



Metodika dobrovolnictví ve zdravotnictví

Srpen 2023

Autorský kolektiv:

MUDr. Ivana Štverka Kořínková

MUDr. Věra Chaloupková, prof. Ing. Beáta Gavurová, PhD. MBA,

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

Obsah

PŘEHLED POUŽÍVANÝCH ZKRATEK	6
ÚVOD	8
1. VÝZNAM PROGRAMU DOBROVOLNICTVÍ VE ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH	13
1.1. Definice dobrovolníka a dobrovolnické činnosti ve zdravotnictví	13
1.2. Přínos dobrovolnictví ve zdravotnictví	14
1.2.1. Přínos PDZS pro pacienty	14
1.2.2. Přínos pro systém a poskytovatele zdravotních služeb	15
1.2.3. Přínos pro dobrovolníky a pro veřejnost	15
2. ZÁKLADNÍ PODMÍNKY A PRAVIDLA PDZS	16
2.1. Role managementu PZS při realizaci PDZS	16
2.1.1. Program dobrovolnictví ve zdravotních službách	16
2.1.2. Politika kvality PDZS	17
2.2. Kritéria způsobilosti dobrovolníka k činnosti v PDZS	17
2.3. Pravidla související s programovými liniemi PDZS	17
2.3.1. Pravidla PDZS v linii „A“	17
2.3.2. Pravidla PDZS v oblasti linie „B“	18
2.3.3. Pravidla PDZS v oblasti linie „C“	19
2.3.4. Pravidla PDZS v oblasti linie „D“	20
2.4. Pozice dobrovolníků ve vztahu k odborným profesím ve zdravotnictví	20
2.4.1. Vymezení pozice dobrovolníka vůči zdravotnickým a nezdravotnickým profesím	21
2.4.2. Vymezení pozice dobrovolníka ve vztahu ke studentům a stážistům na odborné praxi	21
2.5. Pozice PDZS ve vztahu k podpůrné péči u PZS	22
2.6. Pozice PDZS v projektech podpory zdraví	23
2.7. PDZS ve vztahu k aktivitám pro pacienty realizovanými externími organizacemi	24
2.7.1. PDZS a patientské organizace	24
2.7.2. Zapojení dalších nestátních neziskových organizací, škol a institucí	24
2.7.3. Koordinace a řízení podpůrných aktivit realizovaných externími organizacemi	25
3. ORGANIZACE A SYSTÉM ŘÍZENÍ PDZS	26
3.1. Podpora managementu PZS při realizaci a rozvoji PDZS	26
3.1.1. Začlenění PDZS do organizační struktury a strategického plánování PZS	26
3.1.2. Identifikace bariér a hodnocení faktorů ovlivňujících realizaci PDZS	28
3.1.3. Informování personálu o PDZS	28
3.2. Modely řízení PDZS	28
3.2.1. Interní model řízení PDZS	29
3.2.2. Model řízení PDZS ve spolupráci PZS a EDO	29
3.2.3. Kombinovaný model řízení PDZS	31
3.2.4. Výhody, limity a rizika jednotlivých modelů řízení PDZS	31
3.3. Fáze realizace PDZS	31
3.3.1. Rozjezdová fáze PDZS	31

3.3.2.	Stabilizační fáze PDZS	32
3.3.3.	Fáze rutinní realizace a rozvoj PDZS	32
3.4.	Dobrovolnické centrum u PZS	33
4.	REALIZAČNÍ TÝM PDZS	34
4.1.	Složení realizačního týmu PDZS	34
4.2.	Koordinátor dobrovolníků PDZS	35
4.2.1.	Náplň práce KDZS	35
4.2.2.	Kvalifikace a osobnostní předpoklady pro pozici KDZS	37
4.2.3.	Vzdělávání, supervize a metodická podpora KDZS	38
4.3.	Garant PDZS	38
4.4.	Kontaktní osoby PDZS	39
4.5.	Manažer kvality zdravotních služeb	40
4.6.	Koordinátor dobrovolníků EDO	41
4.7.	Spolupracující členové realizačního týmu	41
4.7.1.	Spolupráce KDZS s tiskovým oddělením PZS	41
4.7.2.	Spolupráce KDZS s manažerem pro krizové řízení PZS	42
5.	PROCESY REALIZACE PDZS	43
5.1.	Informování personálu PZS o PDZS	44
5.2.	Analýza potřeb	44
5.2.1.	Výběr vhodných oddělení a pracovišť pro PDZS	44
5.2.2.	Výběr vhodných dobrovolnických činností	45
5.3.	Příprava PDZS dle požadavků kvality a bezpečí	46
5.4.	Propagace PDZS a oslovení veřejnosti	46
5.5.	Nábor nových dobrovolníků	47
5.6.	Vstupní pohovor	47
5.7.	Školení dobrovolníků v PDZS	47
5.8.	Administrativa PDZS	48
5.9.	Vstup dobrovolníků na oddělení a zahájení činnosti	49
5.10.	Vedení a podpora dobrovolníků	49
5.11.	Hodnocení kvality a bezpečí PDZS	51
5.12.	Evaluační a efektivita PDZS	51
6.	TYPY DOBROVOLNICKÝCH ČINNOSTÍ A PRACOVIŠŤ PRO PDZS	52
6.1.	Typy dobrovolnických činností	52
6.1.1.	Dobrovolnická činnost podle programové linie PDZS	52
6.1.2.	Dobrovolnické činnosti individuální a skupinové	52
6.1.3.	Dobrovolnické činnosti pravidelné a jednorázové	52
6.1.4.	Dobrovolnické činnosti nespecifické a specifické	53
6.2.	Typy pracovišť pro realizaci PDZS	54

7. KVALITA A BEZPEČÍ PDZS	56
7.1. Systémy hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb u PZS	56
7.1.1. Legislativa a povinnosti PZS v oblasti K+B ZS	56
7.1.2. Externí hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb	57
7.1.3. Další modely systému řízení kvality zdravotních služeb	57
7.2. Hodnocení kvality a bezpečí PDZS	57
7.2.1. Způsoby hodnocení kvality a bezpečí PDZS	58
7.2.2. Systém práce s riziky v hodnocení kvality PDZS	59
7.2.3. Propojení hodnocení K+B PDZS do systému řízení kvality zdravotních služeb	60
7.3. Dokumentace systému řízení kvality a bezpečí PDZS	60
8. EVALUACE A EFEKTIVITA PDZS	61
8.1. Evaluace PDZS	61
8.1.1. Přínos, principy a základní parametry evaluace PDZS	61
8.1.2. Dvě úrovně evaluace PDZS	62
8.1.3. Nástroje a metody evaluace PZS	63
8.1.4. Systematické měření procesů PDZS	65
8.2. Efektivita PDZS	66
8.2.1. Měření a hodnocení efektivity PDZS	66
8.2.2. Udržitelnost PDZS	67
9. EKONOMIKA A FINANCOVÁNÍ PDZS	68
9.1. Základní parametry ekonomické rozvahy v realizaci PDZS	68
9.2. Náklady na PDZS	68
9.3. Finanční zdroje pro realizaci PDZS	71
9.3.1. Dotační tituly pro PDZS	71
9.3.2. Fundraising a sponzoring v realizaci PDZS	71
10. PŘEHLED SOUVISEJÍCÍ LEGISLATIVY	73
10.1. Prameny mezinárodního práva	73
10.1.1. Mezinárodní smlouvy, které jsou součástí českého právního řádu	73
10.2. Prameny práva Evropské unie	73
10.3. Prameny vnitrostátního práva	73
10.3.1. Zákony	73
10.3.2. Podzákoné právní předpisy	74
10.4. Usnesení vlády	74
10.5. Věstníky MZ	74
10.6. Další mezinárodní dokumenty s vazbou na PDZS	75
11. POUŽITÁ LITERATURA	76
12. SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ	84
13. SLOVNÍK POJMŮ	85

14.	PŘÍLOHY	90
14.1.	Administrativa PDZS	90
14.2.	Tematické manuály – přehled samostatných příloh	91

Přehled používaných zkratk

ADM	Administrativa PDZS
ARO/KARIM	Anesteziologicko resuscitační oddělení/Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CSR	Corporate Social Responsibility (společenská odpovědnost firem)
DC PZS	Dobrovolnické centrum poskytovatele zdravotních služeb
DIOP	Dlouhodobá intenzivní a ošetrovatelská péče
EDO	Externí dobrovolnická organizace
FB	Facebook
HPH	Mezinárodní projekt Nemocnice a zdravotnická zařízení podporující zdraví (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services)
ISO	International Organization for Standardization (Mezinárodní organizace pro normalizaci)
ISQua	International Society for Quality of Health Care (Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví)
JIP	Jednotka intenzivní péče
KCPA	Koordinační centrum podpůrných aktivit
KDZS	Koordinátor dobrovolníků ve zdravotních službách
KD EDO	Koordinátor dobrovolníků v EDO
K+B PDZS	Kvalita a bezpečí programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
K+B ZS	Kvalita a bezpečí zdravotních služeb
NIP	Následná intenzivní péče
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
MV	Ministerstvo vnitra České republiky
MZ	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PDZS	Program dobrovolnictví ve zdravotních službách
PR	Public Relations / vztahy s veřejností
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
QMS	Quality Management System (systém řízení kvality)
RBC	Resortní bezpečnostní cíle
SŠ	Střední škola
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TIS	Tiskové oddělení PZS
TM	Tematický manuál
THP	Technicko-hospodářský provoz
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZS	Zdravotní služby
ZTM	Základní text metodiky PDZS

Zkratky a názvy tematických manuálů:

TM1	Organizace a modely řízení programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM2	Fáze realizace programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM3	Výběr, školení a podpora dobrovolníků v programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
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 v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM9	Firemní dobrovolnictví v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM10	Zapojení dobrovolníků ve zdravotnictví v mimořádných situacích
TM11	Dobrovolnická činnost v podpoře zdraví
TM12	Průvodce kvalitou a bezpečím programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM13	Evaluace a efektivita programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM14	Komunikační strategie v programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM15	Integrovaná koordinace podpůrných programů a aktivit ve zdravotnictví

Úvod

Dobrovolnictví v českém zdravotnictví má u nás v porovnání s vyspělými zeměmi poměrně krátkou historii, ale přesto se v posledních dvou desetiletích osvědčilo jako prvek, který zlepšuje psychosociální situaci pacientů, podporuje interpersonální komunikaci, přispívá ke zlepšení celkové atmosféry a je celkově vnímáno jako přínosné. Bezpečné zapojení dobrovolníků do podpůrných procesů v péči o pacienty ve strukturovaném zdravotnickém prostředí vyžaduje jasně a odborně nastavená pravidla, která umožní doplnit profesionálně řízenou a poskytovanou zdravotní péčí o lidskou podporu a pomoc realizovanou dobrovolníky.

Předkládaná „Metodika dobrovolnictví ve zdravotnictví“ (Metodika) reaguje na aktuální situaci, kdy řada potřeb pacientů i poskytovatelů zdravotních služeb (PZS) může být naplňována formou dobrovolnické činnosti a zároveň v této oblasti nebyly některé podstatné parametry pro dobrovolnickou činnost ve zdravotnictví dostatečně definovány. Metodika vychází z rámce dvou předchozích metodických doporučení MZ [66] [67] a z dosavadních praktických zkušeností s fungováním a řízením programů dobrovolnictví ve zdravotních službách [113]. Především však reflektuje a využívá výstupy z projektu MZ „Efektivizace systému nemocniční péče v ČR prostřednictvím dobrovolnické činnosti, reg. č. CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_018/0007517, spolufinancovaného Evropskou unií z Evropského sociálního fondu v rámci Operačního programu Zaměstnanost realizovaného v letech 2019-2023.

Metodika definuje základní parametry bezpečného a kvalitního programu dobrovolnictví ve zdravotních službách (PDZS), které je potřeba nastavit uvnitř zdravotnického zařízení, ať už si PDZS řídí sám poskytovatel nebo se tak děje ve spolupráci s externí dobrovolnickou organizací (EDO). Metodika obsahuje zcela nově zpracovaná témata k řízení kvality a bezpečí PDZS v kontextu řízení kvality a bezpečí zdravotních služeb, doporučení pro práci s riziky v PDZS a také nový evaluační systém jako prostředek k internímu řízení PDZS a k měření jeho efektivity. Tato témata byla navržena a zpracována týmem expertů a diskutována v rámci pilotní fáze výše uvedeného projektu se zapojenými PZS. Nově jsou v Metodice zpracována pravidla pro spolupráci s patientskými organizacemi, zapojení dobrovolníků v oblasti podpory zdraví a v mimořádných situacích. Podrobněji jsou rozpracována také doporučení pro řízení dobrovolnických aktivit ve specializovaných oblastech péče, jako je např. péče o duševně nemocné nebo oblast hospicové a paliativní péče, realizace zooterapie a firemního dobrovolnictví ve zdravotnictví.

Předkládaná verze Metodiky je určena primárně pro PZS, především pro koordinátory dobrovolníků ve zdravotních službách (KDZS), garanty PDZS a další členy realizačních týmů, kteří se na řízení PDZS podílejí, manažerů kvality ZS se týkají zejména informace související se zajištěním kvality a bezpečí PDZS. Metodika není určena přímo dobrovolníkům, písemné materiály jim určené si tvoří koordinátoři dobrovolníků dle specifických podmínek svých programů.

Metodiku tvoří tři typy dokumentů:

- **Základní text metodiky (ZTM)** je dokumentem, který popisuje pravidla realizace PDZS v jeho jednotlivých procesech.
- **Administrativa PDZS (ADM)** je přehledem dokumentů potřebných pro realizaci PDZS, které jsou zpracované ve formě doporučeného rámcového obsahu, vzorového textu nebo formuláře. Část dokumentů je základních, část volitelných.
- **Sada 15 samostatných tematických manuálů (TM)**, které detailněji zpracovávají specifická témata PDZS včetně příkladů dobré praxe pro vybranou oblast. Tyto dokumenty jsou výběrové a volitelné dle zaměření konkrétních PDZS.

Realizace PDZS probíhá ve dvou etapách:

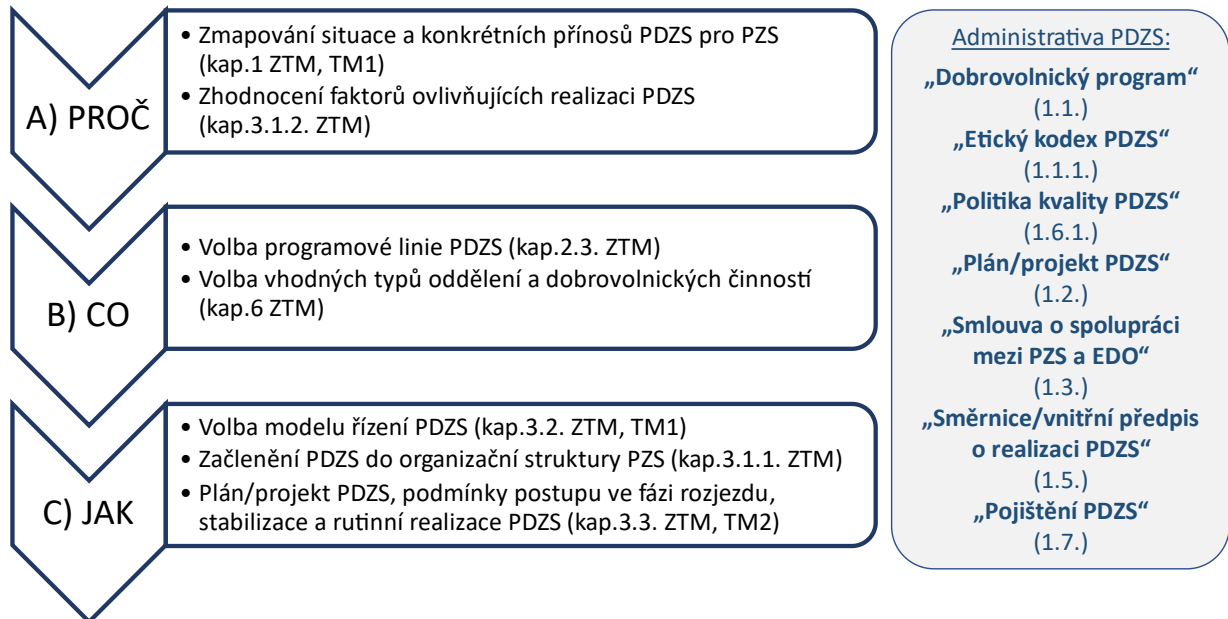
- I. **Příprava PDZS** je realizovaná vedením PZS.
- II. **Cyklus realizace PDZS** zahrnuje 12 procesů a je řízen realizačním týmem PDZS.

Následující schémata na obrázcích přehledně ukazují návaznost jednotlivých procesů při realizaci PDZS s odkazy na informace v příslušných kapitolách ZTM a TM a na odpovídající dokumenty v ADM.

Ad I. Příprava PDZS.

Obrázek 1: Příprava PDZS

Zdroj: vlastní zpracování

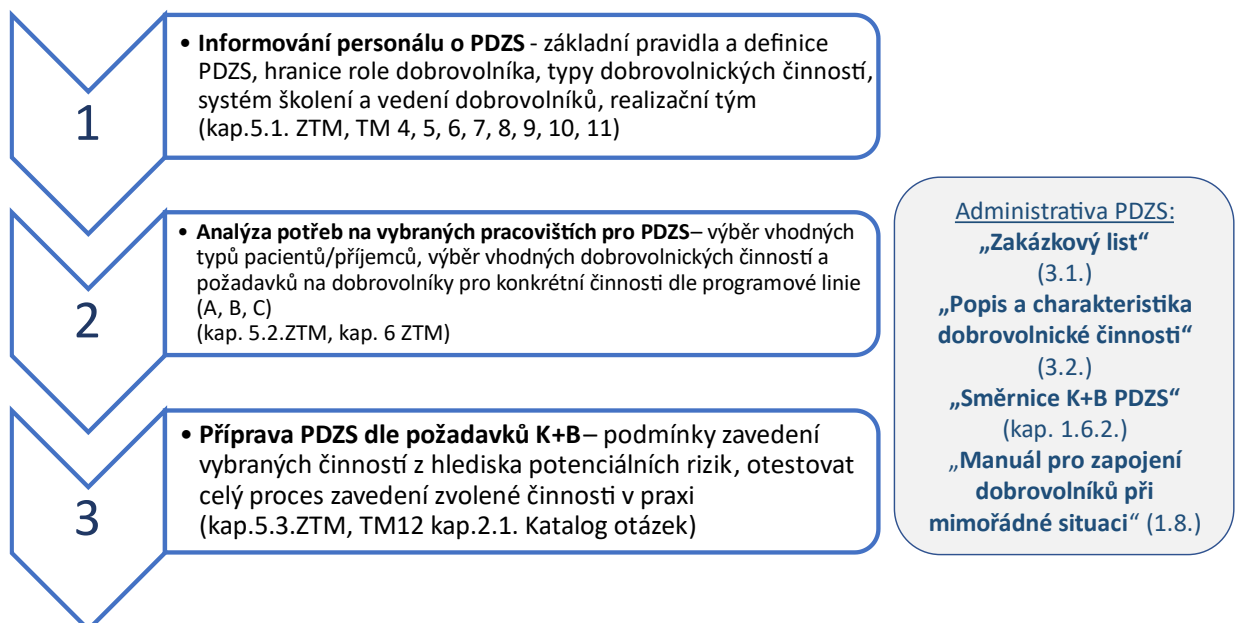


Ad II. Cyklus realizace PDZS.

a) Procesy připravující konkrétní dobrovolnickou činnost uvnitř PZS

Obrázek 2: Procesy připravující konkrétní dobrovolnickou činnost uvnitř PZS

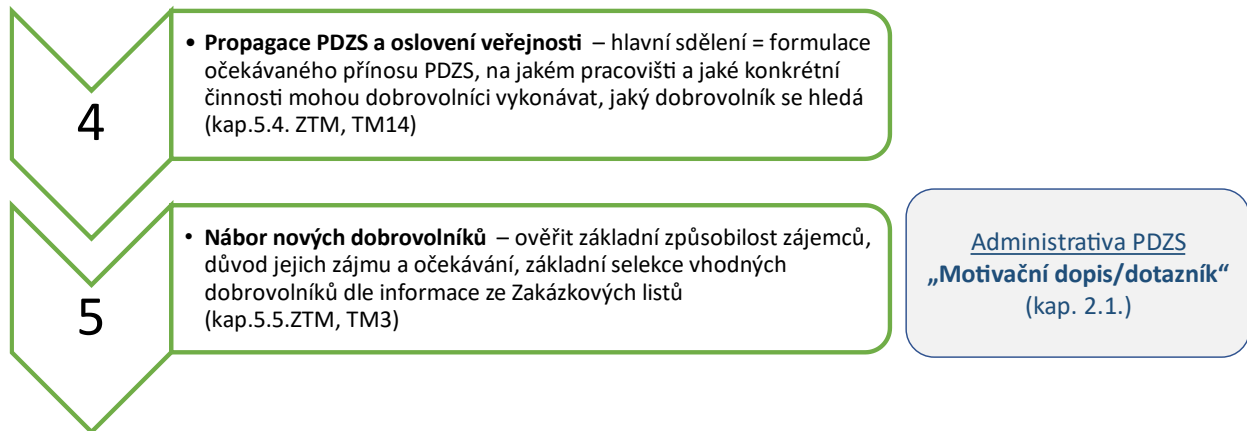
Zdroj: vlastní zpracování



b) Procesy v interakci s veřejností

Obrázek 3: Procesy v interakci s veřejností

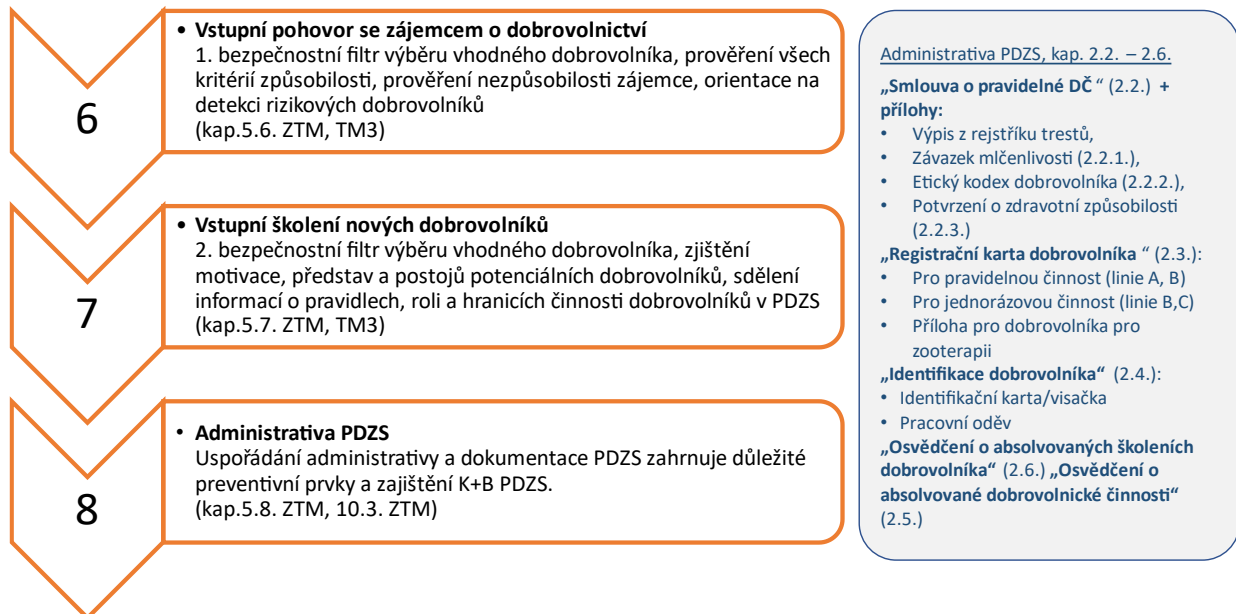
Zdroj: vlastní zpracování



c) Procesy přímé práce s potenciálními a novými dobrovolníky

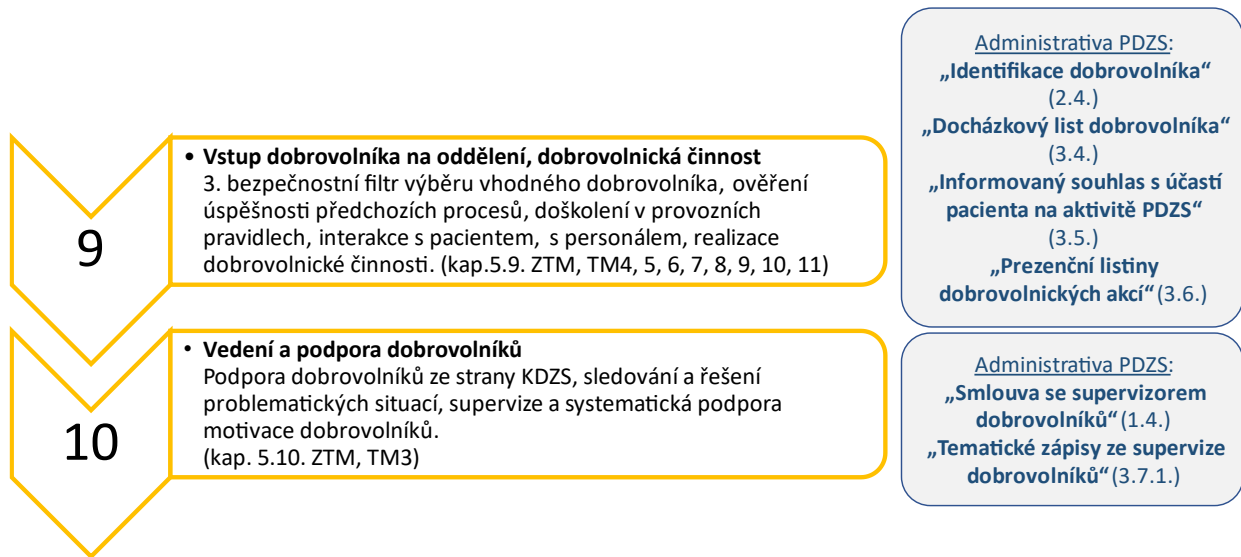
Obrázek 4: Procesy přímé práce s potenciálními a novými dobrovolníky

Zdroj: vlastní zpracování



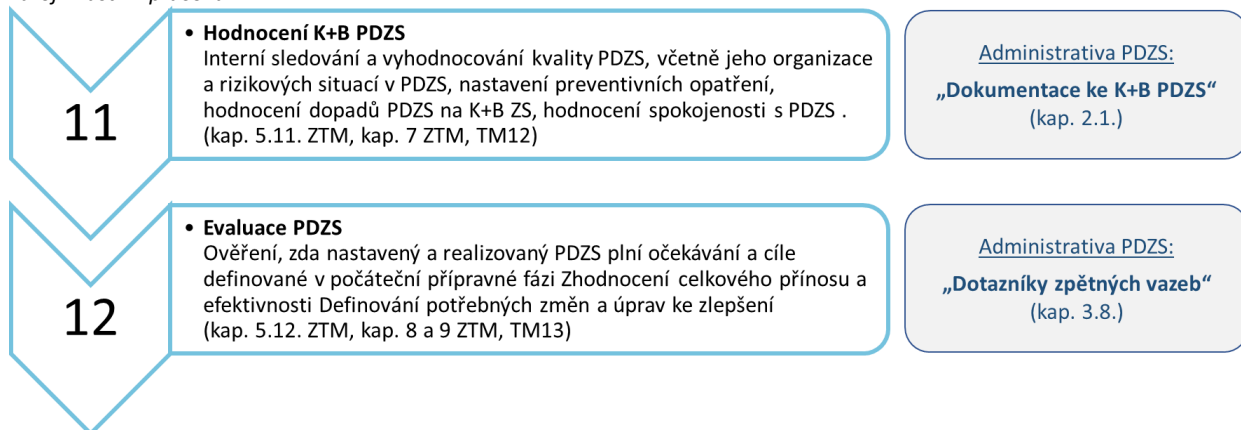
d) Procesy související s vlastní dobrovolnickou činností

Obrázek 5: Procesy související s vlastní dobrovolnickou činností
Zdroj: vlastní zpracování



e) Hodnotící procesy PDZS

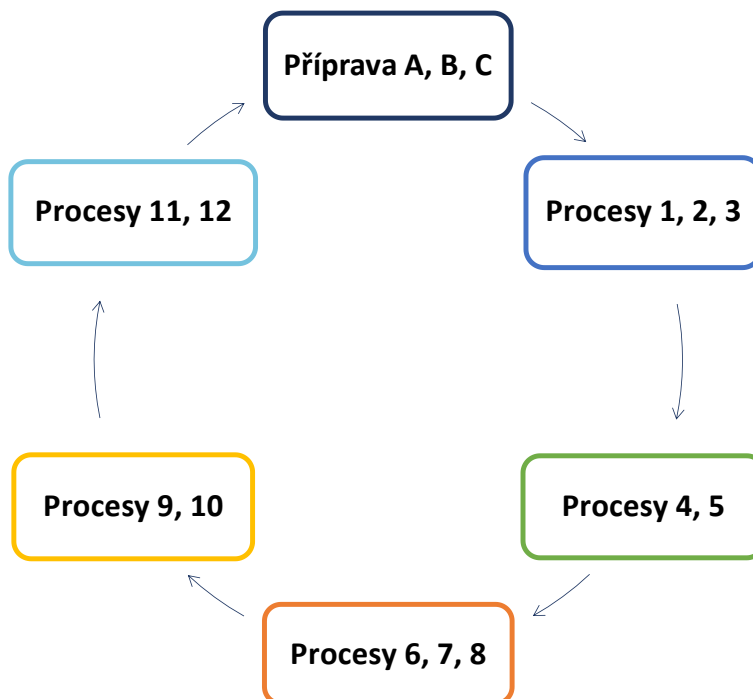
Obrázek 6: Hodnotící procesy PDZS
Zdroj: vlastní zpracování



Poslední dva hodnotící procesy uzavírají celý procesní cyklus PDZS a přinášejí důležité informace a podklady zpět pro vedení PZS a řízení PDZS. Na jejich základě vedení PZS rozhoduje o dalším vývoji celého dobrovolnického programu, o jeho změnách a úpravách. Rozhodnutí o posunu PDZS do další vývojové fáze a jeho dalším rozšiřování pak znamená opětné zodpovězení otázek „PROČ“, „CO“ a „JAK“, které budou adekvátní pro danou fázi.

Obrázek 7: Procesní cyklus PDZS

Zdroj: vlastní zpracování



„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 [49].

1. Význam programu dobrovolnictví ve zdravotních službách

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 byl posilován lidský faktor v komplexní péči o pacienty. Zapojení dobrovolníků má smysl a efekt na několika úrovních a směřuje k těmto cílům:

1. **Podpora humanizace zdravotnického systému jako celku.**
2. **Podpora šíření informací, které mají pozitivní dopad na zdraví ve společnosti.**
3. **Umožnění konstruktivního zapojení a spolupráce veřejnosti s PZS v mimořádných situacích.**

Realizace uvedených cílů předpokládá, že bude respektován následující rámec pravidel:

- **PZS nese zodpovědnost** za vše, co se v průběhu PDZS odehrává ve vztahu k pacientům.
- **PZS má definované konkrétní cíle PDZS**, předpokládaný efekt a přínos dobrovolnické činnosti a způsob naplňování cílů.
- **Jsou jednoznačně nastavena a definována pravidla pro začlenění dobrovolnické činnosti do systému zdravotní péče u PZS.**
- **Pozice dobrovolníka je jasně definovaná a reflektuje specifika zdravotnictví**, včetně jeho vymezení ve vztahu k odborným profesím ve zdravotnictví.

1.1. Definice dobrovolníka a dobrovolnické činnosti 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.
[66]**

Definice dobrovolníka a dobrovolnické služby ve zdravotnictví:

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

Dobrovolníci se ve zdravotnictví mohou uplatnit:

- a) **V systému poskytování zdravotních služeb**, kdy pomoc poskytovaná dobrovolníky může být realizována všude tam, kde je poskytována nějaká forma zdravotní péče¹ [132].

Z hlediska obsahového zaměření lze dobrovolnickou činnost v této oblasti rozdělit do čtyř programových linií:

- **Programová linie „A“** – pomoc dobrovolníků poskytovaná pacientům k podpoře psychické kondice a jako prevence před sociální izolací v důsledku nemoci a hospitalizace.
- **Programová linie „B“** – pomoc dobrovolníků při realizaci akcí zaměřených na podporu zdraví, při osvětových a informačních kampaních zaměřených na prevenci nemocí a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, na kterých PZS spolupracuje.
- **Programová linie „C“** – pomoc dobrovolníků poskytovatelům zdravotních služeb při řešení následků mimořádných situací a přírodních katastrof.
- **Programová linie „D“** – pomoc dobrovolníků v administrativně organizační a technické oblasti a při organizaci provozu při poskytování zdravotních služeb v oblastech, které nejsou zahrnuty v liniích „A“, „B“ a „C“.

Pravidla pro jednotlivé programové linie jsou definována v kap. 2.3.

- b) **V systému poskytování zdravotnické záchranné služby** [133]. Podmínky pro dobrovolnickou pomoc v této oblasti jsou uvedeny ve Věstníku MZ č. 8/2021² [71].

1.2. Přínos dobrovolnictví ve zdravotnictví

Přínos různých typů dobrovolnických aktivit do systému zdravotních i sociálních služeb je ceněný a sledovaný v řadě vyspělých zemí [8] [32] [43] [44], v mnoha oblastech poskytované péče, včetně péče hospicové a paliativní [60]. Spojení odborné péče a dobrovolnictví v rámci PDZS může vhodně doplňovat komplexní léčebnou péči. Úloha dobrovolníků ve zdravotnictví je specifická, dobrovolník se na rozdíl od zdravotnického personálu nezabývá diagnózami pacientů a léčbou nemocí, ale orientuje se na podporu toho, co pacient jako člověk má k dispozici a může dělat i v době nemoci. Z kvalitní a bezpečné realizace PDZS mohou profitovat všichni zúčastnění – pacient, jeho rodina, poskytovatel zdravotních služeb, dobrovolníci i veřejnost.

1.2.1. Přínos PDZS pro pacienty

Lidský kontakt je nástrojem, který může posílit a integrovat fyzickou, psychickou, sociální a spirituální dimenzi osobnosti pacienta tak, aby byl schopen lépe zvládnout nároky vyplývající z konfrontace s nemocí, její léčbou a jejími následky. Dětským i dospělým pacientům pomáhá emocionální podpora a zapojení do dobrovolnických aktivit zvládat stres, přispívá k lepší adaptaci na pobyt v nemocnici a vyrovnání se s nemocí [65], pacientům dlouhodobě hospitalizovaným a trpícím sociální izolací přispívá k sociální integraci a zachování kontaktu se „zdravým světem“³. Chronicky nemocným a pacientům s duševním onemocněním zvyšuje kvalitu a smysluplnost života [31] a naplňuje čas strávený v nemocnici smysluplnou činností [76]. V některých případech může zkrátit délku hospitalizace, umožnit a usnadnit opětovné zapojení do běžného života, případně i přispět k prodloužení života závažně nemocných pacientů [9]. Dobrovolnická podpora je ceněna i rodinami a pacienty v hospicové a paliativní péči, kde zvyšuje jejich spokojenost s poskytovanými službami [60]. Empatickou a otevřenou komunikací s pacienty a jejich příbuznými může dobrovolník sehrát roli

¹ Dle § 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, se **formami zdravotní péče** rozumí ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

² **Věstník MZ č. 8/2021** - Metodický pokyn pro systematické využívání poskytovatelů první pomoci na vyžádání (first responderů).

³ Formulované přínosy PDZS pro pacienty korelují také se zpětnými vazbami získanými dílčím průzkumem od 27 poskytovatelů zdravotních služeb v ČR.

v prevenci nedorozumění či stížností mezi pacientem (či jeho rodinou a blízkými) a zdravotnickým pracovníkem, a tak pozitivně ovlivnit jejich vzájemnou komunikaci.

1.2.2. Přínos pro systém a poskytovatele zdravotních služeb

PDZS u nás umožňuje pokrýt potřeby v oblastech vymezených programovými liniemi. Rozšiřuje nabídku služeb hospitalizovanému pacientovi a jeho rodině či osobám blízkým (linie „A“) a potenciál pro osvětu a zvýšení zdravotní gramotnosti obyvatel (linie „B“), umožňuje úsporu času, kapacit a finančních zdrojů v mimořádných situacích (linie „C“) nebo díky organizační pomoci na vstupních recepcích, v čekárnách ambulancí, případně v THP oblasti (linie „D“). Přínosem je také posílení orientace na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb (např. upozornění na stereotypy v chování a komunikaci personálu s pacienty, na rezervy v provozu apod). V zahraničí je u PDZS sledován i ekonomický efekt, především z hlediska počtu hodin odpracovaných dobrovolníky [32] [34].

1.2.3. Přínos pro dobrovolníky a pro veřejnost

Přínos dobrovolnictví pro dobrovolníky a pro veřejnost je prokázán v řadě výzkumných studií [94] [28] a ze zkušeností dobrovolníků v nemocnicích, kteří dobrovolnickou činností získávají benefity, které je zároveň motivují v ní pokračovat. Jedná se především o posun ve vnímání životních hodnot a smysluplnosti života, pocit užitečnosti a radost z pomoci potřebným [76] [60], což má pozitivní vliv i na jejich fyzické zdraví. Dobrovolníci mají lepší schopnost vyrovnat se stresem, zotavit se ze zdravotních problémů [31], nižší míru deprese, lepší subjektivní zdraví [80] a lepší kvalitu života [92]. Sociální interakce má pozitivní vliv na jejich životní styl [9] [55] a promítá se pozitivně do sociální integrace. Zapojení starších dobrovolníků do dobrovolnické činnosti přispívá k udržení jejich psychické pohody [50] a kognitivního zdraví [1] [64]. To v kontextu s v praxi uplatňovaným principem salutogeneze⁴ [2] [22] může sehrát důležitou roli v procesu stárnutí populace při současném demografickém vývoji⁵ [99] [100]. Lidé, kteří se zabývají filantropií, projevují vyšší pocit vlastní hodnoty a celkové zlepšení kvality svého života [6] [108] [110].

Dobrovolnická činnost je také impulsem pro seberealizaci a osobní rozvoj, posiluje zodpovědnost za vlastní zdraví a přispívá ke zlepšení komunikačních dovedností. Přináší také lepší náhled a vhled do systému poskytování zdravotních služeb a porozumění náročnosti profese zdravotnických pracovníků, může tak být motivací pro výběr budoucí profese [120]. Studentům umožňuje získat nové zkušenosti a dovednosti které jsou důležité pro budoucí pracovní výkon. Dobrovolnická zkušenost může také usnadnit hledání zaměstnání nebo brigády. Doklad o absolvovaném dobrovolnictví v ČR nebo v zahraničí⁶ [23] ukazuje budoucímu zaměstnavateli, že uchazeč má díky dobrovolnické činnosti určité praktické dovednosti, zkušenosti a znalosti, je např. zodpovědný, flexibilní, přizpůsobivý a schopný týmové práce, otevřený novým přístupům. Může to sehrát roli rozdílového faktoru oproti jiným uchazečům o stejnou práci.

⁴ Teorie **salutogeneze** ukazuje význam pocitu koherence (sense of coherence, SOC) pro udržení zdraví člověka. Zahrnuje tři dimenze: srozumitelnost (comprehensibility), ovladatelnost (manageability), smysluplnost (meaningfulness). 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.

⁵ **Projekt SHARE-CZ** je součástí výzkumného projektu v oboru sociálních věd v Evropě SHARE-ERIC (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Výsledkem je databáze s informacemi o stavu, historii a budoucím vývoji české a evropské společnosti, týkající se zdraví, socioekonomického postavení a sociálních a rodinných vazeb.

⁶ Doklad o dobrovolnictví (**Europass mobilita pro dobrovolníky**) zaznamenává dobrovolnickou zkušenost, práci nebo stáž v ČR nebo v zahraničí.

2. Základní podmínky a pravidla PDZS

Dobrovolnictví v oblasti poskytování 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. Zároveň je důležité vybrat a nastavit takový komplex pravidel, které budou fungovat z hlediska bezpečí preventivně a zároveň neodradí dobrovolníky od vstupu do PDZS ⁷ [49].

Obecně je z hlediska základních podmínek realizace PDZS podstatné:

a) Dodržování požadavků:

- definovaných managementem PZS (viz kap. 2.1.),
- definovaných v kritériích způsobilosti dobrovolníka v PDZS (viz kap. 2.2.).

b) Dodržování pravidel v jednotlivých programových liniích (viz kap. 2.3.).

c) Dodržování vymezení role dobrovolníků:

- ve vztahu k odborným zdravotnickým a nezdravotnickým profesím u PZS (viz kap. 2.4.),
- ve vztahu k dalším subjektům poskytujících podpůrnou péči (viz kap. 2.5.),
- ve vztahu k aktivitám a projektům podpory zdraví (viz kap. 2.6.),
- ve vztahu k aktivitám spolupracujících externích subjektů (viz kap. 2.7.).

2.1. Role managementu PZS při realizaci PDZS

Pokud se poskytovatel zdravotních služeb rozhodne pro realizaci PDZS, je na **vrcholovém managementu PZS zajistit zpracování a vyhotovení dále uvedených dokumentů, které vyjadřují kladný postoj vedení k realizaci PDZS. To je základní pilíř, na kterém stojí úspěšná realizace PDZS.**

2.1.1. Program dobrovolnictví ve zdravotních službách

Dobrovolnický program jako takový je komplexem činností a s nimi souvisejících pravidel. PZS jako realizátor PDZS by měl jeho konkrétní podobu ve svém zdravotnickém zařízení definovat a popsat v oficiálním písemném dokumentu „Dobrovolnický program“.

Obsahem dokumentu „Dobrovolnický program“ je popis účelu a cíle PDZS, zvolených programových linií a typů dobrovolnické činnosti v daném PDZS, kritéria výběru a požadavky na dobrovolníky pro kvalitní a bezpečný výkon dobrovolnické činnosti, systém řízení, kontroly a hodnocení PDZS a kritéria pro výběr osob zajišťujících jeho realizaci, tzn. realizační tým. Doporučený obsah dokumentu je uveden v ADM, kap. 1.1., včetně Etického kodexu PDZS, který je jeho přílohou.

Pro zajištění všech podkladů a informací potřebných ke zpracování dokumentu je potřebné zvolit vhodný model řízení a organizační strukturu PDZS, tzn. zda si bude PZS vést a řídit PDZS ve své vlastní režii (interní model řízení PDZS) nebo bude na realizaci PDZS spolupracovat s externí dobrovolnickou organizací, případně zvolí model kombinovaný (podrobněji viz kap. 3.2.). Při tomto rozhodování je žádoucí, aby PZS zvážil výhody a limity uvažovaného modelu řízení v podmínkách daného zdravotnického zařízení z pohledu kvality, bezpečí a ekonomiky PDZS (viz dále kap. 3.1. a 3.2. a podrobněji viz TM1). Důležité jsou i dosavadní zkušenosti s dobrovolnictvím a fáze vývoje daného PDZS (podrobně viz kap. 3.3. a 3.4. a TM2).

⁷ 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.

2.1.2. Politika kvality PDZS

Dokument „Politika kvality PDZS“ vyjadřuje závazek PZS zapojit dobrovolníky do systému poskytovaných služeb a rozvíjet dobrovolnický program jako součást strategického rozhodnutí vedení PZS. Formuluje zásady, k jejichž respektování a implementaci se při realizaci PDZS poskytovatel zavazuje. Návrh textu závazku viz ADM, kap. 1.6.1.

2.2. Kritéria způsobilosti dobrovolníka k činnosti v PDZS

Pro zajištění bezpečnosti působení dobrovolníků ve zdravotnictví je žádoucí, aby pro výběr dobrovolníků do PDZS byla respektována tato kritéria:

- **Dovršený věk 15 let** pro pravidelnou nebo jednorázovou dobrovolnickou činnost pro skupinu pacientů prováděnou společně s dalšími dobrovolníky, v závislosti na nárocích vybraného typu dobrovolnické činnosti. S výkonem dobrovolnické činnosti dobrovolníka, který není plnoletý, musí písemně souhlasit jeho zákonný zástupce⁸ [134].
- **Dovršený věk 18 let** pro pravidelnou nebo jednorázovou dobrovolnickou činnost prováděnou v přímém kontaktu s jedním nebo více pacienty, individuálně nebo společně s dalšími dobrovolníky. Požadavek na toto věkové kritérium si v konečné podobě určuje PZS s vědomím, že nese zodpovědnost za vše, co se v průběhu PDZS odehrává.
- **Trestní bezúhonnost** prokázaná:
 - pro pravidelnou dobrovolnickou činnost výpisem z rejstříku trestů ne starším tří měsíců,
 - pro dobrovolnickou činnost ve formě jednorázové akce písemným čestným prohlášením, že proti zájemci o dobrovolnickou činnost není vedeno trestní řízení (viz ADM, kap. 3.7.).
 V případě záznamu v rejstříku trestů u zájemce o roli dobrovolníka ve zdravotnictví by měla být posouzena uvedená trestná činnost ve vztahu k organizaci a náplni PDZS, zejména pak ve vztahu k bezpečí pacientů i personálu a k nárokům na činnost ve zdravotnictví. Je doporučeno, aby tento proces byl v souladu s postupem personálního oddělení PZS a s pravidly nastavenými pro zaměstnance PZS.
- **Zdravotní způsobilost** pro výkon dobrovolnické služby ve zdravotnictví prokázaná písemným čestným prohlášením dobrovolníka před zahájením dobrovolnické činnosti, případně lékařským potvrzením zdravotní způsobilosti vyžádaným PZS (resp. KDZS), na základě posouzení nároků zvažovaného typu dobrovolnické činnosti ve vztahu ke konkrétnímu dobrovolníkovi (viz ADM, kap. 2.1.3.).

Kromě výše uvedených základních podmínek je vhodné, aby dobrovolník v PDZS měl také tyto předpoklady:

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

2.3. Pravidla související s programovými liniemi PDZS

2.3.1. Pravidla PDZS v linii „A“

Programová linie „A“ je definována jako **pomoc dobrovolníků poskytovaná pacientům k podpoře psychické kondice a jako prevence před sociální izolací v důsledku nemoci a hospitalizace.**

V této programové linii jsou dobrovolníci v přímém kontaktu s pacienty, proto je v zájmu zajištění kvality a bezpečí PDZS potřeba respektovat tato pravidla:

⁸ § 30 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, stanovuje, že plně svéprávným se člověk stává zletilostí, přičemž zletilosti se nabývá dovršením osmnáctého roku věku.

- Dobrovolník **nenahrazuje práci odborného zdravotnického personálu, který poskytuje zdravotní služby** [128] [129], ale doplňuje ji tam, kde je to vhodné a možné (podrobněji viz kap. 2.4.).
- **Vhodné typy dobrovolnické činnosti určuje a vymezuje zdravotnický personál, který se podílí na tvorbě a specifikaci pravidel pro jejich realizaci** (podrobněji viz kap. 5 a 6 a TM4, TM5, TM6, TM7, TM8, TM9).
- Za dodržování nastavených pravidel PDZS **zodpovídá koordinátor dobrovolníků ve zdravotních službách** (viz dále kap. 4.2.).
- Dobrovolník ve zdravotnickém zařízení **nemá z titulu dobrovolnické činnosti přístup ke zdravotnické dokumentaci pacienta, k lékům či zdravotnickým prostředkům, ani k přístrojovému vybavení**. Informace o pacientových omezeních a potřebách podstatné pro výkon dobrovolnické činnosti sděluje dobrovolníkovi pověřený zdravotnický pracovník.
- **O výkonu pravidelné dobrovolnické činnosti dobrovolník uzavírá smlouvu** dle zvoleného modelu řízení PDZS buď s PZS (viz kap. 3.2.1.) nebo s EDO (viz kap. 3.2.2.). Smlouva definuje závazky dobrovolníka a závazky PZS či EDO a specifikuje činnost, kterou dobrovolník na daném pracovišti může vykonávat. Ke smlouvě se vztahuje **výpis z Rejstříku trestů, podpis závazku mlčenlivosti, prohlášení/potvrzení o zdravotní způsobilosti, seznámení a souhlas s Etickým kodexem dobrovolníka** (více viz ADM, kap. 2.2.).
- U dobrovolníka zapojeného **do jednorázových aktivit** postačuje **vedení zjednodušené dokumentace** (viz ADM, kap. 2.3.2.).
- Dobrovolníci jsou **proškoleni adekvátně typu dobrovolnické činnosti**, včetně zásad pro komunikaci s pacienty a jejich rodinnými příslušníky a jsou vedeni k **respektu k právům, přání a soukromí pacienta v souladu s platnými legislativními a etickými normami**. Jejich přehled je uveden v kap. 10, téma je podrobně zpracováno dle oblasti realizace PDZS v odpovídajících TM.
- Dobrovolníkům je poskytována odpovídající **supervizní podpora**.
- Dobrovolník **doдрžuje režim a pravidla definovaná v „Popisu a charakteristice dobrovolnické činnosti na oddělení“ a v „Informačním manuálu dobrovolníka“** (viz ADM, kap. 3.2. a 3.3.).
- Dobrovolník **doдрžuje pravidla bezpečného pohybu po areálu zdravotnického zařízení a hygienicko-epidemiologický režim** platný na daném oddělení a další požadavky související se **zajištěním 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 a osob blízkých, personálu a dobrovolníků (viz. kap. 7 a 8, TM12 a TM13).

Pro vysvětlení zaměření, obsahu a rozsahu dobrovolnické činnosti s pacienty v linii „A“ dobrovolníkům je možné využít i pravidlo **„Tři principy bezpečné dobrovolnické činnosti“** (blíže popsáno a vysvětleno v TM3):

- I. Orientace na to, co je pro pacienta jako člověka zdravé a možné, ne na nemoc a diagnózu.
- II. Orientace na přítomný okamžik.
- III. Orientace na činnost, ne na její výsledek.

Činnosti vykonávané dobrovolníky ve zdravotnickém zařízení v linii „A“ musí být jasně **vymezené. Týká se to i vztahu k dalším aktivitám, které nejsou definovány jako zdravotní služby, ale probíhají v daném zdravotnickém zařízení jako podpůrná součást komplexní léčebné péče** (viz dále kap. 2.4., 2.5. a 2.7.).

2.3.2. Pravidla PDZS v oblasti linie „B“

Programová linie „B“ je **definovaná jako pomoc dobrovolníků při realizaci akcí zaměřených na podporu zdraví a v rámci osvětových a informačních kampaní**, které organizuje PZS (více viz TM11). Dobrovolníci mohou vypomáhat při organizaci akcí zaměřených na zlepšení zdravotní gramotnosti

pacientů, jejich příbuzných, zaměstnanců i širší veřejnosti (např. akce typu „Dny zdraví“) nebo mohou být nápomocní při informování a edukaci pacientů (např. v čekárnách nebo informačních a edukačních centrech pro pacienty, pokud jsou u PZS zřízena).

Pro bezpečné 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.
- O výkonu **pravidelné dobrovolnické činnosti uzavírají dobrovolníci písemnou smlouvu** (viz ADM, kap. 2.2.), v případě **jednorázových akcí je vedena zjednodušená dokumentace** (viz ADM, kap. 2.3.2.).
- **Dobrovolníci jsou proškoleni dle konkrétního typu dobrovolnické činnosti** a podle toho je jim také poskytována **supervizní podpora**.
- **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).
- **Náplň a koordinace dobrovolnických aktivit je v gesci KDZS**, který úzce spolupracuje s osobou zodpovědnou za odbornou kvalitu akce (př. místní zdravotnický odborník, externí odborník, případně zástupce spolupracující organizace).
- Dobrovolnické činnosti jsou **pravidelně vyhodnocovány** (viz. kap. 8 a TM13).

Nemocnice zapojené do mezinárodního programu „Nemocnice a zdravotnická zařízení podporující zdraví“ (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services) [51] [82] (HPH) sledují a vyhodnocují tyto činnosti také z hlediska **plnění mezinárodních standardů podpory zdraví** [107] (viz kap. 2.6. a podrobněji TM11).

Do spolupráce na aktivitách podpory zdraví se mohou **zapojit pacientské organizace a další organizace z nestátního neziskového sektoru. Podstatné je jednoznačné vymezení kompetencí, pravomocí a zodpovědností** (viz kap. 2.7.1. a TM11).

2.3.3. Pravidla PDZS v oblasti linie „C“

Programová linie „C“ je **pomoc dobrovolníků poskytovatelům zdravotních služeb při řešení následků mimořádných situací a přírodních katastrof**.

Za „mimořádnou situaci“ pro účely tohoto metodického dokumentu je považována taková situace, která je pro PZS nečekaná a nepředvídatelná, má bezprostřední dopad na provoz PZS 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.

„Mimořádnou situaci“ pro účely tohoto metodického dokumentu není myšlena „nežádoucí událost“, „krizová situace“ nebo „krizový stav“ dle zákonů č. 320/2015 Sb. [135], č. 239/2000 Sb. [123], č. 240/2000 Sb. [124] č. 241/2000 Sb. [125].

Pro zapojení dobrovolníků z řad veřejnosti platí následující pravidla:

- Pro dobrovolnickou pomoc v rámci PDZS v linii „C“ platí stejná základní definice dobrovolnictví (viz kap. 1.1.), tzn. **je svobodnou volbou dobrovolníka** a činnost **je vykonávána bez nároků na finanční odměnu**.
- **Dobrovolníci** zapojení do PDZS v mimořádných situacích **mohou doplnit či nahradit práci některé nezdravotnické profese** (např. pracovníky technického a hospodářského provozu – THP), **nemohou však nahradit práci odborného zdravotnického personálu, který poskytuje zdravotní služby** [128] [129].
- Je vhodné, aby pro zapojení dobrovolníků měl PZS **předem zpracovaný plán a postup**, tj. „**Manuál pro zapojení dobrovolníků v mimořádných situacích**“ (viz ADM, kap. 1.8.).

- **Typy dobrovolnických činností by měly být stanoveny** s ohledem na nutné zajištění bezpečnosti v provozu daného pracoviště vybraného pro realizaci PDZS v mimořádné situaci. Pokud je to vhodné a potřebné, mohou probíhat aktivity i v programových liniích „A“, „B“ a/nebo „D“, a to za podmínek stanovených pro mimořádnou situaci.
- **Databázi potenciálních dobrovolníků** ochotných pomáhat v mimořádných situacích připravuje KDZS předem, administrativa a dokumentace odpovídá požadavkům na administrativu při jednorázových činnostech PDZS (viz ADM, kap. 2.3.2.).
- **Na přípravě a plánu realizace PDZS v linii „C“ spolupracuje KDZS s garantem PDZS a s osobou zodpovědnou za krizové řízení v mimořádných situacích u daného PZS.** V probíhajících akcích v mimořádné situaci je KDZS podřízen osobě zodpovědné za krizové řízení a zodpovídá pouze za přímou koordinaci dobrovolníků.

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

2.3.4. Pravidla PDZS v oblasti linie „D“

Programová linie „D“ se týká zapojení **pomoci dobrovolníků v administrativně organizační a technické oblasti a při organizaci provozu při poskytování zdravotních služeb** v oblastech, které nejsou zahrnuty v liniích „A“, „B“ a „C“. Jedná se o činnosti, kdy dobrovolníci např. pomáhají pacientům a návštěvníkům PZS s orientací a navigací po areálu zdravotnického zařízení, na vstupních recepcích jednotlivých pracovišť, s organizací provozu v čekárnách ambulancí nebo např. pomoc v oblasti THP.

Pro tento typ zapojení dobrovolníků platí:

- Při dobrovolnické činnosti v linii „D“ může být dobrovolník v přímém kontaktu a komunikovat s pacienty, ale jeho činnost je **primárně zacílena na činnosti související s provozem PZS** (tzn. nejedná se o činnosti spadající do linie „A“).
- Dobrovolník **může pomoci některé z technických nezdravotnických profesí**, např. pomoc při údržbě a péči o zahradu. Do této linie může spadat i pomoc v rámci firemního dobrovolnictví (viz TM9).
- Pro výkon **pravidelné dobrovolnické činnosti dobrovolníci uzavírají písemnou smlouvu** (viz ADM, kap. 2.2.), v případě **jednorázových akcí je vedena zjednodušená dokumentace** (viz ADM, kap. 2.3.2.).
- **Proškolení dobrovolníků je zaměřeno zejména na pravidla a požadavky související s nároky na zajištění K+B PDZS dle konkrétního typu činnosti a pracoviště.** Tzn. zejména na BOZP, platná opatření související s hygienicko-epidemiologickým režimem, na pravidla pro bezpečný pohyb, na prostorovou orientaci po areálu PZS aj.
- **Supervizní podpora** v této linii „D“ není nezbytná, záleží na náročnosti činnosti související s typem pracoviště a s konkrétním typem dobrovolnické činnosti.
- **Koordinace dobrovolnických aktivit v linii „D“ je v gesci KDZS**, který spolupracuje s kontaktními osobami zapojených pracovišť.
- Dobrovolnické činnosti jsou **pravidelně vyhodnocovány** (viz. kap. 8 a TM13).

Některé specifické příklady dobrovolnických aktivit v programové linii „D“ jsou více popsány v tematických manuálech zaměřených na konkrétní obory nebo souvisejí s typem pacientů (např. dobrovolnická činnost v čekárnách na urgentním/centrálním příjmu PZS v TM5, kap. 4.2.).

2.4. Pozice dobrovolníků ve vztahu k odborným profesím ve zdravotnictví

Pozice dobrovolníků působících v PDZS by měly být srozumitelné a jasně identifikovatelné se zřetelně **nastaveným rozhraním se všemi profesemi, se kterými se při své činnosti ve zdravotnictví mohou setkat, 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.

2.4.1. Vymezení pozice dobrovolníka vůči zdravotnickým a nezdravotnickým profesím

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

- **Kompetence, pravomoci a zodpovědnosti osoby na pozici dobrovolníka** ve zdravotnictví **nejsou vymezeny pracovními právními vztahy, ale jsou obsahem této metodiky.** Jsou vymezeny a popsány v příslušných dokumentech, které jsou její součástí a z nichž PZS vytváří svou interní dokumentaci přizpůsobenou svým lokálním podmínkám. Jejich **základem je legislativa upravující občansko-právní vztahy** [134].
- **Celkovou odpovědnost za případné újmy na zdraví nebo majetku způsobené v rámci dobrovolnické činnosti má PZS.** Veškerá pravidla pro realizaci PDZS musí být nastavena s ohledem na potenciální rizika, kvalitu a bezpečí (viz kap. 7 a TM12) a kryta dostatečným pojistným plněním (viz ADM, kap. 1.7.).
- **Dobrovolník nenahrazuje práci odborného zdravotnického personálu, který poskytuje zdravotní služby** dle platné legislativy [128] [129] [119]. Vymezení dobrovolnické činnosti od konkrétních zdravotnických profesí je uvedeno v tematických manuálech zaměřených na určitý obor a typ pacientů.
- Dobrovolník taktéž **nenahrazuje práci odborných nezdravotnických profesí, které působí v oblasti podpůrné péče**⁹ (více viz dále kap. 2.5.).

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

Pro vymezení hranic dobrovolnické činnosti vůči nezdravotnickému personálu v linii „C“ platí pravidla uvedená v kap. 2.3.3. a rozpracovaná v TM10:

- Dobrovolník nenahrazuje práci odborného zdravotnického personálu, **může však případně pomoci dočasnou náhradou některé z technických nezdravotnických profesí**, a to v závislosti na typu mimořádné situace a typu potřebné činnosti.
- **Rámcová definice profese, k níž se vybraný typ dobrovolnické činnosti blíží** (např. administrativní pracovník, technik, pracovník v údržbě atd.) by měla být předem zpracovaná v „Manuálu pro zapojení dobrovolníků v mimořádných situacích“.

Pro realizaci PDZS v programové linii „D“ platí obdobně vhodnost rámcové definice profese k níž se vybraný typ dobrovolnické činnosti blíží.

2.4.2. Vymezení pozice dobrovolníka 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:**
 - 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 aj.).
 - Student – dobrovolník **vykonává dobrovolnickou činnost stejně jako ostatní dobrovolníci** na základě občansko-právního vztahu vymezeného dokumenty uvedenými v ADM, kap. 2.2.

O rozdílech je nutné informovat všechny dotčené skupiny, tzn. studenty, dobrovolníky, pacienty i personál.
- **Pokud má škola zájem o dlouhodobou spolupráci s PZS v oblasti PDZS (tzn. studenti školy jsou dobrovolníky), je potřebné:**

⁹ **Podpůrnou péčí** lze definovat jako soubor činností a aktivit, které jsou zaměřeny na zvýšení kvality života pacienta, ve vztahu k celé jeho osobnosti a zohledňují i jeho životní kontext. Cílem je přispívat k psychické pohodě, motivovat k uzdravení či přijetí stávající zdravotní situace. Termín „podpůrná péče“ se objevuje v souvislosti s péčí zaměřené na zmírnění příznaků nemoci, na psychosociální podporu a podporu v oblasti etických a existenciálních problémů pacienta a jeho rodiny.

- Písemně definovat účel dobrovolnické činnosti studentů tak, aby se nepřekrýval a/nebo nekolidoval s účelem odborných praxí.
- Dobrovolnická činnost studentů by měla být dobrovolná, vykonávaná studenty mimo dobu povinné výuky, tzn. neměla by být nařízena jako povinná.
- Dobrovolnická činnost studentů může být školou zohledněna jako „bonus navíc“.
- Je potřebné, aby dobrovolník student absolvoval všechny vstupní procedury jako jakýkoli jiný dobrovolník.
- KDZS vystaví dobrovolníkovi studentovi osvědčení o absolvované dobrovolnické činnosti stejným způsobem jako ostatním dobrovolníkům (viz ADM, kap. 2.5.).
- **Pokud je dobrovolníkem student, který má povinnou praxi u stejného PZS, je potřebné obě pozice od sebe zřetelně oddělit:**
 - KDZS potřebuje dostat informaci, že zájemce o dobrovolnickou roli je zároveň studentem docházejícím do stejného zdravotnického zařízení na praxi.
 - Je vhodné, aby dobrovolnickou činnost student vykonával na jiném oddělení, než kde probíhá jeho praktická výuka.
 - Nastavení spolupráce mezi PZS a školou a koordinace aktivit jsou více popsány v TM11 a TM15.

2.5. Pozice PDZS ve vztahu k podpůrné péči u PZS

Kromě poskytovaných zdravotních služeb je u PZS realizována také řada podpůrných aktivit, které jsou buď součástí komplexní léčebné péče nebo mají osvětový a edukativní charakter. **Z hlediska obsahu mají často velmi blízko k činnostem, které mohou vykonávat dobrovolníci, proto je důležité najít a definovat pro PDZS optimální místo a hranice.**

Termín „podpůrná péče“ se v oblasti zdravotních služeb objevuje často v kontextu onkologické léčby, paliativní péče [69] nebo v oblasti péče o duševní zdraví, a to zejména v těchto souvislostech:

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

Podpůrná péče je zaměřená především na zvýšení kvality života pacienta, rozšiřuje léčebný proces a předpokládá pozitivní dopad na jeho efektivitu. Je určena nejen pacientům, ale také jejich příbuzným či osobám blízkým a zdravotnickému personálu.

Mezi typy podpůrné péče hraničící s obsahem dobrovolnické činnosti patří:

- **Spirituální/duchovní péče** je poskytována pracovníkem (nemocničním kaplanem), který je ke službě v nemocnici delegován společným pověřením České biskupské konference a Ekumenické rady církví [70] [3].

Rozhraní dobrovolnické činnosti a spirituální péče se projevuje zejména:

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

- **Peer konzultanti**¹⁰ v oblasti oboru psychiatrie a péče o duševní zdraví jsou členy multidisciplinárních týmů v Centrech duševního zdraví [106] a dobrovolníci se s nimi mohou potkat při různých aktivitách na odděleních/pracovištích u poskytovatelů psychiatrické péče.
- **Herní terapie** je předmětem činnosti herního terapeuta (herního specialisty)¹¹ [41], který se zaměřuje především na zmírnění stresu, úzkosti a strachu dítěte i rodičů, zákonných zástupců či osob blízkých z hospitalizace, přípravu dítěte na diagnostický či terapeutický zákrok, posílení důvěry a spolupráce dítěte se zdravotnickým personálem. Pro tyto účely využívá různé typy běžných i specificky zaměřených typů her a 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).
- **Pedagogická a speciálně pedagogická činnost ve zdravotnictví** zajišťuje výchovně vzdělávací péči na dětských odděleních a klinikách, případně také dětem, které docházejí do stacionářů, pokud jsou na těchto odděleních zřízeny. Působí prostřednictvím mateřské nebo základní školy při nemocnici. Hlavním cílem je udržet kontinuitu vzdělávání a podporovat osobní rozvoj dětí i v nemoci. Dobrovolnická činnost zaměřená na volnočasové aktivity koresponduje se zaměřením náplně práce pedagogů, může na ni navazovat a dále ji rozvíjet.

Dobrovolnická činnost nemůže služby odborné podpůrné péče nahrazovat, ale může je vhodně doplňovat tak, aby byly potřeby pacientů v této oblasti uspokojeny v co největší šíři. Postup při naplňování potřeb by měl směřovat od profesionálních služeb k dobrovolnickým aktivitám. **Benefity vzájemné spolupráce pak mohou být 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. Nejvíce však budou profitovat pacienti.

2.6. Pozice PDZS v projektech podpory zdraví

Hospitalizace může být pro pacienta a jeho rodinu a blízké vhodnou dobou pro přehodnocení přístupu k péči o vlastní zdraví, k postoji k nemoci a k úvahám o změně životního stylu. Může tak přispět k nastartování a zavedení zdraví prospěšných změn v chování a přijetí různých typů preventivních opatření¹². Osvětové a edukační aspekty léčebného procesu jsou tak přirozenou součástí poskytování zdravotních služeb ve zdravotnickém zařízení. Mezi programy podpory zdraví ve zdravotnických zařízeních patří např. mezinárodní program „Nemocnice a zdravotnická zařízení podporující zdraví“ (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services – HPH) [51]. Jedná se o mezinárodní síť zdravotnických zařízení, která se systematicky věnují podpoře zdraví; svou národní síť HPH má i Česká republika [82].

Cíle programu HPH [29] [30] se promítají do Mezinárodních standardů HPH [107] a do řady souvisejících aktivit [89]. Podpora zdraví integrovaná do lůžkové péče tak, jak ji definuje program HPH, může zlepšit klinické výsledky poskytované péče [88]. Zapojení dobrovolníků prostřednictvím činností v programové linii „B“ a možnosti propojení dobrovolnických aktivit s programy podpory zdraví jsou podrobněji rozpracované v TM11.

¹⁰ **Peer konzultant** má vlastní zkušenost se závažným duševním onemocněním, napomáhá pacientům/klientům pomocí vlastního příběhu, podílí se na edukaci týkající se různých oblastí psychického onemocnění. Musí být ve stabilizovaném zdravotním stavu, za svou činnost je placený a musí absolvovat specializovaný kurz.

¹¹ **Herní specialista** v českých nemocnicích zatím není zcela běžný a jeho postavení dosud není legislativně ukotveno. V řadě zemí je však plnoprávným členem ošetřujícího týmu a společně se zdravotnickými pracovníky a dalšími pomáhajícími profesionály, kteří s dítětem přicházejí ve zdravotnickém zařízení do kontaktu, hledá účinné cesty, jak eliminovat možný negativní dopad hospitalizace na dítě a jeho blízké.

¹² **Primární prevence** je zaměřena na předcházení vzniku nemoci a s tím související odhalení rizikových faktorů, které by se mohly podílet na rozvoji onemocnění v budoucnosti. **Sekundární prevence** cílí na včasný záchyt již existující nemoci, k nastavení včasné léčby a dalších preventivních opatření vedoucím k omezení rozvoje nemoci. Cílem **terciární prevence** je zabránit progresi již rozvinutého onemocnění a vzniku trvalého postižení s negativními dopady na soběstačnost pacienta.

Tam, kde je PZS členem národní a mezinárodní sítě HPH, může dobrovolnická činnost a naplňování cílů PDZS zároveň přispět k naplňování odpovídajících indikátorů a standardů HPH.

2.7. PDZS ve vztahu k aktivitám pro pacienty realizovanými externími organizacemi

Do podpůrných aktivit PZS jsou často zapojovány i další subjekty a organizace, které se věnují buď specifické problematice některého 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 jejich společná koordinace je pro PZS výhodná** (viz TM15).

2.7.1. PDZS a pacientské organizace

Pacientské organizace¹³ [93] patří mezi subjekty, které se věnují podpoře pacientů, edukaci a prevenci. Jejich členy jsou mimo jiné i dobrovolníci – bývalí pacienti, kteří při těchto aktivitách využívají svou osobní zkušenost s konkrétní nemocí. Je možné se s nimi setkat také u PZS, kde mohou využívat své zkušenosti při spolupráci s PZS v oblasti podpory zdraví.

Ve vztahu k dobrovolníkům působícím v rámci různých programových linií je potřebné nastavit bezpečné rozhraní působení tak, aby nedocházelo k chybné identifikaci a rizikové záměně osoby, která je v přímém kontaktu s pacientem, a to jak ze strany pacienta samotného, tak ze strany personálu.

Absence koordinace, pravidel, nevyjasněné náplně a hranice činností a rolí mezi dobrovolníkem a zástupcem pacientských organizací může dopadat na K+B ZS, neboť za relevantnost informací, které jsou podávány pacientům v rámci činností organizovaných a/nebo povolených PZS, je zodpovědný PZS (např. rezortní bezpečnostní cíl 6 Bezpečná komunikace¹⁴) [18] [74].

K ošetření rizik a k efektivní kombinaci činností pacientských organizací a dobrovolníků v PDZS přispívá vzájemně koordinovaná spolupráce, případně zapojení členů pacientských organizací do dobrovolnické činnosti v rámci PDZS.

Pacientské organizace pak mohou své znalosti využít např. při spolupráci v oblasti podpory zdraví (tzn. v rámci aktivit programové linie „B“ - viz kap. 2.3.2). Nastavení pravidel a podmínek spolupráce je podrobněji rozpracované v TM11 a TM15.

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

- **Kdo je dobrovolník a kdo zástupce pacientské organizace** – jedná se o preventivní opatření např. před záměnou běžného dobrovolníka působícího v linii „A“, který se v tématu hovoru nezaměřuje primárně na nemoc (viz kap. 2.3.1), za zástupce pacientské organizace, jehož působení cílí právě na zkušenost s nemocí nebo se zdravotním postižením pacienta.
- **Stanovení rozsahu a obsahu informací, které budou předmětem komunikace dotyčné osoby s pacientem** je prevencí nevhodného sdělování zkušeností a informací pacientovi a doporučování postupů, které nemusí být pro navštíveného pacienta vhodné.

2.7.2. Zapojení dalších nestátních neziskových organizací, škol a institucí

Do podpůrných aktivit pro hospitalizované pacienty spadají i akce, které v nemocnicích realizují jiné organizace, které se většinou zaměřují na podporu psychického stavu dětských i dospělých pacientů, na zlepšení nálady a nemocniční atmosféry.

Pokud PZS spolupracuje formou jednorázových akcí i pravidelně se opakujících aktivit s různými typy škol v dané lokalitě, mohou být tyto akce zaměřené obdobně jako dobrovolnické aktivity pro pacienty

¹³ **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.

¹⁴ **Resortní bezpečnostní cíle (RBC)** jsou součástí standardů kvality a bezpečí zdravotních služeb, vydaných ve Věstníku MZ č. 13/2021 a reflektují „Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“.

v linii „A“ nebo cílit více na aktivity typické pro oblast podpory zdraví v programové linii „B“ (viz kap. 2.3.1 a 2.3.2). Aktivity se spolupracující organizací nebo institucí se mohou odehrávat přímo v prostorách PZS.

Z hlediska vymezení hranice vůči PDZS platí, že za dobrovolnickou činnost nelze považovat a vykazovat:

- Aktivity a akce škol, které jsou organizované u PZS 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. 2.2).
- Podpůrné aktivity, na kterých se podílejí osoby z jiných institucí (např. vyrábějí dárky nebo píšou dopisy dlouhodobě hospitalizovaným pacientům), ale nejsou evidováni/registrováni v PDZS a nedocházejí přímo za pacienty.

Pokud se jednorázové akce nebo dlouhodobá pravidelná spolupráce PZS s těmito organizacemi/institucemi **svým obsahem blíží obsahu dobrovolnické činnosti v programové linii „A“ nebo „B“ v prostorách PZS, tak je vhodné je vzájemně koordinovat.**

2.7.3. Koordinace a řízení podpůrných aktivit realizovaných externími organizacemi

Koordinace všech aktivit, které jsou realizovány buď přímo PZS nebo ve spolupráci s dalšími organizacemi a externími partnery, **je důležitá a nutná z hlediska načasování, zajištění přehlednosti, transparentnosti a srozumitelnosti** nejen pro pacienty a rodinné příslušníky či osoby blízké, ale i pro zdravotnický personál a veřejnost. **Jen tak mohou tyto aktivity působit v synergii a zbytečně si nekonkurovat tam, kde mohou naopak dobře uplatnit svůj potenciál.**

Tomu napomáhá soustředění koordinace podobných nebo na sebe navazujících činností „pod jednu střechu“, tzn. 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, osoby blízké i zdravotnický personál.
- 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.
- Usnadnit zapojení veřejnosti skrze dobrovolnictví do okamžité pomoci při mimořádných situacích a do odstraňování jejich následků.
- Spolupracovat efektivně s dalšími podobně orientovanými externími organizacemi i s komerčními společnostmi, např. v oblasti tzv. „firemního dobrovolnictví“ (viz TM9) [87].

3. Organizace a systém řízení PDZS

Realizace PDZS je do určité míry systémovou změnou, která ovlivňuje chod celé organizace. Kompetentní rozhodnutí, podpora ze strany vedení PZS a výběr vhodné formy řízení PDZS je proto zásadní. Začlenění PDZS jako specifického systémového prvku do již existující organizační a provozní struktury PZS i jeho udržení v chodu vyžaduje 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. Podpora managementu PZS při realizaci a rozvoji PDZS

K základním podmínkám efektivní a bezpečné realizace PDZS patří především formální i neformální podpora PDZS ze strany managementu PZS. Bezpečné působení dobrovolníků v profesionálně strukturovaném nemocničním prostředí vyžaduje odborně nastavené mantinely, které jsou bezpečným mostem mezi profesionálně vedenou léčebnou péčí a podporou pacientů poskytovanou dobrovolníky.

Formální podpora managementu PZS by měla být vyjádřena těmito kroky:

1. **Oficiálně vyjádřeným kladným postojem k realizaci PDZS** vytvořením písemných dokumentů „Dobrovolnický program“ a „Politika kvality“ (podrobně viz kap. 2.1 a ADM, kap. 1.1 a 1.6.1).
2. **Začleněním PDZS do organizační struktury a strategického plánování PZS** (viz dále kap. 3.1.1)
3. **Identifikací bariér a faktorů ovlivňujících realizaci PDZS** (viz dále kap. 3.1.2).
4. **Informováním personálu s důrazem na práci s riziky, znalost a dodržování základních pravidel PDZS** (viz dále kap. 3.1.3. a kap. 5.1.).

Neformální podpora managementu PZS se může projevat například těmito aktivitami:

- Aktivním sledováním efektu a spokojenosti pacientů, rodinných příslušníků a personálu s PDZS, zájmem o naplňování potřeb prostřednictvím PDZS a rozšiřováním nabídky aktivit.
- Zájmem o podmínky práce KDZS, o soulad nároků práce s reálnou kapacitou KDZS.
- Osobní účastí zástupců managementu PZS na akcích oceňujících dobrovolníky.

3.1.1. Začlenění PDZS do organizační struktury a strategického plánování PZS

Od okamžiku, kdy se management PZS rozhodne pro realizaci PDZS a projeví to vytvořením dvou oficiálních dokumentů (viz dále kap. 2.1), odpovídá i za další kroky, které přímo souvisejí s realizací PDZS. Začlenění PDZS do organizační struktury a do strategického plánování PZS je logickým krokem, který konkrétně znamená:

- **PDZS získává své místo ve struktuře PZS, své nákladové středisko, jasnou hierarchii řízení, včetně souvisejících pravomocí a odpovědností a systému kontroly:**
 - Posouzení a výběr vhodného úseku pro umístění PDZS do organizační struktury je na vedení PZS. Pokud je při realizaci PDZS nejvíce v kontaktu s dobrovolníky nelékařský personál, může být vhodnou variantou např. zařazení PDZS jako samostatného nákladového střediska do úseku náměstka/náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, který/á je pak garantem PDZS.
 - Důležité je definování vazby PDZS na další organizační složky PZS, zejména na úsek řízení kvality a bezpečí zdravotních služeb (K+B ZS), na tiskové oddělení nebo osobu odpovědnou za medializaci PZS a na úsek pro krizové řízení (viz dále kap. 4.5. a 4.7.)
- Jasně definovaná organizační struktura PDZS je **základem pro vytvoření pracovního místa a personální obsazení pozice KDZS**, určení jeho náplně práce a návaznosti na další pozice v realizačním týmu PDZS (viz dále kap. 4).
- Začlenění do organizační struktury PZS je předpokladem ke **zřízení koordinačního pracoviště pro PDZS (Dobrovolnické centrum PZS)** v případě, že se PZS rozhodne pro interní model řízení

PDZS nebo jen „**kontaktního místa**“ v případě, že na realizaci programu bude PZS spolupracovat s EDO (viz dále kap. 3.2.). Koordináční/kontaktní místo PDZS má tyto funkce:

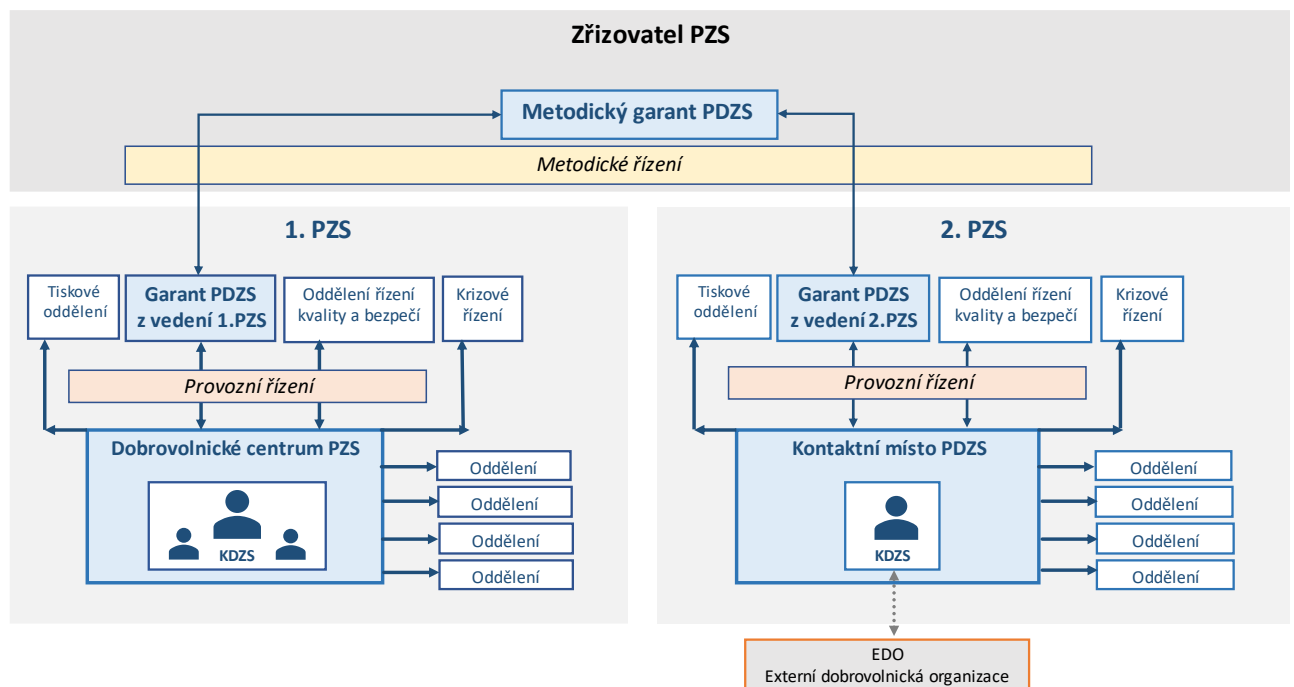
- Je pevným místem a zázemím pro dobrovolníky.
 - Je kontaktním místem pro veřejnost, kde se zájemci mohou dozvědět víc o dobrovolnické činnosti ve zdravotnictví a konkrétním PDZS.
 - Je jedním z kontaktních míst pro hodnocení K+B PDZS (viz kap. 7 a TM12).
 - Zviditelňuje PDZS uvnitř PZS i navenek.
- Zřízení samostatného nákladového střediska PDZS umožňuje **konkretizovat a evidovat náklady** potřebné pro zajištění materiálně technického vybavení PDZS, **pracovat s konkrétním finančním rozpočtem** a tím plnit i jednu z podmínek pro sledování efektivity PDZS (viz kap. 9).

Specifický způsob začlenění PDZS do organizační struktury PZS je třeba zohlednit v případě, že zřizovatel (např. kraj) má ve své gesci několik PZS a je zájem o jednotný systém organizace PDZS. V tom případě je vhodné nastavit organizační strukturu např. takto (viz obr. 8 níže):

- Provozní řízení PDZS v jednotlivých PZS souvisí s operativním nastavením činností v PDZS dle aktuálních podmínek provozu jednotlivých PZS.
- Metodické řízení z postu zřizovatele více PZS se týká jednotného nastavení systému koordinace, vedení administrativy, kontroly a hodnocení PDZS v rámci zřizovatele.

Obrázek 8: Umístění PDZS v organizační struktuře PZS

Zdroj: vlastní zpracování



Začlenění PDZS do strategického plánování rozvoje PZS umožňuje realizačnímu týmu PDZS ve spolupráci s managementem PZS:

- **definovat dlouhodobé i krátkodobé cíle PDZS v souladu s plány rozvoje PZS,**
- **definovat očekávaný efekt PDZS,**
- **systematicky sledovat naplňování cílů a hodnotit celkovou efektivitu PDZS (viz kap. 8 a 9),**
- **definovat případný krizový plán v zájmu celkové udržitelnosti realizace PDZS.**

3.1.2. Identifikace bariér a hodnocení faktorů ovlivňujících realizaci PDZS

Už ve fázi rozhodování o realizaci PDZS je potřeba identifikovat možné bariéry a brát zřetel jak na reálný zájem o zapojení do PDZS ze strany veřejnosti v místě PZS a další faktory, které mají vliv na výběr možných dobrovolnických činností.

- **Mezi faktory ovlivňující nasměrování a rozsah PDZS patří:**
 - Typ a velikost PZS – tzn. zda se jedná o PZS poskytující všeobecnou nebo specializovanou zdravotní péči, jaká je průměrná doba hospitalizace pacientů na odděleních atd.
 - Typ pacientů – jaký je ve skladbě pacientů podíl seniorů, dětí, osob s duševním onemocněním, pacientů v paliativní péči aj.
 - Region a lokalita – umístění PZS ve velkém nebo malém městě, zda jsou v místě vysoké školy, dopravní dostupnost PZS.
- **Zásadní bariérou znemožňující dobrý start PDZS jsou:**
 - aktuálně probíhající personální změny ve vedení PZS,
 - restrukturalizace a aktuálně prováděné změny v lůžkovém fondu PZS,
 - rozpory a nesoulad v názorech představitelů managementu na zavedení a realizaci PDZS.
- **Limitujícím faktorem může dále být:**
 - nedostatek zdravotnického personálu na oddělení jinak 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 v TM2.

3.1.3. Informování personálu o PDZS

Personál PZS má podstatný vliv na kvalitu a bezpečí PDZS, proto jeho dostatečné informování o všech důležitých aspektech PDZS rozhoduje o jeho úspěšné realizaci. Odpovídající pozornost ze strany managementu PZS si zaslouží tento krok zejména na počátku, při zavádění a startu PDZS.

Zajistit informovanost personálu PZS znamená srozumitelně vysvětlit a předat následující informace:

- **Základní principy, přínosy a pravidla PDZS** (viz kap. 1 a 2)
- **Jaká je role dobrovolníka v PDZS**, náplň jeho činnosti a její hranice (viz kap. 2.4. až 2.7.)
- **Role personálu je zásadní:**
 - pro definování a vymezení činností, které budou dobrovolníci na oddělení vykonávat,
 - pro stanovení podmínek realizace PDZS na daných odděleních,
 - při identifikaci a nastavení způsobu ošetření případných rizik,
 - při dodržování pravidel PDZS.

3.2. Modely řízení PDZS

V řízení PDZS je možné uplatnit tři modely, které jsou podrobněji popsány v TM1:

1. **Interní model řízení PDZS**
2. **Model řízení PDZS ve spolupráci PZS s EDO**
3. **Kombinovaný model řízení PDZS**

Pro řízení PDZS ve všech třech modelech platí, že musí být realizovány a pokryty:

- a) **všechny čtyři kroky, které reprezentují formální podporu managementu PZS** (viz kap. 3.1.),
- b) **všechny procesy související s přípravou a realizací PDZS, včetně kontrolních mechanismů a evaluace** (viz dále kap. 5).

Při volbě modelu řízení a PDZS by měl PZS vzít při svém rozhodování v potaz výhody, limity i rizika jednotlivých modelů pro PDZS a zvážit je v podmínkách daného PZS. Toto porovnání je názorně rozpracováno v TM1, kap. 4.

3.2.1. Interní model řízení PDZS

V interním modelu celý PDZS organizuje a řídí PZS vlastními silami. Má přímý vliv na nastavení, přípravu, realizaci i všechny změny a úpravy PDZS tak, aby byly respektovány požadavky kladené na kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb a PDZS se vyvíjel ve prospěch pacientů.

Zřízení interního dobrovolnického centra (DC PZS) znamená, že PZS vlastními silami připravuje, realizuje a zodpovídá za všechny procesy PDZS, které jsou popsány v dokumentu „Dobrovolnický program“. V souhrnu to znamená především:

- **Mapuje vnitřní i vnější podmínky** pro realizaci PDZS, jak před jeho startem, tak průběžně.
- Stanovuje **cíle, plán a harmonogram** PDZS, včetně rozhodnutí, jaká programová linie PDZS bude realizována, v jaké podobě a rozsahu.
- **Určuje pravidla pro kvalitu a bezpečí PDZS** a požadavky na dobrovolníky pro konkrétní typ dobrovolnických činností.
- **Určuje místo PDZS v organizační struktuře PZS, zřizuje Dobrovolnické centrum** a rozhoduje o jeho **interní struktuře** (viz dále kap. 3.4.), včetně **složení realizačního týmu PDZS s pozicí koordinátora dobrovolníků (KDZS)** a zajišťuje fungování dobrovolnického centra i dobrovolnické činnosti po materiální stránce.
- Zajišťuje **propagaci PDZS, nábor zájemců** o dobrovolnickou činnost a všeobecnou **informovanost veškerého personálu** o PDZS a podrobnější, cílenou informovanost personálu na odděleních, kde má PDZS fungovat.
- Zajišťuje všechny potřebné **procesy v práci s dobrovolníky**.

3.2.2. Model řízení PDZS ve spolupráci PZS a EDO

V tomto modelu řízení PDZS **spolupracuje PZS na realizaci PDZS s EDO**. Vzhledem k tomu, že i v tomto modelu řízení PDZS musí proběhnout všechny procesy jako v interním modelu řízení, je nezbytné nastavit systém spolupráce s EDO a koordinaci PDZS tak, aby fungoval bezpečně pro pacienty, pro dobrovolníky i pro PZS (viz kap. 7 a TM12).

Spolupráce PZS s EDO by měla splňovat toto tříbodové pravidlo:

1. **PZS** (= strana přijímající dobrovolníky) má formulované parametry pro realizaci bezpečného PDZS a od toho odvozuje a definuje požadavky na spolupráci s EDO.
2. **EDO** (= strana vysílající, která se smlouvou zavazuje dobrovolníky zajišťovat) má potřebnou kapacitu a zná rámec, ve kterém je schopná dobrovolníky pro PZS hledat, nabírat a vést a splnit tak požadavky dohodnuté s PZS.
3. **Obě strany** musí být schopné konsensuálního řešení případných problémů, v případě potřeby najít společný, oboustranně akceptovatelný kompromis, pravidelně vzájemně komunikovat a pružně reagovat na měnící se podmínky jedné či druhé strany.

Při realizaci PDZS v tomto modelu řízení je třeba respektovat tyto zásady:

- **Celkovou zodpovědnost za realizaci PDZS vždy nese PZS.**
- **PZS by měl znát všechny oblasti spolupráce, které by měly být smluvně specifikovány**, trvat na jasné formulaci kompetencí, rozdělení zodpovědností a pravomocí mezi obě spolupracující organizace tak, aby závazky obou stran byly vyvážené a přiměřené jejich možnostem (viz ADM, kap. 1.3.). Dle vývoje PDZS je třeba také smlouvu aktualizovat.

- **Je důležité se zorientovat ve významu a různých pohledech na pojem „akreditace“¹⁵**, který má jiný obsah a význam ve zdravotnictví a jiný v obecném dobrovolnictví.
 - Akreditace, tzn. uznání kredibility z pohledu výkonnosti, kvality a bezpečí ve zdravotnictví je pojem, který je definován Mezinárodní společností pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) a spojovaný s externím hodnocením kvality a bezpečí zdravotních služeb¹⁶ [52] [53]. Externí hodnocení kvality a bezpečí u PZS může zajišťovat pouze organizace k této činnosti oprávněná Ministerstvem zdravotnictví ČR¹⁷ [132].
 - Akreditace dobrovolnického programu u Ministerstva vnitra ČR je uznání důvěryhodnosti finanční a kvalifikační způsobilosti k zajištění organizace dobrovolnického programu u veřejně prospěšných organizací na základě splnění obecných povinností stanovených zákonem č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě, ve znění pozdějších předpisů¹⁸ [127], cílených především na ochranu a smluvní zajištění činnosti dobrovolníka.
- PZS by měl věnovat **zvláštní pozornost hodnocení kvality EDO, která je dodavatelem některých služeb pro PDZS** (viz kap. 7.2.1). V této oblasti platí:
 - EDO jako vysílající organizace, tedy strana „dodávající“ dobrovolníky, podléhá interním auditům PZS zaměřujícím se na kvalitu dodavatelů. Cílem auditů u externích dodavatelů je provést kontrolu a ověřit kvalitu konkrétní dodávané služby, v tomto případě např. kvalitu výběru a přípravy dobrovolníků.
 - Z pohledu podmínek realizace PDZS a spolupráce PZS s EDO na není akreditace EDO u MV ČR nutnou součástí.
- PZS a EDO musí **vzájemně dohodnout a 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 finální výběr vhodných dobrovolníků má PZS**; smlouva mezi EDO a dobrovolníkem by měla být uzavřena vždy až po odsouhlasení výběru ze strany PZS.
- Pro **spolupráci s více EDO** je potřeba ze strany PZS nastavit **všem obdobné, ne příliš rozdílné podmínky**. Pokud lze, je vhodné a přehlednější nastavit PDZS tak, aby EDO vysílaly „své“ dobrovolníky na různá pracoviště (tzn. „nekřížili se“ na jednom pracovišti – viz TM1).
- Je vhodné, aby si PZS ověřil, **zda v žádostech EDO o finanční dotace na realizaci PDZS jsou zohledňovány aktuální potřeby PDZS a PZS jako organizace přijímající dobrovolníky**.
- PDZS by měl mít i v tomto modelu řízení **jasně určené místo v organizační struktuře PZS**. Nemusí to být plnohodnotné vnitřní dobrovolnické centrum jako v interním modelu, ale je potřeba jasně stanovit **„kontaktní místo“**, které slouží nejen jako zázemí pro dobrovolníky, ale váží se k němu i některé procesy administrativní, např. sledování a řízení K+B PDZS. (viz kap. 3.4., kap. 7 a TM12).

¹⁵ **Akreditace jako obecný pojem** vyjadřuje oficiální uznání určité způsobilosti/důvěryhodnosti pro výkon činnosti v různých oblastech a z toho vyplývající oprávnění tuto činnost pro daný účel vykonávat. Je důležité ověřovat si jaká instituce/organizace na základě jakých požadavků a pro jakou konkrétní činnost tuto akreditaci udělila.

¹⁶ Dle **Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua)** je akreditace ve zdravotnictví pojem, který je mezinárodně spojován s externím hodnocením kvality a bezpečí zdravotních služeb na takové úrovni, která je definovaná standardy výkonnosti, kvality a bezpečí a jejich měřitelnými ukazateli vztahujícími se k poskytování zdravotních služeb a bezpečnosti pacientů během pobytu ve zdravotnickém zařízení a vedoucími k zabezpečení kontinuálního zlepšování zdravotnického systému.

¹⁷ Dle **§ 98 zákona č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁸ Vztahuje se 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“.

3.2.3. Kombinovaný model řízení PDZS

O kombinovaném modelu řízení PDZS lze mluvit v případě, že PZS část dobrovolnického programu řídí vlastními silami formou interního modelu a na části PDZS spolupracuje s EDO. Může se jednat o případy, kdy se partnerská EDO specializuje na konkrétní oblast působení dobrovolníků a má připravený specifický způsob práce a vzdělávání dobrovolníků (např. pro pacienty s konkrétním onemocněním) nebo poskytuje vyškolené dobrovolníky pro specifický typ služeb (např. pro canisterapii). Základní charakteristika řízení PDZS v kombinovaném modelu je blízká samostatnému modelu spolupráce s EDO a řízení by mělo být nastaveno stejným způsobem. Zároveň ale KDZS musí vlastními silami zajistit realizaci všech procesů PDZS v programových liniích a na pracovištích, které řídí v rámci interního modelu řízení PDZS.

Pro kombinovaný model řízení PDZS je důležité, aby nastavený koncept byl jednotný, stabilní a udržitelný (více viz TM1). Jasná a jednotná pravidla by měla platit především v těchto oblastech:

- **Pravidla K+B PDZS by měla být platná pro všechny dobrovolníky působící u PZS**, tzn. jak pro interní dobrovolníky řízené přímo KDZS, tak pro dobrovolníky přicházející ze všech spolupracujících EDO.
- **Označení dobrovolníků působících v rámci jednoho PZS** je důležité pro srozumitelnou informovanost o PDZS jak dovnitř PZS, tak směrem k veřejnosti.
- **Vstupní školení všech dobrovolníků** (tzn. interních i z EDO) by mělo obsahovat stejnou/sjednocenou základní sadu nutných informací.
- **Supervize a podpora** by měla být dostupná a nabízená pro všechny dobrovolníky v PDZS.
- **Vedení evidence a vykazování potřebných dat souvisejících s PDZS** musí mít sjednocené parametry u PZS i u EDO, aby KDZS mohl vykazovat potřebná data o PDZS do národního zdravotnického informačního systému (NZIS) prostřednictvím statistických formulářů ÚZIS (viz TM13, kap. 1.3. a 2.1.).

3.2.4. Výhody, limity a rizika jednotlivých modelů řízení PDZS

Při rozhodování o volbě vhodného modelu řízení PDZS je potřeba vyhodnotit dopady na K+B PDZS (detailně jsou rozpracované v TM1). Za zvážení stojí zejména:

- **Aktuální situace PZS ve vztahu k plánům a představám o PDZS.**
- **Výhody a limity každého z modelů.**
- **Rizika, která vyplývají z nevhodné volby** modelu řízení vzhledem k cílům a obsahu PDZS.

3.3. Fáze realizace PDZS

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

1. **Míra informovanosti o PDZS.**
2. **Přínosy a cíle PDZS.**
3. **Způsob koordinace a řízení PDZS.**
4. **Velikost reálné a potenciální dobrovolnické základny pro PDZS.**

Jednotlivé fáze realizace PDZS a jejich rozdíly jsou podrobně popsány v TM2. Změny a rozdíly mezi jednotlivými fázemi se týkají hlavně linií „A“ a „B“, při kterých se dobrovolníci dostávají do přímého kontaktu s pacienty (viz kap. 2.3.).

3.3.1. Rozjezdová fáze PDZS

Jedná se o fázi, kdy **PZS nemá s dobrovolnickým programem doposud žádné zkušenosti**. Zásadní je kvalita přípravy PDZS, je potřeba zmapovat celkovou situaci a rozhodnout, zda je pro daného PZS realizace PDZS vhodná. Pokud ano, tak v jakém modelu řízení, v jaké formě, rozsahu a na kterých odděleních.

Strategické rozhodování o realizaci PDZS by v této fázi mělo být provázeno následujícími úkony:

- a) **Zpracování dokumentu „Dobrovolnický program“** (viz kap. 2.1.1. a ADM, kap. 1.1.1.)
- b) Vytvoření a podpis dokumentu „**Politika kvality PDZS**“ (viz kap. 2.1.2. a ADM, kap. 1.6.2.).
- c) **Rozpracování plánu a zpracování projektu PDZS** (viz ADM, kap. 1.2.), na základě zmapování aktuální situace, vnějších i vnitřních podmínek pro realizaci PDZS a **jeho pilotní ověření**.

Za rozjezdovou fázi realizace PDZS lze označit cca **první rok realizace PDZS**. Poté je vhodné vyhodnotit, zda PDZS úspěšně prošel první rozjezdovou fází a může se posunout do fáze stabilizační.

Vyhodnocení by mělo probíhat podle těchto kritérií:

- 1. Přípravenost PZS na rutinní vstup a pohyb dobrovolníků v prostorách PZS.**
- 2. Obsazení samostatné pozice KDZS a její stabilita.**
- 3. Případně připravenost spolupracující EDO** na systematickou práci s dobrovolníky dle uzavřené smlouvy s PZS.

3.3.2. Stabilizační fáze PDZS

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

Vychází ze zkušeností získaných v pilotním ověření PDZS v rozjezdové fázi a směřuje k rozšíření PDZS tam, kde je to vhodné a možné. Charakteristické znaky stabilizační fáze PDZS se opět projevují ve čtyřech výše uvedených oblastech PDZS, kdy změny v každé z těchto oblastí zároveň vypovídají i o efektu realizace PDZS v jeho rozjezdové fázi a o „dojmu“, který zanechal dobrovolnický program ve své rozjezdové fázi.

Ve stabilizační fázi je potřeba postupovat ve třech na sebe navazujících krocích, na kterých by se měli podílet všechny relevantní osoby, včetně zástupce EDO, pokud s ní PZS spolupracuje:

- a) **Vyhodnotit silné a slabé stránky PDZS**, kde indikátorem úspěchu je poptávka po dobrovolnících, indikátorem neúspěchu je kritika, ze které je vhodné vyvodit náměty pro úpravy a zlepšení PDZS (podrobněji viz TM2 kap. 7 a TM12).
- b) **Plánování ve stabilizační fázi** je vhodné realizovat opět formou **zpracování projektu** (viz ADM, kap. 1.2.), který by měl aktualizovat PDZS dle zjištěných potřeb. V případě modelu spolupráce s EDO je vhodné zrevidovat i smlouvu uzavřenou s EDO.
- c) **Otestování PDZS** ve stabilizační fázi znamená **ověření správného nastavení procesů a činností v PDZS** před jeho rutinní realizací, a to zejména u dobrovolnických činností v kontaktu s pacienty v programové linii A.

Jako test k posouzení vývoje PDZS je možné jako interní indikátor využít „index stavu PDZS“, jehož hlavním přínosem je rychlá orientace v tom, zda se PDZS posunuje/zlepšuje nebo stagnuje v průběhu nastaveného období a lze ho využít i ke zjištění úrovně vývoje PDZS mezi jednotlivými vývojovými fázemi PDZS (více viz TM2, kap. 4).

3.3.3. Fáze rutinní realizace a rozvoj PDZS

Rozvinutá fáze rutinní realizace představuje stabilně fungující PDZS, ve kterém jsou důsledně realizovány všechny postupy a opatření nastavená v předchozích fázích.

Charakteristické je, že PZS má zájem PDZS průběžně rozvíjet, obohacovat o nové prvky a kontinuálně hodnotit procesy týkající se kvalitní a bezpečné úrovně PDZS (podrobněji viz TM2, kap. 3).

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

Rutinní a zejména rozvojová fáze vývoje PDZS se vyznačuje zejména:

- Přijetím dobrovolnických aktivit ze strany pacientů i personálu PZS, což se projevuje **zvýšenou poptávkou po dobrovolnických aktivitách různého typu uvnitř PZS**.

- PDZS už má své „jméno“ ve veřejnosti v místě PZS a je **stabilní příliv zájemců o dobrovolnickou činnost u PZS** (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.

3.4. Dobrovolnické centrum u PZS

Realizace PDZS v obou modelech řízení vyžaduje vytvoření takových pracovních podmínek pro KDZS a realizační tým PDZS, které budou odpovídat aktuální fázi vývoje PDZS.

- V rozjezdové fázi je z hlediska nároků na pracovní podmínky důležité:
 - **Obsazení pozice koordinátora dobrovolníků a volba velikosti jeho úvazku podle aktuální náročnosti a rozsahu PDZS** (viz dále kap. 4.2.). To platí i pro případ modelu řízení ve spolupráci s EDO, kdy musí být určena odpovědná osoba za PZS.
 - **Zajištění adekvátních prostor DC PZS**, kdy z důvodu komunikační vytíženosti koordinátora není zcela vhodná sdílená kancelář.
 - **Zajištění materiálního a technického vybavení:** mobilní telefon, PC s přístupem na internet a základním kancelářským softwarem.
- Ve stabilizační fázi by případné změny ve vnitřní struktuře DC PZS měly reflektovat:
 - **Personální posílení DC PZS**, a to v takové míře, aby bylo možné realizovat stávající i nové dobrovolnické aktivity v další programové linii nebo aktivity firemního dobrovolnictví dle požadavků K+B PDZS.
 - **Vyšší nároky na pracovní podmínky** souvisejí s narůstající administrativou PDZS a nutností efektivní práce s informacemi, je potřeba plánovat vstupní školení a skupinové supervize dobrovolníků a zajištěné prostory vhodné pro práci se skupinou.
- Fáze rutinní realizace a rozvoje PDZS je vhodná pro transformaci Dobrovolnického centra do Koordinačního centra podpůrných aktivit (KCPA) a posílením koordinačního týmu, který tak může naplnit výše uvedené potřeby PZS i zájem veřejnosti a externích organizací. 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.

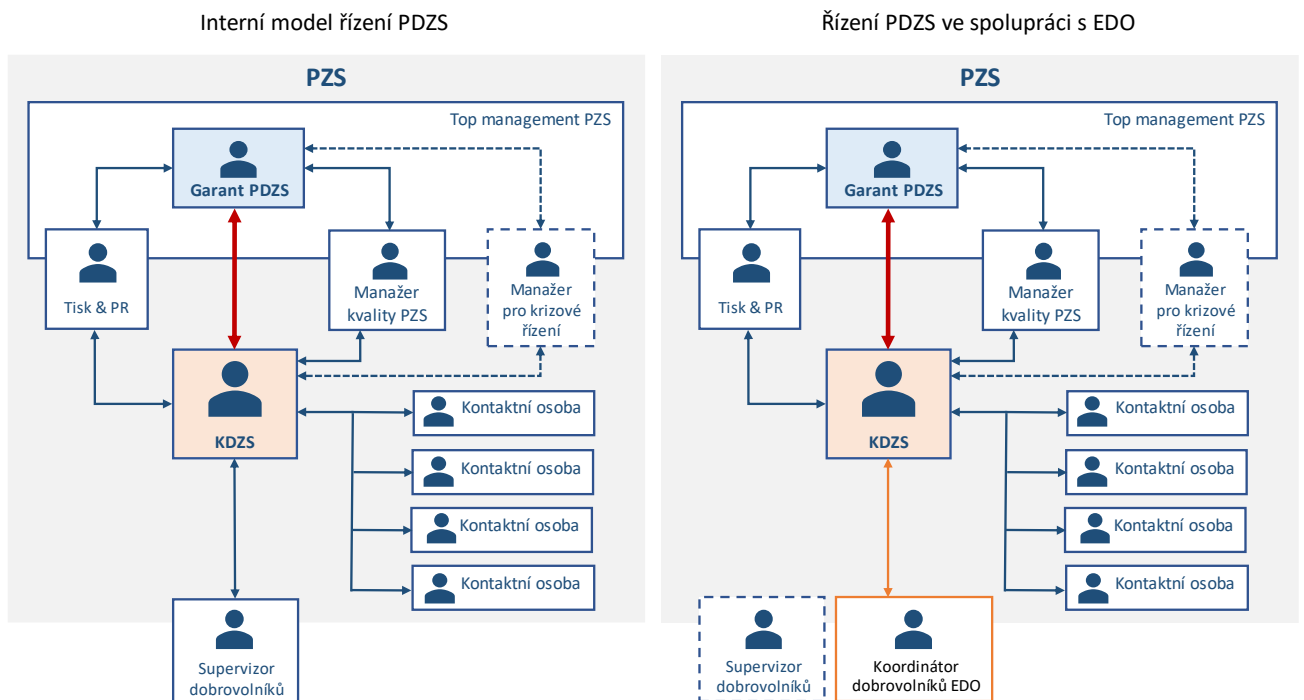
4. Realizační tým PDZS

4.1. Složení realizačního týmu PDZS

Sestavit a jmenovat realizační tým PDZS patří k prvním krokům, které je potřeba udělat po strategickém rozhodnutí vrcholového vedení (top managementu) PZS a zpracování příslušných dokumentů „Dobrovolnický program“ a „Politika kvality PDZS“. Na obrázku 9 jsou znázorněny dvě varianty složení realizačního týmu, vzájemné vztahy a komunikace z pohledu obou modelů řízení PDZS.

Obrázek 9: Složení realizačního týmu v různém modelu řízení PDZS

Zdroj: vlastní zpracování



Realizační tým PDZS tvoří:

1. Koordinátor dobrovolníků ve zdravotních službách (KDZS).
2. Garant PDZS (např. náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, ale může to být i jiný člen top managementu PZS, pokud je to v souladu se zajištěním plnění požadavků na realizaci PDZS).
3. Kontaktní osoby na jednotlivých pracovištích.
4. Manažer kvality PZS, resp. osoba zodpovědná za řízení a kontrolu procesů K+B ZS.
5. Koordinátor dobrovolníků EDO (v případě spolupráce PZS s EDO).

Spolupracujícími členy realizačního týmu jsou:

6. Tiskový mluvčí PZS, resp. osoba, která u PZS zajišťuje propagaci a medializaci.
7. Manažer krizového řízení PZS (pouze v případě realizace programové linie „C“, tzn. zapojení dobrovolníků v mimořádných situacích).
8. Ekonom PZS (případně i zástupce personálního oddělení PZS).
9. Supervisor dobrovolníků je externím spolupracovníkem PZS v interním modelu řízení PDZS.

Pro efektivní práci realizačního týmu PDZS je podstatné:

- Základní realizační tým PDZS by měl být sestaven ze všech uvedených pozic.
- U každého člena realizačního týmu PDZS by měly být v souladu jeho kompetence ve smyslu schopností zvládnout svou roli v rámci PDZS, zodpovědnosti za danou náplň práce v PDZS a pravomoci rozhodnout a udělat potřebné kroky v oblasti vymezené náplní práce.

- Náplně práce členů realizačního týmu by měly pokrýt celý rozsah potřebných aktivit PDZS a navazovat na sebe.
- Mezi členy realizačního týmu by měla být nastavena komunikace a předávání informací tak, aby nedocházelo k výpadku důležitých informací a k informačnímu šumu.

Je doporučeno věnovat **zvláštní pozornost rozhraním, kde se zodpovědnosti a pravomoci jednotlivých pozic stýkají a překrývají; jejich jednoznačné vymezení je prevencí vzniku tzv. „šedých zón rizik“ v PDZS** (viz kap. 7 a TM12).

4.2. Koordinátor dobrovolníků PDZS

Koordinátor dobrovolníků ve zdravotních službách (KDZS) má v řízení PDZS klíčovou pozici. Po praktické stránce zajišťuje kvalitu a bezpečí PDZS, zejména:

- Bezpečí pacientů ve vztahu k činnosti dobrovolníků, tzn. zodpovídá za to, že v PDZS nebude působit dobrovolník nevhodný pro určený typ dobrovolnické činnosti.
- Bezpečí dobrovolníků, tzn. dohlíží na to, aby dobrovolníci nevykonávali jinou než stanovenou činnost a nebyli k tomu nuceni např. pacienti, rodinnými příslušníky, osobami blízkými či personálem.

Pozici KDZS je vhodné zřídit a obsadit i v případě, že se PZS rozhodne pro řízení PDZS ve spolupráci s EDO. V tom případě jsou na pozicích koordinátorů dobrovolníků dvě osoby zastupující obě organizace (KDZS a KD EDO) a je nutné, aby se dohodly na rozdělení a pokrytí potřebných činností v plném rozsahu. Tuto dohodu reflektuje Smlouva o spolupráci mezi PZS a EDO (viz ADM, kap. 1.3.).

4.2.1. Náplň práce KDZS

Práci KDZS lze rozdělit do několika oblastí, přičemž její rozsah souvisí s fází vývoje PDZS (viz TM2).

a) Přímá personální práce s dobrovolníky

Kvalita personální práce KDZS s dobrovolníky je zásadním faktorem, který má vliv na to, do jaké míry každý z dobrovolníků využije své individuální předpoklady ve prospěch pacientů a celého PDZS⁹ [49].

Práce KDZS v této oblasti by měla zahrnovat:

- **Výběr vhodných a detekci rizikových dobrovolníků pro PDZS** formou zjišťování motivace zájemců o dobrovolnickou činnost při vstupním pohovoru s novými zájemci, při vstupním školení a při dalších individuálních kontaktech koordinátora s každým dobrovolníkem.
- Zajištění organizace a **spolupráce při vedení vstupního školení nových dobrovolníků a při organizaci specializovaných proškolení dobrovolníků** pro jejich činnost v provozu nemocnice (BOZP, hygiena rukou a další hygienicko-epidemiologická opatření atp.), případně při dalších školeních pro činnost na specifických odděleních PZS (podrobně viz TM3 a další TM dle oborů a oblastí zdravotní péče).
- **Zapojení vybraných a proškolených dobrovolníků do dobrovolnické činnosti** na vybraných pracovištích, zapojení registrovaných dobrovolníků do přípravy a do realizace pravidelných a jednorázových akcí.
- **Průběžnou kontrolu činnosti dobrovolníků** (viz kap. 7 a TM12).
- **Podporu činnosti dobrovolníků** tak, aby ji vykonávali bezpečně a byli motivováni v ní setrvat (viz TM3). Součástí je **organizace skupinových supervízi pro dobrovolníky** a spolupracuje se supervizorem, dle potřeby zajišťuje individuální supervize nebo vede intervizní setkání s dobrovolníky (viz dále kap. 5.10.).

⁹ Manažerské přístupy k dobrovolníkům se odlišují tím, nakolik koordinátor rozumí zájmu dobrovolníků, 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.

b) Koordinace všech dobrovolnických činností a akcí

Rozsah a zacílení PDZS odpovídá realizovaným programovým liniím („A“, „B“, „C“, „D“) (viz kap. 2.3.). Pokud jsou v PDZS realizovány všechny čtyři programové linie, je vhodné včasné personální posílení koordinačního týmu PDZS (viz kap. 3.4. a TM15). KDZS by měl odpovídat:

- Za vyhodnocení priorit, logistiku a plánování jednotlivých kroků a činností.
- Za přípravu a organizační zajištění všech akcí souvisejících s PDZS.
- Za přípravu, organizaci a realizaci pracovních schůzek souvisejících s realizací činností a akcí.

c) Vedení administrativy PDZS

KDZS by měl odpovídat za přípravu, zpracování a evidenci celé administrativy PDZS. Obsahová struktura dokumentů je **podrobně uvedena v samostatném dokumentu Administrativa PDZS (ADM) a je základem Interní databáze PDZS** (viz TM13, kap. 2.1.). V přehledu zahrnuje:

- Zpracování a evidenci podkladů pro uzavírání smluv s dobrovolníky a dalších dokumentů (mlčenlivost, zdravotní způsobilost, výpis z rejstříku trestů) (viz ADM, kap. 2.2.), smlouvy s EDO (viz ADM, kap. 1.3.), smlouvy s externím supervizorem (viz ADM, kap. 1.4.).
- Vyplnění registračních karet dobrovolníků a vedení databáze registrovaných dobrovolníků (viz ADM, kap. 2.3. a formuláře v příloze ADM).
- Kontrolu aktualizace „Zakázkových listů“ z pracovišť (viz ADM, kap. 3.1. a formulář v příloze ADM).
- Tvorbu dokumentu „Popis a charakteristika dobrovolnické činnosti“ na jednotlivých odděleních (viz ADM, kap. 3.2.).
- Tvorbu „Informačního manuálu dobrovolníka“ (viz ADM, kap. 3.3.).
- Evidenci docházkových listů dobrovolníků, včetně kontroly prohlášení o bezinfekčnosti (viz ADM, kap. 3.4. a formulář v příloze ADM).
- Evidenci informovaných souhlasů pacientů s účastí na PDZS a s pořizováním fotodokumentace (viz ADM, kap. 3.5.).
- Tvorbu a evidenci prezenčních listin u dobrovolnických akcí (viz ADM, kap. 3.6.).
- Tvorbu a evidenci zápisů z pravidelných schůzek s kontaktními osobami (viz ADM, kap. 3.7.3.).
- Evidenci tematických zápisů ze supervizí (viz ADM, kap. 3.7.1.).
- Spolupráci na podkladech a vedení dohodnuté dokumentace ke K+B PDZS (viz ADM, kap. 1.6.).
- Vedení „Interní databáze PDZS“, statistiky a podkladů ke sledování efektivity PDZS (viz TM13).
- Vedení dohodnutých podkladů a výsledků evaluace PDZS (viz ADM, kap. 3.8.).

d) Kontrola, plánování, hodnocení a další rozvoj PDZS

Do této manažerské části práce KDZS by měla patřit:

- Tvorba koncepce a plánu PDZS dle vývojové fáze PDZS (viz TM2), včetně začlenění požadavků pro práci s riziky a K+B PDZS (viz kap. 7 a TM12).
- Řízení PDZS dle plánu.
- Průběžná kontrola a vyhodnocování efektu dobrovolnické činnosti, ve spolupráci s garantem PDZS, kontaktními osobami a manažerem kvality (viz dále kap. 7 a 8 a ADM, kap. 3.8.).
- Vedení statistiky, dle požadavků pro evaluaci a měření efektivity PDZS (viz TM13).
- 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 (např. školy, firmy, patientské organizace apod.).

e) Komunikace se všemi zúčastněnými stranami a spolupráce na propagaci PDZS

KDZS by měl být základním spojovacím a komunikačním článkem se všemi, kteří působí v PDZS, tzn. jeho činnost by se kromě dobrovolníků měla soustředit i na další skupiny, se kterými průběžně komunikuje a připravuje vhodné podmínky pro PDZS. **KDZS by měl zvládat komunikaci v „různých jazycích“** tak, aby uměl vysvětlit principy PDZS a aktuální děje různým cílovým skupinám.

Nezbytnou součástí práce KDZS by měla být spoluúčast na propagaci PDZS:

- Příprava vstupních podkladů a informací pro tvorbu propagačních materiálů.
- Spolupráce s tiskovým oddělením nebo osobou zodpovědnou u PZS za propagaci na výstupech a jejich mediální podobě (viz TM14).

f) Koordinace týmu DC PZS

Do náplně práce koordinátora dobrovolníků spadá také **vedení agendy DC PZS**. V závislosti na fázi vývoje PDZS (viz kap. 3.3.2. a TM2) to znamená i vedení celého týmu, který se podílí na realizaci PDZS.

- V první, rozjezdové fázi PDZS je pravděpodobné, že všechny potřebné činnosti uvedené pod body a) až f) zvládne KDZS sám. Podstatné je, aby měl pro tuto práci dostatečnou kapacitu, tzn. **je nutné od počátku zvažovat výši jeho pracovního úvazku**¹⁹. Vyšší úvazek a odpovídající podporu potřebuje zejména tehdy, pokud se vedení PZS už od počátku rozhodne pro realizaci více programových linií PDZS. **Kombinace pozice KDZS s jinou profesní náplní práce může být pouze počátečním a dočasným řešením.**
- Druhá, stabilizační fáze PDZS již předpokládá nárůst práce koordinátora, s vysokými nároky na její kvalitu, proto do této fáze spadá i **úvaha o personálním posílení koordináčního týmu DC PZS tak, aby byla zajištěna udržitelnost PDZS a zastupitelnost v týmu**. 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 koordináční tým bez vedoucího neobejde.

4.2.2. Kvalifikace a osobnostní předpoklady pro pozici KDZS

Zvládnutí role a práce KDZS předpokládá adekvátní kvalifikaci a alespoň základní manažerské schopnosti a dovednosti.

Doporučené vzdělání koordinátora dobrovolníků ve zdravotnictví:

- Minimálně úplné středoškolské vzdělání s maturitou.
- Absolvování vzdělávacího kurzu pro KDZS, cíleně zaměřeného na dobrovolnictví ve zdravotnictví, v požadovaném rozsahu teoretické a praktické výuky:
 - Teoretická část kurzu by měla obsahovat základní témata z Metodiky dobrovolnictví ve zdravotnictví zaměřené na přípravu a realizaci dobrovolnictví ve zdravotnictví.
 - Praktická část kurzu musí být realizovaná u PZS, který má dlouhodobé, minimálně tříleté, zkušenosti v realizaci PDZS. Praxe musí být zaměřená na to, aby absolventi získali představu o všech základní oblastech práce koordinátora dobrovolníků ve zdravotnictví včetně vazby na systém řízení K+B PDZS a na fungování DC PZS.
- Je možné využít i jiné kurzy a vzdělávací aktivity týkající se základů koordinace dobrovolnických programů, **předpokladem je ale doplnění vzdělávání v oblasti specifik dobrovolnictví ve zdravotnictví.**

¹⁹ Viz kap. 9.2. ZTM – Náklady na PDZS: 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 KDZS se zkráceným úvazkem jsou doporučeny nižší limity, adekvátně dle výše uvedených počtů dobrovolníků a akcí.

Nároky práce KDZS by měly být zohledněny i v jeho platových podmínkách. Jako základ pro pozici koordinátora dobrovolníků je možné využít zařazení dle Katalogu prací pod číslem 1.01.12 „Koordinační projektový a programový pracovník“ s platovou třídou v rozpětí 10 - 11, specifikovanou přímo pro zdravotnictví. [83].

Pro výkon funkce KDZS je výhodná:

- předchozí vlastní dobrovolnická zkušenost ve zdravotnictví,
- základní orientace v oblasti poskytování zdravotní péče a v práci s lidskými zdroji.

Pro pozici KDZS je vhodná osobnost s přirozenými předpoklady pro vedení lidí. Mělo by se jednat o člověka, kterého koncept PDZS opravdu zajímá, má organizační schopnosti, přirozenou autoritu, umí komunikovat s lidmi na různých pozicích, různého věku a vzdělání, je schopen vzít na sebe zodpovědnost a samostatně se rozhodovat i v nepopulárních situacích.

Postupné rozšiřování koordinačního týmu PDZS znamená redefinici a nové rozdělení náplní práce. Roli vedoucího týmu může převzít KDZS, který nabral zkušenosti v rozjezdové fázi PDZS, nebo může být na manažerskou pozici vedoucího přijata nová osoba a stávající koordinátor si ponechá svůj dosavadní rozsah práce.

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

Vedoucí DC PZS nebo Koordinačního centra podpůrných aktivit (KCPA)(viz TM15) by měl mít základní manažerské schopnosti a dovednosti, které mu pomohou sestavit a efektivně vést tým [7] a realizovat PDZS v jeho dané fázi (viz TM2).

4.2.3. Vzdělávání, supervize a metodická podpora KDZS

Vyškolенý a zkušený KDZS je pro řízení PDZS předpokladem požadované kvality práce. Zajištění jeho kontinuální podpory ze strany PZS je jednou z cest, jak si takového člověka udržet.

- a) Interní podpora KDZS zahrnuje především:
 - **fungující realizační tým PDZS,**
 - **formální i neformální podporu managementu PZS** (viz kap. 3.1.),
 - **nabídku motivačních programů a benefitů** pro KDZS ze strany PZS.
- b) Externí podpora KDZS může mít několik forem:
 - **Metodická podpora práce KDZS** by měla vycházet z potřeb PDZS v jeho konkrétní fázi nebo situaci. Může mít např. podobu mentoringu nebo odborných konzultací vedených externím konzultantem. Efekt externí metodické podpory by měl být hodnotitelný a měl by se projevit v oblasti K+B PDZS, jeho parametry by měly být začleněny do evaluace a hodnocení efektivity PDZS (viz kap. 8 a TM13).
 - **Kontinuální vzdělávání KDZS** je jednou z forem podpory, která u něj posiluje pocit smysluplnosti práce a současně přispívá k efektivitě PDZS.
 - **Supervize pro KDZS** je podpůrným prvkem sloužícím k výměně zkušeností a zároveň prevencí syndromu vyhoření. Je možná forma individuální supervize nebo skupinové supervize koordinátorů dobrovolníků z podobných typů PDZS.

4.3. Garant PDZS

V organizační struktuře PDZS je garant PDZS nejvýše postavenou **osobou s největší zodpovědností v PDZS a přímým nadřízeným KDZS.** Je zodpovědný za sledování a kontrolu jeho práce (viz schémata na obrázcích 8 a 9).

Role garanta PDZS je významná z těchto důvodů:

- Garant je členem top managementu PZS, případně má přímou vazbu na řídicí struktury větších celků PZS (viz kap. 3.1.1.) a zná tak kontext strategických rozhodnutí o směřování PZS, které jsou pro PDZS důležité.
- Garant je „mluvčím PDZS“ v top managementu PZS a může tak poskytovat podporu PDZS při rozhodování o klíčových krocích v jeho vývoji.

Je vhodné, aby garantem PDZS byl ten, kdo má z vedení PZS nejbližší k realizované podobě PDZS z hlediska programových linií PDZS, zároveň má k dobrovolnictví ve zdravotnictví pozitivní vztah, vnímá ho jako smysluplný a má zájem na PDZS pracovat a rozvíjet ho. Není to pouze formální role, protože bez zřetelné podpory garanta je pro KDZS obtížné, resp. až nemožné, PDZS zahájit a rozvíjet. A to i tehdy, když služby realizované dobrovolníky žádají pacienti, personál i dobrovolníci.

Garant PDZS by měl zodpovídat zejména za:

- Volbu a nastavení vhodného organizačního modelu pro efektivní řízení PDZS ve vybraných programových liniích „A“, „B“, „C“, „D“ (viz. kap. 2.3.) a s tím související administrativní náležitosti (např. změny smlouvy s EDO o spolupráci na realizaci PDZS).
- Finální zpracování dokumentů „Dobrovolnický program“ a „Politika kvality PDZS“ (viz ADM, kap. 1.1. a 1.6.1.).
- Tvorbu rozvojové strategie PDZS, navazující na hodnocení přínosu a celkového efektu PDZS v souladu se záměry a strategickými plány PZS.
- Vytvoření potřebných směrnic dle podmínek a pravidel pro dobrovolnickou činnost na všech pracovištích, kde dobrovolníci působí, především na specializovaných odděleních se specifickým typem péče (viz dále kap. 6 a ADM, kap. 1.5. a 1.6.).
- Systémové řešení a nastavení preventivních opatření rizikových situací v PDZS, ve spolupráci s KDZS a manažerem kvality ZS.
- Přípravu a realizaci evaluace PDZS (viz kap. 8 a TM13), včetně plánování, provedení a vyhodnocení pilotního ověřování nových aktivit před jejich rutinním zavedením do praktické realizace PDZS, ve spolupráci s KDZS a manažerem kvality ZS (více viz TM2).
- Včasnou komunikaci a předání informací o plánovaných i aktuálních provozních změnách u PZS, které dopadají i na PDZS (např. zákaz návštěv, uzavření oddělení, aktuální hygienicko-epidemiologické situace a související opatření apod.).
- Pravidelné informování středního managementu a řadového personálu o zásadních záležitostech týkající se PDZS (např. informace o PDZS na schůzi vrchních sester apod.).

4.4. Kontaktní osoby PDZS

Kontaktní osoba je **zástupcem odborného personálu na oddělení/pracovišti zapojeném do PDZS** a důležitým spolupracovníkem KDZS. Je jeho „prodlouženou rukou“ směrem k pacientům a jejich rodinným příslušníkům či osobám blízkým.

Kontaktní osoba pokrývá především následující oblasti činnosti:

- Ve spolupráci s KDZS udržuje adekvátní informovanost personálu daného oddělení o stavu a vývoji PDZS a o jeho pravidlech (viz dále kap. 5.1.).
- Průběžně eviduje zájem o dobrovolnické aktivity a analyzuje potřeby jak ze strany pacientů, tak ze strany personálu (viz dále kap. 5.2.).
- Zajišťuje výběr vhodných dobrovolnických aktivit pro pacienty na oddělení na základě vyhodnocení rizik a podmínek jejich bezpečné realizace (viz TM12) a průběžně ověřuje vhodnost typu a rozsahu činnosti dobrovolníků na oddělení (viz kap. 5.2.2. a TM4, TM5, TM6, TM7, TM8, TM9, TM10, TM11).
- Odpovídá za vyplnění a pravidelnou aktualizaci „Zakázkového listu“, který je pro KDZS podkladem pro nábor a výběr dobrovolníků (viz ADM, kap. 3.2.).

- Ve spolupráci s KDZS připravuje a zpracovává dokument „Popis a charakteristika dobrovolnické činnosti na oddělení“ (viz ADM, kap. 3.4.) a aktivně ho využívá při zajištění informovanosti personálu i dobrovolníků.
- Uvádí nové dobrovolníky na oddělení, seznamuje je s provozem oddělení/pracoviště a zajišťuje jejich doškolení v problematice související s plánovanými dobrovolnickými aktivitami, informuje oddělení o nástupu nových dobrovolníků.
- Zajišťuje procesní a formálně administrativní potřeby pro fungování dobrovolníků na oddělení:
 - Umístění registračních karet dobrovolníků na oddělení/pracoviště (viz ADM, kap. 2.3.1.).
 - Způsob práce s docházkovými listy a podpisy prohlášení o bezinfekčnosti dobrovolníka (viz ADM, kap. 3.4.).
 - Aktualizaci rozpisu a harmonogramu docházky dobrovolníků na oddělení/pracoviště (může zajišťovat i KDZS), způsob evidence omluv a nepřítomnosti dobrovolníků.
 - Nastavení způsobu obousměrného předávání informací mezi KDZS, kontaktní osobou, personálem i pacientem (např. předávání aktuálních informací včetně případných změn další směně apod.)
- Řeší provozní záležitosti s dobrovolníky, kdy s KDZS flexibilně spolupracuje na řešení vzniklých problematických situací, vyhodnocení jejich příčin a nastavení preventivních opatření, zejména na specializovaných typech oddělení.
- Průběžně zjišťuje spokojenost pacientů s PDZS a zpětné vazby personálu na působení dobrovolníků.
- Dle aktuálních potřeb a dohody s KDZS se podílí na vzdělávání dobrovolníků (např. účastní se vstupního školení, realizuje nadstavbového školení zaměřené na specifickou oblast daného oddělení atd.).

K povinnostem kontaktní osoby dále patří:

- Účast na pravidelných schůzkách kontaktních osob s KDZS, které mohou mít provozní a/nebo evaluační charakter. Skupinová nebo individuální evaluační schůzka KDZS s jednotlivými kontaktními osobami (alespoň 1x ročně) slouží jako optimální nástroj vyhodnocení dobrovolnických činností na oddělení. V případě modelu řízení PDZS ve spolupráci s EDO by na těchto schůzkách měl být přítomen i koordinátor z EDO. Osobní kontakt a komunikace kontaktní osoby s KDZS je zejména pro zajištění K+B PDZS nenahraditelný. Důležitý je i tam, kde s kontaktní osobou pracoviště komunikuje přímo zástupce spolupracující EDO (viz kap. 3.2.2. a 3.2.3. a TM1).
- Spolupráce při přípravě a organizaci jednorázových akcí na daném oddělení/pracovišti nebo těch akcí, kterých se pacienti daného oddělení/pracoviště účastní.

Pro PDZS je důležitá volba vhodné kontaktní osoby, která by měla mít:

- Pozici na oddělení/pracovišti s dostatečnou autoritou a respektem u personálu.
- Dostatečnou kapacitu pro výkon práce kontaktní osoby a časovou dostupnost pro dobrovolníky (tzn. výhodnější je osoba pracující v jednosměrném provozu).
- Porozumění smyslu a přínosu PDZS.

Je vhodné, aby náplň práce kontaktní osoby byla zahrnutá do jejich profesioqramu. V zájmu udržení pozitivní motivace pro fungování v pozici kontaktních osob v PDZS se osvědčuje např. i forma poděkování za jejich přínos při společném ocenění dobrovolníků.

4.5. Manažer kvality zdravotních služeb

Role manažera kvality u PZS (resp. pracovníka útvaru kvality zdravotních služeb) v realizačním týmu PDZS je důležitá především z hlediska významného vlivu PDZS na kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (K+B ZS). **Je důležité nastavit systém kvality a bezpečí programu dobrovolnictví ve**

zdravotních službách (K+B PDZS) tak, aby byl úzce provázán a korespondoval s již zavedeným systémem řízení K+B ZS.

PZS musí mít ze zákona povinně nastavený minimálně interní systém hodnocení K+B ZS²⁰ [132]. Plnění této povinnosti je úlohou manažera kvality PZS. Znamená to především vedení všech odpovídajících procesů v řízení, analýze, vyhodnocování a rozvoji systému K+B ZS a také koordinace a spolupráce s ostatními útvary v rámci řízení K+B ZS (podrobněji viz kap. 7).

Manažer kvality zdravotních služeb zodpovídá:

- Za implementaci hodnocení K+B PDZS do systému řízení K+B ZS.
- Za nastavení pravidel, za volbu a způsob využívání nástrojů a pravidelné vyhodnocování K+B PDZS, včetně kontroly při spolupráci PZS s EDO (ve spolupráci s KDZS).
- Za systémové hodnocení K+B PDZS formou interního (případně externího) auditu řízení K+B ZS (ve spolupráci s KDZS).
- Za zpracování dokumentace pro řízení K+B PDZS ve spolupráci s KDZS v takové podobě, která bude sjednocená s dokumentací k řízení kvality a bezpečí celého PZS (viz ADM, kap. 1.6.).

U mnoha PZS je pro oblast řízení kvality a bezpečí zřízeno samostatné oddělení/odbor/úsek K+B ZS, kde působí více zaměstnanců pod vedením manažera kvality zdravotních služeb²¹.

Podrobnější informace o systému sledování a řízení K+B PDZS, spolupráci KDZS s manažerem kvality PZS a provázání na K+B ZS jsou uvedeny v kap. 7 a TM12.

4.6. Koordinátor dobrovolníků EDO

V případě modelu řízení PDZS ve spolupráci s EDO musí být do spolupráce v realizačním týmu PDZS začleněn také koordinátor dobrovolníků EDO (KD EDO).

Jeho kompetence, pravomoci a zodpovědnost, včetně podoby spolupráce s KDZS, vychází z rozsahu spolupráce mezi PZS a EDO, definované ve smlouvě o spolupráci mezi PZS a EDO (viz ADM, kap. 1.3.).

Klíčovými místy kvalitní spolupráce je:

- Spolupráce obou koordinátorů při zpracování výstupů z analýzy potřeb na odděleních/pracovištích 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 KD EDO na **schůzkách s kontaktními osobami** (viz kap. 4.4.).
- **Podílení se na řešení problematických a potenciálně rizikových situací**, které souvisejí se službami pro PDZS, které má zajišťovat EDO.
- **Podpora dobrovolníků** a efektivní práce s jejich zpětnými vazbami na působení v PDZS (viz dále kap. 5.10.).
- Spolupráce **na evaluaci PDZS** (viz dále kap. 5.12. a TM13).

4.7. Spolupracující členové realizačního týmu

S realizačním týmem PDZS spolupracují nejčastěji dvě další osoby. Jedná se o pracovníka odpovědného za PR PZS a o manažera krizového řízení PZS.

4.7.1. Spolupráce KDZS s tiskovým oddělením PZS

Spolupráce KDZS s tiskovým oddělením PZS je podstatná ve všech fázích vývoje PDZS a při realizaci všech programových linií „A“, „B“, „C“ i „D“. Týká se především přípravy a realizace **komunikační**

²⁰ Dle § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, má PZS povinnost zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. K dalším systémům hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb se dále detailně věnuje §98 až §106 tohoto zákona.

²¹ Pro potřebu tohoto metodického materiálu, včetně tematických manuálů, které jsou jeho přílohou, se v textu uvádí pouze pozice **manažera kvality ZS**.

strategie PDZS (viz TM14), která musí být zacílená a srozumitelná pro cílové skupiny podle toho, koho je potřeba v daném čase o PDZS informovat (viz dále kap. 5.4.).

Efektivní komunikace je na oficiální úrovni pro tisk a propagaci důležitá:

- Při rozjezdu PDZS tam, kde veřejnost nemá dosud žádné (nebo jen málo) informací.
- Při realizaci větších jednorázových akcí v programových liniích „A“ a „B“, a také při realizaci linie „C“ v mimořádné situaci, kdy je třeba oslovit a informovat veřejnost a získat dobrovolníky.
- Při realizaci akcí v rámci firemního dobrovolnictví (viz TM9).

KDZS se s tiskovým oddělením PZS musí dohodnout na konkrétních krocích:

- Při přípravě a realizaci komunikační strategie PDZS pro cílové skupiny, které je potřeba oslovit (např. veřejnost mimo nemocnici, ve městě nebo v kraji, zaměstnance PZS).
- Při volbě vhodných PR nástrojů a forem (webové stránky, FB, konference, články, regionální televize, rozhlas aj.).

Komunikační strategie PDZS by měla mít jednotný styl s komunikační strategií PZS, včetně sjednocené vizuální identity [54] [90]. Komunikaci a **propagaci PDZS je potřeba sladit i s EDO**, pokud s ní PZS na programu spolupracuje.

4.7.2. Spolupráce KDZS s manažerem pro krizové řízení PZS

Manažer pro krizové řízení PZS je důležitým členem realizačního týmu PDZS **v případě realizace programové linie „C“** (podrobněji 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 daném typu mimořádné situace platná pro PZS jako celek.
- V přímém spojení na top management (společně s garantem PDZS), což usnadňuje schopnost rychlé reakce.
- V případě mimořádné situace epidemického typu je důležitým spolupracovníkem manažera pro krizové řízení také nemocniční hygienik, jehož rozhodnutí související s hygienicko-epidemiologickým režimem v mimořádné situaci jsou závazná i pro PDZS.

Manažer pro krizové řízení **spolupracuje s KDZS**:

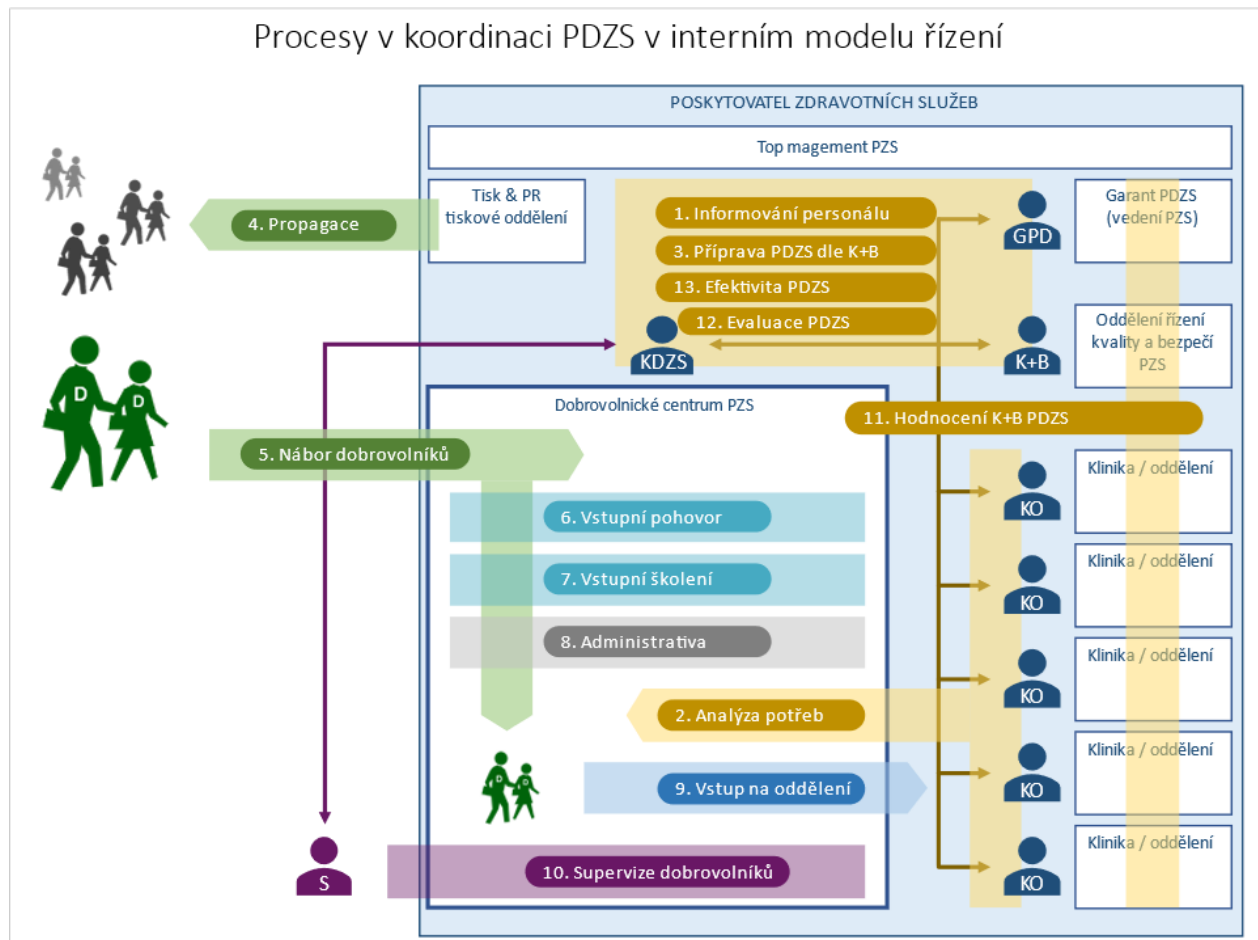
- na přípravě „Manuálu pro zapojení dobrovolníků v mimořádných situacích“ (viz ADM, kap. 1.8.) a na jeho aktualizaci dle výsledků hodnocení efektu PDZS,
- na řešení aktuálních problematických situací,
- na vyhodnocení efektu zapojení dobrovolníků v proběhlé mimořádné situaci.

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 nebo model spolupráce PZS s externí dobrovolnickou organizací, případně model kombinovaný (viz kap. 3.2. a TM1). Při realizaci PDZS probíhají hlavní procesy především mezi čtyřmi základními skupinami v PDZS, tzn. mezi dobrovolníky, koordinátorem dobrovolníků, pacienty a personálem PZS.

Schéma na obrázku 10 znázorňuje procesy v interním modelu řízení, obdoba modelu řízení při spolupráci PZS s EDO, který je platný i pro kombinovaný model řízení je uvedena v TM1.

Obrázek 10: Procesy v koordinaci PDZS a vazby mezi nimi
Zdroj: vlastní zpracování



V následujících kapitolách je popsán cyklus realizace PDZS zahrnující jednotlivé procesy v tom pořadí, jak by měly být realizovány.

V přehledné grafice je tento cyklus znázorněn také v Úvodu na schématech a), b), c), d), e).

5.1. Informování personálu PZS o PDZS

Informovanost personálu je základním předpokladem úspěšné implementace PDZS na oddělení/pracoviště PZS. Pokud personál rozumí tomu, co může dobrovolnická činnost přinést, je reálná šance, že přítomnost dobrovolníků bude na oddělení/pracovišti akceptována a podporována a efekt PDZS tím může být významně ovlivněn.

Informování personálu o PDZS je v kompetenci realizačního týmu, tzn. především KDZS ve spolupráci s garantem PDZS a s kontaktními osobami.

V rozjezdové fázi PDZS (viz kap. 3.3.1.) je potřebná příprava jednotlivých oddělení/pracovišť i celého PZS na vstup dobrovolníků. Pro personál jsou podstatné následující informace:

- Proč má smysl PDZS realizovat, co je očekávaným přínosem (viz např. kap. 1.2.).
- Kdo je dobrovolník, co může a nemůže v rámci své činnosti dělat, jaké jsou jeho kompetence a zodpovědnosti, jaké programové linie PDZS mohou být u PZS realizovány (viz kap. 1.1., 2.2., 2.3.).
- Jaké typy dobrovolnických činností (definice viz kap. 6) mohou být u PZS realizovány. Je vhodné uvést i konkrétní zaměření PDZS dle obsahu zpracovaného dokumentu „Dobrovolnický program“, viz kap. 2.1.1.).
- Jaká jsou pravidla PDZS a hranice dobrovolnické role ve vztahu k odbornému personálu (viz kap. 2.4. a 2.5.) a k dalším subjektům realizujícím podpůrné aktivity u PZS (viz kap. 2.6. a 2.7.).
- Kdo je zodpovědný za koordinaci PDZS, tzn. kdo tvoří realizační tým PDZS, kdo je KDZS, kdo je garantem a co je obsahem funkce kontaktní osoby (viz kap. 4).
- Jak jsou dobrovolníci vybíráni, školeni a vedeni (viz dále kap. 5.4., 5.5., 5.6., 5.7. a TM3).
- 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 (podrobně je zpracováno dle oboru, typu oddělení/pracoviště a specifických typů činností v TM4, TM5, TM6, TM7, TM8, TM9).

Při informování personálu PZS v první rozjezdové fázi realizace PDZS může být výhodou konzultační podpora ze strany zkušeného koordinátora z jiného PDZS nebo externího konzultanta (viz TM2).

5.2. Analýza potřeb

V tomto procesu je potřeba určit komu, jakým typům pacientů/osobám a návštěvníkům PZS je PDZS určen a v jakém rozsahu má fungovat. Vybrat vhodné typy dobrovolnických činností, stanovit místo a podmínky jejich realizace. Celý proces analyzování potřeb by měl proběhnout ve dvou na sebe navazujících fázích:

5.2.1. Výběr vhodných oddělení a pracovišť pro PDZS

Klíčový je postoj vedení jednotlivých oddělení/pracovišť k PDZS, neboť při jejich výběru je potřeba zmapovat a určit:

- Která programová linie „A“, „B“, „C“, „D“ je pro konkrétní oddělení/pracoviště vhodná a realizovatelná.
- Zda je typ pacientů na oddělení/pracovišti vhodný pro interakci s dobrovolníky, je předpoklad, že aktivity pro ně budou přínosné a budou z jejich strany přijímány a vítány.
- Zda je personál oddělení/pracoviště informovaný o hlavních principech a pravidlech PDZS, rozumí jim a je připravený a schopný s dobrovolníky spolupracovat, případně si pomoc dobrovolníků řídit.
- Zda je mezi personálem daného oddělení/pracoviště zaměstnanec, který je motivovaný a schopný převzít funkci kontaktní osoby (viz kap. 4.4.).

Při výběru **oddělení vhodných pro aktivity v programové linii „A“ je účelné začlenit do spolupráce i sociálními pracovníky**, kteří mají přehled o sociálních potřebách pacientů.

Proces výběru vhodných pracovišť pro programové linie „B“ a „C“ je doporučeno neuspěchat, je třeba aby byly splněny výše uvedené podmínky.

5.2.2. Výběr vhodných dobrovolnických činností

Výběr vhodných typů dobrovolnických činností je úzce svázán a navazuje na výběr vhodného oddělení/pracoviště a vhodného typu pacientů, kterému mohou dobrovolnické aktivity být prospěšné. **Výběr vhodných činností by měla realizovat kontaktní osoba společně se zdravotnickým personálem daného oddělení/pracoviště.**

Při výběru vhodných dobrovolnických aktivit u programové linie „A“ by měly platit dvě hlavní zásady:

- Prioritní je orientace na potřeby pacientů.
- Činnosti musí respektovat provozní a prostorové podmínky daného oddělení.

Obě zásady jsou podrobněji rozpracovány v tematických manuálech zaměřených na doporučené podmínky a způsob realizace dobrovolnických činností s různými typy pacienty v různých oborech zdravotní péče (viz TM4, TM5, TM6, TM7, TM8).

Zvolené dobrovolnické činnosti je potřeba popsat ve formě dvou dokumentů:

1. „Zakázkový list“ dobrovolnických činností v PDZS (viz formulář v ADM, kap. 3.1. a příloha).

Dokument je stručným popisem zvolených typů dobrovolnických aktivit na konkrétním oddělení/pracovišti. Zpracovává ho kontaktní osoba po poradě s personálem a předává tím KDZS důležité informace:

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

Podle informací uvedených na zakázkovém listu pak může probíhat cílený nábor dobrovolníků vhodných pro žádanou činnost. V případě, že PZS spolupracuje s EDO, je třeba, aby byl se zadáním od personálu na Zakázkovém listu seznámen i koordinátor v EDO a respektoval ho.

2. „Popis a charakteristika dobrovolnické činnosti“ (viz ADM, kap. 3.2.)

Jedná se o souhrn informací pro dobrovolníky docházející na konkrétní oddělení. Dokument je společným dílem kontaktní osoby daného oddělení a KDZS. Personál a kontaktní osoba tak vědí, že přicházející dobrovolník je obeznámen s tím, co může a nemůže na oddělení dělat a jak se má chovat. Dokument obsahuje:

- Popis a vymezení činností, které dobrovolník na oddělení/pracovišti může a které naopak nemůže dělat; popis by zároveň měl uvést základní pravidla PDZS (viz kap. 2).
- 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 obrací při řešení problematické situace.

Důležitá je srozumitelnost a přehlednost informací, ideálně v rozsahu jedné, max. dvou stránek A4.

Oba výše uvedené dokumenty je třeba **průběžně aktualizovat, zejména při jakékoli změně podmínek nebo nových informací o provozu oddělení.**

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

5.3. Příprava PDZS dle požadavků kvality a bezpečí

Tento proces je součástí přípravy aktivit v PDZS před jejich finální realizací a měl by se promítnout i do obsahu dokumentů popsaných v předchozí kapitole 5.2.2. Měl by proběhnout ve třech krocích (podrobně viz TM2):

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) a z hlediska časového harmonogramu. To se týká např. odhadu potřebného času od náboru 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 do plánu zapracovat, je uveden v TM4 až TM11.
2. **Pilotní otestování činností, procesů a úkonů popsaných v plánu** by mělo být časově ohraničené a realizační tým PDZS by mu měl věnovat adekvátní pozornost.
3. **Vyhodnocení pilotního ověření a provedení potřebných úprav** je důležitým preventivním opatřením, který zajistí, že do pravidelné praxe nepůjde riziková nebo nekvalitně připravená činnost.

Zodpovědnost za realizaci výše uvedených přípravných preventivních kroků má **KDZS v úzké spolupráci s garantem PDZS a manažerem kvality PZS**.

5.4. Propagace PDZS a oslovení veřejnosti

Propagace PDZS by se měla zaměřit na tyto podstatné cílové skupiny:

1. **Všichni zaměstnanci PZS:** Propagace a informovanost o PDZS uvnitř zdravotnického zařízení ovlivňuje to, jak budou dobrovolníci na oddělení/pracovišti přijímáni, jakou budou mít pozici a zda budou chtít v programu setrvat. Informaci o realizaci PDZS by měli dostat i zaměstnanci telefonní ústředny, na recepcích a v informačních centrech, kteří mohou být na PDZS dotazováni ze strany zájemců o dobrovolnictví, návštěvníků i běžné veřejnosti. Platí to nejen při zavádění PDZS, na udržení informovanosti je potřeba pracovat kontinuálně (viz TM14).
2. **Pacienti, rodinní příslušníci a osoby blízké:** Dostupné a srozumitelné informace o nabídce dobrovolnických aktivit jsou podstatné pro snížení případných obav z kontaktu s dobrovolníky. Potřebné jsou zejména informace týkající se typů a průběhu aktivit a toho, kdo jsou dobrovolníci (jejich motivace, důvěryhodnost, zaškolení). Je důležité respektovat i různé typy komunikačních bariér u pacientů (více viz TM4, TM5, TM6, TM7 a TM14).
3. **Veřejnost:** Propagace programu směrem k veřejnosti ovlivňuje to, jaké je celkové povědomí a zájem veřejnosti o dobrovolnickou činnost u PZS. Bez dobré informovanosti o PDZS v místní komunitě nebudou k dispozici adekvátní zájemci o dobrovolnickou činnost.

Z hlediska podoby přípravy 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.
- **Podle cílové skupiny je třeba volit jazyk a formy propagace**. Pro zájemce o dobrovolnictví je podstatná srozumitelnost a kde dostanou úvodní informace o možnosti zapojení do PDZS.

V přípravě a v koordinaci procesu propagace PDZS jsou rozdíly mezi modely řízení PDZS:

- a) V případě interního modelu řízení je provázanost všech procesů s propagací „dovnitř“ i „ven“ konsistentní a jasná. Důležitá je kooperace realizačního týmu a KDZS s tiskovým oddělením PZS nebo osobami zodpovědnými za propagaci a kontakt s médii (viz kap. 4.7.1. a TM14).
- b) V případě spolupráce PZS s EDO je potřeba mít určené role PZS a EDO, definovaný obsah, rozsah a koordinaci vzájemné spolupráce na propagačních aktivitách. Je vhodné, aby na propagaci PDZS spolupracoval PZS i když je nábor dobrovolníků z větší části smluvně zajišťován prostřednictvím EDO.

5.5. Nábor nových dobrovolníků

Nábor dobrovolníků navazuje a probíhá souběžně s procesem propagace PDZS ve veřejnosti. Pokud je informovanost personálu o PDZS uvnitř PZS (viz kap. 5.1.) a analýza potřeb (viz kap. 5.2.) provedená důkladně, významně to ulehčí proces náboru nových dobrovolníků a další práci s nimi.

Podle modelu řízení PDZS jsou zájemci o roli dobrovolníka směřováni buď na KDZS nebo KD v EDO. Příslušný koordinátor by měl mít už při náboru k dispozici informace uvedené v Zakázkových listech z jednotlivých oddělení/pracovišť.

K náboru nových zájemců může KDZS přístupovat buď pasivně (tzn. je oslovován zájemci na základě informací z letáků, webu, sociálních sítí apod.) nebo se chová aktivně (tzn. sám se osobně angažuje např. formou účasti na besedách a realizací přednášek na téma dobrovolnictví) (viz podrobněji TM14).

V dalším kroku si KDZS dojednává se zájemcem osobní setkání a realizaci vstupního pohovoru, který je prvním „bezpečnostním filtrem“ výběru vhodného dobrovolníka pro PDZS (podrobně viz TM3). Jako předstupeň osobní schůzky může posloužit rámcový dotazník na webu, který zájemce vyplní, případně může koordinátor ještě požádat o vyplnění „Motivačního dopisu/dotazníku zájemce o dobrovolnickou roli“ (viz ADM, kap. 2.1.).

5.6. Vstupní pohovor

Vstupní pohovor s novým zájemcem o roli dobrovolníka v PDZS je pro KDZS základním nástrojem k získání přehledu o tom, zda je uchazeč schopen vykonávat dobrovolnickou činnost v PDZS. **Slouží k výběru vhodného zájemce a k odhalení objektivně nevhodného kandidáta** (podrobně viz TM3).

Při vstupním pohovoru by se KDZS měl orientovat:

a) Podle kritérií pro výběr dobrovolníků vhodných pro PDZS:

- Obecná kritéria způsobilosti dobrovolníka se týkají věku, trestní bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti zájemce o roli dobrovolníka v PDZS (viz kap. 2.2.). Pokud z nich vyplynou informace, které činí zájemce z hlediska vhodnosti sporným, vyžaduje to podrobnější rozvalu a posouzení KDZS podle kritérií specifických pro daný PDZS, případně zvážení podmíněného přijetí do PDZS (podrobněji viz TM3).
- Kritéria způsobilosti dobrovolníka dle specifik PDZS nejsou závazně stanovena, PZS si je sestavuje a definuje sám podle psychických i fyzických nároků daného typu dobrovolnické činnosti a podle podmínek pro výkon dobrovolnické činnosti u vybraného typu oddělení/pracoviště a typu pacientů (podrobněji viz specifik dle odpovídajícího zaměření TM).

b) Podle průběhu komunikace s potenciálním zájemcem o dobrovolnictví získává KDZS další důležité informace:

- Motivace zájemce o dobrovolnickou činnost (podrobně viz TM3).
- Představy, příp. zkušenosti s dobrovolnickou činností ve zdravotnictví.
- Preferovaný typ dobrovolnické činnosti ze strany zájemce (individuální/skupinové aktivity, u dětských nebo dospělých pacientů, příp. bez kontaktu s pacienty atd.).
- Časové i jiné možnosti zájemce pro výkon dobrovolnické činnosti.

Zájemce, kteří projdou úspěšně vstupním pohovorem, si KDZS následně pozve na vstupní školení.

5.7. Školení dobrovolníků v PDZS

Školení dobrovolníků je **nezbytnou částí PDZS**, která má významný podíl na zajištění kvality a bezpečí výsledného PDZS. Lze ho rozdělit na vstupní a nadstavbové školení nových dobrovolníků.

Z důvodu zajištění K+B PDZS by měl KDZS připravenost dobrovolníka pro výkon dobrovolnické činnosti průběžně ověřovat a aktualizovat (viz kap. 7 a TM12).

a) Vstupní školení

Ze strany KDZS je potřeba připravit vstupní školení tak, aby jeho obsah vyhovoval nárokům dobrovolnické činnosti v konkrétním PDZS a zároveň, aby jeho forma byla pro potenciální dobrovolníky atraktivní. Školení by mělo být poskytovat informace ve dvou směrech:

- **KDZS by měl dostat přesnější informace o účastnících/potenciálních dobrovolnících**, o jejich motivacích a představách o dobrovolnické činnosti, o schopnosti empatie a vnímání potřeb druhých, o schopnosti uvědomovat si rizika a respektovat pravidla PDZS, o schopnosti vnímat a respektovat hranice vlastní i hranice druhých, o chování ve skupině.
- **Budoucí dobrovolníci by měli dostat detailnější informace o PDZS**, především o hranicích role dobrovolníka ve zdravotnictví, o základních pravidlech a principech bezpečné dobrovolnické činnosti, o základních povinnostech dobrovolníka v PDZS.

Optimální doporučená forma a vedení vstupního školení:

- **Školení ve skupině minimálně osmi a maximálně patnácti osob** umožní využít potenciál interaktivních skupinových metod, lze sledovat skupinovou dynamiku, pracovat s generačními specifiky a s modelovými situacemi.
- **Hlavním lektorem** může být zkušený koordinátor dobrovolníků, u začínajících KDZS je výhodné, aby několik prvních školení vedl společně se zkušeným lektorem nebo jiným zkušeným KDZS.
- **Spolupracujícím lektorem** může být zkušený dobrovolník schopný přiblížit nováčkům dobrovolnickou činnost v praxi z vlastní zkušenosti a zástupce personálu PZS (např. některá z kontaktních osob).
- Každé vstupní školení je vhodné **ukončit sběrem zpětných vazeb** (viz ADM, 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.

- b) **Nadstavbové školení dobrovolníků je určeno především** pro dobrovolníky, kteří budou vykonávat určitou specifickou činnost buď na standardních nebo na specializovaných odděleních a potřebují si doplnit konkrétní specifické informace nebo absolvovat instruktáž a zácvik v určitých dovednostech (např. instruktáž v manipulaci s pacientem na vozíku nebo seminář ke komunikaci s pacienty s určitým handicapem). Potřebné zaškolení na specializovaných odděleních a oborech je podrobně popsáno v TM4, TM5, TM6, TM7 a TM8.

5.8. Administrativa PDZS

Administrativa spojená s kvalitním a bezpečným řízením PDZS zahrnuje tři skupiny dokumentů (úplný seznam a obsah všech dokumentů viz Příloha „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. dokumentu „Dobrovolnický program“, etického kodexu PDZS, vnitřních směrnic k PDZS a smluv se spolupracujícími organizacemi.
2. Dokumenty vztahující se ke konkrétnímu dobrovolníkovi:
Tato skupina dokumentů je reprezentována např. smlouvou s dobrovolníkem, etickým kodexem dobrovolníka, prohlášením/potvrzením zdravotní způsobilosti dobrovolníka, potvrzením bezúhonnosti, registrační kartou dobrovolníka k dané činnosti atd.

3. Dokumenty související s koordinací PDZS u PZS:

Tento typ dokumentů se týká materiálů potřebných pro koordinační práci KDZS. Jedná se např. o „Zakázkový list“ dobrovolnických činností, „Popis a charakteristiku dobrovolnické činnosti“ na konkrétním oddělení, „Informační manuál dobrovolníka“, informovaný souhlas s dobrovolnickou činností atd.

Vedení administrativní agendy je jednou z náplní práce KDZS (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, který by měl nastat po splnění následujících podmínek:

- Po uzavření a podepsání Smlouvy o výkonu pravidelné dobrovolnické činnosti s dobrovolníkem (viz ADM, kap. 2.2.).
- V situaci, kdy se na dobrovolníka již vztahuje pojištění (viz ADM, kap. 1.7.).

Dobrovolníka uvádí na vybrané oddělení/pracoviště KDZS, 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 opatřeních (př. systém provádění hygieny rukou, používání ochranných pomůcek atd.).
- Vysvětlení postupu provádění dohodnutého typu dobrovolnické činnosti, potvrzení času docházky na oddělení/pracoviště.
- Vysvětlení praktického provádění zápisů docházky na oddělení, včetně potvrzování čestného prohlášení o bezinfekčnosti (viz ADM, kap. 2.2.3.).
- Předání identifikační karty/jmenovky/visačky se jménem a „pracovního oděvu“ (tričko nebo vesta) s označením „dobrovolník“, zdůraznění významu jejich nošení pro bezpečnost dobrovolnické činnosti v PDZS (viz ADM, kap. 2.3.).

V prvních třech měsících je důležité, aby KDZS aktivně udržoval kontakt a komunikaci s novými dobrovolníky. V této době KDZS také pozorněji sleduje, jak noví dobrovolníci v praxi fungují, ověřuje si jejich činnost dotazy a získáváním zpětné vazby od kontaktních osob i od personálu.

Výhodou je, když je již v průběhu prvních dvou měsíců po vstupním školení naplánovaná skupinová supervize dobrovolníků (viz dále kap. 5.10.), na které se noví dobrovolníci mohou setkat se zkušenějšími dobrovolníky a mohou své první zkušenosti „nováčků“ porovnat s jejich zkušenostmi z dlouhodobější praxe.

5.10. Vedení a podpora dobrovolníků

Kontinuální podpora dobrovolníků je důležitým prvkem, na jehož kvalitě závisí to, zda dobrovolníci v PDZS zůstanou dlouhodobě nebo zda bude v PDZS velká fluktuace [104]. Podpora dobrovolníků může být realizována v několika formách:

a) Podpora dobrovolníků ze strany KDZS

Koordinátor je pro dobrovolníky nejdůležitější osobou. Způsob, jakým s dobrovolníky jedná, jak je pro ně dostupný, vstřícný i nakolik má přirozenou autoritu, rozhoduje o tom, zda se dobrovolníci cítí v programu bezpečně. Je to jeden z důležitých motivačních faktorů pro aktivitu a setrvání dobrovolníků v PDZS. Základní pravidla konstruktivní práce s dobrovolníky a strategie komunikace KDZS s nimi, jsou podrobněji zpracovány v TM3 a TM14.

Podpora dobrovolníků ze strany KDZS může mít tyto formy:

- Individuální konzultace KDZS s dobrovolníkem slouží k rychlému řešení vzniklého problému, který má buď dobrovolník sám nebo KDZS s konkrétním dobrovolníkem.
- Nadstavbové aktivity pro dobrovolníky, např. se může jednat o nějakou formu teambuildingových aktivit nebo doplňkového vzdělávání.

b) Supervize a intervize dobrovolníků

Supervize²² i intervize²³ [37] dobrovolníků jsou základními podpůrnými činnostmi podílejícími se na prevenci vzniku problémů, na zajištění K+B PDZS. Supervizi vede nezávislý externí odborník (supervizor), intervizi může vést i zaměstnanec PZS, např. psycholog nebo jiný pracovník, který působí na pozici podpory zaměstnancům PZS.

Supervize i intervize dobrovolníků má funkci podpůrnou (tzn. dává možnost sdílet pozitivní i problematické zkušenosti mezi dobrovolníky navzájem), **vzdělávací** (tzn. přináší nové informace při hledání vhodných řešení diskutovaných situací) a **kontrolní** (slouží ke zjištění, zda PDZS podle názorů dobrovolníků plní svou funkci a funguje dle stanovených pravidel). Supervize/intervize dobrovolníků v PDZS by měla respektovat odlišnost role dobrovolníka ve zdravotnictví, která není „pomáhající profesí“²⁴ [36]. Je doporučeno, aby se supervizorem bylo dohodnuto reflektování následujících témat a závazků (viz smlouva se supervizorem viz ADM, kap. 1.4.):

- Supervize by měla mít převažující preventivní charakter a podporovat pravidla, která dobrovolníkovi pomáhají pohybovat se v bezpečných hranicích PDZS.
- Supervize sleduje fungování dobrovolníků v potenciálně rizikových situacích a otevírá náhled a cesty k jejich řešení.
- Supervize zviditelňuje a pracuje s motivačními i demotivačními faktory dobrovolníků.
- Supervize pomáhá dobrovolníkům při zpracování nových zkušeností získaných při dobrovolnické činnosti.
- Je vhodné, aby supervizor vyhotovil ze supervize dobrovolníků tematický zápis (viz ADM, kap. 3.7.1.).

Specifika supervize dobrovolníků v různých modelech řízení PDZS se týkají především organizace supervizních setkání. V interním modelu řízení vše nastavuje realizační tým PDZS, při spolupráci s EDO je nutné, aby všechny potřebné parametry byly dohodnuty a definovány ve smlouvě mezi PZS a EDO (viz ADM, kap. 1.3.).

Formy a frekvenci supervize dobrovolníků v PDZS je vhodné nastavit adekvátně k náročnosti dobrovolnické činnosti. Skupinová supervize je vhodná pro PDZS, ve kterém aktivně funguje alespoň 5 dobrovolníků, při větším rozsahu PDZS je vhodné rozdělit dobrovolníky na skupiny o velikosti cca 15 osob. Individuální supervize je vhodná pro řešení urgentní situace, měla by být v nabídce v náročnějších oborech a pro činnost na specializovaných odděleních (viz TM4, TM5, TM6, TM7). Frekvence konání supervize dobrovolníků by měla vycházet z typu a náročnosti dobrovolnické činnosti v realizovaných programových liniích PDZS. Na standardních odděleních a při méně náročných činnostech je doporučená frekvence 3-4x ročně, na specializovaných odděleních a při psychicky náročných dobrovolnických aktivitách cca 1x za 2 měsíce (podrobněji viz TM3, kap. 6).

Supervize jako podpůrný, motivační a zároveň kontrolní nástroj by měla být pro dobrovolníky v PDZS v dohodnuté frekvenci a rozsahu povinná. Požadavek na účast dobrovolníka na supervizích je vhodné formulovat ve smlouvě s dobrovolníkem dle typu činnosti, kterou bude dobrovolník vykonávat (viz ADM, kap. 2.2.). Doporučená je účasť minimálně na dvou supervizích za rok (1x jaro, 1x podzim), při náročných typech dobrovolnické činnosti adekvátně více.

²² **Supervize** je používaným nástrojem celoživotního učení, jehož smyslem je poskytování zpětné vazby a hledání řešení problematických situací zejména u pomáhajících profesí.

²³ **Intervize** je méně formální formou supervize ke sdílení zkušeností, názorů a vzájemné podpory v rámci interní skupiny, kterou nevede nezávislý externí pracovník.

²⁴ **Pomáhající profese** je souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu tak, aby mohla být pomoc účinnější. Mezi pracovníky pomáhajících profesí se počítají lékaři, zvláště psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové, zdravotníci apod.

5.11. Hodnocení kvality a bezpečí PDZS

Základem kvalitní a bezpečné realizace PDZS v provozu PZS je napojení PDZS na odpovídající organizační složky a pozice u PZS (viz schéma v kap. 4.1.). To se týká především:

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

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

- a) **Interní hodnocení K+B PDZS** je součástí náplně práce KDZS, přičemž obsah a způsob provádění hodnocení je třeba připravit ve spolupráci s manažerem kvality PZS (viz kap. 4.5. a 5.3.). Jedná se především o **vyhodnocování rizikových situací v PDZS, které mohou mít nežádoucí důsledky pro pacienty**. Je proto třeba nastavit odpovídající preventivní opatření a sledovat jejich účinnost. Proces je popsán v kap. 7.2.1. a 7.2.2. a rozpracován v TM12.
- b) **Hodnocení dopadů PDZS na K+B ZS** je druhou linií, která sleduje K+B PDZS z pohledu jeho dopadu na kvalitu a bezpečí při poskytování zdravotních služeb.

Řízení a hodnocení K+B ZS je určeno požadavky definovanými legislativou ²⁵ [132] [118] a resortními bezpečnostními cíli (RBC) [74]. Jejich provázání s K+B PDZS je popsáno v kap. 7.2.3.

5.12. Evaluace a efektivita PDZS

Proces hodnocení celého PDZS (evaluace PDZS) je závěrečným procesem v realizaci PDZS, jehož význam spočívá především v ověření, zda realizovaný PDZS plní definované cíle, je přínosný pro koncové uživatele (tzn. pro pacienty), pro personál i pro dobrovolníky a ve svém důsledku je pro PZS efektivní.

Od výsledku procesu evaluace a vyhodnocení efektivity PDZS se odvíjí rozhodování, zda a jakým způsobem v realizaci PDZS pokračovat a dále ho rozvíjet.

Evaluační systém a měření efektivity PDZS je popsáno dále v kap. 8, detailní popis souvisejících témat jako je systém práce s interní databází PDZS, sada evaluačních indikátorů a indikátorů efektivity je podrobněji rozpracován v TM13.

²⁵ Dle § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, má PZS povinnost zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Dalším systémům hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb se dále detailně věnuje § 98 až § 106 tohoto zákona.

6. Typy dobrovolnických činností a pracovišť pro PDZS

Dobrovolnické programy ve zdravotnictví mohou v praxi využívat kombinaci všech dále definovaných základních typů dobrovolnických činností. Pro kvalitní a bezpečnou realizaci PDZS je potřeba určit:

- **Vhodný typ aktivit pro dané zdravotnické zařízení a typ oddělení/pracoviště.**
- **Podmínky, které je potřeba splnit.**

6.1. Typy dobrovolnických činností

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

6.1.1. Dobrovolnická činnost podle programové linie PDZS

Dobrovolnická činnost ve zdravotnictví může být prováděna v různých formách, dle zvolené programové linie PDZS (viz kap. 2.3.):

- Programová linie „A“ je zaměřená na psychosociální podporu pacientů.
- Programová linie „B“ se zaměřuje na zapojení dobrovolníků do aktivit podpory zdraví a osvěty.
- Programová linie „C“ zapojuje dobrovolníky do pomoci PZS v mimořádných situacích.
- Programová linie „D“ je zaměřená na pomoc dobrovolníků v administrativně organizační a technické oblasti a při organizaci provozu při poskytování zdravotních služeb v oblastech, které nejsou zahrnuty v liniích „A“, „B“ a „C“.

6.1.2. Dobrovolnické činnosti individuální a skupinové

Dle počtu zapojených dobrovolníků a pacientů do činnosti lze rozlišit:

- **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 aktivit v programové linii „A“ jsou různé kreativní činnosti, hudební aktivity, výtvarné dílny, divadlo a promítání filmů, 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.).

6.1.3. Dobrovolnické činnosti pravidelné a jednorázové

Dle frekvence realizovaných činností lze rozlišit:

- **Pravidelné dobrovolnické činnosti**

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

Do této kategorie patří např.:

- Pravidelný individuální kontakt dobrovolníka s jedním pacientem.
- Opakovaně realizovaná aktivita jedním dobrovolníkem pro skupinu pacientů.
- Pravidelně opakovaná činnost realizovaná více dobrovolníky pro skupinu pacientů (např. výtvarné a tvořivé dílny apod.).

Mezi pravidelné dobrovolnické aktivity v programové linii „A“ patří také činnosti na specializovaných odděleních, kdy je dobrovolník ke konkrétnímu pacientovi vyžádán personálem. Jeho kontakty s pacienty jsou tudíž realizovány opakovaně, avšak v nepravidelných intervalech (viz TM4, TM5, TM6).

Přínos pravidelných dobrovolnických činností:

Tento typ aktivit je vítaný 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 [65] [76]. 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 (např. zácvik v manipulaci s invalidním vozíkem).
- 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.

- **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 apod.).
- 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 PDZS, akce často pozitivně osloví i rodinné příslušníky, osoby blízké a přítomné návštěvy. Jsou vhodné i pro propagaci PDZS a pro PR PZS celkově.

Podmínky a limity jednorázových akcí:

- Časová náročnost přípravy každé jednorázové akce vyžaduje dostatečnou personální kapacitu KDZS. Akci je potřeba dobře načasovat, 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 u PZS.
- Na realizaci jednorázových dobrovolnických aktivit se mohou podílet i firmy v rámci firemního dobrovolnictví realizovaného v rámci společenské odpovědnosti firem (CSR). Spolupráce s firmou na těchto akcích by měla být upravena samostatnými podmínkami (viz TM9) [87].

6.1.4. 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 a 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 specifické aktivity probíhat jak na některých standardních odděleních (např. na lůžkových odděleních následné a geriatrické péče, na interně nebo neurologii),

tak zejména na odděleních a v oborech poskytujících specializovanou péči, jako je např. onkologie, hospicová a paliativní péče, dětská a dospělá psychiatrie, lůžková oddělení akutní i následné intenzivní péče nebo specializované ambulance a stacionáře (viz dále kap. 6.2.).

Dobrovolník na 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.

Podmínky a limity specifických dobrovolnických aktivit:

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

Závažné stavy pacientů, přístrojová technika a celkové prostředí specializovaných oddělení mohou být pro některé dobrovolníky limitujícími faktory. Pro činnost na specializovaných odděleních je potřeba dobrovolníky pečlivě vybrat, proškolit a průběžně se jim věnovat. Nestačí pouze vstupní dobrovolnické školení, ale dobrovolník by měl absolvovat:

- Zácvik a proškolení týkající se provozu daného oddělení, který se týká především hygienicko-epidemiologického režimu, školení BOZP a požární ochrany, provozních specifik a pravidel pro bezpečný pohyb na daném oddělení a bezpečný výkon činnosti, kterou bude dobrovolník na oddělení vykonávat.
- Nadstavbové tematické školení zaměřené na potřebné dovednosti, např. zácvik v manipulaci s invalidním vozíkem, instruktáž např. v technice míčkování²⁶ [73], komunikační dovednosti pro kontakt s určitým typem pacientů, seznámení se základními projevy a limity daného typu onemocnění apod.

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 – 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 v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotních službách, TM9 – Firemní dobrovolnictví v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotních službách.

Do specifických dobrovolnických aktivit spadají i aktivity se zvířaty, tzn. zooterapie [85] [98] [116] (podrobněji k podmínkám realizace viz TM8). Samostatnou kapitolu tvoří také oblast firemního dobrovolnictví ve zdravotnictví, realizovaného v rámci společenské odpovědnosti firem (podrobně je rozpracováno v TM9).

6.2. Typy pracovišť pro realizaci PDZS

Pro bezpečný průběh realizace PDZS a možnost vyhodnocení jeho efektu je potřeba, aby KDZS vedl dokumentaci PDZS a evidoval řadu informací a dat v rámci „**Interní databáze PDZS**“ (viz TM13, kap. 2.1.). Informace o dobrovolnických činnostech na konkrétním pracovišti/oddělení je potřeba evidovat ve standardizované podobě, aby bylo možné každoročně nahlásit vybrané údaje do celostátní databáze informací o PDZS do NZIS prostřednictvím statistických formulářů ÚZIS (více viz kap. 8 a v TM13, kap. 1.3.).

²⁶ **Míčková facilitace** je jednoduchá reflexní metoda používaná ve fyzioterapii jako podpůrná masáž k uvolnění svalového napětí. Realizuje se pomocí měkkých molitanových míčků. Byla vyvinuta fyzioterapeutkou Zdenou Jebavou v roce 1993, je používána u dětí i dospělých, v metodě jsou běžně zaškolováni i rodinní příslušníci.

Typy zdravotnických pracovišť podle forem poskytované péče jsou uvedeny v zákoně č. 372/2011 Sb.²⁷ [132]. Tato typologie je používána všemi PZS bez ohledu na zřizovatele, velikost nebo zaměření poskytované péče. Ve zjednodušené podobě proto byla využita pro identifikaci zdravotnických pracovišť a pro doporučenou jednotnou evidenci dat o realizaci PDZS (viz tabulka 1).

Přehled a způsob evidence dat ve vztahu k typologii pracovišť zapojených do PDZS je uveden v TM13, kap. 2.1.3.

Tabulka 1: Typy pracovišť dle formy poskytované péče a lékařských oborů

Zdroj: Vlastní zpracování

Typy pracovišť Obory	Akutní lůžková péče intenzivní (ARO, KARIM, JIP)	Akutní lůžková péče standardní (vč. včasné rhb)	Následná a dlouhodobá lůžková péče (vč. následné rhb, intenzivní péče NIP, DIOP)	Specializovaná ambulantní a stacionární péče
Interní obory*				
Chirurgické obory**				
Interní a chirurgické obory pro dospělé***				
Všeobecná a specializovaná péče o děti****				
Psychiatrie				
Gerontopsychiatrie				
Psychiatrie dětská				
Dětská centra při PZS*****				
Ostatní *****				

* Např. interna, neurologie, plicní, hematologické, kožní, infekční..., včetně mezioborových pracovišť

** Např. chirurgie, kardiologie, ortopedie, ORL, oční...

*** Interní a chirurgické obory bez rozlišení platí pouze pro pracoviště následné a dlouhodobé péče

**** Pediatriká pracoviště a pracoviště poskytující péči o děti ve specializovaných oborech (např. ORL, dětská chirurgie atd.)

***** Pracoviště sociální pediatrie zajišťující komplexní péči o ohrožené děti

***** Jedná se o výše nezařazené klinické obory, pracoviště komplementu, provozně-technická nebo administrativní pracoviště

²⁷ § 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, stanovuje jako formy zdravotní péče péči ambulantní, jednodenní, lůžkovou a zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

7. Kvalita a bezpečí PDZS

Dobrovolnický program může přispět ke kvalitě a efektivitě poskytované zdravotní péče, pokud je dobře připraven a spolehlivě koordinován. Důležitým předpokladem je také uplatňování principů zpětné vazby, tzn. zda PDZS vychází ze sledování potřeb, spokojenosti, podnětů a očekávání pacientů, kteří jsou konečnými uživateli²⁸ dobrovolnických služeb.

PDZS patří mezi dobrovolnické programy s nejvyššími nároky, protože dobrovolníci zde působící přicházejí do kontaktu s extrémně zranitelnou klientelou. V řízení kvality poskytované péče u PZS tak hraje velkou roli zajištění bezpečí pacienta. To se týká především PDZS v programové linii „A“.

Při realizaci PDZS je potřeba zajistit:

- **Bezpečí pacientů** – chránit je před úrazem a poškozením na zdraví, před materiální újmou, před únikem citlivých osobních informací apod.
- **Bezpečí dobrovolníků** – chránit je před psychickou újmou, přetížením a zneužitím investovaného dobrovolníkovu času a energie jinou než domluvenou činností apod.
- **Bezpečnost zdravotnického zařízení** – minimalizovat následky související např. s případným poškozením pacienta, porušením nastavených pravidel a standardů poskytované kvality péče nebo s ohrožením dobré pověsti.

Kontakt dobrovolníka s pacientem s sebou přináší řadu nových situací, které je třeba cíleně ošetřit a pracovat s nimi, a to i z hlediska řízení dokumentace²⁹. KDZS musí proto úzce spolupracovat s oddělením kvality zdravotní péče, které má ve své gesci řízenou dokumentaci pro kvalitu a bezpečí zdravotních služeb (K+B ZS).

Základním konceptem řízení kvality a bezpečí PDZS (K+B PDZS) je **zajištění kvality a bezpečí v průběhu celého procesu, tzn. od jeho počátečního nastavení, průběhu realizace a koordinace všech jeho fází, až po sledování a hodnocení dosažených výsledků**. To znamená zajištění **kvality vstupů, řízení procesů, sledování a zhodnocení kvality výstupů** prostřednictvím hodnocení spokojenosti jeho konečných uživatelů (zejména pacientů) a hodnocením efektivit celého PDZS z pohledu PZS.

Důležitou součástí systému hodnocení kvality a bezpečí je postoj managementu PZS k přípravě a realizaci PDZS, vyjádřený stanovením měřitelných cílů, podporou a závazkem vedení PZS v dokumentu „Politika kvality PDZS“ (viz kap. 2.1.2. a ADM, kap. 1.6.1.).

V následujících třech kapitolách je popsán doporučený způsob hodnocení K+B PDZS a jeho návaznost na systém sledování K+B ZS u daného PZS.

7.1. Systémy hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb u PZS

V této kapitole jsou popsány základní požadavky a způsoby řízení kvality a bezpečí, které se uplatňují při sledování kvality zdravotních služeb, na které je potřeba navázat i systém řízení K+B PDZS.

7.1.1. Legislativa a povinnosti PZS v oblasti K+B ZS

Povinnost zajistit interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb vyplývá ze zákona č. 372/2011 Sb.³⁰ [132] a **platí pro všechny poskytovatele zdravotních služeb.**

²⁸ **Uživatelé PDZS** je v kontextu K+B PDZS myšlen pacient a rodinný příslušník pacienta či jeho osoba blízká jako hlavní uživatelé PDZS (především v programové linii „A“ a „B“), dobrovolník, personál PZS, veřejnost jako další uživatelé PDZS.

²⁹ **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

³⁰ **Dle § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.**

Z tohoto důvodu vydalo MZ ČR jeho povinný minimální rozsah v dokumentu „**Minimální požadavky na zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb**“³¹ [74], který zahrnuje standard 1.1. Zavedení resortních bezpečnostních cílů (RBC) a reflektuje „Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně prevence kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“ [18]. Tento mezinárodně platný dokument podporuje aktivity členských států EU vedoucí ke zvýšení bezpečí pacientů.

Od systému řízení a hodnocení K+B ZS by měly být odvozeny i požadavky na K+B PDZS. Celý systém K+B ZS je plně v gesci manažera kvality PZS, který zodpovídá za formu a rozsah jeho naplňování v praxi a zpracování příslušné řízené dokumentace. Závěrečné vyhodnocení nastavení a realizace K+B PDZS i poskytovaných zdravotních služeb je vždy záležitostí vrcholového vedení PZS, a to především z hlediska sledování plnění stanovených cílů.

Systém řízení a hodnocení K+B PDZS spadá do zodpovědnosti KDZS, který spolupracuje s manažerem kvality PZS na implementaci požadavků systému interního hodnocení K+B ZS do PDZS.

7.1.2. Externí hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb

PZS může jako dobrovolnou nadstavbu uplatnit i systém externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, jehož účelem je nezávisle posoudit úroveň kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb³² [132]. 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., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů [118].

Pokud je systém externího hodnocení K+B ZS v praxi uplatněn, je nutné odvodit také požadavky na K+B PDZS. Tento systém je plně v gesci manažera kvality PZS, včetně formy a rozsahu zpracování řízené dokumentace. **KDZS pak spolupracuje s manažerem kvality PZS na implementaci požadavků plynoucích ze systému externího hodnocení K+B ZS do systému zajištění a hodnocení K+B PDZS, za který on odpovídá.**

7.1.3. Další modely systému řízení kvality zdravotních služeb

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

- HPH (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services) – standardy zaměřené na podporu zdraví v mezinárodní síti Nemocnic podporujících zdraví [107].
- Evropská cena za jakost (cena udělovaná Evropskou nadací pro management jakosti – EFQM) EFQM Model [20] je komplexním modelem řízení kvality organizace, který je využíván i v systému akreditačních principů a standardů Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) [52].
- ISO modely standardů technických norem, které se uplatňují především v laboratořích a v provozech technického charakteru.

7.2. Hodnocení kvality a bezpečí PDZS

Systém sledování K+B PDZS by měl zahrnovat a pokrýt všechna důležitá místa, postupy a procesy v PDZS.

Rámcové informace o požadavcích na přípravu a nastavení PDZS z hlediska K+B jsou uvedeny v kap. 5.3., 5.11. a 5.12., podrobně je téma rozpracováno v TM12. Tato kapitola se zaměřuje pouze na

³¹ Věstník MZ č. 13/2021

³² § 98 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

způsoby, které je možné využít pro zakomponování PDZS do systému řízení K+B ZS pro efektivní řízení PDZS.

Organizace a obsah kontrol či auditů samotného PDZS je plně v gesci KDZS, přičemž ale aktivně spolupracuje s manažerem kvality a s realizačním týmem. Rozdělení pravomocí a odpovědností za nastavení, řízení a hodnocení K+B PDZS je třeba jasně definovat a popsat, všechny výkony v této oblasti by měly být dokumentovány.

V procesu sledování K+B PDZS by měl 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. Ve spolupráci s manažerem kvality PZS začlenit výstupy z interního auditu PDZS do systému interního hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, který je pro PZS povinný³³ [132].

7.2.1. Způsoby hodnocení kvality a bezpečí PDZS

Způsoby hodnocení K+B PDZS a postupy pro vyhodnocení konkrétní činnosti nebo výsledku PDZS volí manažer kvality a KDZS, a to podle toho, jak je systém hodnocení K+B ZS u PZS nastaven.

Je třeba jasně určit, jaké dílčí kontroly/audity KDZS plánuje, zajišťuje a dokumentuje v rámci PDZS samostatně (tzn. 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.

Pro vyhodnocení kvalitní a bezpečné realizace PDZS je možné využít několik způsobů kontroly kvality a typů auditů, vhodné způsoby kontrol a auditů k hodnocení K+B PDZS jsou např. tyto:

1. **Kontrola kvality a bezpečí PDZS na vybraných místech** se zabývá kontrolou, zda je PDZS na vybraných kontrolních místech (nejlépe na určitých kritických místech z pohledu PDZS), nastaven správně z hlediska zajištění kvality a bezpečí. Tento typ kontroly je vhodné zavést tam, kde i přes trvalou snahu není možné zcela odstranit potenciální rizika. Příkladem jsou např. ta 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 (popis procesů viz kap. 5). To vede k ověření a následnému zajištění způsobilosti a efektivnosti hlavních realizačních procesů PDZS.
3. **Audit připravené služby** poskytne informace o kvalitě připravené dobrovolnické činnosti ještě před její realizací u pacientů (včetně jejího materiálně technického zabezpečení).
4. **Audit systému řízení kvality a bezpečí PDZS** znamená interní nebo externí hodnocení K+B PDZS v rámci jeho celkové realizace, s možností využití pravidel a postupů tohoto metodického doporučení k realizaci PDZS.

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

Z pohledu modelu řízení PDZS ve spolupráci s EDO je třeba věnovat zvláštní pozornost hodnocení kvality EDO, která je dodavatelem služeb do PDZS, přičemž **za kvalitu spolupráce s EDO a za K+B PDZS je 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,
- kontrolu plnění požadavků na dokumentaci vedenou EDO,
- kontrolu kompetence koordinátora dobrovolníků EDO,
- kontrolu realizace vybraných postupů v PDZS.

³³ Dle § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Součástí používání výše uvedených metod kontrol kvality jsou postupy s následujícími parametry:

- Způsob uplatňování vybraných stanovených postupů v praxi.
- Sledování, vyhodnocování a přezkoumávání zvolených údajů.
- 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.

Monitoring a vyhodnocení očekávání a spokojenosti pacientů, dobrovolníků i zaměstnanců s PDZS je dalším nástrojem pro zjišťování úrovně kvality realizace PDZS. Může zjistit především míru pozitivního vnímání dobrovolnických činností pacienty pro zvyšování kvality poskytované péče a slabá místa v realizaci PDZS a tím i možnosti jeho zlepšení. K tomuto účelu slouží evaluační nástroje v rámci evaluačního systému PDZS, např. dotazníky nebo rozhovory se zúčastněnými stranami.

Hodnocení spokojenosti pacientů s PDZS je vhodné zaměřit na některé vybrané oblasti, které souvisejí s aplikací Pickerových dimenzí³⁴ [91] na realizaci PDZS. Jedná se např. o dotazy na zajištění respektu, ohledu a úctě k pacientům ze strany dobrovolníků, na přínos ke zmírnění strachu a úzkosti z nemoci a hospitalizace, na vyhovující koordinaci dobrovolnických aktivit s poskytovanou zdravotní péčí apod.

Příklady vhodného použití výše uvedených metod kontroly a 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

Účelem řízení rizik³⁵ je rozpoznat riziko, zabránit možnému negativnímu vývoji už v jeho počáteční fázi a předejít tak situacím, které mohou způsobit nežádoucí událost³⁶ [68] 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 [130]. Zde se KDZS a dobrovolník zapojuje do systému BOZP a práce s těmito riziky je plně v kompetenci příslušného oddělení bezpečnosti práce PZS.

K řízení rizik PDZS je možno přistoupit z několika úhlů pohledu [112], KDZS by měl být schopen tato rizika roztrždit:

- a) **Podle nositele zdroje rizika**, kdy tímto nositelem a zdrojem rizika je fyzická osoba s určitými charakteristikami, ale mohou jimi být i různé předměty (např. nevhodné pomůcky, prostory) či postupy (např. nedostatečné informování zdravotnického personálu na odděleních). Nositelem rizika v PDZS může být kterýkoli účastník procesu realizace PDZS, tzn. dobrovolník, pacient, KDZS, kontaktní osoba, personál a pracovníci PZS, vedení PZS i zástupce EDO.
- b) **Podle dopadu rizika:**
 - Na pacienta a/nebo na dobrovolníka při výkonu dobrovolnických aktivit, kdy se jedná o zdravotní a jiná rizika, která je třeba ošetřit prioritně s ohledem na požadavek zajištění poskytování kvalitních a bezpečných zdravotních služeb.
 - Na realizaci a rozvoj samotného PDZS, kdy se jedná o manažerská rizika, která je třeba ošetřit podle jejich míry a povahy.

³⁴ **Pickerovy dimenze** je název pro 8 dimenzí kvality péče z pohledu hospitalizovaných pacientů, které stanovil Pickerův institut za účelem zajištění srovnatelnosti výsledků dotazníků spokojenosti pacientů. Kritéria sledují úroveň kvality poskytované péče v osmi oblastech (více viz Slovník pojmů).

³⁵ **Riziko** je míra ohrožení vznikem určitého negativního jevu, nežádoucí události. **Řízení rizik** je proces, prostřednictvím kterého jsou analyzovaná současná nebo budoucí rizika tak, aby mohlo dojít k zamezení působení negativních vlivů na daný subjekt.

³⁶ Definice **nežádoucí události** je uvedena ve Slovníku pojmů v kap. 13.

Doporučený postup pro práci s riziky³⁷ [27], který je součástí hodnocení K+B PDZS, je blíže popsán v TM12.

7.2.3. Propojení hodnocení K+B PDZS do systému řízení kvality zdravotních služeb

Úroveň K+B PDZS pro pacienty má velmi úzkou vazbu na hodnocení K+B ZS. Systém auditů v rámci interního i externího hodnocení K+B ZS je plně v gesci manažera kvality PZS, KDZS s ním spolupracuje podle potřeb systému zavedeného u daného PZS.

a) Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb

Je nezbytné se především zaměřit na identifikaci a prevenci těch potenciálních rizik v PDZS, která mohou mít dopady na K+B ZS. Tato rizika mají vazbu na standardy K+B ZS, které vydalo MZ [74], především na standard 1.1. Zavedení resortních bezpečnostních cílů (RBC) [18]. Mezi audity K+B PDZS tak patří i audit, který hodnotí plnění dotčených standardů a RBC. Dodržování nastavených postupů a opatření je podstatné zejména u těch typů dobrovolnické činnosti, kde je dobrovolník v přímém kontaktu s pacienty a kde by riziková situace mohla vyvolat nežádoucí událost [68]. Celý systém práce s riziky i ve vztahu k RBC je detailněji popsán v TM12. Podmínky bezpečné realizace dobrovolnických aktivit jsou podrobněji rozpracovány v TM3, TM4, TM5, TM6, TM7, TM8, TM9, TM11.

b) Externí hodnocení K+B ZS nezávislým oprávněným subjektem

V případě, že má PZS zavedeno externí hodnocení K+B v celém zdravotnickém zařízení, je třeba zahrnout PDZS do všech dalších relevantních standardů nastavených v tomto systému. Jedná se o standardy oprávněných osob pro procesy v oblasti řízení kvality a bezpečí, péče o pacienty, řízení lidských zdrojů a zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance. Viz platná legislativa [118].

7.3. Dokumentace systému řízení kvality a bezpečí PDZS

Dokumentace k systému řízení kvality a bezpečí (QMS) 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 vztaženým ke kvalitě.

Zpracování dokumentace K+B PDZS je třeba zajistit v návaznosti na dokumentaci, kterou má PZS vypracovanou minimálně pro systém interního hodnocení K+B ZS [74]. Lze využít i další zdroje [10] [13].

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 je uvedena v ADM, kap. 1.6.

³⁷ Pro inspiraci doporučeného postupu v analýze rizik PDZS byla využita analytická metoda FMEA (Failure Mode and Effects Analysis, tzn. analýza možného výskytu a vlivu vad), jejímž cílem je identifikovat místa možného vzniku vad a odhalují se rizika ve fázi plánování, vývoje produktu/služby a procesu.

8. Evaluace a efektivita PDZS

Z nejobecnějšího pohledu je možné **evaluaci charakterizovat jako odborné posuzování míry dosažení předem určených cílů** (např. efektivitu procesů, programů apod.) [111] [86]. Evaluace je překladem z anglického „evaluation“, jehož základem je „value“, tzn. hodnota. Evaluace vyjadřuje, jak byla činnost zhodnocená ve vztahu ke stanoveným cílům a kritériím a zda výsledky a dopady odpovídají potřebám. Proces evaluace by měl být analytický, systematický, spolehlivý a prakticky využitelný, výsledky evaluace by měly být použitelné v rozhodovacích procesech, při plánování a pro realizaci různých typů intervencí.

Prostřednictvím evaluace PDZS lze získat výstupní data, se kterými je možné dále pracovat a ověřovat efektivitu, užitečnost, hospodárnost a udržitelnost PDZS. **Hodnocení efektivit PDZS přináší informaci, zda se vložená investice vyplácí, zda je pokračování dané aktivity předmětem zájmu a má smysl s ní dále počítat ve strategickém plánování.**

8.1. Evaluace PDZS

Evaluace je důležitou fází PDZS a je zároveň i součástí kontrolních mechanismů PZS jako realizátora dobrovolnického programu. Je cenným nástrojem, který slouží ke sledování celkového fungování PDZS, k hodnocení jeho přínosu a efektu pro pacienty a pro všechny další skupiny, které se PDZS účastní nebo se na něm podílejí.

8.1.1. Přínos, principy a základní parametry evaluace PDZS

Přínosy evaluace PDZS a důvody proč ji realizovat:

1. Poskytuje možnost ověřit, **zda PDZS naplňuje stanovené dlouhodobé i krátkodobé cíle**, tzn. zda aktivity PDZS mají žádoucí efekt.
2. Poskytuje **možnost zjistit, zda naplňuje očekávání a potřeby všech zúčastněných v PDZS**, např. vyhodnocením zpětných vazeb.
3. Poskytuje informace, **zda je realizace PDZS v souladu s požadavky na K+B PDZS a zda dobrovolnické aktivity nemají negativní dopady na K+B ZS.**
4. **Přináší argumenty pro strategická rozhodování** o dalším směru jeho vývoje. Zároveň kritická (rigorózní) evaluace zvyšuje důvěryhodnost a vážnost PDZS v rámci komunity.

Výsledky evaluace PDZS jsou přínosné především:

- a) **Pro vedení PZS a realizační tým PDZS** je cenná výsledná informace o rozsahu, kvalitě a bezpečí PDZS, o zájmu o program a o nárocích na jeho koordinaci. Lze pak vyvodit potřebná opatření, které jeho části mohou a mají být pozměněné a přizpůsobené. Tyto informace přináší evaluace procesu (tzv. formativní evaluace).
- b) **Pro zřizovatele PZS** (tzn. pro ty, kteří se nepodílejí přímo na řízení a realizaci PDZS, ale sledují efektivnost vynaložených zdrojů a rozhodují o jejich rozdělování) je přínosná informace o efektu PDZS, kterou poskytuje evaluace výsledku (tzv. sumativní evaluace).

Evaluace může být realizována buď pracovníky PZS (interní evaluace) nebo externími experty (externí evaluace), v obou případech je nutná příprava a formulování přesného zadání, aby evaluace mohla splnit svůj účel.

Příprava evaluace PDZS musí vycházet ze znalosti následujících parametrů:

1. **Stanovení hlavních a dílčích cílů PDZS** je pro splnění účelu evaluace nezbytné.
2. **Definování výsledku evaluace**, tzn. jaký typ evaluace má být zvolen, zda je potřebné hodnocení výsledků, procesů nebo obou těchto parametrů.
3. **Konkrétní zadání předmětu evaluace**, jaké procesy a výsledky PDZS je potřeba vyhodnotit.
4. **Jaké cílové skupiny je potřeba do evaluace zařadit** v návaznosti na předmět evaluace.
5. **Jaké evaluační nástroje jsou k dispozici**, tzn. dostupné zdroje dat, vhodné metody sběru dat a způsob jejich vyhodnocení.

Pro sběr dat lze využít např. tyto metody:

- **Rozhovor** s cílovými skupinami (tzn. s pacienty a jejich rodinnými příslušníky či osobami blízkými, s dobrovolníky, personálem a dalšími zaměstnanci PZS).
- **Dotazníkové šetření** u vybraných cílových skupin (např. u pacientů a jejich rodinných příslušníků či osob blízkých, u dobrovolníků, u vybraných skupin personálu PZS apod.).
- **Prohlídka pracovišť PZS, kde působí dobrovolníci.**
- **Pozorování a testování průběhu některých procesů v praxi**, např. „cesta službou“³⁸ a další metody používané v tzv. „designu služeb“³⁹ [39] [40] [48], „mystery metody průzkumu“⁴⁰ [79] (více viz TM12).
- **Monitoring vybraných postupů v rámci PDZS.**
- **Kontrolu dokumentace týkající se požadavků na PDZS.**

8.1.2. Dvě úrovně evaluace PDZS

Výchozím podkladem pro zpracování evaluačního systému PDZS byly výstupy z projektu kvality zdravotních služeb a bezpečí pacientů realizovaného v roce 2009 [47], které poskytly základ zejména pro zpracování popisu organizačních a realizačních procesů a interní databáze PDZS.

Evaluační systém PDZS má dvě základní úrovně, které na sebe vzájemně navazují:

- 1) **První evaluační úroveň představuje základní evaluaci PDZS u jednotlivých PZS.** Tato úroveň evaluace slouží samotným PZS pro hodnocení a interní řízení jejich PDZS, probíhá formou sběru dat pomocí evaluačních indikátorů.
- 2) **Druhá evaluační úroveň představuje evaluaci PDZS v rámci celé ČR** a je realizována prostřednictvím každoročního sběru pouze vybraných dat od jednotlivých PZS do celostátní databáze Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) prostřednictvím formulářů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Výsledky je pak možné statisticky hodnotit a sledovat úroveň realizovaných PDZS v segmentacích podle čtyř referenčních kategorií:
 - Podle modelu řízení PDZS – tzn. zda si PZS řídí PDZS vlastními silami v interním modelu nebo na části PDZS spolupracuje s EDO (kombinovaný model řízení) nebo zda na celém PDZS spolupracuje s EDO.
 - Podle programových linií PDZS.
 - Podle typů pracovišť na základě druhu a formy poskytované péče.
 - Podle velikosti PZS /počtu lůžek, případně podle dalších úhlů pohledu, které poskytuje NZIS.

Referenční kategorie poskytují možnost rozlišovat hodnocení PDZS podle specifických parametrů, které jsou relevantní pro daný typ PDZS s ohledem na podmínky, ve kterých se konkrétní PDZS realizuje. Díky tomu je pak možné porovnat PDZS podobného typu, fáze, vývoje, rozsahu, tzv. benchmarking⁴¹ [84].

³⁸ Slouží k zachycení **průchodu uživatele službou v čase**. Služba musí fungovat celá dohromady, tedy i při přechodu z jednoho kontaktního místa na druhé. Síla tohoto nástroje spočívá v tom, že odhalí, co se skutečně děje a kde. Odhalení problému je první krok k jeho odstranění. Cesta službou je vhodná pro návrh nové služby, ale i pro zmapování stávající služby.

³⁹ **Design služeb** je soubor metod vhodných pro zkoumání potřeb zákazníků/klientů, ke zmapování aktuálního stavu služby a návrhu inovací (více viz Slovník pojmů a TM12).

⁴⁰ **Mystery metody průzkumu** jsou takové metody výzkumu, při kterých zkoumané osoby v daný okamžik nevědí, že jsou testovány. V praxi se používají nejčastěji pro průzkum kvality služeb či spokojenosti zákazníků. K jejich výhodám patří, že poskytují reálný obraz o skutečnosti, protože nedochází ke zkreslování chování zkoumaných osob. Jedná se o kvalitativní výzkum, který měří kvalitu služeb nebo získává informace o produktech a službách vlastní či konkurenční firmy.

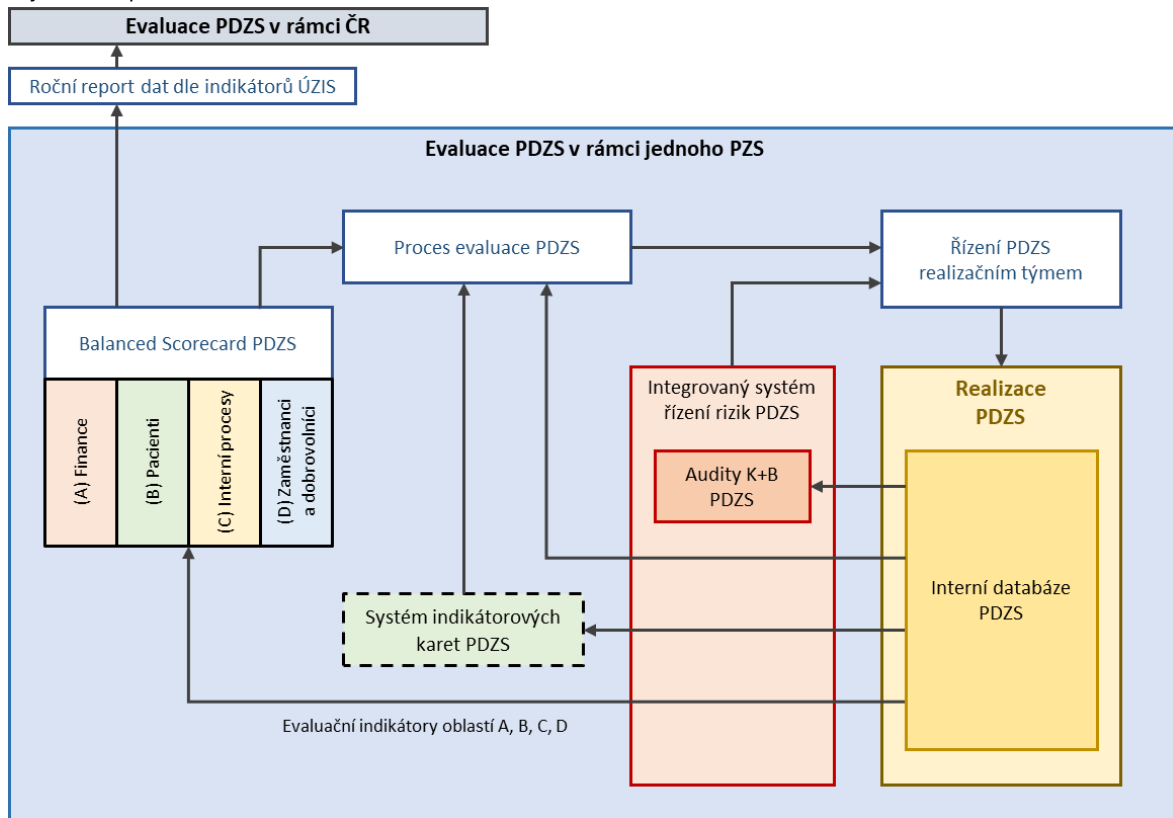
⁴¹ **Benchmarking** je nepřetržitý a systematický proces porovnávání a měření procesů a metod vlastní organizace s těmi, kteří byli uznáni jako vhodní pro toto měření. Účelem je definovat cíle zlepšování vlastních aktivit.

8.1.3. Nástroje a metody evaluace PZS

Evaluační systém na první úrovni u jednotlivých PZS je určen pro interní řízení jejich PDZS. Má několik částí, jejichž provázanost je znázorněna na následujícím obrázku 11.

Obrázek 11: Evaluační systém u jednotlivých PZS pro interní řízení jejich PDZS

Zdroj: vlastní zpracování



1. Interní databáze PDZS

Pro provedení evaluace PDZS jsou **nutná vstupní data**. Některá data lze sebrat v rámci evaluace jednorázově, jiná by měla sbírána a evidována průběžně. Vedení interní databáze PDZS je zejména součástí práce a zodpovědností KDZS, jehož denní rutinní práce je spojena s řadou úkonů, které jsou zdrojem informací potřebných v evidenci. Potřebná je ale spolupráce s garantem PDZS a manažerem kvality, aby systematická práce s daty umožnila realizovat hodnocení PDZS na všech úrovních. **Kvalita vedení interní databáze PDZS tak ovlivňuje i výsledek evaluace.**

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 o PDZS se odvíjí od těchto faktorů:

- Fáze vývoje PDZS (viz kap. 3.3. a TM2), kdy v počáteční rozjezdové fázi PDZS je možné začít jednoduchou evidencí několika základních typů informací, ale je třeba počítat s tím, že s rozšiřováním a rozvojem PDZS budou nároky na kvalitní práci s daty a informacemi narůstat.
- Rozsah a velikost PDZS, tzn. kolik programových linií „A“, „B“, „C“, „D“ zahrnuje aktuálně realizovaný PDZS a jak velký je jeho rozsah, projevující se v počtech dobrovolníků, v počtu odpracovaných dobrovolnických hodin, počtu zapojených pracovišť a v dalších parametrech.
- Nutnost zajistit K+B PDZS a tím i kontinuální sledování a vyhodnocování dat, zvláště pak v rámci integrovaného systému řízení rizik, tzn. práce s výsledky hodnocení dle indikátorů rizik a dalšími parametry (viz TM12 a TM13).

d) Zájem vedení PZS o dlouhodobý rozvoj PDZS.

Detailní přehled doporučených typů dat v interní databázi PDZS včetně jejich definic je uveden v TM13, kap. 2.1.

2. Koncept Balanced Scorecard (BSC) ⁴² [56] [57]

Tento integrovaný manažerský systém vyhovuje i pro evaluaci a interní řízení PDZS, protože se zaměřuje na měření finanční a nefinanční výkonnosti, zdůrazňuje vzájemnou provázanost hodnotových i nehodnotových kritérií a zabývá se i strategickými plány a souvislostmi.

- Čtyři oblasti/dimenze obecně používané v BSC lze s výhodou aplikovat na PDZS:
 - Oblast „A“ – Finance PDZS.
 - Oblast „B“ – Pacienti v PDZS.
 - Oblast „C“ – Organizace a řízení PDZS (interní procesy).
 - Oblast „D“ – Zaměstnanci a dobrovolníci v PDZS.
- Strategické cíle si definuje každý PZS podle toho, jaký význam svému PDZS přikládá, kam směřuje, v jaké fázi vývoje se PDZS nachází a jaké konkrétní podmínky musí PZS zohlednit. Indikátory definované pro jednotlivé oblasti se pak přímo vztahují k cílům stanoveným pro vývoj PDZS.
- Cíle jednotlivých oblastí/dimenzí jsou zároveň vzájemně provázané a navzájem se ovlivňují.

Evaluace PDZS se zaměřuje především na interní procesy v řízení a na oblast K+B PDZS, která prolíná všemi čtyřmi oblastmi. Bližší vysvětlení konceptu BSC viz TM13, kap. 2.2.

3. Evaluační indikátory

Indikátory (ukazatele, metriky) jsou hlavním nástrojem a spojnicí mezi cíli evaluace a typy sbíraných a analyzovaných dat. Indikátor určuje to, co má být konkrétně měřeno a zjišťováno. Pro všechny čtyři oblasti „A“, „B“, „C“, „D“ jsou navrženy a definovány hlavní a parciální evaluační indikátory. Hlavní evaluační indikátory reprezentují hlavní hodnocená témata PDZS, parciální indikátory jsou převážně dvou typů:

- Výsledkové indikátory pro oblasti „A“ (Finance PDZS), „B“ (Pacienti PDZS) a „D“ (Zaměstnanci a dobrovolníci).
- Procesní indikátory se týkají oblasti „C“ (Organizace a řízení PDZS/interní procesy). Evaluace této oblasti hodnotí jednak objektivní faktory (tzv. realizační rámec), jednak těmito indikátory pokrývá hodnocení práce KDZS (tzv. organizační rámec PDZS).

Základní sada indikátorů je zároveň sestavena tak, aby v ní byly zahrnuty všechny základní procesy a oblasti realizace PDZS včetně potřebných indikátorů rizik, které je třeba sledovat z hlediska K+B PDZS a K+B ZS (viz TM12, kap. 4.2. a 4.3.). Indikátory pro jednotlivé oblasti a jejich význam jsou podrobně popsány v TM13, kap. 2.2.1. až 2.2.6.

Celá sada indikátorů je uvedena v příloze TM13 a jsou zde označené jak indikátory rizik, tak indikátory, jejichž výstupy by měly být hlášeny do celostátní databáze NZIS.

4. Integrovaný systém řízení rizik

Sledování rizik má v evaluačních procesech PDZS své podstatné místo. Práce s riziky v PDZS, od jejich rozpoznání až po přijímání opatření snižujících míru rizika, by měla být systematicky řízena a měla by k ní být vedena přehledná dokumentace (viz TM12, kap. 4). Ke každému identifikovanému riziku v PDZS v tzv. portfoliu rizik by měl být přiřazen jeden nebo více indikátorů, jejichž prostřednictvím je pak možné riziko sledovat a řídit.

⁴² **Balanced Scorecard** je nástroj na měření a řízení výkonnosti organizace/instituce. Vyhodnocuje výkonnost instituce komplexně ve všech oblastech, které jsou klíčové pro dosažení strategických cílů.

„Integrovaný systém řízení rizik“ vzniká začleněním a propojením celého systému řízení rizik PDZS do systému evaluace a efektivity PDZS, jehož součástí je celý systém kontrol a auditů K+B PDZS ve vazbě na K+B ZS. V zájmu této úzké provázanosti byly evaluační indikátory ve velké většině současně koncipovány jako indikátory rizik. Popis a způsob práce s „Integrovaným systémem řízení rizik“ je detailně rozpracován v TM12, kap. 4.3 a v TM13, kap. 3.1.

Základní sada indikátorů nemusí postihnout všechny detaily a specifika některých PDZS. Je proto **na zodpovědnosti a rozhodnutí každého PZS, aby si vyhodnotil rizika svého konkrétního PDZS a doplnil si případně několik vlastních, specifických indikátorů rizik**, které začlení do své sady evaluačních indikátorů.

5. Systém indikátorových karet

V oblasti zdravotnictví existuje široká škála typů poskytovaných zdravotních služeb, tedy také velké množství konkrétních podob dobrovolnických činností v rámci PDZS. „Indikátorová karta“ slouží ke konkretizaci a popisu specifík jednotlivých typů dobrovolnických činností v PDZS. **Je podkladem pro vytvoření dalších, specifických indikátorů k hodnocení efektu již konkrétního typu dobrovolnické činnosti vykonávaného pro určitý typ pacientů na konkrétním pracovišti.** Např. indikátorová karta popisující dobrovolnickou činnost na podporu sebeobslužných činností a jemné motoriky u pacienta hospitalizovaného na oddělení následné péče může být podkladem pro vytvoření indikátorů sledujících míru progresu schopností pacienta zvládat úkony nutné k udržení soběstačnosti, ve vazbě na dobrovolnické činnosti tuto souběstačnost podporujících.

Indikátorové karty tak doplňují systém evaluačních indikátorů, které jsou obecněji formulované, jsou určeny pro interní řízení PDZS u různých typů PZS a umožňují sledovat průběh realizace PDZS pouze v jeho společných základních parametrech.

Systém indikátorových karet je popsán v TM13, kap. 3.2., příklad jedné indikátorové karty a indikátorů z ní vyplývajících je uveden v příloze TM13.

8.1.4. Systematické měření procesů PDZS

Pro účinnější způsob hodnocení PDZS je možné zavést **systematické měření procesů PDZS formou tzv. benchmarkingu**⁴³ [84]. Může se jednat o:

- a) Interní benchmarking PDZS v rámci jedné organizace znamená porovnávání mezi odděleními/pracovišti, která zajišťují stejné nebo podobné procesy při realizaci dobrovolnických aktivit. Lze ho realizovat v případě PDZS většího rozsahu, kde budou pro srovnávání dostatečné podklady.
- b) Benchmarking porovnávající konkrétní proces mezi podobnými typy organizací.

Při benchmarkingu je potřeba nejprve odhalit stav realizace vlastního PDZS. K tomu mohou přispět:

- Sebehodnotící procesy – např. v počátečních fázích PDZS lze využít sebehodnotící test „Index stavu PDZS“ (blíže viz TM2, kap. 4 a příloha ADM) nebo hodnocení vlastních silných a slabých stránek např. metodou SWOT analýzy⁴⁴ [109].
- Interní audity v systémech kvality (viz kap. 7 a TM12).
- Externí audity (pokud jsou realizované externím hodnotitelem PZS).
- Analýzy nákladů v jednotlivých procesech PDZS.

⁴³ **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.

⁴⁴ **SWOT analýza** je univerzální analytická technika používaná pro vyhodnocení vnitřních a vnějších faktorů ovlivňujících konkrétní záměr nebo chod a úspěšnost organizace. Primárně byla vymyšlena pro strategické řízení a rozhodování, ale lze ji použít téměř na cokoli. SWOT je zkratkou složenou z počátečních písmen anglických názvů jednotlivých faktorů (Strength = silné stránky, Weakness = slabé stránky, Opportunities = příležitosti, Threats = hrozby).

- Analýzy opakujících se problémů a nesouladů – z hlediska PDZS do této kategorie patří např. hodnocení případných stížností a nespokojenosti pacientů a rodinných příslušníků či osob blízkých s PDZS.

Benchmarking poskytuje jeden ze vstupů pro komplexní řízení a udržitelnost PDZS, je to ale především metoda měření, takže by neměla skončit pouhým konstatováním „jsme v něčem horší nebo lepší“.

8.2. Efektivita PDZS

Efektivita PDZS hodnotí, zda bylo dosaženo očekávaných cílů a zda investice do PDZS přináší užitek pacientům a dalším uživatelům.

Ukazuje, zda je efekt PDZS pro PZS a jeho zřizovatele natolik relevantní, významný a objektivní (tzn. podložený fakty), že pokračování PDZS je v zájmu všech zúčastněných a PDZS by měl být součástí strategického plánu i pro další období.

8.2.1. Měření a hodnocení efektivity PDZS

Je zřejmé, že realizace PDZS vzhledem k nárokům na K+B PDZS vyžaduje odpovídající náklady, je proto namísto sledovat a hodnotit výslednou efektivitu programu. K měření/hodnocení efektivity PDZS mohou být využity metody používané běžně v jiných odvětvích a oborech, s čímž souvisí i obecně užívaný termín **výkonnost**⁴⁵. Platí, že výkonnost lze měřit efektivitou, která je důležitým předpokladem výkonnosti⁴⁶.

Pro měření efektivity PDZS je nutné shromáždit přesné a vzájemně porovnatelné údaje, které budou reflektovat sociální a ekonomický přínos. Přínos (efekt) dobrovolnické činnosti ve zdravotnictví lze sledovat kvantifikací a porovnáním parametrů na vstupech a výstupech:

1. **Vstupy** = lidské a finanční zdroje
2. **Výstupy** = dopady pro jednotlivce/pacienta, pro PZS nebo pro společnost jako celek, a to např. ve sféře ekonomické, sociální nebo demografické:
 - Neekonomickým dopadem může být subjektivně vnímané fyzické nebo psychické zdraví, kvalita života nebo i jiné sociodemografické parametry [1] (viz přínosy v kap. 1.2.).
 - Ekonomická dimenze dopadů PDZS může být reflektována např. ekonomickými úsporami dosaženými díky dobrovolníkům nebo úsporami jinak nutných investic do delší doby uzdravování nebo do čerpání nákladnějších typů zdravotních a sociálních služeb. Investiční a hodnotové audity efektu dobrovolnictví jsou známé, ale nepodchycují celou škálu přínosů a celkovou hodnotu dobrovolnictví [4] [15] [21] [34] [43] [44] [101] [102] [103] [117].

Měření a sledování efektivity PDZS musí pokrýt rovnoměrně všechny části PDZS, aby mohlo zlepšit interní řízení PDZS, podpořit rozhodování založené na důkazech pro zřizovatele PZS, investory a donátory a ovlivnit udržitelnost PDZS.

Měření efektivity by mělo být provázáno s pravidelnou evaluací PDZS, se systémem řízení rizik PDZS, s odpovídajícími referenčními kategoriemi a se strategickým řízením PZS. Zároveň platí, že neexistuje žádný univerzální systém, proto je možné a vhodné kombinovat víc systémů současně.

Pro hodnocení efektivity/výkonnosti jsou užívané **tři typy indikátorů**:

- Klíčový indikátor výsledků (KRI = key result indicators).
- Indikátory výkonnosti (PI = performance indicators).
- Klíčové indikátory výkonnosti (KPI = key performance indicators).

⁴⁵ **Efektivita** posuzuje, co realizace daného programu přinesla pro praxi, jaký užitek z něj měli příjemci, zda bylo dosaženo specifických cílů a/nebo se zrealizoval přínos.

⁴⁶ **Pro hodnocení výkonnosti se využívá tzv. model tří „E“**: Economy (hospodárnost), Efficiency (efektivita), Effectiveness (účinnost).

Tyto indikátory postihují specifika jednotlivých PDZS, jdou tedy nad rámec základních evaluačních indikátorů, které jsou obecně platné pro hodnocení procesu realizace PDZS.

PZS si může vytvořit a nastavit indikátory efektivity/výkonnosti dle vlastních podmínek, typu poskytovaných zdravotních služeb nebo podle toho, jak má nastavené strategické plány a systém řízení rizik.

Účel a příklady použití těchto indikátorů v měření a hodnocení efektivity PDZS jsou podrobněji zpracovány v TM13, kap. 4.1.

8.2.2. Udržitelnost PDZS

Udržitelnost PDZS znamená ověření, že efekt a dopady PDZS jsou pro PZS a jeho zřizovatele natolik významné, že investice do jeho pokračování je v zájmu všech zúčastněných.

Zajistit udržitelnost PDZS předpokládá, že výsledky dosažené a sledované jak evaluačními indikátory, tak indikátory výkonnosti budou dosahovat optimálních hodnot.

Pohled na aktuální situaci PDZS z hlediska udržitelnosti je důležitý ve všech fázích jeho vývoje. Z toho důvodu je podstatné postupovat systematicky, doporučenou formou projektového plánování, pilotního ověřování a následného vyhodnocování (viz TM2).

Na udržitelnost PDZS mají výrazný vliv ekonomické ukazatele, což zdůvodňuje význam měření efektivity/výkonnosti PDZS. Bezprostředně to souvisí i s dalším rozvojem PZS a s jeho konkurenceschopností. Poskytování kvalitních a bezpečných zdravotních služeb s dobře adaptovaným a fungujícím PDZS, může zvýšit poptávku po službách daného PZS a pozitivně ovlivnit i jeho náklady. To pak může mít vliv i na další pozitivní rozvoj PDZS v rámci celé ČR. Některé zahraniční zdroje dokazují, že přítomnost dobrovolníků může nejen snížit náklady, ale lepší skóre spokojenosti pacientů v nemocnici [43].

Pohled na řízení a udržitelnost PDZS je více rozpracován v TM13, kap. 4.2., základními parametry ekonomické rozvahy v realizaci PDZS se zabývá kap. 9.

9. Ekonomika a financování PDZS

9.1. Základní parametry ekonomické rozvahy v realizaci PDZS

I ze zahraničních zkušeností je zřejmé [33], že realizace PDZS vzhledem ke zranitelné cílové skupině pacientů a nárokům na zajištění K+B PDZS vyžaduje profesionální řízení a tomu odpovídající finanční náklady. Ekonomika tak hraje podstatnou roli při rozhodování top managementu PZS, zda PDZS realizovat, v jakém rozsahu a za jakých podmínek. Pro vyhodnocení, zda je v zájmu PZS 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 už 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 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.

9.2. Náklady na PDZS

V realizaci PDZS tvoří základní nákladové položky:

- **Náklady personální** zahrnují náklady na mzdy realizačního týmu, především KDZS.
- **Náklady materiální** představují položky určené na vybavení Dobrovolnického centra, propagaci dobrovolnické činnosti a zajištění pomůcek pro její realizaci atp.
- **Náklady na nákup externích služeb** představují položky za vzdělávání KDZS, za supervize dobrovolníků i KDZS aj.
- **Náklady režijní** se týkají nákladů na provoz a prostory využívané pro PDZS, plateb za energie, telefon atd., včetně 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 promítnou v celkových režijních nákladech PZS.

Finanční náklady na realizaci PDZS nelze odvíjet od velikosti PZS (např. od počtu lůžek). Velikost PZS má vliv především na větší rozsah a větší rozmanitost PDZS, ale není toho zárukou. Rozsah PDZS i u velkého PZS může být limitován např. možnostmi komunity „zásobovat“ program vhodnými dobrovolníky. Rozdílnou výši nutných nákladových položek pro realizaci PDZS ovlivňuje především počet dobrovolníků v PDZS a fáze jeho vývoje (viz kap. 3.3. a TM2).

A. V rozjezdové fázi PDZS jsou nutné základní investice:

1. do materiálního 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 tvorbu propagačních materiálů.
- B. Ve fázi stabilizace PDZS se nákladové položky více přesouvají:**
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. a TM2),
 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. a TM2 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.

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 (viz dále kap. 9.3.).

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

Tabulka 2: Přehled minimálních nákladových položek PDZS

Zdroj: Vlastní zpracování

Minimální nákladový standard rozpočtu PDZS	
Položka	Vazba/vliv
1. Personální náklady = plat osoby zodpovědné za koordinaci PDZS (KDZS)	Fáze rozvoje PDZS
2. Proplacení povinných potvrzení požadovaných po dobrovolnících (tzn. výpis z TR, potvrzení o zdravotní způsobilosti vystavené lékařem, očkování zvířete pro zooterapii)	Počet dobrovolníků Typ dobrovolnických činností
3. Pomůcky pro identifikaci dobrovolníků (oděv a identifikační karta)	Počet dobrovolníků
4. Ochranné pomůcky pro dobrovolníky	Počet dobrovolníků
5. Pomůcky pro výkon dobrovolnické činnosti (př. hry, výtvarné potřeby, včetně pamlsků pro realizaci zooterapie)	Typ dobrovolnické činnosti
6. Potřeby pro vstupní školení dobrovolníků (výukové potřeby, informační materiály, občerstvení...)	Počet dobrovolníků Počet vstupních školení
7. Zajištění supervize dobrovolníků (náklady na supervizora)	Počet supervizí
8. Propagační/informační materiály (letáky, informační brožury...)	Fáze rozvoje 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 dobrovolníků, jejichž činnost může bezpečně zajistit jeden koordinátor.

Za „**aktivního dobrovolníka**“ je pro potřeby této Metodiky považován dobrovolník, který je v PDZS registrován/evidován a prokazatelně vykonává dobrovolnickou činnost.

- S celkovým počtem oddělení/pracovišť zapojených do PDZS souvisí pro KDZS 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 i větší investici ze strany KDZS vynaloženou do specializovaného nadstavbového proškolení, do organizace častějších supervizí, individuálních konzultací a podpory dobrovolníků celkově.

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 limity adekvátně nižší, dle výše uvedených počtů dobrovolníků a akcí.

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

Skládá se z těchto položek:

- Náklady na proplacení povinných potvrzení požadovaných od dobrovolníka.
- Náklady na pomůcky pro osobu dobrovolníka (identifikace dobrovolníka, ochranné pomůcky apod.).
- Náklady na vstupní pohovor KDZS s dobrovolníkem (tzn. čas KDZS investovaný do vstupních pohovorů s dobrovolníky/počet vstupních pohovorů za časovou jednotku).
- 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 apod.).
- Náklady na poměrnou část investovanou do vzdělání a supervizní podpory KDZS.
- Poměrná část nákladů na propagační materiály PDZS
- Poměrná část nákladů na režijní a materiální náklady provozu Dobrovolnického centra, související s nábořem, výběrem a přípravou dobrovolníků.

Je zřejmé, že z hlediska nákladů a přínosů je nejefektivnější dobrovolnická činnost poskytovaná dlouhodobě aktivními dobrovolníky, protože velký obrat krátkodobých dobrovolníků vyžadujících investice K+B PDZS (především do výběru a proškolení dobrovolníků) je nákladnější [33].

Je proto na zvážení, zda formulovat do smlouvy s dobrovolníkem závazek dobrovolníka na odpracování určité doby nebo určitého počtu hodin, případně ujednání o uhrazení nákladů na přípravu dobrovolníka, pokud podepsaný závazek nedodrží.

V každém případě je v tomto kontextu potřeba dobře vyhodnotit aktuální možnosti získání dlouhodobých dobrovolníků v dané lokalitě a atraktivitu nabídky účasti v PDZS vzhledem k pravděpodobné převažující motivaci potenciálních zájemců [35].

9.3. Finanční zdroje pro realizaci PDZS

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

- **Udržet plynulé financování PDZS v průběhu celého roku.**
- **Mít stabilní finanční rozpočet na několik let.**

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

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

Financování PDZS z vlastních zdrojů PZS je variantou především pro ty PZS, kteří zvolili interní model řízení PDZS. Jeho výhoda spočívá především ve stabilitě a udržitelnosti určitého standardu PDZS. Je na managementu PZS, zda se rozhodne pro:

- 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.

Financování PDZS v modelu spolupráce s EDO je většinou zajišťováno oběma stranami. Konkrétní rozdělení zodpovědností za financování určitých částí PDZS by mělo být ošetřeno ve smlouvě o spolupráci (viz ADM, kap. 1.3.). Oba spolupracující subjekty pak většinou hledají další možnosti pro vícezdrojové financování PDZS. V případě, že by se o financování PDZS starala pouze EDO, je třeba počítat s tím, že EDO jako nestátní neziskový subjekt je ekonomicky závislý především na dotacích a grantech. V případě zpoždění nebo výpadku dotace to může pro PDZS znamenat i ohrožení plynulosti jeho realizace.

9.3.1. Dotační tituly pro PDZS

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

- a) Granty a dotace vypisované zřizovateli PZS:
 - Granty/dotace MZČR.
 - Granty vypisované kraji a municipalitami.
 - Granty z jiných zdrojů (např. ESF, Norské fondy apod.).
- b) Dotace Ministerstva vnitra ČR jsou dostupné při spolupráci PZS s EDO v případě, že spolupracující EDO získala akreditaci na konkrétní dobrovolnický program. O tuto dotaci může žádat pouze EDO ⁴⁷ [16] [127].

U financování PDZS z dotací je třeba počítat s tím, že nemusí být plynulé. Zejména tehdy, když přidělení dotace podléhá splnění kritérií (tzn. není dotace nároková) nebo pokud je dotace určena pouze na relativně krátké období ve vztahu k nutnosti plánování realizace PDZS (např. jeden kalendářní rok).

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

9.3.2. Fundraising a sponzoring v realizaci PDZS

Fundraising je výhodou pro variantu vícezdrojového financování (viz výše na této straně) a může pro PZS získat 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 věnuje odborník v této oblasti.

⁴⁷ Dle zákona č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě (zákon o dobrovolnické službě), ve znění pozdějších předpisů.

Prostřednictvím a s pomocí systematicky prováděného fundraisingu lze pro finanční podporu PDZS získat řadu **spozorů z 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 např. 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.

10. Přehled související legislativy

10.1. Prameny mezinárodního práva

10.1.1. Mezinárodní smlouvy, které jsou součástí českého právního řádu

- **Úmluva o právech dítěte**, publikovaná ve Sbírce zákonů pod č. 104/1991 Sb. jako sdělení o sjednání Úmluvy o právech dítěte [95].
- **Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod**, publikovaná ve Sbírce zákonů pod č. 209/1992 Sb. jako sdělení o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících [114].
- **Úmluva o lidských právech a biomedicině**, publikována ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 96/2001 Sb. m. s. jako sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině [96].
- **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením**, publikovaná ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 10/2010 Sb. m. s. jako sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením [97].

10.2. Prameny práva Evropské unie

- **Listina základních práv Evropské unie** [63].
- **Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2014/95/EU ze dne 22. října 2014, kterou se mění směrnice 2013/34/EU**, pokud jde o uvádění nefinančních informací a informací týkajících se rozmanitosti některými velkými podniky a skupinami (zpracováno v TM9) [105].
- **Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně prevence kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí** [18].

10.3. Prameny vnitrostátního práva

10.3.1. Zákony

- **Zákon č. 246/1992 Sb., na ochranu zvířat proti týrání, ve znění pozdějších předpisů** [121].
- **Zákon č. 166/1999 Sb., o veterinární péči a o změně souvisejících zákonů (veterinární zákon), ve znění pozdějších předpisů** [122].
- **Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů** [123]; zmíněn v souvislosti s vymezením termínu „mimořádná situace“ pro potřeby tohoto metodického dokumentu a působení dobrovolníků v programové linii „C“ PDZS.
- **Zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon), ve znění pozdějších předpisů** [124]; zmíněn v souvislosti s vymezením termínu „mimořádná situace“ pro potřeby tohoto metodického dokumentu a působení dobrovolníků v programové linii „C“ PDZS.
- **Zákon č. 241/2000 Sb., o hospodářských opatřeních pro krizové stavy a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů** [125]; zmíněn v souvislosti s vymezením termínu „mimořádná situace“ pro potřeby tohoto metodického dokumentu a působení dobrovolníků v programové linii „C“ PDZS.
- **Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů** [126].
- **Zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě), ve znění pozdějších předpisů** [127]; zmíněn v souvislosti s akreditací

udělovanou nestátním neziskovým organizacím, církevním a náboženským společnostem registrovaným u MV ČR, jako uznání důvěryhodnosti finanční a kvalifikační způsobilosti k zajištění organizace dobrovolnického programu u veřejně prospěšných organizací, a to na základě splnění obecných povinností stanovených tímto zákonem, cílených především na ochranu a smluvní zajištění činnosti dobrovolníka.

- **Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů** [128]; zmíněn v kap. 2, ve vztahu k vymezení náplně dobrovolnické činnosti v PDZS.
- **Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů** [129]; zmíněn v kap. 2, ve vztahu k vymezení náplně dobrovolnické činnosti v PDZS.
- **Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů** [130]; zmíněn v kontextu povinnosti zaměstnavatelů vytvářet bezpečné a zdravé neohrožující pracovní podmínky správnou organizací BOZP.
- **Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů** [131].
- **Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů** [132].
- **Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů** [133]; zmíněn ve vztahu k dobrovolnické první pomoci na vyžádání v oblasti zdravotnické záchranné služby, v kap. 1.1.
- **Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů** [134].
- **Zákon č. 320/2015 Sb., o hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů (zákon o hasičském záchranném sboru), ve znění pozdějších předpisů** [135]; zmíněn v souvislosti s vymezením termínu „mimořádná situace“ pro potřeby tohoto metodického dokumentu a působení dobrovolníků v programové linii „C“ PDZS.
- **Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů** [136].

10.3.2. Podzákoné právní předpisy

- **Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů** [118].

10.4. Usnesení vlády

- **Usnesení vlády ze dne 23. října 2017 č. 752 o Národním akčním plánu pro byznys a lidská práva na období 2017–2022** [115]; zmíněno v souvislosti s firemním dobrovolnictvím, resp. společenskou odpovědností firem.

10.5. Věstníky MZ

- **Věstník MZ č. 6/2009:** Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů [66].
- **Věstník MZ č. 11/2011:** Metodika evaluace dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních [67].
- **Věstník MZ č. 4/2017:** Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb [70].
- **Věstník MZ č. 7/2018:** Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče [68].

- **Věstník MZ č. 8/2021:** Metodický pokyn pro systematické využívání poskytovatelů první pomoci na vyžádání (first responderů) [71].
- **Věstník MZ č. 8/2021:** Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním [106].
- **Věstník MZ č. 13/2021:** Minimální požadavky na zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb [74].
- **Věstník MZ č. 4/2022:** Metodický pokyn MZ k činnosti konziliárních týmů paliativní péče v rámci poskytovatele lůžkové zdravotní péče [69].

10.6. Další mezinárodní dokumenty s vazbou na PDZS

- **Charta práv hospitalizovaných dětí, tzv. Charta EACH** (European Association for Children in Hospital) (1988) [19]. Český překlad [46].
- **Zásady ochrany osob trpících duševní poruchou** (OSN, 1991, tzv. MI Principles) [137].
- **Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů** (APA, 1992) [72].
- **Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících"**. Český překlad tzv. charty práv umírajících je uveden v příloze TM6.
- **Deklarace o duševním zdraví pro Evropu** (WHO, 2005) [14].
- **Evropská charta práv starších pacientů s potřebou dlouhodobé péče a asistence** (EU, 2010) [25].
- **Charta práv dětí, jejichž život je v důsledku jejich nemoci nebo stavu zkrácen či ohrožen** (2018) [45].

11. Použitá literatura

- [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] Asociace nemocničních kaplanů. Dostupné online: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/>.
- [4] ASPR. (2016). Assistant Secretary for Preparedness and Response. 2017-2022. *Health Care Preparedness and Response Capabilities*, pp. 70. Dostupné z: <https://asprtracie.hhs.gov/technical-resources/resource/4271/2017-2022-health-care-preparedness-and-response-capabilities>.
- [5] BAČUVČÍK, R., HARANTOVÁ, L. (2016). *Sociální marketing*. Verbum. ISBN 978-80-87500-80-4. 256 s.
- [6] BARRON, J.S., TAN, E.J., YU, Q., SONG, M., MCGILL, S., FRIED, L.P. (2009). Potential for intensive volunteering to promote the health of older adults in fair health. *J Urban Health*, 2009, 86:641–53. doi: 10.1007/s11524-009-9353-8.
- [7] BELBIN, M. (2012). *Týmové role v práci*. Překlad Pavel Procházka, vyd.1., Praha: Wolters Kluwer Česká republika 2012, ISBN: 978-80-7357-892-3.
- [8] 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.
- [9] CASIDAY, R., KINSMAN, E., BAMBRA, C. (2008). *Volunteering and Health: What Impact Does It Really Have? Report to Volunteering England 2008*, University of Wales.
- [10] Česká technická norma ČSN EN ISO 9000. *Systémy managementu kvality – Základní principy a slovník*, Praha: UNMZ, 2016.
- [11] Česká technická norma ČSN EN ISO 9001. *Systémy managementu kvality – Požadavky*, Praha: UNMZ, 2016.
- [12] Česká technická norma ČSN EN ISO 31000. *Management rizik – Směrnice*, Praha: UNMZ, 2018.
- [13] Česká technická norma ČSN EN ISO 19011. *Směrnice pro auditování systémů managementu*. Praha: UNMZ, 2019.
- [14] Deklarace o duševním zdraví pro Evropu (Helsinky, 2005) WHO Evropa. Dostupné online: https://www.crpdz.cz/dokumenty/2006_03_30_002.pdf.
- [15] DINGLE, A. et al. (2001). *Measuring Volunteering: A Practical Toolkit*. The Independent Sector Research Program. Independent Sector. ISBN: 0-929556-09-7.
- [16] Dobrovolnická služba – akreditace Ministerstva vnitra ČR. Dostupné online: <https://www.mvcr.cz/clanek/dobrovolnicka-sluzba-akreditace.aspx>.
- [17] Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících (Charta práv umírajících).
- [18] Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně prevence kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí; dostupné z [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX:32009H0703(01)).

- [19] EACH Charter. Dostupné online <https://each-for-sick-children.org/each-charter/>.
- [20] EFQM Model. Dostupné z: <https://efqm.org>.
- [21] EPSTEIN M. J., and YUTHAS K. (2014). *Measuring and Improving Social Impacts: A Guide for Non-profits companies, and Impact Investors*; BK Business.
- [22] ERIKSSON, M., LINDSTRÖM, B. (2007). Antonovský'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. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465600/>.
- [23] Europass mobilita. Dostupné z: <https://europass.cz/co-je-europass/doklad-o-dobrovolnictvi>.
- [24] EU Charter of Fundamental Rights and Freedoms. Dostupné z: https://ec.europa.eu/info/aid-development-cooperation-fundamental-rights/your-rights-eu/eu-charter-fundamental-rights_en.
- [25] Evropská charta práv starších pacientů s potřebou dlouhodobé péče a asistence; https://www.age-platform.eu/sites/default/files/22495_guide_accompagnement_EN_low.pdf.
- [26] FOSTER, R. (2013). Office for National Statistics. *Household Satellite Accounts – Valuing Voluntary Activity in the UK*. Dostupné z: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_345918.pdf.
- [27] FRANKE, Wolf D, překlad VOTÁPEK, V., *FMEA: Analýza možností vzniku vad a jejich následků*. Praha: Česká společnost pro jakost, 1993. ISBN 80-02-00968-1.
- [28] FRIČ, P. (2001). *Dárcovství a dobrovolnictví v České republice (výsledky výzkumu NROS a Agnes)*. NROS, Agnes, Praha, 2001.
- [29] *Global HPH Strategy 2016-2018*.
- [30] *Global HPH Strategy 2021-2025 (2020)*.
- [31] 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.
- [32] 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.
- [33] HANDY, F., SRINIVASAN, N. (2005). *The Demand for Volunteer Labor: A Study of Hospital Volunteers*. Dostupné z: http://repository.upenn.edu/spp_papers/44.
- [34] 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.
- [35] 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.
- [36] HARTL, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál (3. vydání 2015), 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0 EAN: 9788026208730.
- [37] HAVRDOVÁ, Z. A HAJNÝ M. (2008). *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 213 s. ISBN 9788072625321.

- [38] HAWKINS, P., SHOHET, R. (2004). *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. 202 s. ISBN80-7178-715-9.
- [39] 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.
- [40] 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.
- [41] *Herní specialista*. Národní zdravotnický informační portál. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. Dostupné online <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/15>.
- [42] HLAVÁČKOVÁ, E., URBANOVÁ, J., ŠKVRŇÁKOVÁ, J. (2015). *Herní terapie v českých nemocnicích*, *Pediatric pro praxi*, Vol. 16, No. 3. Dostupné z: www.pediatricpropraxi.cz.
- [43] HOTCHKISS, R. B. (2007). *Valuing Volunteers: The Impact Of Volunteerism On Hospital Performance*. *Electronic Theses and Dissertations, 2004-2019*. 3210. Dostupné online: <https://stars.library.ucf.edu/etd/3210>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19322043/>.
- [44] 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.
- [45] *Charta práv dětí, jejichž život je v důsledku jejich nemoci nebo stavu zkrácen či ohrožen*. Dostupné online <https://detska.paliativnimedicina.cz/detska-paliativni-pece-vice-informaci-6-6-2018-charta-prav-prav-deti-jejichz-zivot-je-v-dusledku-jejich-nemoci-nebo-stavu-zkraceni-ohrozen-international-childrens-palliative-care-network-ic/>.
- [46] *Charta práv hospitalizovaných dětí – český překlad Charty EACH*. Dostupné z: <http://detivnemocnici.cz/charter/>.
- [47] CHVÁL, M., KOŘÍNKOVÁ, I., PITLACHOVÁ, K., VELEBOVÁ, Z. (2010). *Teoretická východiska k metodice evaluace dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních; Výstup z projektu kvality zdravotních služeb a bezpečnosti pacientů 2009*. Dostupné online: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9320/20728/Teoretick%C3%A1_v%C3%BDchodiska.pdf.
- [48] IDEO. HCD. (2013). *Design zaměřený na člověka*. Brno: Flow, 2013. ISBN978-80-905480-1-5.
- [49] ILSLEY, P. J. (1990). *Enhancing the Volunteer Experience*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- [50] 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.
- [51] *International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services*. Dostupné online www.hphnet.org.
- [52] *International Society for Quality in Health Care (ISQua)*. Dostupné z: www.isqua.org.
- [53] *International Society for Quality in Health Care. External Evaluation Association*. Dostupné na www.ieea.ch/resources.html.
- [54] JAKUBÍKOVÁ, D. (2008). *Strategický marketing Strategie a trendy*. Grada, Praha, pp. 126.
- [55] JENKINSON, C. E., DICKENS, A., JONES, K., THOMPSON-COON, J., TAYLOR, R. S., MORWENNA, R., BAMBRA, L.C., IAIN, L., RICHARDS, S. H. (2013). *Is volunteering a public health*

- intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. BMC Public Health 2013. Volume 13, Article number: 773.
- [56] KAPLAN, R.S., NORTON, D.P. (1996). The Balanced Scorecard: translating strategy into action. Harward Business school press Boston, Massachusetts. ISBN 0-87584-651-3.
- [57] KAPLAN, R.S., NORTON, D.P. (2009). Balanced Scorecard: Strategický systém měření výkonnosti podniku. Management Press 2009, 5. vyd., ISBN 978-80-7261-177-5, EAN 9788072611775.
- [58] KATZ, J., PEBERDY, A. (1997). Promoting Health – Knowledge and Practice. London: Open University.
- [59] Když jde do nemocnice dítě. Národní zdravotnický informační portál. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. Dostupné online: <https://www.nzip.cz/clanek/275-kdyz-jde-do-nemocnice-dite>.
- [60] 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.
- [61] KŘÍŽ, J. (2008): Podpora zdraví – vývoj a perspektivy; Dostupné online z <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2008/01/06.pdf>.
- [62] KUČERA Z., HAVELKOVÁ J. (2005): Podpora zdraví: vývoj teoretických základů. Zdr ČR. 2005;8(3):89-91.
- [63] Listina základních práv Evropské unie. Dostupné online z http://data.europa.eu/eli/treaty/char_2012/oj.
- [64] 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. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/116407/120351588.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- [65] MELLOW, M. (2007): Hospital Volunteers and Carework; The Canadian Review of Sociology and Anthropology: Vol. 44 No. 4, p. 451-467, ProQuest Psychology Journals 2007.
- [66] Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů. Věstník MZ č. 6/2009. Dostupné online <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-6-2009/>.
- [67] Metodika evaluace dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních; Věstník MZ č. 11/2011. Dostupné online <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-11-2011/>.
- [68] Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče; Věstník MZ č. 7/2018. Dostupné online https://shnu.uzis.cz/res/file/ostatni_dokumenty/Vestnik-MZ-2018-07.pdf.
- [69] Metodický pokyn MZ k činnosti konziliárních týmů paliativní péče v rámci poskytovatele lůžkové zdravotní péče, Věstník MZ č. 4/2022. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-4-2022/>; https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/04/Vestnik-MZ_4-2022.pdf.
- [70] Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb. Věstník MZ č. 4/2017. Dostupné online: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-4-2017/>.
- [71] Metodický pokyn pro systematické využívání poskytovatelů první pomoci na vyžádání (first responderů). Věstník MZ č. 8/2021. Dostupné online: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-8-2021/>.

- [72] Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů (APA, 1992).
- [73] Míčková facilitace. Dostupné online: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/mickovani-mickova-facilitace-dle-zdeny-jebave>.
- [74] Minimální požadavky na zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb; Věstník MZ č. 13/2021. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2021/>.
- [75] MODESTE, N. N. (1995). Dictionary of Public Health Promotion and Education: Terms and Concepts. SAGE. ISBN 10: 0761900020. ISBN 13: 9780761900023.
- [76] 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.
- [77] Práva a povinnosti pacientů. Národní zdravotnický informační portál. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. Dostupné z <https://www.nzip.cz/clanek/1075-prava-a-povinnosti-pacientu>.
- [78] Práva dítěte. Národní zdravotnický informační portál. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. Dostupné z <https://www.nzip.cz/clanek/239-prava-ditete>.
- [79] Mystery metody průzkumu. Dostupné online z <https://managementmania.com/cs/mystery-metody>; <https://www.stemmark.cz/encyklopedie-mystery-shopping/>.
- [80] 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. Dostupné z: <https://doi.org/10.1108/IJSE-11-2017-0548>.
- [81] Národní akční plán pro implementaci Obecných zásad OSN pro byznys a lidská práva; Dostupné z: <https://www.narodniportal.cz/narodni-akcni-plan-pro-byznys-a-lidska-prava-na-obdobi-2017-2022/>; dostupné on-line: https://storage.googleapis.com/narodniportal_cz/sites/4/2021/02/0379f5a9-nap-cz.pdf.
- [82] Národní síť nemocnic a zdravotnických zařízení podporujících zdraví ČR. Dostupné online <https://www.mzcr.cz/program-hph-v-cr/>.
- [83] Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů.
- [84] NENADÁL, J., VYKYDAL, D., HALFAROVÁ, P. (2011). Benchmarking – Mýty a skutečnost. Management Press, Praha, 268 s., ISBN 978-80-7261-224-6.
- [85] NERANDŽIČ, Z. (2006). Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit s. 67, 68 Praha: Albatros. ISBN 80-00-01809-8.
- [86] OECD: Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Managent. Paris: OECD Publications, 2002.
- [87] Oficiální portál Rady kvality ČR; <https://www.narodniportal.cz/spolecenska-odpovednost-organizaci/>; <https://www.narodniportal.cz/mezinarodni-nastroje-a-standardy-csr/>.
- [88] OPPEL, K., NESVÅG, S., PEDERSEN, B., SKJØTSKIFT, S., HERSVIK AARSTAD, A. K., ULLALAND, S., PEDERSEN, K. L., VEVAATNE, K., TØNNESEN, H. (2011): Health and the need for health promotion in hospital patients. *European Journal of Public Health*, Volume 21, Issue 6, December 2011, Pages 744–749, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq148>.
- [89] 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.

- [90] PELSMACKER, D., GEUENS, M., VAN DEN BERG, J. (2009). Marketingová komunikace. Grada, Praha, pp. 26.
- [91] Pickerovy dimenze sledování kvality péče. The Picker Principles of Person Centred care. Dostupné online z <https://picker.org/>.
- [92] PILIAVIN J A, SIEGL E. (2007). Health Benefits of Volunteering in the Wisconsin Longitudinal Study. *Journal of Health and Social Behaviour* 2007; 48(4):450-64. Dostupné <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.909.240&rep=rep1&type=pdf>.
- [93] Portál MZČR pro pacienty a pacientské organizace. Dostupné online: <https://pacientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=databaze-organizaci>.
- [94] 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.
- [95] Sdělení č. 104/1991 Sb., o sjednání Úmluvy o právech dítěte; další informace viz: Úmluva o právech dítěte a související dokumenty. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf>.
- [96] Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.
- [97] Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s., Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.
- [98] SEMECKÁ, M. (2010): Využití zvířat v psychoterapii neurotických poruch. Situace v psychiatrických léčebnách v ČR. Diplomová práce. Jihočeská univerzita. Teologická fakulta, katedra pedagogiky. 2010. Dostupné online [downloadPraceContent_adipIdno_12802](https://theses.cz/) (theses.cz).
- [99] SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Mezinárodní evropský projekt s českou účastí (SHARE-CZ). Dostupné <https://www.vyzkumne-infrastruktury.cz/humanitni-vedy/share-cz-2/>.
- [100] 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.
- [101] SIMSA, R., RAUSCHER, O., SCHOBER, C., MODER, C. (2014). Methodological Guideline for Impact Assessment. *Third Sector Impact*.
- [102] SIVESIND, K. H., KAMERADE, D. AND BENNETT, M. (2015). Unemployment, Volunteering, Subjective Well-Being and Mental Health. *Third Sector Impact*.
- [103] 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*.
- [104] 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.
- [105] Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2014/95/EU ze dne 22. října 2014, kterou se mění směrnice 2013/34/EU, pokud jde o uvádění nefinančních informací a informací týkajících se rozmanitosti některými velkými podniky a skupinami. Dostupné z <http://data.europa.eu/eli/dir/2014/95/oj>.

- [106] Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním; Věstník MZ č. 8/2021. Dostupné online <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-8-2021/>
- [107] Standards for Health Promoting Hospitals and Health Services; (2020). Dostupné online <https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/12/2020-HPH-Standards.pdf>.
- [108] Study on Volunteering in the European Union. Final Report 2010 dostupné https://ec.europa.eu/citizenship/pdf/doc1018_en.pdf.
- [109] SWOT analýza. Dostupné online <https://managementmania.com/cs/swot-analyza>.
- [110] 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.
- [111] ŠALING, S., IVANOVÁ-ŠALINGOVÁ, M., MANÍKOVÁ, Z. (2008). *Velký slovník cudzích slov*, 5. vydanie, Bratislava, 2008.
- [112] Technická normalizační informace TNI 01 0350. Management rizik – Slovník (pokyn 73), Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2010.
- [113] TOŠNER, J., SOZANSKÁ, O. (2002, 2006). *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Portál, Praha, 1. vyd.2002, 2. vyd.2006.
- [114] Usnesení č. 2/1993 Sb. o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
- [115] Usnesení vlády České republiky, ze dne 23. října 2017 č. 752 o Národním akčním plánu pro byznys a lidská práva na období 2017–2022; dostupné on-line: https://storage.googleapis.com/narodniportal_cz/sites/4/2021/02/81b973b7-usneseni-752_2017.pdf.
- [116] VELEMÍNSKÝ, M. (2007). *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. ISBN 978-80-7322-109-6.
- [117] *Volonteuropé* (2018). *Measuring the impact of volunteering*, 54 s.
- [118] Vyhláška MZ č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů.
- [119] Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.
- [120] 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.
- [121] Zákon č. 246/1992 Sb., na ochranu zvířat proti týrání, ve znění pozdějších předpisů.
- [122] Zákon č. 166/1999 Sb., o veterinární péči a o změně souvisejících zákonů (veterinární zákon), ve znění pozdějších předpisů.
- [123] Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- [124] Zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon), ve znění pozdějších předpisů.
- [125] Zákon č. 241/2000 Sb., o hospodářských opatřeních pro krizové stavy a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- [126] Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

- [127] Zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě), ve znění pozdějších předpisů.
- [128] Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.
- [129] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.
- [130] Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.
- [131] Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
- [132] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
- [133] Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů.
- [134] Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
- [135] Zákon č. 320/2015 Sb., o hasičském záchranném sboru a o změně některých zákonů (zákon o hasičském záchranném sboru), ve znění pozdějších předpisů.
- [136] Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů.
- [137] Zásady ochrany osob trpících duševní poruchou (OSN, 1991, tzv. MI Principles). Dostupné online: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Zasady_OSN_ochrana_dusevne_1991.pdf.

12. Seznam tabulek a obrázků

Tabulka 1: Typy pracovišť dle formy poskytované péče a lékařských oborů	55
Tabulka 2: Přehled minimálních nákladových položek PDZS	69
Obrázek 1: Příprava PDZS	9
Obrázek 2: Procesy připravující konkrétní dobrovolnickou činnost uvnitř PZS	9
Obrázek 3: Procesy v interakci s veřejností	10
Obrázek 4: Procesy přímé práce s potenciálními a novými dobrovolníky	10
Obrázek 5: Procesy související s vlastní dobrovolnickou činností	11
Obrázek 6: Hodnotící procesy PDZS	11
Obrázek 7: Procesní cyklus PDZS	12
Obrázek 8: Umístění PDZS v organizační struktuře PZS	27
Obrázek 9: Složení realizačního týmu v různém modelu řízení PDZS	34
Obrázek 10: Procesy v koordinaci PDZS a vazby mezi nimi	43
Obrázek 11: Evaluační systém u jednotlivých PZS pro interní řízení jejich PDZS	63

13. Slovník pojmů

Akreditace (uznání kredibility) ve zdravotnictví – je pojem mezinárodně spojovaný s externím hodnocením kvality a bezpečí zdravotních služeb na takové úrovni, která je definovaná standardy výkonnosti, kvality a bezpečí a jejich měřitelnými ukazateli vztahujícími se k poskytování zdravotních služeb a bezpečí pacientů během pobytu ve zdravotnickém zařízení a vedoucími k zabezpečení kontinuálního zlepšování zdravotnického systému [52] [53]. Externí hodnocení kvality a bezpečí u PZS může v ČR zajišťovat pouze organizace k této činnosti oprávněná Ministerstvem zdravotnictví [132].

Audit – je systematický, standardizovaný, nezávislý a dokumentovaný proces objektivního hodnocení pro získání objektivního důkazu 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 [10].

Balanced Scorecard – je nástroj na měření a řízení výkonnosti instituce [56] [57]. 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 – je doporučovaná metodou porovnávání a měření konkurence. Představuje systémové řešení a trvalou součást strategického řízení institucí [84]. Může být realizovaný v rámci jedné organizace mezi organizačními jednotkami (interní benchmarking) nebo jde o porovnávání mezi různými organizacemi (externí benchmarking). V kontextu PDZS viz kap. 8.1.2., 8.1.4. a TM13).

Bezpečnostní filtry výběru vhodného dobrovolníka – systém na sebe navazujících kroků a procesů, které slouží k efektivnímu výběru vhodných dobrovolníků pro daný PDZS (viz TM3).

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 [39] [40] [48]. V kontextu Metodiky jsou některé z těchto metod doporučeny pro zlepšování kvality a bezpečí PDZS (viz TM12).

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

Dočkávkový list dobrovolníků – je dokumentem, který dokládá přítomnost dobrovolníka na oddělení a odvedení dohodnuté činnosti počtem hodin strávených dobrovolnickou činností a počtem pacientů dotčených touto činností. Je podkladem pro účely sběru a analýzy dat o PDZS (viz ADM, kap. 3.4.).

Dokumentované informace – informace (včetně médií, na kterých jsou uloženy), u kterých se požaduje, aby byly řízeny a udržovány organizací [10] [11].

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/systemu, o rozsah, v němž jsou plánované činnosti realizovány a plánované výsledky dosaženy. V kontextu s PDZS viz kap. 8.2. a TM13.

Etický kodex – je formulací základních hodnotových a principiálních zásad při realizaci určité činnosti. V rámci realizace PDZS se jedná o Etický kodex PDZS (viz ADM, kap. 1.1.1.), který formuluje etické zásady PZS a všech stran zainteresovaných na realizaci PDZS, včetně zásad pro propagaci a komunikační strategii PDZS. Etický kodex dobrovolníka (viz ADM, kap. 2.2.2.) formuluje zásady potřebné pro kvalitní a bezpečné zapojení dobrovolníků do PDZS.

Evaluace – je proces hodnocení, který zkoumá a hodnotí využívání (veřejných) zdrojů v instituci s cílem zvyšování hospodárnosti [111]. Evaluační systém je souborem procesů, které zajišťují realizaci evaluace, jeho rozsah závisí na definovaném cíli evaluace. Evaluační indikátor (ukazatel, metrika) je vymezení určité veličiny, které umožňuje její změření v konkrétních podmínkách. Rozlišují se indikátory vstupní, výsledkové, procesní. Evaluace PDZS viz kap. 8.1. a TM13.

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 [87]. V kontextu s PDZS viz TM9.

Herní specialista – je spolupracovníkem ošetřujícího týmu na některých dětských odděleních, jako hlavní pracovní nástroj používá hru, kterou využívá k detekci signálů případné úzkosti, stresu či nejistoty, v přípravě na vyšetření a terapeutické zákroky a pro naplňování volného času hospitalizovaných dětí [41] [41] (viz kap. 2.5.).

Identifikace dobrovolníka v PDZS – znamená viditelné označení dobrovolníka během výkonu dobrovolnické činnosti. Je bezpečnostním opatřením, které sděluje pacientům a rodinným příslušníkům, že označená osoba je

součástí služeb nabízených a poskytovaných PZS, je adekvátně vyškolená a poučená. Je oprávněna pohybovat se v prostorách PZS a vstupovat do kontaktu s pacienty (viz ADM, kap. 2.4.).

Informační manuál dobrovolníka – písemný dokument obsahující souhrnné základní pravidla a podstatné informace o PDZS, které by měl znát každý dobrovolník (viz ADM, kap. 3.3.).

Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce s účastí v PDZS – vyjadřuje, že pacient nebo jeho zákonný zástupce dostal a porozuměl informaci o PDZS a souhlasí s účastí na dobrovolnických aktivitách. Souhlas může být vyjádřený ústně (u dospělých pacientů), u nezletilých pacientů bez doprovodu a u dospělých pacientů s omezenou svéprávností je vhodný souhlas písemný (viz ADM, kap. 3.5.).

Interní databáze PDZS – je systém, který používá koordinátor dobrovolníků a realizační tým pro evidenci podstatných informací souvisejících s realizací a řízením PDZS (viz kap. 8.1.3. a TM13, kap. 2.1.)

Intervize – je název pro méně formální formu supervize, sloužící ke sdílení zkušeností, názorů a vzájemné podpory v rámci interní skupiny, kterou nevede nezávislý externí pracovník.

Kategorie dobrovolníků v PDZS – zahrnují „aktivního dobrovolníka“, který je evidovaný a registrovaný v PDZS (tzn. má uzavřenou smlouvu na pravidelnou činnost nebo vyplněnou Registrační kartu pro jednorázovou činnost) a vykonává dohodnutou činnost a „neaktivního dobrovolníka“, což 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 (viz kap. 9.2. a TM13, kap. 2.1.2.).

Kategorie typů dobrovolnické činnosti v PDZS – zahrnují pravidelnou dobrovolnickou činnost realizovanou opakovaně v dohodnutých pravidelných intervalech, případně opakovaně v nepravidelných intervalech, jednorázovou činnost ve formě příležitostně realizovaných akcí nebo akcí jednoho typu opakujících se každoročně ne více než 2x ročně, individuální činnost vykonávanou samostatně jedním dobrovolníkem, skupinovou činnost vykonávanou jedním nebo více dobrovolníky pro skupinu pacientů, nespecifickou činnost na úrovni volnočasových aktivit, která od dobrovolníků nevyžaduje speciální dovednosti, specifickou činnost vyžadující úzkou spolupráci dobrovolníka s odborným personálem, který určuje její náplň (viz kap. 6.1.).

Komunikační strategie/komunikační plán – je součástí marketingové strategie [54] [90]. Obsahuje cíle a metody komunikace firmy vzhledem k jejímu vnějšímu prostředí (viz TM14).

Komunikační mix – je soubor nástrojů marketingové komunikace, jejich cílem je komunikovat se zákazníky, seznámit cílovou skupinu s produktem firmy (výrobkem nebo službou) a přesvědčit ji o nákupu. Mezi nástroje komunikačního mixu patří reklama, podpora prodeje, sponzorování, public relations, komunikace v prodejním nebo nákupním místě, výstavy a veletrhy, přímá marketingová komunikace, osobní prodej, interaktivní marketing [54] [90].

Kontrola – obecnější pojem pro objektivní hodnocení a určování shody se specifikovanými požadavky [10].

Koordináční centrum podpůrných aktivit (KCPA) – model společné koordinace PDZS v jeho rozvojové fázi s dalšími aktivitami v oblasti podpůrné péče a podpůrných programů, který slouží k zefektivnění koordinace obdobných aktivit tak, aby si nekonkurovaly, ale vzájemně se doplňovaly (viz TM2 a TM15).

Kritéria způsobilosti/nezpůsobilosti dobrovolníka pro PDZS – soubor pravidel, které je potřebné dodržovat při výběru dobrovolníků do PDZS v zájmu zajištění kvality a bezpečí PDZS, především u těch činností, při kterých se dobrovolník dostává do kontaktu s pacienty (viz kap. 2.2. a TM3).

Management – systém koordinované činnosti zaměřené na řízení organizace a dosažení jejích cílů. Management kvality zahrnuje řízení a zlepšování kvality prostřednictvím stanovení politik a cílů kvality, plánování a prosazování kvality v zájmu dosahování stanovených cílů. Management projektu znamená řízení projektu zahrnující plánování, organizování, monitorování, předkládání zpráv o všech aspektech projektu a motivování k dosažení cílů projektu [10] [11].

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 (viz kap. 2.3.3., TM10 a ADM, kap. 1.8.).

Mimořádná situace – pro účely Metodiky je za mimořádnou situaci 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. Mimořádnou situací“ pro účely tohoto metodického dokumentu není myšlena „nežádoucí událost“, „krizová situace“ nebo „krizový stav“ dle zákonů č. 320/2015 Sb. [135], č. 239/2000 Sb. [121], č. 240/2000 Sb. [124], č. 241/2000 Sb. [125].

Mlčenlivost dobrovolníka – prohlášení, které 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. Je součástí

vstupních dokumentů vedle smlouvy, kterou s dobrovolníkem uzavírá PZS nebo EDO (podle modelu řízení PDZS). (viz ADM, kap. 2.2.1.)

Model řízení PDZS – způsob organizování a řízení PDZS, které může mít tři formy: 1. interní model řízení PDZS, kdy si celý PDZS zajišťuje a organizuje PZS vlastními silami, 2. model řízení ve spolupráci s EDO, 3. kombinovaný model řízení PDZS, kdy část PDZS si PZS řídí vlastními silami a na části PDZS spolupracuje s EDO (viz kap. 3.2. a TM1).

Motivace k dobrovolnické činnosti – parametr, který KDZS sleduje při výběru dobrovolníků pro PDZS a který má přímou souvislost s chováním dobrovolníků a tím i vazbu na K+B PDZS. Má vliv na dlouhodobé setrvání dobrovolníků nebo odchod z PDZS [28] [35] [104]. Práce s motivačními a demotivačními faktory dobrovolníků je jednou z důležitých oblastí práce KDZS (viz kap. 4.2.1. a TM3, kap. 5).

Mystery metody průzkumu – metody, při kterých zkoumané osoby v daný okamžik nevědí, že jsou testovány a poskytují tak reálný obraz o skutečnosti, protože nedochází ke zkreslování chování zkoumaných osob. Jedná se o kvalitativní výzkum, který měří kvalitu služeb či spokojenosti zákazníků nebo k získávání informace o produktech a službách vlastní či konkurenční firmy [78] (viz TM12).

Nápravné opatření – opatření k odstranění příčiny neshody ve zjištění z auditu a zabránění opakovanému výskytu [10] [12] [112]. Ve vztahu k PDZS uvedeno v souvislosti se sledováním K+B PDZS (viz TM12).

Negativní jevy – v kontextu této Metodiky se jedná o okolnosti, které mohou mít nepříznivé dopady na přípravu a realizaci PDZS, týkají se pouze vlastní organizace a řízení dobrovolnického programu (viz TM12).

Nežádoucí události (NU) – jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy došlo k poškození pacienta, které je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb (PZS) nebo jeho zaměstnanec. Za nežádoucí události jsou dále také považována neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta, pokud mají za následek trvalé poškození nebo úmrtí pacienta. Nežádoucími událostmi jsou také ty události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, u nichž není dosud známo, zdali bylo možné se jim vyhnout. Mezi nežádoucí události náleží také situace, k jejichž identifikaci došlo před poškozením pacienta, či jiné osoby v procesu poskytování zdravotních služeb a péče [68].

Pacientské organizace – 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 [93] (viz kap. 2.7.1. a TM11).

Pickerovy dimenze – dimenze kvality péče z pohledu hospitalizovaných pacientů, které stanovil Pickerův institut za účelem zajištění srovnatelnosti výsledků dotazníků spokojenosti pacientů [91]. 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. V souvislosti s PDZS uvedeno v TM12.

Podpora zdraví – proces usnadňující lidem zvýšení povědomí, vlastního zájmu a kontroly nad faktory ovlivňujícími zdraví, a tím zvýšení pravděpodobnosti, že si zdraví uchovají a/nebo zlepší [58] [61] [62] [75]. Dobrovolnická činnost v oblasti podpory zdraví je novým programovým směrem pro zapojení dobrovolníků do PDZS, týká se jí programová linie „B“ (viz kap. 2.3.2. a TM11)

Pojištění v PDZS – je jedním z prostředků vztahujícím se k bezpečí PDZS, mělo by zohledňovat náročnost a potenciální rizika související s realizací PDZS s ohledem na typ PZS, typ pacientů a typ realizovaných aktivit. Pojištění v PDZS si zajišťuje PZS samostatně nebo ve spolupráci s EDO, podle zvoleného modelu řízení PDZS (viz ADM, kap. 1.7.).

Politika kvality – obecně se jedná o politiku organizace týkající se zajištění kvality služeb či produktů, v kontextu s PDZS uveden dokument „Politika kvality PDZS“ (viz kap. 2.1.2. a ADM, kap.1.6.1.).

Popis a charakteristika dobrovolnické činnosti – dokument, který je souhrnem 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 v PDZS (viz ADM, kap. 3.2.).

Potvrzení o zdravotní způsobilosti dobrovolníka – potvrzení sloužící jako preventivní bezpečnostní opatření v PDZS k minimalizaci rizik souvisejících s pohybem dobrovolníka v prostorách PZS, s jeho kontaktem s dalšími osobami přítomnými ve zdravotnickém zařízení, přičemž prioritou je ochrana pacientů (viz ADM, kap. 2.2.3.).

Prevence – je soubor opatření za účelem předcházení nemocem nebo jiným nežádoucími situacím.

Preventivní opatření – opatření určené k odstranění příčiny potenciální neshody nebo jiné potenciální nežádoucí situace [10] [12] [112].

Přijímající organizace – subjekt/právnícká nebo fyzická osoba/organizace, pro jejíž potřebu je vykonávána dobrovolnická služba a která přijímá a začleňuje dobrovolníky do své činnosti podle zákona č. 198/2002 Sb. [127].

Public Relations (PR) – vztahy s veřejností, které zahrnují všechny činnosti, jejichž prostřednictvím firma/organizace komunikuje se svým okolím a všemi jeho subjekty. V kontextu PDZS viz zejména TM14.

Realizační tým PDZS – seskupení osob, které mají na starost PDZS po stránce koncepčně rozvojové a organizačně provozní. Jeho cílem je aktivní vytváření podmínek, odstraňování překážek a zabezpečení kvalitní přípravy dobrovolnické činnosti a její bezpečný a stabilní průběh, včetně jejího hodnocení. Mezi hlavní členy realizačního týmu PDZS patří garant PDZS, koordinátor dobrovolníků (KDZS), kontaktní osoba a manažer kvality a bezpečí PZS (viz kap. 4).

Referenční kategorie – souhrn specifických parametrů určité skupiny subjektů. Z hlediska Metodiky jsou definovány čtyři referenční kategorie PDZS pro účely statistického hodnocení a sledování úrovně PDZS dle 1. modelu řízení PDZS, 2. programové linie PDZS, 3. typu PZS dle druhu a formy poskytované péče 4. velikosti PZS/počtu lůžek (viz kap. 8.1.2. a TM13, kap. 1.3).

Registrační (osobní) karta dobrovolníka v PDZS – jednotný systém evidence podstatných informací o každém dobrovolníkovi, který je zapojen do určitých typů dobrovolnických aktivit. Slouží KDZS k evidenci údajů potřebných pro koordinaci PDZS a v redukované podobě pro identifikaci a kontakt na dobrovolníka na oddělení (viz ADM, kap. 2.3).

Riziko – účinek nejistoty, kladná nebo záporná odchylka od očekávaného [10] [112]. Souvislost s řízením rizik v PDZS viz TM12.

Rizikový dobrovolník pro PDZS – označení pro dobrovolníka, jehož působení v PDZS může být potenciálním rizikem především pro pacienty PZS (viz TM3, kap. 3.2.).

Řízená dokumentace [slovník]

Salutogeneze – teorie salutogeneze ukazuje, jaký význam má pocit koherence (sense of coherence, SOC) a smysl pro osobnostní integritu nejen pro udržení zdraví člověka. V konceptu tří dimenzí vyjadřuje míru důvěry jedince v to, že požadavky vyplývající ze srozumitelných (comprehensibility), předvídatelných (manageability) a smysluplných (meaningfulness) vnějších podnětů, může splnit a stojí proto za jeho úsilí a investici [2] [22].

Směrnice PDZS o dobrovolnickém programu – interní předpis, který deklaruje přítomnost PDZS ve zdravotnickém zařízení a definuje jeho základní postavení v rámci poskytovaných služeb. Popisuje jeho základní strukturu, systém řízení, kompetence a zodpovědnosti klíčových osob (viz ADM, kap. 1.5.).

Smlouva o dobrovolnické činnosti mezi dobrovolníkem a PZS nebo EDO – smluvní závazek, který je uzavírán mezi dobrovolníkem a PZS (v případě interního modelu řízení) nebo dobrovolníkem a externí dobrovolnickou organizací (EDO), která dobrovolníka do PDZS vysílá. Smlouva vymezuje základní povinnosti obou stran a podmínky výkonu dobrovolnické činnosti ve zdravotnictví (viz ADM, kap. 2.2.).

Smlouva o spolupráci mezi PZS a EDO – smluvní závazek, který se vztahuje k úpravě podmínek spolupráce obou stran při realizaci PDZS. Specifikuje parametry týkající se především těch procesů a oblastí realizace PDZS, u kterých si obě smluvní strany musí dohodnout míru participace (viz ADM, kap. 1.3.).

Sociální marketing – tímto termínem se obvykle označuje příprava a realizace kampaní k získání finančních a/nebo hmotných prostředků na řešení nějakého problému, s cílem přimět lidi dělat něco jinak, upozornit na problém nebo nastolit diskuzi k určitému tématu [5]. V kontextu PDZS viz TM14.

Spinální jednotka – typ specializovaného oddělení, na kterém pokračuje léčba pacientů po úrazech nebo při 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. Ve vztahu k PDZS viz TM5.

Spokojenost uživatele/pacienta – stupeň naplnění očekávání z hlediska jeho subjektivního vnímání.

Strategické řízení – řízení zaměřené na dlouhodobé plánování a směřování organizace. Strategické řízení v organizaci zajišťuje, že se věci nedějí náhodně, ale podle předem naplánovaných, dlouhodobých záměrů. V kontextu s PDZS viz kap. 8 a TM2, TM12 a TM13.

Supervize – je nástrojem celoživotního učení, jehož smyslem je poskytování zpětné vazby a hledání řešení problematických situací zejména u pomáhajících profesí [37]. V rámci PDZS se jedná o jeden z bezpečnostních prvků, který má funkci podpůrného, vzdělávacího a zpětnovazebního mechanismu. V rámci PDZS se realizuje supervize dobrovolníků, jejímž cílem je sdílení zkušeností, poskytnutí podpory v náročných situacích a hledání řešení problematických situací, reflexe, zda PDZS plní svou funkci (viz kap. 5.10. a TM3) a supervize koordinátora dobrovolníků, která umožňuje sdílet zkušenosti a hledat řešení problematických situací s kolegy působícími ve stejné pozici (viz kap. 4.2.3.).

Supervizor – externí odborník, který vede skupinová supervizní setkání supervidovaných osob.

Tematický manuál k PDZS (TM) – dokument, který detailněji zpracovává některá z dílčích témat uvedených v základním textu Metodiky PDZS. Rozšiřuje tak portfolio praktických informací, uvádí příklady dobré praxe.

Tři principy bezpečné dobrovolnické činnosti – jedno ze základních pravidel pro dobrovolníky ve zdravotnictví, které orientuje dobrovolníky v přímém kontaktu s pacienty na to, co je u pacienta/klienta zdravé, ne na diagnózu a nemoc a na činnost v přítomném okamžiku (viz kap. 2.3.1. a TM3).

Udržitelnost – vlastnost, která se váže na udržitelný rozvoj programu nebo instituce. Ve vztahu k PDZS souvisí zejména s kap. 8.2.2. a 9.1. a TM13.

Účinnost (Efektivita – Effectiveness) – označuje schopnost produkovat užitek (efekt, účel, produkt). Pojem je nejčastěji používaný v souvislosti s hodnocením schopnosti produkovat požadovaný efekt. V kontextu s PDZS viz kap. 8.2. a TM13.

Účinnost – vztah mezi dosaženým výsledkem a použitými zdroji. V souvislosti s PDZS viz kap. 8.2.1., 9.1. a TM13.

Výkonnost – komplexní pojem, který zahrnuje efektivitu, užitečnost, produktivitu, kvalitu pracovního života, inovace, ziskovost. Ve vztahu k PDZS zmíněno v kap. 8.2.1.

Vysílající organizace – organizace (právnícká osoba) se sídlem v ČR, která podle zákona č. 198/2002 Sb. [127] získala akreditaci MV ČR 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. V kontextu s PDZS viz kap. 7 a 8, dále TM12 a TM13.

Závazek dobrovolníka – je jádrem dobrovolnické zkušenosti a rozvíjí se 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 [104]. Souvisí s motivací dobrovolníka (viz TM3, kap. 5).

Zakázkový list – formulář usnadňující komunikaci mezi KDZS a kontaktní osobou a písemně vymezuje základní mantinely dobrovolnických činností zvolených personálem pro realizaci na daném oddělení/pracovišti (viz ADM, kap. 3.1. a formulář v příloze ADM).

Zooterapie (animoterapie) – souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory, které jsou založeny na využití pozitivního působení kontaktu se zvířaty [85] [95] [116]. Podle druhu zvířete se může jednat např. o canisterapii/canisistenci (podpůrné a terapeutické působení za přítomnosti psa), felinoterapii (zooterapie za přítomnosti koček), hipoterapii (léčebné působení koně) (viz TM8).

14. Přílohy

14.1. Administrativa PDZS

Přehled dokumentů:

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

Formuláře v příloze Administrativy PDZS:

- Formuláře k „Registrační (osobní) kartě dobrovolníka“ (k částem I až VII)
- Formulář „Zakázkový list“
- Formulář „Docházkového listu dobrovolníků“
- Formulář „Index stavu PDZS“

14.2. Tematické manuály – přehled samostatných příloh

- TM 1 – Organizace a modely řízení programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
- TM 2 – Fáze realizace programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
- TM 3 – Výběr, školení a podpora dobrovolníků v programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
- TM 4 – Dobrovolnická činnost pro dětské pacienty
- TM 5 – Dobrovolnická činnost pro dospělé pacienty
- TM 6 – Dobrovolnická činnost na onkologii, v hospicové a paliativní péči
- TM 7 – Dobrovolnická činnost v oblasti péče o duševní zdraví
- TM 8 – Zooterapie v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
- TM 9 – Firemní dobrovolnictví v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
- TM 10 – Zapojení dobrovolníků ve zdravotnictví v mimořádných situacích
- TM 11 – Dobrovolnická činnost v podpoře zdraví
- TM 12 – Průvodce kvalitou a bezpečím programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
- TM 13 – Evaluace a efektivita programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
- TM 14 – Komunikační strategie v programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
- TM 15 – Integrovaná koordinace podpůrných programů a aktivit ve zdravotnictví