

**Hodnocení vývoje dobrovolnického programu  
v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem**

**v letech 2003 - 2006**

**z pohledu externího garanta**

**MUDr. Ivana Kořínková  
Externí garant a supervizor programu**

Dobrovolnický program v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem má za sebou čtyřleté období vývoje. V jeho průběhu prošel program **dvěma hlavními vývojovými fázemi** :

V rozmezí let 2003 – 2005 byl dobrovolnický program v Masarykově nemocnici realizován z Dobrovolnického centra v Ústí nad Labem, od začátku roku 2006 převzala hlavní koordinační roli programu sama nemocnice a byla zřízena interní dobrovolnická kancelář v nemocnici „Dobro-druh“.

V prvním čtvrtletí roku 2007 byla provedena dotazníková evaluace mezi čtyřmi skupinami respondentů, která měla za cíl vyhodnotit stávající stav a kvalitu programu a posoudit možnosti a směry dalšího rozvoje.

**Tato externí evaluační zpráva je vypracována podle evaluační metodiky popsané v metodickém manuálu Praktický průvodce programem Dobrovolníci v nemocnicích a hodnotí program z těchto úhlů pohledu :**

1. **Kvalitativní hledisko**
2. **Kvantitativní hledisko**
3. **Hledisko finanční náročnosti a materiálních nákladů**
4. **Hledisko strategie dalšího vývoje**

## **Ad 1. KVALITATIVNÍ HLEDISKO**

Kvalita realizovaného dobrovolnického programu byla hodnocena z pohledu na tyto dílčí oblasti :

- 1) **Smysluplnost a přínos programu pro všechny zúčastněné strany**
- 2) **Vhodnost organizační struktury, efektivita řízení dobrovolnického programu a jeho personální zajištění**
- 3) **Kvalita komunikace mezi jednotlivými organizačními složkami programu**
- 4) **Kvalita metodického vedení programu**

### **1) Smysluplnost a přínos programu pro všechny zúčastněné strany**

Na tuto oblast dává nejpřesnější odpověď dotazníková evaluace provedená začátkem roku 2007. K evaluaci byly rozdány **4 typy dotazníků**:

- dotazníky personálu – **19 respondentů**
- dotazníky dobrovolníkům – **22 respondentů**
- dotazníky kontaktním osobám – **4 respondentky**
- dotazník koordinátorce dobrovolníků – **1 respondentka**

Z výstupů dotazníkové evaluace vyplývá:

- Podle **63% personálu a podle všech kontaktních osob je program pro pacienty přínosný, 32% personálu si naopak myslí, že dobrovolníci nejsou přínosem** buď pro malý zájem pacientů nebo naopak pro nedostatek dobrovolníků
- **68% personálu** by dobrovolníky ohodnotilo známkou 1-2, **16% personálu** dává **hodnocení 4**,
- **Tři ze čtyř kontaktních osob hodnotí dobrovolníky známkou 1, jedna kontaktní osoba známkou 3** (důvodem je nevhodné organizační uspořádání a nedostatek dobrovolníků)
- **27% personálu vnímá i pozitivní změny na pracovišti** v souvislosti s přítomností dobrovolníků (větší spokojenost pacientů)
- Podle **73% personálu a tří kontaktních osob** sebou program **nenese žádná rizika**, jedna kontaktní osoba uvádí jako možné riziko nevhodný přístup k pacientovi. Přesto se domnívá, že přínos programu toto riziko vyvažuje. Také **koordinátorka** vidí v činnosti dobrovolníků rizika („tak jako při všech lidských činnostech“), **ale není si jista, zda přínos dobrovolníků tato rizika vyváží.**
- **63% personálu a tři kontaktní osoby** jsou se stávajícími dobrovolnickými činnostmi **spokojeni a nevidí důvody dalšího rozšiřování činnosti**, jen **16% personálu a jedna kontaktní osoba vidí ještě další možnosti a přivítali by i další typy pomoci** (doprovody, pomoc při cvičení, pomoc se sebeobslužnými činnostmi spod)
- **V kontrastu s tím se naopak 69% personálu a všechny kontaktní osoby se domnívají, že dobrovolník může být pomocníkem ošetřujícího personálu** („má víc času zjistit psychický stav pacienta, jeho problémy, může získávat a předávat informace o zdravotním stavu“)
- **79% personálu a všechny kontaktní osoby by program doporučili dalším oddělením**
- **Pro 80% dobrovolníků** se stávající činnost **shoduje s původními představami** a přináší jim uspokojení, **59% dobrovolníků vidí další možnosti rozšiřování programu a dobrovolnických činností v nemocnici.**
- **91% dobrovolníků** registruje **jasný přínos své činnosti pro pacienty** (mají zájem, radost, říkají si o službu), **36% vnímá, že jsou hodnoceni personálem pozitivně, ale 64% dobrovolníků si svou pozici a hodnocením personálu není jista**
- **59% dobrovolníků změnilo během své činnosti pozitivně svůj názor na nemocnici !**

- Podle koordinátorky jsou **dobrovolníci s programem spokojeni, ale nové typy činností v nemocnici aktuálně nejsou možné**. Přesto si koordinátorka myslí, že při větší ochotě personálu by dobrovolník mohl být pomocníkem ošetřujícího týmu a bylo by možné společně najít ještě další vhodné činnosti.
- **V současné fázi programu se koordinátorka domnívá, že personál hodnotí dobrovolníky známkou 4 (dostatečně), hodnocením pacientů si není jistá, protože to nezjišťovala, ale zároveň si nikdo nestěžoval. (!)**
- **Práce s dobrovolníky v nemocnici koordinátorku sice uspokojuje, ale její původní představy se shodují s realitou jen částečně a v názoru na účel a smysl dobrovolnického programu aktuálně „přestává být optimista“.**

Závěr:

Otázka smysluplnosti a přínosu programu přinesla několik podstatných, ale zároveň i rozporuplných informací :

- Základním výstupem, o který je možno se opřít je, že dobrovolnický program v MNUL je **personálem, dobrovolníky a kontaktními osobami převážně vnímán jako přínosný a smysluplný v péči o pacienty, následující rozporné výstupy ukazují na nejasná místa v programu, která nutně potřebují ozřejmit a vyjasnit.**
- **Za podstatnou zpětnou vazbu považují :**
  - a) **skepsi a pochybnosti o smysluplnosti programu, které aktuálně vyjadřuje koordinátorka dobrovolníků**
  - b) **převažující negativní postoj personálu k otázce dalšího rozšiřování programu**
  - c) **dobrovolníci vidí více možností pro své působení v nemocnici než personál**
- Významným výstupem je rozpor vyplývající z převažující spokojenosti personálu se současným typem dobrovolnických činností a tím, že personál vidí větší možnosti dobrovolníků jako pomocníků ošetřovatelského týmu. To ukazuje jednak na to, že **si personál uvědomuje potřebu psychosociální podpory pro pacienty, ale zároveň nerozumí dostatečně dobře pozici a roli dobrovolníka hlavně v tom, že dobrovolník nemůže nahrazovat chybějící psychosociální podporu na profesionální úrovni.**
- Další rozpor existuje **mezi převážně kladným hodnocením dobrovolníků ze strany personálu a tím, že si dobrovolníci nejsou svou pozicí a hodnocením personálu jisti, což znamená, že personál dobrovolníkům své kladné ocenění převážně nesdílje.**

## **2) Vhodnost organizační struktury, efektivita řízení dobrovolnického programu a jeho personální zajištění**

Dobrovolnický program v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem je prototypem programu, který prošel za dobu své existence dvěma charakteristickými a rozhodujícími fázemi :

### **1. fáze v letech 2003 – 2005 :**

Iniciátorem a **hlavním realizátorem programu v tomto období byla nestátní nezisková organizace (Dobrovolnické centrum Ústí nad Labem - DCUL)**, jedno z prvních dobrovolnických center v ČR, které již mělo zkušenosti s realizací jiných dobrovolnických programů ve městě a v okolí. Koordinátorka dobrovolníků pro nemocnici byla v té době zaměstnána v DCUL a program byl připravován sice po dohodě s vedením nemocnice, ale pro nemocnici **víceméně „na klíč“**.

Výhodou takového „externího modelu“ spolupráce dvou organizací (nemocnice jako přijímající organizace a nestátní neziskové organizace – DCUL jako organizace vysílající dobrovolníky) je **možnost získání akreditace Ministerstva vnitra ČR a díky tomu následně i finanční dotaci na základní organizační zajištění péče o dobrovolníky**. První tříletou akreditaci pro dobrovolnický program v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem získalo DCUL na roky 2004 – 2006.

Nevýhody tohoto externího modelu řízení programu se ukazovaly postupně, jednou z hlavních a podstatných byla **oddělenost řízení dobrovolnického programu a jeho projektových cyklů od aktuální situace a problémů, kterými procházela MNUL (personální změny ve vedení nemocnice, změny organizační struktury apod.)**, přičemž realizace dobrovolnického programu byla **složitými podmínkami v nemocnici přímo ovlivňovaná a podmiňovaná**. Tato situace nutně vystavovala hlavně koordinátorku do pozice trvalého tlaku z obou stran a třebaže již v té době byla vyslovena řada zajímavých nápadů na rozšíření a oživení programu, nemohly být v té době realizovány.

### **2. fáze od roku 2006 :**

Koncem roku 2005 prošlo DCUL zásadními personálními a koncepčními změnami, v rámci kterých odešla z DCUL koordinátorka dobrovolníků. Nemocnice se v té době, hlavně zásluhou hlavní sestry, rozhodla dobrovolnický program neukončit, a operativně ho podpořila tím, že hned od počátku roku 2006 byla **v nemocnici zřízena dobrovolnická kancelář „Dobro-druh“**, do které byla jako zaměstnanec přijata koordinátorka dobrovolníků z DCUL na plný úvazek 1,0. MNUL tím převzala od DCUL hlavní koordinační a organizační roli a celý dobrovolnický nemocniční program přešel z čistě externí formy řízení na **„model interní**

s externím partnerem“. Externím partnerem nemocnice zůstalo Dobrovolnické centrum, kterému MVČR obnovilo akreditaci na nemocniční dobrovolnický program na další tři roky (do roku 2008).

Přechodem na interní model řízení programu se sice nastavily nové základní podmínky a předpoklady pro další fázi rozvoje programu, ale změnit tento celý systém řízení za chodu se v průběhu roku 2006 ukázalo náročnější, než se počátku zdálo.

V rámci této významné změny bylo potřeba vyřešit následující :

- **Udržet a stabilizovat chod dobrovolnického programu i ve fázi přechodu** z externího na interní model řízení
- **Nastavit nový typ spolupráce mezi dvěma organizacemi (DCUL a MNUL)**, který bude odpovídat novým podmínkám
- **Sjednotit kompetence a zodpovědnosti za řízení programu** – v první řadě bylo třeba udělat všechny nutné úpravy vyplývající ze závazků, které mělo DCUL jako vysílající akreditovaná organizace vůči MVČR. Základní krokem v tomto směru bylo, že **koordinátorka dobrovolníků jako zaměstnanec MNUL se stala „osobou pověřenou DCUL koordinací programu podle pravidel akreditovaného programu“**.
- **Vytvořit novou koncepci a nastavit nový systém řízení programu**, vycházející z kanceláře Dobrodruh a odpovídající aktuálním potřebám nemocnice.

Za tím účelem byla nastavena i systematictější a pravidelnější spolupráce realizačního týmu s externím garantem.

Složení základního **realizačního týmu** se v průběhu roku 2006 (od založení dobrovolnické kanceláře Dobrodruh přímo v MNUL) ustálilo v této formě:

#### Za Masarykovu nemocnici :

- **interní garant programu** – hlavní sestra nemocnice
- **koordinátorka dobrovolníků** - vedoucí kanceláře Dobrodruh
- **kontaktní osoby** – zástupci personálu na jednotlivých odděleních, nejčastěji vrchní nebo staniční sestry, které mají na starost zprostředkování informací a kontaktů mezi dobrovolníky, pacienty a personálem a komunikaci s koordinátorkou

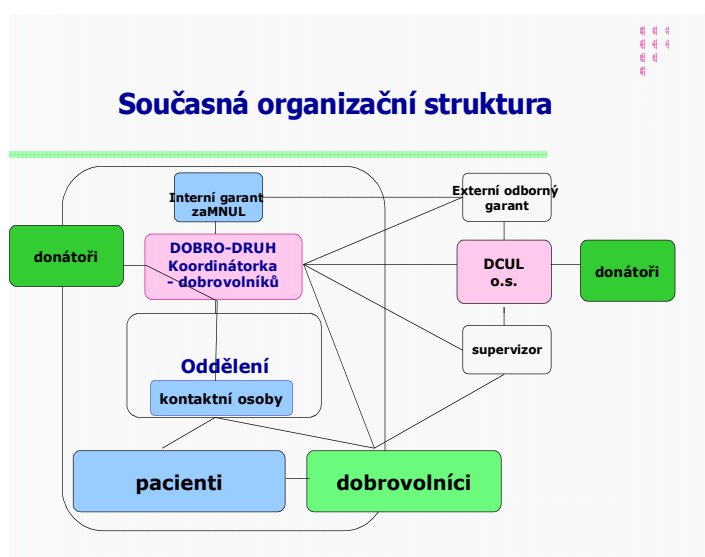
#### Za DCUL, akreditující program u MVČR :

- **ředitelka DCUL**

#### Externí spolupracovníci:

- **supervizor dobrovolníků**
- **odborný garant programu**

Role externího odborného garanta programu spočívá hlavně v metodických konzultacích, možnosti vidět a rozebrat program a jeho problematiku zvenku. Díky své vnější pozici může garant lépe posoudit úroveň jednotlivých složek programu a jeho výslednou efektivitu, v případě dlouhodobé spolupráce s oběma organizacemi může pak program zaštitit a podpořit v rámci jednotlivých dotačních projektů a programů.



Z dotazníkové evaluace provedené začátkem roku 2007 vyplynulo následující :

- Pro **79% personálu, tři ze čtyřech kontaktních osob a pro 82% dobrovolníků** je dosavadní způsob organizace a řízení programu **dostačující a vyhovující**.
- **Kontaktní osoby vnímají svou náplň činností hlavně ve starosti o dobrovolníky** (seznámení s oddělením, úkoly pro dobrovolníky), **jen v menší míře považují za důležitou práci s personálem** (přenos informací atd...).
- **Současnou strukturu organizace a řízení vnímá jako nedostačující a nevyhovující hlavně koordinátorka dobrovolníků**, která ze své pozice cítí **nesoulad mezi svými kompetencemi a pravomocemi a jako omezující vnímá hlavně způsob organizačně provozního nastavení**, ve kterém je závislá na dalších lidech a odděleních, kteří „jsou nemotivovaní a práci brzdí“. Z toho vyplývá i její narůstající únava a pracovní skepse. **Vzhledem k rozsahu práce s lidmi (s dobrovolníky i s personálem) vnímá koordinátorka velikost svého pracovního úvazku jako nedostačující a považuje za nutné koordinační tým rozšířit**.
- **84% personálu a 75% kontaktních osob** se domnívá, že má **dostatek informací** o dobrovolnickém programu, **16% personálu** pociťuje **nedostatek informací** a **tři ze čtyř kontaktních osob** by přivítaly **více informací o konkrétních dobrovolnících**.
- **Koordinátorka se domnívá, že informovanost o programu je nedostatečná**, důvodem je podle ní omezující závislost na organizačně provozním systému nemocnice, který jí nedovoluje uspořádat a některé činnosti a urychlit některé kroky tak, jak považuje za potřebné.
- **50% dobrovolníků hodnotí spolupráci s personálem jako dobrou, 23% jako dostačující a 17% jako občas nedostačující** (cítí nedůvěru ze strany personálu a jeho nedostatečný podíl na rozvoji programu)
- **Jedna kontaktní osoba** hodnotí spolupráci s **koordinátorkou jako dobrou, dvě jako dostačující a jedna jako nedostačující**.
- **77% dobrovolníků** hodnotí spolupráci s **koordinátorkou jako výbornou, 86% dobrovolníků** vyhovuje systém **školení i supervize a 86% dobrovolníků se domnívá, že má dostatek potřebných informací pro svou činnost**.

První tři roky realizace dobrovolnického programu dostatečně ukázaly, zda dobrovolníci jsou pro Masarykovu nemocnici v Ústí nad Labem přínosným, užitečným i zajímavým prvkem v léčebné a ošetrovatelské péči.

Zřízením interního dobrovolnického koordinačního centra v nemocnici si sama nemocnice řekla o šanci upravit dosavadní podobu dobrovolnického programu tak, aby byl efektivnější, bezpečný a mohl přispívat i ke zvýšení kvality péče o pacienty. **Po jednom roce fungování interní dobrovolnické kanceláře Dobro-druh se ukázalo, že nemocnice jako organizace i personál na jednotlivých odděleních vzaly sice kancelář „Dobro-druha“ rychle na vědomí, ale zvládnout vše, co s novou pozicí koordinačního centra dobrovolnického programu v nemocnici souvisí, je organizačně, personálně a časově náročnější než byl původní předpoklad.**

Pro koordinátorku, začínající budovat dobrovolnické centrum v nemocnici, která s řízením dobrovolnického programu nemá doposud zkušenosti (což je většina nemocnic v ČR), to znamená vydat se na „maratonskou dráhu sólového běžce“ s cílem vybudovat postupně zcela nový pracovní tým pro realizaci dobrovolnického programu v nemocničním prostředí. **Interním modelem řízení dobrovolnického programu se MNUL zařadila mezi maximálně deset nemocnic v ČR, které se rozhodly implementovat dobrovolnický program do své organizační struktury. Ve všech těchto nemocnicích je nejnáročnější začlenit dobrovolnický program do organizačně administrativního systému nemocnice tak, aby řízení bylo funkční a zároveň dostatečně flexibilní.** Funkční dobrovolnický program potřebuje mít zachovanou svou přirozenou spontaneitu, kreativitu a interaktivitu, i způsob práce s dobrovolníky vyžaduje větší flexibilitu, než jak je obvykle nastaven systém práce zdravotnického personálu. Proto při procesu hledání a začleňování nových programů a forem bývá nejnáročnější vyrovnání se s nutnými administrativními formalitami.

Celý rok 2006 byl z těchto důvodů náročný hlavně na vytrvalost a trpělivost koordinátorky, což se zcela jistě promítlo i do výsledků dotazníkové evaluace v podobě koordinátorkiných pochybností a skepse.

**Koordinátorka je klíčovou osobou ve všech nemocničních dobrovolnických programech, od její činnosti se do značné míry odvíjí kvalitní a efektivní organizace programu. Hlavní nároky v práci koordinátorky spočívají ve schopnosti práce s lidmi a to nejen s dobrovolníky, ale i se zdravotnickým personálem. Na ní a na kontaktních osobách spočívá zodpovědnost vysvětlit srozumitelným způsobem činnost dobrovolníků řadovému personálu a tím dobrovolníkům připravit půdu pro vstup na „jejich“ oddělení. Je třeba mít i porozumění pro náročnost zdravotnické profese a umět dobře odhadnout aktuální možnosti konkrétního oddělení. Dobrý výkon koordinátorky v této oblasti je výrazně ovlivňován úrovní komunikace a podporou interního garanta (hlavní sestry), který jediný může z pozice člena top managementu účinně ovlivňovat úroveň dalších podmínek, které koordinátorka ke své práci potřebuje.**

V následující tabulce uvádím rozbor a pravděpodobný přehled příčin a vlivů, které nejvíce ovlivnily vývoj a způsob transformace organizačního systému dobrovolnického programu v MNUL:

Oblasti	Pozitiva, dobré zkušenosti, silné stránky	Rozpaky, negativa, problematické a slabé stránky	Důsledky
Metodika a koncepce programu	<p>Komplexní nastavení programu, flexibilní a funkční péče o dobrovolníky ze strany DCUL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Úspěšný počáteční rozjezd dobrovolnického programu pro MNUL – zásluha koncepčně a realizačně schopného DCUL</li> <li>- <u>Systémové nastavení přípravy a nadstavbového vzdělávání dobrovolníků na zvládnutí komunikace, supervizní podpora a systematické osobní vedení dobrovolníků ze strany koordinátorky</u></li> </ul>	<p>Převažující pasivní přístup a podíl MNUL na rozvoji programu v prvních třech letech:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Program realizovaný pro nemocnici „na klíč“ <u>nenutí personál k vlastní aktivitě</u> a k výraznějšímu podílu na podobě a organizaci programu, tím spíše pokud není nic zásadního vyžadováno ze strany partnerské organizace</li> <li>- Nastavení dobrovolnického programu <u>převážně a hlavně na individuální kontakt dobrovolníka s pacientem</u> sice vyplňuje potřebu sociálního kontaktu, ale může zároveň deformovat a částečně i zužovat pohled personálu na možnosti role dobrovolníka ve zdravotnickém zařízení</li> </ul>	<p>Nevyvážená spolupráce mezi organizacemi a a nastavení nerovnoměrného vývoje programu v prvních třech letech</p> <p>Schopnost dobrovolníků dobře zvládat nároky na individuální kontakt s pacienty mohou posilovat tendence a <b>pokoušení personálu suplovat v některých případech dobrovolnickou činností chybějící odbornou psychosociální péči</b></p>
Organizace a řízení programu	<p>Jednotný organizační systém v rámci jedné organizace (DCUL):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Koordinátorka má k dispozici v místě své kanceláře i <u>fungující provozně-organizační zázemí</u>, což je důležité pro kvalitní přenos informací a systém práce v dobrovolnickém programu vůbec</li> <li>- Nestátní neziskové organizace (NNO) jsou v realizaci jednotlivých dílčích aktivit rychlejší a flexibilnější než velký systém nemocnice</li> </ul> <p>Jednotný organozační systém v rámci jedné organizace (MNUL):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Možnost lepšího a intenzivnějšího <u>kontaktu koordinátorky s kontaktními osobami</u>, kontaktní místo pro dobrovolníky je přímo v nemocnici, případné problémy lze řešit rychleji a operativněji</li> </ul>	<p>Dislokace místa realizace programu (MNUL) od řídicího centra v první fázi programu (DCUL)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Role zprostředkovatele informací</u> pro personál v nemocnici je pro zaměstnance jiné organizace (koordinátorka v DCUL) <u>neúměrně neefektivní</u></li> <li>- Závislost koordinátorky na pomalejším provozním systému nemocnice vytváří následnou <u>dysbalanci např. s projektovým plánováním dotací a grantů</u> na straně partnera DCUL</li> </ul> <p>Proces transformace a změna statutu nemocnice:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dobrovolnická kancelář v MNUL je novým prvkem v systému, potřebné <u>funkční vazby nemocnice s koordinátorkou se tvoří déle, trvalá a zřetelná podpora ze strany interního garanta a managementu není vždy k dispozici tak, jak by bylo potřeba</u> (viz dále)</li> </ul>	<p>Jedním z předpokladů fungujícího dobrovolnického programu je rychlá a flexibilní reakce koordinátorky na potřeby dobrovolníků. <b>Prodlužované termíny, nejistota a nejasná komunikace jsou faktory, které podporují fluktuaci a odchod dobrovolníků.</b></p> <p><b>Termínové komplikace a ztížené plánování rozvoje programu a jeho finančních zdrojů (Může být i jedním ze zásadních problémů a brzd rozvoje programu !!)</b></p>



<p><b>Personální kapacita a zajištění programu</b></p>	<p>Vytvoření samostatného pracovního místa a úvazku pro koordinátorku v MNUL</p> <p>- Místo a pozice koordinátorky dobrovolníků přímo v nemocnici je funkční hlavně pro <u>větší stabilitu i efektivitu programu</u> (při dobrém organizačním nastavení je možné příznivě ovlivnit fluktuaci dobrovolníků, integraci dobrovolnického programu do provozu oddělení a výhledově i ekonomické náklady na program)</p> <p>- Program je systémově nastaven i na <u>začlenění dobrovolníků z řad nezaměstnaných a z řad „osob ohrožených sociální exkluzí“</u> (důležitý faktor pro Ústecký region)</p>	<p>Opakované personální změny v top managementu MNUL, nedostatečná personální kapacita pro celkovou koordinaci programu</p> <p>- Pro funkční realizaci programu potřebuje koordinátorka (ať už je vně nebo uvnitř organizace) <u>efektivně spolupracující další osoby:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>interního garanta</b> – hlavní sestra v této roli je důležitá pro <u>prosazení koncepce programu</u>, ale <u>pokud takto nefunguje nebo nemůže fungovat dochází k průběžným „informačním ztrátám a prodávám“</u></li> <li>• <b>kontaktní osoby</b> – jsou <u>zodpovědné za kvalitu informovanosti personálu</u> na oddělení, pokud tento jejich podíl nechávají pouze na koordinátorce dochází opět k „informačním ztrátám“</li> </ul> <p>- V případě dobrovolníků z řad „osob ohrožených sociální exkluzí“ je třeba počítat s <u>větší časovou náročností pro koordinátorku dobrovolníků</u> (nutná větší pozornost na „vstupní filtr“, péči a podporu D.).</p>	<p><b>Nerovnoměrně rozložená personální kapacita a dysbalance v kompetencích a zodpovědnostech za řízení programu přetěžuje neúměrně jeden článek - v MNUL aktuálně koordinátorka</b></p> <p>Takto nastavený program umožňuje sice <b>najít více dobrovolníků, zároveň však klade větší nároky na koordinátorku. Pokud je na tomto postu sama, nutně pak chybí čas a energie tam, kde je její osoba v řízení programu nezastupitelná</b></p>
--	---	---	--

Dobrovolnický program v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem je **prototypem programu, který je pro každou nemocnici zpočátku sice velmi výhodný, ale v dlouhodobém horizontu rozvoje není úplně perspektivní, protože nevyžaduje od personálu tak aktivní spoluúčast na tvorbě programu a vytvoření funkčních řídicích a komunikačních vazeb, které jsou pro dlouhodobě se rozvíjející činnost dobrovolníků v nemocnici nezbytné.** To se týká jak rozvoje kvantitativního, projevujícího se v rostoucím počtu dobrovolníků, tak i kvalitativního, vyjádřeného funkčním, efektivním a bezpečným programem z hlediska pacientů a personálu. Transformace Masarykovy nemocnice z formy příspěvkové organizace na akciovou společnost, který se začal připravovat v průběhu roku 2006, souvisí s organizační formou dobrovolnického programu zásadním způsobem, protože pro obchodní (akciové) společnosti není podle zákona možné uplatnit akreditaci dobrovolnického programu u MVČR a je třeba počítat s tím, že podstatnou část finančních zdrojů z dotačních programů MVČR (viz kapitola Hledisko finanční náročnosti a materiálních nákladů) bude třeba nahradit jinak.

Závěr:

Dobrovolnický program v Masarykově nemocnici se udržel v chodu i přes kritické období prvního roku změny organizačního systému a přesunu koordinace dovnitř nemocnice. Vzhledem k tomu, že i přes problémy je hodnocen personálem jako přínosný, lze říci, že základní organizační struktura je nastavena dobře.

**Zásadním aktuálním problémem je ne zcela funkční a fungující post koordinátorky, která je klíčovou osobou v realizaci programu. Centralizace koordinace do funkce jedné osoby (případně vázaná na jednu konkrétní osobu), je v podmínkách tak velké nemocnice jakou je MNUL dlouhodobě neudržitelná a je nutné tuto situaci řešit co nejdříve a systémově, pokud chce nemocnice program opravdu udržet.**

**Domnívám se, že personální posílení kanceláře Dobro-druh je pro další rozvoj programu nezbytné.** S organizační strukturou úzce souvisí i oblast komunikace a spolupráce jednotlivých složek programu (viz dále), podrobnější doporučení z hlediska změn - viz kapitola Strategie dalšího rozvoje.

### 3) Kvalita komunikace mezi jednotlivými organizačními složkami programu

Kvalita informovanosti personálu i pacientů a vzájemná komunikace je **základním faktorem, který podmiňuje úspěšnost programu.**

Ve fázi, kdy na program spolupracují dvě na sobě nezávislé organizace (MNUL a DCUL), jeho realizaci předává jedna organizace druhé a mění se rozsah zodpovědnosti a kompetencí, je úroveň vzájemné komunikace o to důležitější a závisí na ní výsledný efekt a podoba programu.

Dotazníková evaluace v oblasti kvality komunikace a informovanosti ukázala :

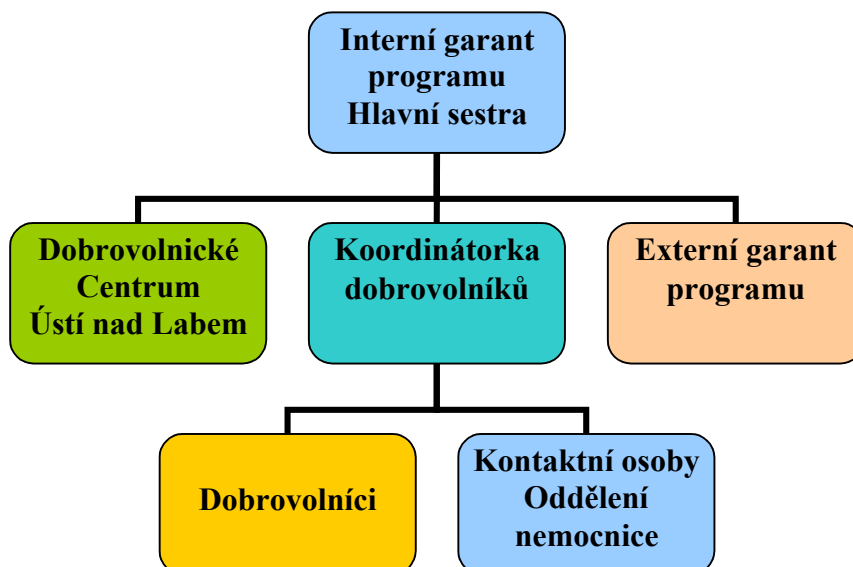
- **Klíčovou centrální osobou**, přes kterou v programu jdou všechny komunikační linie, je **koordinátorka dobrovolníků**, která v programu zajišťuje jak komunikaci s dobrovolníky, tak komunikaci uvnitř nemocnice (s interním garantem a personálem) a s externím partnerem (DCUL).
- **Koordinátorka sama hodnotí informovanost o dobrovolnickém programu v nemocnici jako nedostačující**, důvodem jsou podle ní její omezené pravomoce postupovat v tomto efektivněji.
- **16% personálu** pociťuje **nedostatek informací a tři ze čtyř kontaktních osob** by přivítaly více informací o konkrétních dobrovolnících.
- **Jedna kontaktní osoba** hodnotí spolupráci s koordinátorkou jako dobrou, dvě jako dostačující a jedna jako nedostačující, dvě ze čtyř kontaktních osob by přivítaly 2x ročně pravidelné schůzky kontaktních osob
- **86% dobrovolníků** hodnotí spolupráci s koordinátorkou jako výbornou až dobrou, 9% jako dostačující (přivítali by její větší dostupnost), 5% jako nedostačující, ale v tomto případě je udaným sebekritickým důvodem nespolehlivost dobrovolníka
- **50% dobrovolníků hodnotí spolupráci s personálem jako dobrou, 23% jako dostačující a 17% jako občas nedostačující** (cítí nedůvěru ze strany personálu, přivítali by větší podíl na rozvoji programu a efektivnější koordinaci dobrovolnických činností na oddělení)

Obecně řečeno, optimální podoba komunikace předpokládá splnění několika faktorů:

- **Jasně a zřetelně vyslaná informace** k příjemci (zodpovědnost toho, kdo informaci podává)
- **Přijatá a správně pochopená informace** na straně příjemce (zodpovědnost příjemce)
- **Zpětná vazba**, ověřující zda a jak byla informace přijata a zda jí bylo správně rozuměno (zodpovědnost obou stran – vysílající si ověřuje, zda byla informace „doručena“, přijímající by měl oznámit, pokud je informace nesrozumitelná)

**Pokud některý z těchto tří článků nefunguje vůbec nebo jen částečně, je tím nutně narušen celý komunikační okruh.**

Následující diagram ukazuje **základní organizační schéma** (jednotlivé organizační složky jsou odlišeny barevně) a **pět klíčových komunikačních úrovní**, které ovlivňují výslednou podobu programu v MNUL. Rozbor podrobněji analyzuje výstupy z dotazníkové evaluace.





Komunikace na interní úrovni (uvnitř nemocnice) :

**1. Komunikace a spolupráce na úrovni koordinátorky dobrovolníků a interního garanta**

Tato úroveň významně a zásadně ovlivňuje celkový chod a meze programu jako takového. K systematickému zapojování dobrovolníků do chodu jednotlivých oddělení **potřebuje koordinátorka dobrovolníků systematickou podporu ze strany interního garanta, který zodpovídá za vytvoření takové koncepce programu, která bude odpovídat potřebám nemocnice a za vytvoření adekvátních podmínek pro koordinaci takového programu uvnitř nemocnice. Omezená nebo nefungující komunikace na této úrovni znemožňuje dotážení potřebných kroků k realizaci. Skepse a ztráta motivace koordinátorky v dotazníkových výstupech svědčí o výrazných rezervách v komunikaci s interním garantem a vůbec jeho roli v programu. Bez konkrétně vyjádřené a realizované podpory interního garanta je udržení kvalitní úrovně programu nereálné.**

**2. Komunikace a spolupráce na úrovni koordinátorky dobrovolníků a kontaktními osobami (středním managementem)**

Dobrá spolupráce mezi koordinátorkou a kontaktními osobami má bezprostřední vliv na to, **jak jsou informace přenášeny dál k řadovému personálu, jak následně personál k dobrovolníkům přistupuje a jak vypadá spolupráce mezi dobrovolníky a personálem.** Kontaktní osoba je proto klíčovou osobou pro úspěšnou podobu dobrovolnického programu na daném oddělení. Jak vyplývá z odpovědí dobrovolníků nebo z toho, že tři ze čtyř kontaktních osob postrádají více informací o konkrétních dobrovolnících, **jsou i v této oblasti určité rezervy, jsou však menšího rozsahu než u předchozí úrovně.**

**3. Komunikace a spolupráce mezi koordinátorkou dobrovolníků a dobrovolníky**

Z dotazníkové evaluace je zřejmé, že spolupráce koordinátorky s dobrovolníky je od počátku programu nastavena velmi podpůrně a stabilně. Tato vazba zůstala zachována a pomohla i překlenout období přechodu koordinátorky dovnitř nemocnice. Určitou nevýhodou takto silné vzájemné vazby mezi dobrovolníky a koordinátorkou je poměrně velká kapacita, kterou tento kontakt vyžaduje a kterou pak koordinátorka může postrádat v jiných oblastech, pro které je nezastupitelná. **Pro další období bude potřeba zvážit optimální míru podpory, kterou by měla koordinátorka věnovat dobrovolníkům tak, aby nutné investice času a energie byly rovnoměrně rozloženy do všech potřebných oblastí její práce (viz kapitola Strategie dalšího rozvoje programu).**

Komunikace na externí úrovni (mezi nemocnicí a externími subjekty) :

**4. Komunikace a spolupráce mezi dvěma organizacemi MNUL a DCUL**

Toto je základní komunikační úroveň, která zajišťuje realizaci programu podle pravidel daných akreditací u MVČR. DCUL je zodpovědné za akreditaci a realizaci pověřuje koordinátorku dobrovolníků v MNUL. Základním komunikačním způsobem na této úrovni je nastavení pravidel pro realizaci a vykazování projektem nastavených aktivit. **Problém zde může nastat v případě, kdy koordinátorka je vázána pomalým administrativním systémem nemocnice (př. nákup pomůcek, materiálu, služeb..) a tím omezuje a limituje pozici externího partnera zodpovědného za naplánovanou a metodicky odpovídající realizaci programu. Řešení tohoto komunikačního problému je pouze na úrovni vedení obou organizací (viz kapitola Strategie dalšího rozvoje).**

**5. Komunikace a spolupráce mezi MNUL, DCUL a externím garantem programu**

Kvalita této úrovně komunikace je podstatná hlavně ve fázích změn a přechodu na jiný systém řízení. Nezbytnou podmínkou pro to, aby **pozice garanta byla funkční je, že bude opravdu vnímán jako poradní a doporučující hlas, ne jako osoba zodpovědná za realizaci programu. To by se mělo projevit ve snaze organizace, která si garanta najímá, maximálně užítkovat jeho pohled a doporučení a jednotlivé dohodnuté kroky realizovat.** Z porovnání zápisů a výstupů, pořizovaných z každého setkání týmu v roce 2005-2006 vyplývá, že právě v oblasti **vzájemné komunikace realizačního týmu, ochotě a snaze se operativně domluvit a informovat v případě změn a aktuálně se měnící situace, včetně dotahování jednotlivých dohodnutých kroků, jsou v komunikaci mezi členy realizačního týmu výrazné rezervy. Domnívám se, že takto nastavená další spolupráce je do budoucna nefunkční a neefektivní pro všechny zúčastněné strany (neúměrné investice času a energie vzhledem k výslednému efektu). Pravidelné schůzky realizačních týmů se v dobrovolnických programech v jiných nemocnicích většinou osvědčily, v případě zájmu o pokračování tohoto trendu i v MNUL, bude třeba ale udělat výraznou změnu.** (viz kapitola Strategie dalšího rozvoje).

Závěr:

**Z dotazníkové evaluace i z průběhu jednotlivých jednání k rozvoji programu v roce 2006 je evidentní, že celková úroveň komunikace mezi jednotlivými organizačními složkami uvnitř programu je aktuálně neefektivní a nedostačující.**

**V tomto směru je třeba hledat jiné, optimálnější „rozložení sil“ v daném organizačním schématu a pravděpodobně i funkční přerozdělení zodpovědnosti mezi jednotlivými posty tak, aby nedocházelo k neúnosnému přetížení na jedné straně a neadekvátnímu nabalování zodpovědnosti na ty osoby, které nemají odpovídající pravomoce. Možné varianty řešení – viz kapitola Strategie dalšího rozvoje programu.**

#### 4) Kvalita metodického vedení programu

Metodické vedení programu je výsledkem spolupráce realizačního týmu a zahrnuje :

a) Vytvoření optimální organizační formy programu :

- Důležitým krokem v organizační formě dobrovolnického programu v MNUL bylo **vytvoření interního koordinačního centra pro dobrovolnický program v nemocnici – kanceláře „Dobro-druh“** a vytvoření **pracovní pozice koordinátorky dobrovolníků přímo v nemocnici**
- **Celková koordinační role byla rozdělena mezi MNUL a DCUL tak, aby DCUL mohlo zajistit realizaci programu v souladu se získanou akreditací MVČR** (realizaci pověřilo DCUL koordinátorku dobrovolníků v MNUL). Vzhledem k přechodu MNUL na akciovou společnost tato dosavadní forma spolupráce přestane být ke konci roku 2007 funkční. V případě trvajících zájmu o partnerskou spolupráci bude třeba **vytvořit nový koncept spolupráce**, která by měla odpovídat nové celkové koncepci programu pro další období (viz Strategie dalšího rozvoje).
- **Nastavení systematické spolupráce s externím garantem programu** – do konce roku 2005 byla tato spolupráce zajišťována z DCUL formou pravidelných metodických porad. V průběhu roku 2006 probíhaly pravidelné schůzky realizačního týmu programu v MNUL a byla diskutována možnost užší spolupráce garanta přímo s nemocnicí tak, aby mohl být dobrovolnický program lépe začleněn do dalších programů ovlivňujících a podporujících kvalitu celkové péče o pacienta. **Zásadním problémem zůstává nízká schopnost převést a realizovat společně dohodnuté kroky do praxe.**
- V metodickém nastavení dobrovolnického programu v MNUL jsou patrné rezervy, které souvisejí hlavně s **nedořešenou personální situací v kanceláři „Dobro-druh“**. Dořešení této otázky je dalším předpokladem rozvoje programu.

b) Vytvoření systému efektivní propagace dobrovolnického programu :

Odpovídající propagace dobrovolnického programu **je nutnou a důležitou součástí celého systému, protože bez propagace a cíleného náboru nemohou být k dispozici noví dobrovolníci.**

Díky dlouholetému působení v oblasti dobrovolnických programů má Dobrovolnické centrum Ústí nad Labem ve městě i v regionu poměrně dobrou pozici. Dobrovolníci se dostávají do povědomí veřejnosti díky řadě propagačních aktivit, jednou z nich je každoroční ocenění dobrovolníků cenou Křesadlo, která je předávána za přítomnosti a podpory představitelů města i Ústeckého kraje.

**Propagace dobrovolníků působících v nemocničním programu byla do roku 2006 hlavně záležitostí DCUL. Výraznější zapojení nemocnice se stalo jedním z prvních úkolů koordinátorky po nástupu do kanceláře Dobro-druh** - viz kapitola Kvantitativní hledisko – Prezentace a propagace programu.

Systém efektivní propagace by měl zahrnovat jednak fungující **informační systém uvnitř nemocnice** (intranet, informační letáky a brožury, nástěnky), jednak **propagaci vně nemocnice** (webové stránky, články v časopisech a denním tisku, informace v rozhlasu nebo regionální TV). Na propagaci „venku“ se mohou obě organizace spolupracující na programu s výhodou domluvit a vzájemně se doplňovat.

c) Vytvoření koncepce v oblasti přípravy a realizace vzdělávacího programu a supervize pro dobrovolníky :

**Efektivní vzdělávací systém pro dobrovolníky by měl být funkčně propojen se systémem supervizních setkání**, který je důležitým zdrojem informací o tom, co dobrovolníci potřebují ke kvalitnímu výkonu své činnosti. Stejně důležitým zdrojem informací jsou **aktuální připomínky personálu a výstupy z dotazníkových evaluací**. Vzdělávací a supervizní systém pro dobrovolníky Masarykovy nemocnice prošel v průběhu čtyř let vývojem a v současné době zahrnuje:

- **Úvodní školení dobrovolníků** – je povinnou součástí akreditovaného programu a je zacíleno speciálně pro dlouhodobou činnost dobrovolníků v nemocnici. Školení je celodenní a probíhá pod vedením koordinátorky dobrovolníků, případně dalšího přizvaného odborného lektora. Mapuje motivaci dobrovolníků, jejich představy, očekávání i obavy z dobrovolnické činnosti a přináší základní důležité informace o tom, jak přistupovat k pacientům, se kterými se budou jako dobrovolníci setkávat. Na části školení jsou pravidelně přítomni i zástupci personálu, kteří mohou novým dobrovolníkům přiblížit spektrum a problematiku pacientů a provoz svého oddělení. Důležitou součástí školení je nácvik chování v takových modelových situacích, do kterých se mohou jako dobrovolníci v nemocnici dostat a potřebují vědět jak je řešit. Na závěr mají dobrovolníci možnost školení zhodnotit a tato zpětná vazba slouží koordinátorce k průběžné úpravě obsahu školení tak, aby odpovídalo potřebám a vývoji programu.
- **Nadstavbové semináře nebo kurzy pro dobrovolníky** – jsou pro dobrovolníky nepovinné, vycházejí ze zájmu dobrovolníků a z témat, které se nejčastěji otevírají na supervizních setkáních, případně z potřeb konkrétního oddělení. Víkendové semináře umožňují probrat daná témata více do hloubky, případně více vyzkoušet způsoby chování a jednání v modelových situacích. Seminář může být zaměřený jednak relaxačně jako odměna za odvedenou práci jednak evaluačně ke

zhodnocení přínosu programu pro dobrovolníky samotné (více viz kapitola Kvantitativní hledisko – Vzdělávání a supervize).

- **Supervizní setkání** – poskytují dobrovolníkům podporu, možnost získat nové informace a zkušenosti, organizátorům zároveň dávají zpětnou vazbu o přínosu a efektivitě programu jako celku. (více viz kapitola Kvantitativní hledisko – Vzdělávání a supervize).

**Supervize dobrovolníků** docházejících do MNUL byla v prvních letech vedena externími supervizory, v posledních dvou letech se ustálil model skupinových setkání pod vedením koordinátorky dobrovolníků, které dvakrát ročně doplní skupinové setkání s externím supervizorem. Toto setkání má zároveň i charakter částečně evaluační a jeho výstupy mohou sloužit k novému nasměrování a doplnění programu v dalším období.

Z výstupů supervizních setkání dobrovolníků za roky 2005 - 2006 vyplývá, že pro další průběžné vzdělávání a systematické vedení dobrovolníků jsou **aktuální tato témata**:

- Hranice bezpečné role dobrovolníka ve vztahu k personálu i k pacientovi, hranice frustrační tolerance dobrovolníka, odhad vlastních možností a schopností, hranice citových vazeb s pacientem, nároky na komunikační dovednosti ve vztahu s pacientem („tři principy bezpečné dobrovolnické činnosti“)
- Základní orientace v psychologii zdraví a nemoci, zvládání emocionálních situací a negativních emocí ze strany pacienta
- Terminální fáze nemoci a setkání se smrtí
- Orientace dobrovolníka v situacích „mezi dvěma mlýnskými kameny“ (mezi pacientem a personálem), komunikace a způsoby řešení situací s personálem, s koordinátorkou, odlišení supervizního a organizačního tématu

#### d) Vytvoření systému evaluace dobrovolnického programu:

Evaluace je důležitým zdrojem zpětných vazeb o kvalitě a funkčnosti programu. **Dotazníková evaluace za roky 2003 – 2006** přinesla cenné informace pro další směr vývoje programu a položila základ pro systematický sběr dat a údajů, ze kterých bude vždy aktuálně možné získat přehled o efektivitě programu a podklady pro případné změny. Zároveň se ukázalo, že **ne všechna data, která by byla pro zhodnocení programu vhodná, nebyla evidována nebo je nebylo možné zpětně za všechny roky dohledat.**

Pro zhodnocení efektivity programu jsou podstatné hlavně následující kvantitativní údaje:

- Počet nově proškolených dobrovolníků za rok
- Počet aktivně docházejících dobrovolníků (lze sledovat buď průběžně křivku nebo počet k určitému datu)
- Počet dobrovolníků, kteří ukončili činnost
- Počet dobrovolnických odpracovaných hodin
- Počet pacientů, kterým dobrovolnická činnost prospěla (tzv. cílová skupina)
- Počet základní i nadstavbových školení a kurzů pro dobrovolníky
- Počet supervizních setkání a počet dobrovolníků na supervizích

Z takového přehledu je pak možné spočítat orientační „cenu 1 dobrovolníka“ – tj. finanční náklady na jednoho funkčního dobrovolníka a porovnat ekonomickou nákladnost a celkový přínos programu pro danou organizaci.

#### Závěr:

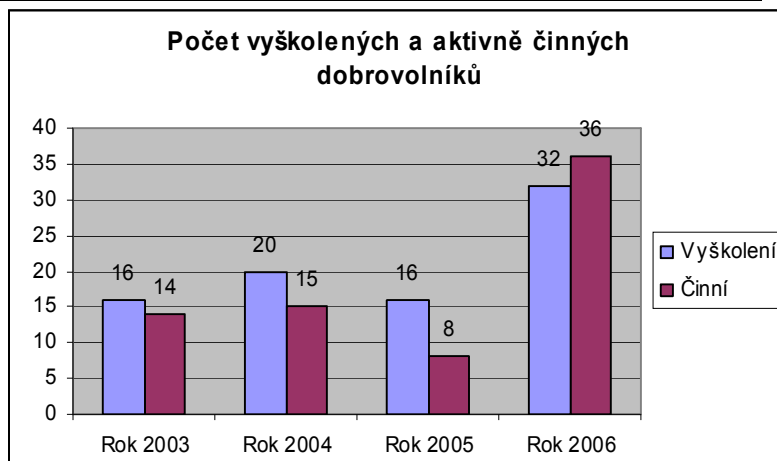
Z jednotlivých oblastí metodického vedení programu je **v zásadě dobře nastavena oblast vzdělávání a supervize dobrovolníků a oblast propagace. Výraznější rezervy jsou v oblasti organizační formy a s tím souvisejícího evaluačního systému programu a v efektivnějším propojení jednotlivých oblastí.** Z podrobnějšího rozboru vyplývá, že by další směr koncepce a rozvoje programu měl být více spjat s potřebami nemocnice a pacientů. **To bude nyní do značné míry záviset na tom, jak a kam ve svém organizačním a metodickém systému nemocnice zakomponuje dobrovolnickou kancelář „Dobro-druh“ a jak využije dobrovolnické služby pro zlepšení kvality péče o pacienty.**

## Ad 2. KVANTITATIVNÍ HLEDISKO

Následující grafy ukazují dynamiku vývoje programu v letech 2003 – 2006.

### 1) Počet dobrovolníků

	Rok 2003	Rok 2004	Rok 2005	Rok 2006
Počet vyškolených dobrovolníků	16	20	16	32
Počet aktivně činných dobrovolníků	14	15	8	36



**Počet aktivně činných dobrovolníků** znamená počet fungujících dobrovolníků, kteří po vyškolení byli zaregistrováni, pojištěni a v průběhu daného roku se zapojily do dobrovolnické činnosti v MNUL.

Z grafu je zřejmé, že **každým rokem, průměrně 5-6 dobrovolníků svou činnost ukončuje**.

Je také zřetelné, že první tři roky, kdy byl program externě řízen z DCUL vykazovaly počty dobrovolníků určitou stabilitu, ale zároveň i určitý „početní strop“. Zřízení interního koordinačního dobrovolnického pracoviště přímo v nemocnici se viditelně odrazilo nejen na zvýšení počtu nových vyškolených dobrovolníků, ale i na celkovém zvýšení počtu dobrovolníků.

Tento nárůst vypovídá hlavně o dvou důležitých aspektech :

- Potvrdil se **pozitivní význam kontaktního místa a koordinátorky dobrovolníků přímo v nemocnici** pro dobrovolníky, který je důležitý pro jejich pocit přijetí v nemocnici a smysluplnosti činnosti
- Dobrovolníci směřující přímo do nemocnice mají jasnější motivaci, která se může podílet na snížení fluktuace dobrovolníků

Při srovnání s obdobnými dobrovolnickými programy v jiných nemocnicích, číselné hodnoty zcela odpovídají počtu aktivních dobrovolníků, který je dosažitelný v programech řízených zvenku a početní nárůst dobrovolníků často odpovídá právě změně při zřízení koordinačního centra uvnitř nemocnice nebo minimálně při zlepšení koordinační spolupráce externího dobrovolnického centra s nemocnicí jako přijímající organizací.

K dalším kvantitativním ukazatelům, které mohou potvrdit efektivitu dobrovolnického programu v nemocnici patří :

- **Počet dobrovolnických „odpracovaných“ hodin** – v letech 2003 – 2006 nebyl tento ukazatel systematicky sledován, takže je zpětně nehodnotitelný.
- **Počet pacientů, kteří byli zapojeni do dobrovolnických činností** – tento ukazatel lze sledovat pouze za předpokladu, že je vytvořen stabilní systém evidence dobrovolníků, typu jejich činností a zároveň dobrovolníci spolehlivě vyplňují docházkové listy, ze kterých je možné i zpětně spočítat počet návštěv a dobu strávenou v nemocnici (viz kapitola Strategie dalšího vývoje)

### 2) Vzdělávání a supervize dobrovolníků

#### a) Vzdělávací aktivity pro dobrovolníky MNUL:

**Úvodní školení :**

V letech 2003 – 2006 proběhlo celkem **7 školení**, ve kterých bylo proškoleny **84 dobrovolníků** pro činnost Masarykově nemocnici.

V hodnocení úvodních školení si většinou dobrovolníci nejvíce cení :

- Konkrétních informací o dobrovolnictví a dobrovolnickém programu v nemocnicích

- Nastavení mantinelů a pravidel programu a možnosti vyzkoušet si řešení konkrétních situací na modelových rolích
- Celkové atmosféry školení zaměřené na podporu, zjištění a naplnění potřeb dobrovolníků

#### Nadstavbové semináře a kurzy :

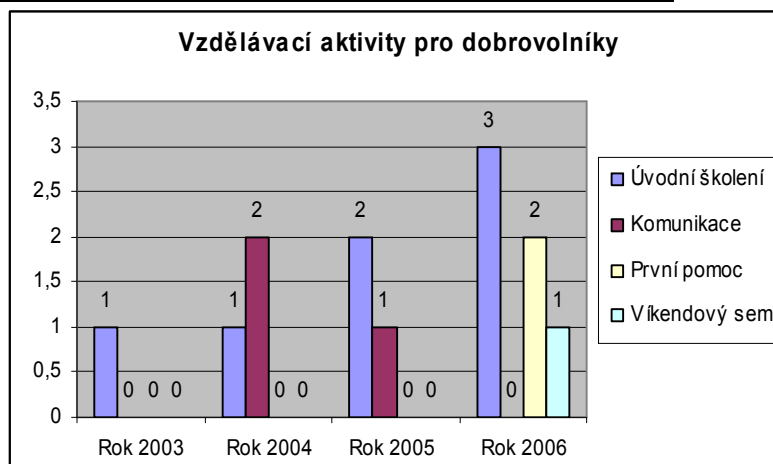
V průběhu let 2003 – 2005 se dobrovolníci docházející do MNUL zúčastnili **3 seminářů o komunikaci**, které uspořádalo DCUL pro dobrovolníky nejen z nemocnice, ale i z dalších realizovaných dobrovolnických programů.

V roce 2006 :

- **Kurz první pomoci pro dobrovolníky** – je veden odborným personálem a stejně jako v mnoha dalších nemocnicích je dobrovolníky velmi vítán, protože dobrovolníkům přináší větší pocit jistoty při kontaktu s pacienty a při pohybu v prostředí nemocnice vůbec
- **Víkendový supervizně relaxační seminář** – proběhl jednou v roce 2006 a byl zaměřen na komunikaci. Mezi účastníky byli dobrovolníci „služebně starší“ i „dobrovolníci - nováčci“, což umožnilo vzájemnou výměnu zkušeností a větší sladění očekávání se skutečnou realitou v nemocnici

#### Vzdělávací aktivity ce v letech 2003 – 2006 :

	Rok 2003	Rok 2004	Rok 2005	Rok 2006
<b>Úvodní školení</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Nadstavbové semináře a kurzy:</b>				
- seminář o komunikaci	-	<b>2</b>	<b>1</b>	
- kurz první pomoci	-	-	-	<b>2</b>
- víkendový seminář	-	-	-	<b>1</b>



#### b) Supervizní vedení dobrovolníků :

Supervize dobrovolníků by měla splňovat tyto funkce :

- Poskytnout podporu, možnost sdílení a vzájemné výměny zkušeností
- Doplnit dobrovolníkům nové informace o programu a přispět k jejich seberozvoji
- Poskytnout zpětnou vazbu o tom, zda a jak je program funkční a efektivní

Supervizní vedení dobrovolníků v MNUL probíhalo a probíhá v těchto formách:

**Skupinová setkání dobrovolníků s externím supervizorem** – tento typ supervize je v dobrovolnických programech nejobvyklejší a pro dobrovolníky MNUL byl takto nastaven v letech 2003 – 2004.

**Skupinové setkání dobrovolníků s koordinátorkou** – v tomto složení se jedná spíše o intervizi, která může dobře posloužit k podchycení a řešení aktuálních provozních a organizačních problémů v programu. V této formě byla setkání realizována v roce 2005, kdy se chystala personálně organizační změna v DCUL.

Od roku 2006 je pro dobrovolníky v MNUL nastaven **kombinovaný způsob supervizních skupinových setkání**, kdy se dobrovolníci mají možnost setkávat jak s externím supervizorem, tak i s koordinátorkou.

V případě akutního problému, který nesnese odkladu do termínu skupinového setkání mají dobrovolníci možnost řešit ho i formou **individuální schůzky s koordinátorkou nebo se supervizorem**.

Pokud mají o dobrovolnictví zájem lidé, kteří mají v první řadě dostatek času, např. jsou bez práce ať už z důvodu zdravotních nebo jiných a dobrovolnický program by jim samotným pomohl zůstat nebo opět se zapojit do sociálního života, je možné spojit pomoc nemocným s pomocí dobrovolníkům. Je však třeba počítat s větší náročností na čas a osobní investice koordinátorky, které spotřebuje péče o tento typ dobrovolníků (např. častější individuální podpora) – viz předchozí kapitola Organizační struktura, efektivita řízení a personální zajištění programu. **V roce 2006 koordinátorka dobrovolníků absolvovala s dobrovolníky celkem 66 individuálních dvouhodinových schůzek.**



	Rok 2003	Rok 2004	Rok 2005	Rok 2006
<b>Počet supervizních setkání celkem</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
externí supervizor	4	4	-	3
koordinátorka	-	-	3	2
<b>Účast / Počet dobrovolníků na supervizích za rok</b>	Přesně nepodchyceno	Přesně nepodchyceno	Přesně nepodchyceno	<b>53</b>

Počet dobrovolníků z MNUL, kteří se zúčastnili supervizí v letech 2003 – 2005 není přesně podchycen, protože skupinových supervizí v DCUL se zúčastňovali dobrovolníci z různých programů, nejen z programu MNUL.



### 3) Přehled zapojených klinik a oddělení

V roce 2003 se do dobrovolnického programu zapojilo

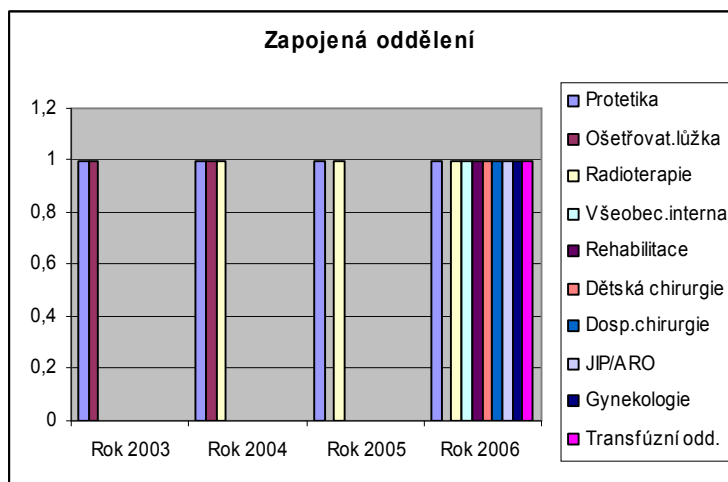
- Oddělení protetiky
- Oddělení ošetrovatelských lůžek

V letech 2004 a 2005 dobrovolníci kromě toho docházeli i na

- Oddělení radioterapie (onkologie)

V roce 2006 po vzniku kanceláře Dobro-druh se do programu připojila tato oddělení:

- Všeobecné interní oddělení
- Oddělení rehabilitace
- Oddělení dětské chirurgie
- Centrální jednotka intenzivní péče – podle dohody na žádost psychologa
- Chirurgické oddělení, úrazové a příjmové oddělení – akutní situace, podle dohody
- Gynekologické oddělení – rizikové těh
- Transfusní stanice





I na tomto grafu je zřetelně vidět pozitivní vliv zřízení interní dobrovolnické kanceláře v nemocnici, které znamenalo **větší informovanost nemocnice o dobrovolnících obecně a tím i větší zájem o dobrovolníky ze strany zdravotnického personálu.**

Oddělení protetiky bylo prvním průkopníkem, který otevřel dveře dobrovolníkům a které vydrželo úspěšně v programu po celé čtyři roky. Bylo i prubířským kamenem pro samotné dobrovolníky, protože dobrovolnické činnosti na tomto oddělení se zaměřují na pomoc pacientům po amputacích končetin, doprovody pacientů při vycházkách po areálu, drobné nákupy či další služby. Pro řadu dobrovolníků to byl první kontakt s handicapovaným člověkem, který museli zvládnout, pro řadu z nich to byla a je nedocenitelná životní zkušenost. Oddělení ošetrovatelských lůžek bylo druhým oddělením, kde se pomoc dobrovolníků ukázala jako vhodná, ale díky restrukturalizaci a následně i rekonstrukci budovy bylo toto oddělení v průběhu roku 2005 zrušeno a omezený počet lůžek přesunut do jiného areálu. Oddělení radioterapie nabízí dobrovolnické služby těm onkologickým pacientům, za kterými nikdo nedochází, kterým mohou dobrovolníci pomoci na vycházce, s nákupy nebo jinými činnostmi, nejčastěji podle dohody. Oddělení, která se připojila v průběhu roku 2006 žádají dobrovolníky také k individuálnímu kontaktu s pacientem, na interním oddělení hlavně k dlouhodobě ležícím seniorům, kde komunikace se seniorem např. po centrální mozkové příhodě přispívá k včasné celkové rehabilitaci. Specifickou pomoc poskytovali dobrovolníci po dohodě na úrazovém centru a na příjmovém oddělení, kde se osvědčila jejich služba v podobě doprovodu pacientů po úrazech při sněhových kalamitách. Na oddělení JIP/ARO byla nastavena dohoda mezi psychologem a kanceláří Dobro-druh o pomoci vhodného dobrovolníka k vybranému pacientovi pro posílení aktivizace po návratu k vědomí (viz foto). Dalším specifickým oddělením, které využívá pomoci dobrovolníků je transfúzní oddělení, kde dobrovolníci pomáhají při společenských akcích při oceňování dárců krve.

Na některá z oddělení docházejí dobrovolníci pravidelně jako na „své oddělení“, na jiná docházejí podle aktuální potřeby „na zavolání“.

#### 4) Typy dobrovolnických činností

V dobrovolnickém programu v Masarykově nemocnici byl od počátku nastaven **jeden typ dlouhodobé dobrovolnické činnosti a to individuální kontakt s jedním pacientem (role společníka).**



Dobrovolníci v Masarykově nemocnici se soustřeďují hlavně na povídání, předčítání, hraní společenských her, doprovod pacientů na vycházky mimo oddělení a po areálu nemocnice. Zapojují se do aktivizačních činností, které pacientům mohou urychlit proces rehabilitace a návratu do normálního života.

**Všechny tyto činnosti kladou poměrně velké nároky na dobrovolníkovu schopnost navázat kontakt s pacientem, komunikovat, citlivě vnímat pacientův aktuální fyzický i psychický stav a podle toho přizpůsobovat aktuální náplň i dobu činnosti. Právě těchto kvalit si na dobrovolnících cení personál a odtud vyplývá ochota zapojit dobrovolníky jako pomocníky ošetrovatelského týmu.**

V řadě nemocnic se dobrovolníci velmi úspěšně podílejí nebo i sami organizují jednak **skupinové aktivity** pro pacienty na jednotlivých odděleních nebo **jednorázové aktivity např. kulturního charakteru**, buď přímo na jednotlivých odděleních nebo v atriových a vstupních prostorách nemocnic, čímž výrazně přispívají změně atmosféry nemocnic.

Domnívám se, že **jak v oblasti větší a hlubší spolupráce s personálem tak i v obou těchto posledních oblastech je v dobrovolnickém programu v MNUL velký, dosud ne zcela využitý potenciál.**

**Předpokladem tohoto dalšího kroku je ale provedení nutných změn v koncepci a organizaci programu** (viz kapitola Strategie dalšího rozvoje).

### 5) **Vzdělávací a informační aktivity pro personál Masarykovy nemocnice**

Přechod koordinátorky dobrovolníků do MNUL a zřízení kanceláře Dobro-druh v roce 2006 znamenal výrazný posun v možnostech začít systematicky spolupracovat se zdravotnickým personálem. Oslovení hlavně středního managementu a podrobné vysvětlení principů programu přineslo zájem o zapojení dobrovolníků do aktivit na dalších odděleních.

V průběhu roku 2006 koordinátorka dobrovolníků zorganizovala nebo se zúčastnila těchto aktivit :

- 11 informačních akcí pro personál (vrchní sestry)
- 2 víkendové semináře o psychohygieně
- 1 vzdělávací seminář o dobrovolnictví pro sestry obecně
- 1 celostátní konference „Dobrovolnická služba v nemocnicích – příklady dobré praxe“ – společná akce s DCUL

**Pozitivní dopad těchto aktivit je možno registrovat v prudkém zvýšení počtu zapojených oddělení ze dvou v roce 2005 na devět v roce 2006 (viz graf „Zapojená oddělení“).**

### 6) **Přehled prezentací a propagace dobrovolnického programu Masarykovy nemocnice v roce 2006**

Propagace patří do okruhu nutných činností při řízení a realizaci programu, protože **od její kvality se odvíjí úspěšnost náboru nových dobrovolníků.** Do roku 2005 byla propagace dobrovolnického programu v MNUL součástí propagačních akcí a kampaní Dobrovolnického centra, které mělo celý program na starost, od roku 2006 se do propagace více připojila i sama Masarykova nemocnice. Aby byla propagace úspěšná, tedy aby přivedla více dobrovolníků, musí být ale systematická a trvalá, nestačí jednorázové akce.

Ústecký region je specifický svou vyšší nezaměstnaností a oslovit a sehnat „klasické“ (tj. aktivní zaměstnané) dobrovolníky jako je tomu v jiných městech nebo krajích nemusí být vždy jednoduché. V ČR i v ústeckém kraji je v rámci DCUL zkoušen i program „Dobrovolnictví nezaměstnaných“, který předpokládá úzkou spolupráci s Úřadem práce. Jeho úspěšná realizace ale vyžaduje velkou trpělivost a osobní nasazení koordinátorů při náboru i výběru dobrovolníků i systematické vedení propagace dobrovolnictví.

**Masarykova nemocnice se v roce 2006 do propagace programu zapojila těmito aktivitami koordinátorky:**

- Prezentace na školách - 5x
- Hodinová relace v Českém rozhlasu – 1x
- Televize Lyra – 1x
- Článek v Ústeckém deníku – 2x
- Informace na nemocničním intranetu – 1x
- Článek o dobrovolnicích v informační brožuře pro zaměstnance MNUL – 1x
- Celostátní konference „Dobrovolnická služba v nemocnicích – příklady dobré praxe“ :

Tato akce byla organizovaná společně s DCUL a umožnila oboustranně širokou prezentaci dobrovolnických programů v několika nemocnicích v ČR, která mohla posloužit ke zvýšení informovanosti o dobrovolnictví přítomnému zdravotnickému personálu MNUL, tak dát informaci o programu v MNUL do jiných nemocnic a měst.

### Ad 3. HODNOCENÍ Z HLEDISKA FINANČNÍCH NÁKLADU

Ekonomika dobrovolnického programu v nemocnici je jednou z obtížně definovatelných položek a to z toho důvodu, že skutečná hodnota dobrovolnické činnosti je nemateriální a je vyčíslitelná jen orientačně a zčásti.

Vzhledem k tomu, že tato evaluační zpráva hodnotí program zpětně a v době zahájení programu v Masarykově nemocnici nebyly definovány všechny potřebné evaluační podklady, přináší následující kapitola jen rámcové údaje.

**1) Finanční náklady na realizaci dobrovolnického programu v MNUL v letech 2003 – 2006:** Prakticky veškeré finanční náklady na program v letech 2003 – 2005 neslo DCUL. Od roku 2006 se na realizaci programu začala výrazně podílet i Masarykova nemocnice, hlavně mzdovými náklady na koordinátorku (viz tab.2).

V případě, že se na realizaci dobrovolnického programu podílí nestátní nezisková organizace, jsou k financování využívány různé dotace. Vzhledem k tomu, že státní dotace mají různé programové zaměření a NNO musí navíc vykazovat kofinancování, je nutné financovat dobrovolnické programy ve zdravotnických zařízeních z více zdrojů. Je pak je obtížné (zpětně někdy prakticky nemožné) přesně oddělit a vyčíslit jednotlivé položky v nákladech na jednotlivé programy realizované v jednotlivých zařízeních. V prvních dvou letech (2003 – 2004) byly žádosti DCUL o dotace na dobrovolnický program ve zdravotnických zařízeních směřovány nejen pro Masarykovu nemocnici, ale i pro Léčebnu dlouhodobě nemocných v Ryjčicích, nebo byly dotace směřovány celkově na dobrovolnický program pro seniory.

**V následujících tabulkách jsou uvedené finanční prostředky, které na program v jednotlivých letech z dotací získalo a do programu investovalo DCUL a v posledním roce i MNUL:**

Tab.1:

**Finanční prostředky, které k realizaci dobrovolnického programu získaly a investovalo DCUL :**

	Rok 2003	Rok 2004	Rok 2005	Rok 2006
Ministerstvo zdravotnictví ČR	124 000,- Kč	130 000,- Kč	89 000,- Kč	107 000,- Kč
Ministerstvo vnitra ČR	--	--	44 000,- Kč	174 000,- Kč
Ministerstvo práce a soc.věcí ČR	50 000,- Kč	--	--	--
Ústecký kraj	--	178 000,- Kč	99 000,- Kč	--
<b>CELKEM</b>	<b>174 000,- Kč</b>	<b>308 130,- Kč</b>	<b>232 000,- Kč</b>	<b>281 107,- Kč</b>

Finanční částky zahrnují náklady na :

- zajištění základního servisu pro dobrovolníky (školení, supervize, pojištění, pomůcky...)
- mzdové náklady na koordinátorku v rozsahu úvazku 0,5.

Tab 2:

**Přehled a rozpočet finančních prostředků, které do realizace dobrovolnického programu investovala MNUL v roce 2006:**

	Vlastní investice MNUL
Mzda koordinátorky	240 000,- Kč
Trička pro dobrovolníky	7 000,- Kč
Režie (telekomunikační služby)	15 600,- Kč
<b>CELKEM</b>	<b>262 600,- Kč</b>

Tab 3:

**Celkový výsledek finančního zisku a finančních nákladů, které do dobrovolnického programu získaly a investovaly společně DCUL a MNUL v roce 2006:**

	<b>Celkové příjmy organizací (dotace, granty, placené semináře)</b>	<b>Celkové náklady investované do programu</b>	<b>Výsledek</b>
<b>DCUL</b> (dotace MVČR, MZČR)	281 107,- Kč	281 107,- Kč	
<b>MNUL</b> (grant T-mobil)	50 000,-Kč	50 000,-Kč	
<b>MNUL</b> (přímý finanční zisk Dobro-druha z realizovaných seminářů)	22 011,-Kč		
<b>MNUL</b> přímé investice (mzda, režie...)		262 600,- Kč	
<b>CELKEM</b>	<b>+ 353 118,- Kč</b>	<b>- 593 707,-Kč</b>	<b>- 240 589,- Kč</b>

V tabulkách není zakalkulovaný přímý zisk dobrovolnické činnosti vzniklý odpracovanými dobrovolnickými hodinami, přepočtenými na finance (blíže viz další podkapitola), protože tento údaj nebyl systematicky sledován.

Z výše uvedené tabulky č.3 je zřejmé, že **orientační výsledek celkové ekonomiky programu za tři roky je nevyrovnaný**. Tento výsledek je obvyklý pro většinu nemocničních dobrovolnických programů, protože program vyžaduje větší investice do začátků (minimálně v prvních dvou letech programu), aby si vytvořil stabilnější pozici a teprve pak může být i ekonomicky víc vybalancovaný. **Program v MNUL je nyní ve fázi „druhého začátku“, který souvisí s implementací programu do struktury nemocnice a objevují se tedy i nutné nové investice s tímto přechodem spojené.** Z tabulky je rovněž zřejmé, že na celkových nákladech investovaných do programu se v roce 2006 podílelo DCUL i MNUL přibližně rovným dílem.

Jednotlivé faktory podílející se na ekonomice dobrovolnického programu jsou uvedeny v následujících podkapitolách.

### 2) Přímý přínos a zisk MNUL z dobrovolnického programu:

Hlavní efekt činnosti dobrovolníků v Masarykově nemocnici se v současné době pohybuje hlavně v **oblasti psychické podpory a aktivizace pacientů, což se následně může projevit a projevuje větší spokojeností a pohodou pacientů** (viz výpovědi personálu o přínosu programu z dotazníkové evaluace).

Tento typ výsledného působení dobrovolníků může mít pro nemocnici ekonomicky pozitivní, ale jen obtížně sledovatelný a doložitelný dopad:

- Zklidnění psychického stavu, odvedení pozornosti od nemoci (hlavně u dětí)
- Zlepšení kooperace pacienta při léčbě, lepší zvládnání bolesti, urychlení léčby atd...a tím i úspory např. v oblasti medikace analgetiky, zkrácení doby hospitalizace...
- Zlepšení pohledu veřejnosti na zdravotnický personál a ocenění jejich činnosti
- Sekundární efekt např. v dobrém image nemocnice, doporučení a výběru nemocnice pro další pacienty, dobrovolníci sami doporučují nemocnici kam docházejí (viz změna pohledu na nemocnici ze strany dobrovolníků)

Jediným přímým spočitatelným faktorem v této oblasti jsou **počty hodin odpracovaných dobrovolníků**, které do roku 2006 bylo možno podle metodiky MPSV pro poskytování dotací neziskovým subjektům **přepočíst na finance podle tarifní mzdy v 6.platové třídě a 6.stupni**. Čísla získaná přepočtem dobrovolnických odpracovaných hodin sice jsou jen velmi orientačním kritériem hodnoty dobrovolnické činnosti a po čtyřech letech fungování programu v ústecké nemocnici je zřejmé, že nemohou pokrývat jeho finanční náklady, ale i v dobrovolnických programech v jiných nemocnicích tvoří často velmi zajímavou položku tím spíše, že tuto hodnotu často tvoří jen nevelký tým dobrovolníků.

### 3) Náklady a nutné investice do nemocničního dobrovolnického programu:

Rozbory celkových finančních nákladů na dobrovolnické programy v nemocnicích ukazují, že hlavní investice, které je nutné do dobrovolnického programu vložit se týkají následujících položek:

#### a) Mzdové personální náklady :

I v dobrovolnických programech v jiných nemocnicích tvoří personální náklady často hlavní, největší investici a nejproblematictější investici, přičemž největší problém bývá se zajištěním mzdových nákladů v případě, že program realizuje nestátní nezisková organizace (NNO), protože ze státních dotačních programů velmi často nelze vyplácet mzdy, ale pouze „ostatní osobní náklady“ (Dohody o pracovní činnosti a Dohody o provedení práce). Proto se v nemocničních dobrovolnických programech na těchto nákladech začínají často podílet právě samy nemocnice, což dává celému programu potřebnou základní stabilitu.

Pro zajištění funkční a zároveň bezpečné koordinace dobrovolnického programu je nutné zafinancovat hlavně následující personální náklady :

- Náklady na osobu (osoby) vedoucí a řídící program - tyto náklady jsou klíčové a zaručují hlavně kvalitu a efektivitu programu.
  - Náklady na osobu (osoby) zajišťující marketing, PR programu, projektový a „režijní servis“ – jsou také nezbytné, pokud má být zajištěna větší a lepší medializace, případně širší spektrum finančních zdrojů.
- b) **Režie a provoz kanceláře Dobro-druh** – položka na provoz kanceláře je významná v případě menších organizací (jako v případě počáteční fáze řízení programu z DCUL), pokud poskytne sama nemocnice prostor dobrovolnického centra uvnitř nemocnice, tyto náklady se většinou významně sníží. V režijních nákladech je třeba počítat s tím, že telefonní poplatky a poštovní služby jsou poměrně vysokými, ale nezbytnými položkami, protože zajišťují základní komunikaci koordinátorky s dobrovolníky a s veřejností.
- c) **Materiální potřeby pro dobrovolnické činnosti** zahrnují hlavně pomůcky pro dobrovolnické činnosti. Na tuto položku lze získávat finanční prostředky relativně nejsnadněji, protože jsou obsahem většiny vypsaných dotačních programů a navíc je to nejpříjemnější a nejsnáze dostupná forma sponzoringu.
- d) **Náklady na PR programu, nábor dobrovolníků, proškolení, pojištění, supervize a další vzdělávání dobrovolníků** byly v roce 2006 hrazeny z dotace Ministerstva vnitra, díky akreditaci DCUL na nemocniční program. Na propagaci se již určitou měrou podílí sama nemocnice. Všechny tyto náklady jsou nezbytnou investicí do bezpečnosti programu a podmínkou akreditace programu u MVČR. Investice do dobré přípravy a pojištění dobrovolníků mohou v maximální možné míře eliminovat případná rizika související s nedostatečnou informovaností a selháním lidského faktoru.
- e) **Náklady na rozvoj a metodiku programu** – pokrývají hlavně náklady na metodické konzultace s garantem, metodické a supervizní vedení koordinátorek, evaluaci programu a další lektorské nebo supervizorské aktivity, nutné pro zachování kvality a bezpečnosti programu. Vzhledem k nárokům na práci koordinátorky (nutnost trvalé flexibility a schopnosti improvizace souběžně s administrativními nároky programu, nároky na komunikační dovednosti, trvalý kontakt s mnoha lidmi a poměrně velká zodpovědnost) je předpoklad, že s délkou trvání programu bude vzrůstat i potřeba systémové podpory postu koordinátorky, její supervize a možnosti pravidelných metodických konzultací (viz kapitola Strategie dalšího vývoje programu).

Většina dotačních a grantových programů má ve svém zadání **podmínku kofinancování projektů**, které je často poměrně vysoké hlavně pro organizace nestátního neziskového sektoru, což je pro zajištění stabilního financování programu dost náročné. K finančním zdrojům více viz v následující podkapitole.

### 1) **Současná situace v možnostech finančních zdrojů z dotací**

Zdroje pro realizaci dobrovolnického programu v nemocnicích se týkají hlavně následujících oblastí:

- Zákon o dobrovolnické službě č.198/2002 Sb. dává možnost **pro vysílající neziskovou organizaci získat akreditaci programu u Ministerstva vnitra ČR** pouze v případě, že přijímající organizace není vedena jako obchodní organizace (tj. není akciovou společností nebo společností s ručením omezeným, ale organizací příspěvkovou nebo nestátní neziskovou organizací nebo církevním zařízením). Poté může **získat od MVČR dotaci na zajištění základního servisu dobrovolníků. Tuto akreditaci a možnost každoročních finanční dotací získalo pro dobrovolnický program v nemocnicích DCUL, poprvé v roce 2004, v roce 2006 byla obnovena byla na další tři roky.**
- Dotační program **Ministerstva zdravotnictví ČR – Národní program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením** podporuje rozvoj dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních a to v případech, že je žadatelem buď přímo zdravotnické zařízení nebo nestátní nezisková organizace (DC) nebo i oba subjekty najednou. Častějšími žadateli jsou NNO, ale přibývá zdravotnických zařízení jako samostatných žadatelů o dotaci na dobrovolnické programy. **Dosud nevyužívaným zdrojem jsou projekty Národního programu podpory zdraví MZ, v jejichž dotačním schématu se také objevuje podpora dobrovolnictví a jsou zaměřeny více na vzdělávání.**
- **Granty vypisované Magistrátem a Krajským úřadem** – částky těchto grantů nebývají příliš vysoké, mají však svůj význam v tom, že mohou podpořit komunitní charakter dobrovolnického programu jako takového.



- **Dotace z nadačních fondů** – jsou sice také menším zdrojem příjmů, ale mohou vhodně doplnit potřeby financování některých specifických dobrovolnických aktivit.
- **Sponzorské dary** – jsou odrazem informovanosti a propojení sociálně zdravotní oblasti s komerčním sektorem a v případě dobře vedených marketingových aktivit mohou být nezanedbatelnou složkou příjmů. Lze to ovšem pouze tam, kde má organizace personální možnost se této oblasti systematicky věnovat.

S aktuálně probíhajícími celospolečenskými změnami v systému poskytování zdravotní a sociální péče i změnami souvisejícími s převodem zdravotnických zařízení z příspěvkových organizací na obchodní společnosti, souvisí i **zásadní změny a některá omezení ve financování dobrovolnického programu v nemocnicích už od roku 2008, které ukazuje následující tabulka:**

Tab.4:

Zdroj	Podmínky a omezení získání dotace	Dosavadní podpora pro DCUL a MNUL	Výhled
MZČR	<p><b>a) Národní program vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením</b> (může žádat NNO i zdravotnické zařízení) <b>Z dotace nelze hradit mzdu koordinátora, pouze DPP a DPČ</b></p> <p><b>b) Národní program podpory zdraví</b> (může žádat NNO i zdravotnické zařízení)</p>	<p><b>ANO - DCUL v letech 2003, 2004, 2005, 2006</b> - Pomůcky pro dobrovolnické činnosti, lektorné, pojištění dobrovolníků, část režijních a provozních nákladů, plat DPČ pro koordinátorku, garance programu</p> <p><a href="#">Dosud NE</a></p>	<p><b>Na další období by dotace ze zdrojů MZČR mohla získat přímo nemocnice jako žadatel</b></p> <p>Možný a zatím nevyužívaný zdroj části financí pro systém vzdělávání dobrovolníků</p>
MVČR	<p>Udělená akreditace programu pro vysílající organizaci (NNO) podle zákona 198/2002 Sb. O dobrovolnické službě, <b>Přijímající organizaci dobrovolníků ale podle zákona nemůže být obchodní (tj. zisková) společnost</b> <b>Z dotace nelze hradit mzdu koordinátora, pouze DPP a DPČ</b></p>	<p><b>ANO – DCUL pro roky 2005, 2006</b> Finance na základní servis a péči o dobrovolníky, pojištění, pomůcky, část provozních a režijních nákladů a část prostředků na koordinátora DPC</p>	<p><b>Pro dobrovolnický program pro MNUL od roku 2008 už nebude možné !!</b></p>
MPSV	<p>Dotace v dřívějších letech byly určeny pro programy v oblasti související se sociálními službami, v současné době jsou převedeny na kraje a určeny pouze pro registrované poskytovatele sociálních služeb podle zákona 108/2006 Sb.</p>	<p><b>ANO – DCUL v roce 2003</b></p>	
Ústecký kraj		<p><b>ANO – DCUL 2004, 2005</b></p>	
Nadace a nadační fondy	<p>Může žádat subjekt NNO i nemocnice, potřeba zvážit efektivitu vynaložené práce vzhledem k získané částce</p>	<p><b>ANO – grant od T-mobil pro MNUL v roce 2006</b></p>	

Závěr:

**Základními položkami ve financování dobrovolnického programu jsou odpovídající mzdové investice do postu koordinátorky a zajištění provozních a režijních nákladů kanceláře, což jsou organizační podmínky existence dobrovolnického programu.** Zkušenosti s dalších nemocnic ukazují, že pokud je nemocnice ochotna investovat do mzdových nákladů osob, zajišťujících organizaci a chod programu, je hodnota, která se nemocnici vrací dobrovolnickou činností adekvátní mzdové investici na osoby koordinující program, přičemž ostatní náklady na dobrovolnickou činnost je možné kofinancovat z jiných zdrojů. V tomto směru je investice do zřízení interní kanceláře Dobro-druh důležitou položkou, o kterou je možné opřít další dlouhodobý rozvoj programu. **Aby se tato „materiální investice“ efektivně zhodnotila, bude potřeba ji doplnit o „nemateriální investici“ do řízení lidských zdrojů a do komunikace tak, jak vyplývá z rozborů v přecházejících kapitolách.**



#### Ad 4. STRATEGIE DALŠÍHO ROZVOJE

Z předchozích výsledků kvalitativního, kvantitativního a finančního rozboru dobrovolnického programu v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem vyplývá, že :

- **Dosavadní čtyřletá realizace dobrovolnického programu v MNUL ukázala, že byly položeny dobré základy pro to, aby dobrovolnický program se stal stabilním přínosem a obohacením péče o pacienty. Personál má o program zájem a program je smysluplný i pro dobrovolníky. Z řady výstupů dotazníkové evaluace ale jednoznačně vyplývá, že rozšíření dobrovolnického programu o činnosti, ve kterých by personál rád viděl dobrovolníky jako své pomocníky, předpokládá změny v koncepci a v organizační struktuře programu. Významné rezervy jsou v komunikaci mezi jednotlivými organizačními složkami.**
- **Z celkového trendu a kvantitativních výsledků programu je zřejmé, že vytvoření interní dobrovolnické kanceláře Dobro-druh v rámci nemocnice a zaměstnání koordinátorky dobrovolníků, bylo progresivním krokem. Z dotazníkových výstupů a podrobnější analýzy je zároveň zřejmé, že organizační struktura programu není aktuálně zcela funkční a má řadu nedořešených problémů a rezerv. Nejvíce sporných okolností je kolem personálního obsazení kanceláře Dobro-druh a postu koordinátorky dobrovolníků v MNUL. Ta je sice důležitou klíčovou osobou, ale zároveň program, který by měl být stabilní a „rozvojeschopný“ nemůže být závislý na postu a situaci jednotlivce a jedince.**
- **Ve financování programu Masarykova nemocnice již udělala výrazně progresivní krok zaměstnáním koordinátorky a zřízením interní dobrovolnické kanceláře. Schodek v ekonomickém rozpočtu programu se tímto sice aktuálně navýšil, ale pro další rozvoj programu v tak velké nemocnici jako je MNUL má tato investice zásadní a basální význam.**
- **Aktuálně je nutné provést základní rozhodnutí o tom, o jaké místo pro dobrovolnický program má nemocnice skutečně zájem, jaká koncepce dalšího vývoje programu by nemocnici vyhovovala a jaké jsou možné varianty opravdu funkčního řízení dobrovolnického programu. Rozhodnutí tohoto typu může za současných okolností udělat pouze vedení nemocnice.**

Z evaluačních výstupů lze odvodit rozvojové směry, krátkodobé a dlouhodobé cíle, které by mohly být pro dobrovolnický program v MNUL strategicky významné:

#### Doporučené krátkodobé cíle (rok 2007 - 2008) :

##### 1. Změny v organizačním systému dobrovolnického programu v MNUL

Provedená základní změna modelu řízení z externího na interní je správná a progresivní, ale pro zhodnocení a zefektivnění tohoto kroku je třeba **dokončit další procesy, které souvisejí a přímo ovlivňují funkčnost interního modelu řízení:**

Navrhované kroky:

##### a) **Vytvoření koncepce začlenění dobrovolnického programu do organizační struktury nemocnice a do systému komplexní péče:**

- Je potřeba definovat, co od dobrovolnického programu do budoucna nemocnice očekává a zcela jasně stanovit, za jakých konkrétních podmínek a předpokladů to lze naplnit
- V případě pozitivní odpovědi na předchozí bod, bude nutné začlenit dobrovolnický program v organizačním systému MNUL na takové místo, na kterém se bude moci nejlépe uplatnit a zužitkovat přínos dobrovolnických aktivit

Tyto kroky jsou v kompetenci a odpovědnosti interního garanta programu ve spolupráci s vedením nemocnice.

##### b) **Zlepšení systému řízení a organizace programu jako takového :**

Dotazení změny v systému řízení předpokládá volbu některé z variant, která by měla vycházet z jasně stanovené koncepce (viz bod a). V současné době jsou k dispozici následující možnosti :

- I. **„Týmový model“** - základní struktura řízení programu v MNUL zůstane v linii koordinátorka - interní garant - kontaktní osoba, ale budou upraveny zodpovědnosti těchto jednotlivých osob tak, aby odpovídaly jejich reálným možnostem a aby nebyl nepřiměřeně přetěžován post koordinátorky. Aktuální je zřetelnější organizační a koncepční podpora ze strany interního garanta a jasnější vymezení **role a náplně činností kontaktních osob** tak, aby byly definovány jejich kompetence a zodpovědnost, hlavně v oblasti přenosu informací souvisejících s dobrovolnickou činností směrem „k“ a „od“ řadového personálu na jejich odděleních.
- II. **„Centrální model“** - předpokládá, že zůstane zachována stávající struktura, přičemž bude **posílena ústřední koordinační pozice kanceláře Dobro-druh.**

Pro fungování druhé varianty bude pravděpodobně nutné naplnit následující podmínky:

- Musí být jasně a přesně vymezena pozice kanceláře Dobro-druh v organizačním systému (kdo je vedoucím, kdo přímým nadřízeným, co koordinátorka může, co už nemůže, bez kterého souhlasu a na co se neobejde, komu bude za jednotlivé kroky odpovědná a jakým způsobem.....) – tzn. vybalancování kompetencí, zodpovědností a pravomocí koordinátorky tak, aby mohla realizovat jednotlivé kroky bez zbytečných průtahů.
- Rozdělení koordinační role alespoň na dva posty – koordinátorka programu a koordinátorka dobrovolníků, což znamená personální posílení kanceláře Dobro-druh (viz dále)

**c) Personální posílení koordinační složky programu :**

Konkrétní způsob personálního posílení kanceláře Dobro-druh by mělo také vyplynout z koncepce postavení dobrovolnického programu v nemocnici (viz bod a) a z volby některého ze dvou výše uvedených modelů řízení (bod b).

Rozdělení koordinační role na posty **koordinátorky programu a koordinátorky dobrovolníků** pak do programu může přinést :

- Efektivnější práci s „lidskými zdroji“ a vyvážení investice lidské energie (dobrovolníci) s potřebami prostředí (tj. potřebami nemocnice v daném čase) s důrazem na připravenost prostředí na „příjem lidské pomoci“
- Možnost podle situace zajistit i odpovídající péči o dobrovolníky ve dvou liniích (základní servis pro dobrovolníky „nevyžadující zvláštní péči“ a „nadstandardní“ servis pro dobrovolníky přicházející z oblastí „osob ohrožených sociální exkluzí“)
- Možnost výrazněji navýšit počet stabilních dobrovolníků v MNUL
- Posílení koncepční a manažerské práce ve formě postu koordinátorky program (speciálně v případě zvolení varianty II.)

Náplň práce koordinátorky programu je především manažerská a koncepční, náplň práce koordinátorky dobrovolníků je v komunikaci s dobrovolníky a zajištění základního servisu o ně včetně potřebné administrativy.

**2. Zlepšení komunikace mezi jednotlivými organizačními články:**

Tento bod se týká všech výše v textu popsaných úrovní:

**a) Komunikace mezi kanceláří Dobro-druh (koordinátorkou) a interním garantem programu:**

Efektivní nastavení systému komunikace by mělo vyplynout z bodu a) i z bodu b)

**b) Komunikace mezi kanceláří Dobro-druh (koordinátorkou) a kontaktními osobami :**

Zlepšení komunikace na této úrovni předpokládá :

- Nastavit systém pravidelných schůzek obou koordinátorek s kontaktními osobami.
- Nastavit systém pravidelných metodicko-supervizních setkání kontaktních osob (1-2x ročně), které mohou být významným zdrojem jejich vzájemné výměny zkušeností a inspirace týkající se zapojení činnosti dobrovolníků do chodu oddělení.
- Zmapovat aktuální situaci a případně realizovat změny na postech kontaktních osob tak, aby byla preferována jejich osobní motivovanost a zájem o dobrovolnický program souběžně se skutečnou schopností realizace potřebných kroků.
- Zpracovat přehled jasně definovaných „zakázek“ každého oddělení na dobrovolnické činnosti, který bude přesněji vymezovat a ohraničovat jednotlivé typy dobrovolnických činností a současně i definovat možná rizika činnosti a způsoby jejich eliminace (ideální je spolupráce kanceláře Dobro-druh s personálem oddělení tak, že koordinátorky připraví základní formulář, který vyplní kontaktní osoba s personálem oddělení).
- Zpracovat profilové přehledy „vhodných a nevhodných“ dobrovolníků pro jednotlivé typy oddělení a pro jednotlivé typy činností podobným způsobem jako předchozí „zakázku“.

**c) Komunikace na úrovni realizačního týmu:**

Pro zlepšení komunikace na této úrovni je nezbytně nutné :

- Přehodnotit a přijmout pozici garanta jako poradní a doporučující hlas, ne jako „osobu zodpovědnou za realizaci“ programu a zvážit, zda je o tuto poradní pozici v realizačním týmu zájem.
- Vytvořit realistický plán a harmonogram spolupráce MNUL s externím garantem (a následně dohodnutou spolupráci ukotvit ve smlouvě o spolupráci).
- Hledat a ve výstupech z jednání se zavazovat pouze k těm krokům, které jsou reálně splnitelné v daném časovém období, případně stanovovat zároveň podmínky splnitelnosti – toto si musí určovat hlavně interní garant programu a koordinátorka programu v MNUL, kteří jediní vědí a jsou schopni odhadnout jaká je aktuální situace v nemocnici a co je možné.
- Samozřejmostí by měla být okamžitá vzájemná informovanost o aktuálních změnách (termíny schůzek, nemožnost dodržet harmonogram spolupráce z objektivních důvodů, nutnost změny koncepce nebo harmonogramu.....)

#### d) **Komunikace na úrovni obou spolupracujících organizací (MNUL a DCUL) :**

Tato problematika by se měla zlepšit automaticky s vyřešením bodů a) a b). Do budoucna bude záležet na tom, zda se obě organizace dohodnou na jiném způsobu nebo jiné oblasti spolupráce, než která doposud souvisela s akreditací programu u MVČR – např. určitý podíl na PR programu a nábore dobrovolníků (viz bod 3 z Dlouhodobých cílů).

#### **3. Systémová podpora a investice do vzdělávání koordinátorky (koordinátorek)**

Role a pozice koordinátorky dobrovolníků a koordinátorky dobrovolnického programu jsou svou pracovní náplní náročné hlavně na **manažerský způsob práce** – vyžadují citlivost a komunikativnost v každodenním kontaktu s lidmi, rychlost, flexibilitu a schopnost improvizace v kombinaci se systémovou koncepční prací a zodpovědnou administrativní rutinou. Vzhledem k tomu, že řízení dobrovolnického programu ve zdravotnictví je stále ještě novou a poměrně neznámou oblastí, není často pro tyto role počítáno s dostatečnými personálními a mzdovými rezervami a dobrovolnický program si je musí v této fázi „vydobýt a zasloužit“. Zvládat toto vše dlouhodobě v minimálním počtu osob není pro tento typ práce v jiných oborech obvyklé, protože na podobný typ práce jsou vyčleněny celé pracovní týmy. Tím spíše je třeba **zajistit koordinátorkám možnost supervizí, konzultací a průběžného vzdělávání, které by mělo být zahrnuto do pravidelných nákladů nezbytných pro dobrou realizaci programu v nemocnici.**

#### **Doporučené dlouhodobé cíle :**

##### **1. Implementace dobrovolnického programu jako součásti nemocničních služeb**

Začlenění dobrovolnického programu do komplexu nemocničních služeb by mělo vycházet z nového nastavení koncepce celého programu (viz krátkodobé cíle) a zájmu personálu o takové dobrovolnické činnosti, ve kterých dobrovolníci budou moci být „pomocníky ošetřujícího týmu“. Takový typ týmové spolupráce už předpokládá jasně definované náplně činností a jejich hranice, stanovení a vymezení případných rizik a možností jejich omezení nebo eliminace (viz bod 2).

Tuto oblast lze rozdělit do dvou spolu souvisejících částí:

- a) **spolupráce koordinátorky programu s oběma garanty** na zapracování konceptu dobrovolnického programu k dalším typům psychosociálních, edukačních a jiných podpůrných programů v nemocnici
  - b) **spolupráce koordinátorky programu i koordinátorky dobrovolníků s kontaktními osobami** na konkrétním vymezení obsahu a podmínek jednotlivých dobrovolnických činností
- ##### **2. Stabilizace stávajících a vytipování, nastavení a pilotní realizace nových typů dobrovolnických činností**

Stabilizace stávajících činností souvisí úzce s výše uvedenými krátkodobými cíli, které se týkají zlepšení organizační struktury, vzájemné komunikace a tím i lepší informovanosti personálu.

Pokud se tento zájem personálu o spolupráci s dobrovolníky v oblasti pomoci ošetřujícímu týmu promítne i do nové koncepce programu, je možné začít **mapovat možnosti dalších konkrétních činností pro dobrovolníky.**

**Ze zkušenosti z jiných nemocnic se ukazuje, že pro optimální způsob zavádění nových činností je důležité následující:**

- Pilotní ověření vhodnosti a realizovatelnosti vybrané činnosti v časově ohraničeném období
- Dobrá příprava a definování náplně činností s využitím výše uvedených schémat „zakázky“ na činnost a profilu vhodného a nevhodného dobrovolníka
- Nastavení systému pravidelných provozních setkání personálu jednoho oddělení a příslušných dobrovolníků (pravidelně např. 1x ročně), které poslouží k lepšímu vzájemnému poznání, zhodnocení a vyjasnění konkrétních situací, nové inspiraci pro rozvoj programu do budoucna a nastavení optimálního způsobu vzájemného přenosu informací mezi dobrovolníky a personálem.
- V případě rozšiřování typu činností o jednorázové aktivity (např. kulturní akce v atriu) je třeba počítat s personálními koordinačními nároky při organizační přípravě tohoto typu

##### **3. Zvýšení počtu stabilních dobrovolníků**

Úsilí o systematické navýšení počtu stabilních dobrovolníků v MNUL se může ubírat několika směry, v Ústí nad Labem bude pravděpodobně znamenat **nutnost vytvořit v programu „péče o dobrovolníky“ dvě linie, což znamená rozkrýt a rozpracovat následující varianty :**

- a) **Cílem je zlepšení a humanizace péče a prostředí nemocnice** – v tomto případě by do programu měli vstupovat dobrovolníci, kteří neřeší svou situaci, jsou ve „stavu energetického přebytku“, ze kterého mohou dávat a být tak „nástrojem naplňování potřeb druhých“.

K tomu je třeba :

- Aby primární pozornost byla zaměřena na potřeby pacienta (potřebná je dobrá spolupráce s personálem a znalost nemocniční situace)
- Aby koordinátorka měla vzhled do aktuální situace zdravotnického zařízení se znalostí fáze jeho aktuálního vývoje

- Aby koordinátorka znala aktuální nastavení zdravotnického personálu vzhledem k psychosociálním potřebám pacientů
- b) **Cílem a záměrem je pomoc lidem ve fázi hledání a obnovy smyslu jejich života** (např. nezaměstnaní, lidé v invalidním důchodu, handicapovaní) skrze pomoc druhým – v tomto případě je dobrovolník sám „cílovou skupinou“, ne jenom nástrojem pomoci jako v prvním případě.

Toto vyžaduje :

- Aby primární pozornost byla zaměřena na dobrovolníka jako objekt, kterému má být programem pomoci
- Adekvátní investici do podpory dobrovolníků (více osobního kontaktu s koordinátorkou, častější supervize...)
- Aby tomuto typu dobrovolníků byly vybírány adekvátní činnosti s ohledem na to, co on sám může nabídnout a co je pro něho rizikem
- c) **Cílem a záměrem je realizace obou linií zároveň** – v tomto případě je důležité nastavit a připravit vědomě tyto dvě linie a pro každou z nich zajistit adekvátní (hlavně personální) podmínky.

**Optimální spojení těchto dvou cílů vyžaduje soulad záměru a prostředku a je možné za předpokladu že :**

- Bude přesně definováno, co je „základní program“ - záměr, cílová skupina a způsob dosažení (nástroj)
- Bude přesně definováno „podprogram“ – záměr, cílová skupina a způsoby dosažení

Pokud se obě linie „smíchají“ bez tohoto vědomého rozlišení, může se z dobrovolnického programu v nemocnici stát „minové pole“ s řadou potenciálních konfliktů a nedorozumění vyplývajících z nevyjasněných záměrů a skutečných cílů programu a dobrovolnické činnosti.

Dobře prováděná souběžná realizace obou linií péče o dobrovolníky v nemocničním zařízení je **vhodným prototypem komunitního programu právě v takovém městě, kterým je Ústí nad Labem**. Na této platformě se může nově nastavit a rozvíjet budoucí forma spolupráce mezi Dobrovolnickým centrem Ústí nad Labem a dobrovolnické kanceláře Dobro-druh Masarykovy nemocnice.

**Dobrovolnický program v nemocnici  
zcela přirozeně přispívá k začleňování občanů do celospolečensky prospěšných aktivit a  
mohl by sloužit jako velice účinný nástroj v oblasti zdravotně osvětových programů.**

**Přílohy evaluační zprávy:**

- Grafické zpracování evaluačních dotazníků od čtyř skupin respondentů
- Výstupy z dotazníkové evaluace dobrovolnického programu v MNUL (prezentace připravená na semináři pro personál, který se měl uskutečnit koncem května 2007)
- Možnosti dalšího rozvoje dobrovolnického programu v Masarykově nemocnici Ústí nad Labem z pohledu garanta (prezentace připravená na semináři pro personál, který se měl uskutečnit koncem května 2007)

**Podklady pro zpracování evaluační zprávy :**

- Výsledky dotazníkové evaluace od personálu, dobrovolníků a koordinátorky za roky 2004 - 2006
- Výstupy ze setkání realizačního týmu za roky 2005 - 2006
- Výroční zpráva DCUL, o.s. za roky 2005 a 2006
- Výstupy z metodických konzultací s koordinátorkami dobrovolníků
- Tématický výstup ze supervize dobrovolníků v roce 2006
- Číselné podklady o programu za roky 2003 – 2005 z DCUL, za rok 2006 z MNUL

Dne 11.10.2007