

SYSTEM PSYCHOSOCIÁLNI INTERVENČNÍ SLUŽBY V ČR

Ingrid Matoušková¹⁾

ABSTRAKT

Řada profesí s sebou přináší zvýšené riziko potencionálně traumatizujících událostí. Často je v tomto ohledu zmiňován vojenský personál, ale například i policisté, hasiči nebo zdravotníci záchranáři se s tímto zvýšeným rizikem událostí náhlého, neočekávaného a násilného charakteru dostávají do styku.

V roce 2012 došlo k významné změně, která se týká Systému psychosociální intervenční služby (SPIS) ve zdravotnictví. O tom jak SPIS funguje v České republice, jak je organizován, kdo a jak se může účastnit práce v systému, jaké vzdělávání předchází práci ve SPIS, jaké znalosti a dovednosti vyžaduje, jaké metody využívá, o tom pojednává tento příspěvek. Jsou rovněž uvedeny stručné příklady fungování obdobných systémů v dalších zemích.

Klíčová slova:

psychosociální intervenční služba, traumatizující události, záchranáři, kolegiální podpora

ABSTRACT

A number of professions bring an increased risk of potentially traumatic events with them. Military personell is often being mentioned in this regard, but also the police, firefighters or paramedics come into contact with this increased risk of events of sudden, unexpected and violent nature.

In 2012 a major change took place in the System of Psychosocial Intervention Services (SPIS) in the area of health care. This article discusses how the SPIS operates in the Czech Republic, how it is organized, who and how can take part in the system work, what education precedes work in the SPIS, what knowledge and skills are necessary, what methods are being used. It also provides brief overview of functioning of similar systems in other countries.

¹ PhDr. Ingrid Matoušková, PhD., BIVŠ, a.s., Praha 5, mobil: +420603554738; e-mail: imatouskova@bivs.cz

Key words:

psychosocial intervention service, traumatic events, paramedics, collegial (peer) support

1 ÚVOD

Lékaři, záchranáři i policisté v terénu, stejně jako jejich kolegové ve zdravotnických zařízeních, potřebují oporu, neboť jsou často, opakovaně vystaveni traumatizujícím situacím. Předpokládá se totiž, že opakovaný kontakt se situacemi překračujícími běžnou lidskou představitost zvyšuje např. pravděpodobnost vzniku posttraumatické stresové poruchy-PTSP. Obecné rizikové a protektivní faktory rozvoje posttraumatické stresové poruchy po šokující události jsou (v obecné populaci):

pre-traumatické faktory

- předchozí traumatizace,
- předchozí psychopatologický stav,
- neurotické stavy;

peri-traumatické faktory

- závažnost traumatu;

post-traumatické faktory

- sociální podpora,
- další zdroje stresu.

Jednoduše řečeno, rizika destabilizace psychiky mohou být vyšší právě u profesionálů (policistů, hasičů, záchranářů – složek Integrovaného záchranného systému), kteří při výkonu své práce opakovaně přicházejí do kontaktu s otřesnými zážitky. Kromě výše zmíněných obecných faktorů by zvláštní pozornost s ohledem na uniformované zaměstnance měla být věnována následujícím faktorům:

- uznání;
- možnost „vyprávět svůj příběh“;
- diskuse související s následnou péčí a s podporou; a
- informace o činnosti dalších zainteresovaných stran.

Pracovníci složek Integrovaného záchranného systému by měli být co možná nejlépe chráněni - mimo jiné prostřednictvím poskytování informací a přípravy - před možnými (negativními) reakcemi z okolního prostředí, před vykonstruovaným obviňováním či agresivitou.

To je hlavní důvod a vysvětlení, proč se právě u složek Integrovaného záchranného systému diskutují koncepční otázky spojené s péčí o tyto pracovníky. Do personálních systémů jsou včleňovány prvky organizované psychologicky komponované péče o exponované pracovníky. Tyto prvky jsou vnímány i jako preventivní opatření, která by měla chránit potenciálně ohrožené pracovníky před rozvinutím či před chronickými potížemi.

2 VÝCHOZÍ POSTULÁTY

Důležité je zmínit skutečnost, že literatura věnovaná této problematice je dominantně zaměřena na vojenský personál (53 %). Ihned po tomto vojenském personálu je další nejvíce studovanou složkou policie (13 %), za ní následují záchranáři (11 %), zdravotnická záchranná služba/posádky sanitních vozů (10 %) a hasiči (6 %)².

Psychosociální péče o tyto uniformované pracovníky³ musí být zajišťována v souladu s nejnovějšími, prokazatelně účinnými a použitelnými postupy. Realizace, provádění a sledování psychosociálních intervencí je však ve skutečnosti často závislé na správném porozumění ze strany uniformovaných organizací, jednotlivých poskytovatelů služeb a někdy také ze strany obchodních společností. To znamená, že tyto intervence jsou nabízeny různými způsoby a že těmto uniformovaným pracovníkům není vždy nabídnuta ta nejlepší a optimální péče. Někdy jsou realizovány takové zásahy, které nebyly nikdy vědecky prozkoumány, nebo v tom horším případě jsou realizovány dokonce i takové zásahy, u kterých výzkum prokázal jejich nedostatečnost a nesprávnou efektivitu.

Psychosociální podpora pro uniformované pracovníky však závisí především na dobře zvolených pracovních postupech. To znamená, že se v rámci jednotlivých uniformovaných složek věnuje potřebná pozornost takovým faktorům, které podporují psychickou odolnost.

Faktory, které hrají svou roli ve vývoji psychosociálních problémů, zahrnují mimo jiné např. následující situace: míra vystavení vůči potencionálně traumatizující události, spokojenost s prací a pracovní nasazení, specifické problémy v konkrétní práci (nedostatečná bezpečnost, nejistota), fyzické zranění a (společenské) uznání nebo kritika u příslušných pracovních akcí. Podstatnou roli zde hrají také média. Navíc agrese kolemjdoucích se vůči uniformovaným zaměstnancům zvyšuje a v současné době je této problematice věnováno hodně pozornosti v médiích.

Mrazek a Haggerty (1994) rozlišují tři fáze psychosociální podpory po šokující události (příprava, kolegiální podpora a monitorování, doporučení k odborné péči), které tvoří tři hlavní oblasti pomoci.

1/ Příprava: výběr a povinnosti zaměstnavatele

Výběr zaměstnanců jako způsob prevence proti psychosociálním traumatům

Pokud bereme přípravu jako náš výchozí bod, potom tedy konference, literatura a rady odborníků pomohly upozornit na problémy, které jsou obzvláště zajímavé v mezinárodním kontextu. Jedním z těchto problémů je proces výběru zaměstnanců.

² Nils Burger, Hans te Brake, Magda Rooze (2012). Preamble Psychosociální podpora pro pracovníky uniformovaných složek. Amsterdam: Impact, s.6

³ Uniformovaní pracovníci jsou definováni takto: uniformovaní pracovníci, jejichž úkolem je poskytovat pomoc po mimořádných událostech a katastrofách, tato pomoc je založena na organizovaném profesionálním kontextu.

Odborníci soudí, že je možné do jisté míry snížit psychosociální rizika potenciálně šokujících událostí tím, že budou zaměstnávání uniformovaní pracovníci s poměrně vysokým stupněm odolnosti, tedy pracovníci, kteří dobře zvládají stresové situace. Pravidelně jsou zmiňovány také ty osoby, které pracují v profesích, ve kterých dochází k hromadění potenciálně šokujících událostí, tyto osoby jsou k traumatizaci vnímavější. Bohužel neexistují žádné dostatečně přesné nástroje pro doporučení vyšetření „psychologické zranitelnosti“.

Z poznatků uváděných v literatuře vyplývá, že je skutečně velmi obtížné přesně předpovědět, u koho se po potenciálně šokující události rozvine psychosociální trauma a u koho nikoliv. Určité možnosti mohou spočívat v prevenci před psychosociálními traumaty prostřednictvím informačních školení a předběžného nácviku reakcí na tyto stresové situace.

Další stránkou této problematiky je kompetence zaměstnavatele, a to jak při přípravě uniformovaných pracovníků pro zvládání potenciálně traumatických událostí, tak při podpoře těchto pracovníků v době, kdy k této traumatické události již došlo. Existuje všeobecná shoda, a hovoří o tom i Preambule (2012), že zaměstnavatelé jsou povinni na tyto potenciálně šokující události své zaměstnance řádně připravit. Zaměstnavatelé mohou například poskytovat různé psychologické informace⁴, přijímat opatření pro stav zvýšené bdělosti (posuzovat normálnost reakcí, důvody k obavám) a podporovat adekvátní přístup při hledání pomoci.

Kromě právního a morálního aspektu je vhodné uvést, že pokud je kladen důraz na prevenci a psychosociální podporu, může zaměstnavatel dosáhnout také lepší efektivity z hlediska svých nákladů. Výzkum nákladů u zaměstnanců, kteří již nemohou dále vykonávat svou práci z důvodu traumatické události, je velmi limitovaný⁵. Podle toho, jaké výsledky výzkumu jsou k dispozici a jaké jsou předpovědi odborníků, může být otázka nákladů velmi významná, a to od výdajů na zdravotní péči až k výdajům za nižší pracovní produktivitu a k výdajům za delší čas, který musejí manažeři investovat do jednání o nejrůznějších problémech souvisejících s poklesem výkonnosti těchto zaměstnanců. Nemluvě o nákladech na osoby, které zažily traumatické události (finanční náklady, ale také cena z hlediska kvality života). Mnozí odborníci se domnívají, že zaměstnavatelé neberou toto finanční riziko psychických traumat dostatečně vážně, a to navzdory tomu, že k tomuto tématu bylo přijato dostatečné množství účinných iniciativ⁶. Kombinace právní a morální odpovědnosti a ekonomické argumenty zatím nestačí k patřičné ochraně zaměstnanců.

⁴ Psychologické informace zaměřeny na zvyšování praktické samostatnosti uniformovaných pracovníků prostřednictvím využití příslušných zkušeností.

⁵ Jednou výraznou výjimkou je Haagsma et al., 2011.

⁶ EUTOPIA-IP konference v Amsterdamu, 2010.

2/ Organizovaná kolegiální podpora (Peer-support)

Společná podpora je zásadním faktorem pro posílení odolnosti uniformovaných pracovníků⁷. Takový případ „organizované podpory“ může být základem pro podporu kolegům, kteří zažili traumatickou událost.

Stávající literatura jako velmi cenný zdroj upozorňuje na několik zajímavých výhod-silných stránek kolegiální podpory (ve srovnání s odbornou péčí). Uniformovaní pracovníci mají tendenci vytvářet uzavřené skupiny, v nichž může hledání odborné psychologické pomoci znamenat slabost, zbabělost a neschopnost efektivně vykonávat svou práci. Odborníci na duševní zdraví jsou na druhé straně nazíráni jako určitý prvek vně skupiny, který nechápe kulturu uniformovaných složek⁸. Kolegiální podpora v rámci uniformovaných složek nabízí v tomto komplikovaném systému snadno dostupnou pomoc, bez níž by někteří uniformovaní pracovníci sotva mohli vyřešit některé symptomy, které se pro ně staly příliš složitými. Ba co víc, kolegiální podpora přitom mohla mít na tyto rozvíjející se traumatické příznaky preventivní účinek. Pánové Levenson a Dwyer (2003) uvádějí: „Kolegiální podpora v krizi usnadňuje proces psychologického uzavření a smutku a umožňuje pracovníkům záchranné služby lépe se vyrovnávat se stresovými situacemi, což je základem pro to, aby mohli i nadále po této negativní zkušenosti efektivně a s uspokojením vykonávat svou práci.“

Aktuální rozvrstvení organizované kolegiální podpory se skládá z prvního pohovoru a následných navazujících pohovorů, které jsou prováděny, pokud jsou považovány za nutné. Správné načasování prvního pohovoru s poskytovatelem kolegiální pomoci je velmi důležitým faktorem. Pokud k tomuto pohovoru dojde příliš brzy po incidentu, může to být pro přirozený proces obnovy (zvládnání) nežádoucí (viz předchozí komentáře k psychologickým pohovorům). Je také důležité, aby uniformovaný pracovník nebyl v systému kolegiální podpory „udržován“ příliš dlouho. Pokud je zapotřebí odborné pomoci (péče o duševní zdraví), měla by být tato pomoc poskytnuta co nejdříve. Doporučuje se provést maximálně tři psychologické pohovory. Pokud i nadále problémy přetrvávají, uniformovaný pracovník by měl být vyzván k tomu, aby využil odbornou pomoc.

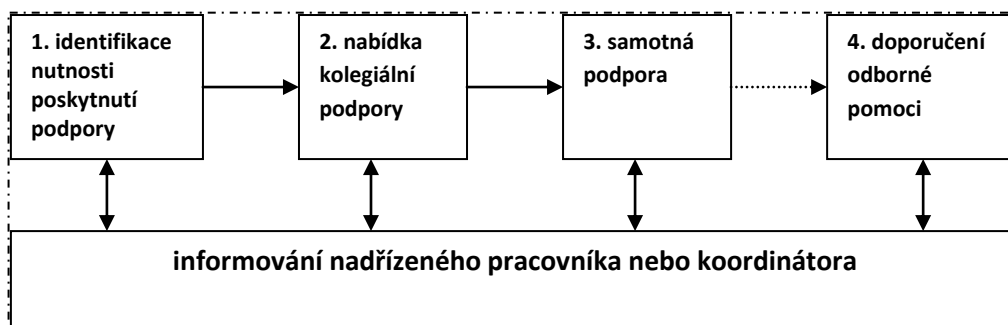
Pohovory s poskytovateli kolegiální pomoci by měly být vedeny zhruba v následujících intervalech: první pohovor několik dní po incidentu, druhý (v případě potřeby) po čtyřech až šesti týdnech a třetí (v případě potřeby) po třech měsících. Přestože jsou všechny výše uvedené postupy pro organizování podpůrných kolegiálních systémů v rámci jednotlivých skupin uniformovaných složek velmi důležité, nic to nemění na klíčovém bodu, který říká, že musí být vytvořena taková pracovní kultura, ve které je přijímáno sdílení emocí jednotlivců a ve které bude (kdykoli) existovat prostor pro vyslyšení příběhu jednotlivce.

⁷ CREST, 2003; Impact/Trimbos, 2007; Forbes et al., 2007.

⁸ Ryan and MacLochlainn, 1995; Levenson and Dwyer, 2003.

Provádění organizované kolegiální podpory může být rozděleno na tyto čtyři kroky:

1. identifikace nutnosti použití kolegiální podpory (prokázání skutečnosti, že došlo k vystavení příslušné osoby vlivu traumatizující události);
2. přivolání (nabídka) služby kolegiální pomoci;
3. podpora kolegy v souladu s výše uvedenými aspekty;
4. v případě nutnosti, kontaktování (zprostředkování) odborníka na duševní zdraví pro tohoto uniformovaného pracovníka.



Obrázok 1 (Zdroj: převzato, upraveno Nils Burger, Hans te Brake, Magda Rooze (2012). *Preamble Psychosociální podpora pro pracovníky uniformovaných složek*. Amsterdam: Impact)

Sledování uniformovaných pracovníků, kteří byli vystaveni traumatizující události, je důležité v zájmu včasného odhalování psychosociálních problémů.

3/ Nasazení odborné péče (Indikace potřeby odborné pomoci)

Pokud bereme v úvahu myšlenku psychologického třídění po traumatizujících událostech, můžeme rozlišovat celkem tři skupiny postižených osob:

- 1) osoby, které si nestěžují;
- 2) osoby, které by si na potíže mohly stěžovat; a
- 3) osoby, které vykazují signály, jež naznačují přerušení procesu zotavení (tedy osoby, které proto potřebují být ihned identifikovány a doporučeny pro odpovídající odbornou péči).

V rámci kolegiální podpory je třeba pěstovat povědomí o tom, že první skupina (dotčené osoby bez potíží) je největší a že hlavní úsilí systému kolegiální pomoci se zaměřuje na druhou a třetí skupinu.

Následující signály přerušení procesu zotavení/zvládnání by měly být během pohovoru v rámci systému kolegiální pomoci slovně projednávány a přezkoumávány:

- rušivé vzpomínky nebo sny o traumatizující události;
- rozrušení na základě opakovaných vzpomínek na traumatizující událost;
- fyzické reakce na stresovou situaci;
- netečnost, absence;
- problémy se spánkem;
- zvýšená podrážděnost nebo agresivita jako regulační prostředek pro zvládnání problémů (prchlivost);

- pocity nejistoty nebo úzkosti, přehnaná citlivost;
- výkyvy nálad, pochmurné nálady;
- potíže se soustředěním;
- zvýšené užívání alkoholu nebo drog;
- zhoršení provozuschopnosti (v práci i doma);
- pocit viny a stud.

Pokud uniformovaný pracovník, který prožil traumatizující událost, vykazuje během jednoho z pohovorů s peerem znepokojující množství výše uvedených signálů, měla by mu být poskytnuta rada, aby vyhledal odbornou pomoc. Pokud tyto příznaky přetrvávají i po čtyřech až šesti týdnech po prožití traumatizující události, je velice vhodné podrobit se odborné péči v oblasti léčby traumatických stavů. Uniformovaný pracovník by měl vyhledat odbornou pomoc také v případě jakýchkoli pochybností. Není doporučováno, aby mezi poskytovatelem kolegiální pomoci a uniformovaným zaměstnancem vznikl jakýsi „terapeutický vztah“.

3 SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE

V České republice se této problematice v rámci východoevropských zemí jako první s velkým zaujetím věnovaly PhDr. Blanka Čepická a PhDr. Marie Sotolářová. Bylo to v roce 1998. Ale například u hasičů v Los Angeles byl již v roce 1986 zaveden systém CISM. CISM - Critical Incident Stress Management doslovně znamená řízení a zvládání stresu mimořádných událostí. V podstatě se jedná o péči pro pracovníky náročných profesí. Profesionálové pracující v týmech CISM procházejí speciálním tréninkem, je jim poskytován průběžný výcvik a pořádají se pravidelná setkání členů týmů. U vzniku tohoto modelu zacházení se stresem v kritických situacích stojí americký autor Jeffrey T. Mitchell.

Program CISM slouží ke snížení obvykle negativních pocitů a myšlenek, jež vznikají jako následek kritických událostí, ke kterým dochází v pracovním prostředí. Cílem CISM je podpořit zasažené osoby a ulehčit jim rychlejší návrat do původního „funkčního“ stavu. To představuje výhodu jak pro jedince, tak i pro organizaci. Veškeré aktivity CISM týmů směřují ke zmírnění negativních reakcí. Nabízejí možnost traumatické zážitky ventilovat a postupně normalizovat. Vše je založeno na vysokém stupni důvěry. K tomu využívají mezinárodně osvědčené metodiky individuálních i skupinových intervencí s cílem vrátit jedince k pracovním výkonům, které podával před událostí.

Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)

Systém psychosociální intervenční služby - SPIS ve zdravotnictví v České republice pomáhá získat zpět duševní rovnováhu po zvládnutí náročné situace, normalizovat případné reakce, poskytnout psychickou podporu a tím umožnit událost zpracovat a uzavřít.

Časový harmonogram vývoje Systému psychosociální intervenční služby

1. Přípravná fáze - rok 2005 až 2008

- výzkum stresu v ZZS,
- vzdělávací aktivity, příprava a certifikování „peerů“,
- analýzy prostředí, mezinárodní výměna zkušeností,
- spolupráce s psychology.

2. Pilotní studie – rok 2008 až 2009

- Psychologická intervenční služba (PIS) při ZZS HMP,
- design Spis (odborní garanti, krajsí koordinátoři, stakeholdeři, peerové, vzdělávání, financování, udržitelnost, výzkum).

3. Pilotní projekt – rok 2010

- Aplikace designu SPIS pro potřeby zdravotníků.

4. Integrace služeb – rok 2011

- Propojení SPIS s obdobnými systémy rezortu MV,
- integrace do ochrany obyvatelstva,
- zapojení do mezinárodních aktivit.

V červenci 2012 přešel SPIS zpod záštity Ministerstva zdravotnictví ČR pod gesci AZZS, a to v návaznosti na zákon o zdravotnické záchranné službě č. 374/2011 Sb. zejména §16.

Systém začal používat nové logo:



Obrázek 2 Logotyp⁹

Byly přijaty a zveřejněny základní dokumenty závazné pro všechny poskytovatele v rámci SPIS: terminologický slovník, etický kodex, povinnosti a obsahy činnosti garanta systému, odborných garantů, krajských koordinátorů i peerů. Ke konci roku 2012 byla zahájena snaha o získání podpory systému ze strany nemocnic, zejména fakultních. Toto je úkol i pro následující období.

Koordinační středisko medicíny katastrof (MEKA) ve FN Brno

- Koordinační středisko Medicíny katastrof (dále MEKA) bylo zřízeno ve FN Brno k 1. září 2010. Svou činností se zaměřuje zejména na monitoring a evidenci informací o probíhajících MU (mimořádných událostech) a katastrofách a jejich řešení a to jak v ČR, tak i v zahraničí.

⁹ <http://www.spiscr.info/cs/o-novem-logotypu/t1038/>

- Z organizačního hlediska je Koordinační středisko MEKA zodpovědné zejména za tvorbu validních podkladů pro rozhodnutí o možnosti nasazení Národního trauma teamu.
- Koordinační středisko MEKA také zastřešuje poskytování Systému psychosociální intervenční služby (SPIS) v rezortu zdravotnictví. Jedná se zejména o přípravu odborníků pro poskytování SPISu (odborníků na duševní zdraví, peerů, koordinátorů SPISu).

Struktura systému

Systém péče a podpory ve zdravotnictví je zaměřený prvotně na záchranáře a oddělení urgentní péče v nemocnicích. Ze systému péče nejsou vyloučeny jakékoli jiné zdravotnické obory, kde dojde k profesně náročné situaci, která může následně negativně ovlivnit psychiku zdravotníků a poté i kvalitu péče o pacienty. Jedním z cílů je i propojování vzájemné spolupráce mezi resorty Integrovaného záchranného systému (IZS) na tomto poli. Subjekty vstupující do systému:

- **Garant systému**

Garant systému je osoba zodpovídající za funkčnost SPIS a činnost jednotlivých subjektů zapojených v systému. Propojuje SPIS s vnějšími strukturami a garantuje činnost SPISu jako celku. Na zajišťování chodu systému spolupracuje především s odbornými guaranty a krajskými koordinátory. Směrem k dalším organizacím pak především s Asociací zdravotnických záchranných služeb (AZZS), která SPIS zajišťuje. Dále s Odbornou společností urgentní medicíny a medicíny katastrof JEP (OSUMMK), Asociací fakultních nemocnic (AFN), Asociací českých a moravských nemocnic (AČMN) a v případě potřeby také s dalšími subjekty, jež mohou vstupovat do činnosti SPIS.

- **Krajský koordinátor (KK)**

je určená, způsobilá a kvalifikovaná osoba pro realizaci psychosociální intervenční služby. Koordinuje a řídí proces jeho přípravy a vlastního provedení na území daného kraje. Řeší vazby „poskytovatelů“ a „žadatelů“ o tuto službu. Zajišťuje spojení a zodpovídá za vyřešení požadavku na poskytnutí této služby.

- **Odborník na duševní zdraví (ODZ)**

V rámci tohoto systému jde o klinického psychologa (s odbornou způsobilostí pro resort zdravotnictví) nebo psychiatra, s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem či výcvikem v krizové intervenci a také výcvikem v dohodnutých specifických metodách krizové intervence.

- **Odborný garant (OG)**

Po odborné stránce garantuje pravidla při provádění této služby, výcvik a dodržování standardů péče. V rámci systému ČR jde o odborníky na duševní zdraví.

- **Peer (kolegiální podpora, peer-support)**

Osoba vyškolená pro první psychickou pomoc kolegům v resortu zdravotnictví. Nejčastěji jde o zdravotníka, který je členem týmu SPIS. Peerem může být také lékař, krizový manager, aj., který není ODZ. Jeho úkolem je především:

- poskytování praktické pomoci;
- stimulace procesu obnovy zdraví (zotavení);

- včasná identifikace možných (psychosociálních) problémů a včasná organizace odborné pomoci;
- monitorování léčebného/úzdavného procesu.

Peer tudíž musí disponovat základními znalostmi psychologického traumatu, traumatizujících událostí a jejich a potencionálních důsledků. Pozornost musí být věnována také schopnosti rozpoznat problémy vyskytující se během obnovy po incidentu.

Kompetence, které jsou relevantní pro poskytovatele kolegiální pomoci, jsou zejména komunikační dovednosti, umění naslouchat, empatie, robustní, asertivní osobnost, nezávislost, spolehlivost, důvěryhodnost.

Peer splňuje potřebné vzdělání absolvováním certifikovaného výcviku v rámci NCO NZO Brno, kurzu CISM vedeného mezinárodně certifikovaným lektorem pro oblast CISM či na základě již absolvovaného peer výcviku v rámci Hasičské záchranné služby (HZS).

- **Poskytovatel**

Odborně způsobilá a vyškolená osoba v péči a podpoře zdravotnických pracovníků pro oblast strategie zvládnutí psychicky náročných profesních situací; mezi poskytovatele se řadí peeri a odborníci na duševní zdraví.

- **Žadatel**

Subjekt požadující uskutečnění některé z forem SPIS. Žadatelem může být každá osoba ve stavu dlouhodobě negativního, či okamžitého kritického vlivu profesních situací na svoji činnost. Žadatelem může být rovněž zdravotnická organizace nebo jí pověřený zástupce. Předmětem žádosti má být v obou případech především poskytnutí výše uvedené péče pracovníkovi či skupině zaměstnanců v rámci resortu zdravotnictví.

U Policie ČR i HZS ČR došlo rovněž obdobným vývojem k zavedení krizové intervence přímo do pracovního prostředí. Vývoj prošel obdobnými fázemi. Tím se policie i hasičský záchranný sbor stávají zaměstnaneckou organizací, kde do regulérních personálních aktivit pronikají prvky krizové intervence. Na tuto specifickou okolnost reagují právě zahraniční projekty založené na myšlence „peer-support“. Dále se uvažuje o situacích, kdy míra psychického zatížení jedince je taková, že na zaměstnavatele přechází povinnost poskytnout svému zaměstnanci podporu v podobě pomocné ruky při obnově jeho psychické stability. Seznam či inventář takových situací je otevřenou záležitostí.

V současné době systém psychologické péče u Policie ČR (i HZS ČR) tvoří tři pilíře, které je možné využít buď samostatně anebo dle potřeby i v návaznosti:

- Anonymní telefonní linka pomoci v krizi;
- Systém posttraumatické intervenční péče (PIP);
- Služby policejních psychologů¹⁰

Psychologická péče v Policii ČR je poskytována bezplatně. Nejvyšší normou, která stanovuje nárok policistů na psychologickou péči, je zákon č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů; v případě občanských

¹⁰ VYMĚTAL, Š. a kol. Možnosti psychologické podpory v Policii ČR. Praha, MV ČR, 2010. s.6

zaměstnanců i policistů je psychologická péče o zaměstnance jednou z dominant řízení lidských zdrojů a důležitým hodnotícím kritériem managementu jakosti, jímž je činnost Policie ČR hodnocena v rámci Evropské unie¹¹.

3 ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOSTI ZÁCHRANNÝCH TÝMŮ

Kanada – British Columbia Ambulance Service

- využívá se kolegiální podpora (peerové) a možnost supervize, v případě potřeby je kontaktována agentura a vyžádána podpora psychologa,
- služby zajišťovány a placeny organizací,
- zkušenosti s touto formou pomoci existují („funguje to“), snaha nezatěžovat partnery („když jsem ..,atd.“), za kritickou událost je považováno např. ošetřování dětí.

Holandsko – Ambulancezorg Liburk-Noord, Ambulance Amsterdam

- systém je zaveden v celém Holandsku pro výjezdové složky, nikoliv pro dispečink – k dispozici jsou peerové a psychologové,
- splňuje-li událost tzv. „red mark“, jsou pracovníci ihned vystřídáni ve službě,
- systém v Amsterdamu: po nadlimitní zátěži musí posádka projít programem se třemi rozhovory: 1. ihned po situaci, 2. týden po, 3. 6 – 8 týdnů po situaci,
- pokud nedojde k eliminaci stresu, musí zaměstnanec k psychologovi,
- na každé záchranné službě je k dispozici vycvičený kolega,
- možnost intervence kdykoliv během služby, nárok na zástup,
- na těžké zásahy automaticky posílán intervent,
- skupinová sezení společně s hasiči a policií,
- při „těžkém“ výjezdu podle kritérií operačního střediska nutná intervence,
- ostatní části Holandska mají své vlastní programy nebo mají kontakty na organizace mimo firmu.

Německo – Weinmann Medical technology

- existuje několik systémů – 1. duchovní (prostřednictvím církve), 2. intervenční týmy, 3. peer systém – kolegiální pomoc,
- s podobnou péčí se začalo zhruba před 10 lety,
- uvědomují si potřebnost podobné péče.

Maďarsko - Hungarian National Ambulance Service Budaors, National Ambulance Service Hungary, Pest Couny Search and Rescue Service

- systém je zaveden v celém Maďarsku, název „BURNOUT GROUP“, cca 1 rok, dostupný kdykoliv – psychiatři, psychologové a paramedici,
- k dispozici telefonická help-linka, lze vyžádat konzultaci psychologa a dvou pomocníků,
- zásahy jsou probírány s kolegy.

¹¹ MATOUŠKOVÁ, I. Possibilities of Psychological Support of Security Forces. In: 7 th Scientific International Conference, Crisis management, Environmental Protection of Population, Brno: 2012.

Záchranné služby z Polska

- **Wojewodzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowiciach, Panstwowa Wyzsza Sokola Tawodowa w Nysie**
 - systém zaveden není,
 - potřeba této formy pomoci, jako kritické události pociťují nehodu sanitního vozu se zraněním a ošetřováním kolegy, fyzickou agresí ze strany pacientů,
 - podobnou službu by byla uvítána, k dispozici 1 psycholog na kraj,
 - proběhl výzkum stresu polských paramediků, stres je daleko vyšší, než se předpokládalo.
- **Olmedica Company**
 - za stresující je považováno ošetření dítěte nebo situace malého dítěte u opilých rodičů a nemožnost zásahu,
 - možnost podpory „teoreticky“ existuje, k dispozici kontakt na psychologa,
 - návštěva psychiatra je v kolektivu vnímána velmi negativně (jako selhání).
- **Wojewodzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Olsztynie**
 - systém zaveden není,
 - „Kdybych ukázal, že existuje problém, vyhodili by mě z práce“, taková péče by nebyla špatná“,
 - pracují i 350 hodin měsíčně.
- **SP ZOZ Rejonowe Pogotowie Ratunkowe Sosnowiec**
 - jediná šance na podobný druh intervence je kontaktovat psychologa hasičů,
 - proběhla skupinová intervence po úmrtí kolegy při nehodě sanitky.
- **Krakow Ambulance Service**
 - národní systém neexistuje, vědí o CISM,
 - používán „debriefing“ – mezi kolegy – bez jakékoliv struktury,
 - o systém stojí, považován za užitečný, chtěli by spolupracovat.

Bosna a Hercegovina – Sluzba Hitne Medicinske Pomoci

- systém zaveden není, bagatelizován nadřízenými,
- byl by uvítán, stresující jsou hlavně případy s dětmi.

Japonsko - EMS Senri

- systém podpory zaveden není, kulturní odlišnosti – není zvykem sdílet emoce, po nějaké kritické události obvykle mají 2 fáze – smutek, depresi, mají potřebu mluvit s kolegy, rodinou nebo přáteli,
- stresující jsou zásahy u dětí,
- existence týmu pro podporu např. po zahraničních misích nebo po katastrofách (zemětřesení).

Litva – Kaunas Ambulance Station

- „stres je první resuscitace“,
- systém podpory zaveden není,
- je možná pomoc klinického psychologa, na základě vlastní potřeby, organizace nehradí.

Estonsko – North Estonia Medical Centre Foundation

- systém podpory zaveden není,
- pomoc dle možností, oceňována podobná péče; CISM je znám,
- záchranáři odpracovávají nadprůměrné hodiny (cca 300 hodin měsíčně, rekord 520 hodin).

Rakousko – Emergency Medical Service Vienna

- záleží na spolkové zemi, ve Vídni péči fungují dobře, jsou dostupní,
- služba je dostupná všem, podpora je vítána.

Kréta – EMS Crete 2, EMS Crete 1

- národní systém není zaveden,
- individuálně vyhledávaná pomoc psychologa,
- odbory platí individuální i skupinovou intervenci.

Kypr – EMS Cypru Ammohostos, EMS Cypru Nicosia

- neexistuje žádný systém, personál na JIP může kontaktovat nemocničního psychologa, to neplatí pro personál emergency,
- managementu nepokládá systém podpory za potřebný,
- 1 x ročně se koná konference o „psychologických problémech“.

Rumunsko – SMURD – CLUJ

- systém péče není vybudován, v nemocnicích je k dispozici psychiatr nebo psycholog,
- uvědomění si potřebnosti systému intervence.

Slovinsko – Zdravstveni dom Krško, PACIENT d.o.o. Ljubljana

- systém „papírově“ existuje, reálně nefunguje,
- není žádná možnost intervence,
- v Lublani je k dispozici bývalý záchranář (po úraze) jako supervizor s přirozenou důvěrou.

Austrálie – Team Australia

- existuje systém peerů, CISM i skupinová péče,
- na univerzitách probíhá výuka – „zacházení se stresem“,
- kdykoliv je možná anonymní pomoc,
- práce záchranáře je vážená, s dostatkem péče¹².

¹² Jana Šeblová, Tomáš Hes. Průzkum přítomnosti systému psychosociální podpory u mezinárodních posádek na RALLYE REJVÍZ 2013 (upraveno), [online]. Dostupné z <http://www.spis-cr.info/cs/spis-a-rallye-rejviz-2013/t1061/>. [vid. 15.03.2014].

4 ZÁVĚR

Dostupná odborná literatura zaměřuje především na posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Je nutné upozornit, že i když k těmto PTSD poruchám může docházet po katastrofách, teroristických akcích a dalších šokujících událostech, existují také různé jiné psychologické důsledky, o kterých se tato literatura příliš nezmiňuje. Patří sem například depresivní poruchy, úzkostné poruchy, lékařsky nevysvětlitelné fyzické symptomy (MUPS) a zneužívání návykových látek.

Pokud chceme formulovat konkrétní doporučení, jsou často kromě vědeckých důkazů relevantní i jiné aspekty, například: stávající praxe, náklady, kulturní preference, dostupnosti zdrojů a organizační aspekty.

Pro všechny možnosti psychologické podpory u složek Integrovaného záchranného systému jsou důležité základní etické zásady. Řadíme sem zejména princip diskrétnosti, který je podobný jako lékařské tajemství. Všichni poskytovatelé výše uvedené péče jsou vázáni mlčenlivostí o skutečnostech, které se dozvěděli v souvislosti s uskutečněnou intervencí a které se vztahují k uživateli. Tímto však nejsou dotčena ustanovení trestního řádu a povinnost vypovídat před orgány činnými v trestním řízení.

V Evropě se psychosociální podporou určenou pro uniformované pracovníky delší dobu zabývá společnost Impact, holandské Informační a poradní centrum pro psychosociální péči po traumatických událostech. Dále např. Úřad pro kontrolu kvality při Holandské společnosti pro pracovní lékařství a ústav Trimbos Institute, kteří poskytují metodologickou podporu.

Rada Evropské unie, Pracovní skupina civilní obrany ve svých závěrech několikrát uznala, že pracovníci záchranných služeb a další kategorie zaměstnanců přítomných na místě mimořádné události mohou rovněž v důsledku práce v mezních situacích trpět negativními psychosociálními příznaky a že je proto důležité pro ně vytvořit programy (v oblastech prevence, odborné přípravy, rehabilitace) s cílem zvýšit jejich odolnost a posílit jejich schopnost zotavení.

V rámci EU byly řešeny dva projekty se zaměřením na psychosociální pomoc v případě katastrof se zaměřením na uniformované složky, a to EUTOPA a EUTOPA IP. Partnerem projektu EUTOPA IP za Českou republiku byla Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, katedra psychologie ve spolupráci s psychologickým pracovištěm MV ČR, zajistila implementaci původních materiálů do prostředí uniformovaných složek v ČR. Výsledkem jsou tři materiály, Manuál I se zabývá psychologickým screeningem. Manuál II obsahuje moduly intervencí TGIP. Manuál III je psychoedukativní příručkou.

LITERATURA

- [1] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Association.
- [2] CREST (2003). The Management of post-traumatic stress disorders in adults. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). <http://www.crestni.org.uk>.
- [3] FLANNERY, J. & EVERLY, J. (2000). Crisis intervention: A review. *Int J Emerg Ment Health*, 2, 119-125.
- [4] HAAGSMA, J, SMITS I, FOLMER, T, BURGER, N, HAGELSTEIN, R. (2011). De prijs die je betaalt Politie: de kosten achter een hoog risicobe-roep. Utrecht: Andersson Elffers Felix.
- [5] IMPACT. (2008). Feiten en fictie: inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten. Psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland. Amsterdam: Impact. (Impact - Holandské centrum pro získávání vědomostí a pro poradenskou činnost v rámci následné psychosociální péče po katastrofických událostech)
- [6] IMPACT. (2010). Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerde. Amsterdam: Impact.
- [7] KATZ, C. L., SMITH, R., SILVERTON, M., HOLMES, A., BRAVO, C., JONES, K. et al. (2006). A mental health program for ground zero rescue and recovery workers: cases and observations. *Psychiat Serv*, 57, 1335-1338.
- [8] LEVENSON RL, JR., DWYER LA: Peer support in law enforcement: past, present, and future. *Int J Emerg Ment Health* 2003, 5: 147-152.
- [9] MATOUŠKOVÁ, I. (2012). Possibilities of Psychological Support of Security Forces. In: 7 th Scientific International Conference, Crisis management, Environmental Protection of Population, Brno. ISBN 978-80-86710-61-7, dostupné z <http://rschwarz.uvadi.cz/CM7/CM7-desky.pdf>.
- [10] MRAZEK, P. J. & HAGGERTY, R. J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.
- [11] BURGER, N., TE BRAKE, H., ROOZE, M. (2012). Preambule Psychosociální podpora pro pracovníky uniformovaných složek. Amsterdam: Impact. Česká obsahová korektura: PhDr. Štěpán Vymětal, OBP MV ČR.
- [12] PENALBA, V., MCGUIRE, H., & LEITE, J. R. (2008). Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. *Cochrane Db Syst Rev*, CD005601.
- [13] RAK, R. (2011). Role individuální identifikace vozidel při záchraně zdraví, životů a zabezpečení dalších funkcionalit projektu eCALL. In: Karlovarská právní revue, č. 4, str. 118-124, ISSN 1801-2193.
- [14] RYAN K, MACLOCHLAINN, A. Establishment of a peer support program at St. Vincent's Hospital, Sydney. *Nursing Monograph* 1995, -5p.
- [15] VITZTHUM, K., MACHE, S., JOACHIM, R., QUARCOO, D., & GRONEBERG, D. A. (2009). Psychotrauma and effective treatment of post-

- traumatic stress disorder in soldiers and peacekeepers. *J Occup Med Toxicol*, 4, 21.
- [16] VYMĚTAL, Š. a kol. (2010). Možnosti psychologické podpory v Policii ČR. Praha, MV ČR. ISBN 978-80-7312-065-8.
- [17] Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů.
- [18] Zákon č. 361/2003 Sb. o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, ve znění pozdějších předpisů.
- [19] Logotyp SPISu [online]. Dostupné z: <http://www.spiscr.info/cs/o-novem-logotypu/t1038/> [vid. 14.03.2014].
- [20] EUTOPIA, EUTOPIA IP [online]. Dostupné z: <http://www.eutopia-info.eu/index.php?id=2> [vid. 10.03.2014].

Článek recenzovali dvaja nezávislí recenzenti.