO revize smlouvy, případně její aktualizace.

Pro tvorbu plánu PDZS je i v této fázi vhodné **využít formu projektu dobrovolnického programu** (viz Administrativa PDZS, kap. 1.2.), který bude obsahovat všechny potřebné náležitosti včetně popisu zdrojů a postupů pro praktickou realizaci.

c) Pilotní testování PDZS ve stabilizační fázi znamená ověření správného nastavení procesů a činností v PDZS před jeho rutinní realizací tzn. před „plným provozem“. Tzn. prostřednictvím dílčích dobrovolnických aktivit probíhajících v omezeném měřítku ještě před tím, než začnou aktivity dobrovolnických služeb probíhat u pacientů v celkovém plánovaném rozsahu (hlavně v programové linii A).

Mezi hlavní limity a rizika v průběhu stabilizační fáze patří:

- 1. Kapacita koordinátora:** Omezená kapacita zvládnout navýšení počtu dobrovolníků je limitem i pro udržení stability PDZS. Následné odmítnutí dobrovolníků z „důvodů nepotřebnosti“ pak bude mít u veřejnosti negativní odezvu a prolongovaný negativní dopad.
- 2. Nedostatečný počet vhodných dobrovolníků:** Při plánování je nutný alespoň rámcový odhad počtu potřebných dobrovolníků, resp. kolik dobrovolníků program pojme v dalším období (cca 1 až 2 roky)²⁹. Je potřeba počítat s určitou mírou kolísání početního stavu a s tím, že propagace PDZS musí být v předstihu.
- 3. Rozdílná úroveň informovanosti a zkušenosti personálu s PDZS:** V situaci, kdy se do PDZS zapojují další oddělení, která s programem doposud nemají zkušenost, by měl koordinátor věnovat zvýšenou pozornost jak personálu, tak i zde působícím dobrovolníkům. **Nově zapojené oddělení potřebuje vždy určitý „čas hájení“, zatímco oddělení zkušenější už bude mít na koordinátora jiné nároky a jiné požadavky. Tento „dvourychlostní proces“ se při realizaci PDZS projevuje zejména ve stabilizační fázi a může být pro koordinátora zatěžkávací zkouškou.**

3.3.3. Fáze rutinní realizace a rozvoj PDZS

Tato rozvinutá fáze představuje již stabilně fungující PDZS, ve kterém jsou důsledně realizovány všechny postupy a opatření připravené v předchozích fázích. **PZS má zájem dobrovolnický program průběžně rozvíjet, obohacovat o nové prvky a kontinuálně hodnotit procesy týkající se kvalitní a bezpečné úrovně PDZS** (podrobněji viz TM2).

Mezi charakteristické rysy této vývojové fáze patří:

- PDZS je ukotven v organizační struktuře PZS a má podporu vedení PZS.
- Uvnitř PZS je dobrá informovanost o PDZS a je zájem o poskytování dobrovolnických služeb.
- Dobrovolnická základna v místě PZS je stabilní, z komunity přicházejí pozitivní zpětné vazby a ohlasy, o PDZS je v komunitě zájem.
- PDZS má dobře nastavený a fungující způsob řízení a realizace dobrovolnických aktivit.
- Nábor, výběr a průběžná práce koordinátora s dobrovolníky se řídí parametry kvality a bezpečí dle potřeb a požadavků vzhledem k cílovým skupinám pacientů a typům dobrovolnických aktivit (viz kap. 7 a TM12).
- V případě spolupráce PZS s EDO je sledována kvalita služeb poskytovaných EDO (viz kap. 7.2.1.).
- PDZS reflektuje mechanismy na plnění požadavků kvality a bezpečí PDZS (K+B PDZS) a ukazatele související s interním hodnocením kvality a bezpečí zdravotních služeb (K+B ZS) (viz kap. 7 a TM12).
- Jsou nastaveny a vyhodnocovány indikátory plnění stanovených cílů a je sledována finanční efektivita (viz kap. 8 a TM13).
- Personální zajištění koordinace PDZS je odpovídající rozsahu a náročnosti PDZS a je zajištěna zastupitelnost KDZS (viz dále kap.3.4. a TM15).

Možnosti, varianty a směry rozvoje PDZS

V této vývojové fázi PDZS je možné realizovat všechny typy dobrovolnických činností a rozvíjet je dle potřeb pacientů, jejich rodinných příslušníků, dle potřeb a zájmu personálu a celého PZS. Stabilizace

²⁹ V zahraniční literatuře se objevuje termín **dobrovolnický závazek**, který stanovuje např.: počet hodin na jednoho dobrovolníka za celé období např. 72 hod. za rok, (tj. cca 2 hod. za týden) nebo určitý počet hodin za týden na dohodnuté období (např. 2-4 hod týdně po dobu 3-6 měsíců).

Hartenian, L. S.; Lilly, B.: Egoism and Commitment: A Multidimensional Approach to Understanding Sustained Volunteering. Journal of Managerial Issues, Vol. 21 No. 1, p. 97-118, ProQuest Psychology Journals 2009

Ilsley, P. J.: Enhancing the Volunteer Experience. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1990

celého systému řízení PDZS pak předurčuje i míru flexibility a možnost rychle a adekvátně reagovat na měnící se podmínky pro zapojení dobrovolníků do služeb při poskytování lůžkové zdravotní péče i nečekaných a nepředvídatelných mimořádných situacích (viz TM10, TM11, TM15).

3.4. Vývoj a vnitřní struktura Dobrovolnického centra u PZS

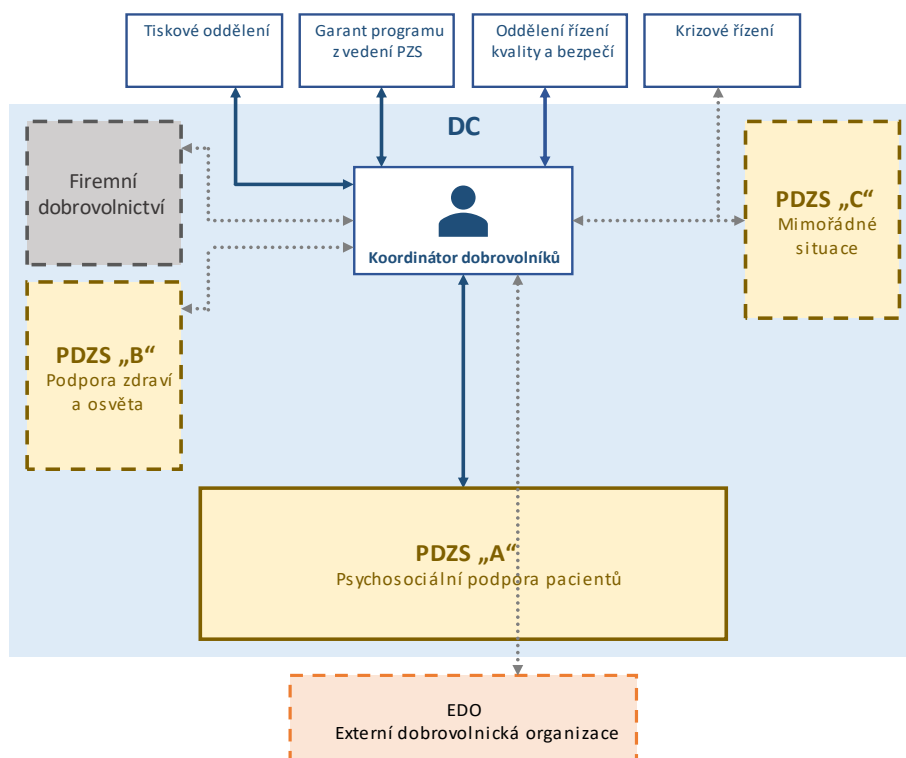
Realizace PDZS v obou uvedených modelech řízení vyžaduje vytvoření takových pracovních podmínek pro realizační tým PDZS (zejména pro KDZS), který bude odpovídat fázi vývoje PDZS.

Níže popsaná schémata ukazují možnou vnitřní strukturu Dobrovolnického centra u PZS (DC PZS), které by mělo být ukotveno v organizační struktuře PZS. Každé schéma odpovídá úrovni vývoje PDZS a předpokládanému rozsahu činností v dané fázi.

3.4.1. Struktura DC PZS v rozjezdové fázi vývoje PDZS

Schéma vychází z předpokladu, že činnost PDZS bude zahájena především v programové linii „A“. Příprava dalších dvou programových linií PDZS v této fázi je také možná, jejich realizace ale bude záležet na koordinačních kapacitách, protože koordinace linií „B“ i „C“ mají své specifické požadavky. V této fázi je důležité především:

- **Začlenění Dobrovolnického centra do organizační struktury PZS** – nejčastější varianta je zařazení do úseku náměstka/náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, jako samostatné nákladové středisko.
- **Sestavení a jmenování realizačního týmu PDZS** (konkrétně viz dále kap. 4.1.).
- **Obsazení pozice koordinátora dobrovolníků** (viz kap. 4.2.), a to i v případě modelu řízení ve spolupráci s EDO.



Obr. 2

Struktura DC PZS v rozjezdové fázi PDZS

Zdroj: vlastní zpracování

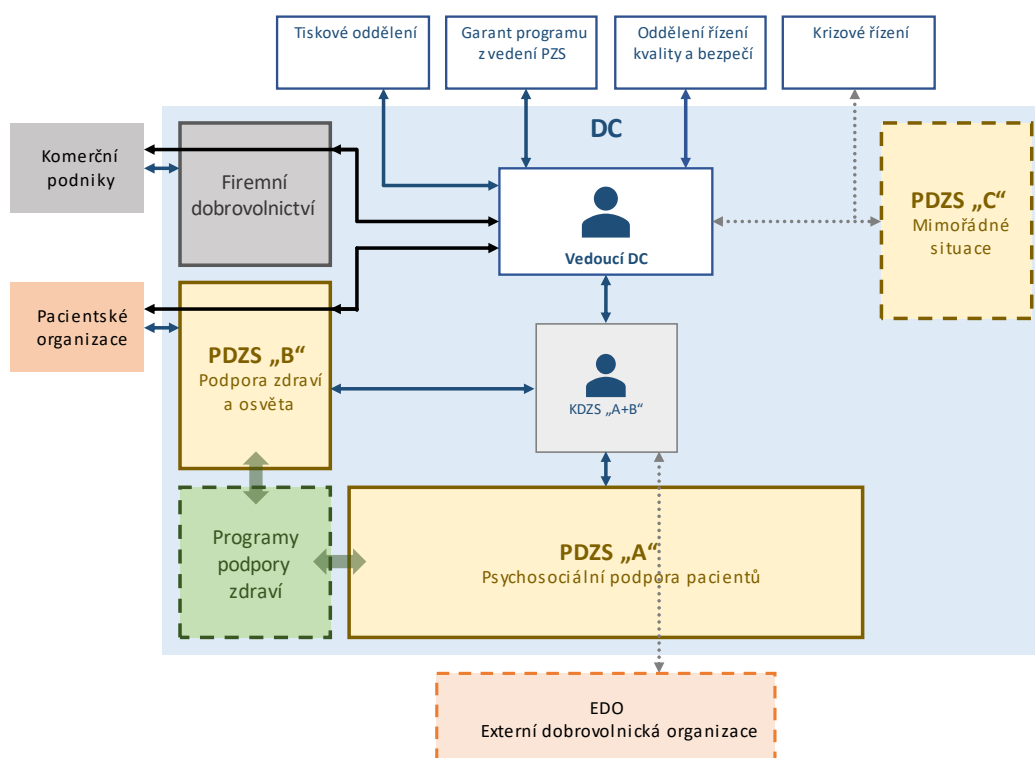
Z hlediska nároků na pracovní podmínky je důležité počítat především se zajištěním:

- **Adekvátních prostor DC PZS**, tzn. respektovat, že koordinátor dobrovolníků je vytížen zejména po stránce komunikace (telefonáty, osobní schůzky, vstupní pohovory s dobrovolníky), proto není příliš vhodná sdílená kancelář.
- **Vybavení mobilním telefonem, PC s přístupem na internet a základním kancelářským SW** (Word, Excel, PowerPoint) neboť práce KDZS v této fázi se opírá o flexibilní komunikaci a kromě jiného je zaměřena na nastavení systému dokumentace a práce s daty PDZS.

3.4.2. Struktura DC PZS ve stabilizační fázi vývoje PZDS

Základní organizační nastavení Dobrovolnického centra a jeho ukotvení v organizační struktuře PZS zůstává stejné jako v předchozí fázi. Změny se týkají:

- **Rozšíření dobrovolnických aktivit** „otestovaných“ v první rozjezdové fázi PDZS o aktivity v další programové linii nebo o aktivity firemního dobrovolnictví.
- **Personální posílení obsazení Dobrovolnického centra** v takové míře, aby bylo možné realizovat všechny aktivity dle požadavků K+B PDZS. Nemusí se jednat o plné pracovní úvazky, je ale vhodné počítat s tím, že rozšíření týmu DC na dvě osoby zároveň řeší i případný problém zastupitelnosti KDZS a udržení kontinuity PDZS v důležité fázi vývoje.



Obr. 3

Struktura DC PZS ve stabilizační fázi PDZS

Zdroj: vlastní zpracování

Z hlediska nároků na pracovní podmínky je třeba počítat s tím, že v této fázi narůstá:

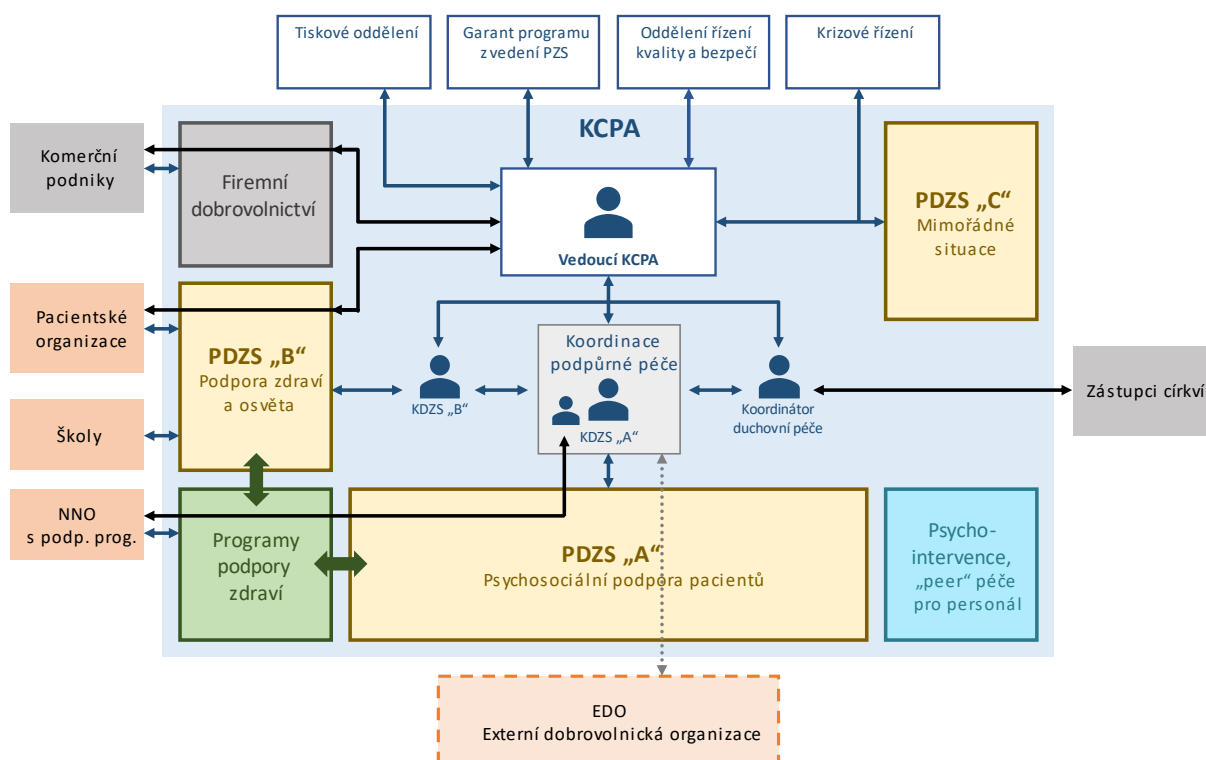
- **Administrativa PDZS a nutnost efektivní práce s informacemi a daty** pro potřeby evaluace a vyhodnocování efektivity PDZS.
- **Potřeba plánování a pravidelnosti** v realizaci vstupních školení dobrovolníků a skupinových supervizí dobrovolníků, tzn. zajištění vhodných prostor pro práci se skupinou.

3.4.3. Struktura DC PZS v rutinní a rozvojové fázi vývoje PDZS

Rutinní a zejména rozvojová fáze vývoje PDZS se vyznačuje zejména:

- Přijetím dobrovolnických aktivit ze strany pacientů i personálu PZS, což se projevuje **zvýšenou poptávkou uvnitř zdravotnického zařízení po dobrovolnických aktivitách různého typu.**
- PDZS už má své „jméno“ ve veřejnosti v místě PZS a je **stabilní příliv zájemců o dobrovolnickou činnost ve zdravotnickém zařízení** (tzn. rutinně prováděné vstupní pohovory s dobrovolníky, vstupní školení dobrovolníků jsou pravidelná).
- V oblasti aktivit podpůrné péče je **zvýšený zájem o spolupráci s PDZS, jak uvnitř PZS, tak ze strany různých externích organizací a institucí.** Objevují se nové možnosti aktivit.

Tato fáze je vhodná pro **transformaci Dobrovolnického centra do Koordinačního centra podpůrných aktivit (KCPA) a posílením koordinačního týmu,** který tak může naplnit výše uvedené potřeby ze strany PZS i zájem ze strany veřejnosti a externích organizací.



Obr. 4

Struktura DC PZS v rutinní a rozvojové fázi PDZS

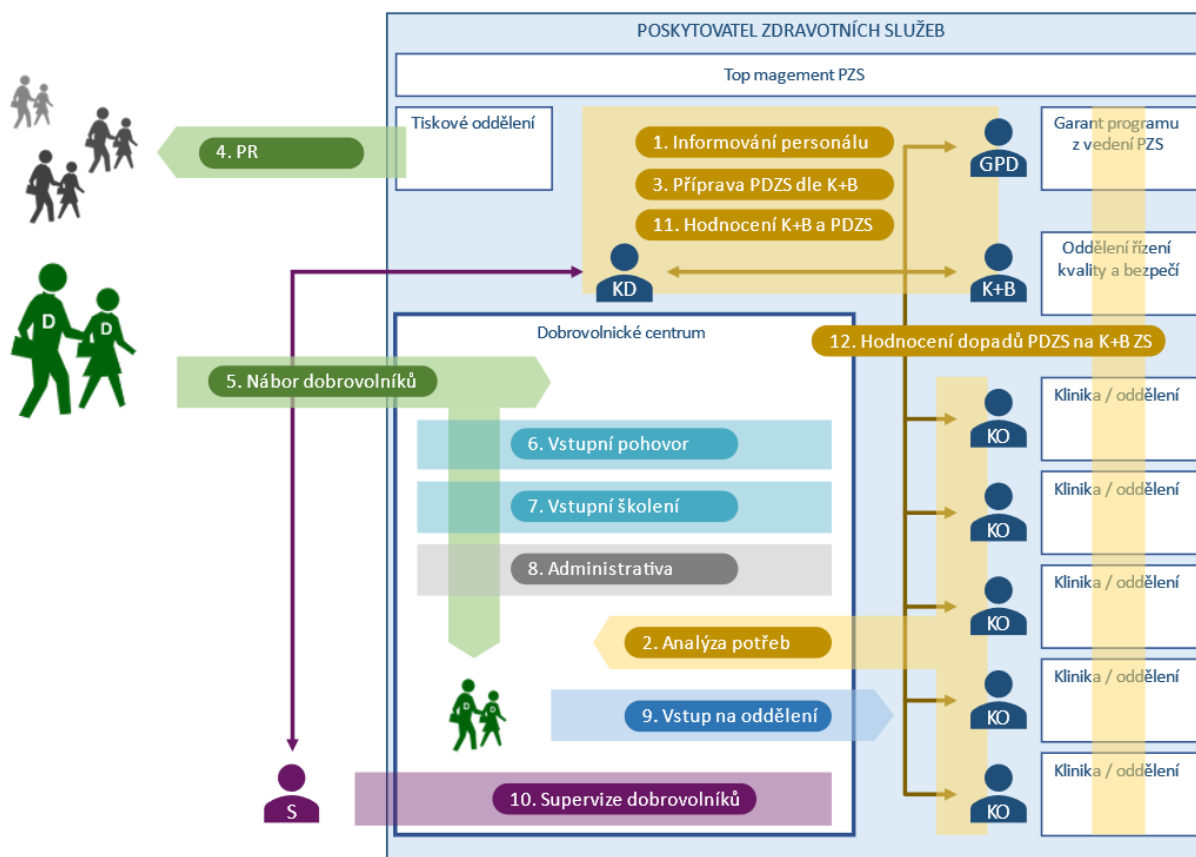
Zdroj: vlastní zpracování

Popis vnitřní organizační struktury a vzájemné spolupráce všech složek Koordinačního centra podpůrných aktivit, včetně výhod a nároků na pracovní podmínky, je podrobněji rozveden v TM15.

4. Realizační tým PDZS

4.1. Funkce, pozice a složení realizačního týmu PDZS

Sestavit a jmenovat realizační tým, zodpovědný za fungování PDZS, patří k prvním krokům, které je potřeba udělat po strategickém rozhodnutí vrcholového vedení PZS (viz kap. 1.3.1.). Na následujícím schématu jsou znázorněny klíčové osoby a na sebe navazující procesy v realizaci PDZS.



Obr. 5

Klíčové osoby a procesy v koordinaci PDZS a vazby mezi nimi.

Zdroj: vlastní zpracování

Klíčové osoby:

- KD = koordinátor dobrovolníků PZS (člen realizačního týmu PDZS)
- KO = kontaktní osoby na klinikách/odděleních s dobrovolnickým programem (členové realizačního týmu PDZS)
- GP = garant PDZS, zástupce vedení PZS a člen realizačního týmu PDZS (např. náměstkyně pro ošetrovatelskou péči)
- K+B = manažer řízení kvality a bezpečí PZS (člen realizačního týmu PDZS)
- D = zájemce o dobrovolnictví z řad veřejnosti
- S = externí supervizor dobrovolníků

Vazby mezi klíčovými osobami:

- hnědé = vazby mezi členy realizačního týmu
- fialová = interakce koordinátora dobrovolníků se supervizorem dobrovolníků

Základ realizačního týmu PDZS tvoří klíčové osoby pro řízení PDZS:

- Koordinátor dobrovolníků (KDZS)
- Garant PDZS
- Kontaktní osoby
- Manažer řízení kvality a bezpečí zdravotních služeb u PZS
- Koordinátor dobrovolníků (KD) v EDO (pokud na PDZS spolupracuje PZS s EDO – viz TM1)

Spolupracující členové realizačního týmu tvoří:

- Externí supervizor dobrovolníků
- Tiskový mluvčí PZS
- Manažer krizového řízení PZS (v případě realizace programové linie „C“, tzn. zapojení dobrovolníků v mimořádných situacích)

4.2. Koordinátor dobrovolníků PDZS

Koordinátor dobrovolníků ve zdravotních službách (KDZS) je klíčovou pozicí v řízení PDZS a tím, kdo hlídá a garantuje kvalitu a bezpečí dobrovolnického programu ve zdravotnictví. **Tato pozice musí být obsazena i v případě, že se PZS rozhodne pro řízení PDZS ve spolupráci s EDO.**

Jedná se o v zásadě o **manažerskou pozici**, jejímž úkolem je nastavit a udržet dobrovolnický program PZS v takových mezích, aby byla zachována především:

- Bezpečnost pacientů ve vztahu k působení dobrovolníků = koordinátor zodpovídá za to, že v programu nebude působit dobrovolník nevhodný pro určený typ dobrovolnické činnosti.
- Bezpečnost dobrovolníků = koordinátor dohlíží na to, aby dobrovolník, resp. dobrovolníci nebyl/i při své činnosti jakýmkoli způsobem zneužíván/i pacientem, jeho rodinou či personálem.

S rolí koordinátora jsou spojeny úkoly, které se týkají přímé personální práce s dobrovolníky, vlastní koordinace dobrovolnických aktivit, vedení administrace, koordinace a komunikace s dalšími zúčastněnými stranami, plánování a rozvoje programu včetně zajištění nezbytného financování programu.

Kvalita personální práce koordinátora se skupinou dobrovolníků je zásadním faktorem, který má vliv na to, zda se z různorodé skupiny jednotlivců vytvoří skupina, schopná fungujícího začlenění do provozně-organizační struktury zdravotnického zařízení. Na koordinátorovi záleží, do jaké míry každý z dobrovolníků využije své individuální předpoklady a schopnosti, které nabízí ve prospěch pacientů a celého PDZS. Ilsley⁹ rozlišuje několik **manažerských přístupů k dobrovolníkům** v závislosti na míře důvěry a prostoru pro uplatnění, kterou jim koordinátor dává.

V případě modelu řízení PDZS ve spolupráci PZS s EDO jsou na pozicích koordinátorů dobrovolníků dvě osoby zastupující obě organizace (KDZS a KD). Je nutné, aby se dohodly na rozdělení následujících činností tak, aby byly všechny činnosti v plném rozsahu pokryté.

4.2.1. Náplň práce KDZS

Práci KDZS lze rozdělit do několika níže uvedených oblastí, přičemž rozsah práce koordinátora dobrovolníků vždy souvisí s vývojovou fází PDZS (viz TM2).

a) Přímá personální práce s dobrovolníky

Pozice koordinátora je v této oblasti nezastupitelná a zahrnuje:

⁹ Ilsley, P. J.: Enhancing the Volunteer Experience. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1990. Popsané přístupy se odlišují tím, nakolik koordinátor rozumí zájmu dobrovolníků dělat svět lepším místem, kolik projevuje osobního zápalu pro práci dobrovolníků a jak podněcuje jejich iniciativu. Mohou se lišit mírou ohledu na individuální potřeby dobrovolníků vzhledem k očekávání organizace, mírou kontroly nad prací dobrovolníků a mírou připouštění jejich účasti na rozhodování o organizační struktuře a pravidlech programu.

- Výběr vhodných a detekci rizikových dobrovolníků pro PDZS, a to především formou zjišťování motivace zájemců pro dobrovolnickou činnost: probíhá při vstupním pohovoru dobrovolníků, při vstupním školení a při dalších individuálních kontaktech koordinátora s každým dobrovolníkem.
- Organizaci a spolupráci či samostatné vedení vstupního školení nových dobrovolníků, organizaci specializovaných proškolení dobrovolníků týkající se činnosti v provozu nemocnice (BOZP, hygiena rukou a další hygienicko-epidemiologická opatření...), případně dalších školení pro činnost na specifických odděleních PZS (viz TM3).
- Zapojení vybraných a proškolených dobrovolníků do dobrovolnické činnosti na vybraných odděleních, zapojení registrovaných dobrovolníků do přípravy a do realizace pravidelných a jednorázových akcí.
- Průběžnou kontrolu činnosti dobrovolníků (viz kap. 7 a TM 12).
- Podporu činnosti dobrovolníků tak, aby ji vykonávali bezpečně a byli motivováni v ní setrvat (viz TM3).
- Organizaci skupinových supervizních setkání pro dobrovolníky a spolupráce se supervizorem, dle potřeby zajišťování individuální supervize nebo vedení intervizního setkání s dobrovolníky (viz dále kap. 5.10.1.).
- V případě spolupráce PZS s EDO přípravu podkladů ke smlouvě PZS s EDO, případně pro její aktualizaci.
- Definování požadavků a podmínek kontraktu s externím supervizorem, práce s tematickými zápisy ze supervizí.

b) Vedení administrativy PDZS zahrnuje:

- Uzavírání a evidence smluv s dobrovolníky včetně příloh (mlčenlivost, etický kodex, zdravotní způsobilost, výpis z rejstříku trestů) (viz Administrativa PDZS, kap. 2.2.).
- Vyplnění registračních karet dobrovolníků (viz Administrativa PDZS, kap. 2.3.).
- Vedení administrativy celého dobrovolnického programu (viz Administrativa PDZS):
 - evidence smluv – s dobrovolníky, s EDO, s externím supervizorem
 - vedení databáze registrovaných dobrovolníků,
 - evidence docházkových listů a kontrola podpisu o bezinfekčnosti,
 - kontrola a aktualizace zakázkových listů z jednotlivých oddělení,
 - tvorba Popisu dobrovolnických činností na jednotlivých odděleních,
 - tvorba a evidence zápisů z pravidelných schůzek s kontaktními osobami,
 - evidence tematických zápisů ze supervizí
 - vedení dokumentace ke K+B PDZS
 - vedení statistiky a podkladů ke sledování efektivity PDZS
 - vedení podkladů a výsledků evaluace PDZS

c) Komunikace se všemi zúčastněnými stranami

Koordinátor je základním spojovacím a komunikačním článkem se všemi, kteří jsou v dobrovolnickém programu ve zdravotnickém zařízení zastoupeni. Jeho činnost nemůže být omezena pouze na práci s dobrovolníky, ale má další cílové skupiny, se kterými musí průběžně komunikovat tak, aby byly pro dobrovolnickou činnost v nemocnici připravené podmínky (viz TM14).

Koordinátor musí proto zvládat komunikaci v „různých jazycích“ tak, aby uměl sdělit a vysvětlit principy dobrovolnického programu různým cílovým skupinám, kterými jsou:

- Veřejnost jakožto zdroj dalších dobrovolníků pro PDZS (propagace PDZS, informace o náboru dobrovolníků...).
- Dobrovolníci:
 - Zájemci o dobrovolnickou činnost v PDZS – komunikace na této úrovni se týká všech potenciálních nových dobrovolníků až do podpisu smlouvy. Kvalita komunikace s touto skupinou je klíčová pro rozpoznání motivací a výběr vhodných dobrovolníků pro PDZS.

- Stávající dobrovolníci, již zapojení do PDZS – koordinátor udržuje kontinuální komunikaci se všemi aktivními dobrovolníky, zjišťuje jejich zkušenosti a pohled na dobrovolnickou činnost. Koordinátor musí být v komunikaci aktivní, důsledný a vytrvalý. Vhodným způsobem komunikace může významně udržovat a podporovat motivaci dobrovolníků pro setrvání v programu. Naopak odrazující je pasivita, nedostatek komunikace a nedostatek zájmu o dobrovolníky.
- Členové realizačního týmu PDZS – koordinátor je v úzké komunikaci s garantem PDZS, manažerem řízení K+B ZS a s kontaktními osobami z oddělení zapojených do programu, které musí proškolit ve způsobu práce s dokumenty souvisejícími s dobrovolnickou činností na oddělení. To se týká také proškolení nově jmenované kontaktní osoby na tom oddělení, které je již v PDZS zapojené. Koordinátor dobrovolníků PZS řeší problematiku PDZS i s koordinátorem dobrovolníků z EDO a s dalšími členy širšího realizačního týmu dle programového zaměření PDZS podle jejich funkce (viz dále kap. 4.8.).
- Personál PZS – KDZS zajišťuje edukaci a adekvátní informovanost o PDZS v rámci celého zdravotnického zařízení.
- Management PZS – komunikace KDZS s vrcholovým managementem se odehrává zejména při zásadních rozhodnutích o rozvoji PDZS. Jedná se např. o vyhodnocení PDZS v jednotlivých fázích PDZS, o změnu modelu řízení PDZS, o personální otázky či financování PDZS.
- Externí supervizor dobrovolníků – je pro koordinátora důležitým komunikačním partnerem hlavně tehdy, pokud je potřeba efektivně řešit problematické situace, které dobrovolníci otevírají na supervizích. Speciálně v těchto případech je potřeba postupovat velmi citlivě, aby byla zachována ochrana osobních údajů, ale zároveň mohla být situace řešena a problém dále neeskaloval. Z toho důvodu je supervizor zařazen mezi spolupracující členy realizačního týmu PDZS.

Komunikační nároky v práci koordinátora dobrovolníků a jeho komunikační strategie je podrobněji rozpracována v tematickém manuálu TM14.

d) Koordinace veškerých dobrovolnických činností a akcí ve zdravotnickém zařízení

Koordinátor dobrovolníků zodpovídá za:

- Vyhodnocení priorit, logistiku a plánování potřebných kroků.
- Přípravu a organizační zajištění všech akcí souvisejících s PDZS.
- Přípravu, organizaci a realizaci pracovních schůzek souvisejících se realizací činností a akcí.

Rozsah a zacílení PDZS dle jednotlivých programových linií, které jsou v daném PZS realizovány (viz kap. 1.3.3.):

- Programová linie „A“ se zaměřuje na laickou pomoc poskytovanou pacientům k podpoře psychické kondice a jako prevence před sociální izolací v důsledku hospitalizace.
- Programová linie „B“ zapojuje dobrovolníky do akcí zaměřených na podporu zdraví, do osvětových a informačních kampaní zaměřených na prevenci nemocí a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva.
- Programová linie „C“ zapojuje dobrovolníky do nových aktivit při řešení následků mimořádných situací a přírodních katastrof a případně upravuje podmínky fungování v liniích „A“ a „B“.

Pokud jsou v PDZS realizovány všechny tři programové linie, je nutné promyšlení jejich řízení a logistiky a případné včasné personální posílení koordinačního týmu PDZS (viz kap. 3.4.3 a TM 15).

e) Kontrola, plánování, hodnocení a další rozvoj PDZS

Do této manažerské části práce koordinátora dobrovolníků patří:

- Tvorba konceptu a plánu PDZS dle vývojové fáze PDZS (viz TM2), včetně začlenění požadavků na práci s riziky a K+B PDZS (viz kap.7 a TM12).
- Řízení realizace PDZS dle plánu.
- Průběžná kontrola a vyhodnocování efektu dobrovolnické činnosti – ve spolupráci s garantem PDZS, kontaktními osobami a manažerem kvality PZS.

- Vedení statistiky dle požadovaných indikátorů k měření efektivity PDZS.
- Zpracování výroční zprávy o činnosti PDZS, včetně přehledu o jeho financování.
- Odpovědnost za hospodaření s finančními prostředky na realizaci PDZS.
- Vyhledávání finanční podpory pro PDZS (dotace, sponzoring, fundraising).
- Jednání s institucemi podílejícími se na PDZS.

f) **Spolupráce na propagaci PDZS**

Propagace PDZS je nezbytnou součástí jeho realizace. Pro tvorbu propagačních materiálů si koordinátor musí ve spolupráci s realizačním týmem připravit vstupní podklady a informace, na výstupech a mediální podobě se domlouvá a spolupracuje s tiskovým oddělením PZS (viz TM14).

g) **Koordinace týmu Dobrovolnického centra PZS**

Do náplně práce koordinátora dobrovolníků spadá kromě personální práce s dobrovolníky také **vedení agendy Dobrovolnického centra PZS**. V závislosti na fázi vývoje PDZS (viz kap. 3.3. a TM 2) to znamená i vedení celého týmu, který se na realizaci PDZS v rámci Dobrovolnického centra podílí a jehož členové nemusejí být přímo členy realizačního týmu PDZS.

- V první rozjezdové fázi PDZS je pravděpodobné, že všechny potřebné činnosti uvedené pod body a) až f) zvládne koordinátor sám. Potřebuje podporu (viz dále kap. 4.2.3.), obzvláště pokud se vedení PZS už od počátku rozhodne pro realizaci více programových linií PDZS.
- Druhá stabilizační fáze PDZS již předpokládá nárůst práce koordinátora, s trvale vysokými nároky na její kvalitu. Do této fáze spadá **personální posílení koordinačního týmu Dobrovolnického centra** tak, aby byla zajištěna udržitelnost PDZS a zastupitelnost v týmu. Vedení tohoto týmu (leadership) patří k nejdůležitější manažersky zaměřené náplni práce KDZS. Požadavky na funkci vedoucího týmu DC PZS jsou popsány v následující kap. 4.2.2.
- Třetí fáze rutinní realizace a rozvoje PDZS předpokládá stabilní a spolehlivé **fungování PDZS se zajištěnou personální zastupitelností v jeho vedení**. Při předpokládaném dalším rozvoji se koordinační tým bez vedoucího neobejde (viz dále 4.2.2.).

Pokud se PDZS rozrůstá a rozšiřuje se i koordinační tým, vyvíjejí se postupně i pozice v něm:

1. Koordinátor dobrovolníků zůstává základní kvalifikační pozicí pro přímou práci s dobrovolníky a koordinaci dobrovolnických aktivit. Podle rozsahu se může tato pozice rozšířit na více osob.
2. Nově vzniká manažerská pozice vedoucího Dobrovolnického centra.
3. Při dalším rozšiřování spolupráce v oblasti podpůrné péče a podpůrných programů může vzniknout pozice vedoucího Koordinačního centra podpůrných aktivit.

Organizační uspořádání dobrovolnického centra PZS a navazujících služeb je uvedeno v kap. 3.4. a TM15.

4.2.2. **Kvalifikace a osobnostní předpoklady pro pozici KDZS**

Náplň práce koordinátora dobrovolníků je rozsáhlá a zahrnuje široké spektrum aktivit (viz výše 4.2.1.). Zvládnutí role KDZS předpokládá kromě příslušných dostatečných znalostí alespoň základní manažerské schopnosti a dovednosti.

Pro pozici KDZS je vhodná osobnost s přirozenými předpoklady pro vedení lidí (leadership v praxi).

To se týká zejména následujících vlastností, schopností a předpokladů:

- zájem o PDZS a jeho rozvoj,
- schopnost komunikace a umění jednat s lidmi různého věku, vzdělání a sociálního původu,
- schopnost interakce a komunikace s různými typy dobrovolníků a reflexe jejich individuálních specifických zkušeností,
- schopnost argumentovat, vyjednávat, být asertivní, hodí se znalost různých komunikačních technik,
- mít přirozenou autoritu, umět motivovat, přesvědčit i vypěstovat disciplínu, tzn. schopnost nastavit a srozumitelně vysvětlit smysl pravidel, dbát na jejich dodržování,

- organizační schopnosti a samostatnost,
- schopnost nastavit a udržet efektivní spolupráci se všemi spolupracujícími institucemi a organizacemi,
- schopnost rozhodovat a vzít na sebe zodpovědnost a realizovat i nepopulární rozhodnutí (např. odmítnout dobrovolníka, řešit interpersonální problémy...),
- schopnost sebereflexe (je vhodný sebezkušenostní kurz nebo výcvik, pokud k tomu koordinátor nemá přirozený předpoklad).

Z praktických zkušeností se KDZS bude hodit:

- předchozí vlastní dobrovolnická zkušenost v nemocnici,
- zkušenost z práce nebo spolupráce s nestátním neziskovým sektorem,
- alespoň minimální orientace nebo osobní zkušenosti v oblasti sociální práce, v základech personalistiky a práce s lidskými zdroji, případně i základy psychologie.

Vedoucí Dobrovolnického centra, resp. Koordinačního centra podpůrných aktivit (viz TM15) by měl mít základní manažerské schopnosti a dovednosti:

- schopnost sestavit kompetentní tým a vést ho tak, aby bylo možné realizovat PDZS dle plánu v dané fázi (viz TM2),
- schopnost pracovat se členy týmu nejen po profesní stránce, ale i z hlediska týmových rolí³⁰,
- schopnost rozdělit a delegovat potřebné úkoly mezi členy týmu,
- schopnost podporovat týmovou spolupráci a motivovat členy týmu tak, aby svým individuálním potenciálem přispívali ke společnému cíli.

Pro manažerskou pozici jsou klíčové osobnostní dispozice a vlastnosti vedoucího. Nevhodná volba vedoucího je v tomto směru negativní zátěží pro všechny zúčastněné, často nejvíce pro samotnou osobu vedoucího.

V případě vhodného osobnostního založení může roli vedoucího týmu převzít koordinátor dobrovolníků, který nabral zkušenosti v rozjezdové fázi PDZS; na manažerskou pozici vedoucího může být přijata nová osoba a stávající koordinátor si ponechá stávající rozsah práce.

Pro optimální fungování týmu je podstatné, aby každý v týmu měl, pokud možno, takovou funkci a vykonával takový typ práce, pro kterou má předpoklady a co nejvíce mu vyhovuje.³¹

Je třeba počítat s tím, že pokud dojde k rozšíření koordinačního týmu bude znamenat i redefinici a nové rozdělení náplní práce v PDZS.

Požadované vzdělání koordinátora dobrovolníků ve zdravotnictví

- Minimálně ukončené bakalářské nebo vyšší odborné vzdělání ve zdravotnických i nezdravotnických oborech. U nelékařských zdravotnických oborů se jedná většinou o absolventy studia sociální práce, pedagogických oborů, logopedie, psychologie, andragogiky, managementu a marketingu a dalších relevantních oborů.
- Absolvování specializovaného kurzu pro koordinátory dobrovolníků ve zdravotnictví v požadovaném rozsahu teoretické a praktické výuky:
 - Teoretická část kurzu musí obsahovat základní témata z Metodiky zaměřené na přípravu a realizaci PDZS.
 - Praktická část kurzu musí být realizovaná v akreditovaném zdravotnickém zařízení, které má dlouhodobé zkušenosti v realizaci PDZS a musí být zaměřená na to, aby

³⁰ R. Meredith Belbin: **Týmové role v práci** / překlad Pavel Procházka, vyd.1., Praha: Wolters Kluwer Česká republika 2012, ISBN: 978-80-7357-892-3 (brož.)

³¹ R. Meredith Belbin definuje týmovou roli jako „tendenci chovat se, přispívat a vzájemně reagovat na druhé lidi konkrétním způsobem“.

absolventi získali představu o všech základní oblastech práce koordinátora dobrovolníků a fungování Dobrovolnického centra ve zdravotnickém zařízení.

4.2.3. Vzdělávání, supervize a metodická podpora KDZS

Pro udržení optimální psychické kondice KDZS současně s udržením požadované kvality práce KDZS je důležité, aby měl možnost kontinuální podpory. Potřebná je jak interní, tak externí forma:

- a) Interní podpora KDZS souvisí především s dobře fungujícím realizačním týmem PDZS (viz dále kap. 4.6.).
- b) Externí podpora KDZS může mít několik forem:
 - **Metodická podpora práce koordinátora** se týká konzultační podpory v konkrétní fázi nebo situaci daného PDZS. Měla by vycházet z vyhodnocení potřeb a být konkrétně zacílena, včetně časového limitu. Efekt externí metodické podpory by měl být hodnotitelný a měl by se projevit v oblasti K+B PDZS (viz kap. 7 a TM 12), parametry by měly být začleněny do evaluace a hodnocení efektivity PDZS (viz kap. 8 a 9 a TM 13).
 - **Kontinuální vzdělávání koordinátora dobrovolníků ve zdravotnictví** je jednou z možných forem podpory, která zároveň přispěje k efektivitě PDZS a k posílení pocitu smysluplnosti koordinátorovy práce.
 - **Skupinová supervize pro koordinátory dobrovolníků z podobných typů PDZS** je základním podpůrným a preventivním prvkem před vznikem syndromu vyhoření. Možná je forma:
 - skupinové supervize koordinátorů dobrovolníků,
 - individuální supervize pro koordinátora dobrovolníků.

Při výběru supervizorů pro vedení supervize koordinátorů dobrovolníků ve zdravotnictví je vhodné respektovat některá specifika, která souvisejí:

- se specifickým prostředím PZS, ve kterém se koordinátoři dobrovolníků PDZS pohybují,
- s vysokými nároky práce KDZS na komunikaci s různými typy osob a funkcí,
- s nároky na propojení individuální interakce KDZS s dobrovolníky a nutností respektovat organizační systém a nároky na K+B zdravotních služeb PZS.

4.3. Garant PDZS

Garantem PDZS by měl být člen vrcholového managementu PZS, který bude zároveň přímým nadřízeným koordinátora dobrovolníků (KDZS). Role garanta v PDZS je důležitá z těchto důvodů:

- Garant **má přímou vazbu na vrcholový management PZS**, resp. je členem top managementu PZS a zná kontext důležitých strategických rozhodnutí a směřování PZS.
- Garant je „**mluvčím PDZS**“ v **top managementu PZS** a poskytuje kontinuální podporu při řešení a rozhodování o klíčových krocích ve vývoji PDZS.

Garantem PDZS by měl být ten, kdo má k dobrovolnickému programu pozitivní vztah, vnímá jeho smysl a účel a má zájem na PDZS pracovat a rozvíjet ho.

Neměla by to být pouze formální role, protože bez zřetelné podpory garanta je pro koordinátora dobrovolníků obtížné (resp. nemožné) zahájit a rozvíjet dobrovolnický program, a to i tehdy, když jej požadují pacienti, personál i dobrovolníci.

Z hlediska realizačního týmu je garant PDZS nejvýše postavenou osobou s největší zodpovědností, je zároveň přímým nadřízeným KDZS a tím, kdo je zodpovědný za sledování a kontrolu jeho práce.

Pro KDZS je klíčovou podpůrnou osobou uvnitř PZS a spolupracuje s ním:

- při prosazování úprav a podmínek pro realizaci dobrovolnických aktivit ve prospěch pacientů,
- při řešení závažnějších situací,
- na přípravě a realizaci evaluace PDZS.

Garant PDZS zejména zodpovídá za:

- Nastavení organizačního rámce pro efektivní řízení dobrovolnického programu uvnitř nemocnice, ve všech třech programových liniích A, B, C, pokud se PZS rozhodne je realizovat (viz. kap. 1.3.3.).
- Finální zpracování dokumentů „Dobrovolnický program“ a „Politika kvality PDZS“, za tvorbu rozvojové strategie PDZS.
- Vytvoření potřebných směrnic a pravidel vzhledem k bezpečnému poskytování zdravotních služeb, podmínek a pravidel pro dobrovolnickou činnost na všech odděleních, kde dobrovolníci působí, především na specializovaných odděleních se specifickým typem péče (př. JIP, ARO, onkologická a paliativní péče...).
- Průběh přípravy, plánování, provedení a vyhodnocení pilotního ověřování nových aktivit před jejich rutinním zavedením do praktické realizace PDZS, v úzké spolupráci s KDZS a manažerem kvality PZS.
- Za včasné předání informací o plánovaných i aktuálních změnách u PZS koordinátorovi tak, aby bylo možné včas upravit fungování dobrovolnických aktivit, případně celého PDZS.
- Pravidelné informování středního managementu a řadového personálu o zásadních záležitostech týkající se PDZS dohodnutou formou, (např. informace o PDZS na schůzi vrchních sester apod.)

4.4. Kontaktní osoby PDZS

Kontaktní osoba na oddělení zapojeném do PDZS je důležitým partnerem koordinátora dobrovolníků, je jeho prodlouženou rukou směrem k personálu daného oddělení, k pacientům a jejich rodinným příslušníkům.

Kontaktní osoba má zodpovědnost za:

- Spolupráci s koordinátorem dobrovolníků na přípravě a realizaci úvodního i průběžného informování personálu daného oddělení o stavu a vývoji PDZS a o jeho pravidlech.
- Zmapování a analýzu potřeb a poptávky po dobrovolnických činnostech na oddělení a průběžnou evidenci zájmu o dobrovolnické aktivity na oddělení, jak ze strany pacientů, tak ze strany personálu.
- Výběr vhodných dobrovolnických aktivit pro daný typ pacientů na oddělení na základě vyhodnocení rizik a stanovení podmínek jejich bezpečné realizace a průběžné ověřování vhodnosti typu a rozsahu činnosti dobrovolníků na oddělení.
- Zpracování „Popisu a charakteristiky dobrovolnické činnosti na oddělení“ ve spolupráci s koordinátorem dobrovolníků (viz Administrativa PDZS kap. 3.4.).
- Vyplnění a pravidelnou aktualizaci „Zakázkového listu“, jako podkladu pro nábor a výběr dobrovolníků (viz Administrativa PDZS kap. 3.2.).
- Uvádění nových dobrovolníků na oddělení, jejich seznámení s provozem oddělení a doškolení v problematice související s plánovanými dobrovolnickými aktivitami a informování oddělení o nástupu nových dobrovolníků.
- Zajištění procesních a formálně administrativních potřeb pro fungování dobrovolníků na oddělení, tzn.:
 - umístění registračních karet dobrovolníků na domluveném místě na oddělení (např. na sesterně),
 - nastavení procesu zapisování dobrovolníků do docházkových listů s podpisem prohlášení o bezinfekčnosti (viz Administrativa PDZS kap.3.6.),
 - aktualizaci rozpisu a harmonogramu docházky dobrovolníků na oddělení.
- Řešení provozních záležitostí s dobrovolníky, evidence omluv a nepřítomnosti dobrovolníků.
- Za přípravu a realizaci nadstavbového školení dobrovolníků, případně účast na vstupním školení (dle aktuálních potřeb a dohody s koordinátorem dobrovolníků).

K povinnostem kontaktní osoby dále patří:

- Účast na pravidelných skupinových schůzkách kontaktních osob s koordinátorem dobrovolníků. V případě modelu řízení PDZS ve spolupráci s EDO je na těchto schůzkách přítomen i koordinátor z EDO.
- Spolupráce při přípravě a organizaci jednorázových akcí na daném oddělení nebo s účastí pacientů daného oddělení.
- Spolupráce na evaluaci a rozvoji PDZS.

Volba vhodné kontaktní osoby pro PDZS je důležitá z důvodu úzké spolupráce s dalšími členy realizačního týmu na konkrétní podobě, podmínkách a provozních pravidlech pro realizaci jednotlivých typů dobrovolnických činností na oddělení. Způsob práce při výběru a realizaci dobrovolnických činností na jednotlivých typech oddělení a pracovišť je podrobně uveden v tematických manuálech (viz TM4, TM5, TM6, TM7, TM8, TM9, TM10, TM11).

V zájmu dobrého výkonu své funkce by vhodná kontaktní osoba měla:

- Mít na oddělení pozici, která jí zajistí dostatečnou autoritu a respekt u personálu – to souvisí s nutností zapojit personál do spolupráce na přípravě dobrovolnické činnosti.
- Mít dostatečnou kapacitu na výkon práce kontaktní osoby – to se týká časové dostupnosti pro dobrovolníky (tzn. osoba pracující v jednosměnném provozu).

V zájmu udržení pozitivní motivace pro fungování kontaktních osob v PDZS je vhodné nastavit také jejich pravidelné ocenění.

4.5. Manažer kvality PZS

Role manažera řízení kvality a bezpečí zdravotních služeb v PZS v realizačním týmu PDZS je důležitá především z důvodu **optimálního nastavení systému kvality a bezpečí dobrovolnického programu (K+B PDZS) tak, aby navazoval a korespondoval se systémem řízení kvality a bezpečí zdravotních služeb (K+B ZS), který má PZS již zavedený.**

Dle zákona č. 372/2011Sb. o zdravotních službách musí mít každý PZS nastavený minimálně interní systém hodnocení K+B poskytovaných ZS (viz podrobněji kap. 7). V rámci plnění této povinnosti je úlohou manažera kvality PZS především:

- Vedení všech odpovídajících procesů v řízení, analýze a vyhodnocování a rozvoji systému K+B ZS (tzn. určení pravidel a postupů k řízení, procesní řízení, zpracování dokumentace a metodik, práce s riziky, provádění pravidelných kontrol a auditů, včetně hodnocení spokojenosti a uplatňování zpětné vazby).
- Koordinace a spolupráce s ostatními útvary v rámci řízení K+B ZS dle potřeb PZS (stanovení pravidel, příprava plánů a spolupráce při interních auditech kvality, spolupráce s externími organizacemi, pokud od nich získal PZS certifikát kvality).

V rámci PDZS manažer řízení K+B ZS zodpovídá:

- Za implementaci hodnocení K+B PDZS do systému řízení K+B ZS.
- Ve spolupráci s KDZS:
 - Za nastavení pravidel a pravidelné vyhodnocování K+B PDZS, které se týká kontroly při spolupráci PZS s EDO.
 - Za vypracování dokumentace K+B PDZS, vztahující se jednotným způsobem k řízení kvality v rámci celého zdravotnického zařízení (viz Administrativa PDZS, kap.1.6.).

Organizačně je u mnoha PZS oblast řízení kvality a bezpečí zabezpečována nejen funkcí manažera kvality PZS, ale i samostatným oddělením/odborem/úsekem K+B ZS. Pro potřebu tohoto metodického materiálu, včetně tematických manuálů, které jsou jeho přílohou, se v textu uvádí pouze pozice manažera kvality PZS. Bližší informace o systému sledování a řízení K+B PDZS a provázání na K+B ZS jsou uvedeny v kap.7 a TM 12.

4.6. Koordinátor dobrovolníků EDO

V případě organizačního modelu řízení PDZS ve spolupráci s EDO musí být do spolupráce v realizačním týmu PDZS zařazen také koordinátor dobrovolníků EDO.

Jeho kompetence, pravomoci a zodpovědnost by měla vycházet z rozsahu spolupráce mezi PZS a EDO, definované ve smlouvě o spolupráci mezi PZS a EDO (viz Administrativa PDZS, kap.1.3.).

4.7. Spolupracující členové realizačního týmu

Kromě výše uvedených členů základního realizačního týmu PDZS jsou ve skupině spolupracující s realizačním týmem zařazeny další osoby podle realizované programové linie PDZS:

- Při realizaci programové linie „B“ (tzn. laická pomoc při realizaci akcí zaměřených na podporu zdraví, při osvětových a informačních kampaních) a realizaci akcí firemního dobrovolnictví (viz TM9) spolupracuje realizační tým s **vedoucím tiskového oddělení a tiskovým mluvčím PZS** (viz TM11, TM14, TM15).
- Při realizaci programové linie „C“ (tzn. laická pomoc poskytovatelům zdravotních služeb při řešení následků mimořádných situací) spolupracuje realizační tým úzce s **manažerem krizového řízení PZS** (viz TM10).

4.8. Kooperace a komunikace mezi osobami v realizačním týmu

Nejpodstatnější zásady spolupráce realizačního týmu PDZS lze shrnout do těchto bodů:

1. Základní realizační tým PDZS musí být **sestaven ze všech klíčových osob**.
2. U každého člena realizačního týmu PDZS (u každé funkce) by měly **být v souladu** jeho:
 - **kompetence** ve smyslu schopností zvládnout svou roli v rámci PDZS,
 - **zodpovědnosti** za danou náplň práce v PDZS,
 - **pravomoci** rozhodnout a udělat potřebné kroky v oblasti vymezené náplní práce.
3. **Náplně práce** členů realizačního týmu by měly pokrýt celý rozsah potřebných aktivit PDZS, **měly by být vzájemně kompatibilní a navazovat na sebe**.
4. Mezi členy realizačního týmu by měla být **nastavena komunikace a práce s informacemi** tak, aby nedocházelo k výpadku přenosu důležitých informací a k informačnímu šumu.

Ve spolupráci mezi členy realizačního týmu jsou rozhraní, kde se jednotlivé zodpovědnosti a pravomoci stýkají a překrývají a je dobré jim věnovat zvláštní pozornost, protože jinak **mohou být tzv. „šedými zónami rizik“** (viz kap.7 + TM 12).

4.8.1. Spolupráce KDZS s garantem PDZS

Koordinátor dobrovolníků musí úzce spolupracovat s garantem PDZS zejména na **strategickém plánování a řešení krizových situací. Jde o následující klíčové oblasti:**

- Zainteresování top managementu PZS a získání stanoviska vedení k realizaci PDZS při jeho zahájení a v období klíčových provozních změn u PZS.
- Změny strategických cílů PZS a směřování poskytované zdravotní péče, které zásadním způsobem ovlivňují a mění charakter i možnosti realizace PDZS.
- Změny v organizaci a modelech řízení PDZS a s tím související administrativní náležitosti (např. smlouvy o spolupráci s EDO na realizaci PDZS).
- Včasná komunikace o aktuálních provozních změnách v nemocnici, které dopadají i na fungování PDZS – např. o uzavření oddělení, o aktuální hygienicko-epidemiologické situaci a souvisejících opatřeních, o zákazu návštěv apod...).
- Vyhodnocení přínosu a celkového efektu PDZS a navazující plánování dalšího rozvoje PDZS v souladu se záměry a strategickými plány PZS.

Spolupráce a vzájemná výměna informací mezi koordinátorem dobrovolníků a garantem je důležitá zejména:

- V rozjezdové fázi realizace PDZS, kdy se celé zdravotnické zařízení s dobrovolnickými aktivitami teprve seznamuje (viz kap. 3.3.1. a TM2).
- Ve všech fázích příprav, plánování a pilotního ověřování nových aktivit před jejich rutinní realizací v praxi (viz kap.7.2.1. a TM 2).

4.8.2. Interakce KDZS s kontaktními osobami jednotlivých oddělení

Významné styčné plochy ve spolupráci koordinátora dobrovolníků s kontaktními osobami na odděleních zapojených do PDZS se týkají především **aktivit v návaznosti na efekt PDZS pro pacienty, pro personál a při práci se zpětnými vazbami od dobrovolníků. Jedná se o:**

- Ověření potřeb a zájmu o dobrovolnické aktivity na oddělení ze strany pacientů, udržování informovanosti a zjišťování spokojenosti pacientů s PDZS.
- Udržení a aktualizace informovanosti o dobrovolnickém programu na oddělení u personálu a zjišťování zpětných vazeb personálu na kontakty s dobrovolníky a na jejich činnost.
- Reflexi a ověření zpětných vazeb od dobrovolníků, týkajících se jejich zkušeností s realizací dobrovolnických aktivit.
- Průběžnou kontrolu vyplňování docházkových listů dobrovolníky, včetně podpisu prohlášení o bezinfekčnosti.
- Řešení vzniklých problematických situací, vyhodnocení jejich příčin a nastavení potřebných preventivních opatření.
- Vyhodnocení dobrovolnických činností na oddělení, kdy optimální formou je individuální evaluační schůzka KDZS s jednotlivými kontaktními osobami z oddělení zapojených do dobrovolnického programu (cca 1x ročně).

Zásadní význam má spolupráce koordinátora s kontaktní osobou na specializovaných typech oddělení, kde zapojení dobrovolníků předchází důkladná příprava, včetně předcházení potenciálním rizikovým situacím. Jde často o naplnění potřeb konkrétního pacienta na vyžádání personálu. Komunikace a interakce v těchto případech musí být proto rychlá a flexibilní (viz TM4, TM5, TM6, TM7). Dobrá a efektivní spolupráce koordinátora dobrovolníků a kontaktní osoby na oddělení je podmíněna uplatněním těchto nástrojů:

1. práce se „**Zakázkovým listem**“ (viz Administrativa PDZS kap. 3.1.),
2. zpracování a aktivní využívání dokumentu „**Popis a charakteristika dobrovolnických činností na oddělení**“ (viz Administrativa PDZS kap. 3.2.),
3. práce s **docházkovými listy** a podpisy **prohlášení o bezinfekčnosti** dobrovolníka (viz Administrativa PDZS, kap. 3.4.),
4. **pravidelné schůzky koordinátora se všemi kontaktními osobami** z oddělení zapojených do PDZS a **využívání zápisů** z těchto schůzek (viz Administrativa PDZS kap.3.7.3.).

4.8.3. Interakce KDZS s manažerem kvality zdravotních služeb PZS

Koordinátor dobrovolníků spolupracuje s manažerem kvality v PZS především v těchto oblastech a procesech PDZS:

- volba a způsob využívání nástrojů pro hodnocení kvality PDZS,
- systémové hodnocení K+B PDZS formou interního auditu, případně externího auditu řízení kvality a bezpečí PZS (pokud ho má PZS zaveden),
- zpracování odpovídající dokumentace pro řízení K+B PDZS (viz Administrativa PDZS, kap.1.6.).

Spolupráce manažera kvality ZS, resp. pracovníka útvaru kvality ZS, na přípravě a realizaci PDZS je důležitá z hlediska významného vlivu na kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. **Řízení K+B PDZS proto musí být úzce provázáno se systémem řízení K+B ZS.**

Interakce a spolupráce KDZS s manažerem K+B ZS je podrobněji popsána v kap. 7 a TM 12.

4.8.4. Spolupráce KDZS s koordinátorem v EDO (pokud je spolupracujícím partnerem PZS)

Konkrétní podoba spolupráce KDZS s koordinátorem dobrovolníků v EDO bude vždy vycházet z rozsahu určeného smlouvou o spolupráci (viz Administrativa PDZS, kap. 1.3.), bude ovlivněna nároky související s velikostí a rozsahem PDZS (viz kap.3.2.2. a TM1).

Klíčovými místy kvalitní spolupráce je:

- spolupráce obou koordinátorů při zpracování výstupů z analýzy potřeb na odděleních PZS, ze kterých vyplývají **nároky na propagaci, nábor a výběr dobrovolníků a jejich vstupní proškolení** (viz dále kap. 5.2, 5.3., 5.4., 5.5., 5.6., 5.7. a TM3),
- účast koordinátora dobrovolníků v EDO na **schůzkách s kontaktními osobami** (viz kap. 4.7.3.),
- **podpora dobrovolníků** a práce s jejich zpětnými vazbami na působení v PDZS (viz kap. 5.10.),
- spolupráce **na evaluaci PDZS** (viz kap. 5.12. a TM13).

4.8.5. Spolupráce KDZS s tiskovým oddělením PZS

Spolupráce koordinátora dobrovolníků s tiskovým oddělením PZS je podstatná ve všech fázích vývoje PDZS a týká se především **nastavení komunikační strategie PDZS** (viz TM14). Ta musí být zacílená a srozumitelná pro několik cílových skupin v závislosti na tom, koho je potřeba v daném čase o PDZS informovat (viz dále kap. 5.4.).

Efektivní komunikace je důležitá především:

- Při realizaci větších jednorázových akcí v programových liniích „A“ a „B“, kdy je třeba oslovit a získat dobrovolníky a informovat veřejnost.
- Při realizaci akcí v rámci firemního dobrovolnictví (viz TM9).

Koordinátor dobrovolníků se s tiskovým oddělením PZS musí dohodnout na konkrétních krocích:

- Při přípravě a realizaci komunikační strategie PDZS podle cílových skupin, které je potřeba oslovit, na rozsahu a způsobu komunikace (př. s veřejností ve městě nebo v kraji, s odbornou veřejností uvnitř nemocnice).
- Při volbě vhodných PR nástrojů a forem (web, FB, konference, články, regionální TV, rozhlas...).

Komunikační strategie PDZS by měla mít **jednotný styl s komunikační strategií PZS**, včetně sjednocené vizuální identity. Komunikaci a **propagaci PDZS je potřeba sladit i s EDO**, pokud s ní PZS na programu spolupracuje.

4.8.6. Spolupráce KDZS s manažerem pro krizové řízení PZS

Manažer pro krizové řízení PZS je důležitým členem realizačního týmu PDZS **při koordinaci programové linie „C“** (viz TM10).

Jeho hlavní role při spolupráci s KDZS spočívá:

- V řízení a **určování optimální návaznosti dobrovolnických aktivit v linii „C“ na opatření**, která jsou při určitém typu mimořádné situace **platná pro PZS jako celek**.
- Společně s garantem PDZS jsou pro KDZS **spojkou na top management PZS**, což zajišťuje **schopnost rychlé reakce** dle potřeb PZS a situace.
- V případě mimořádné situace epidemického typu je důležitým **spolupracovníkem manažera pro krizové řízení nemocniční hygienik**, jehož rozhodnutí související s hygienicko-epidemiologickým režimem v mimořádné situaci jsou závazná i pro PDZS.
- Manažer pro krizové řízení **spolupracuje s KDZS konkrétně:**
 - na přípravě plánu, resp. „Manuálu pro zapojení dobrovolníků v mimořádných situacích“ (viz Administrativa PDZS, kap. 1.8.),
 - na řešení vzniklých problematických situací,
 - na vyhodnocení efektu zapojení dobrovolníků v proběhlé mimořádné situaci
 - na aktualizaci „Manuálu pro zapojení dobrovolníků v mimořádných situacích“ dle výsledků hodnocení.

5. Procesy realizace PDZS

Organizační struktura PDZS je přímo svázaná s jednotlivými procesy v jeho realizaci. Některé procesy se odlišují podle toho, zda byl zvolen interní model řízení (viz kap. 3.2.1.) nebo model spolupráce PZS s externí dobrovolnickou organizací (viz. kap. 3.2.2. a TM1).

Hlavní procesy v realizaci PDZS probíhají především mezi čtyřmi základními články PDZS, kterými jsou:

- Dobrovolníci
- Koordinátor dobrovolníků
- Pacienti
- Personál PZS

V následujících kapitolách jsou podrobně popsány procesy v realizaci PDZS v chronologickém pořadí, tzn. tak, jak by za sebou měly být realizovány, viz schéma v kap. 4.1.

5.1. Informování personálu PZS o PDZS

Informovanost personálu je základním předpokladem úspěšné implementace dobrovolnického programu na oddělení/pracoviště PZS. Přístup a postoj zdravotníků k pacientům i k dobrovolníkům na odděleních působí jako motivační nebo demotivační faktor, zdravotníci tak mohou přítomnost a efekt činnosti dobrovolníků na svém oddělení významně ovlivnit. Jen tehdy, když personál dobře rozumí tomu, co dobrovolnická činnost může pacientům jejich oddělení přinést, je reálná šance, že přítomnost dobrovolníků bude na oddělení akceptována a podporována.

Proces zavedení nebo zvýšení informovanosti personálu o PDZS je **v kompetenci realizačního týmu, především koordinátora dobrovolníků ve spolupráci s garantem PDZS**. V první rozjezdové fázi realizace PDZS může být výhodou konzultační podpora ze strany zkušeného koordinátora nebo konzultanta (viz TM 2).

Při startu dobrovolnického programu (viz kap. 3.3.) je nutná příprava celého PZS a jednotlivých oddělení na vstup dobrovolníků a pro personál jsou podstatné tyto informace:

- Proč má smysl PDZS realizovat, co je očekávaným přínosem (viz kap. 1.2.).
- Kdo je dobrovolník a co může a nemůže v rámci své činnosti dělat, jaké jsou jeho kompetence a zodpovědnosti, jaké typy PDZS mohou být ve zdravotnickém zařízení realizovány (viz kap. 1.1.).
- Základní pravidla PDZS (viz kap. 1.3.) a hranice dobrovolnické role ve vztahu k zodpovědnostem a pravomocem odborného personálu PZS (viz kap. 1.4.).
- Kdo je zodpovědný za koordinaci dobrovolnického programu celkově, tzn. kdo tvoří realizační tým PDZS, kdo je koordinátor dobrovolníků, co obnáší funkce kontaktní osoby (viz kap. 4).
- Základní informace o tom, jak jsou dobrovolníci vybíráni, školeni a vedeni (viz kap. 5.4., 5.5., 5.6., 5.7 a TM 3).
- Jak jsou nastavená pravidla K+B PDZS a jak jsou ošetřena rizika v PDZS (viz. kap.7 a TM 12).
- Co bude znamenat přítomnost dobrovolníků na oddělení pro personál, co se očekává (viz TM4, TM5, TM6, TM7, TM8, TM9).

5.2. Analýza potřeb

Analýza potřeb navazuje na úvodní proces a zajištění adekvátní informovanosti mezi personál PZS. **Realizátorem tohoto druhého procesu v pořadí je zdravotnický personál a vedení jednotlivých pracovišť (klinik nebo oddělení).**

Je při něm nutné stanovit konkrétní místo dobrovolnických činností, tzn. kde, pro koho a v jakém rozsahu bude PDZS fungovat a vybrat vhodné typy dobrovolnických činností, tzn. vše konkrétně popsat včetně podmínek realizace.

Analýza potřeb by měla proběhnout ve dvou na sebe navazujících fázích:

- a) Výběr vhodných oddělení.
- b) Výběr vhodných dobrovolnických činností.

5.2.1. Výběr vhodných oddělení a pracovišť

Při výběru vhodných oddělení a pracovišť pro dobrovolnický program je potřeba zohlednit programovou linii „A“, „B“, „C“ a zmapovat následující:

- Zda je pracoviště vhodné po personální stránce pro zapojení dobrovolníků, tzn. zda je personál oddělení informovaný o hlavních principech a pravidlech dobrovolnické činnosti, rozumí jim a je připravený a schopný s dobrovolníky spolupracovat, případně pomoc dobrovolníků řídit (programová linie „C“ viz TM 10).
- Zda je typ pacientů na oddělení vhodný pro interakci s dobrovolníky, zda je předpoklad, že účast na dobrovolnických aktivitách pro ně bude přínosná a že dobrovolnické aktivity budou ze strany pacientů vítány.
- Zda je mezi personálem daného oddělení zaměstnanec motivovaný pro převzetí funkce kontaktní osoby (viz kap. 4.4.).

Výběr vhodného typu oddělení s vhodným typem pacientů pro aktivity v programové linii „A“, ale i pracovišť pro programové linie „B“ a „C“ nelze uspěchat, je třeba aby byly splněny všechny tři výše uvedené podmínky.

5.2.2. Výběr vhodných dobrovolnických činností

Výběr vhodných typů dobrovolnických činností je úzce svázán s předcházejícím výběrem vhodného oddělení/pracoviště. Při výběru vhodných aktivit a výběru vhodného typu pacientů, kterému mohou dobrovolnické aktivity být prospěšné (u programové linie „A“) jsou dvě hlavní zásady:

- orientace na potřeby pacientů,
- zohlednění provozních a prostorových podmínek daného oddělení.

Obě oblasti jsou podrobněji rozpracovány v tematických manuálech zaměřených na doporučené podmínky a způsob realizace dobrovolnických činností s pacienty (viz TM4, TM5, TM6, TM7, TM8).

Zvolené dobrovolnické činnosti je potřeba popsat ve formě dvou dokumentů:

1. „Zakázkový list“ dobrovolnických činností v PDZS (viz Administrativa PDZS, kap. 3.1.)

Je přehledným a stručným popisem vhodných typů dobrovolnických aktivit na konkrétním oddělení, včetně definovaných rizik, preventivních opatření a požadavků na dobrovolníky. Tento dokument zpracovává kontaktní osoba po poradě s personálem svého oddělení a předává tím koordinátorovi tyto informace:

- Jaký typ aktivit a akcí personál na daném oddělení akceptuje.
- Jaká jsou případná rizika a jak je potřeba je ošetřit (viz dále kap. 5.3.).
- Co personál daného oddělení očekává od dobrovolníků, kteří budou vybrané činnosti vykonávat.

Podle činností uvedených na zakázkovém listu pak může probíhat i cílený nábor vhodných dobrovolníků pro žádanou činnost. V případě, že nemocnice spolupracuje s EDO, měl by i koordinátor v EDO respektovat zadání personálu nemocnice.

2. „Popis a charakteristika dobrovolnické činnosti“ na oddělení/na pracovišti (viz Administrativa PDZS, kap. 3.2.)

Popis činnosti je optimálním souhrnem konkrétních informací, které slouží dobrovolníkům docházejícím na konkrétní oddělení a poskytuje jim základní přehled o činnosti, kterou budou vykonávat.

Dokument obsahuje:

- Jasný popis a vymezení činnosti, které dobrovolník na konkrétním oddělení může a které naopak nemůže dělat; popis by zároveň měl uvést základní pravidla PDZS (viz kap. 1.3.).

- Požadavky na dobrovolníky.
- Provozní podmínky pro dobrovolnickou činnost na daném oddělení.
- Výčet nejčastějších rizikových situací souvisejících s dobrovolnickou činností na daném oddělení, případně i návod, jak je řešit (viz dále kap. 5.3).
- Kontakty (jména a telefony) na osoby, na které se dobrovolník může a má obrátit při řešení problematické situace.

Dokument je společným dílem kontaktní osoby daného oddělení a koordinátora dobrovolníků a je zároveň i komunikačním nástrojem mezi nimi (viz kap. 4.8.2.). Personál a kontaktní osoba tak vědí, že přicházející dobrovolník je obeznámen s tím, co může a nemůže u nich na oddělení dělat a jak se má chovat. Důležitá je proto srozumitelnost a přehlednost informací, ideálně v rozsahu jedné až dvou stránek A4.

Oba výše uvedené dokumenty (Zakázkový list i Popis a charakteristika dobrovolnické činnosti) je třeba průběžně **kontrolovat a aktualizovat při jakékoli změně podmínek nebo nových informací o provozu oddělení.**

Dokument „Popis a charakteristika dobrovolnické činnosti na oddělení“ zároveň s „Informačním manuálem dobrovolníka“ (viz Administrativa PDZS, kap. 3.3.) by měli **dostat všichni dobrovolníci od koordinátora dobrovolníků po absolvování vstupního školení, ještě před vstupem na oddělení a před zahájením dobrovolnické činnosti.**

5.3. Příprava PDZS dle požadavků kvality a bezpečí

Součástí přípravy aktivit v PDZS před jejich finální realizací je začlenění pohledu z hlediska jejich kvality a bezpečnosti. Tento proces by se měl promítnout i do obsahu dokumentů, které činnost definují a popisují (viz kap. 5.2.2.) a měl by proběhnout ve třech krocích:

1. **Zpracování plánu implementace zvoleného typu dobrovolnické činnosti** do realizace PDZS znamená promyslet a popsat celý proces z hlediska:
 - Potenciálních rizik (viz kap. 7.2.2. a TM12).
 - Časového harmonogramu (týká se např. odhadu potřebného času od nábory dobrovolníků, přes jejich proškolení a zajištění potřebných pomůcek až po jejich první vstup na oddělení a kontakt s pacientem). Podrobnější náhled na úkony, které je potřeba zohlednit a zpracovat do plánu, je uveden v tematických manuálech pro jednotlivé typy dobrovolnických činností (viz TM4 až TM11).
2. **Pilotní otestování činností, procesů a úkonů popsaných v plánu** by mělo splňovat tyto parametry:
 - Zvýšenou pozornost ze strany realizačního týmu PDZS (především KDZS a garanta PDZS).
 - Časově ohraničený rámec určený k pilotnímu ověření.
3. **Vyhodnocení pilotního ověřování, provedení potřebných úprav a spuštění finální realizace** je důležitým preventivním krokem, který zajistí, že do pravidelné praxe nepůjde rizikový produkt.

Zodpovědnost za realizaci výše uvedených přípravných preventivních kroků má **koordinátor dobrovolníků v úzké spolupráci s garantem PDZS a manažerem kvality PZS.** Podrobněji jsou popsány ve vztahu k jednotlivým fázím vývoje PDZS v TM2.

5.4. Propagace PDZS a oslovení veřejnosti

Pro efektivní propagaci dobrovolnického programu jsou klíčové zejména tyto faktory:

- **Vstřícný personál** na oddělení, kam dobrovolníci docházejí.
- **Dobrá koordinace** propagačních aktivit, speciálně tam, kde na realizaci dobrovolnického programu PZS spolupracuje s EDO.

- **Způsob komunikace a srozumitelnost** vstupních informací podávaných koordinátorem zájemcům o dobrovolnictví.

Propagace dobrovolnického programu by se měla zaměřit na dvě cílové skupiny, které jsou pro úspěšnou realizaci PDZS zásadní:

1. **Všichni zaměstnanci nemocnice:** Propagace a informovanost o dobrovolnickém programu uvnitř nemocnice ovlivňuje to, jak budou dobrovolníci na oddělení přijímáni, jako budou mít pozici a zda budou chtít v programu setrvat. Tento proces musí v PZS proběhnout hned na počátku (viz kap. 5.1.).
2. **Veřejnost:** Propagace programu směrem k veřejnosti ovlivňuje to, jaké je celkové povědomí a zájem veřejnosti o dobrovolnickou činnost v nemocnici.

5.4.1. Propagace PDZS uvnitř nemocnice

Zajištění informovanosti u personálu PZS při rozjezdu PDZS je rozpracováno v kap. 5.1. Je ale potřeba pracovat na udržení informovanosti o změnách a rozvoji PDZS kontinuálně (viz TM14).

5.4.2. Propagace PDZS směrem k veřejnosti

Podoba propagace dobrovolnického programu je pro PZS důležitá, protože bez dobré informovanosti o dobrovolnickém programu v místní komunitě nebudou k dispozici adekvátní zájemci o dobrovolnickou činnost v nemocnici.

V přípravě propagace PDZS je třeba definovat:

- **Co je přínosem** PDZS, komu to prospívá, proč je PDZS realizován.
- Pro **jakou konkrétní činnost**, pro jakou cílovou skupinu jsou hledáni dobrovolníci.
- **Jakou cílovou skupinu chce PZS oslovit** a podle toho volit jazyk a formy propagace. Zájemcům o dobrovolnictví je potřeba podat jasné a srozumitelné informace:
 - přesně vysvětlení role a pozice dobrovolníka v konkrétní nemocnici,
 - srozumitelné vysvětlení kroků, které zájemce o dobrovolnictví čekají,
 - jasné označení kontaktní osoby, tzn. koordinátora dobrovolníků, na kterého se má zájemce o dobrovolnickou činnost obrátit a jakým způsobem (telefon, email...).

U přípravy a koordinace celého procesu propagace v obou výše popsaných liniích jsou rozdíly mezi oběma modely řízení PDZS a je třeba na ně brát zřetel (viz kap. 3.2. a TM 1).

- a) V případě **interního modelu řízení** je provázanost všech procesů s propagací „dovnitř“ i „ven“ konsistentní a jasná. Zásadní je kooperace realizačního týmu a koordinátora dobrovolníků s tiskovým oddělením PZS (viz. kap. 4.7.1., 4.8.5. a TM14). Jasně vyjádřená a viditelná spolupráce s tiskovým oddělením PZS vyjadřuje zájem PZS o realizaci PDZS jako celku.
- b) V případě **spolupráce PZS s EDO** je v obou liniích potřeba mít dobře a podrobně definovanou vzájemnou spolupráci a určené role PZS a EDO. Vždy je potřeba počítat s těmito možnými riziky:
 - Zájemcům o dobrovolnickou činnost nemusí být vždy srozumitelné, proč musí jít do nemocničního dobrovolnického programu přes EDO.
 - Pokud jde zájemce na vstupní pohovor do jiné organizace než do nemocnice (tzn. do EDO), může kontakt s jinými typy dobrovolnických programů koordinovanými EDO otočit jeho pozornost jiným směrem než do zdravotnictví.
 - V případě ne zcela jasných priorit se zájemci při uplatnění svobodné volby nakonec mohou rozhodnout pro jiný program než pro působení v nemocnici.

I když je nábor dobrovolníků do nemocničního programu smluvně zajišťován prostřednictvím EDO, tak **nemocnice by měla na propagaci PDZS aktivně a konkrétně spolupracovat.**

Předpokladem úspěšné propagace je, že vedení a personál nemocnice dobrovolníky opravdu chce a poptávka po nich je definovaná zřetelně a lákavě. Pokud tomu tak není, dobrovolníci do nemocnic nepřijdou a/nebo rychle svou činnost ukončí. A to jak v případě interního modelu řízení, tak v případě spolupráci PZS s EDO.

Doporučení pro propagaci PDZS jsou podrobněji popsána v TM14.

5.5. Nábor nových dobrovolníků

Nábor dobrovolníků bezprostředně navazuje na proces propagace PDZS ve veřejnosti a probíhá s ním paralelně. Podle toho, v jakém modelu je PDZS řízen, je nábor dobrovolníků směřován buď na koordinátora dobrovolníků v PZS nebo koordinátora v EDO.

Pokud jsou první dva procesy, tzn. Informovanost personálu o PDZS uvnitř PZS (viz kap. 5.1.) a analýza potřeb (viz kap. 5.2.) provedené důkladně a odpovědně, významně to ulehčí proces náboru nových dobrovolníků a další práci s nimi.

V takovém případě by koordinátor dobrovolníků, na kterého jsou směřováni zájemci o roli dobrovolníka v PDZS, měl mít při náboru k dispozici následující informace:

- Jak jsou nastaveny podmínky a kritéria pro zapojení dobrovolníků do konkrétního PDZS.
- O jaké činnosti a na jakých odděleních PZS je o dobrovolníky zájem.
- Jaké jsou požadavky na dobrovolníky pro výkon konkrétních činností.

Nábor nových zájemců o dobrovolnickou roli může mít dvě formy, jedná se v zásadě o propagaci a PR PDZS (viz TM14):

- Pasivní = koordinátor dobrovolníků je oslovován zájemci na základě informací, které se k zájemcům dostaly prostřednictvím letáků, novinového článku, sociálních sítí, rozhlasové relace, TV spotu, webu PZS nebo informací sdělených ústně mezi lidmi v rodině, na pracovišti apod. (tzv. "tichá pošta").
- Aktivní = koordinátor dobrovolníků se sám angažuje v propagaci PDZS např. formou besedy na téma dobrovolnictví na školách, přednáškou v Klubu pro seniory atd...

Z obou forem se mohou rekrutovat konkrétní zájemci, se kterými si koordinátor dobrovolníků telefonicky, emailem nebo osobně komunikuje a dojednává další postup, který zahrnuje:

- **Vyplnění a zaslání motivačního dopisu/dotazníku zájemce o dobrovolnickou roli** (viz Administrativa PDZS, kap.2.1.).
- **Vstupní pohovor KDZS se zájemcem o dobrovolnickou roli.**

Následuje proces výběru vhodných dobrovolníků pro dané typy dobrovolnické činnosti, který je hlavní zodpovědností práce koordinátora dobrovolníků v PDZS.

Pro výběr vhodných dobrovolníků má koordinátor dobrovolníků k dispozici tři nástroje, resp. „bezpečnostní filtry“ (viz TM3):

1. Vstupní pohovor se zájemcem o roli dobrovolníka v PDZS.
2. Vstupní školení pro nové zájemce o dobrovolnictví v PDZS.
3. Zkušební doba a podmínky prověření v praxi.

5.6. Vstupní pohovor

Vstupní individuální pohovor koordinátora dobrovolníků s novým zájemcem o roli dobrovolníka v PDZS, je důležitým nástrojem, na jehož základě si může udělat základní přehled a představu o tom, jestli je zájemce pro daný dobrovolnický program vhodný, zda je schopen vykonávat daný typ dobrovolnické činnosti. Vstupní pohovor slouží:

- **K detekci a eliminaci evidentně nevhodného kandidáta, se kterým nemá smysl pokračovat v dalších fázích.**
- **K zaměření zvýšené pozornosti na potenciálně rizikového dobrovolníka (podrobně viz TM3).**

Pro optimální výkon této práce musí koordinátor dobrovolníků znát a umět pracovat:

- **S kritérii důležitými pro výběr vhodných dobrovolníků pro PDZS**
- **Způsobem, který mu může pomoci při komunikaci s potenciálním zájemcem o dobrovolnictví**

5.6.1. Kritéria důležitá pro výběr vhodných dobrovolníků pro PDZS

Z motivačního dopisu (resp. dotazníku) dostává koordinátor dobrovolníků od zájemce o dobrovolnictví informace, zda zájemce splňuje základní podmínky pro roli dobrovolníka PDZS. V úvodní části vstupního pohovoru si koordinátor tyto informace ověřuje podle dvou typů kritérií:

- **Základní kritéria způsobilosti** se týkají věku, trestní bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti zájemce o roli dobrovolníka v PDZS (viz kap. 1.3.2.).
- **Kritéria nezpůsobilosti dobrovolníka pro PDZS** definují situace, které mohou být z hlediska vhodnosti adepta sporné a vyžadují minimálně podrobnější rozvahu, zahrnují např. zdravotní problémy s možnými dopady na bezpečnost dobrovolnické činnosti, závažné onemocnění dobrovolníka v posledních 1 až 2 letech nebo onemocnění a úmrtí v rodině, psychická nestabilita atd. (podrobněji viz TM3).

V další fázi pohovoru si koordinátor potřebuje ujasnit:

- Jaká je motivace zájemce o dobrovolnickou činnost (viz TM3).
- Jakou má představu o dobrovolnické činnosti a zda má s dobrovolnickou činností nějakou zkušenost.
- Jaký typ činnosti by zájemce preferoval (individuální nebo skupinové aktivity, u dětských nebo dospělých pacientů...).
- Jaké má možnosti (časové i jiné) dobrovolnickou činnost vykonávat.

5.6.2. Způsoby vedení vstupního pohovoru

Základem je efektivní **práce s otázkami**, které by měl KDZS formulovat tak, aby mu odpovědi na ně co nejvíce ukázaly a zmapovaly postoje, názory a představy potenciálního dobrovolníka o dobrovolnické činnosti ve zdravotnickém zařízení. Měly by mu také pomoci odhalit základní typy „rizikových dobrovolníků“ pro PDZS (viz TM3). Včasné odhalení potenciálního rizikového dobrovolníka může koordinátorovi ušetřit řadu následných problémů. Také to ale znamená, že koordinátor musí být schopen odmítnout adepta, který není pro PDZS vhodný (viz TM 3, kap. 3.1.3.).

Zájemci, kteří projdou úspěšně vstupním pohovorem, jsou následně pozváni na vstupní školení nových dobrovolníků.

5.7. Školení dobrovolníků v PDZS

Adekvátní proškolení dobrovolníků je jedním z hlavních předpokladů pro jejich bezpečné a kvalitní fungování v PDZS. Školení lze rozdělit do dvou fází:

1. **Vstupní školení nových dobrovolníků.**
2. **Nadstavbové proškolení dobrovolníků.**

5.7.1. Obsah a doporučená forma vstupního školení

Vstupní školení nových zájemců o roli dobrovolníka v PDZS je druhým stupněm „bezpečnostního filtru“ ve výběru vhodných dobrovolníků a nezbytnou součástí přípravy pro dobrovolnickou činnost. Koordinátor dobrovolníků ho musí připravit tak, aby jeho obsah vyhovoval nárokům na přípravu dobrovolníků pro dobrovolnickou činnost v konkrétním zdravotnickém zařízení a zároveň tak, aby jeho forma byla pro potenciální dobrovolníky dostatečně atraktivní a obsahově přínosná.

Pro koordinátora by vstupní školení mělo:

1. **Přinést další podstatné informace o účastnících, tj. potenciálních dobrovolnících:**
 - Doplnění znalostí o jejich motivacích a představách o dobrovolnické činnosti.
 - Schopnost empatie a vnímání potřeb druhých.
 - Schopnost uvědomovat si rizika a respektovat pravidla PDZS.

- Vnímání a respektování hranic vlastních a hranic druhých.
 - Chování ve skupině.
- 2. Sdělít budoucím dobrovolníkům zásadní informace o PDZS:**
- Informace o roli a hranicích role dobrovolníka ve zdravotnictví.
 - Vysvětlit základní pravidla a principy bezpečné dobrovolnické činnosti.
 - Základní povinnosti dobrovolníka v PDZS.

Doporučená forma vstupního školení:

- Optimální formou je **školení ve skupině minimálně osmi a maximálně patnácti osob**, aby bylo možné využít potenciál interaktivních skupinových aktivit. To umožní koordinátorovi sledovat skupinovou dynamiku, pracovat s generačními specifiky a také s modelovými situacemi, se kterými se mohou účastníci při dobrovolnické činnosti nejčastěji setkat.
- Zkušený koordinátor dobrovolníků může vést vstupní školení sám, **u začínajících koordinátorů je výhodné, aby prvních několik školení vedl společně se zkušeným lektorem**, od kterého se prakticky naučí využívat všechna uvedená doporučení. Je výhodné, když se vstupního školení nových dobrovolníků účastní také **zkušený dobrovolník**, který je schopen nováčkům z vlastní zkušenosti přiblížit dobrovolnickou činnost v praxi. Dalším vhodným členem lektorského týmu je **zástupce personálu PZS**. Může to být některá z kontaktních osob oddělení zapojených do PDZS nebo garant PDZS.
- Každé vstupní školení je vhodné **ukončit sběrem zpětných vazeb** (viz Administrativa PDZS, kap. 3.8.1.) a získat tak důležité informace, zda školení bylo funkční, pro účastníky srozumitelné a dostačující nebo zda je potřeba něco v jeho obsahu či formě pozměnit. Vyhodnocené zpětné vazby na vstupní školení zároveň fungují jako důležitý kontrolní mechanismus kvality a bezpečí PDZS (viz TM12).

Podrobné informace k doporučené obsahové struktuře i formě vstupního školení nových zájemců o roli dobrovolníků jsou zpracovány v TM3.

5.7.2. Nadstavbové školení dobrovolníků

Tento typ školení je určen pro ty dobrovolníky, kteří budou vykonávat určitou **specifickou činnost buď na standardních nebo na specializovaných odděleních** a potřebují si doplnit konkrétní specifické informace nebo absolvovat instruktáž v určitých dovednostech. Do tohoto typu školení spadá například praktická instruktáž a zaškolení dobrovolníků v manipulaci s pacientem na vozíku nebo seminář ke komunikaci s konkrétním typem pacientů. Potřeba zaškolení dobrovolníků vyplývá z analýzy potřeb dobrovolnických činností na konkrétním oddělení.

Obsah, formu zaškolení a lektora konkretizují společně KDZS a konkrétní osoba daného oddělení.

Z hlediska zajištění kvality a bezpečí PDZS platí, že připravenost dobrovolníka pro výkon dobrovolnické činnosti jak na standardních, tak na specializovaných odděleních musí být koordinátorem ověřována a aktualizována (viz kap. 7 a TM12).

Podmínky dobrovolnické činnosti na specializovaných odděleních, včetně potřebného zaškolení, jsou podrobněji popsány v TM4, TM5, TM8. Tématu specifické dobrovolnické činnosti s pacienty v oblasti onkologie, paliativní péče nebo psychiatrie se věnují odpovídající tematické manuály TM6 a TM7.

5.8. Administrativa dobrovolnického programu ve zdravotnictví

Administrativa a dokumentace spojená s kvalitním a bezpečným řízením PDZS zahrnuje tři skupiny dokumentů (úplný seznam a obsahová struktura dokumentů viz Administrativa PDZS):

1. Dokumenty související s řízením PDZS obecně
Jedná se o základní dokumenty, jejichž vypracování je předpokladem zahájení PDZS a jeho realizace. Týká se to např. popisu PDZS, etického kodexu PDZS, smluv se spolupracujícími organizacemi nebo externím supervizorem.
2. Dokumenty vztahující se ke konkrétnímu dobrovolníkovi

Tato skupina dokumentů je reprezentována např. smlouvou mezi dobrovolníkem a PZS, etickým kodexem dobrovolníka, prohlášením/potvrzením zdravotní způsobilosti dobrovolníka, potvrzením bezúhonnosti, registrační kartou dobrovolníka k dané činnosti atd.

3. Dokumenty související s koordinací PDZS uvnitř zdravotnického zařízení

Tento typ dokumentů se týká materiálů potřebných pro práci koordinátora dobrovolníků. Jedná se např. o Zakázkový list dobrovolnických činností, popis dobrovolnických činností na oddělení, informační manuál pro dobrovolníky, informovaný souhlas s dobrovolnickou činností atd.

Vedení administrativní agendy je jednou z náplní práce koordinátora dobrovolníků (viz kap. 4.2.1.).

5.9. Vstup dobrovolníků na oddělení a zahájení činnosti

K zahájení dobrovolnické činnosti dochází v okamžiku prvního vstupu dobrovolníka na oddělení. To by mělo nastat:

- Až po uzavření a podepsání Smlouvy o výkonu pravidelné dobrovolnické činnosti mezi dobrovolníkem a PZS, včetně všech příloh (viz Administrativa PDZS, kap. 2.2.).
- V okamžiku, kdy se na dobrovolníka vztahuje pojištění (viz Administrativa PDZS, kap. 1.7.).

Dobrovolníka v programové linii „A“ a „B“ uvádí na vybrané oddělení (resp. pracoviště) koordinátor dobrovolníků, tato první návštěva zahrnuje:

- Seznámení s kontaktní osobou a s provozem daného oddělení/pracoviště.
- Vysvětlení bezpečnostních rizik souvisejících s provozem na daném pracovišti, praktické zaškolení v provádění hygienicko-epidemiologických opatření (př. hygiena rukou, používání ochranných pomůcek atd.).
- Vysvětlení postupu provádění domluveného typu dobrovolnické činnosti, potvrzení času docházky na oddělení/pracoviště.
- Vysvětlení a praktické provádění zápisů docházky na oddělení, včetně způsobu potvrzování čestného prohlášení o aktuální bezinfekčnosti (viz Administrativa PDZS kap. 2.2.3.).
- Předání „pracovního oděvu“ (tričko nebo vesta) s označením „dobrovolník“ a visačky se jménem, zdůraznění významu jejich nošení pro bezpečnost dobrovolnické činnosti v PDZS (viz Administrativa PDZS, kap. 2.3.).

V prvních třech měsících je důležité aktivní udržování kontaktu a komunikace koordinátora s novými dobrovolníky. Je vhodné, aby v této době koordinátor dobrovolníků pozorněji sledoval, jak noví dobrovolníci v praxi fungují, průběžně si ověřoval jejich činnost dotazy a zpětnými vazbami od kontaktních osob i od personálu jednotlivých oddělení.

Výhodou je, když je již v průběhu prvních dvou měsíců naplánovaná skupinová supervize dobrovolníků (viz dále kap. 5.10.), na které se noví dobrovolníci mohou setkat se zkušenějšími dobrovolníky a mohou porovnat jejich praktické zkušenosti s těmi svými.

5.10. Vedení a podpora dobrovolníků

Kontinuální podpora dobrovolníků je důležitým prvkem, na jehož kvalitě závisí to, zda dobrovolníci v programu zůstanou dlouhodobě nebo zda bude v programu velká fluktuace. Podpora dobrovolníků může být realizována v několika formách:

- **Podpora dobrovolníků ze strany koordinátora dobrovolníků v podobě:**
 - individuálního kontaktu a konzultací,
 - skupinové intervize dobrovolníků.
- **Podpora dobrovolníků ze strany externě vedené supervize.**

5.10.1. Podpora dobrovolníků ze strany koordinátora

Pro dobrovolníky je koordinátor po organizační stránce opěrným bodem a nejdůležitější osobou v programu. Přes kontaktu s ním do PDZS vstupují, od něho získávají základní informace, on s nimi řeší všechny potřebné záležitosti.

Způsob, jakým s dobrovolníky jedná, jak je pro ně dostupný, jak je vstřícný i nakolik má u dobrovolníků přirozenou autoritu, rozhoduje o tom, zda se dobrovolníci cítí v programu bezpečně. To je jedním z důležitých faktorů udržení motivace dobrovolníků v programu setrvat a podílet se na jeho rozvoji (viz TM3).

Pro podporu dobrovolníků má koordinátor několik nástrojů:

- a) **Individuální konzultace koordinátora s dobrovolníkem** slouží k rychlému řešení vzniklého problému, který má buď sám dobrovolník nebo ho potřebuje řešit koordinátor s konkrétním dobrovolníkem v zájmu zajištění K+B PDZS. Zároveň plní i evaluační funkci (viz kap. 9 a TM13).
- b) **Intervize³² dobrovolníků vedená koordinátorem** je nástrojem, který může koordinátor využít v těchto situacích:
 - Skupinová intervize je vhodná v situaci, když je potřeba znát názory více dobrovolníků např. na změny v organizaci a pravidlech v dobrovolnické činnosti a jiné záležitosti, které nemají charakter čistě supervizních témat.
 - Individuální intervize koordinátora s dobrovolníkem by se měla konat po omluvené neúčasti dobrovolníka na skupinové supervizi jako její částečná náhrada, měla by sloužit ke zjištění aktuálních zkušeností dobrovolníka a jeho potřeb.
- c) **Nadstavbové aktivity pro dobrovolníky** patří do oblasti, které se netýkají přímo realizace dobrovolnických aktivit v PDZS, ale mají potenciál být motivačním nástrojem pro udržení dobrovolníků v programu.

Základní pravidla a strategie komunikace koordinátora s dobrovolníky a pro konstruktivní práci s dobrovolníky, udržení jejich motivace a setrvání v PDZS jsou podrobněji uvedeny v TM3 a TM14.

5.10.2. Supervize dobrovolníků

Supervize³³ dobrovolníků je jeden ze základních prvků prevence problémů, bezpečnosti i kontroly kvality fungování dobrovolníků v PDZS. Na rozdíl od intervize vede supervizi nezávislý externí odborník (supervizor).

Supervize má tyto funkce:

- Podpůrná funkce je naplňována možností sdílet pozitivní i problematické zkušenosti mezi dobrovolníky navzájem.
- Vzdělávací a informativní funkce se naplňuje při hledání vhodných řešení diskutovaných situací.
- Kontrolní funkce slouží ke zjištění, zda podle zpětných vazeb od dobrovolníků plní dobrovolnický program stále svou funkci podle stanovených pravidel a nepřekračuje hranice tak, aby bylo nutné ze strany koordinátora zasáhnout.

Supervize dobrovolníků v PDZS by měla respektovat odlišnost role dobrovolníka ve zdravotnictví, která není „pomáhající profesí“. Je doporučeno, aby supervize reflektovala následující principy:

- Měla by mít převažující preventivní charakter a podporovat pravidla, která dobrovolníkovi pomáhají udržet se v bezpečných hranicích dobrovolnické činnosti.

³² **Intervize** je způsobem sdílení zkušeností, názorů a vzájemné podpory v rámci interní skupiny, bez vedení nezávislým externím pracovníkem.

³³ **Supervize** je nástrojem celoživotního učení, jehož smyslem je hledání řešení problematických situací, poskytování zpětné vazby na pracovní zkušenosti, rozvíjení profesních dovedností a posilování vztahů v týmu. Je používána zejména u pomáhajících profesí.

- Měla by sledovat fungování dobrovolníků v potenciálně rizikových situacích a otevírat optimální způsoby jejich řešení (např. otázku citových vazeb mezi dobrovolníkem a pacientem, práci s osobními hranicemi dobrovolníka, kvalitu komunikace mezi dobrovolníkem a personálem...).
- Měla by kontinuálně sledovat a podporovat motivaci dobrovolníka, a to, co dobrovolník pro svou činnost potřebuje (psychickou pohodu, dobrou náladu, tvůrčí zápal pro činnost...).
- Měla by pomáhat dobrovolníkům při zpracování a využívání nových zkušeností z jejich dobrovolnické činnosti.

Se supervizorem dobrovolníků by měla být uzavřena smlouva (viz Administrativa PDZS, kap.1.4.).

Supervisor vyhotovuje ze supervizí dobrovolníků tematický zápis, který je pro koordinátora jedním z důležitých informačních a kontrolních nástrojů, které slouží k hodnocení efektu a kvality celého dobrovolnického programu. Za aplikaci výše uvedených principů v praxi je zodpovědný koordinátor dobrovolníků.

Specifika supervize dobrovolníků v modelech řízení PDZS:

- a) Supervize dobrovolníků v interním modelu řízení (viz kap. 3.2.1.):
 - Externího supervizora vybírá a smlouvu s ním uzavírá PZS, požadavky na supervizi definuje realizační tým PDZS (tzn. koordinátor dobrovolníků, garant PDZS, případně i manažer K+B ZS).
 - Koordinátor dobrovolníků PDZS určuje složení skupin pro supervize dobrovolníků dle počtu, typů dobrovolnických činností nebo zaměření supervizí.
- b) Supervize dobrovolníků v modelu spolupráce PZS s EDO (viz kap. 3.2.2.):
 - Supervize dobrovolníků organizuje EDO (většinou), vybírá supervizora a uzavírá s ním smlouvu.
 - Podmínky účasti dobrovolníků PDZS na supervizích a způsob předávání zpětných vazeb (zápisu ze supervize) určuje PZS.
 - V případě, že dobrovolníci působící v nemocnici jsou na supervizích organizovaných EDO ve výrazné menšině, je vhodné, aby 1 až 2krát ročně zorganizoval supervizi pro své dobrovolníky PZS, a to i tehdy, když se bude jednat o malou skupinu (cca 5 osob). Výhodou bude možnost probrat více do hloubky témata, která jsou pro dobrovolníky ve zdravotnictví aktuální.
 - Externí supervize v EDO by měly být pravidelně doplňovány intervizí prováděnou KDZS. Alternativou je účast KDZS na úvodní části některých supervizí organizovaných EDO a možnost vyřešení možných provozních a organizačních záležitostí v PDZS.

Formy supervize dobrovolníků v PDZS:

Supervize dobrovolníků v PDZS může mít dvě formy:

- Skupinová supervize je vhodná pro PDZS, ve kterém aktivně funguje a může se zúčastnit alespoň 5 dobrovolníků. Při větším rozsahu programu je vhodné udržovat skupiny ve velikosti max. 15 dobrovolníků. Případné rozdělení do skupin je vhodné provést podle typu dobrovolnických činností, aby dobrovolníci mohli sdílet zkušenosti obdobného charakteru (např. dobrovolnické činnosti pro děti a dobrovolnické činnosti pro dospělé pacienty).
- Individuální supervize je vhodná pro situace, kdy dobrovolník potřebuje řešit urgentní situaci, do které se během své činnosti v PDZS dostal. Je vhodné zajistit možnost individuální supervize pro dobrovolníky hlavně u náročnějších typů dobrovolnických činností, např. na specializovaných odděleních (viz TM4, TM5, TM6, TM7).

Frekvence konání supervize dobrovolníků:

Volba frekvence konání supervize dobrovolníků by měla vycházet z typu a náročnosti dobrovolnické činnosti:

- V programové linii „A“ by měla zohlednit potřeby dobrovolníků související s činností:

- na standardních odděleních a při méně náročných činnostech by měla dostačovat frekvence skupinové supervize cca 3 až 4 x ročně,
- na specializovaných odděleních a při psychicky náročných dobrovolnických aktivitách je doporučena supervize konaná zhruba 1x za 2 měsíce.
- V programové linii „B“ by měla být nastavena supervize hlavně pro ty dobrovolníky, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty a rodinnými příslušníky (viz TM11).

Požadavek na účast dobrovolníka na supervizích je vhodné formulovat ve smlouvě s dobrovolníkem dle typu činnosti, kterou bude dobrovolník vykonávat (viz Administrativa PDZS, kap. 2.2.). Doporučená je účasť minimálně v rozsahu dvou supervizí za rok (1x jaro, 1x podzim), při náročných typech dobrovolnické činnosti adekvátně více.

Supervize jako podpůrný, motivační a zároveň kontrolní nástroj by měla být pro dobrovolníky v PDZS v dohodnuté frekvenci a rozsahu povinná.

5.11. Hodnocení kvality a bezpečí dobrovolnického programu

Základem kvalitní a bezpečné realizace PDZS v provozu PZS je jeho napojení na ty organizační složky PZS, které se na realizaci musejí podílet. To se týká především:

- Vazby na top management PZS prostřednictvím garanta PDZS.
- Propojení s oddělením řízení K+B PZS prostřednictvím manažera kvality PZS.
- Vazby na vedení oddělení a pracovišť, která jsou zapojená do PDZS.
- Vazby na tiskové oddělení PZS.
- Napojení na manažera pro krizové řízení v PZS (v případě realizace programové linie „C“).

Tyto vazby jsou znázorněny na schématech v kap. 3.4. a kap. 4.1.

Hodnocení K+B PDZS by mělo probíhat ve dvou liniích:

a) Interní hodnocení K+B PDZS

je součástí náplně práce KDZS, přičemž nastavení obsahu a způsob provádění hodnocení byl připraven ve spolupráci s manažerem kvality PZS (viz kap. 4.8.3. a 5.3.).

Jedná se především o **vyhodnocování rizikových situací v PDZS**, které mohou mít nežádoucí důsledky. Je proto třeba nastavit odpovídající preventivní opatření a sledovat jejich účinnost.

Proces je podrobněji popsán v kap. 7.2.1. a 7.2.2., v některých aspektech je rozpracován v TM12.

b) Hodnocení dopadů PDZS na K+B zdravotních služeb PZS:

Druhou linií, která sleduje kvalitu a bezpečnost realizovaného PDZS je pohled na to, jakým způsobem dopadá PDZS do oblasti poskytování zdravotních služeb z hlediska jejich kvality a bezpečí.

V tomto směru je řízení a hodnocení K+B ZS určeno požadavky definovanými legislativou a resortními bezpečnostními cíli. Jejich provázání s PDZS je popsáno v kap. 7.2.3.

5.12. Evaluace dobrovolnického programu

Proces hodnocení celého PDZS (evaluace PDZS) je závěrečným procesem v realizaci PDZS, jehož význam spočívá především v ověření, zda nastavený a realizovaný PDZS plní definované a předpokládané cíle a je pro PZS přínosný a efektivní. Od tohoto procesu se odvíjí rozhodování, zda a jakým způsobem v realizaci PDZS pokračovat a jak ho dále rozvíjet.

Proces evaluace a evaluační systém PDZS je podrobněji popsán v kap. 8., návrh a popis evaluačních indikátorů je podrobněji vypracován v TM13.

6. Typy dobrovolnických činností

Dobrovolnické programy ve zdravotnictví mohou využívat kombinaci všech dále definovaných základních typů dobrovolnických činností.

Pro kvalitní a bezpečnou realizaci PDZS je potřeba vybrat a rozhodnout:

- **jaký typ aktivit je pro dané zdravotnické zařízení vhodný,**
- **jaké podmínky je potřeba splnit.**

Následující roztřídění (kategorizace) základních typů dobrovolnické činnosti je provedeno na základě čtyř kritérií.

6.1. Dobrovolnická činnost podle programové linie PDZS

Dobrovolnická činnost ve zdravotnictví může být prováděna v různých formách, které se liší v první řadě dle zvolené programové linie PDZS, které jsou podrobně definované v kap. 1.1. a 1.3.3.:

- Programová linie „A“ zaměřená na psychosociální podporu pacientů.
- Programová linie „B“ zaměřená na zapojení dobrovolníků do aktivit podpory zdraví a osvěty.
- Programová linie „C“ zapojující dobrovolníky do pomoci PZS v mimořádných situacích.

6.2. Dobrovolnické činnosti individuální a skupinové

Kritériem je počet zapojených dobrovolníků a pacientů do činnosti:

- **Individuální aktivity** jsou realizované samostatně jedním dobrovolníkem, který je zapojený do aktivit:
 - v kontaktu s jedním pacientem,
 - bez kontaktu s pacientem.
- **Skupinové činnosti** jsou realizované jedním nebo více dobrovolníky pro skupinu pacientů. Příkladem skupinových aktivit v programové linii „A“ jsou různé kreativní činnosti a skupinové kroužky, hudební aktivity, výtvarné dílny, divadlo a promítání filmů, posezení při čaji a kávě, aktivity se zvířaty a jiné.

Individuální i skupinová forma dobrovolnické činnosti může být provozovaná pravidelně nebo ve formě jednorázových akcí (viz dále kap. 6.1.3.).

6.3. Dobrovolnické činnosti pravidelné a jednorázové

Kritériem je frekvence realizovaných činností:

- **Pravidelné dobrovolnické činnosti**

Jedná se o stejný typ činnosti, která je realizovaná opakovaně v dohodnutých pravidelných intervalech (př. každý týden, 1 – 2x měsíčně, minimálně 1x za 2 měsíce).

Do této kategorie patří např.:

- Individuální kontakt dobrovolníka s jedním pacientem.
- Aktivita realizovaná jedním dobrovolníkem pro více pacientů.
- Pravidelně opakovaná činnost realizovaná více dobrovolníky pro skupinu pacientů (př. výtvarné a tvořivé dílny...).

Mezi pravidelné dobrovolnické aktivity v programové linii „A“ patří také činnosti na specializovaných odděleních, kdy je dobrovolník k pacientovi vyžádán personálem a jeho kontakty s pacienty jsou tudíž realizovány opakovaně, avšak v nepravidelných intervalech (viz TM4, TM5).

Přínos pravidelných dobrovolnických činností:

Pravidelné dobrovolnické aktivity jsou vítané hlavně na odděleních, kde jsou pacienti hospitalizovaní delší dobu a pravidelný kontakt s dobrovolníky jim zpestřuje pobyt, podporuje psychiku a pomáhá udržovat komunikaci a sociální kontakt. Řada pravidelných dobrovolnických činností může být uzpůsobena tak, aby zároveň přispívala k rehabilitaci a nácviku soběstačnosti, což dále zvyšuje jejich užitek pro pacienty.

Podmínky a limity u pravidelné dobrovolnické činnosti:

- Pravidelná docházka dobrovolníků na oddělení vyžaduje jejich důkladnou počáteční přípravu.
 - Na výběru vhodného typu činností a specifikaci toho, pro jaký typ pacientů jsou dobrovolnické aktivity vhodné, se musí podílet personál daného oddělení.
 - Personál stanovuje pravidla a omezení související s provozem oddělení (vhodný a nevhodný čas pro dobrovolnické aktivity) a potřebné proškolení dobrovolníka (př. zácvik v manipulaci s invalidním vozíkem...).
 - Klíčovým limitem u pravidelných dobrovolnických aktivit je určitá nestabilita daná přirozenou obměnou dobrovolníků a s tím souvisejícími výpadky činnosti, pokud není k dispozici vhodný zaškolený dobrovolník pro danou činnost a dané oddělení. Je proto žádoucí v tomto smyslu jednat s personálem oddělení.
- **Jednorázové dobrovolnické akce**

Jedná se o akce různého typu konané příležitostně (obvykle pouze jednou), ale i o akce jednoho typu, které se opakují každoročně, avšak ne více než 2x ročně.

Do této kategorie patří:

- Akce vázané k tradicím a událostem roku (tradice spojené s Mikulášem, Vánočními a Velikonočními svátky...).
- Kulturní akce typu koncertů, divadelních představení, výtvarných akcí aj.
- V programové linii „B“ se to týká např. akcí typu „Dny zdraví“.

Přínos jednorázových akcí:

Jednorázové akce přináší do zdravotnického zařízení oživení a vítanou změnu, která v pozitivním smyslu narušuje nemocniční stereotypy. Tyto akce vytvářejí pro pacienty most do „zdravého světa“ a psychicky je podporují. Jsou vítány i personálem a pacienty i těch oddělení, které nejsou zapojeny do pravidelného dobrovolnického programu, akce často pozitivně osloví i rodinné příslušníky a návštěvy v nemocnici. Jsou vhodné i pro PR dobrovolnického programu a pro PR nemocnice jako takové.

Podmínky a limity jednorázových akcí:

- Jedná se o časově a personálně náročné akce. Vždy je třeba počítat s personálními organizačními kapacitami, protože příprava každé jednorázové akce vyžaduje velkou část pracovního času koordinátora. Akci je potřeba dobře načasovat a předem zajistit a posílit organizační a koordinační tým, v případě programové linie „B“ zajistit koordinaci s dalšími spolupracujícími partnery (viz TM11).
- Akci je nutné důsledně přizpůsobit provozním a prostorovým podmínkám v nemocnici.
- Na realizaci jednorázových dobrovolnických aktivit se mohou podílet i firmy v rámci firemního dobrovolnictví, spolupráce s firmou na těchto akcích je upravena samostatnými podmínkami (viz TM9).

6.4. Dobrovolnické činnosti nespécifické a specifické

Dělicím kritériem je obsah a zaměření dobrovolnických aktivit:

- **Nespécifické dobrovolnické aktivity**

Nespécifické (obecné) dobrovolnické aktivity jsou po obsahové stránce na úrovni volnočasových aktivit. Aktivity tohoto typu v programové linii „A“ jsou využitelné na většině oddělení, pro pacienty různého věku a většinou nevyžadují od dobrovolníků žádné speciální dovednosti.

- **Specifické dobrovolnické aktivity**

Jsou definovány jako činnosti, které svým obsahem a pravidly vyžadují spolupráci zapojených dobrovolníků s odborným personálem a jsou přizpůsobeny provozu pracoviště přizpůsobené pacientům hospitalizovaným na konkrétním oddělení. To se týká jak aktivit v programové linii „A“, tak činností v kontaktu s pacientem v programové linii „B“ (viz TM11).

Za stanovených podmínek mohou specializované probíhat také na některých standardních odděleních:

- Oddělení následné a geriatrické péče...
- Interna, neurologie...

Na odděleních a v oborech poskytujících specializovanou péči:

- ARO, OCHRIP/DIOP/NIP, JIP, spinální jednotky, Kliniky/oddělení popáleninové medicíny...
- Kliniky, oddělení a stacionáře onkologie, oddělení a zařízení poskytující paliativní a hospicovou péči
- Psychiatrická oddělení a psychiatrické nemocnice

Dobrovolník na těchto specializovaných odděleních může být velmi vhodný a vítaný u určitého typu pacientů, v určitých situacích a v určitém čase. Všechny dobrovolnické činnosti pro pacienty na těchto odděleních ale mají svá specifika a požadavky na dobrovolníky.

- Do specifických dobrovolnických aktivit spadají i aktivity se zvířaty, tzn. zooterapie
- Samostatnou kapitolu tvoří oblast firemního dobrovolnictví

Výběr specifických činností vždy musí posoudit personál. Je třeba zvážit konkrétní přínosy a rizika a celkový očekávaný efekt. Dobrovolník se při realizaci specifických dobrovolnických činností stává „členem týmu“, který s personálem úzce spolupracuje.

Podmínky a limity specifických dobrovolnických aktivit:

- Pro činnost na specializovaných odděleních nestačí pouze vstupní dobrovolnické školení. Dobrovolník musí absolvovat zácvik a proškolení týkající se provozu daného oddělení (hygienické epidemiologické předpisy, BOZP, provozní specifika a pravidla pohybu na daném oddělení...) a činnosti, kterou bude na oddělení vykonávat.
- Závažné stavy pacientů, přístrojová technika a celkové prostředí specializovaných oddělení jsou pro některé dobrovolníky limitujícími faktory. Proto je potřeba dobrovolníky pro činnost na těchto odděleních pečlivě vybrat, proškolit a průběžně se jim věnovat.

Podrobné rozpracování jednotlivých typů dobrovolnických činností z hlediska vhodnosti, limitů, rizik a podmínek pro jejich realizaci na různých pracovištích a pro různé typy pacientů je uvedeno v samostatných tematických manuálech TM4, TM5, TM6, TM7, ZM8, TM9.

7. Kvalita a bezpečí PDZS

Dobrovolnický program se ve zdravotnictví osvědčil jako prvek, který může přispět ke kvalitě a efektivitě poskytované zdravotní péče. Podmínkou je dobrá příprava a spolehlivá koordinace dobrovolnických aktivit. Bezpečí pacienta hraje velkou roli v řízení kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení, proto je bezpečí pacienta důsledně sledováno i v dobrovolnickém programu.

Pokud jsou dobrovolníci zapojeni do PDZS v **programové linii „A“** (tzn. laická pomoc poskytovaná pacientům k podpoře psychické kondice a jako prevence před sociální izolací v důsledku hospitalizace) (viz kap. 1.1. a 1.3.3.), **přicházejí dobrovolníci v nemocnici do kontaktu s extrémně zranitelnou klientelou. Díky tomu patří dobrovolnický program ve zdravotnictví mezi programy s nejvyššími nároky na zajištění bezpečnosti.**

V tomto směru je potřeba zajistit:

- **Bezpečnost pacientů** (před úrazem a poškozením na zdraví, před materiální újmou, před únikem citlivých osobních informací...).
- **Bezpečnost dobrovolníků** (před psychickou újmou, přetížením a zneužitím dobrovolníkem investovaného času a energie jinou než domluvenou činností...).
- **Bezpečnost zdravotnického zařízení** (před následky souvisejícími s případným poškozením pacienta, porušením nastavených pravidel a standardů poskytované kvality péče...).

Kontakt dobrovolníka s pacientem s sebou přináší řadu nových situací, které je třeba cíleně ošetřit a pracovat s nimi i z hlediska řízení dokumentace³⁴. Koordinátor dobrovolníků ve zdravotnickém zařízení musí úzce spolupracovat s oddělením kvality zdravotní péče v daném PZS, které má ve své gesci řízenou dokumentaci pro kvalitu a bezpečí zdravotních služeb.

Základním konceptem řízení kvality a bezpečí PDZS je zajištění kvality a bezpečí v průběhu celého procesu jeho realizace, tzn. od jeho počátečního nastavení, v průběhu řízení a koordinace všech jeho fází, včetně sledování a hodnocení dosažených výsledků (viz kap. 3, 4, 5, 6 a TM1, TM2).

Z hlediska K+B to znamená zajištění:

- **kvality vstupů,**
- **řízení procesů,**
- **sledování a zhodnocení kvality výstupů** (prostřednictvím hodnocení spokojenosti konečných uživatelů a hodnocením efektivity celého PDZS z pohledu PZS).

Důležitou součástí systému hodnocení kvality a bezpečí je závazek vedení PZS vyjádřený dokumentem „Politika kvality PDZS“ (viz kap. 1.3.1.) a stanovení jejich měřitelných cílů. Od toho se odvíjí podpora managementu přípravě a realizaci PDZS.

V následujících podkapitolách je popsán doporučený způsob hodnocení kvality a bezpečí PDZS a jeho návaznost na systém sledování kvality a bezpečí zdravotních služeb PZS:

- 1. Základní informace o systémech sledování kvality a bezpečí zdravotních služeb u PZS** – v této kapitole jsou popsány způsoby řízení kvality a bezpečí, které se uplatňují při sledování kvality zdravotních služeb.
- 2. Hodnocení kvality a bezpečí PDZS** – popisuje aspekty a kritéria, která je možné v PDZS využít k efektivnímu řízení této oblasti a základní doporučení pro zakomponování PDZS do systému sledování K+B v PZS a pro jeho efektivní řízení.
- 3. Dokumentace řízení kvality (QMS) a bezpečí PDZS.**

³⁴ **Řízená dokumentace** znamená, že jsou vytvořena pravidla pro jejich schvalování, přezkoumání, aktualizaci, identifikaci změn, dostupnost v místech používání, identifikaci a zabránění neúmyslnému používání zastaralých nebo neplatných dokumentů

7.1. Systémy hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb u PZS

7.1.1. Legislativa a povinnosti PZS v oblasti K+B zdravotních služeb

Základní povinnosti PZS vyplývající ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů je dle § 47 odst. 3 b) **zajištění interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb ve všech zdravotnických zařízeních**. Z tohoto důvodu vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR jako své doporučení „**Minimální požadavky na zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb**“, včetně **resortních bezpečnostních cílů**. Doporučení bylo zveřejněno ve Věstníku MZ č. 16/2015 a na internetových stránkách MZ³⁵ a reflektuje rovněž „Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“, které podporuje aktivity členských států EU vedoucí ke zvýšení bezpečnosti pacientů.

Od systému řízení a hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb (K+B ZS) je nutno odvodit i požadavky na kvalitu a bezpečí dobrovolnického programu (K+B PDZS)³⁶. Celý systém K+B ZS je plně v gesci vedení manažera kvality PZS, které zodpovídá za formu a rozsah jeho naplňování v praxi a zpracování příslušné řízené dokumentace.

Systém řízení a hodnocení K+B PDZS spadá do zodpovědnosti koordinátora dobrovolníků (KDZS) (viz kap. 4.2.1.), který spolupracuje s manažerem kvality PZS na implementaci požadavků systému interního hodnocení K+B ZS.

7.1.2. Externí hodnocení K+B zdravotních služeb

Jako dobrovolnou nadstavbu je možno dle §98-106 zákona o zdravotních službách u PZS uplatnit i systém externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, jehož účelem je nezávisle posoudit úroveň kvality a bezpečí poskytování zdravotních služeb. Toto hodnocení provádí oprávněný hodnotící subjekt (tzv. oprávněná osoba) podle hodnotících standardů vypracovaných oprávněnými osobami, které vycházejí ze základních standardů uvedených ve vyhlášce č. 102/2012 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Od systému externího hodnocení K+B ZS je nutné odvodit požadavky na K+B PDZS. Tento systém je plně v gesci manažera kvality PZS, včetně formy a rozsahu zpracování řízené dokumentace. **KDZS spolupracuje s manažerem kvality PZS na implementaci požadavků plynoucích ze systému externího hodnocení K+B ZS do systému zajištění a hodnocení K+B PDZS (který je již v jeho gesci).**

7.1.3. Další modely systému řízení kvality zdravotních služeb

PZS mohou pro zajišťování kvality své činnosti využívat i další modely systémů managementu kvality (Quality Management System = QMS), a to buď pro řízení a hodnocení celého zdravotnického zařízení nebo jeho dílčích provozů a programů. Příkladem je uplatňování standardů v modelech:

- WHO HPH (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services) – standardy zaměřené na podporu zdraví v mezinárodní síti Nemocnic podporujících zdraví³⁷.
- Evropská cena za jakost (cena udělovaná Evropskou nadací pro management jakosti EFQM)³⁸ je komplexním modelem řízení kvality organizace, který je využíván i v systému akreditačních principů a standardů Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua)³⁹.
- ISO modely standardů technických norem, které se uplatňují především v laboratořích a v provozech technického charakteru.

³⁵ <https://www.mzcr.cz/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb-2/>

³⁶ např. prevence pádů pacienta a jiné

³⁷ <https://www.hphnet.org/standards/>

³⁸ <https://efqm.org>

³⁹ <https://isqua.org>

Všechny uvedené systémy jsou v gesci manažera kvality PZS a musí být provázány se všemi požadavky na kvalitu a bezpečí pacientů v rámci poskytované dobrovolnické služby (obzvlášť v programové linii „A“).

7.2. Hodnocení kvality a bezpečí PDZS

Realizace optimálního systému sledování kvality a bezpečí dobrovolnického programu ve zdravotnickém zařízení by měla zahrnovat a pokrýt všechna důležitá místa, postupy a procesy v PDZS.

Organizace a obsah kontrol či auditů samotného PDZS je plně v gesci KDZS, za aktivní spolupráce s manažerem kvality realizačním týmem. Rozdělení pravomocí a odpovědností za nastavení, řízení a hodnocení K+B PDZS a musí být jasně definováno a popsáno. Všechny výkony v této oblasti musí být dokumentovány.

Informace o požadavcích na přípravu a nastavení PDZS a o jeho procesech z hlediska K+B jsou uvedeny v kap. 5.3., 5.11. a 5.12. Tato kapitola se věnuje výhradně systému hodnocení kvality a bezpečí dobrovolnického programu (K+B PDZS).

Z hlediska zajištění, sledování a hodnocení kvality a bezpečí PDZS je úkolem KDZS realizovat následující činnosti:

1. **Zavést interní audit a dílčí kontrolní mechanismy PDZS** ve spolupráci s manažerem kvality PZS, včetně systému sledování kvality fungování EDO jako dodavatele části služeb pro PDZS (pokud s ní PZS spolupracuje).
2. **Zaměřit se na identifikaci rizik v PDZS a jejich prevenci.**
3. **Začlenit výstupy z interního auditu PDZS do systému interního hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb**, který je pro poskytovatele zdravotních služeb ze zákona povinný⁴⁰ ve spolupráci s manažerem kvality PZS.

7.2.1. Způsoby hodnocení kvality a bezpečí PDZS

Pro vyhodnocení kvalitní a bezpečné realizace PDZS je vhodné využít několik způsobů kontroly kvality a typů auditů. Zároveň platí, že si poskytovatel realizující dobrovolnický program, resp. jeho manažer kvality a koordinátor dobrovolníků, volí postup pro zhodnocení konkrétní činnosti nebo výsledku PDZS, a to podle nastavení svého systému hodnocení K+B ZS.

Způsoby hodnocení K+B PDZS by měly být zvoleny koordinátorem dobrovolníků ve spolupráci s manažerem kvality PZS. **Musí být vždy jasně určeno, jaké dílčí kontroly/audity si KDZS plánuje, zajišťuje a dokumentuje v rámci PDZS sám (jako sebehodnotící) a jaké kontroly a interní audity probíhají v součinnosti s manažerem kvality v rámci celkového systémového hodnocení K+B PDZS a K+B ZS.**

Vhodné způsoby kontrol a auditů k hodnocení K+B PDZS:

1. **Kontrola kvality a bezpečí PDZS na vybraných místech kontroly** se zabývá kontrolou správnosti a zajištění kvality a bezpečí na vybraných kontrolních místech, z pohledu PDZS nejlépe na určitých kritických místech. Tento typ kontroly je vhodné zavést na těch místech, kde i přes trvalou snahu není možné zcela odstranit potenciální rizika. Těmito určenými kontrolními místy mohou být např. místa, kde by měl pacient nebo zájemce o dobrovolnictví získávat informace o PDZS.
2. **Audit procesů** se zabývá hodnocením praktické realizace stanovených postupů ve vybraných dílčích procesech PDZS, což celkově vede k zajišťování způsobilosti a efektivnosti hlavních realizačních procesů PDZS.

⁴⁰ **Zákon č. 372/2012 Sb. O zdravotních službách** ve znění pozdějších předpisů, dle § 47 odst. 3 b) zajištění interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb ve všech zdravotnických zařízeních.

„**Minimální požadavky na zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb**“, včetně rezortních bezpečnostních cílů, viz **Věstník MZ č. 16/2015** a internetové stránky MZČR.

3. **Audit připravené služby** poskytne informace o kvalitě finálně připravené dobrovolnické služby před její realizací u pacientů (včetně materiálně technického zabezpečení).
4. **Audit systému managementu (řízení) kvality (QMS) a bezpečí** znamená interní nebo externí hodnocení K+B PDZS v rámci jeho celkové realizace podle požadavků a pravidel:
 - tohoto metodického doporučení MZ ČR k realizaci PDZS,
 - modelu řízení K+B u PZS, tzn. požadavků na interní a externí systém hodnocení kvality a bezpečí dle zákona o zdravotních službách, standardů ISO, EFQM), který je uplatňován u PZS a do kterého se PDZS začleňuje. Úloha KDZS je zde vymezena definovanou spoluprací s manažerem kvality PZS a definovanými kompetencemi obou stran.

Systém hodnocení K+B PDZS v případě spolupráce PZS s EDO:

Z pohledu organizačního modelu řízení PDZS ve spolupráci s externí dobrovolnickou organizací (EDO) (viz kap.3.2.2.) je třeba věnovat zvláštní pozornost hodnocení kvality EDO, která je na pozici dodavatele služeb do PDZS (viz Administrativa PDZS, kap. 1.3.). **Za kvalitu spolupráce s EDO a kvalitu a bezpečí PDZS je přímo odpovědný PZS.**

V případě hodnocení služeb zajišťovaných EDO pro PDZS může PZS využít:

- výběrovou nebo namátkovou kontrolu,
- hodnocení kvality spolupráce,
- kontrolu způsobu výběru a přípravy dobrovolníka,
- kontrola plnění požadavků na dokumentaci vedenou EDO,
- kontrolu kompetence koordinátora dobrovolníků EDO,
- způsob kontroly realizace vybraných postupů v PDZS.

Součástí používání výše uvedených metod kontrol kvality je postup v následujících parametrech:

- Způsob uplatňování vybraných stanovených postupů v praxi.
- Sledování, vyhodnocování a přezkoumávání zvolených údajů.
- Případný návrh řešení zjištěných nesrovnalostí s předepsanými požadavky formou nápravných opatření.
- Možná je také následná revize nastavených postupů/procesů formou zavedení určitých preventivních opatření, které se podílejí na kontinuálním zvyšování kvality.

Příklady vhodného použití výše uvedených metod kontroly/auditů pro hodnocení K+B PDZS jsou uvedeny v TM12.

Pro hodnocení kvality a bezpečí PDZS jsou informace získávány různými způsoby, které zároveň korespondují s evaluačním systémem PDZS (viz kap. 8 a TM13).

7.2.2. Systém práce s riziky v hodnocení kvality PDZS

Definice: „Riziko je míra ohrožení vznikem určitého negativního jevu, nežádoucí události“

Účelem řízení rizik je rozpoznat riziko a zabránit možnému negativnímu vývoji už v jeho počáteční fázi a předejít tak událostem, které mohou způsobit nežádoucí událost a škodu, nebo alespoň omezit následky těchto událostí.

Hodnocení a prevence rizik v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) vyplývá z požadavků zákoníku práce. Zde se tedy KDZS a dobrovolník zapojuje do systému BOZP, který má zaveden každý PZS. **Práce s těmito riziky je plně v kompetenci příslušného oddělení bezpečnosti práce PZS.**

KDZS by měl být schopen roztřídit rizika související s PDZS podle:

A. Dopadu rizika:

- Na pacienta i dobrovolníka při výkonu dobrovolnických aktivit, tzn. **jedná se o zdravotní a jiná rizika, která je třeba ošetřit prioritně z hlediska požadavku na kvalitní a bezpečnou zdravotní službu.**

- Na ochranu realizace a rozvoje samotného dobrovolnického programu, tzn. jedná se o **manažerská rizika, která je třeba ošetřit podle jejich povahy a míry.**

B. Subjektu/nositeli zdroje rizika, kterými v PDZS může být:

- dobrovolník,
- pacient,
- KDZS,
- kontaktní osoba,
- personál/pracovníci PZS,
- vedení PZS,
- EDO.

Řízení rizik PDZS je možno uplatnit nejen z pohledu, kdy nositelem zdrojem rizika je fyzická osoba s určitými charakteristikami (vlastními zdroji rizika), ale mohou jimi být i různé předměty (např. nevhodné pomůcky, prostory) či postupy (např. nedostatečné informování zdravotnického personálu na odděleních). Postup pro práci s riziky, který je součástí hodnocení K+B PDZS, je blíže specifikován v TM12.

7.2.3. Propojení hodnocení kvality a bezpečí PDZS do systému řízení kvality ZS

Úroveň kvality a bezpečí PDZS určeného hospitalizovaným pacientům zdravotnického zařízení (tzn. především programová linie „A“ viz kap. 1.3.3.) má **velmi úzkou vazbu na hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.**

V rámci interního systému hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb dle požadavků uvedených ve Věstníku MZ č. 16/2015 se vazba na PDZS týká následujících standardů:

I. Standard zavedení resortních bezpečnostních cílů (RBC)^{41 42}:

- RBC 1 – **bezpečná identifikace pacientů** – je nutné zajištění i v rámci dobrovolnických aktivit.
- RBC 2 - **bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti** – zákaz používání jakýchkoliv léčivých přípravků, které by se k pacientovi dostaly prostřednictvím dobrovolníka, dobrovolník nesmí mít přístup k léčivům.
- RBC 4 – **prevence pádů pacientů** – nutné zajištění v rámci dobrovolnických aktivit.
- RBC 5 – **zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče** – zajištění i v rámci dobrovolnických aktivit.
- RBC 6 – **bezpečná komunikace** – PZS má vypracován rozsah a postup předávání správných a aktuálních základních informací o zdravotním stavu pacientů koordinátorovi a dobrovolníkům včetně ochrany osobních údajů, mlčenlivosti a GDPR.
- RBC 7 – **bezpečné předávání pacientů** – zákaz využívání dobrovolníků k zajištění předávání, zajišťování informovanosti o předání pacientů i v rámci organizace PDZS.
- RBC 8 – **prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů** – zákaz zapojování laika – dobrovolníka bez odborné způsobilosti zdravotnického pracovníka do hygienických, ošetrovatelských a terapeutických postupů a antidekubitních opatření.

II. Standard řešení neodkladných stavů – se dotýká PDZS při nastavení systému přivolání odborné pomoci dobrovolníkem za určitých situací.

III. Standard dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých – do těchto práv je nutné zahrnout i odpovídající procesy PDZS (např. ochranu osobních údajů pacienta).

⁴¹ <https://www.mzcr.cz/resortni-bezpecnostni-cile/>

⁴² Pozn.: **RBC 3** - prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech nemá souvislost a netýká se PDZS, proto ve výčtu tento RBC není uveden.

- IV. **Standard sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí** – nežádoucí události, které mohou být důsledkem dobrovolnické aktivity (např. pád pacienta), musí být zahrnuty v interním systému hodnocení K+B ZS.
- V. **Standard sledování spokojenosti pacientů** – dotaz na spokojenost pacientů s PDZS by měl být zahrnutý v hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí.
- VI. **Standard dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče** znamená zahrnout PDZS do systému práce zdravotnických pracovníků v rámci zajištění K+B při pobytu pacientů ve zdravotnickém zařízení, zajistit informovanost a vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti PDZS.

Do kontrol a auditů kvality a bezpečí PDZS patří tedy i audit prováděný v rámci interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, který zabezpečuje systémové hodnocení plnění dotčených standardů a RBC.

Postupy a opatření u různých typů dobrovolnické činnosti, kde je dobrovolník v přímém kontaktu s pacienty jsou podrobněji rozpracovány v TM3, TM4, TM5, TM6, TM7, TM8, TM9, TM11.

V případě zavedení systému managementu kvality v celém zdravotnickém zařízení, který je podrobován externímu hodnocení nezávislým oprávněným subjektem, je třeba zahrnout PDZS do všech dalších relevantních standardů, které jsou v tomto systému nastaveny. Dle vyhlášky č. 102/2012 Sb. ve znění pozdějších předpisů se jedná o standardy oprávněných osob pro procesy v těchto oblastech, které jsou určeny legislativou:

- Řízení kvality a bezpečí.
- Péče o pacienty.
- Řízení lidských zdrojů.
- Zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance poskytovatele lůžkové zdravotní péče.

Systém auditů v rámci interního i externího hodnocení K+B poskytovaných zdravotních služeb je **plně v gesci manažera kvality PZS**. KDZS s ním pouze spolupracuje dle pokynů a dle potřeb zavedeného systému.

7.3. Dokumentace systému řízení kvality (QMS) a bezpečí PDZS

Dokumentace k systému řízení kvality a bezpečí má sloužit k udržování jeho správné funkce, jako podpora kvalifikovaného řízení procesů PDZS a jako východisko pro jejich další zlepšování.

Tato dokumentace má zpravidla čtyři hierarchicky uspořádané úrovně:

- **Příručka jakosti** – nemusí být vždy vypracována, ale pokud ji organizace vypracuje, tvoří nejvyšší vrstvu.
- **Směrnice** navazující na příručku jakosti.
- **Pracovní pokyny**.
- **Formuláře** určené k záznamům údajů a informacím vztaheným ke kvalitě.

Celý systém správy dokumentace řízení kvality u PZS a její aktualizace je v gesci manažera kvality PZS. **Dokumentace ke K+B PDZS musí být začleněna do struktury dokumentace QMS a bezpečí celého zdravotnického zařízení a v jejím rámci jednotně řízena.**

V přípravě dokumentace k PDZS, její formální stránky, rozsahu a obsahu je důležitá velmi úzká spolupráce KDZS s manažerem kvality PZS.

V případě, že určité způsoby kontrol a auditů vlastního PDZS probíhají jako sebehodnotící procesy v gesci KDZS, je možné pro tento případ vypracovat speciální směrnici.

Obsahová struktura dokumentace K+B PDZS viz Administrativa PDZS, kap. 1.6.

8. Evaluace PDZS

8.1. Základní definice a terminologie

Z nejobecnějšího pohledu je možné evaluaci charakterizovat jako **odborné posuzování míry dosažení předem určených cílů** (např. efektivitu procesů, programů apod).⁴³

Existuje mnoho definic evaluace, např.⁴⁴ Evaluace je překladem z anglického „evaluation“, jehož základem je „value“, tzn. hodnota. Evaluace vyjadřuje zhodnocení činností ve vztahu k jasně stanoveným kritériím (tzn. podle výsledků, dopadů a potřeb, které by měly být činností naplněné), na základě informací, které byly speciálně sebrané a analyzované. Prostřednictvím evaluace je možné zkoumat a hodnotit, např. jak hospodárně instituce nakládá s veřejnými zdroji.

Evaluace PDZS je jeho důležitou a nezbytnou fází, je zároveň i součástí kontrolních mechanismů v PZS. Je cenným nástrojem, který slouží k hodnocení celkového fungování, přínosu a efektu dobrovolnického programu.

Důvody pro evaluaci PDZS:

- Nabízí možnost vyhodnotit, zda aktivity mají žádoucí efekt.
- Poskytuje možnost hodnotit probíhající aktivity.
- Poskytuje nezbytné informace pro přizpůsobování, zlepšování a inovování jednotlivých procesů PDZS.
- Poskytuje zpětnou vazbu pro přímo zapojené subjekty (účastníky) PDZS o tom, co je důležité z hlediska jejich motivace.
- Kritická (rigorózní) evaluace zvyšuje důvěryhodnost a vážnost programu v rámci komunity.
- Evaluace může poskytnout možnost sběru takových údajů a informací (např. od pacientů, rodinných příslušníků), které nemohou být sbírané v průběhu monitorování standardních procesů.
- Evaluace je nástrojem pro získávání informací a nástrojem pro lepší porozumění tomu, jak probíhají jednotlivé procesy v rámci PDZS a jaké jsou jeho specifika.

Evaluace není považovaná za kontrolní nástroj, nesmí se zaměřovat s auditem. Je potřeba ji chápat jako možnost, jak ověřit aktuální situaci s cílem ji zlepšit, ne jak měřit dosažené cíle.

Audit⁴⁵ posuzuje podle kritérií, které jsou předem známé a jasné.

Evaluace je úzce provázaná s procesem monitorování⁴⁶. Úspěšná evaluace je na kvalitním monitorování závislá, protože informace a data získaná v průběhu monitorování jsou podkladem pro evaluaci. Evaluace a monitorování jsou nástrojem řízení.

Vztah mezi monitorováním a evaluací je interaktivní, jsou to stejně důležité procesy a žádný z nich by se neměl realizovat jako náhrada za ten druhý.

- **Monitorování sleduje výstupy průběžně.**
- **Evaluace se realizuje v určitém bodě programového cyklu.**

⁴³ Šaling, S, Ivanová-Šalingová, M., Maníková, Z. Velký slovník cudzích slov, 5 vydanie, Bratislava, 2008

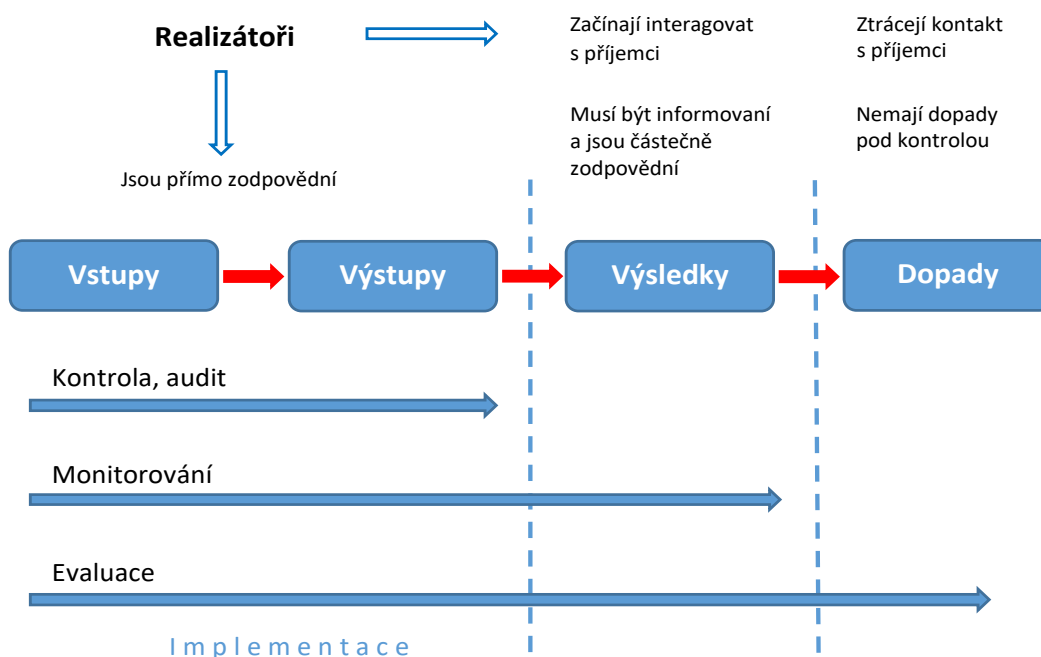
⁴⁴ **Evaluace** je systematické a objektivní posouzení probíhajících a ukončených projektů, programů nebo politik s cílem stanovit relevantnost, splnění cílů, hospodárnost, efektivnost, dopad a udržitelnost (OECD: Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management. Paris: OECD Publications, 2002).

⁴⁵ **Audit** je systematické objektivní a nezávislé zkoumání, které posuzuje podle předem známých a jasných kritérií.

⁴⁶ **Monitorování** je kontinuální proces, který je vykonáván v průběhu celé doby realizace intervence (tzn. programu, projektu, politiky) s cílem identifikovat a redukovat vzniklé odchylky od plánu tak, aby byly naplněné původně stanovené cíle.

Monitorování a evaluace se liší z hlediska odpovědnosti.

- Monitorování probíhá na úrovni, kde zainteresované subjekty (pracovníci) plně zodpovídají za realizaci procesu, aktivity a dosažené výstupy (viz obr. 6).
- Evaluace se zaměřuje převážně na:
 - Výsledky, o kterých mají být tyto subjekty (pracovníci) informovaní, ale zodpovídají za ně jen částečně, jsou jen nepřímo pod jejich kontrolou.
 - Dopady, které ovlivňují jen nepřímo, ale přijímají za ně zodpovědnost společně s tvůrci PDZS. O zodpovědnosti v této souvislosti mluvíme z toho důvodu, že realizátoři/koordinátoři PDZS jsou výkonnou silou, prostřednictvím které se aktivity v rámci PDZS realizují.

**Obr. 6**

Vztahy monitoring – evaluace – audit

Zdroj: vlastní zpracování

8.2. Typy a nástroje evaluace

Proces evaluace by měl být analytický, systematický, spolehlivý a prakticky využitelný. Zároveň by měl být použitelný v rozhodovacích procesech i v průběhu realizace různých intervencí, resp. při jejich plánování.

Evaluace se skládá ze dvou základních částí:

- **Evaluace výsledku (sumativní)** je zaměřená na efektivnost intervencí, nabízí informace o efektech programu. V rámci dlouhodobých programů může být evaluace výsledku realizovaná až po určitém čase, kdy lze předpokládat první účinky. Tato část evaluace je přínosná pro externí účastníky, tzn. pro ty, kteří se na řízení přímo nepodílejí, ale měli by zhodnocovat efektivnost vynaložených zdrojů nebo poskytovat pomoc při rozdělování zdrojů. V případě PDZS bude tato část evaluace důležitá např. pro zřizovatele PZS.
- **Evaluace procesu (formativní)** je zaměřená na zlepšování řízení a realizace intervencí, kdy hlavním výsledkem je informace o tom, jak program funguje a které části programu (technika, zúčastněné subjekty, situace) mohou být přizpůsobované nebo měněné. Tato část evaluace je přínosem pro ty, kteří procesy řídí, v případě PDZS pro vedení PZS a realizační tým PDZS.

Evaluace výsledku + evaluace procesu = dvě nejpraktičtější části pro hodnocení programů

Z hlediska toho, kdo evaluaci realizuje, se rozlišuje:

- **Interní evaluace** hodnotí intervence, které jsou realizované pracovníky organizace.
- **Externí evaluace** je realizovaná pracovníky mimo organizaci, externími experty.

Z výše uvedeného vyplývá, že:

1. Jakékoli hodnocení, ať už formou monitorování nebo evaluace, musí být realizované ve vztahu k cílům. Pro monitorování a evaluaci je nutné mít jasně definované cíle a relevantní ukazatele, jinak budou mít jen minimální přínos.

2. Klíčovým propojením mezi cíli a typy dat, které je třeba prostřednictvím monitoringu nebo evaluace v průběhu PDZS sbírat a analyzovat, jsou **indikátory**. Evaluace zároveň může přispívat i ke zlepšování kvality indikátorů.

Nejasné formulace cílů a absence indikátorů pro hodnocení PDZS budou značně limitovat schopnost kvalitního monitoringu a evaluace poskytovat kritické posouzení procesů realizovaných v rámci PDZS a poskytnout údaje pro rozhodování, zhodnocování efektu PDZS i jeho zlepšování.

Evaluační systém PDZS musí vycházet ze znalosti a vědomí toho, co by měla evaluace přinést, tedy co a proč chceme v PDZS konkrétně hodnotit, tzn. z definovaného cíle evaluace.

Je důležité předem identifikovat a přesně stanovit:

1. Hlavní a dílčí cíle PDZS, od nichž se odvíjí obsah evaluace.
2. **Co by mělo být výsledkem,** který by měl být evaluován (hodnocen).
3. Jaké **procesy v rámci řízení a koordinace** PDZS je potřeba vyhodnotit.
4. Jaké **cílové skupiny** je potřeba do evaluace zařadit.

Evaluace vyžaduje porovnatelné a pozorovatelné údaje, proto i s ohledem na cíle evaluace je třeba zvolit vhodný evaluační nástroj.

Pro potřeby evaluace PDZS lze získávat data a zpětné vazby různým způsobem a z různých zdrojů:

- Data související s **evidencí dobrovolníků a dobrovolnických činností,** která jsou **součástí interní databáze PDZS** spravované koordinátorem dobrovolníků (viz kap. 10.3.).
- **Personální agenda PDZS** je zdrojem informací souvisejících s náplněmi práce, rozdělením kompetencí, pravomocí a zodpovědností a velikostí úvazků osob podílejících se na koordinaci PDZS.
- **Výsledky kontrol a auditů K+B PDZS** mohou poskytnout zdrojová data pro potřebné informace související s **hodnocením kvality a bezpečí PDZS,** tzn. (viz kap.7, TM12).
- **Zpětné vazby na procesy** související se zapojením a fungováním dobrovolníků, zpětné vazby na dobrovolnickou činnost jsou **součástí interní databáze PDZS** a částečně i zdrojem informací, které sleduje manažer K+B ZS (viz kap. 10.3. a Administrativa PDZS, kap. 3.8.).

Výše uvedené způsoby získávání dat jsou zapracovány v systému evaluačních indikátorů v TM13.

Jako nástroje pro evaluaci PDZS lze využít např. tyto metody:

- **Rozhovor** s cílovými skupinami (pacienty a jejich rodinnými příslušníky, s dobrovolníky, s personálem a dalšími zaměstnanci PZS).
- **Dotazníkové šetření** u vybraných cílových skupin (např. u pacientů a jejich rodinných příslušníků, u dobrovolníků, u vybraných skupin personálu PZS...).
- **Prohlídku pracovišť PZS, kde působí dobrovolníci.**

- **Pozorování průběhu některých procesů v praxi**, např. „cesta službou“⁴⁷ a další metody používané v tzv. „designu služeb“⁴⁸ (viz TM12).
- **Monitoring vybraných postupů v rámci PDZS.**
- **Kontrolu dokumentace týkající se požadavků na PDZS.**

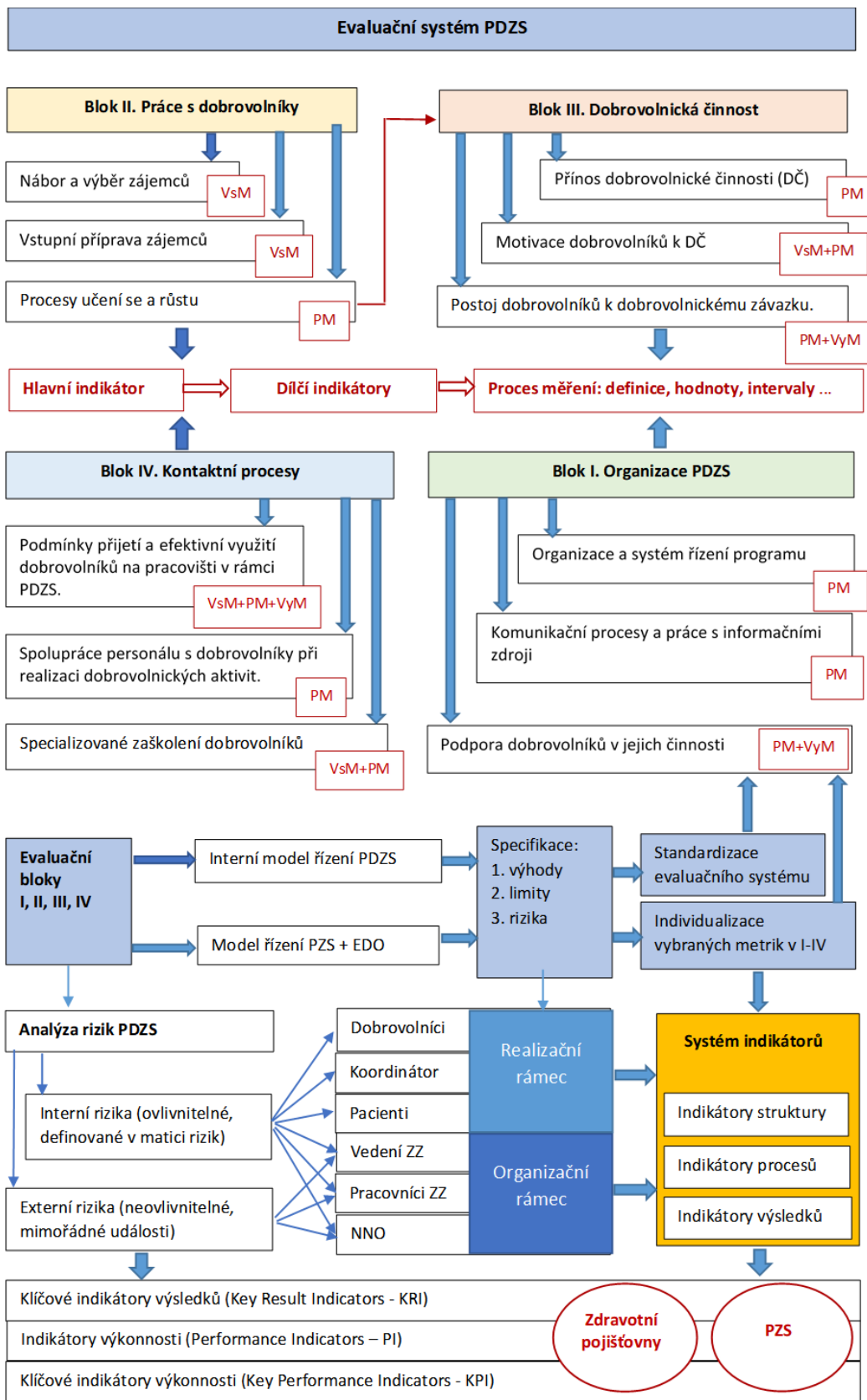
8.3. Evaluační systém PDZS

Navržená struktura evaluačního systému PDZS vychází z těchto základních parametrů (viz schéma na obr. 7):

1. **Hodnocení činnosti PDZS** souvisí s hodnocením procesů ve čtyřech oblastech (bloky I až IV) (viz kap.8.2.1.).
2. **Systém indikátorů podle definovaných kategorií** (viz kap. 8.2.2.).
3. **Vazba na referenční modely**, které souvisejí se specifiky realizace PDZS (viz kap. 8.2.3.).
4. **Vazba na analýzu a hodnocení rizik v PDZS** a tím na oblast K+B PDZS (viz kap. 8.2.4.).
5. **Návaznost na hodnocení efektivity PDZS** (viz kap. 9 a 10).

⁴⁷ Slouží k zachycení **průchodu uživatele službou v čase**. Služba musí fungovat celá dohromady, tedy i při přechodu z jednoho kontaktního místa na druhé. Cesta službou je vhodná pro návrh nové služby, ale i pro zmapování stávající služby, která může být více spleťitá a zmatenější, než se předpokládá. Síla tohoto nástroje spočívá v tom, že odhalí, co se skutečně děje a kde. Odhalení problému je první krok k jeho odstranění.

⁴⁸ IDEO.HCD: Design zaměřený na člověka. Brno: Flow, 2013. ISBN978-80-905480-1-5. Dostupné z <http://eknihy.knihovna.cz/statistic/files/hcd-design-zamereny-na-cloveka.pdf>



Obr. 7
 Evaluační schéma PDZS
 Zdroj: vlastní zpracování

8.3.1. Hodnocení činností PDZS

Hodnocení činností v realizaci PDZS je rozčleněno do čtyř bloků podle čtyř základních skupin osob, které se realizace PDZS v této oblasti aktivně účastní a mají tak zásadní vliv na její výsledek, kvalitu a efektivitu.

Blok I. Organizace PDZS reflektuje vzájemné vztahy, spolupráci a fungování **realizačního týmu (RT)** PDZS v přípravě koncepce, organizaci a řízení PDZS jako celku, včetně zástupce EDO (pokud na PDZS spolupracuje)

Blok II. Práce s dobrovolníky se vztahuje k přímé práci **koordinátora dobrovolníků (KDZS)** s dobrovolníky

Blok III. Dobrovolnická činnost se týká především vztahů pacienta a rodinných příslušníků pacientů s dobrovolníkem, přináší tedy zpětné vazby na činnost **dobrovolníků (DV) v PDZS**

Blok IV. Kontaktní procesy se týkají zajištění bezpečných podmínek pro přístup dobrovolníka k pacientovi a hodnotí fungování **personálu (PER) PZS**

Každý ze **čtyř bloků (I. – IV.)** je charakterizován **třemi tematickými oblastmi**. Pro každou z nich je definovaná skupina **hlavních indikátorů** a skupina **parciálních indikátorů**.

Přehled základních hodnocených témat v jednotlivých oblastech a navrhovaný počet hlavních indikátorů je v následující tabulce:

Blok	Hlavní hodnocené oblasti	Počet hlavních indikátorů
I. Organizace PDZS	1. Organizace a systém řízení PDZS 2. Komunikační procesy a práce s informačními zdroji 3. Podpora dobrovolníků v jejich činnosti	10
II. Práce s dobrovolníky	1. Nábor a výběr zájemců o PDZS 2. Vstupní příprava nových dobrovolníků 3. Proces učení se a růstu	5
III. Dobrovolnická činnost	1. Přínos dobrovolnické činnosti 2. Motivace dobrovolníků k dobrovolnické činnosti 3. Postoj k dobrovolnickému závazku	9
IV. Kontaktní procesy	1. Příprava pracoviště na PDZS 2. Spolupráce personálu s dobrovolníky 3. Specializované zaškolení	7

Blok I. Organizace PDZS

V tomto bloku je hodnocen celkový systém řízení dobrovolnického programu, a měl by přinést odpovědi na otázky ve třech tematických oblastech:

1. Jaká je spokojenost s organizací a jaká je funkčnost systému řízení PDZS:

- Zda je zvolené místo PDZS v organizační struktuře PZS a zvolený model řízení PDZS pro danou nemocnici funkční a bezpečný.
- Zda je koordinace PDZS dostatečně personálně zajištěna, nastavení klíčových personálních pozic je adekvátní a jsou v souladu jejich kompetence, pravomoci a zodpovědnosti.
- Zda je práce s evaluačními výstupy efektivní.

2. Jak funguje komunikace a práce s informačními zdroji v PDZS:

- Zda je komunikační proces funkční (tzn. zda je komunikace mezi jednotlivými zastoupenými stranami otevřená a efektivní, jak funguje podchycení a náprava problematických situací).

- Zda je funkční informační systém PDZS (nakolik je o PDZS informována veřejnost, zda a jak jsou o nabídce PDZS informováni pacienti a rodinní příslušníci).
 - Zda je funkční evaluační systém (tzn. jak jsou využívány evaluační nástroje, jak se pracuje se zpětnými vazbami a s evaluačními výstupy pro další rozvoj).
- 3. Nakolik je funkční podpora dobrovolníků v jejich činnosti:**
- Jaká je účinnost supervizní podpory dobrovolníků (zda je systém supervize funkční a efektivní).
 - Zda se dobrovolníkům dostává ocenění za jejich činnost a zda je tato zpětná vazba efektivní.
 - Zda je dobrovolníkům v případě potřeby poskytována pomoc pro řešení problémů souvisejících s dobrovolnickou činností.
 - Zda jsou dobrovolníci podporováni v dalších iniciativách a dalším rozvoji.

Blok II. Práce s dobrovolníky

Tento blok hodnotí oblasti související s příchodem dobrovolníka do PDZS a s jeho přípravou na kvalitní, bezpečné a efektivní působení v PDZS. Důležité jsou odpovědi na otázky v těchto třech tematických oblastech:

- 1. Jak funguje nábor a výběr zájemců o PDZS:**
 - Zda koordinátor efektivně využívá dostupné způsoby propagace a medializace programu.
 - Zda jsou náborové aktivity přiměřeně motivující a v takové kvalitě, která odpovídá realitě programu.
 - Zda nastavený systém a kritéria výběru vhodných a přínosných zájemců o PDZS plní funkci rozpoznání rizikových faktorů při výběru dobrovolníků do PDZS.
- 2. Jaká je kvalita a efekt vstupní přípravy dobrovolníků v PDZS:**
 - Jak koordinátor využívá nástroje, které má k dispozici a kterými hodnotí vstupní přípravu nových dobrovolníků.
 - Jaký je efekt vstupní přípravy, zda dobrovolník v rámci vstupní přípravy dostává všechny potřebné informace a má možnost získat potřebné dovednosti.
 - Zda vstupní příprava plní podpůrnou funkci, snižuje nejistotu dobrovolníků a motivuje je k aktivnímu zapojení do PDZS.
- 3. Jak je udržován zájem dobrovolníků v PDZS:**
 - Zda dobrovolníci využívají možnosti a nabídky nadstavbových aktivit a vzdělávání k učení a osobnímu rozvoji.
 - Zda a nakolik se dobrovolníkům v průběhu dobrovolnické činnosti mění hodnotový žebříček a otevírají se nové úhly pohledu.
 - Nakolik proces průběžného učení u dobrovolníků posiluje vlastní iniciativu a motivaci k další činnosti.

Blok III. Dobrovolnická činnost

Třetí blok se zabývá hodnocením aspektů, které přímo souvisejí s výkonem dobrovolnické činnosti a jejím efektem. Evaluační by měla odpovědět na otázky v těchto třech tematických oblastech:

- 1. Jaký je přínos dobrovolnických aktivit:**
 - V jakém rozsahu je PDZS žádán a využíván na jednotlivých odděleních nemocnice.
 - Jak dobrovolnické aktivity reflektují pacienti, jak dobrovolníci vnímají reakce pacientů na svou činnost.
 - Zda a jak se pod vlivem dobrovolnických aktivit mění atmosféra a vztahy na pracovišti.
- 2. Jak se vyvíjí a projevuje motivace dobrovolníků k dobrovolnické činnosti:**
 - Zda se v motivaci dobrovolníků objevují obecně platné rizikové faktory a jak jsou v programu ošetřeny.

- Jaký význam přikládají sami dobrovolníci své činnosti a jak se tento faktor projevuje v jejich aktivitě v programu.
 - Nakolik jsou aktivní dobrovolníci v souladu s cíli programu, případně zda se jejich představy zásadně odlišují.
- 3. Jak se projevuje postoj dobrovolníků k dobrovolnickému závazku⁴⁹:**
- Zda funguje spolehlivost dobrovolníků při dobrovolnické činnosti.
 - Jaká je vytrvalost dobrovolníků, jak dlouho vydrží dobrovolníci v aktivní činnosti v PDZS.
 - Zda dobrovolnické aktivity odpovídají možnostem a limitům dobrovolníků.

Blok IV. Kontaktní procesy

Čtvrtý evaluační blok je spojen s rolí personálu na jednotlivých pracovištích, kam dobrovolníci docházejí a kde personál plní funkci „kontaktu, resp. mostu“ mezi dobrovolníkem a pacientem. Hodnocení by měly přinést odpovědi na otázky ve třech tematických oblastech:

1. Zda jsou podmínky pro efektivní využití dobrovolnických činností odpovídající:

- Jak je personál na vstup a spolupráci s dobrovolníky na oddělení dostatečně připraven z hlediska znalosti pravidel a nutné administrativy PDZS.
- Zda personál při návrhu dobrovolnických činností vychází z potřeb pacientů, stanovuje pro ně přiměřená pravidla a podmínky na oddělení.
- Zda a jak personál navrhuje a vybírá vhodné pacienty pro zapojení do dobrovolnické činnosti.
- Zda si je personál vědom možných rizikových situací při realizaci PDZS a má připravena preventivní opatření.

2. Jaká je kvalita spolupráce personálu s dobrovolníky

- Zda navrhované typy dobrovolnických aktivit odpovídají potřebám pacientů a jsou relevantní pro dobrovolníky.
- Zda a jak jsou s aktivitami spokojení pacienti i dobrovolníci.
- Zda dobrovolníci dostávají od personálu potřebné a srozumitelné informace k realizaci vybraných aktivit.

3. Jak funguje specializované zaškolení dobrovolníků pro specifické činnosti:

- Zda a jak se personál angažuje ve specializovaném zaškolení dobrovolníků podle potřeb daného pracoviště.
- Zda mají dobrovolníci zájem a absolvují specializovaná školení, jak jsou specializovaná školení dobrovolníky hodnocena.
- Jak se specializované proškolení dobrovolníků promítá do kvality provádění dobrovolnické činnosti.

8.3.2. Systém tvorby a formulace evaluačních indikátorů

Schéma evaluačního systému v kap. 8.3. ukazuje, že pro potřeby evaluace PDZS musí být zvoleny a naformulovány takové indikátory, které budou schopné pokrýt a přinést data podle těchto důležitých parametrů:

- **Z hlediska základních témat:**
 - Indikátory by měly pokrýt témata ve všech čtyřech oblastech (bloky I. až IV.) viz kap. 8.2.1.
- **Z hlediska rozsahu by indikátory měly:**
 - Pokrýt potřebné informace pro hodnocení PDZS tak, aby byly využitelné ve všech čtyřech typech referenčních modelů (viz dále kap. 8.3.3.).
 - Zahrnout informace pokrývající celý rozsah PDZS:

⁴⁹ Ilsley, P. J.: Enhancing the Volunteer Experience. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1990.

- vstupy PDZS (VsM = vstupní metrika/indikátor),
- procesy PDZS (PM = procesní metrika/indikátor),
- výstupy PDZS (VyM = výstupní metrika/indikátor).
- Zahrnout důležité informace z pohledu analýzy rizik v PDZS a tím i K+B PDZS (viz kap. 7.2.2. a TM12).
- Pokrýt všechny informace, které jsou zdrojem pro měření výkonnosti a efektivity.
- **Z hlediska formulace indikátorů je důležité:**
 - Přesná definice každého indikátoru.
 - Přesný popis způsobu jeho měření.
- **Z hlediska zdrojů dat a informací a jejich zpracování je důležité:**
 - Jaká data jsou potřeba.
 - Jaká data jsou již k dispozici.
 - Jaké nástroje budou potřeba pro sběr dat.
 - Zda jsou k dispozici odpovídající nástroje na zpracování dat a informací.

Příklady sad hlavních i parciálních indikátorů definovaných podle tematických bloků a oblastí uvedených v kap. 8.2.1., včetně definice a způsobu měření jsou uvedeny v TM13.

8.3.3. Referenční modely pro hodnocení PDZS

Úlohou referenčních modelů v hodnocení PDZS je poskytnout možnost **diferenciace hodnocení PDZS podle specifických parametrů, které jsou relevantní pro daný typ PDZS.**

Evaluaci PDZS, vyhodnocování dat a jejich posuzování bude potřeba zpřesnit podle kritérií reflektujících podmínky, ve kterých se konkrétní PDZS realizuje. To znamená zohlednit jak typ poskytované zdravotní péče v daném PZS, tak zvolený typ řízení i zaměření dobrovolnické činnosti v PDZS:

1. Vyhodnocení dat **podle modelu řízení PDZS:**
 - interní model řízení,
 - řízení PDZS ve spolupráci s EDO.
2. Vyhodnocení dat **podle programových liniích PDZS:**
 - PDZS orientované na podporu pacienta (programová linie „A“),
 - PDZS orientované na osvětu a programy podpory zdraví (programová linie „B“),
 - PDZS v mimořádných situacích (programová linie „C“).
3. Vyhodnocení dat **podle charakteru poskytované péče u PZS:**
 - všeobecně zaměřené,
 - specializované (např. psychiatrické nemocnice, rehabilitační zařízení, hospice).
4. Vyhodnocení dat **podle velikosti PZS:**
 - velké = nad 1000 lůžek,
 - střední = 500 až 1000 lůžek,
 - malé = pod 500 lůžek.

8.3.4. Vazba evaluace na hodnocení rizik v PDZS

Analýza rizik je důležitou součástí sledování a hodnocení K+B PDZS. Tento proces probíhá v kontextu a ve spolupráci s řízením K+B ZS (viz kap. 7 a TM12).

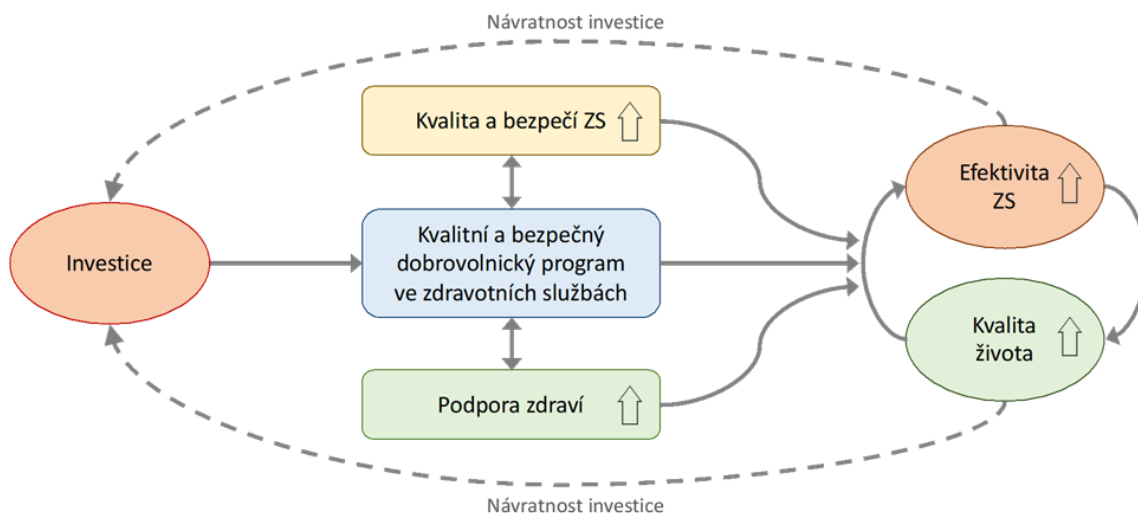
Oblast sledování rizik v PDZS je **významnou položkou v hodnocení efektivity PDZS a musí mít proto místo i v evaluačních procesech celého PDZS.** Indikátory sledující rizikové faktory musí být proto obsažené ve všech čtyřech blocích hodnotících činnosti a procesy v PDZS.

Podrobnější informace jsou rozpracované dále v kap. 9 a v sadách evaluačních indikátorů v TM 13.

9. Efektivita PDZS

Měření kvality a efektivity dobrovolnických programů ve zdravotnictví je důležitou součástí jejich realizace. Hlavním důvodem pro měření efektivity PDZS, je **potřeba mít k dispozici konkrétní údaje o tom, zda a jak se daří naplňovat stanovené cíle PDZS a tím získat i potřebné argumenty pro strategická rozhodování o jeho dalším vývoji.**

V návaznosti na definované (a očekávané) přínosy PDZS jak jsou definované v kap. 1.2., lze na schématu níže vidět souvislost mezi sledovanými cíli a nutnými investicemi do PDZS.



Obr. 8

Vazby mezi působením PDZS a efektivitou zdravotní péče.

Zdroj: vlastní zpracování

Kvantifikaci přínosu (efektu) dobrovolnické činnosti ve zdravotnictví lze sledovat porovnáním skrze:

1. **Vstupy** = lidské a finanční zdroje
2. **Výstupy** = tzn. dopady, které lze členit podle tří úrovní (dimenzí):
 - Z pohledu struktury:
 - Dopady pro jednotlivce (pro pacienta nebo dobrovolníka),
 - dopady pro poskytovatele zdravotních služeb,
 - dopady pro komunitu a společnost.
 - Z pohledu času:
 - Dopady krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé.
 - Z pohledu oblasti:
 - Dopady ve sféře ekonomické, sociální, politické, demografické (vliv na oblast zdraví a stárnutí populace).

Lze rozlišit i další typy dimenzí:

- Subjektivní, neekonomickou dimenzi:
 - Vnímané fyzické zdraví,
 - vnímané psychické zdraví,
 - celkový blahobyt,
 - celková kvalita života.
- Ekonomickou dimenzi, ve které lze využít:

- **Investiční a hodnotové audity efektu dobrovolnictví (Volunteer Investment and Value Audit⁵⁰)**, pro které je charakteristické:
 - Hodnocení zdrojů na počátku dobrovolnického programu (vstupy) a ekonomické úspory dosažené díky lidem, kteří se vzdají platu za investovaný čas (výstupy) = poměr ukazující ekonomickou hodnotu.
 - Jsou vhodnými metodami pro benchmarking (viz dále kap. 10.1.).
 - Nepodchycují celou škálu přínosů a celkovou hodnotu dobrovolnictví.
- Přístup přes lidský kapitál.
- Demografický přístup.
- Přístup dekompozice systému (top-down approach).
- Přístup agregace systému (bottom-up approach).

Měření efektivity PDZS jsou potřebná:

1. Pro **zvýšení udržitelnosti PDZS** tím, že budou **sledovány i komplexní finanční, sociální a enviromentální ukazatele** (viz dále kap. 10.1.).
2. Pro **analýzu výkonu** založenou na **porozumění viditelným i neviditelným výhodám**, které PDZS přináší, což následně může ovlivnit strategii pro přidělování a rozdělování zdrojů.
3. Pro **podporu na důkazech založeného (evidence based) rozhodování**, které je klíčové pro investory, donátory a politiky.
4. Pro **zlepšení vnitřního řízení PDZS a možnost porovnávání PZS s dobrovolnickými programy mezi sebou navzájem** (benchmarking).

9.1. Měření a hodnocení efektivity PDZS

Komplexní měření přínosu a efektivity dobrovolnictví znamená nutnost shromáždit přesné a vzájemně porovnatelné údaje, které budou z hlediska hospodářského a sociálního vlivu reflektovat sociální a ekonomický přínos na individuální a společenské úrovni.

Obdobným způsobem lze nastavit sledování a hodnocení efektivity PDZS v rámci jednoho zdravotnického zařízení. I zde je **předpokladem dostatečný soubor přesných a porovnatelných údajů a tomu odpovídající systém měření.**

K měření/hodnocení efektivity PDZS mohou být využity metody používané běžně v jiných odvětvích a oborech, s čímž souvisí i obecně užívaný termín **výkonnost**.

Platí, že výkonnost lze měřit efektivitou, která je důležitým předpokladem výkonnosti⁵¹.

⁵⁰ **Na hodnotové audity efektu dobrovolnictví odkazují např. tyto zdroje:**

ASPR. Assistant Secretary for Preparedness and Response. (2016). 2017-2022 Health Care Preparedness and Response Capabilities, 70 s.

Dingle, A. et al. (2001). Measuring Volunteering: A Practical Toolkit. The Independent Sector Research Program. Independent Sector. ISBN: 0-929556-09-7

Volonteuropa (2018). Measuring the impact of volunteering, 54 s.

Sivesind, K. H., Kamerade, D. and Bennett, M. (2015). Unemployment, Volunteering, Subjective Well-Being and Mental Health. Third Sector Impact.

Sivesind, K.H. (2015). Assessing the impact of the third sector in Europe. From concept to metrics. Progress on indicators and methods. Third sector impact project Policy Brief no. 02/2015.

Simsa, R., Rauscher, O., Schober, C., Moder, C. (2014). Methodological Guideline for Impact Assessment. Third Sector Impact.

Epstein M. J., and Yuthas K. (2014). Measuring and Improving Social Impacts: A Guide for Non-profits companies, and Impact Investors; BK Business.

Hotchkiss, R. B., Unruh, L. Fottler, M. D. (2014). The Role, Measurement, and Impact of Volunteerism in Hospitals. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 43(6), 1111-1128. doi: 10.1177/0899764014549057nvsq.sagepub.com

⁵¹ **Pro hodnocení výkonnosti se využívá tzv. model tří „E“:** Economy (hospodárnost), Efficiency (efektivita), Effectiveness (účinnost)

Z obecného hlediska je výkonnost nutné zjišťovat z více úhlů pohledu, protože zahrnuje tyto parametry:

- efektivitu,
- užitečnost,
- kvalitu,
- produktivitu,
- kvalitu pracovního života,
- inovace,
- ziskovost.

Inovace a kvalita pracovního života působí jako regulátory, které mohou výkonnost snižovat nebo zvyšovat. Existují různé přístupy ke komplexní kvantifikaci výkonnosti a efektivitě vybraných procesů v organizaci, bez ohledu na typ organizace nebo její zaměření, poslání apod.

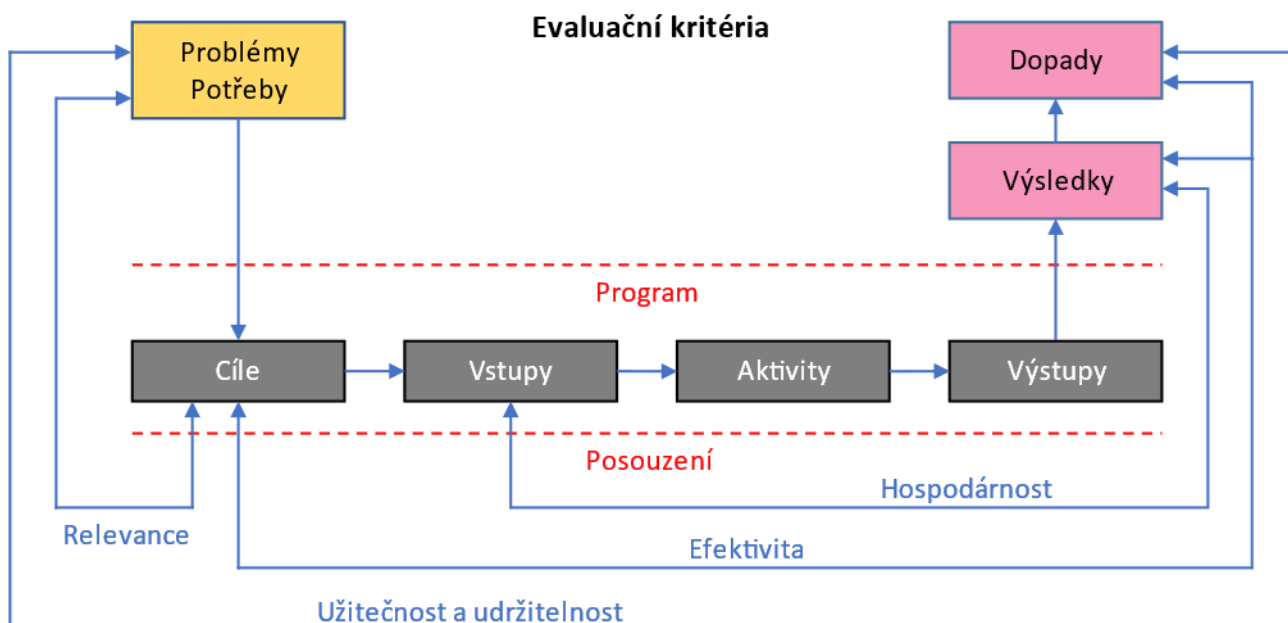
Měření a řízení výkonnosti PDZS navazuje na evaluační systém PDZS (viz kap. 8.3.), v kterém jsou zahrnuté i atributy efektivit, užitečnosti, kvality, produktivity, kvality pracovního života, inovace týkající se PDZS a ziskovosti. **Zároveň by měl být přímo propojený se strategickým řízením PZS a se systémem řízení rizik** (viz kap. 7.2.2. a TM12, dále kap. 9.1.2., 9.2. a TM13).

Neexistuje žádný univerzální systém, proto je vhodné kombinovat víc principů nebo systémů současně.

Pro posouzení efektivit PDZS je podstatné porozumět následujícím parametrům a využít pro ně vhodná evaluační kritéria:

- **Hospodárnost/účinnost (efficiency)** vyjadřuje, jak byly vstupy prostřednictvím jednotlivých aktivit proměněné na plánované výsledky. Tyto výsledky se hodnotí z pohledu kvality, kvantity a času. Hospodárnost dává odpověď na otázku, zda by bylo možné dosáhnout podobných výsledků jinými prostředky a nástroji, za nižší cenu a v kratším čase. Umožňuje zjistit, zda očekávané výsledky byly dosaženy použitými nástroji a intervencemi nebo zda by použití jiných nástrojů přineslo lepší výsledky.
- **Efektivita (effectiveness)** vyjadřuje, do jaké míry byly výsledky využité, resp. zda bylo dosaženo specifických cílů nebo se zrealizoval jejich přínos. Nejdůležitější je posouzení, co realizace daného programu přinesla pro praxi a jaký užitek z něj měli příjemci. Proto se základní otázky evaluace týkají hlavně účinnosti a efektivit realizovaného programu.
- **Užitečnost (utility)** umožňuje hodnotit, zda jsou očekávané a neočekávané efekty komplexně přínosné z pohledu přímých a nepřímých příjemců. Užitečnost představuje velmi specifické evaluační kritérium, protože nemá přímý vztah k oficiálním cílům programu. Pokud jsou cíle programu nesprávně definované nebo se vyskytne mnoho neočekávaných dopadů, pak je nezbytné formulovat otázku užitečnosti programu.
- **Udržitelnost (sustainability)** je též velmi často užívaným kritériem evaluace a vyjadřuje, zda pozitivní výstupy intervence nebo programu budou přetrvávat i po ukončení programu nebo jeho financování.

Vztahy mezi těmito parametry a evaluačními kritérii ukazuje následující schéma.



Obr. 9

Evaluační kritéria a vztahy s dalšími kategoriemi

Zdroj: vlastní zpracování

9.1.1. Systém měření výkonnosti PDZS

U měření výkonnosti PDZS je důležité, zda splňuje dvě důležitá kritéria, která předurčují úspěšnost implementovaného PDZS. Je potřeba, aby:

1. **měření výkonnosti pokrylo rovnoměrně všechny části PDZS**, tzn. aby nepreferovalo zlepšení jedné části PDZS na úkor jiné oblasti. Proto by měl být systém nastaven s ohledem:
 - na **přímé napojení na systém evaluace PDZS** prostřednictvím hlavních a dílčích indikátorů ve čtyřech blocích (I. až IV.) (viz kap. 8.3.1. a TM13),
 - tak, že je možné PDZS hodnotit podle **kritérií vybraných referenčních modelů** (viz kap. 8.3.3.),
 - na **komplexní analýzu rizik**, která by měla být součástí měření, díky níž je možné hodnotit, ve které části PDZS rizika vznikají a jak jim předcházet (viz kap. 7.2.2., TM12 a dále kap. 9.2.).
2. **se stalo manažerským nástrojem podporujícím trvalé zlepšování PDZS.**

Tato provázanost zajistí **nastavení optimálních indikátorů, kterými bude možné hodnotit a kvantifikovat dobrovolnickou činnost v jednotlivých procesech**, jejich efektivitu, účinnost a kvalitu a bude je možné pravidelně vyhodnocovat a využívat. Výstupy jsou **podstatné jak pro PZS, tak pro zdravotní pojišťovny a další subjekty zdravotnického systému.**

Základními parametry v systému měření výkonnosti PDZS jsou:

- Kvalita
- Flexibilita
- Čas
- Finance
- Spokojenost pacientů
- Lidské zdroje

Výhodou takto nastaveného měření v systému hodnocení výkonnosti PDZS je, že výsledky měření budou:

- vycházet ze strategie daného konkrétního PZS,
- spojovat aktivity s vazbou na strategické cíle,
- stimulovat a neustále zlepšovat,
- poskytovat rychlou a přesnou zpětnou vazbu,
- mít jasně definovaný účel,
- relevantní a snadno udržovatelné,
- jednoduché na pochopení a používání.

Proces měření výkonnosti PDZS umožní:

- zhodnotit dosavadní systém měření výkonnosti (pokud již existoval),
- identifikovat strategický cíl PDZS,
- vývoj měření výkonnosti,
- zapojit klíčové uživatele,
- mít podporu top managementu,
- mít plnou podporu zaměstnanců,
- mít jasné a explicitně stanovené cíle,
- mít stanovené časové harmonogramy.

Pro plné uvedení výše popsaného procesu do praxe a do běžného chodu PZS je potřeba zvládnout a vyřešit základní koncepční problémy související s vytvářením měřicího systému PDZS.

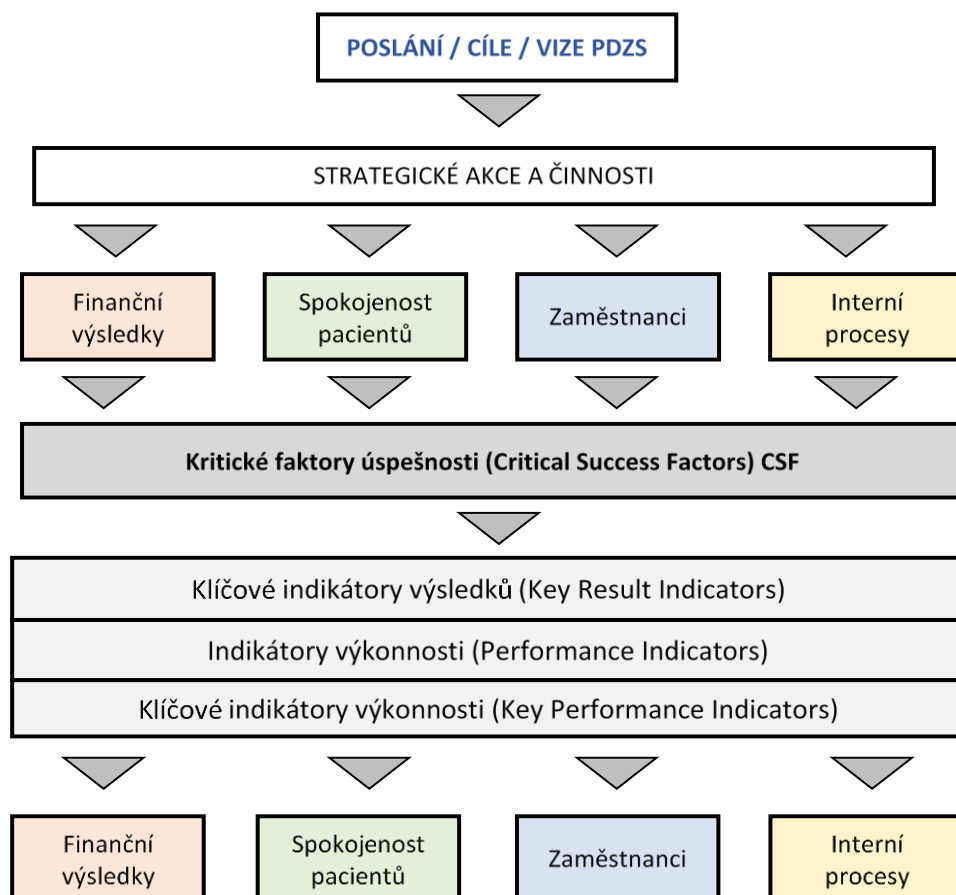
To konkrétně znamená:

- Zajistit hierarchickou a funkční agregaci finančních a nefinančních indikátorů.
- Vytvořit techniku na stanovení cílových a standardních hodnot indikátorů systému.
- Zajistit potřebnou flexibilitu systému, především v oblasti implementace systému.
- Problém velkého množství oblastí měření a velkého množství indikátorů.
- Konstrukce dynamických a flexibilních indikátorů, možnost jejich modifikace vzhledem ke změnám v externím a interním prostředí organizace.
- Konverze systému na měření výkonnosti na manažerský systém podporující rozhodovací proces.

Podklady pro systém měření výkonnosti PDZS lze získat ze systému strategického řízení PZS ve formě strategických cílů. Rozšířením těchto cílů na nižší úrovně se v systému měření výkonnosti PDZS bude zajišťovat jejich plnění zároveň bude ukazovat, jak prostřednictvím nižších cílů dochází k naplňování cílů PZS. To znamená a předpokládá propojení strategického a operativního řízení PDZS.

9.1.2. Indikátory hodnocení výkonnosti PDZS

Kvalitu celého procesu měření a hodnocení úspěšnosti PDZS předurčuje vzájemná **sybióza (propojení) finančních a nefinančních indikátorů**, které jsou využívány ve zdravotnických zařízeních. **Ve zdravotnictví nejsou často dostatečné zkušenosti s využíváním různých nefinančních indikátorů, proto jejich propojení na finanční indikátory může narážet na problémy.** I když je jejich vzájemná kauzalita založená na logických předpokladech, otázkou zůstává míra jejich propojení, ke kterému bude potřeba využít škálu statistických metod.



Obr.10

Transformace strategických cílů do indikátorů výkonnosti

Zdroj: vlastní zpracování

Indikátory v systému měření PDZS jsou rozdělené podle několika dimenzí:

1. úroveň (dimenze) indikátorů:
 - **výsledkové indikátory** (lagging indicators)
 - **výkonnostní indikátory** (leading indicators)
2. úroveň (dimenze) indikátorů:
 - **klíčové indikátory výkonnosti (KPI = key performance indicators)** sledují aktuální stav a jsou zaměřené na sledování a k odstranění disproporcí mezi žádoucím a skutečným stavem. KPI musí být srozumitelné a správně pochopené i zaměstnanci v souvislosti s přijatými nápravnými opatřeními. Jejich měření umožňuje stanovení odpovědnosti jednotlivce nebo týmu, mohou být sledovány často (např. každý den nebo hodinu). Jsou určeny především pro manažery zodpovědné za řízení procesů v PZS.

- **indikátory výkonnosti (PI = performance indicators)**
- **klíčové indikátory výsledků (KRI = key result indicators)** nahrazují výše uvedené výsledkové indikátory, jsou využívány k měření v časových intervalech (měsíc, rok...)

KRI a KPI jsou často zaměňovány. Jejich společným znakem je, že jsou výsledkem mnoha činností a poskytují jasný obraz o budoucím směřování hodnoceného procesu. Nedostatkem KRI (klíčových výsledkových indikátorů) je, že neidentifikují konkrétní akce, které je potřeba udělat pro zlepšení výsledků.

9.2. Integrovaný systém řízení rizik PDZS

Řízení rizik je spojené nejen se strategickými cíli PDZS, ale je pro něj důležité identifikovat rizika týkající se operativních procesů.

Pro implementaci řízení rizik do systému evaluace a efektivity PDZS je nutné **vytvořit přehlednou a strukturovanou dokumentaci rizik souvisejících s operativními procesy a rozčlenění rizik opět do procesně orientovaných kategorií PDZS (bloků I. – IV.)** (viz kap. 8.2.1.)

Postup v procesu implementace řízení rizik do systému evaluace a efektivity PDZS je následující:

1. **Vytvoření portfolia rizik v PDZS**, tzn. ohodnocení identifikovaných rizik vzhledem k pravděpodobnosti jejich výskytu a rozsahu ztrát, základem je nastavení systému práce s riziky (viz kap. 7.2.2. a TM12).
2. **Přiřazení indikátorů ke každému riziku** (tzn. ukazatele srovnatelné s ukazateli Balanced Scorecard⁵²) (podrobněji viz TM13).
3. Při výběru indikátorů je potřeba dbát na to, aby byly **vybrané indikátory tzv. včasného varování**, které včas identifikují výskyt rizika a zvyšují možnost efektivního jednání.
4. Vytvoření **integrovaného systému řízení rizik PDZS**.

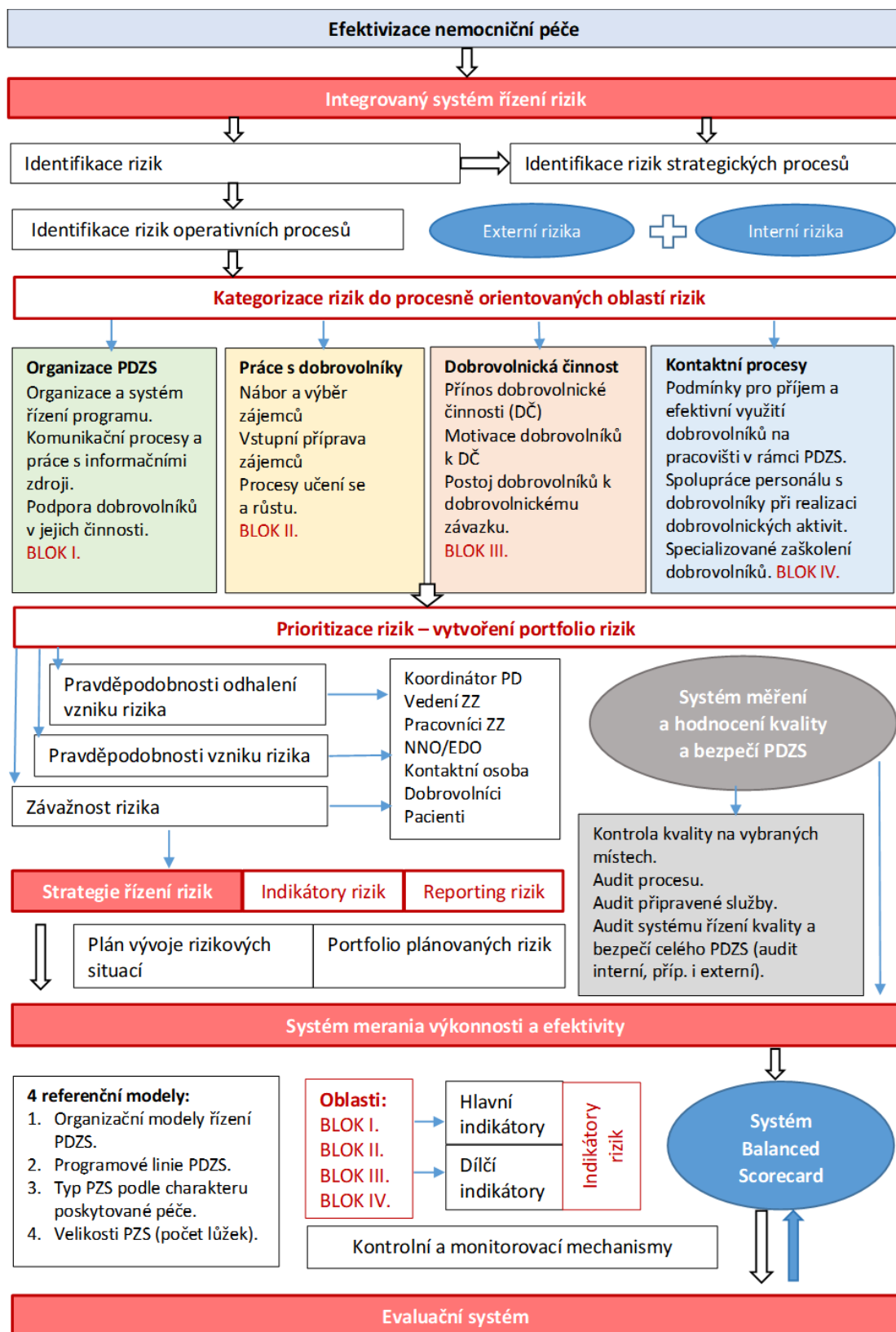
Součástí strategie řízení rizik v PDZS je:

- **Určení priorit rizikových situací** a přijetí opatření snižujících míru rizika.
- **Plán vývoje rizikových situací** (lze odhadovat na základě zjištěných skutečností a bude se zobrazovat i v „portfoliu plánovaných rizik“).
- **Definování indikátorů včasného varování**, identifikujících strategicky významné události.

Efektivní reporting rizik znamená:

- Definovat **přímé zodpovědnosti za konkrétní rizika** a jejich vývoj.
- Určit **příjemce zpráv** týkající se rizik a jejich vývoje.
- Stanovit **interval podávání zpráv** a zaměstnance zodpovědné za zjišťování rizikových údajů a informací.
- **Určit hranice**, při jejichž překročení dojde k aktivizaci indikátorů včasného varování (hraniční hodnoty, resp. rozpětí tolerance) a určení akcí, které je potřeba udělat.

⁵² **Systém Balanced Scorecard** je nástrojem na měření a řízení výkonnosti instituce. Vyhodnocuje její výkonnost komplexně ve všech oblastech, které jsou klíčové pro dosažení strategických cílů. Vyhodnocuje finanční i nefinanční ukazatele v 4 dimenzích: finanční, procesní, zaměstnanecké a zákaznické.



Obr.11

Integrovaný systém řízení rizik

Zdroj: vlastní zpracování

10. Ekonomika a financování PDZS

10.1. Základní parametry ekonomické rozvahy v realizaci PDZS

Ekonomika hraje podstatnou roli při rozhodování top managementu PZS o realizaci PDZS. Pro vyhodnocení, zda je v zájmu zdravotnického zařízení a má smysl začít realizovat nebo pokračovat v realizaci PDZS jsou důležitá především tato kritéria:

- **Hospodárnost/účinnost (efficiency) PDZS**, tzn. zda by bylo možné dosáhnout podobných výsledků jinými prostředky a nástroji, za nižší cenu a v kratším čase, případně zda by použití jiných nástrojů přineslo lepší výsledky.
- **Efektivita (effectiveness) PDZS**, tzn. posouzení, co realizace daného programu přinese nebo přináší pro praxi a jaký užitek z něj mohou mít nebo mají příjemci.

Pro PZS, který má s PDZS již zkušenosti a je v určité fázi realizace (viz kap. 3.3 a TM2), může provedená evaluace PDZS přinést cenné podklady pro rozhodování, zda a jakým způsobem v programu dále pokračovat.

V tom případě mohou být prospěšná i další dvě kritéria:

- **Užitečnost (utility) PDZS** umožňuje vyhodnotit, zda jsou očekávané a neočekávané efekty komplexně přínosné i z pohledu přímých a nepřímých příjemců.
- **Udržitelnost (sustainability) PDZS** může ukázat, zda budou pozitivní výstupy programu přetrvávat i po jeho ukončení nebo po ukončení/omezení jeho financování.

Základní ekonomická rozvaha při realizaci PDZS vychází z propočtu a porovnání:

1. **Nezbytných nákladů** (nutných investic) pro kvalitní a bezpečnou realizaci PDZS.
2. **Očekávaných přínosů** kvalitně a bezpečně realizovaného PDZS.

10.2. Ekonomika PDZS a jeho udržitelnost

Udržitelnost PDZS bezprostředně **souvisí s dalším rozvojem zdravotnického zařízení a s jeho konkurenceschopností. Kvalitní poskytování zdravotních služeb s dobře adaptovaným a fungujícím PDZS, který zvyšuje poptávku po službách daného zdravotnického zařízení a pozitivně ovlivňuje náklady PZS, pak zároveň pozitivně ovlivňuje i další rozvoj PDZS v rámci celé ČR.**

Na udržitelnost PDZS mají výrazný vliv ekonomické ukazatele, což zdůvodňuje význam měření jeho výkonnosti.

Pro zajištění udržitelnosti PDZS jsou nezbytné pravidelné monitoringy procesů propojené s kvalitní databází. Jen tak je možné vybudovat kvalitní systém na měření a řízení výkonnosti PDZS, který bude kompatibilní se strategickým zaměřením PZS a s jeho cíli.

Udržitelnost PDZS předpokládá zajištění optimálních hodnot sledovaných indikátorů výkonnosti. Vhodnou metodou pro toto měření je **měření výkonnosti a udržitelnosti procesů v rámci PDZS, prostřednictvím indexů výkonnosti.**

Pro účinný způsob vyhodnocování je **vhodné zavést systematické měření procesů PDZS (tzv. benchmarking⁵³).**

Způsob tvorby podkladů a postup měření výkonnosti/udržitelnosti prostřednictvím indexů výkonnosti a benchmarkingu PDZS je popsán v TM13.

⁵³ **Benchmarking** je nepřetržitý a systematický proces porovnávání a měření procesů a metod vlastní organizace s těmi, kteří byli uznáni jako vhodní pro toto měření. Účelem je definovat cíle zlepšování vlastních aktivit.

10.3. Databáze a evidence dat při realizaci PDZS

Denní rutinní práce KDZS je spojena s řadou úkonů a informací, které by měly být evidovány. Tato evidence by měla být k dispozici a sloužit koordinátorovi dobrovolníků a realizačnímu týmu PDZS pro systematickou práci s daty v těchto oblastech:

- pro **pravidelné vyhodnocování PDZS dle evaluačního systému/evaluačních indikátorů** (viz kap. 8 a TM13),
- pro **kontinuální dlouhodobé sledování vývoje PDZS, jeho efektivity/výkonnosti** (viz kap. 9 a TM13),
- pro **kontrolní procesy při sledování K+B PDZS v návaznosti na K+B ZS** (viz kap. 7 a TM12),
- pro **statistické přehledy**.

Pro realizační tým jsou sledovaná a vyhodnocovaná data o PDZS zdrojem informací:

- Přehled o velikosti, rozsahu a K+B realizovaného PDZS.
- Přehled o nárocích práce související s koordinací PDZS, především vzhledem ke kapacitě KDZS.
- Přehled o zájmu o dobrovolnické aktivity realizované v rámci PDZS.

Databáze pro evidenci potřebných dat PDZS může mít různou formu, od počátečních archivovaných papírových dokumentů, přes využívání běžných kancelářských nástrojů v PC (Word, Excel atd.) až po databázi na úrovni softwaru vytvořeného na míru potřebám PDZS.

Volba a způsob vedení databáze všech údajů a informací, které souvisejí s realizací PDZS se odvíjí:

1. Od fáze vývoje PDZS (viz kap. 3.3. a TM2), tzn. v rozjezdové fázi PDZS je možné začít jednoduchou evidencí několika základních typů informací, je třeba počítat s tím, že s rozvojem PDZS budou nároky na kvalitní práci s daty a informacemi narůstat.
2. Od rozsahu a velikosti PDZS, tzn. kolik programových linií (A, B, C) PDZS zahrnuje a v jak velký rozsah program má (př. počet dobrovolníků, počet odpracovaných dobrovolnických hodin a další).
3. Od zájmu vedení PZS o dlouhodobý rozvoj PDZS.

Pro rozhodování i zajištění K+B PDZS je nutné kontinuální sledování a vyhodnocování dat, čemuž by měl přispět i navrhovaný systém sledování a měření výkonnosti PDZS (viz kap. 10.2. a TM13).

Pro validní sběr dat a jejich vyhodnocení jsou nutné přesně stanovené definice, bez nich není možné data kategorizovat a vyhodnocovat, tím spíše porovnávat a sledovat udržitelnost PDZS.

Dále jsou uvedené některé ze základních kategorií typů dat a informací, které by měly být součástí databáze a evidence PDZS, za kterou má zodpovědnost KDZS. Týkají se především:

- Kategorie dobrovolnických činností
- Kategorie dobrovolníků
- Kategorie zpětných vazeb
- Kategorie dat z personální oblasti
- Kategorie dat z oblasti hodnocení K+B PDZS

10.3.1. Kategorizace dobrovolnických činností pro potřeby evidence

Koordinátor dobrovolníků by měl sledovat a evidovat typy dobrovolnických aktivit z několika hledisek:

1. **Potřeba dobrovolnických aktivit na jednotlivých pracovištích**, která vyplynula z analýzy potřeb:
 - Evidence podle jednotlivých oddělení (viz evidence v Zakázkových listech, Administrativa PDZS, kap. 3.1.)
 - Evidence podle žádaného typu dobrovolnických aktivit
2. **Realizované dobrovolnické aktivity**
 - **Počet a přehled oddělení zapojených do PDZS**
 - **Počet odpracovaných hodin dobrovolníky v kalendářním roce:**

- a) V rámci pravidelné dobrovolnické činnosti
- b) V rámci jednorázových akcí v PDZS
- c) V rámci zooterapie
- d) V rámci firemního dobrovolnictví
- **Počet pacientů dotčených dobrovolnickými aktivitami:**
 - a) V rámci pravidelné dobrovolnické činnosti
 - b) V rámci jednorázových akcí PDZS
 - c) V rámci zooterapie
- **Počet realizovaných jednorázových akcí:**
 - a) V rámci programové linie „A“
 - b) V rámci programové linie „B“
 - c) V rámci firemního dobrovolnictví
- **Počet dobrovolníků zapojených do typů dobrovolnických činností:**
 - a) Do nespecifických činností
 - b) Do specifických činností

10.3.2. Kategorie dobrovolníků pro potřeby evidence

Kromě jasného rozlišení typů dobrovolnických činností, do kterých se mohou dobrovolníci zapojovat je také důležité nastavit systém pro evidenci dobrovolníků, která poskytne podklady pro statistické přehledy, evaluaci a hodnocení efektivity PDZS (viz kap. 8, 9 a TM13).

Evidence dobrovolníků by měla zahrnovat následující kategorie:

- **Počet aktivních dobrovolníků⁵⁴ v PDZS v kalendářním roce, který zahrnuje:**
 - a) Počet dobrovolníků s uzavřenou smlouvou pro pravidelnou činnost, kteří zahájili a vykazují činnost,
 - b) počet dobrovolníků, kteří se zúčastnili jednorázové akce, a to včetně firemních dobrovolníků,
 - c) počet dobrovolníků provádějících zooterapie v rámci PDZS.
- **Počet neaktivních dobrovolníků v kalendářním roce, který zahrnuje:**
 - a) Počet dobrovolníků, kteří po dohodě s koordinátorem přerušili činnost,
 - b) počet dobrovolníků, u kterých musel KDZS aktivně zjišťovat důvod jejich nečinnosti. Po uplynutí tří měsíců doby bez aktivity by měl koordinátor s kontaktní osobou a s dobrovolníkem reflektovat případné změny a aktualizovat jeho připravenost.
- **Počet dobrovolníků, kteří ukončili činnost v PDZS v kalendářním roce:**
 - a) Počet dobrovolníků, kteří ukončili činnost po více než 1 roce činnosti v PDZS,
 - b) počet dobrovolníků, kteří ukončili činnost v témže kalendářním roce, kdy činnost začali.

S vedením databáze dobrovolníků souvisí i **administrativa spojená s jejich registrací a evidence všech potřebných administrativních složek** (viz Administrativa PDZS, kap. 2.1. až 2.6.).

10.3.3. Evidence zpětných vazeb na PDZS

Pro hodnocení PDZS jsou důležité tři typy zpětných vazeb, které by měl KDZS evidovat a sledovat:

1. Zpětné vazby na procesy zapojování a fungování dobrovolníků:

- Zpětné vazby na vstupní školení dobrovolníků (viz Administrativa, kap. 3.8.)
- Zpětné vazby na nadstavbové školení dobrovolníků (viz Administrativa, kap. 3.8.)

⁵⁴ Za „aktivního dobrovolníka“ je pro potřeby tohoto metodického materiálu považován dobrovolník, který je v PDZS a evidován a prokazatelně vykonává dobrovolnickou činnost.

- Zpětné vazby na interakci s pacienty a s personálem během dobrovolnické činnosti, v tematických zápisech ze supervize (viz Administrativa PDZS, kap. 3.7.1.)
- 2. Zpětné vazby na dobrovolnickou činnost:**
 - **Hodnocení spokojenosti cílových uživatelů PDZS formou dotazníkového šetření nebo rozhovory:**
 - a) Spokojenost pacientů s PDZS – může být zjišťováno formou doplňující otázky do dotazníků spokojenosti pacientů s pobytem ve zdravotnickém zařízení (je v gesci manažera K+B PZS, viz TM12) nebo samostatnou aktivitou jiným způsobem než dotazníkovým šetřením
 - b) Spokojenost rodinných příslušníků s PDZS
 - c) Spokojenost dobrovolníků s PDZS
 - **Hodnocení spokojenosti personálu PZS a realizátorů PDZS formou dotazníkového šetření nebo rozhovory:**
 - a) Spokojenost kontaktních osob
 - b) Spokojenost řadového personálu
- 3. Reflexe na PDZS u veřejnosti v místě PZS:**
 - **Výsledky průzkumné sondy u vzorku veřejnosti, případně návštěvníků PZS**

10.3.4. Evidence dat v oblasti personální agendy PDZS

Jedná se evidenci činností, které souvisejí s vytížeností osob, pověřených koordinací a řízením PDZS a zároveň reflektují i kvalitu a efektivitu nastavených procesů.

- **Evidence činností vykonávaných KDZS:**
 - a) Počet provedených vstupních pohovorů se zájemci o dobrovolnickou činnost za časovou jednotku
 - b) Počet dobrovolníků s uzavřenou smlouvou na dobrovolnickou činnost za časovou jednotku
 - c) Počet dobrovolníků, kteří se zúčastnili vstupního školení za časovou jednotku
 - d) Počet provedených vstupních školení pro nové dobrovolníky
 - e) Počet zorganizovaných nadstavbových školení pro dobrovolníky
 - f) Počet individuálních evaluačních schůzek s kontaktními osobami za časovou jednotku
 - g) Počet realizovaných propagačních a informačních akcí o PDZS pro veřejnost
 - h) Počet realizovaných seminářů a vzdělávacích akcí pro personál PZS
 - i) Počet akcí realizovaných v rámci firemního dobrovolnictví
- **Evidence činností kontaktní osoby na konkrétním oddělení:**
 - a) Počet dobrovolníků docházejících pravidelně na dané oddělení
 - b) Počet dobrovolníků vykonávajících nspecifickou činnost na daném oddělení
 - c) Počet dobrovolníků vykonávajících specifickou činnost na daném oddělení
 - d) Počet akcí v rámci zooterapie na daném oddělení
 - e) Počet jednorázových akcí na daném oddělení
 - f) Počet pacientů zapojených do pravidelné dobrovolnické činnosti
 - g) Počet pacientů zapojených do jednorázových akcí na daném oddělení

10.3.5. Evidence výsledků kontrol a auditů K+B PDZS

Systém evidence výsledků auditů a kontrol K+B PDZS si nastavuje KDZS ve spolupráci s manažerem K+B PZS, protože část kontrol a auditů je součástí hodnocení K+B ZS. V každém případě jsou výsledky auditů a kontrol souvisejících s K+B PDZS součástí evaluace PDZS a hodnocení efektivity.

Výše uvedený přehled dat a informací, které je vhodné v PDZS evidovat a mít v databázi je pouze základním výčtem. Jejich vazba na evaluační systém je zřetelná ze sad evaluačních indikátorů rozpracovaných v TM12.

10.4. Náklady na PDZS

V realizaci PDZS tvoří nákladové položky:

- **Náklady personální** zahrnují náklady na mzdy realizačního týmu, tzn. především koordinátora/koordinátory dobrovolníků.
- **Náklady materiální** představují položky určené na vybavení Dobrovolnického centra, propagaci dobrovolnické činnosti a zajištění pomůcek pro realizaci dobrovolnické činnosti.
- **Náklady na nákup externích služeb** představují položky za vzdělávání KDZS, za supervize dobrovolníků i KDZS aj.
- **Náklady režijní** se týkají nákladů na provozu prostor využívaných pro PDZS, energií, plateb za telefon atd. To se týká i pojištění dobrovolníků, pokud je zahrnuto do celkové pojistné smlouvy PZS. V tomto směru záleží na tom, jaké možnosti PZS má a nakolik se tyto položky rozloží a promítnou v celkových režijních nákladech PZS.

Finanční náklady na realizaci PDZS nelze odvíjet od velikost PZS (např. od počtu lůžek). Velikost PZS má vliv především na možnost většího rozsahu a větší rozmanitosti PDZS, ale není toho zárukou. Rozsah PDZS i ve velkém PZS může být zásadním způsobem limitován např. možnostmi komunity „zásobovat“ program vhodnými dobrovolníky.

Do rozdílné výše nákladových v položkách nutných položek na realizaci PDZS se promítá především:

- **Fáze vývoje PDZS** (viz kap. 3.3. a TM2).
- **Počet dobrovolníků v PDZS.**

A. V rozjezdové fázi PDZS jsou nutné základní investice:

1. do materiálního základního vybavení Dobrovolnického centra jsou investice víceméně jednorázové, resp. dlouhodobějšího rázu (PC, kancelářské vybavení, telefon), pomůcky pro dobrovolnickou činnost, pomůcky pro dobrovolníky (oděv, ochranné pomůcky...),
2. do personálních nákladů na mzdu koordinátora dobrovolníků (dle velikosti úvazku v závislosti na rozsahu PDZS),
3. do externích služeb souvisejících s platbami za proškolení KDZS, za supervize dobrovolníků, supervize koordinátora, případně za externí metodickou podporu při zavádění PDZS, případně i tvorba propagačních materiálů (pokud PZS nemá výhodné smluvní obchodní vztahy s firmou pro tyto služby).

B. Ve fázi stabilizace PDZS se nákladové položky posouvají:

1. do personálních nákladů, což souvisí s nárůstem úvazku koordinátora dobrovolníků (pokud byl v první vývojové fázi PDZS pouze částečný), dle míry rozšíření PDZS případně i se zaměstnáním dalšího člena koordinačního týmu (viz kap. 3.4.2.),
2. do materiálních nákladů se promítají především položky za pomůcky pro dobrovolnickou činnost a na pomůcky pro dobrovolníky, potřeby na zajištění pravidelných školení dobrovolníků,
3. náklady na externí služby v této fázi nemusejí již významně narůstat.

C. Ve fázi rutinní realizace a rozvoje PDZS se nákladové položky mění takto:

1. Nejvyšší nárůst může být v oblasti personálních nákladů, v závislosti na tom, jakou vnitřní koordinační formu pro PDZS vedení PZS zvolí (viz kap. 3.4.3. a TM15).
2. Materiální náklady i náklady na externí služby mohou být v relativně stacionární výši. Je předpoklad, že zkušenost KDZS (vedoucího KCPA) a kontakty vybudované za předchozí dobu realizace PDZS mohou být i zdroji úspor v této oblasti.

Z pohledu nákladovosti PDZS v jednotlivých fázích vývoje lze říct, že se vstupní investice vrací nejdříve v nefinanční oblasti, teprve s rozvojem PDZS v dalších fázích lze na některých položkách ušetřit a při celkové úspěšnosti PDZS i získat finance z různých jiných zdrojů, než jsou vlastní zdroje PZS.

Stabilní pokrytí nákladů a financování je potřeba zajistit především v těchto oblastech, tzn. bez nich není možné PDZS realizovat v požadovaných parametrech K+B PDZS (viz TM12).

Minimální standard rozpočtu PDZS v nákladech je tvořen následujícími položkami:

- a) Plat osoby zodpovědné za koordinaci PDZS (KDZS) = dle fáze PDZS
- b) Zajištění financí na proplacení povinných potvrzení požadovaných po dobrovolnících (tzn. výpis z TR, potvrzení o zdravotní způsobilosti vystavené lékařem, očkování zvířete pro zooterapii) = dle počtu dobrovolníků a typu dobrovolnických činností
- c) Zajištění pomůcek pro identifikaci dobrovolníků (oděv a identifikační karta) a ochranných pomůcek pro dobrovolníky = dle počtu dobrovolníků
- d) Zajištění pomůcek pro dobrovolnickou činnost (včetně pamlsků pro realizaci zooterapie) = dle typu dobrovolnické činnosti
- e) Zajištění potřeb pro vstupní školení dobrovolníků (výukové potřeby, informační materiály, občerstvení...) = dle počtu školení a počtu dobrovolníků
- f) Zajištění materiálů pro PR (letáky, informační brožury...) = dle fáze PDZS

Rozsah nutného personální zajištění bezpečného a kvalitního PDZS souvisí především s rozsahem činnosti koordinátora dobrovolníků (resp. koordinačního týmu PDZS):

- **S počtem a typem realizovaných programových linií PDZS** a s typem dobrovolnických aktivit (týká se především časové náročnosti jednorázových akcí, nutnosti adekvátní přípravy, plánu a pilotního otestování nových aktivit ve všech fázích PDZS atd.).
- **S počtem aktivních dobrovolníků⁵⁵**, které má KDZS na starost se pojí maximální počet dobrovolníků, jejichž činnost může bezpečně zajistit jeden koordinátor.

Na 1,0 úvazek koordinátora dobrovolníků je doporučeno se řídit těmito počty:

- maximálně **50 aktivních dobrovolníků vykonávajících pravidelnou činnost** a současně
- maximálně **10 jednorázových dobrovolnických akcí za rok**

Pro koordinátora se zkráceným úvazkem jsou doporučeny nižší limity adekvátně dle výše uvedených počtů dobrovolníků a akcí.

- **S počtem zapojených oddělení/pracovišť** do PDZS souvisí nutnost přípravy a trvalé kooperace KDZS s kontaktní osobou a personálem zapojených oddělení a pracovišť.
- **S počtem specializovaných pracovišť v PDZS**, kde činnost dobrovolníků vyžaduje větší pozornost KDZS i větší investice do dobrovolníků (specializované nadstavbové proškolení, častější supervize, individuální konzultace...).

Lze rámcově spočítat finanční náročnost přípravy jednoho dobrovolníka před jeho zahájením jeho dobrovolnické činnosti, tzn. před vstupem na oddělení nebo pracoviště PZS.

Skládá se z těchto položek:

- Náklady na proplacení povinných potvrzení požadovaných od dobrovolníka.
- Náklady na pomůcky (identifikace, ochranné pomůcky...).
- Náklady na vstupní pohovor KDZS s dobrovolníkem (tzn. čas KDZS investovaný do vstupních pohovorů s dobrovolníky / počet vstupních pohovorů za časovou jednotku).

⁵⁵ Za „aktivního dobrovolníka“ je pro potřeby tohoto metodického materiálu považován dobrovolník, který je v PDZS a evidován a prokazatelně vykonává dobrovolnickou činnost.

- Náklady na vstupní školení dobrovolníka (tzn. celkové náklady na materiální zajištění školení + čas a práce lektorů (KDZS) / počet dobrovolníků na školení).
- Náklady na čas KDZS strávený administrativou spojenou s přijetím dobrovolníka do PDZS (smlouva, registrační karty...).
- Náklady na poměrnou část investovanou do vzdělání a supervizní podpory KDZS.
- Poměrná část nákladů na propagační materiály PDZS a na režijní a materiální náklady Dobrovolnického centra, související s nábořem, výběrem a přípravou dobrovolníků.

PZS si může do smlouvy s dobrovolníkem formulovat závazek dobrovolníka na odpracování určitého počtu hodin a o uhrazení nákladů na přípravu dobrovolníka, pokud podepsaný závazek nedodrží.

10.5. Finanční zdroje pro realizaci PDZS

Pro finanční zajištění realizace PDZS je možné využít několika různých zdrojů, a to v závislosti:

- na modelu řízení PDZS,
- na fázi vývoje realizovaného PDZS, tzn. především na jeho úspěšnosti z hlediska PR,
- na dostupných dotacích a grantech pro PDZS.

Bez ohledu na konkrétní finanční zdroje, je pro kvalitní a bezpečnou realizaci PDZS důležité:

- **Udržet plynulé financování PDZS v průběhu celého roku** (viz problém s financováním z dotací určených vždy pouze na jeden rok).
- **Mít stabilní finanční rozpočet na několik let.**

10.5.1. Financování PDZS z vlastních zdrojů PZS

Financování z vlastních zdrojů PDZS je variantou především pro PZS, kteří zvolili interní model řízení PDZS. Výhoda tohoto způsobu financování spočívá především ve stabilitě a udržitelnosti určitého standardu PDZS.

Je na managementu PZS, zda se rozhodne pro některou z forem:

- a) financování celého PDZS z vlastních zdrojů (např. určitou částkou z obrátu PZS),
- b) vícezdrojové financování, kde vlastní zdroje budou tvořit základní část nutných nákladů a pro zbývající potřebné částky se budou hledat další možné zdroje.

10.5.2. Financování PDZS ze strany EDO

V případě řízení PDZS ve spolupráci PZS s EDO, jsou varianty financování PDZS následující:

- a) O finanční zdroje pro realizaci PDZS se stará pouze externí dobrovolnická organizace (EDO). Je třeba počítat s tím, že EDO jako nestátní neziskový subjekt je ekonomicky závislá na dotacích a grantech. Ty jsou většinou nenárokové a jsou často určeny pouze na období jednoho roku. V případě, že je dotace poskytnuta až s několikaměsíčním zpožděním, může to pro PDZS znamenat ohrožení plynulosti jeho realizace. Pokud má EDO udělenou akreditaci MVČR na dobrovolnický program v nemocnicích⁵⁶ (viz kap. 12.2.), má možnost žádat o dotaci MVČR na akreditovaný typ dobrovolnického programu. I tato dotace je nenároková a je poskytována na období jednoho kalendářního roku.
- b) O financování PDZS se dělí PZS a EDO, přičemž část PDZS financuje PZS z vlastních zdrojů, část financuje EDO z dotací a grantů, které na realizaci PDZS získá. Konkrétní rozdělení zodpovědností za financování určitých částí PDZS by mělo být ošetřeno ve smlouvě o spolupráci (viz Administrativa PDZS, kap. 1.3.).
- c) Oba spolupracující subjekty hledají další možnosti pro vícezdrojové financování PDZS.

⁵⁶ Zákon č. 198/2002 Sb. O dobrovolnické službě, <https://www.mvcr.cz/clanek/dobrovolnicka-sluzba-akreditace.aspx>

10.5.3. Dotační tituly pro PDZS

Možnost doplnění zdrojů financí pro realizaci PDZS se týká různých dotačních titulů. Mezi ně patří např.:

- Granty a dotace vypisované zřizovateli PZS:
 - Granty a dotace MZČR
 - Granty vypisované kraji a municipalitami
 - Granty z jiných zdrojů (např. ESF, Norské fondy...)

Pro financování formou grantu je významnou pomocí, pokud je u PDZS provedena evaluace a PZS může do žádosti uvést konkrétní výsledky PDZS. Zároveň je důležitou podmínkou znalost projektového řízení a schopnost napsat dobře projektovou žádost.

10.5.4. Fundraising a sponzoring v realizaci PDZS

Fundraising je výhodou pro variantu vícezdrojového financování (viz 10.4.1.) a může pro otevřít PZS další finanční zdroje, přispívající na různé oblasti rozvoje PDZS. Má významnou vazbu na propagaci a PR PDZS, je proto vhodné, aby byl prováděný systematicky v rámci komunikační strategie PDZS (viz TM14). Je prospěšné a funkční, když se fundraisingu PDZS věnoval člověk s odborným vzděláním v této oblasti.

Prostřednictvím a s pomocí systematicky prováděného fundraisingu lze pro finanční podporu PDZS získat řadu **sponzorů a řad firem i jednotlivců. Databáze příznivců a podporovatelů PDZS nevzniká okamžitě, je potřeba ji systematicky budovat a kontinuálně s nimi pracovat.**

Na vzniku databáze se významně podílejí jednorázové dobrovolnické akce PDZS, které mají šanci získat větší mediální podporu a mohou být zajímavé pro dlouhodobé partnerství ze strany firem dodávajících např. potřebný materiál, pomůcky nebo občerstvení.

Sponzorství může být i součástí akcí firemního dobrovolnictví pořádaných v rámci PDZS, kde firma zaplatí potřebný materiál (viz TM9).

Pokud se jedná o finanční dary na podporu aktivit PDZS, je vhodné, aby PZS zřídil samostatný transparentní darovací účet pro tyto účely.

11. Slovník pojmů

Akreditace – jako obecný pojem vyjadřuje uznání určité způsobilosti pro výkon činnosti v různých oblastech

- **Akreditace ve zdravotnictví** je pojem, který je spojován s externím hodnocením kvality a bezpečí zdravotních služeb a se zárukou kredibility PZS, zárukou řízení kvality a takové úrovně plnění činností, které je definované standardy kvality a bezpečí a jejich měřitelnými ukazateli.
- **Akreditace dobrovolnického programu u Ministerstva vnitra ČR** je přiznání splnění požadavků na finanční a kvalifikační způsobilost k zajištění organizace dobrovolnického programu a k plnění dalších obecných povinností stanovených zákonem č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě. O udělení akreditace mohou žádat spolky, obecně prospěšné společnosti, církevní právnické osoby církve nebo církevní právnické osoby náboženské společnosti se sídlem na území ČR.

Audit – je systematický, nezávislý a dokumentovaný proces pro získání objektivního důkazu a pro jeho objektivní hodnocení s cílem stanovit rozsah, v němž jsou splněna kritéria auditu. Audit vždy provádí nezávislá a kvalifikovaná osoba (auditor), který není odpovědný za auditovaný objekt. Audit může být interní nebo externí.

- **Program auditů** – jeden audit nebo soubor několika auditů naplánovaný pro určitý časový rámec a zaměřený na specifický účel.
- **Předmět auditu** – rozsah a vymezení auditu. Předmět auditu obvykle zahrnuje popis fyzických míst, organizačních jednotek, činností a procesů.
- **Plán auditu** – popis činností při auditu a příslušných opatření.
- **Kritéria auditu** – soubor politik, postupů nebo požadavků používaný jako základ, se kterým se porovnávají objektivní důkazy.
- **Důkazy z auditu** – záznamy, prohlášení o skutečnosti nebo jiné informace, které jsou relevantní pro kritéria auditu a jsou ověřitelné.
- **Zjištění z auditu** – výsledky hodnocení shromážděných důkazů z auditu podle kritérií auditu. Zjištění z auditu naznačují shodu nebo neshodu a mohou vést k identifikaci příležitosti ke zlepšování nebo k zaznamenání správné praxe.
- **Závěr z auditu** – výstup z auditu po zvážení cílů auditu a všech zjištění z auditu.
- **Audit managementu rizik** – systematický, nezávislý a dokumentovaný proces pro získání důkazu a jeho objektivní hodnocení za účelem stanovení rozsahu, v němž je rámec managementu rizik nebo jakákoliv jeho vybraná část přiměřená a efektivní.

Balanced Scorecard – je nástroj na měření a řízení výkonnosti instituce. Vyhodnocuje výkonnost instituce komplexně ve všech oblastech, které jsou klíčové pro dosažení strategických cílů. Vyhodnocuje finanční i nefinanční ukazatele ve 4 dimenzích: finanční, procesní, zaměstnanecké a zákaznické dimenzi.

Benchmarking – představuje systémové měření. Je to doporučovaná metoda měření konkurence a jde o trvalou součást strategického řízení institucí.

- **Benchmarking konkurenční** – předmětem zájmu je určitý produkt, resp. výkonnost přímých konkurentů na trhu.
- **Benchmarking funkcionální** – porovnává se několik nebo jedna funkce určitých organizací.
- **Benchmarking procesní (generický)** – zaměřuje se na porovnávání a měření konkrétního procesu organizace.
- **Benchmarking interní** – je realizovaný v rámci jedné organizace mezi organizačními jednotkami, které zajišťují stejné nebo podobné procesy a funkce.
- **Benchmarking externí** – subjektem pro porovnávání a měření je jiná organizace.

Bezpečnost pacientů – ochrana pacienta před zbytečnou újmou nebo potenciální újmou v souvislosti se zdravotní péčí

Bezpečnostní filtry výběru vhodného dobrovolníka – systém na sebe navazujících kroků a procesů, které slouží k efektivnímu výběru vhodných dobrovolníků pro daný PDZS.

Databáze – množina strukturovaných dat, které slouží k uložení informací.

Design služeb – metody vhodné pro zkoumání potřeb zákazníků/klientů, ke zmapování aktuálního stavu služby i návrhu inovací. V kontextu Metodiky jsou navrženy pro zlepšování kvality a bezpečí PDZS:

- **Brainstorming** Umožňuje v omezeném čase vznik velkého množství nápadů. Vhodné pro hledání řešení neobvyklých problémů, aktivizaci týmu v úvodní i kreativní fázi navrhovaného procesu/služby.
- **Cesta službou** – je mapování jednotlivých fází činnosti a jejich návazností, slouží k zachycení postupného průchodu uživatele službou. Služba musí fungovat celá dohromady, tedy i při přechodu z jednoho

kontaktního místa na druhé. Cesta službou je vhodná pro návrh nové služby, ale i pro zmapování stávající služby. Síla tohoto nástroje spočívá v tom, že odhalí, co se skutečně děje a kde. Odhalení problému je první krok k jeho odstranění.

- **Mapování kontaktních míst** – slouží k identifikaci a vizualizaci kontaktních míst. Jako kontaktní místa se označují všechny situace, ve kterých potenciální či reálný uživatel přichází do styku se službou. Mapování je vhodné pro celkové zmapování všech kontaktních míst služby, optimalizaci nefunkčních nebo slabých míst a přípravu podkladů pro zpracování cesty službou.
- **Mapování zúčastněných stran** – umožní zmapovat vztahy mezi jednotlivými zainteresovanými skupinami (kdo rozhoduje, kdo se může podílet na řešení, komu program pomůže). Mapování je vhodné pro identifikaci interních a externích zainteresovaných stran, pro analýzu vztahů mezi jednotlivými stranami a pro porozumění potřebám a problémům zúčastněných stran.
- **Pozorování** – se rozumí bezprostřední a systematické pozorování úkazů, procesů, činností podle stanoveného plánu, bez dotazování a jakéhokoli ovlivňování pozorovaného objektu. Lze aplikovat na zkoumání malých skupin, výhodou ve srovnání s technikami dotazování je možnost podchycení předem nepředpokládaných, momentů, charakteristik, vztahů, které přináší možnost lepšího pochopení situace a jednání aktérů. Příímým předmětem pozorování je ve všech případech chování osob, někdy též celková situace, atmosféra, chronologie událostí.
- **Prototypování** – slouží k tomu, aby byl nápad/nový model připraven řádně na skutečné praktické používání, a to postupným vylepšováním při jeho testování. Při ostrém provozu služby se již budou upravovat pouze detaily, nikoliv zásadní věci.
- **Vyzkoušení některých postupů na vlastní kůži** – slouží k vyzkoušení určitých postupů přímo jako uživatel služby. Identifikují se kontaktní místa, postup uživatele službou. Identifikované problémy se pocítí na vlastní kůži.
- **Validace uživateli** – slouží k zapojení konečných uživatelů jako klíčových hodnotitelů praktického dopadu nové služby. Jedná se o ověření plánovaného efektu nové či upravené služby přímo vlastními uživateli.

Dětské centrum (dříve dětský domov pro děti od 0 do 3 let) - patří mezi zvláštní dětská zařízení resortu zdravotnictví. Poskytuje komplexní péči (zdravotní, psychologickou, psychoterapeutickou, speciálně pedagogickou, rehabilitační, sociální) dětem od narození a podpůrnou psychoterapii jejich rodičům.

Dobrovolnictví – je vědomá, svobodně zvolená činnost ve prospěch druhých, kterou poskytují občané bez nároků na finanční odměnu.

Dobrovolník – je osoba, která věnuje část svého času a energie do časově a obsahově vymezené činnosti ve prospěch druhých, bez nároků na finanční odměnu.

Dočkázkový list dobrovolníka – je dokumentem, který dokládá přítomnost dobrovolníka na oddělení a odvedení dohodnuté činnosti, podpisem na něm dobrovolník stvrzuje svou aktuální způsobilost pro výkon dobrovolnické činnosti, potvrzená doba přítomnosti dobrovolníka na oddělení je dokladem pro případnou pojistnou událost související s výkonem dobrovolnické činnosti. Dokument obsahuje údaje o počtu hodin strávených dobrovolnickou činností a počtu pacientů dotčených dobrovolnickou činností a je podkladem pro účely sběru a analýzy dat o PDZS.

Dokument „Dobrovolnický program“ – je textem, kterým PZS deklaruje zájem vytvářet a udržovat funkční podmínky pro začlenění aktivit vykonávaných u PZS dobrovolníky do systému svých poskytovaných služeb. Zahrnuje popis základních procesů, činností a s nimi souvisejících pravidel PDZS, které jsou nezbytné pro bezpečné fungování dobrovolnické služby v konkrétním zdravotnickém zařízení.

Dokument „Politika kvality PDZS“ – vyjadřuje závazek PZS realizovat a rozvíjet dobrovolnický program jako nedílnou součást strategického rozhodnutí vedení PZS. Politika kvality PDZS formuluje zásady, k jejichž respektování a implementaci se vedení zavazuje při realizaci PDZS.

Dokumentované informace – informace, u kterých se požaduje, aby byly řízeny a udržovány organizací, včetně médií, na kterých jsou uloženy.

Efektivnost (Efficiency) – uvádí se také jako účinnost a obecně vyjadřuje efektivnost vložených zdrojů a užitek jimi získaný. Jde o poměr vstupů a výstupů nějaké činnosti, resp. systému, rozsah, v němž jsou plánované činnosti realizovány a plánované výsledky dosaženy.

Etický kodex

- **Etický kodex dobrovolníka** – je formulací základních hodnotových a principiálních zásad, které jsou platné a potřebné pro kvalitní a bezpečné zapojení dobrovolníků do všech typů dobrovolnických činností v rámci PDZS.

- **Etický kodex PDZS** – smyslem je definovat základní hodnoty a principy, kterými se řídí PZS a všechny strany zainteresované na realizaci PDZS. Doplňuje tak Etický kodex dobrovolníka. Formuluje etické zásady pro propagaci a komunikační strategii PDZS, s ohledem na dodržování ochrany osobních údajů všech zúčastněných.

Evaluace – je proces, který zkoumá a hodnotí využívání veřejných zdrojů v instituci s cílem zvyšování hospodárnosti.

- **Evaluační systém** – je souborem procesů, které zajišťují realizaci evaluace. Jeho rozsah závisí na tom, co je potřeba hodnotit, tzn. na definovaném cíli evaluace.
- **Evaluační indikátor** – indikátor využívaný v procesu evaluace.

Evidence – Based Management – řízení založené na důkazech, na metodologii práce s důkazy.

Externí dobrovolnická organizace (EDO) – označuje organizaci, která spolupracuje s PZS na realizaci PDZS.

Firemní dobrovolnictví – je jednou z možných forem společenské odpovědnosti firem. Ve vztahu k jiným typům dobrovolnické činnosti realizované v různých oborech a odvětvích, i ve vztahu k definici dobrovolnictví v zákonu č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě jsou ve firemním dobrovolnictví určité odlišnosti. Ty je dobré znát a respektovat v případě, že tato forma dobrovolnictví má být začleněna jako jeden z typů dobrovolnické činnosti do dobrovolnického programu ve zdravotnickém zařízení.

Identifikace dobrovolníka – znamená viditelné označení dobrovolníka během výkonu dobrovolnické činnosti. Je důležitým bezpečnostním opatřením, které sděluje pacientům a rodinným příslušníkům, že označená osoba je součástí služeb nabízených a poskytovaných PZS a s vědomím osob za realizaci PDZS odpovědných. Je oprávněna pohybovat v prostorách zdravotnického zařízení, vstupovat do kontaktu s pacienty, je adekvátně vyškolená a poučená ve všech potřebných směrech. Forma identifikace zahrnuje identifikační kartu (jmenovku) a pracovní ochranný oděv s označením „dobrovolník“.

Indikátor (ukazatel) – je věcné, časové a prostorové vymezení určité veličiny, které umožňuje její změření v konkrétních podmínkách její existence. Může být také chápaný jako výsledek v procesu konkrétního měření.

- **Indikátor výsledku** – ukazatel s přímou vazbou na stanovené cíle, který prokáže, zda byla dosažena změna.
- **Indikátor výstupu** – je určený ke sledování a vyhodnocování realizovaných opatření a aktivit.

Informační manuál dobrovolníka – obsahuje souhrnné informace o PDZS, o základních pravidlech a všem, co by si podle realizačního týmu PDZS měl každý dobrovolník pamatovat. Smyslem písemného dokumentu je předat základní informace všem (především novým) dobrovolníkům bez rozdílu a v takové formě, ke které se mohou vracet, aniž by byli závislí na přístupu na webové stránky nebo jiné elektronické zdroje informací.

Informovaný souhlas pacienta/rodinného příslušníka – informované souhlasy (rodinného příslušníka s účastí dítěte v dobrovolnickém programu a pacienta s canisterapií) slouží k ochraně dobrovolníků před případnými následnými protesty rodiny nebo samotného pacienta. Důležité je předchodí podání jasně a srozumitelné informace o PDZS a/nebo canisterapii. Informovaný souhlas zajišťuje zdravotnický personál a měl by být součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

Interní databáze PDZS – je systém, který používá koordinátor dobrovolníků/realizační tým pro evidenci všech informací, které jsou podstatné pro řízení PDZS.

Kategorie dobrovolníků:

- **Aktivní dobrovolník** je evidovaný v PDZS (tzn. má uzavřenou smlouvu na pravidelnou činnost nebo vyplněnou Registrační kartu pro jednorázovou činnost) a vykonává dohodnutou činnost.
- **Neaktivní dobrovolník** je označení pro dobrovolníka, který a) přerušil činnost po dohodě s koordinátorem b) nevykonává domluvenou činnost bez domluvy s koordinátorem, a po intervenci KDZS činnost buď přerušuje nebo ukončuje.

Kategorie typů dobrovolnické činnosti:

- **Pravidelná dobrovolnická činnost** – je typ činnosti realizované opakovaně v dohodnutých pravidelných intervalech, případně opakovaně v nepravidelných intervalech.
- **Jednorázová dobrovolnická činnost** – jedná se o akce realizované příležitostně pouze jednou nebo akce jednoho typu, které se opakují každoročně, avšak ne více než 2x ročně.
- **Individuální dobrovolnická činnost** – je vykonávaná samostatně jedním dobrovolníkem.
- **Skupinová dobrovolnická činnost** – je vykonávaná jedním nebo více dobrovolníky pro skupinu pacientů.
- **Nespecifická dobrovolnická činnost** – jsou definovány jako činnosti na úrovni volnočasových aktivit, využitelné pro pacienty různého věku na většině oddělení, které od dobrovolníků nevyžadují speciální dovednosti.

- **Specifická dobrovolnická činnost** – svým obsahem a pravidly vyžaduje úzkou spolupráci dobrovolníka s odborným personálem jak v přípravě, tak při realizaci. Výběr specifických dobrovolnických činností určuje personál, dobrovolník musí absolvovat kromě vstupního školení ještě doplňující (nadstavbové) proškolení zaměřené na zácvk a specifika požadované činnosti související s nároky prostředí a typu pacientů, v jejichž zájmu jsou činnosti realizovány.

Komunikační strategie (či komunikační plán) je součástí marketingové strategie. Obsahuje cíle a metody komunikace firmy vzhledem k jejímu vnějšímu prostředí. Organizace si musí ujasnit, co a jak chce sdělit veřejnosti a komu konkrétně bude toto poselství primárně určeno.

Komunikační mix:

- **Nástroje komunikačního mixu** – patří mezi ně Reklama, Podpora prodeje, Sponzorování, Public Relations, Komunikace v prodejním nebo nákupním místě, Výstavy a veletrhy, Přímá marketingová komunikace, Osobní prodej, Interaktivní marketing.
- **Cíl komunikačního mixu** – seznámit cílovou skupinu s produktem firmy (výrobkem nebo službou) a přesvědčit ji o nákupu, seznámit se podrobněji s veřejností a cílovými zákazníky, komunikovat se zákazníky.

Kontaktní procesy – zahrnují všechny aktivity personálu na oddělení, jejichž cílem je zprostředkovat nabízenou dobrovolnickou činnost pacientům, a to hlavně se zřetelem na jejich aktuální individuální potřeby a bezpečnost.

Kontrola – určování shody se specifikovanými požadavky.

Koordináční centrum podpůrných aktivit (KCPA) – je model koordinace PDZS v jeho rozvojové fázi společně s dalšími aktivitami v oblasti podpůrné péče a podpůrných programů. Může být s výhodou zřízeno v těch zdravotnických zařízeních, která poskytují široké spektrum podpůrných služeb a spolupracují s více externími organizacemi. Cílem je zlepšit informovanost a zefektivnit koordinaci obdobných aktivit tak aby si nekonkurovaly, ale vzájemně se doplňovaly.

- **Vedoucí KCPA** – je manažerská funkce v rozšířeném koordináčním modelu KCPA, vede tým pracovníků realizujících PDZS (koordinátora/y dobrovolníků) a další zaměstnance podílející se na koordinaci aktivit v oblasti podpůrných aktivit PZS.

Kritéria způsobilosti / nezpůsobilosti dobrovolníka pro PDZS – jedná se o soubor pravidel, které je nutné dodržet při výběru dobrovolníků do PDZS, především do těch činností, při kterých se dobrovolník dostává do kontaktu s pacienty.

Kvalita – stupeň splnění požadavků souborem inherentních (existujících, nepřirazených) charakteristik produktu, služby, procesu, osoby, organizace, systému, zdroje.

Loajalita – vyjadřuje kladný vztah k procesu, instituci, zaměstnavateli. Může být vyjádřena také jako věrnost, spolehlivost, zodpovědnost, snášenlivost ve vztahu k někomu.

Management – koordinované činnosti zaměřené na řízení organizace.

- **Systém managementu** – soubor vzájemně provázaných nebo vzájemně působících prvků organizace pro stanovení politik, cílů a procesů k dosažení těchto cílů.
- **Management kvality** – management týkající se kvality může zahrnovat stanovení politik kvality, cílů kvality a procesů pro dosahování těchto cílů kvality plánováním kvality, prosazováním kvality, řízením kvality a zlepšováním kvality.
- **Systém managementu kvality** – část systému managementu týkající se kvality.
- **Management projektu** – plánování, organizování, monitorování, řízení a předkládání zpráv o všech aspektech projektu a motivování všech zapojených k dosažení cílů projektu.

Manuál pro zapojení dobrovolníků v mimořádné situaci – písemný dokument, který má charakter plánu a popisu kroků pro postup realizačního týmu PDZS v případě realizace dobrovolnických aktivit v mimořádné situaci. Měl být vypracován s předstihem (v době před mimořádnou situací). Pro zapojení dobrovolníků ve více typech mimořádných situacích by měly být vypracované postupy pro každou situaci zvlášť.

Marketing – je proces plánování a realizace koncepce cenové politiky, podpory a distribuce idejí, zboží a služeb s cílem tvořit a směřovat hodnoty a uspokojovat cíle jednotlivců i organizací.

- **Marketingová komunikace** – je čtvrtým a nejviditelnějším nástrojem marketingového mixu (*vedle Výrobku, Ceny a Místa/distribuce*). Obnáší všechny nástroje, jejichž prostřednictvím firma komunikuje s cílovými skupinami, aby podpořila výrobky nebo image firmy jako takové.
- **Integrovaná marketingová komunikace** – jedná se o integraci specifických komunikačních funkcí, které dříve působily v různé míře samostatně a odděleně. Komunikační nástroje, které na sobě byly tradičně vzájemně nezávislé, jsou nyní kombinovány tak, aby bylo dosaženo synergického efektu a komunikace se stala homogenní.

- **Marketingové cíle** – jsou odvozeny od strategických cílů firmy a představují konkrétní marketingové záměry, soubor úkolů, které se vztahují k produktům a trhům a firma předpokládá, že budou splněny během určitého časového období.
- **Marketingová strategie** – základní směr postupu (základní schéma postupu) vedoucí ke splnění marketingových a tím i podnikových cílových úkolů. Úspěch či neúspěch strategie lze hodnotit na základě dosažení cílů.

Mimořádná situace – pro účely Metodiky je za mimořádnou situaci považována nečekaná a nepředvídatelná situace, která má pro PZS bezprostřední dopad na provoz a její zvládnutí vyžaduje rychlou mobilizaci lidských i materiálních zdrojů. Jedná se o situace, kdy PZS potřebuje větší počet personálu, než jaký má k dispozici, přičemž minimalizace nežádoucích následků vyžaduje rychlou a koordinovanou akci⁵⁷.

Mlčenlivost dobrovolníka – je součástí smlouvy, kterou s dobrovolníkem uzavírá PZS nebo EDO (podle modelu řízení PDZS). Zavazuje dobrovolníka zachovávat mlčení o všech okolnostech a informacích, se kterými jako dobrovolník přijde do styku během své dobrovolnické činnosti, ať už se týkají pacientů, druhých dobrovolníků, spolupracujících stran nebo jakýchkoli právních dokumentů. Mlčenlivost se vztahuje i na poskytování informací o dobrovolnickém programu bez předchozí dohody s koordinátorem a informací o organizaci kam dochází bez předchozího souhlasu nebo domluvy s osobou organizací k tomu pověřenou.

Model řízení PDZS – jedná se o způsob organizování PDZS, které může mít dvě formy:

- **Interní model řízení PDZS** – celý PDZS si zajišťuje a organizuje poskytovatel zdravotních služeb sám, má tak přímý vliv na přípravu i realizaci všech procesů a fází PDZS.
- **Řízení PDZS ve spolupráci s externí dobrovolnickou organizací (EDO)** – řízení PDZS ve spolupráci s EDO předpokládá jasné nastavení a rozdělení kompetencí, pravomocí a odpovědností při realizaci jednotlivých procesů PDZS. Dohoda by měla být podložena Smlouvou o spolupráci mezi PZS a EDO.

Motivace k dobrovolnické činnosti – je důležitým parametrem pro koordinátora dobrovolníků při výběru dobrovolníků vhodných pro PDZS. Motivace dobrovolníků má souvislost a může dopadat na kvalitu a bezpečnost PDZS, kdy nevhodná motivace dobrovolníka vedoucí k nevhodnému chování a jednání může program ohrozit.

Nápravné opatření – opatření k odstranění příčiny nehody a zabránění opakovanému výskytu

Nežádoucí událost – událost, která způsobí pacientovi újmu

Pacientské organizace – jsou nestátní neziskové organizace, které sdružují pacienty s určitým typem onemocnění, jejich rodiny i zdravotnické pracovníky a ve své činnosti se orientují na podporu členů, předávání informací a zkušeností s nemocí a léčbou, organizují rehabilitační pobyty a osvětové kampaně a akce týkající se onemocnění, jeho léčby i prevence.

Pickerovy dimenze – je název pro 8 dimenzí kvality péče z pohledu hospitalizovaných pacientů, které stanovil Pickerův institut (www.picker.org) za účelem zajištění srovnatelnosti výsledků dotazníků spokojenosti pacientů. Osm kritérií sleduje úroveň kvality v těchto oblastech: 1. přijetí pacienta do nemocnice 2. respekt, ohled a úctu k pacientovi 3. koordinaci a integraci péče o pacienta 4. informace, komunikace a vzdělávání 5. tělesné pohodlí 6. citová opora a zmírnění strachu a úzkosti pacienta 7. zapojení rodiny a přátel 8. propuštění a pokračování péče o pacienta. Do standardizovaných dotazníků pro pacienty, kteří v době šetření končí svou hospitalizaci lze zařadit i sledování spokojenosti pacientů s PDZS.

Podpora zdraví – je definována jako proces usnadňující lidem zvýšit kontrolu nad faktory ovlivňujícími zdraví, a tak zvýšit pravděpodobnost, že si zdraví uchovají a/nebo zlepší. Dobrovolnická činnost v oblasti podpory zdraví je novým programovým směrem pro zapojení dobrovolníků do PDZS.

Pojištění PDZS – je jedním z prostředků vztahujícím se k bezpečí PDZS. Uzavřená pojistka by měla zohledňovat náročnost a potenciální rizika související s realizací dobrovolnických aktivit, a to s ohledem na typ PZS, typ pacientů a typ realizovaných aktivit. Pojištění PDZS si zajišťuje poskytovatel zdravotních služeb samostatně nebo ve spolupráci s EDO, podle zvoleného modelu řízení PDZS.

Politika organizace – záměry a zaměření organizace formálně vyjádřené vrcholovým vedením.

Politika kvality – obecně se jedná o politiku organizace týkající se kvality.

Popis a charakteristika dobrovolnické činnosti – jedná se o souhrn konkrétních informací o dobrovolnické činnosti na konkrétním pracovišti/oddělení, který poskytne dobrovolníkovi základní přehled o činnosti, kterou bude vykonávat, o podmínkách a pravidlech, včetně kontaktních údajů na důležité osoby

⁵⁷ Mimořádnou situaci pro účely PDZS není myšlena „nežádoucí událost“, „krizová situace“ nebo „krizový stav“ dle zákonů č. 238/2000 Sb., o hasičském záchranném sboru, z.č.239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, z.č. 240/2000 Sb., Krizový zákon, z.č. 241/2000Sb., o hospodářských opatřeních pro krizové stavy, včetně z.č. 320/2002 Sb., o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů, který tyto zákony novelizuje.

Potvrzení o zdravotní způsobilosti dobrovolníka – je jedním ze sady preventivních bezpečnostních opatření v PDZS usilujících o minimalizaci rizik souvisejících s pohybem dobrovolníka v prostorách PZS a s jeho kontaktem s dalšími osobami přítomnými ve zdravotnickém zařízení, přičemž prioritou je ochrana pacientů. V PDZS jsou využívány dvě formy: a) písemné čestné prohlášení dobrovolníka o zdravotní způsobilosti (před zahájením dobrovolnické činnosti a informace o absenci infekčního kontaktu/onemocnění před každým vstupem na oddělení), b) lékařský posudek o zdravotní způsobilosti dobrovolníka pro výkon dobrovolnické služby vyžádaný koordinátorem dobrovolníků v případě potřeby.

Prevence – soubor opatření za účelem předcházení nemocem

- **Primární prevence** – cílem je odhalit případné rizikové faktory, které by se mohly podílet na rozvoji onemocnění v budoucnosti
- **Sekundární prevence** – cílem je detekce již nastartovaného procesu, který by mohl vést k plnému rozvinutí choroby a nastavení včasných opatření a léčby
- **Terciární prevence** – cílem je zabránit progresi již rozvinutého onemocnění a zabránit vzniku postižení trvalého charakteru s negativními dopady na soběstačnost

Preventivní opatření – opatření k odstranění příčiny potenciální neshody nebo jiné potenciální nežádoucí situace

Proces – soubor vzájemně provázaných nebo vzájemně působících činností, které využívají vstupy pro dosažení zamýšleného výsledku/služby. Vstupy do procesu jsou obvykle výstupy jiných procesů a výstupy procesu jsou obvykle vstupy do jiných procesů. Dva nebo více vzájemně provázaných nebo vzájemně působících procesů v řadě lze rovněž označovat jako proces. Každá instituce představuje organizovanou soustavu procesů a činností, které na sebe navzájem navazují, vzájemně interagují, probíhají všemi organizačními jednotkami, reagují na různé podněty přicházející z vnějšího i z vnitřního prostředí.

Programové linie PDZS – definují specifické oblasti a programové zaměření dobrovolnických činností v rámci jednoho PDZS:

- **PDZS v programové linii „A“** je definován jako laická pomoc poskytovaná pacientům k podpoře psychické kondice a jako prevence sociální izolace v důsledku hospitalizace.
- **PDZS v programové linii „B“** je formulována jako laická pomoc při realizaci aktivit zaměřených na podporu zdraví, při osvětových a informačních kampaních.
- **PDZS v programové linii „C“** je definována jako laická pomoc poskytovatelům zdravotních služeb při řešení následků mimořádných situací a přírodních katastrof.

Přijímající organizace – je subjekt/právnícká nebo fyzická osoba/ organizace, pro jejíž potřebu je dobrovolnická služba vykonávána a která přijímá a začleňuje dobrovolníky do své činnosti podle zákona č.198/2002, Sb. O dobrovolnické službě.

Public Relations (PR, vztahy s veřejností) – zahrnují všechny činnosti, jejichž prostřednictvím firma komunikuje se svým okolím a všemi jeho subjekty. Publicitu podporují tiskové konference, diskuse v médiích. Tyto aktivity nejsou placeny firmou a jejich obsah je zpravidla připraven novináři.

Realizační tým PDZS – je seskupení osob, které mají na starost dobrovolnický program ve zdravotnickém zařízení jak po stránce koncepčně rozvojové, tak po stránce organizačně provozní. Cílem aktivit realizačního týmu je zabezpečit stabilní průběh dobrovolnické činnosti aktivním spoluvytvářením podmínek a odstraňováním překážek v procesu přijímání a setrvání adekvátně disponovaných dobrovolníků ve službě. Mezi hlavní členy realizačního týmu PDZS patří:

- **Garant PDZS** – je člen managementu PZS, který prosazuje a podporuje průběh PDZS na úrovni vedení nemocnice a má ho pod svou patronací z hlediska začlenění do organizační struktury a celkové koncepce péče. Podílí se na rozvojové strategii PDZS, prezentuje ho v rámci zdravotnického zařízení i mimo něj.
- **Koordinátor dobrovolníků (KDZS)** – je klíčovou výkonnou osobou v koordinaci PDZS. Zajišťuje první kontakt s dobrovolníky, provádí jejich nábor a výběr, vede administrativu a evidenci PDZS, zajišťuje vzdělávání dobrovolníků, jejich supervize, připravuje a organizačně zajišťuje veškeré dobrovolnické aktivity v rámci PDZS. Úzce spolupracuje se všemi členy realizačního týmu, je „styčným důstojníkem“ mezi dobrovolníky a personálem jednotlivých oddělení PZS.
- **Kontaktní osoba** – je zaměstnancem oddělení, které je zapojeno do PDZS. Je zodpovědná za adekvátní informovanost o PDZS mezi personálem oddělení, připravuje půdu pro dobrovolníky, dohlíží nad správným výběrem dobrovolnických činností a dodržováním pravidel bezpečnosti. Uvádí dobrovolníky na oddělení, poskytuje jim nezbytné informace o provozu oddělení a dává koordinátorovi zpětnou vazbu o fungování programu na oddělení.

- **Manažer kvality a bezpečí PZS** – v realizačním týmu PDZS spolupracuje s KDZS na přípravě a realizaci všech procesů, které by mohly mít negativní dopad na kvalitu a bezpečí zdravotních služeb

Referenční modely – jsou modely vytvořené podle specifických parametrů, relevantních pro danou skupinu subjektů. Referenční model je jejich reprezentantem

Registrační (osobní) karta dobrovolníka v PDZS – je jednotný systém podstatných informací o každém dobrovolníkovi, který je zapojen do určitého typu dobrovolnických aktivit. Slouží k evidenci údajů koordinátorovi dobrovolníků, které potřebuje při organizaci a realizaci PDZS, v redukované podobě má kontaktní údaje na dobrovolníka i kontaktní osoba na oddělení.

Riziko – účinek nejistoty, kladná nebo záporná odchylka od očekávaného

- **Analýza rizika** – proces pochopení povahy rizika a stanovení úrovně rizik
- **Hodnocení rizik** – proces porovnání výsledků analýzy rizik s kritérii rizik k určení, zda riziko nebo jeho velikost je přijatelná nebo tolerovatelná. Hodnocení rizik pomáhá při rozhodování o ošetření rizik
- **Identifikace rizik** – proces hledání, rozpoznávání a popisování rizik, které zahrnuje zjišťování zdrojů rizik, událostí/nehod, jejich příčin a potenciálních následků. Identifikace rizik může zahrnovat údaje z minulého období, teoretickou analýzu, názory znalců a potřeby zainteresovaných stran
- **Kritéria rizika** – referenční hodnoty parametrů, podle kterých se hodnotí závažnost rizika
- **Možnost výskytu, pravděpodobná možnost výskytu** – možnost, že se něco stane. Ať již je tato možnost definována, měřena nebo objektivně či subjektivně, kvalitativně nebo kvantitativně stanovena a popsána s použitím obecných termínů, nebo je vyjádřena matematicky jako je pravděpodobnost nebo četnost za dané časové období
- **Ošetření rizika** – proces pro modifikování (změnu) rizik. Ošetření rizika může zahrnovat 1. vyhnutí se riziku rozhodnutím nezačínat nebo nepokračovat v činnosti, která způsobuje riziko, 2. převzetí nebo zvýšení rizika ve snaze chopit se příležitosti, 3. odstranění zdroje rizika, 4. změnu možnosti výskytu, změnu následků, sdílení rizik s jinou stranou nebo stranami včetně smluv a financování rizika a uchování rizika na základě informované volby
- **Popis rizika** – strukturované formulování rizika, které se skládá zpravidla ze 4 částí: zdrojů, událostí, příčin a následků
- **Postoj k riziku** – přístup organizace k posuzování, případně zabývání se rizikem, spoluúčasti, převzetí nebo odmítání rizika
- **Posuzování rizik** – celkový proces identifikace rizik, analýzy rizik a hodnocení rizik
- **Řízení rizik** – je proces, prostřednictvím kterého jsou analyzovaná současná nebo budoucí rizika tak, aby mohlo dojít k zamezení působení negativních vlivů na daný subjekt. Proces umožňuje navrhovat řešení, jak těmto nežádoucím vlivům a dopadům zabránit
- **Úroveň /stupeň rizika** – velikost rizika vyjádřená jako kombinace následků a jejich možnosti výskytu
- **Vlastník rizika** – osoba nebo entita s odpovědností a pravomocí řídit riziko

Rizikový dobrovolník pro PDZS – je označením pro dobrovolníka, jehož působení v PDZS může být potenciálním rizikem především pro pacienty PZS. Kromě rizik vyplývajících z nedodržení základních kritérií způsobilosti/nezpůsobilosti pro zapojení do PDZS, se jedná zejména o nevhodné motivace k dobrovolnické činnosti, které by mohly vést k manipulativnímu jednání a/nebo k překračování hranic daných pravidly PDZS.

Směrnice PDZS o dobrovolnickém programu – je základním dokumentem, který jasně deklaruje přítomnost dobrovolnického programu v nemocnici a definuje jeho základní postavení v rámci služeb poskytovaných pacientům. Popisuje jeho základní strukturu, systém řízení, kompetence a zodpovědnosti klíčových osob.

Smlouva o dobrovolnické činnosti mezi dobrovolníkem a PZS nebo EDO – je uzavírána mezi dobrovolníkem a vysílající nestátní neziskovou organizací (v případě organizačního režimu akreditovaného programu u MV) nebo přímo mezi dobrovolníkem a nemocnicí, do které dobrovolník dochází. Smlouva vymezuje základní povinnosti obou stran a podmínky výkonu dobrovolnické služby v nemocnici. Součástí smlouvy je podpis mlčenlivosti a kodexu dobrovolníka.

Smlouva o spolupráci mezi PZS a EDO – smlouva se vztahuje k úpravě podmínek spolupráce obou stran při realizaci PDZS. Ve smlouvě by měly být specifikovány parametry týkající se hlavně těch oblastí realizace PDZS, které jsou pro program nezbytné a u kterých si obě smluvní strany musí dohodnout míru participace. Smlouva je nutnou podmínkou pro žádost EDO o akreditaci dobrovolnického programu u MVČR.

Spinální jednotka – je typ specializovaného oddělení, na kterém pokračuje léčba pacientů po úrazech nebo takových onemocněních páteře, která mají zásadní dopad na mobilitu pacienta. Na spinálních jednotkách jsou pacienti již v natolik stabilizovaném stavu, že může začít rehabilitační proces pod odborným dohledem.

Spokojenost uživatele – vnímání uživatele týkající se stupně splnění jeho očekávání

Strategická mapa – představuje diagram umožňující vizualizaci strategie, díky čemuž se strategie stává lépe komunikovatelná. Umožňuje určit a vyvážit strategické priority.

Strategické řízení – je řízení zaměřené na dlouhodobé plánování a směřování organizace. Strategické řízení v organizaci zajišťuje, že se věci nedějí náhodně, ale podle předem naplánovaných, dlouhodobých záměrů.

Strategie – plán k dosažení dlouhodobého nebo celkového cíle

Supervize – je jedním z bezpečnostních prvků PDZS, má funkci podpůrného, vzdělávacího a zpětnovazebného mechanismu

- **Supervize dobrovolníků v PDZS** – je formou podpory dobrovolníků v PDZS. Cílem je umožnit sdílení zkušeností, poskytnout podporu v náročných situacích, přinést nové informace, poznat hranice dobrovolnických i osobních možností a ochránit sama sebe před vyčerpáním. Přináší koordinátorovi a realizačnímu týmu PDZS informace, zda program plní to, k čemu byl určen a zda je bezpečný pro všechny zúčastněné strany. Může mít formu skupinovou nebo individuální
- **Supervize pro koordinátora dobrovolníků** – plní obdobnou funkci, umožňují koordinátorovi sdílet zkušenosti a hledat řešení obdobných situací s kolegy na stejné pozici
- **Supervizor** – odborník, který vede skupinová supervizní setkání supervidovaných osob
- **Smlouva o supervizi (supervizní kontrakt)** – je smlouva mezi supervizorem a realizátorem PDZS (PZS nebo EDO, dle modelu řízení PDZS) uzavřená za účelem definování cílů, obsahu a podmínek provádění supervize
- **Tematický zápis ze supervize** – představuje podchycení důležitých témat, která se objevila na supervizi. Zápis je anonymní, nejedná se o doslovný přepis řečených informací

Salutogeneze – teorie salutogeneze ukazuje, jaký význam má pro udržení zdraví člověka smysl pro integritu a celistvost. Smysl pro integritu (sense of coherence, SOC) zahrnuje tři dimenze: srozumitelnost (comprehensibility), ovladatelnost (manageability), smysluplnost (meaningfulness). SOC vyjadřuje míru důvěry jedince v to, že požadavky vyplývající ze srozumitelných, předvídatelných a smysluplných vnějších podnětů může splnit a stojí proto za jeho úsilí a investici.

Tematický metodický manuál – je dokumentem, který rozšiřuje některá z témat Metodiky a zpracovává je do většího detailu tak, aby mohl sloužit jako návod pro aplikaci a realizaci v praxi.

Tři principy bezpečné dobrovolnické činnosti – jedno ze základních pravidel pro dobrovolníky ve zdravotně sociálních dobrovolnických programech, které vede dobrovolníky k přednostní orientaci: 1) na to co je u pacienta/klienta zdravé, ne na diagnózu a nemoc 2) na přítomný okamžik, ne na minulost nebo budoucnost a prognózu pacienta 3) na činnost, ne na bezprostřední výsledek dobrovolnické činnosti.

Udržitelnost – je vlastnost, která se váže na udržitelný rozvoj programu nebo instituce

Účelnost (Effectiveness) – označuje schopnost produkovat užitek (efekt, účel, produkt). Pojem je nejčastěji používaný v souvislosti s hodnocením schopnosti produkovat požadovaný efekt.

Účinnost – vztah mezi dosaženým výsledkem a použitými zdroji

Vize organizace – představa organizace o tom, čím by se ráda stala, vyjádřena vrcholovým vedením

Výkonnost – je komplexní pojem, který zahrnuje efektivitu, užitečnost, produktivitu, kvalitu pracovního života, inovace, ziskovost

Vysílající organizace – organizace (právní osoba) se sídlem v ČR, která podle zákona č.198/2002, Sb. o dobrovolnické službě získala akreditaci MVČR pro dobrovolnický program a vysílá dobrovolníky do přijímající organizace

Zpětná vazba – poskytuje reflexi na spokojenost uživatele, názory, komentáře, připomínky a vyjádření zájmu o produkt, službu nebo proces. Práce se zpětnou vazbou zahrnuje i vyřizování stížností.

Závazek dobrovolníka – je jádrem dobrovolnické zkušenosti a rozvíjí se až po nějakém čase účasti v programu, v závislosti na tom, co dobrovolníkovi dobrovolnická činnost přináší a v čem vidí její smysl. Se závazkem přímo souvisí předvídatelnost a stabilita činnosti dobrovolníka a jeho vytrvalost v dobrovolnické činnosti.

Zakázkový list – je formulářem, který by měl usnadnit komunikaci mezi koordinátorem a kontaktní osobou na oddělení. Písemné vymezení základních mantinelů dobrovolnických činností na oddělení vede personál k jejich zodpovědnějšímu výběru.

Zooterapie (animoterapie) - je souhrnným termínem pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem. Podle druhu zvířete se může jednat o různé typy zooterapie:

- **Canisterapie/canisasistence** – podpůrná a terapeutická působení za přítomnosti psa
- **Felinoterapie** – zooterapie za přítomnosti koček
- **Hipoterapie léčebné působení koně**

12. Seznam literatury

12.1. Literatura použitá

1. Anderson, N. D., Damianakis, T., Kröger, E., Wagner, L. M., Dawson, D. R., Binns, M. A., Bernstein, S., Caspi, E., Cook, S. L., BRAVO Team. (2014). Benefits associated with volunteering among seniors: a critical review and recommendations for future research. *Psychol Bull*, Vol. 140, No. 6, pp. 1505-33. doi: 10.1037/a0037610.
2. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
3. ASPR. (2016). Assistant Secretary for Preparedness and Response. 2017-2022. *Health Care Preparedness and Response Capabilities*, pp. 70.
4. Boučková, J. a kol. (2003) *Marketing*. Ekon, Jihlava, pp. 18.
5. Casiday, R., Kinsman, E., Bamba, C. (2008). *Volunteering and Health: What Impact Does It Really Have? Report to Volunteering England 2008*, University of Wales.
6. Dingle, A. et al. (2001). *Measuring Volunteering: A Practical Toolkit*. The Independent Sector Research Program. Independent Sector. ISBN 0-929556-09-7.
7. Dolnicar, S., Randle, M. (2007). What Motivates Which Volunteers? *Voluntas*, No. 18, pp. 135-155.
8. Epstein, M. J., Yuthas K. (2014). *Measuring and Improving Social Impacts: A Guide for Non-profits companies, and Impact Investors*; BK Business.
9. Ewles L, Simnett I. (2003). *Promoting health; a practical guide*. 5. London: Bailliere Tindall Elsevier Limited; 2003, pp. 368.
10. Ewles, L., Simnett, I. (2003). *Promoting health: a practical guide* Royal College of Nursing, Edinburgh: Baillière Tindall, 2003.
11. Fisher, J. C., Cole, K. M. (1993). *Leadership and Management of Volunteer Programs: A Guide for Volunteer Administrators*. Jossey-Bass Publisher, San Francisco 1993. In: Adams, C. H.; Shepherd, G. J.: *Managing Volunteer Performance: Face Support and Situational Features as Predictors of Volunteers' Evaluations of Regulative Messages*. *Management Communication Quarterly*, Vol. 9 No. 4, pp. 363-368, ABI/INFORM Global 1996.
12. Frič, P. (2001). *Dárcovství a dobrovolnictví v České republice (výsledky výzkumu NROS a Agnes)*. NROS, Agnes, Praha, 2001.
13. Grimm, R., Spring, K., Dietz, N. (2007). *The Health Benefits of Volunteering: A Review of Recent Research*. Corporation for National and Community Service, Office of Research and Policy Development, Washington DC 2007.
14. Hazdra, A. (2013). *Skvělé služby: jak dělat služby, které vaše zákazníci nadchnou*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013, pp. 160. ISBN 978-80-247-4711-8.
15. Hazdra, A. (2014). *K čemu je design služeb?: 10 případovek z veřejné sféry*. Překlad David Šmehlík, Julie Tomaňová, Adam Hazdra. Brno: Flow, 2014, pp. 91. ISBN 978-809-0548-039. Dostupné z http://eknihy.knihovna.cz/static/files/k_cemu-je-design-sluzeb-10-pripadovek-z-verejne-sfery.pdf
16. Hartenian, L. S., Lilly, B. (2009). Egoism and Commitment: A Multidimensional Approach to Understanding Sustained Volunteering. *Journal of Managerial Issues*, Vol. 21 No. 1, pp. 97-118.
17. Hlaváčková, E., Urbanová, J., Škvrňáková, J. (2015). *Herní terapie v českých nemocnicích*, *Pediatric pro praxi*, Vol. 16, No. 3. www.pediatricpropraxi.cz.
18. Ilsley, P. J. (1990). *Enhancing the Volunteer Experience*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
19. IDEO. HCD. (2013). *Design zaměřený na člověka*. Brno: Flow, 2013. ISBN978-80-905480-1-5. Dostupné z <http://eknihy.knihovna.cz/statistic/files/hcd-design-zamereny-na-cloveka.pdf>
20. Jakubíková, D. (2008). *Strategický marketing Strategie a trendy*. Grada, Praha, pp. 126.
21. Kříž J. (2008). *Podpora zdraví – vývoj a perspektivy*. Státní zdravotní ústav, Praha, pp. 19-22. <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2008/01/06.pdf>
22. Kučera Z., Havelková J. (2005). *Podpora zdraví: vývoj teoretických základů*. *Zdr ČR*, Vol. 8, No. 3, pp. 89-91.

23. Kubler-Ross, E. (2015). O smrti a umírání. Přeložené: Jiří Královec, Portál, 2015, vyd. druhé, přepracované. ISBN 978-80-262-0911-9. <https://www.kosmas.cz/knihy/212097/o-smrti-a-umirani/>
24. Maslow, A. H. (2014). O psychologii bytí. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
25. Mellow, M. (2007). Hospital Volunteers and Carework. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, Vol. 44, No. 4, pp. 451-467.
26. Meredith Belbin, R. (2012). Týmové role v práci. Překlad Pavel Procházka, vyd.1., Praha: Wolters Kluwer Česká republika 2012, ISBN: 978-80-7357-892-3.
27. Modeste, N. N. (1995). Dictionary of Public Health Promotion and Education : Terms and Concepts. SAGE. ISBN 10: 0761900020. ISBN 13: 9780761900023.
28. Morrow-Howell, N., Hong, S.-I., Tang, F. (2009). Who Benefits from Volunteering? Variations in Perceived Benefits. *The Gerontologist*, Vol. 49, No. 1, pp. 91-102.
29. MZ ČR. (1997). The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/2016/01/P%C5%99%C3%ADloha_2_V%C3%ADde%C5%88sk%C3%A1_doporu%C4%8Den%C3%AD_nemocnic%C3%ADm_cz.pdf
30. MZ ČR. (2016). Global HPH Strategy 2016-2018.
31. MZ ČR. (2020). Global HPH Strategy 2021-2025.
32. Pelsmacker, D., Geuens, M., Van den Berg, J. (2009). Marketingová komunikace. Grada, Praha, pp. 26.
33. Proulx, C. M., Curl, A. L., Ermer, A. E. (2018). Longitudinal Associations Between Formal Volunteering and Cognitive Functioning, Vol. 73, No. 3, pp. 522-531. doi: 10.1093/geronb/gbx110.
34. Sivesind, K. H., Kamerade, D., Bennett, M. (2015). Unemployment, Volunteering, Subjective Well-Being and Mental Health. *Third Sector Impact*.
35. Sivesind, K. H. (2015). Assessing the impact of the third sector in Europe. From concept to metrics. Progress on indicators and methods. Third sector impact project Policy Brief no. 02/2015.
36. Simsa, R., Rauscher, O., Schober, C., Moder, C. (2014). Methodological Guideline for Impact Assessment. *Third Sector Impact*.
37. Skoglund, A. G. (2006). Do Not Forget About Your Volunteers: A Qualitative Analysis of Factors Influencing Volunteer Turnover. *Health & Social Work*, Vol. 31, No. 3, pp. 217-220.
38. Svatošová, M. (2008). Hospice a umění doprovázet, 6. vydanie, str. 124. ISBN 978-80-7195-307-4.
39. Szulc, M., and Parchem, K. (2014). The structure of values and sense of coherence hospice volunteers. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*, Vol. 6, No. 2, pp. 89-94.
40. Šaling, S., Ivanová-Šalingová, M., Maníková, Z. (2008). Velký slovník cudzích slov, 5. vydanie, Bratislava, 2008.
41. Tošner, J., Sozanská, O. (2002, 2006). Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích. Portál, Praha, 1. vyd.2002, 2. vyd.2006.
42. Volonteuropé. (2018). Measuring the impact of volunteering, pp. 54.
43. WHO. (1997). The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. In: WHO Regional Office for Europe. Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators. [online]. Report on the third workshop. Vienna, Austria [cit.13.2.2021]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108045/E56785.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
44. World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion [cit.13.2.2021]. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

Samostatné odkazy na weby:

www.zdravamesta.cz
www.podnikpodporujicizdravi.cz
<http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi>
www.hphnet.org
<https://www.mzcr.cz/program-hph-v-cr/>
<https://www.hphnet.org/standards/>
<https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals>,
<http://www.kojeni.cz/maminkam/bfh/seznam-bfh-nemocnic/>
<https://www.mzcr.cz/nekuracke-nemocnice/>, <https://www.slzt.cz/nekuracke-nemocnice>
<https://patientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=databaze-organizaci>

<https://www.zdravotnickydenik.cz/2020/07/ministerstvo-zdravotnictvi-chce-zlepsit-zdravotni-gramotnost-spustilo-narodni-zdravotni-informacni-portal/>
<https://www.nemocnicnikaplan.cz/>
<https://www.mzcr.cz/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb-2/>
<https://efqm.org>
<https://isqua.org>
<https://www.mzcr.cz/resortni-bezpecnostni-cile/>
<https://www.psychiatrie.cz/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>
<https://www.reformapsychiatrie.cz/>
<https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>
www.picker.org
<https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/mickovani-mickova-facilitace-dle-zdeny-jebave>
<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160107021131/http://www.ons.gov.uk/ons/rel/wellbeing/household-satellite-accounts/valuing-voluntary-activity-in-the-uk/art--valuing-voluntary-activity-in-the-uk.html>
http://www.volunteerscotland.net/media/159023/good_practice_guide_-_measuring_the_impact_of_volunteering.pdf
<https://www.reformapsychiatrie.cz/>

12.2. Literatura doporučená

1. Ahn, S., Phillips, K. L., Smith, M. L., Ory, M. G. (2011). Correlates of volunteering among aging Texans: the roles of health indicators, spirituality, and social engagement. *Maturitas*, Vol. 69, No. 3, pp. 257-62. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.04.002. Epub 2011 May 20.
2. ASPR. (2016). Assistant Secretary for Preparedness and Response. 2017-2022 Health Care Preparedness and Response Capabilities, pp. 70.
3. Bekkers, R. (2002). Participation in Voluntary Associations: Resources, Personality, or Both? Utrecht 2002. <http://www.fss.uu.nl/soc/home/bekkers>
4. Boyle, D., Crilly, T., Malby, B. (2017). Can volunteering help to create better health and care? Commissioned by the Help Force fund. https://www.lsbu.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0003/138090/8June_457-1617-SCH-HSC-Volunteering-Review-V4.pdf
5. Brown, E. (1999). Assessing the Value of Volunteer Activity. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, Vol. 28, No. 1, pp. 3-17. doi:10.1177/0899764099281001
6. Craig-Lees, M., Hartus, J., Lau, W. (2008). The Role of Dispositional, Organizational and Situational Variables in Volunteering. *Journal of Nonprofit and Public Sector Marketing*, Vol. 19, No. 2, The Haworth Press 2008.
7. ČSN EN ISO 9000. Systémy managementu kvality – Základní principy a slovník, Praha: UNMZ, 2016
8. ČSN EN ISO 9001. Systémy managementu kvality – Požadavky, Praha: UNMZ, 2016
9. ČSN EN ISO 31000. Management rizik – Směrnice, Praha: UNMZ, 2018
10. TNI 01 0350. Management rizik – Slovník (pokyn 73), Praha: UNMZ. 2010
11. ČSN ISO 10006. Management kvality – Směrnice pro management kvality v projektech, Praha: UNMZ 2019
12. ČSN EN ISO 19011. Směrnice pro auditování systémů managementu. Praha: UNMZ, 2019.
13. Dingle, A. et al. (2001). *Measuring Volunteering: A Practical Toolkit*. The Independent Sector Research Program. Independent Sector. ISBN: 0-929556-09-7
14. Dostál, J. (2020). Revealed value of volunteering: A volunteer centre network. *Annals of Public and Cooperative Economics*, Vol. 91, No. 2, pp. 319-345. <https://doi.org/10.1111/apce.12271>
15. Dvořáček, J. (2003). *Interní audit a kontrola (2. přepracované a doplněné vydání)*. Praha: vydavatelství C. H. Beck. ISBN: 978-80-7179-805-3
16. Epstein, M. J., Yuthas K. (2014). *Measuring and Improving Social Impacts: A Guide for Non-profits companies, and Impact Investors*, BK Business.
17. Eriksson, M., Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal Epidemiol Community Health*, Vol. 61, No. 11, pp. 938-944. doi: 10.1136/jech.2006.056028. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465600/>
18. Fiala, A. a kol. (2011). *Management procesů*. Praha: Verlag Dashöfer, pp. 58. ISBN: 1802- 1697.

19. Foster, R. (2013). Office for National Statistics. Household Satellite Accounts – Valuing Voluntary Activity in the UK.
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_345918.pdf
20. Handy, F., Srinivasan, N. (2005). The Demand for Volunteer Labor: A Study of Hospital Volunteers. Dostupné z: http://repository.upenn.edu/spp_papers/44
21. Handy, F., Srinivasan, N. (2004). Valuing Volunteers: An Economic Evaluation of the Net Benefits of Hospital Volunteers. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, Vol. 33, No. 1, pp. 28-54. doi:10.1177/0899764003260961
22. Handy, F., Mook, L. (2011). Volunteering and Volunteers: Benefit-Cost Analyses. *Research on Social Work Practice*, Vol. 21, No. 4, pp. 412-420. doi:10.1177/1049731510386625
23. Hotchkiss, R. B., Unruh, L., Fottler, M. D. (2014). The Role, Measurement, and Impact of Volunteerism in Hospitals. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, Vol. 43, No. 6, pp. 1111-1128. doi: 10.1177/0899764014549057nvsq.sagepub.com
24. Hotchkiss, R. B. (2007). Valuing Volunteers: The Impact Of Volunteerism On Hospital Performance. *Electronic Theses and Dissertations, 2004-2019*. 3210. <https://stars.library.ucf.edu/etd/3210>
25. Jiang, D., Warner, L. M., Chong, A. M., Li, T., Wolff, J. K., Chou, K. L. (2021). Benefits of volunteering on psychological well-being in older adulthood: evidence from a randomized controlled trial. *Aging Ment Health*, Vol. 25, No. 4, pp. 641-649. doi: 10.1080/13607863.2020.1711862.
26. Jůn, H. (2010). *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*, 1. vydání, Praha, Portál. ISBN 978-80-7367-590-5
27. Kafka, T. (2009). *Průvodce pro interní audit a risk management*. Praha: vydavatelství C. H. Beck. ISBN: 978-80-7400-121-5
28. Katz, J., Peberdy, A. (1997). *Promoting Health – Knowledge and Practice*. London: Open University.
29. Kopřiva, K. (2006). *Lidský vztah jako součást profese*, 5. vydání, Praha, Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6
30. Kruliš, J. (2011). *Jak vítězit nad riziky*. Praha: Linde, 2011, ISBN 978-80-7201-835-2
31. Líbal, M. (2020). *Sociální faktory a aktivity ovlivňující míru kognitivního stárnutí – analýza dat studie SHARE*. Diplomová práce, Přírodovědecká fakulta UK, katedra demografie a regionálního rozvoje.
32. Yi-Ling, Wu, Tsai-Wen, Lin, Shih-Chih Wang, S. (2019). How Do Volunteer's Experiences of Organizational Facilitators Influence Their Satisfaction and Loyalty: An Example of Hospital Volunteers. *Voluntas; Baltimore*, Vol. 30, No. 5, pp. 1104-1117. DOI:10.1007/s11266-019-00096-6
33. KESS (2020). The role of the hospice volunteer in community settings.
http://www.niassembly.gov.uk/globalassets/documents/raise/knowledge_exchange/briefing_papers/series3/draper060214.pdf
34. Morrow-Howell N. Volunteering in later life: research frontiers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, Vol. 65, No. 4, pp. 461-9. doi: 10.1093/geronb/gbq024. Epub 2010 Apr 16. PMID: 20400498.
35. MZ ČR. (2016). *Global HPH Strategy 2016 – 2018*: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/11323/36833/Global_Strategy%202016-2018%20A4.pdf
36. MZ ČR. (2020). *Global HPH Strategy 2021-2025. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services; 2020*.
37. Mundle, C., Naylor C., Buck, D., Weeks, L.. (2012). *Volunteering in health and care in England. The King's Fund*.
38. Nappo, N., Fiorillo, D. (2020). Volunteering and self-perceived individual health: Cross-country evidence from nine European countries. *International Journal of Social Economics*, Vol. 47 No. 3, pp. 285-314. <https://doi.org/10.1108/IJSE-11-2017-0548>
39. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030*. str. 10. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>, <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>
40. *Nevládní organizace Business for Social Responsibility, Evropská unie, Zelená kniha 2001*
<https://www.narodniportal.cz/spolecenska-odpovednost-organizaci/csr-v-cr/>
41. Nerandžič, Z. (2006). *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit* s. 67, 68 Pra. ha: Albatros. ISBN 80-00-01809-8
42. Novák, T. (2008). *Hodnota dobrovolné práce*. Doktorská disertační práce, Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta podnikohospodářská, obor Podniková ekonomika a management.

43. Pelikan, J. M., Krajic K, Dietscher C. (2001). The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, Vol. 45, pp. 239–243.
44. Průvodce reformou psychiatrické péče. 2019. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf
45. Psychiatrická společnost ČLS JEP. Česká psychiatrická společnost, z.s., <https://www.psychiatrie.cz/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>
46. Puffer, S. M., Mendl, J. R. (1992). The Congruence of Motives and Incentives in a Voluntary Organization. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 13, No. 4., pp. 425-434. ABI/INFORM Global 1992.
47. Ripamonti, C. A., Pasquarelli, L., Ravasi, S. et al. (2017). Dropout of Hospital Volunteers in Italy. *Voluntas*. Vol. 28, pp. 44–68. <https://doi.org/10.1007/s11266-016-9769-1>.
48. Ross, D. (1992). Managing Volunteers: When a Carrot is not Paychecque. *CMA: The Management Accounting Magazine*, Vol. 66, No. 9, pp. 30-31. In: Adams, C. H.; Shepherd, G. J.: *Managing Volunteer Performance: Face Support and Situational Features as Predictors of Volunteers' Evaluations of Regulative Messages*. *Management Communication Quarterly* Vol. 9 No. 4, p. 363-368, ABI/INFORM Global 1996.
49. Rosato, M., Tseliou, F., Wright, D. M. et al. Are volunteering and caregiving associated with suicide risk? A Census-based longitudinal study. *BMC Psychiatry*, Vol 19, No. 296. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2255-8>
50. Russell, J. P. (2013). *The ASQ auditing handbook: principles, implementation, and use*. 4th ed. Milwaukee, Wis.: ASQ Quality Press. ISBN 978-0873898478.
51. Schwingel, A., Niti, M. M., Tang, C., Ng. T. P. (2009). Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. *Age Ageing*, Vol. 38, No. 5, pp. 531-537. doi: 10.1093/ageing/afp089.
52. Simsa, R., Rauscher, O., Schober, C., Moder, C. (2014). Methodological Guideline for Impact Assessment. *Third Sector Impact*, pp. 54. https://thirdsectorimpact.eu/site/assets/uploads/post/methodological-guideline-impact-assessment/TSI_WorkingPaper_012014_Impact.pdf
53. Sivesind, K. H., Kamerade, D. and Bennett, M. (2015). Unemployment, Volunteering, Subjective Well-Being and Mental Health. *Third Sector Impact*.
54. Sivesind, K. H. (2015). Assessing the impact of the third sector in Europe. From concept to metrics. Progress on indicators and methods. *Third sector impact project Policy Brief no. 02/2015*.
55. Slowik, J. (2010). *Komunikace s lidmi s postižením*, 1. vydání, Praha, Portál. ISBN 978-80-7367-691-9
56. The Guardian. (2020). NHS says coronavirus volunteer scheme taking time to get up to speed. <https://www.theguardian.com/society/2020/apr/10/nhs-coronavirus-volunteer-ionger-than-expected>.
57. *Terapie a asistenční aktivity lidí za pomoci zvířat: odborná konference s mezinárodní účastí: sborník příspěvků: ČZU v Praze 16.-17. dubna 2008, vyd. 1. v Praze: Česká zemědělská univerzita, 2008, 119 s. ISBN 978-80-213-1773-4.*
58. Úlehla, I. (2007). *Umění pomáhat*, 2. vydání, Praha, SLON. ISBN 978-80-86429-36-6
59. <http://ojarovi.blogspot.cz/2010/08/piktogramy.html>
60. Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annual Review of Sociology* No. 26, pp. 215-240, ProQuest Psychology Journals, 2000.
61. Velemínský, M. (2007). *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. ISBN 978-80-7322-109-6

Přílohy

Administrativa PDZS

Dokumentace související s řízením PDZS obecně

- Dokument „Dobrovolnický program“/Etický kodex PDZS
- Základní osnova „Projekt realizace PDZS“ v různých fázích vývoje
- Smlouva o spolupráci mezi PZS a EDO
- Smlouva o supervizi mezi PZS a supervizorem
- Směrnice/vnitřní předpis o realizaci PDZS
- Dokumentace související s K+B PDZS
- Parametry pojistné smlouvy PDZS
- Manuál pro zapojení dobrovolníků při mimořádných situacích

Dokumenty vztahující se ke konkrétnímu dobrovolníkovi

- Obsah motivačního dopisu/dotazníku pro zájemce o dobrovolnickou činnost
- Smlouvy o výkonu pravidelné dobrovolnické činnosti mezi dobrovolníkem a PZS a její přílohy (Mlčenlivost, Etický kodex, Potvrzení o zdravotní způsobilosti)
- Registrační (osobní) karta dobrovolníka a její verze
- Identifikace dobrovolníka
- Osvědčení o absolvované dobrovolnické činnosti v PDZS
- Osvědčení o absolvovaných školeních dobrovolníka v PDZS

Dokumenty související s koordinací PDZS uvnitř PZS

- Zakázkový list dobrovolnických činností v PDZS
- Popis a charakteristika dobrovolnické činnosti na oddělení
- Obsah informačního manuálu dobrovolníka
- Docházkový list dobrovolníka
- Informovaný souhlas rodinného příslušníka/zákonného zástupce s účastí pacienta v PDZS
- Prezenční listiny u dobrovolnických akcí
- Doporučená obsahová struktura pracovních setkání a zápisů z jednání
- Přehled dotazníků pro získávání zpětných vazeb v PDZS

Tematické manuály

TM 1 – Organizace a modely řízení PDZS

TM 2 – Fáze realizace PDZS

TM 3 – Výběh a školení nových dobrovolníků

TM 4 – Dobrovolnická činnost pro dětské pacienty

TM 5 – Dobrovolnická činnost pro dospělé pacienty na standardních a specializovaných odděleních

TM 6 – Dobrovolnická činnost na onkologii, v hospicové a paliativní péči

TM 7 – Dobrovolnická činnost v oblasti péče o duševní zdraví

TM 8 – Zooterapie – dobrovolnická činnost v rámci PDZS

TM 9 – Organizace firemního dobrovolnictví v rámci PDZS

TM 10 – Zapojení dobrovolníků do aktivit v mimořádných situacích

TM 11 – Dobrovolnická činnost v osvětě a v programech podpory zdraví

TM 12 – Průvodce kvalitou a bezpečím PDZS

TM 13 – Evaluace a efektivita PDZS

TM 14 – Komunikační strategie PDZS

TM 15 – Koordinace dobrovolnického programu v rámci aktivit podpůrné péče