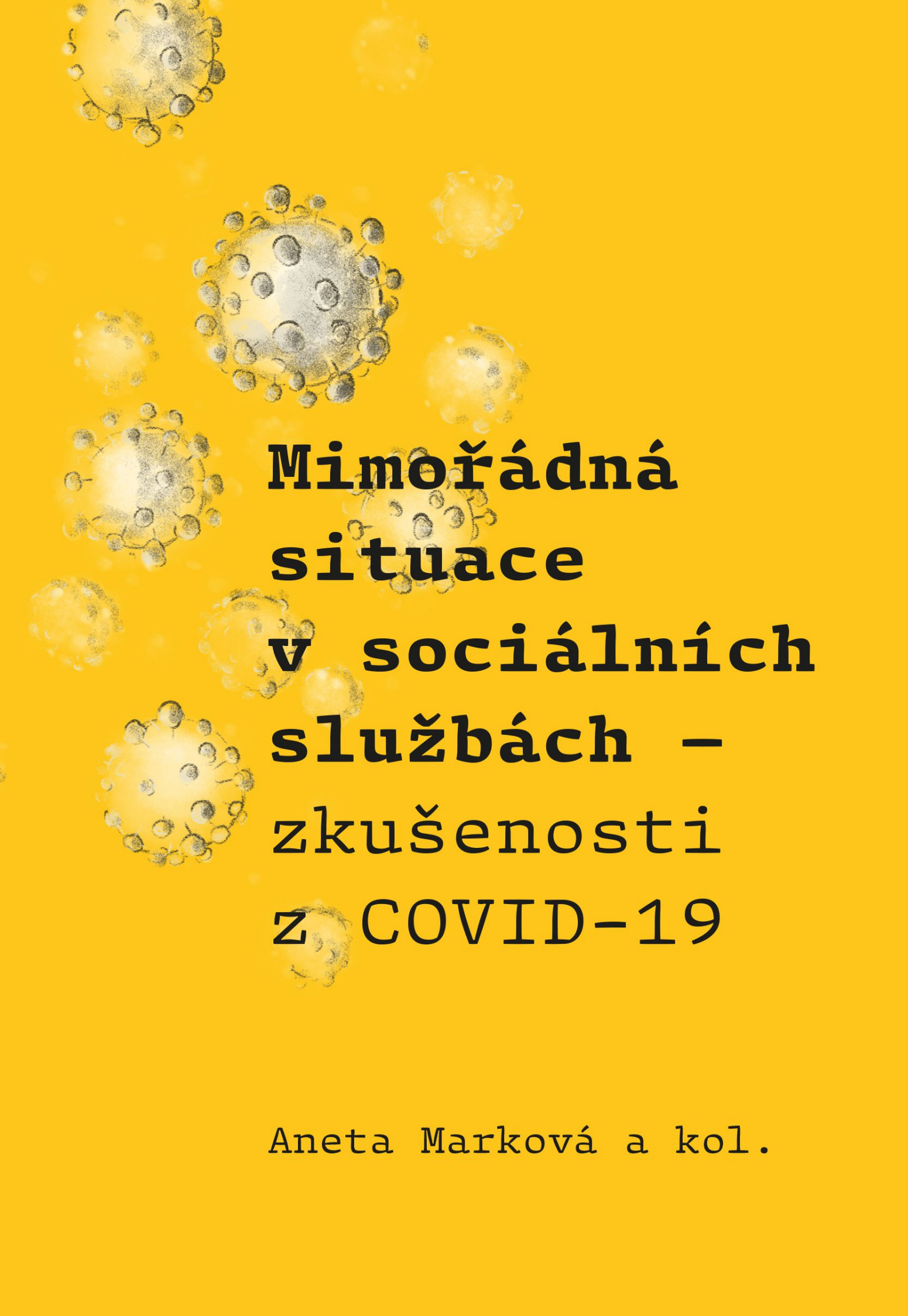


The background of the entire page is a solid bright yellow. Scattered across this background are several stylized, greyish-yellow virus particles. These particles are spherical with a textured, bumpy surface and are surrounded by numerous small, dark grey dots, giving them a three-dimensional, microscopic appearance. They are positioned at various angles and sizes, with some appearing more prominent than others.

# **Mimořádná situace v sociálních službách – zkušenosti z COVID-19**

Aneta Marková a kol.





## **Mimořádná situace v sociálních službách**



# **Mimořádná situace v sociálních službách**

zkušenosti z COVID-19

Aneta Marková a kol.

Pavel Mervart 2023

Tato kniha byla vytvořena se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci Programu ÉTA a je jedním z výstupů projektu TL05000413 „Změny ve vybraných sociálních službách zaměřených na osoby s postižením v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění“. Příjemci: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích / Pedagogická fakulta a Univerzita Hradec Králové / Pedagogická fakulta.

**T A**  
**Č R**

Tento projekt je spolufinancován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci Programu ÉTA.

[www.tacr.cz](http://www.tacr.cz)  
*Výzkum užitečný pro společnost.*

Recenzovali:

doc. PhDr. Ladislav Vaska, Ph.D.

prof. PhDr. Mgr. Jana Levická, PhD.

Mgr. Jan Vrbický

© Aneta Marková a kol., 2023

© Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta, 2023

© Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, 2023

© Nakladatelství Pavel Mervart, 2023

**ISBN 978-80-7465-617-0**

# Autoři publikace:

Mgr. Aneta Marková, Ph.D.<sup>1</sup>

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.<sup>2</sup>

doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.<sup>1,6</sup>

Mgr. et Mgr. Radka Prázdna, Ph.D.<sup>1</sup>

doc. PhDr. Pavel Zíkl, Ph.D.<sup>2</sup>

PhDr. Petra Bendová, Ph.D.<sup>2</sup>

PhDr. Ivana Havránková<sup>2</sup>

prof. RNDr. Vanda Bošíková, Ph.D.<sup>3</sup>

doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D.<sup>5</sup>

prof. RNDr. Aleš Macela, Dr.Sc.<sup>3,4</sup>

Mgr. Aneta Witzanyová<sup>7</sup>

Mgr. Milena Urbanová<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

<sup>2</sup> Pedagogická fakulta, Univerzita Hradec Králové

<sup>3</sup> IPS, Fakulta sociálních věd, Univerzita Karlova, Praha

<sup>4</sup> Fakulta vojenského zdravotnictví, Univerzita obrany, Brno

<sup>5</sup> Policejní akademie České republiky v Praze

<sup>6</sup> Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

<sup>7</sup> Autis Centrum, o.p.s.



# Obsah

|             |    |
|-------------|----|
| <b>Úvod</b> | 13 |
|-------------|----|

## **Odborné a teoretické vhledy do problematiky pandemie v sociálních službách**

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>1. Pohled virologa na problematiku<br/>sociálních služeb v době COVID-19</b>               | 19 |
| Infekce a infekční choroby                                                                    | 20 |
| Historie pandemií                                                                             | 21 |
| Faktory podmiňující vznik pandemií                                                            | 22 |
| Současný pohled na šíření biologických agens<br>s epidemickým či pandemickým potenciálem      | 23 |
| Charakteristika a přírodní rezervoár koronavirů<br>a jejich molekulárně biologické vlastnosti | 29 |
| Přenos SARS-CoV-2 v lidské populaci                                                           | 31 |
| Průběh onemocnění COVID-19 u člověka                                                          | 32 |
| Slovo závěrem                                                                                 | 33 |
| Literatura                                                                                    | 33 |
| <b>2. Právní otázky v sociálních službách<br/>v době COVID-19</b>                             | 37 |
| Základní lidská práva a sociální služby                                                       | 39 |
| Nouzový stav                                                                                  | 42 |
| Právní řešení krizové situace                                                                 | 44 |
| Právní otázky mimořádného nasazení v sociálních službách                                      | 46 |
| Návrhy de lege ferenda a pro praxi                                                            | 48 |
| Slovo závěrem                                                                                 | 51 |
| Literatura                                                                                    | 53 |

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| <b>3. Systém sociálních služeb v době COVID-19</b>      | 59 |
| Popis systému sociální ochrany a sociálních služeb v ČR | 59 |
| Základní přehled druhů sociálních služeb                | 66 |
| Sociální služby v ČR v době COVID-19                    | 84 |
| Slovo závěrem                                           | 89 |
| Literatura                                              | 90 |

## **Současné poznatky z výzkumu problematiky COVID-19 v sociálních službách**

|                                                                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>4. Poznatky ze zahraničí – Přístup ke krizovému řízení zvládnutí pandemie ve státech Evropské unie versus Spojené státy americké – poučení a výstupy</b>  | 97  |
| Slovo závěrem                                                                                                                                                | 107 |
| Literatura                                                                                                                                                   | 107 |
| <b>5. Poznatky z českého terénu – Přístup ke krizovému řízení zvládnutí pandemie v České republice</b>                                                       | 109 |
| Slovo závěrem                                                                                                                                                | 114 |
| Literatura                                                                                                                                                   | 115 |
| <b>6. Poznatky z výzkumu „Změny ve vybraných sociálních službách zaměřených na osoby s postižením v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění“</b> | 117 |
| Metodologie výzkumného šetření                                                                                                                               | 118 |
| Hlavní výsledky z výzkumného šetření – oblasti, kterým je v době pandemie potřeba věnovat pozornost                                                          | 122 |
| Hlavní výsledky z výzkumného šetření – potřeba jasných postupů a pravidel před, v průběhu a po vypuknutí pandemie                                            | 131 |

|               |     |
|---------------|-----|
| Slovo závěrem | 139 |
| Literatura    | 141 |

## **Praktické postupy pro poskytovatele sociálních služeb v dobách pandemie způsobené virovým onemocněním**

|                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>7. Denní stacionář</b>                                                   | 147 |
| Denní stacionář v dobách COVID-19                                           | 149 |
| Doporučený postup pro poskytovatele sociální služby                         | 155 |
| Slovo závěrem                                                               | 167 |
| Literatura                                                                  | 168 |
| <b>8. Týdenní stacionář</b>                                                 | 173 |
| Týdenní stacionář v dobách COVID-19                                         | 175 |
| Doporučený postup pro poskytovatele sociální služby<br>týdenního stacionáře | 180 |
| Slovo závěrem                                                               | 193 |
| Literatura                                                                  | 194 |
| <b>9. Domov pro osoby se zdravotním postižením</b>                          | 197 |
| Domov pro osoby se zdravotním postižením<br>v dobách COVID-19               | 199 |
| Dopad na uživatele služeb DOZP                                              | 200 |
| Doporučený postup pro poskytovatele sociálních služeb                       | 206 |
| Slovo závěrem                                                               | 215 |
| Literatura                                                                  | 215 |
| <b>10. Osobní asistence</b>                                                 | 219 |
| Osobní asistence (OA) v dobách COVID-19                                     | 221 |
| Doporučený postup pro poskytovatele sociální služby<br>osobní asistence     | 236 |
| Slovo závěrem                                                               | 252 |
| Literatura                                                                  | 253 |

|                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>11. Raná péče</b>                                                                   | 257 |
| Raná péče v dobách COVID-19                                                            | 260 |
| Doporučený postup pro poskytovatele sociálních služeb<br>a příklady z praxe/kazuistiky | 267 |
| Slovo závěrem                                                                          | 280 |
| Literatura                                                                             | 281 |
| <b>Závěr</b>                                                                           | 285 |
| <b>Summary</b>                                                                         | 287 |
| <b>Jmenný rejstřík</b>                                                                 | 293 |
| <b>Věcný rejstřík</b>                                                                  | 295 |

# Úvod

V České republice působí více než 2000 poskytovatelů sociálních služeb, kteří své služby poskytují přibližně 700 tisícům klientů. Poskytovatelé pomáhají svým klientům řešit nepříznivou sociální situaci formou, která zaručuje zachování lidské důstojnosti, respektuje jejich individuální potřeby, a snaží se posílit jejich schopnost začlenění do společnosti v přirozeném sociálním prostředí. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel, nejčastěji osobám se zdravotním postižením, seniorům, ale i lidem, kteří jsou ohroženi sociálním znevýhodněním či vyloučením. Právě tito lidé představují jednu z nejrizikovějších, nejslabších skupin v případě situací, jakými jsou epidemicky či pandemicky se šířící infekční nemoci. Pro tyto rizikové skupiny je naprosto nezbytnou nutností pomoc komunity, protože sami o sobě mají obtíže se s danou situací ať už psychicky či fyzicky vypořádat.

V uplynulých letech jsme byli svědky první celosvětové pandemie onemocnění COVID-19. Onemocnění, u kterého nebylo známo, jakou má závažnost, odkud pochází, jak a jak rychle se přenáší a jak se proti němu bránit. Daná situace vyvolala v mnohých z nás obavy, strach, nejistotu, a hlavně pocit závažného ohrožení sebe a svých blízkých. S postupným šířením onemocnění začaly vlády jednotlivých

států vyhlášovat do té doby neznámá opatření a vládní nařízení, která velmi často stála na principu sociální izolace.

Poskytovatelé sociálních služeb čelili velkému množství problémů v čele s otázkou jednoznačné metodické podpory a s ní spojeným jasným postupem řešení nastalé situace. Poskytovatelé sociálních služeb se tedy museli vypořádat nejen s novými riziky vyplývající z pandemie infekčního onemocnění a s novými pravidly v otázce hygienických opatření, ochranných pomůcek a testování, ale zejména byli často nuceni dělat kompromisy mezi vystavením sebe (a potažmo i svých nejbližších) vyššímu riziku nákazy a zachováním běžné pracovní činnosti.

Předkládaná publikace reflektuje dosavadní zkušenosti z proběhlé pandemické situace a na podkladě výzkumu předkládá náměty, doporučení a inspiraci pro poskytovatele sociálních služeb. Naším cílem je pomoci poskytovatelům sociálních služeb v případě, že by obdobná situace přišla v budoucnu a byla doprovázena stejnými nejasnými otázkami v oblasti řízení, jako tomu bylo v době pandemie COVID-19.

Publikace vychází předně z výsledků výzkumného šetření realizovaného v rámci projektu „Změny ve vybraných sociálních službách zaměřených na osoby s postižením v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění“ (TL05000413), jehož cílem bylo zmapovat postupy vybraných typů sociálních služeb v době karanténních opatření při pandemii onemocnění COVID-19. Výzkum byl primárně soustředěn na konkrétní druhy sociálních služeb, konkrétně na denní a týdenní stacionáře, ranou péči, osobní asistenci a domovy pro osoby se zdravotním postižením. Pro tyto služby jsou v závěrečné části představeny doporučující postupy. Na celém výzkumu včetně prezentace jednotlivých částí spolupracovali pracovníci pedagogických fakult z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a Univerzity Hradec Králové, jmenovitě dr. Radka Prázdna, doc. Adéla Mojžíšová, dr. Zuzana Truhlářová, dr. Ivana Havránková, dr. Petra Bendová, doc. Pavel Zíkl a Mgr. Michal Nesládek pod vedením dr. Anety Markové. Prezentované výsledky z výzkumu těchto autorů tak jsou společným dílem všech výše zmíněných. Zároveň je publikace doplněna

o pohled na danou situaci ze strany virologa a právníka. Na základě jednotlivých fází výzkumu se totiž ukázalo, že právě tyto dvě oblasti byly pro zorientování se v problematice probíhající pandemie zásadní. Doufáme tak, že publikace včetně prezentovaných výsledků z výzkumného šetření bude užitečná nejen poskytovatelům sociálních služeb a akademické obci, ale všem aktérům, kteří se podílejí na poskytování sociálních služeb v České republice.

Publikace je členěna do tří oblastí, které na sebe logicky navazují. V první části je pozornost soustředěna na teoretické vymezení proběhlé pandemie a odborný vhled na proběhlou situaci v České republice. Na základě zkušeností a odbornosti virologa objasňuje první kapitola podstatu virových onemocnění a postupy, kterými bychom se v době závažné epidemiologické situace měli z hlediska krizového managementu jako společnost řídit. Následuje vhled do právních a etických aspektů, které onemocnění COVID-19 přineslo do české legislativy. Další kapitola představuje charakteristiku sociálních služeb v České republice a objasňuje postupy, které v době pandemie byly ve společnosti uplatňovány. Ve druhé části se čtenář seznámí s dosavadním poznáním v otázce sociálních služeb v době COVID-19. Na podkladě zahraničních a českých studií jsou předkládány výsledky výzkumů, které mohou být nápomocny při úvahách o zavádění nových opatření v sociálních službách. Zároveň je ve druhé části publikace uveden popis vlastního realizovaného výzkumu a jeho stěžejních výsledků. Třetí část publikace je poté věnována pěti vybraným druhům sociálních služeb, přičemž představuje hlavní zjištění z realizovaného výzkumu v kontextu dané služby a poskytuje inspiraci pro poskytovatele sociálních služeb.

Tato kniha je věnována všem pracovníkům, dobrovolníkům a poskytovatelům sociálních služeb, kteří v dobách pandemie COVID-19 pomáhali zajistit chod a fungování sociálních služeb, zejména těm, kteří i přes hrozbu vlastního rizika vykonávali přímou práci s klienty. Byla to náročná doba, na kterou byl málokdo z nás připraven.



# **Odborné a teoretické vhledy do problematiky pandemie v sociálních službách**



# **1. Pohled virologa na problematiku sociálních služeb v době COVID-19**

prof. RNDr. Vanda Bošáková, Ph.D.,  
prof. RNDr. Aleš Macela, Dr.Sc.

Vědci dlouhodobě varovali a stále varují i do budoucna před akcelerací obzvláště nových infekčních nemocí, obzvláště virového původu, které v případě, že v sobě nesou epidemický či pandemický potenciál, mohou lidstvu způsobit značné problémy. Nový lidský koronavirus SARS-CoV-2 vyvolal před více než třemi lety pandemii, která dosud způsobila téměř sedm milionů úmrtí a infikovala více než 670 milionů osob na všech osídlených kontinentech Země. Značné množství přeživších po prodělání vysoce infekčního onemocnění COVID-19, způsobeného zmiňovaným virem, bojuje s mnohdy závažnými následky v podobě postcovidového syndromu označovaného jako takzvaný dlouhý covid (long covid). Infekce virem SARS-CoV-2 postihuje jak fyzické, tak duševní zdraví mnoha pacientů.

Pandemie SARS-CoV-2 velmi úspěšně prolomila systém zdravotnického zabezpečení mnoha států, došlo k množství nálezů zdravotnického personálu, sester, lékařů i pomocného zdravotního personálu stejně jako pracovníků a pečovateli v sociálních službách a řady dalších profesí vyznačujících se blízkými kontakty. Průběh pandemie ukázal na značnou nepřípravenost zdravotnictví v oblasti veřejného zdraví, laboratorního kompartmentu a intenzivní péče, především v možnostech zabezpečení a důsledném dodržování protiepidemických

opatření. V průběhu pandemie bylo nezbytné uzavření škol, nemocnic, ale i izolace větších územních celků. Ekonomický dopad pandemie byl zásadní, ať už v oblasti dopravy, obzvláště letecké, ve školství, zaměstnanosti, výrobních kapacitách či ekonomické infrastruktuře. Situace poukázala na nutnost okamžité reakce a sjednocení zdravotnických postupů jak na lokální, tak na mezinárodní úrovni. Potvrdila nutnost přípravy národních zdravotnických složek pro realizaci základních protiepidemických opatření v době výskytu vysoce virulentních nákaz a sladění vedení a řízení krizového managementu.

Rozpoznání nástupu epidemického nebo pandemického šíření biologických agens je i v 21. století se všemi jeho existujícími technologiemi a vědeckými poznatky velkou výzvou, stejně jako úspěšné zvládnutí těchto situací. Důvodem je nepopiratelný fakt biologické rozmanitosti a jejich zákonitostí, které jsou pro nás stále velmi obtížně předvídatelné a prakticky nekontrolovatelné (Jones et al., 2008; Shi, 2013; WHO, 2021).

## **Infekce a infekční choroby**

Infekční choroby jsou vyvolány choroboplodnými zárodky, tedy viry, bakteriemi, houbami (nejčastěji plísněmi) či parazity. Bakterie poprvé spatřil roku 1676 přírodovědec Antoni van Leeuwenhoek pod mikroskopem, který sám sestavil. Vztah mezi mikroorganismy a chorobami pochopil v polovině devatenáctého století Louis Pasteur, který prosazoval názor, že bakterie nevznikají spontánně z neživé hmoty. Viry objevil ruský botanik Dmitrij Ivanovskij, který v roce 1892 prokázal přenos mozaikové choroby tabáku roztokem připraveným z nemocných rostlin filtrovaných přes mikrobiologické síto, kterým bakterie neprocházejí.

Podle doby trvání a intenzity průběhu dělíme infekce na akutní a chronické, přičemž mezi akutní řadíme ještě skupinu infekcí

superakutních (fulminantních), které mají velice rychlý průběh s velice dramatickými příznaky. Akutní infekce probíhají v řádu dní a jejich odeznívání trvá delší dobu. Chronické infekce mohou probíhat i řadu let, buď zcela bezpříznakově, či s příznaky, které mohou mít setrvalou formu či se postupně zhoršují.

Některé patogeny se nejsou schopny šířit infikováním z člověka na člověka, nemohou tedy zasáhnout větší počet lidí, když se tito lidé nesetkají přímo se zdrojem nákazy. Naopak jiné patogeny se mohou šířit kapénkami (aerosolem) či prachem kontaminovaného prostředí z člověka na člověka, a mohou tak vyvolat epidemii či pandemii. Typickým příkladem jsou chřipkové viry, z nichž některé v sobě nesou i pandemický potenciál (Jones et al., 2008; Lang et al., 2001).

## Historie pandemií

Historicky první známá velká pandemie postihla oblast města Megiddo v Kanaánu (dnes severní Izrael). Hliněné destičky nalezené v horním Egyptě obsahují text adresovaný faraonu Amenhotepovi III., který říká, že uvedenou oblast „pohlcuje smrt, mor a prach“.

Antický svět sužovaly „morové rány“ opakovaně, i když jistotu, že etiologickým agens byla skutečně bakterie *Yersinia pestis*, nemáme. Pandemii nazvanou Antonínův mor popsal řecký lékař Galen. Infekce zasáhla celou Římskou říši v době vlády Marca Aurelia Antonia Augusta (odtud pojmenování Antonínův mor). Starověké zdroje udávají, že se tato pandemie objevila během římského obléhání mezopotámského města Seleucia nedaleko Bagdádu. Posléze se rozšířila, pravděpodobně spolu s přesuny římských legií, do celé říše. Celkový počet obětí se odhaduje na pět až deset milionů, což v dané době představovalo zhruba deset procent populace říše.

Nicméně pandemie z let 541 až 544 n. l. se již zcela jistě moru týkala. Název Justiniánův mor byl odvozen od jména tehdejšího

panovníka, byzantského císaře Justiniána. Šlo o bubonický neboli dýmějový mor, jehož původcem byla bakterie *Yersinia pestis*. Mor se nejprve objevil v Etiopii a rychle se rozšířil do Egypta. Díky vojenským aktivitám v průběhu byzantsko-perského konfliktu se infekce šířila po celém Středomoří, do Mezopotámie, Galie a Irska. V samotné Konstantinopoli zemřela třetina obyvatelstva. Pandemická situace trvala přibližně tři roky, po intermezzu trvajícím zhruba osm let se mor vrátil a jeho epidemický výskyt se opakoval asi ve čtyřletých intervalech až do roku 622. V následujících 200 letech se epidemické vlny moru přiblížily až k Irsku, Iberskému poloostrovu, k Saharě a rovněž do některých částí jižní a východní Asie. Odhaduje se, že Justiniánův mor měl na svědomí 30 až 50 milionů obětí.

Z dnešního pohledu je velice významné, že v sedmém století našeho letopočtu byl poprvé dán do souvislosti pohyb lidí a zboží s šířením moru a poprvé byla navržena a vyzkoušena primitivní metoda prevence šíření zablokováním pohybu lidí a zboží v rámci obchodního styku. Poznání bylo založeno na faktu, že většina zboží přicházela po moři a mor viditelně postupoval z přístavů do vnitrozemí. Rovněž bylo známo, že k šíření moru přispívá migrace lidí z měst zasažených pandemií do míst do té doby nákazy prostých (Abubakar et al., 2019; Boštíková, 2020).

## Faktory podmiňující vznik pandemií

Pro rozvoj pandemie je potřeba splnit určité podmínky. V první řadě je to růst světové populace a otázka její organizace. Současné demografické modely ukazují, že v roce 2050 bude žít ve městech převážně na africkém nebo asijském kontinentu až 66 procent světové populace. Tedy v subtropických nebo tropických oblastech, s bohatou přírodní diverzitou, chudou infrastrukturou, problematickým zdravotním systémem, neboli v podmínkách ideálních pro šíření infekčních nemocí.

Druhým faktorem je cestování. Zvyšuje se jak jeho rychlost, tak jeho objem. V současnosti nás letadlo přepraví mezi dvěma nejvzdálenějšími body na Zemi v kratším čase, než je inkubační doba jakékoli infekční nemoci. V následujících dvaceti letech se odhaduje zdvojnásobení objemu počtu cestujících a opět se na tomto vzestupu bude zásadně podílet asijská populace.

Třetím faktorem jsou zvířata. Netopýři, kaloni, hlodavci či tropické invazivní druhy komárů jsou známými rezervoáry širokého spektra virů a bakterií. Velký vliv na vývoj situace má i neustále se zvyšující počet domestikovaných zvířat. Například virus chřipky dokáže infikovat více než tisíc živočišných druhů.

Čtvrtým faktorem jsou změny přírodního prostředí a klimatu. Jednou z lidských činností s vysoce negativním dopadem je odlesňování tropického pralesa, které mimo jiné kvůli své masivnosti mění charakter klimatu (typickým příkladem je odlesňování Konžské pánve v Africe v důsledku povrchové těžby).

S tím úzce souvisí faktor pátý, a to ozbrojené válečné konflikty a přírodní katastrofy. Dále nelze opominout otázku kvality zdravotnické péče a dostatku či nedostatku lékařů a zdravotnického personálu.

V neposlední řadě je velmi palčivá otázka sociálních sítí, rychlosti předávání informací, digitalizace a využívání kybernetického prostoru pro šíření dat a informací, bohužel včetně dezinformací, nepravdivých informací, případně „škodlivých“ informací, ale i falešných zpráv (Bošťíková, 2020; LePage, 2021; Havlík, 2022).

## **Současný pohled na šíření biologických agens s epidemickým či pandemickým potenciálem**

Podle americké organizace Centers for Disease Control and Prevention v Atlantě (CDC) je epidemie definována jako „výskyt většího

počtu případů onemocnění, úrazů nebo jiného zdravotního stavu, než se v dané oblasti nebo u konkrétní skupiny osob během určitého období očekává. Obvykle se předpokládá, že případy mají společnou příčinu nebo spolu nějakým způsobem souvisejí.“ Epidemie tak nemusejí být nutně infekčního původu (podle WHO existuje například epidemie obezity), většinou se však tento termín užívá právě pro šíření infekčního onemocnění, které ale nemusí být nutně přenosné z člověka na člověka. Typickým příkladem je Západonilská horečka – West Nile virus –, jejíž opakované epidemie ve specifických lokalitách subtropických či tropických lokalit vyvolávají určité druhy invazivních tropických druhů moskytů.

Vzhledem k vysoké generační obměně virových a bakteriálních patogenů dochází k mutacím, které mění vztah patogenu a jeho hostitele změnou virulence či změnou schopnosti vazby na buňky cílového organismu. Rovněž patogen, který je endemický v určité oblasti, vyskytuje se tam trvale a je v opakujícím se kontaktu s populací tam žijících hostitelů, nemusí způsobovat vážné zdravotní problémy. Když však takovýto patogen vstoupí do takzvané naivní populace hostitelů, která se s ním dosud nikdy nesesetkala, může vyvolat epidemii s velice závažnými zdravotními, sociálními a ekonomickými důsledky. Typickým příkladem je vstup viru SARS-CoV-2 do lidské populace a jeho postupná proměna sérií mutací. Jiným příkladem může být přenos evropských virů (neštovice, spalničky) a bakterií španělskými kolonizátory do Střední a Jižní Ameriky. Od roku 1520 a následně od roku 1530 epidemie neštovic a spalniček, tedy epidemie nově zavlečených chorob, se kterými se tamní obyvatelstvo nikdy předtím nesesetkalo, decimovaly domorodé obyvatelstvo Latinské a Jižní Ameriky.

Změna hostitele či rozšíření patogenu na nové lokality dávají vznik takzvaně nově se objevujícím či znovu se objevujícím infekcím. Právě takovéto infekce mají epidemický potenciál, protože patogen vstupuje do naivní populace hostitelů.

Byla vytvořena jednoduchá klasifikace, která nově se objevující infekce třídí podle původu, bráno vzhledem k lidské populaci. Jsou

to jednak „nově se objevující infekce“, které u lidí dříve nebyly popsány, například HIV/AIDS, dále jsou to „znovu se objevující infekce“ znamenající onemocnění, která se rozšířila na nová místa nebo která předchozí léčba již nekontroluje. Další dvě kategorie se týkají infekcí, jejichž původce byl uměle vytvořen, jsou to „záměrně se objevující infekční onemocnění“ vztahující se na původce vytvořené s cílem teroristického či vojenského zneužití, a konečně „náhodně se objevující infekční onemocnění“ způsobené neúmyslným rozšířením lidmi (Fantini et al., 2021; Karim et al., 2021; Kupferschmidt, 2021).

### Současnost 21. století a výskyt epidemií či pandemií v tomto období

Epidemie současnosti z velké části splňují kritéria pro zařazení do některé z kategorií nově či znovu se vyskytujících onemocnění (The Nation, 2020; Ghebreyesus, 2020). Jedná se například o:

- SARS (těžký akutní respirační syndrom, syndrom náhlého selhání dýchání či také syndrom akutního respiračního selhání), onemocnění, které vyvolává koronavirus označený SARS-CoV-1. Epidemie tohoto viru proběhla v letech 2002–2004, kdy zasáhla Hongkong, Vietnam, Singapur, Kanadu a bylo registrováno téměř osm tisíc případů onemocnění, mortalita dosáhla sedmi procent.
- MERS (středně-východní respirační syndrom CoV, Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus), epidemii vyvolal koronavirus MERS-CoV z čeledi *Coronaviridae*, který je příbuzný viru SARS-CoV-1. Virus a sám o sobě je znám od roku 2012, k epidemii však došlo až o rok později.
- Ebola (virová krvácivá horečka Ebola), jedná se o vysoce nebezpečné virové onemocnění, původcem je filovirus *Ebola*. Poprvé byl virus detekován v Africe v roce 1976. Od té doby ho opakovaně zaznamenáváme v desítkách až stovkách případů

ročně například v Jihoafrické republice, v Ugandě či v Demokratické republice Kongo. Zásadní epidemie eboly proběhla ve státech Západní Afriky v letech 2013–2016, kdy postihla několik desítek tisíc převážně domorodých obyvatel Guinei, Sierra Leone a Libérie.

- Zika (horečka Zika), první velká epidemie způsobená virem Zika byla monitorována v Mikronésii, kde v dubnu až květnu 2007 onemocnělo 185 lidí. Původcem horečky je *Zika virus* z čeledi *Flaviviridae*, který je přenášen komáry druhu *Aedes aegypti*, existuje ale důvodné podezření, že je přenášen i mezilidským pohlavním stykem. Velice známá a pro média atraktivní byla epidemie probíhající v letech 2015 a 2016 v jižní Americe, kdy bylo reálně potvrzeno téměř 175 tisíc případů onemocnění, suspektních případů bylo více než půl milionu.
- *Parotitis epidemica* (příušnice), onemocnění vyvolává jeden z paramyxovirů *virus parotitidis*. V letech 2004 až 2005 bylo ve Velké Británii zaznamenáno 56 tisíc případů, v USA v roce 2006 přibližně šest tisíc případů, v roce 2009 v Makedonii 16 350 případů. V roce 2010 se příušnice znovu objevily v New Yorku, zaznamenáno bylo celkem 3500 případů. V České republice se mírná epidemie příušnic objevuje přibližně ve dvou až pětiletých cyklech.
- *Morbilli* (spalničky), etiologickým agens spalniček je *Morbillivirus* z čeledi *Paramyxoviridae*. V roce 2015 se objevily spalničky v Berlíně (zaznamenáno bylo přibližně 500 případů) stejně jako ve Spojených státech a Kanadě. V České republice se od roku 2014 objevuje prakticky každoročně několik set případů.

## Syndemie

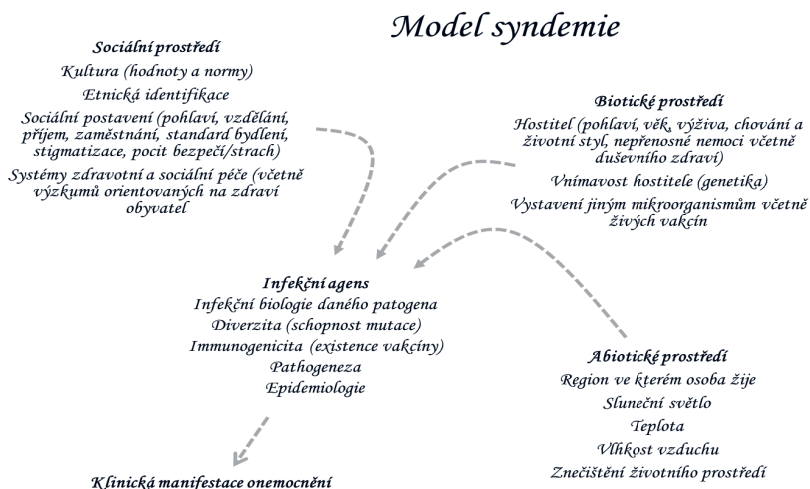
Volné pandemické šíření patogenního mikroorganismu v populaci může být zodpovědné za takzvanou syndemii. Jde o souběh dvou

nebo více onemocnění epidemicky se šířící v populaci a zhoršující prognózu návratu k původnímu stavu. Poprvé bylo toto označení užito v devadesátých letech minulého století Merrillem Singerem, a to v souvislosti s epidemickým šířením infekce virem HIV, původcem onemocnění AIDS.

K názvu syndemie vedlo poznání synergie sociálních vztahů napříč sociální třídou, rasou, pohlavím a sexuální orientací na straně jedné a úrovní veřejného zdravotnictví, epidemiologických podmínek či kategorie přenosu nemocí na straně druhé.

Později byla rozpracována celá teorie syndemického přístupu k onemocnění, které vyplývalo z integrace biologických, abiotických a sociálních vlivů. Následovalo odvození principů integrovaného přístupu k onemocnění jednotlivce a šíření jak infekčních, tak neinfekčních onemocnění v populaci (obrázek č. 1)

Integrovaný přístup k pochopení podstaty zdravotního problému by měl být efektivnější jak ve fázi diagnostiky onemocnění, tak ve



Obrázek č. 1: Zjednodušené schéma syndemického přístupu k anamnéze zdravotního stavu pacienta (autor: prof. Macela)

fázi terapie i rekonvalescence. Celý systém připomíná systém rodinných lékařů, nicméně může narazit na limity počtu dostupných lékařů a tvorbu rozsáhlých strukturovaných databází. Ty by měly obsahovat osobnostní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu včetně anamnézy farmakologické a toxikologické (abúzus) a aktuální informace vztahující se k momentálnímu zdravotnímu stavu pacienta.

Integrovaný přístup k analýze neinfekčních i infekčních onemocnění byl použit k objasnění synergií při vzniku řady zdravotních problémů. Jedná se například o onemocnění v důsledku stravovacích návyků, například aterosklerózy, hypertenze nebo dny. Několik studií využilo syndemický přístup k analýze vztahu socioekonomických a politických faktorů s pohlavně přenosnými chorobami včetně infekce virem HIV/AIDS. Bio-psycho-sociální přístup byl použit pro podrobnější analýzu podstaty tuberkulózy, kde významnou roli hraje stres. V případě tuberkulózy jde navíc o signifikantní syndemii AIDS a TBC, kdy bude lépe použít multidisciplinární přístupy, které mykobakteriální infekci a infekci virem HIV budou posuzovat společně, a ne jako samostatné zdravotní problémy.

Rovněž probíhající pandemie COVID-19 byla označena jako syndemie. Synergický vliv na průběh infekce SARS-CoV-2 virem byl prokázán u onemocnění dalšími infekčními chorobami (tuberkulóza, borelióza nebo AIDS), neinfekčními zdravotními problémy (obezita, hypertenze), psychickými problémy (stres), ale i s věkem pacienta. V průběhu pandemie byla identifikována řada komorbidit s fatálními následky pro pacienta. Syndemie se tak stává velice závažným problémem v okamžiku, kdy do populace vstoupí infekční agens s pandemickým potenciálem (Fakhruddin et al., 2020).

# Charakteristika a přírodní rezervoár koronavirů a jejich molekulárně biologické vlastnosti

Koronaviry patří mezi celosvětově běžně se vyskytující viry, poprvé popsané v šedesátých letech minulého století. SARS-CoV-2 vyvolávající onemocnění COVID-19 je v pořadí sedmým známým koronavirem, o kterém víme, že infikuje člověka. Patří do skupiny beta koronavirů, spolu s virem OC43, HKU1, SARS-CoV-1, SARS-CoV-2 a MERS-CoV. Ze skupiny alfa koronavirů je to virus 229E a NL63. Kromě alfa a beta koronavirů rozeznáváme ještě gama a delta koronaviry, kam spadají viry infikující výhradně zvířata. Jak alfa, tak beta koronaviry zodpovídají za řadu naprosto běžných nezávažných nachlazení a infekcí dolních cest dýchacích. OC43 a NL63 vyvolávají zhruba dvě až deset procent případů nemoci z nachlazení, nicméně mohou být příčinou i exacerbace astmatu *bronchiale* nebo CHOPN. OC43 je schopen za určitých podmínek vyvolat i infekce gastrointestinálního traktu (Hamming et al., 2004; Tang et al., 2006; Weaver et al., 2010).

## Přírodní rezervoár koronavirů

Přírodním rezervoárem viru SARS-CoV-2 jsou netopýři – vrápenci. Čína je oblastí, která takřka ideálně splňuje podmínky pro virové mezihostitelské přeskoky. K tomu přispívá provozování takzvaných mokřých tržišť. Podmínky v Číně v současnosti napomáhají tomu, že člověk nemusí být výhradně lovcem divoké zvěře, aby se infikoval. Na čínském venkově dlouhodobě a opakovaně dochází ke konstantnímu promíchávání různých virů, a to vytváří vysokou pravděpodobnost vzniku nových nebezpečných patogenů. Například v blízkosti jeskynního systému v provincii Yuannan se nacházejí vesnice

v oblasti ideální pro výskyt netopýrů (mírně kopcovitý terén, porosty hlohů, pomerančovníků, ořechů a růží). Obyvatelstvo dlouhodobě potvrzuje výskyt a přelety netopýrů nejen v okolí, ale i přímo nad vesnicemi. V říjnu 2005 byl proveden ve čtyřech vesnicích odběr krve u více než 200 obyvatel. Šest osob mělo protilátky proti netopýřímu SARS, ačkoli ani jedna osoba se neživila lovem divoké zvěře. Všichni tito pozitivní lidé byli bez zdravotních obtíží, netrpěli nikdy v minulosti pneumoniemi ani žádnými dalšími symptomy, typickými pro závažné respirační onemocnění. Odebraný materiál z netopýrů odchycených v jeskyních byl pozitivní na přítomnost genetické sekvence koronaviru, z 97 procent identické s genetickou sekvencí viru SARS-CoV-1. Tento nález uzavřel otázku zoonotického rezervoáru původu SARS-CoV-1. A zároveň přispěl k tomu, že část mikrobiologů a virologů vidí původ současné pandemie SARS-CoV-2 jako výsledek klasického mezihostitelského přeskočků (Boščíková, 2020; Woo et al., 2006; Tang et al., 2006).

## Molekulárně biologické vlastnosti koronavirů

Koronaviry jsou jednovláknové RNA obalené viry. Hlavním faktorem virulence koronavirů je glykoprotein S, který se vyskytuje na povrchu virionu a jehož funkce spočívá v navázání se na buněčné receptory. Tento glykoprotein zprostředkovává infekci lidských buněk a je cílovou strukturou většiny v současnosti konstruovaných vakcín, stejně jako na protilátkách založených terapií. Nové mutace v této oblasti viru mohou ovlivnit jak jeho transmissi, tak rezistenci. Obavy vzbuzují také nálezy rekombinantních forem viru vznikajících mezi cirkulujícími kmeny.

Nově cirkulující varianty viru jsou v současnosti pod silným selekčním tlakem protiepidemických opatření. Virus mutuje rychlostí jedné až dvou mutací za měsíc, a když je mutace pro virus výhodná, může postupně převážit. Receptorem, který virus využívá

pro vstup do lidské buňky, je ACE2 (angiotenzin konvertující enzym 2). Afinita SARS-CoV-2 proteinu je deset až dvacetkrát vyšší k ACE2 než u SARS-CoV-1. Vyskytuje se převážně v endotelu, ale je exprimován také v plicním parenchymu, a právě proto virus vyvolává infekce dolních cest dýchacích.

Po dvou letech pandemického šíření SARS-CoV-2 se objevila varianta omikron, která nahromadila ve svém S proteinu 30 mutačních změn. Z nich deset se nachází v proteinové doméně, která odpovídá za vazbu k ACE2 receptoru na lidských hostitelských buňkách. Tyto změny viru navozené mutacemi mají za následek změny ve vzájemných vztazích s hostitelem. Podmiňují schopnost SARS-CoV-2 viru znovu infikovat osobu, která již onemocněla COVID-19 prodělala, umožňují rezistenci na protilátky vzniklé po infekci či vakcinaci, stejně jako podmiňují změnu rychlosti šíření viru v populaci (Gallagher et al., 2001; Zhou et al., 2020; Colson et al., 2020).

## Přenos SARS-CoV-2 v lidské populaci

Přenos viru se děje kapénkovou nákazou a dotykem přes kontaminované povrchy. Z těchto důvodů jsou proto důležité jak roušky, tak respirátory, a extrémně důležité jsou hygiena rukou a dezinfekce povrchů. Virus zůstává v životaschopném infekčním stavu na plastech stejně jako na kovech dva až tři dny, na papíru 24 hodin a v klimatizaci přibližně tři hodiny.

Vnímavost lidí k této virové infekci je všeobecná. Podobně jako u jiných virových agens postihujících respirační trakt hraje významnou roli velikost infekční dávky – tedy počet virových kopií. Velikost infekční dávky je limitována virovou náloží v sekretech nemocných osob a vzdáleností při vzájemném kontaktu zdroje a vnímavé osoby, především při úzkém kontaktu tváří v tvář (množství osob v uzavřených prostorách typu výtahu, autobusu, tramvaje, čekárny, ambulance).

Jak pro zdravotníky, tak pro sociální pracovníky je velmi důležitý fakt možného nozokomiálního přenosu viru při provádění léčebných zákroků (resuscitace, endotracheální intubace, odsávání dýchacích cest, odběr sputa) či práce s klienty sociální péče v blízkém kontaktu – to navozuje možnost vzdušného přenosu a následnou kontaminaci zevního prostředí. K tvorbě sekundárního aerosolu může docházet při manipulaci či odkládání ochranných prostředků (pokrývky hlavy, masky, štítu, brýlí, rukavic, pláště), při použití inhalátorů (Ge et al., 2013; Hertzberg et al., 2018; Wu et al., 2020; Tao et al., 2021).

## **Průběh onemocnění COVID-19 u člověka**

Inkubační doba onemocnění COVID-19 je krátká, pohybuje se mezi pěti až čtrnácti dny a může být ovlivněna jak velikostí virové nálože, tak dobou expozice. Klinický obraz onemocnění je proměnlivý.

První kategorie zahrnuje onemocnění s asymptomatickým průběhem, tedy bez klinických projevů, pacient má normální nález RTG plic, nicméně je přítomen pozitivní výsledek testu na přítomnost virové nukleové kyseliny. Jde o nejčastější formu infekce, která je typická pro zdravé osoby, exponované jen malému množství viru. Infekce tedy proběhne buď zcela bez příznaků, nebo s minimálními projevy typu zvýšené teploty, rýmy, poruchy čichu, eventuálně chuti.

Druhá kategorie je typická mírným průběhem onemocnění s příznaky onemocnění horních cest dýchacích včetně horečky, bolesti svalů, slabosti, kašle, bolesti v krku, sekrece z nosu a kýčání. V některých případech je průběh bez teploty, eventuálně se dostaví pouze gastrointestinální příznaky, například nauzea, zvracení, bolesti břicha a průjem.

Třetí kategorie se vyznačuje středně závažným průběhem s pneumonií, častou horečkou, suchým kašlem, následovaným kašlem produktivním.

Těžký průběh je charakteristický pro čtvrtou kategorii. Představuje časté respirační příznaky, horečku a kašel, které mohou být doprovázeny gastrointestinálními příznaky, specificky průjmem. Onemocnění má progresivní průběh během jednoho týdne, rozvíjí se dušnost s centrální cyanózou. Saturace klesá pod 92 procent a objevují se klinické známky hypoxie.

Pátá kategorie, to je kriticky závažný stav, který může progredovat do syndromu akutního respiračního distresu nebo respiračního selhání. Může nastat situace, kdy se rozvine šok, encefalopatie, poškození myokardu nebo srdeční selhání, poruchy koagulace a akutní poškození ledvin. Orgánové poškození může vést k ohrožení života pacienta (Hwang et al., 2014; Harvey et al., 2021; Karim et al., 2021).

## Slovo závěrem

Všechna tato doporučení odpovídají obecnému axiomu – není otázkou, zda přijde další pandemie, ale je otázkou, kdy se tak stane. Určitou formou odpovědi na tuto otázku může být iniciativa mezinárodní platformy World Health Assembly, která vyvíjí nástroj pro zdokonalení preventivních protipandemických opatření, připravenost a schopnost rychlé aktivní reakce na budoucí šíření biologického nebezpečí. Je to v zájmu nás všech.

## Literatura

- SHI, Z., 2013. Emerging infectious diseases associated with bat viruses. *Sci China Life Sci.* 56(8), 678–82.
- WHO, 2021. Coronavirus disease (COVID-19) – Overview. World Health Organization – Health topics. Dostupné z: <https://www.who.int/westernpacific/healthtopics/coronavirus>

- JONES, K. E., PATEL, N., LEVY, M., 2008. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*. 451, 990–94.
- LANG, S., FEWTRELL, L., BARTRAM, J., 2001. Risk communication. In: Fewtrell, L., Bartram, J. Guidelines Standards and Health Assessment of Risk and Risk Management. World Health Organization.
- ABUBAKAR, A., ELKHOLY, A., BARAKAT, A., 2019. Pandemic influenza preparedness (PIP) Framework: Progress challenges in improving influenza preparedness response capacities in the eastern Mediterranean Region, 2014–2017. *J Infect Public Health*. S: 1876-0341(19)30115-7.
- BOŠTÍKOVÁ, V., 2020. Bats – a Pandoras box for viruses in the 21<sup>st</sup> century. *Mil Med Sci Lett*. 89(2):58–65.
- FANTINI, J., YAH, N., AZZAZ, F. et al., 2021. Structural dynamics of SARS-CoV-2 variants: A health monitoring strategy for anticipating COVID-19 outbreaks. *J Infect*. 83:197–206.
- KARIM, S. S. A., KARIM, Q. A., 2021. Omicron SARS-CoV-2 variant: A new chapter in the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 398:2126–2128.
- KUPFERSMIDT, K., 2021. Where did weird omicron come from? *Science*. 374:1179.
- The Nation. 2020. COVID-19: NCDC to follow up over 6000 contacts to curb spread of virus. Dostupné z: <https://thenationonline.net/covid-19-ncdc-to-follow-up-over-6000-contacts-to-curb-spread-of-virus>
- GHEBREYESUS, T., 2020. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. Dostupné z: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mediabriefing-on-covid-19-11-march-2020>
- FAKHRUDDIN, B., CLARK, H., ROBINSON, L., HIEBER-GIRARDET, L., 2020. Should I stay or should I go now? Why risk communication is the critical component in disaster risk reduction. *Prog Disaster Sci*, 8. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590061720300764>
- HAMMING, I., TIMENS, W., BULTHUIS, M. L. et al., 2004. Tissue distribution of ACE2 protein, the functional receptor for SARS

- coronavirus. A first step in understanding SARS pathogenesis. *J Pathol.* 203(2):631–637.
- TANG, X. C., ZHANG, J. X., ZHANG, S. Y. et al., 2006. Prevalence and genetic diversity of coronaviruses in bats from China. *J Virol.* 80(15):7481–7490.
- WEAVER, S. C., REISEN, W. K., 2010. Present and future arboviral threats. *Antiviral Res.* 85(2):328–345.
- WOO, P. C., LAU, S. K., LI, K. S. et al., 2006. Molecular diversity of coronaviruses in bats. *Virology.* 351(1):180–187.
- GALLAGHER, T. M., BUCHMEIER, M. J., 2001. Coronavirus spike proteins in viral entry and pathogenesis. *Virology.* 279(2):371–374.
- ZHOU, P., YANG, K., WANG, X. G., 2020. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature.* 579(7798):270–273.
- COLSON, P., FOURNIER, P. E., CHAUDET, H. et al., 2021. Analysis of SARS-CoV-2 variants from 24,181 patients exemplifies the role of globalisation and zoonosis in pandemics. *Front. Microbiol.* 12. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2021.786233/full>
- TAO, K., TZOU, P. L., NOUHIN, J. et al. 2021. The biological and clinical significance of emerging SARS-CoV-2 variants. *Nat Rev Genet.* 22:757–773.
- WU, Z., YU, B., CHEN, Y. M. 2020. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature.* 579(7798): 265–269.
- HERTZBERG, V. S., WEISS, H., 2018. Behaviors, movements, and transmission of droplet-mediated respiratory diseases during transcontinental airline flights. *PNAS*, 115(14), 3623–3627.
- GE, X. Y., LI, J. L., YANG, X. L., et al. 2013. Isolation and characterization of a bat SARS-like coronavirus that uses the ACE2 receptor. *Nature.* 503(7477):535–8.
- HWANG, S. W., BURNS, T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet.* 2014; 384(9953):1541–1547.
- HARWEY, W. T., CARABELLI, A. M., JACKSON, B., et al. 2021. COVID-19 Genomics Consortium UK Consortium. *Nat Rev Microbiol.* 19(7):409–424.



## 2. Právní otázky v sociálních službách v době COVID-19

doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

Česká republika je právní stát, tak jak je uvedeno v preambuli a v článku 1 Ústavy. Při výkonu své moci je stát nadřazen ostatním subjektům a určuje jejich chování. Právní stát sám sebe omezuje zásadou legality – zákonnosti, která zároveň přináší jeho odpovědnost. I stát se může mýlit nebo přímo způsobit škodu, zejména nevhodným či dokonce nezákonným jednáním svých úředních osob (Klíma, 2002). Je proto nezbytné vždy kriticky a objektivně ve světle doktríny, judikatury i právní a sociální praxe přezkoumávat, zda při zásazích veřejné moci do práv osob a při ukládání povinností bylo a je sebeomezení veřejné moci respektováno.

Vymahatelnost práva a právní záruky odpovědnosti vykonavatele veřejné správy-státu a jeho orgánů vytvářejí materiální právní stát. Tyto základní principy formuloval Ústavní soud ve své prvním nálezu Pl. ÚS 19/93: *„Česká ústava akcentuje a respektuje princip legality jako součást celkové koncepce právního státu. Neváže však pozitivní právo jen na formální legalitu, ale výklad a použití právních norem podřizuje jejich obsahově – materiálnímu smyslu, podmiňuje právo respektováním základních materiálních hodnot demokratické společnosti a těmito hodnotami také užití právních norem měří.“*

Vyjdeme-li z politického a doktrinárního názoru, že Česká republika je i sociálním státem, jak jej definuje například Večeřa (1996, s. 51): „*Sociální stát je stát, v němž demokraticky organizovaná moc prostřednictvím sociálního zákonodárství a státní správy garantuje minimální příjem pro jednotlivce a jeho rodinu na úrovni životního minima; poskytuje sociální zabezpečení umožňující předejít, zmírnit nebo překonat sociální rizika...; zajišťuje kvalitní úroveň odpovídajících služeb pro všechny občany...*“ pak je nutno poukázat na to, že právě sociální politika, realizovaná prostřednictvím veřejné správy, tvoří jeden ze základních prvků sociálního státu. V praxi se sociální politika státu realizuje prostřednictvím různých nástrojů, takzvané obstaratelské správy. Sociální politiku můžeme chápat jako „*soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů o změnu nebo udržení a fungování sociálního systému*“. (Arnoldová, 2015, s. 12.)

Obstaratelská správa a sociální služby jsou však zároveň zásahem do soukromí jednotlivce i jeho rodiny, proto je nezbytné, aby se i tato správa, ač používá různé metody, pohybovala vždy v mezích zásady legality, tedy aby orgán veřejné správy činil pouze to, co mu zákon dovoluje nebo ukládá a pouze prostředky v zákoně vymezenými. V praxi je proto nezbytné diskutovat o mantinelech ingerence veřejné správy do sociálních služeb na základě právní úpravy, doktrinárních názorů, judikatury a konkrétních praktických zkušeností.

Období pandemie COVID-19 přineslo zcela nové problémy i výzvy. Poskytovatel i konkrétní sociální pracovník se často dostávali do konfliktu mezi svými právními povinnostmi, etikou výkonu povolání a zájmem klienta. Chápání sociálních služeb se ve veřejném prostoru, i pod vlivem mediálních informací, omezilo jen na sociální péči, poskytovanou v různých typech domovů. Terénní sociální služby, především rodinám, dětem a dospívajícím, byly z informací a zájmu zcela vytěsňeny. Poskytovatelé byli navíc limitováni nedostatkem lidských, finančních i materiálních zdrojů, zejména v počátcích pandemie. Zároveň nedostatečná právní úprava, roztříštění v předpisech práva veřejného i práva soukromého, především ve světle soudních

přezkumů opatření k ochraně veřejného i individuálního zdraví, ukázala, že pro praktickou aplikaci právních norem je třeba vypracovat postupy, které reagují na neočekávané situace, aniž by v budoucnu docházelo k porušování základních práv adresátů opatření.

Cílem této kapitoly je analyzovat právní problematiku poskytování sociálních služeb v době COVID-19 a navrhnout možné úpravy současné legislativy. Základními metodami zpracování jsou desk research právních předpisů, judikatury a doktrinárních názorů a praktické zkušenosti autorky jako advokátky, která působila též v Koroporně Unie rodinných advokátů. Sociální služby a sociální péče se v každodenním životě i právní praxi prolínají se službami zdravotními, proto lze využít i zkušeností z přezkumu obecných opatření ministerstva zdravotnictví obecnými soudy.

Syntéza provedených zjištění umožní spojit teorii a praxi a uvést návrhy *de lege ferenda*. Praxe a teorie jsou vždy spojeny a jejich vzájemné působení je zdrojem informací. (Nicolas, 2004.)

## **Základní lidská práva a sociální služby**

Povinnosti právního a sociálního státu a práva osob ve složité životní situaci najdeme obecně upravena v dokumentech ústavního práva. Listina základních práv Evropské unie (EU) věnuje pozornost jak ochraně před diskriminací, zejména u dětí (čl. 24) a starších osob (čl. 25), tak přímo právu na sociální zabezpečení a sociální pomoc v článku 34. Nicméně stejně jako v české Listině základních práv a svobod (LSZP) jde o takzvané měkké jádro ústavy. Pro tato ústavní práva je charakteristické, že jejich provedení zákonem mohou být omezena či modifikována, například vázána na trvalý pobyt nebo zaměstnání.

Odborná literatura navíc upozorňuje na to, že sociální zabezpečení má tři základní součásti pilíře: „*Sociální zabezpečení je definováno*

*jako soubor institucí a institutů, který poskytuje ochranu a pomoc lidem v případech ohrožení zdraví, nemoci, zdravotního poškození a invalidity, pracovního úrazu a nemoci z povolání, nezaměstnanosti, stáří, těhotenství, mateřství, rodičovství úmrtí živitele. Současný systém sociálního zabezpečení stojí na třech pilířích – pojišťovacím, zaopatřovacím a sociální pomoci.“ (Hloušek, 2016, s. 19.)*

Oblast sociálních služeb, jakkoli metodicky v rámci stávající legislativy je řízena státní správou, je především v kompetenci územních samospráv – obcí a krajů.

Zásah práva veřejného do soukromého života je vždy otázkou velmi citlivou, a to jak z pohledu etiky, tak práva. Ochrana soukromí, svoboda pohybu a právo na nerušený rodinný život jsou vysoce chráněnými ústavními hodnotami, a proto veškeré zásahy státu i dalších orgánů veřejné moci, včetně zřizovatele sociální služby, musejí mít oporu v zákoně.

Složitost situace z pohledu právního spočívá v tom, že orgán veřejné moci musí vždy zohlednit skutečnost, že článek 5 LSZP uvádí, že každý je způsobilý mít práva. Toto ustanovení je základem postupu právního státu u všech osob a především těch, které jsou omezeny nejen na svéprávnosti, ale i na volné interakci s okolím, což často nastává právě u uživatelů sociálních služeb. Článek 10 LSZP stanoví ochranu práva před zasahováním do soukromého života jako základní lidské právo. Rovněž ukládání povinností je možné pouze na základě zákona a zásahy do těchto práv jsou v článku 4 LSZP řazeny do takzvaného tvrdého jádra ústavního pořádku. Omezit sem řazená práva lze pouze na základě testu proporcionality.

Test proporcionality znamená, že zasahující orgán musí vždy uvážit, zda nelze použít mírnější opatření. V tomto směru opakovaně judikoval Ústavní soud: „K omezení základních práv či svobod, i když jejich ústavní úprava omezení nepředpokládá, může dojít v případech jejich kolize. V těchto situacích je nutné stanovit podmínky, za splnění, kterých má prioritu jedno základní právo či svoboda, a za splnění kterých jiné. Základní je v této souvislosti maxima, podle které základní

*právo či svobodu lze omezit pouze v zájmu jiného základního práva či svobody.“ (Nález Pl. ÚS 4/94.)*

Zásada proporcionality v sobě zahrnuje rovněž přiměřenost a minimalizaci zásahů do práv chráněných ústavní pořádkem: „...je také vyvozována další zásada, která při aplikaci testu proporcionality působí Ústavnímu soudu jistě potíže, a sice zásada minimalizace zásahů do základního práva. Při aplikaci testu proporcionality Ústavní soud vždy, pokud mluvíme o kontrole norem, připojuje i podmínku minimalizace zásahů do základního práva. Tu vyjadřuje jako maximum příkazující v případě omezení základního práva, resp. svobody, šetřit jeho podstatu a smysl (čl. 4 odst. 4 Listiny).“ (Nález Pl. ÚS 38/099.)

Pochopitelně hodnocení právních postupů v době vrcholících projevů pandemie na území ČR je velmi složité. Mnohé znalosti jsme nabyli průběžně a hodnotíme faktické i právní postupy ex post. Ustanovení právních předpisů k ochraně veřejného zdraví používají logicky pojmy neurčité nebo jde o blanketní normy, které vyžadují obsahové naplnění a podrobné zdůvodnění při aplikaci orgánem veřejné správy. Silně omezující opatření se, zejména v sociálních službách, opírala o argumenty ochrany veřejného zdraví, aniž by byla jakkoli porovnávána s dalšími požadavky, které klade ústavní i správní právo na aplikaci zásady legality. Otázky, zda opatření skutečně sloužila svému účelu, zda byla řádně odůvodněna, nebo zda nemohla být adresnější či citlivější k určitým skupinám osob, si začala klást nauka i judikatura až následně (Kysela a Řepa, 2022).

Z pohledu teorie, judikatury i praxe správního práva je však nutné vždy rozlišit mezi právní formou nařízení, opatřením obecné povahy a instrukcí či pokynem podřízenému subjektu (Hendrych et al., 2014; Hejč, 2017). Omezení klientů i poskytovatelů je proto nutné stanovit obsahově i formálně správně. Jde-li o celostátní a všeobecnou působnost, je vhodné zvážit následné přijetí právního předpisu tak, aby materiální zásah do práv subjektů byl opodstatněn.

## Nouzový stav

Zásadního významu nabyl v době pandemie ústavní zákon č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky (ústavní zákon o bezpečnosti). Na základě vyhlášeného nouzového stavu může vláda omezit základní občanská práva. Samotné vyhlášení nouzového stavu vládou lze charakterizovat jako normativní, konstitutivní akt vlády bez přímého a bezprostředního účinku do právní sféry osob (Horák et al., 2021, s. 431).

Nouzový stav je součástí krizového řízení, které se řídí krizovými zákony, a může být vyhlášen pro jednotlivé území (kraje či obce) anebo pro celé území státu. Je nepochybné, že využitím pravomoci dané ústavním zákonem o bezpečnosti, dále zákonem o krizovém řízení, tedy zákonem č. 240/2000 Sb., krizovým zákonem, nařízeními vlády a obecně závaznými opatřeními ministerstva zdravotnictví došlo k omezení ekonomických činností a práva na nerušený soukromý a rodinný život a svobodu pohybu. Primárně tak vrchnostenské rozhodování správních úřadů, ať již vlády, ministerstev nebo orgánů hygienické služby, zasáhlo do oblasti veřejných subjektivních práv i soukromé sféry právnických i fyzických osob.

Přesun rozhodování na orgány veřejné správy a omezení základních lidských práv a znemožnění uplatnění dalších ústavních práv, jakou jsou práva sociální, hospodářská či kulturní, znamená zásadní zásah do práv osob a stanovení nových, mnohdy dosud nepoznaných povinností. Právní stát samozřejmě poskytuje ochranu při nezákonném narušení práv osob ze strany veřejné moci, protože základní práva a svobody nelze zrušit zcela (Klíma, 2014).

Je však zásadní otázkou, jakými právními nástroji jsou daná práva omezována. V prvé řadě se jednalo o usnesení vlády, které je v souladu s judikaturou nejen vnitrostátních soudů, ale i Evropského soudu pro lidská práva, nepřezkoumatelné v systému správního, obecného či ústavního soudnictví. Výsostně politická rozhodnutí jsou

přijímána na základě demokratického procesu a nelze přesouvat odpovědnost za ně na soudy, zejména když jsou založena na odborných podkladech (rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva o stížnosti č. 27644/95, s. 14).

Vládní usnesení o nouzovém stavu, která byla na základě zákonné úpravy publikována ve Sbírce zákonů, jsou spolu s dalšími právními předpisy uvedena v závěru této kapitoly, významným způsobem zasáhla do základních lidských práv osob při poskytování sociálních služeb. Bylo zakázáno vycházet z ubytovacích zařízení sociálních služeb, dále byly zakázány návštěvy v pobytových zařízeních, byly zrušeny terénní služby v denních a týdenních stacionářích a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež nesměla provozovat svou činnost. Zakázány byly též sociálně aktivizační služby jak pro rodiny s dětmi, tak pro seniory a sociálně terapeutické služby.

Postupně na základě dalších usnesení vlády a též obecně závazných právních předpisů byla opatření k ochraně veřejného zdraví upravována a rozvolňována. Došlo však ke značné hypertrofii té části právního řádu, která se věnuje ochraně před zdravotními nebezpečími. Jak pro adresáty, tak mnohdy i pro vykonavatele veřejné správy bylo složité vyznat se v tom, jaké povinnosti nebo i oprávnění jsou v daném čase účinné. Přehled právních předpisů a usnesení vlády ke vztahu protipandemických opatření k sociálním službám, který je součástí kapitoly, ukazuje podrobný vývoj právní úpravy.

V důsledku zásahů do individuálních základních či sociálních práv celých skupin osob by bylo bývalo možné domáhat se ochrany konkrétního práva před příslušnými soudy. V oblasti sociálních služeb nicméně, na rozdíl od omezení občanských práv svobody pohybu či práva na vzdělání, žádná žaloba k soudu na přezkum obecně závazného opatření podána nebyla. Autorka to přičítá skutečnosti, že obavy v sociálních službách a nutnost reakce na dosud nevídanou krizovou situaci, se kterou neměla společnost a ani právní stát do doby vypuknutí pandemie žádnou zkušenost, převážily nad právním posouzením.

Testy proporcionality mezi ochranou lidského života a zdraví a omezením základních a dalších individuálních práv provedeny nebyly.

## Právní řešení krizové situace

Krizová situace je mimořádná událost, narušení kritické infrastruktury nebo jiné nebezpečí, při nichž je vyhlášen krizový stav. Při krizové situaci jsou ohroženy důležité hodnoty, zájmy či statky státu a jeho občanů a hrozící nebezpečí nelze odvrátit a způsobené škody odstranit běžnou činností orgánů veřejné moci, ozbrojených sil a ozbrojených bezpečnostních sborů, záchranných sborů, havarijních a jiných služeb a právnických a fyzických osob. Zvládnutí krizové situace je úkolem krizového managementu a krizového plánování, které však musejí být podpořeny právní úpravou. Legislativní ukotvení je nedílnou součástí řešení krizových situací, neboť musí umožnit taková opatření, která na jedné straně vedou k co nejefektivnějšímu a nejrychlejšímu řešení situace, na straně druhé však by měla omezit práva osob pouze nezbytným způsobem.

Právním předpisem, který i v důsledku negativních zkušeností státní správy se soudním přezkumem mimořádných opatření, jež byly vydány na základě krizového zákona v oblasti zdravotnictví a školství, měl stanovit mantinely zásahů do základních i ekonomických a sociálních práv a upravit, v jakých situacích a jakým způsobem mimořádná opatření vydávat, je zákon č. 94/2021 Sb., o mimořádných opatřeních při epidemii onemocnění COVID-19, pandemický zákon. Jeho důvodová zpráva uvádí: „*Smyslem navrhovaného zákona je tak upravit zákonné mantinely pro vydávání opatření, která by měla za účelem zamezení dalšího šíření onemocnění COVID-19 omezovat některé činnosti či poskytování služeb [...] případně naopak nařídít nějakou činnost, která by bránila šíření tohoto onemocnění, a to v rozsahu, na nějž zákon o ochraně veřejného zdraví dosud nepamatuje. Postup*

*podle zákona o ochraně veřejného zdraví však tímto zákonem není vyloučen, to znamená, že mimořádná opatření budou nadále vydávána i podle zákona o ochraně veřejného zdraví, a to podle toho, co bude třeba mimořádným opatřením regulovat.“ (Zvýrazněno autorkou.)*

Pandemický zákon měl být původně účinný do 28. 2. 2022. Po rozsáhlé novelizaci, a i v návaznosti na zrušení COVID-19 jako nakažlivé nemoci, jejíž šíření je trestné, je tento zákon nadále platný i účinný.

Nicméně obava předkladatele z možných námitek svévole při ukládání omezení, která je vyjádřena v důvodové zprávě jako jedna z příčin přijetí pandemického zákona, se v praxi plně potvrdila. Recentní judikatura Nejvyššího správního soudu, zejména rozsudek 8 Ao 15/2021 a další rozhodnutí v něm uvedená, se podrobně zabývá požadavky na zpracování a odůvodnění opatření obecné povahy. Nejvyšší správní soud jednoznačně poukazuje na to, že opatření nebyla řádně zdůvodněna, a nenaplnila tak požadavky na ústavně konformní postup při stanovení povinností adresátů. Z pohledu právní jistoty adresátů veřejné správy je také velmi závažné, že předkladatel a následně i zákonodárce akceptují možnost dvojkoľejnosti vydávání opatření obecné povahy (Sovová, 2021). Je možno konstatovat, že před právem dostal přednost krizový management, jehož úkolem je zvládnout složitou situaci, v níž je narušena rovnováha mezi běžným a obvyklým chováním systému a okolním prostředím. Dle názoru autorky není vhodným řešením možnost, aby v téže věci vydávaly obecně závazný právní akt rozdílné orgány veřejné správy. Toto vede k další hypertrofii, a především nesrozumitelnosti právní úpravy, která má naopak být v době nouzového stavu či krizového řízení jednoznačná, srozumitelná a snadno aplikovatelná. Nauka (Odehnalová, 2021, s. 97) upozorňuje, že v období krizových stavů každý orgán veřejné moci, a především správní úřady, má své konkrétní úkoly, které plní v součinnosti s ostatními. Vláda pak, na základě specifických pravomocí, které jsou stanoveny pro zvládnutí

nouzového stavu, disponuje možnostmi právní regulace tam, kde pravomoci veřejné správy nedostačují. Lze dovodit, že dvou či více kolejností právní úpravy, často též právní síly, může vést k nejen aplikačním nejasnostem, ale především k nezákonným postupům

## **Právní otázky mimořádného nasazení v sociálních službách**

Dalšími zásadními problémy, které bylo a je nutné řešit i do budoucna, jsou mimořádné nasazení mimo výkon obvyklé činnosti u příslušníků ozbrojených sborů, záchranného integrovaného systému a studentů s odbornou specializací ve zdravotních a sociálních službách.

Zákon č. 239/2000 Sb., o Integrovaném záchranném systému (IZS), stanovuje složky IZS a jejich působnost. Zakotvuje rovněž pravomoc státních orgánů a orgánů územních samosprávných celků, práva a povinnosti právnických a fyzických osob při přípravě na mimořádné události a při záchranných a likvidačních pracích a při ochraně obyvatelstva před a po dobu vyhlášení stavu nebezpečí, nouzového stavu, stavu ohrožení státu a válečného stavu – takzvaných krizových stavů.

Armáda České republiky (AČR) podléhá zákonu č. 219/1999 Sb., o ozbrojených silách ČR: *„Doménou Armády ČR je vytváření mobilních kapacit, včetně zdravotnických zařízení, schopných personálně i vybavením poskytovat v relativně krátké době specializované druhy zdravotní péče přímo na místě zásahu.“* Nejviditelnější bylo nasazení vojáků AČR v době pandemie ve zdravotnictví a v sociálních službách, kde byla jejich úkolem celková stabilizace v zařízeních provozovaných poskytovateli sociálních a zdravotních služeb. V neposlední řadě AČR spolupracovala při plnění úkolů Policie České republiky, což mělo význam především v době omezení volného pohybu osob (Kosíková, 2022, s. 20).

Mimořádnou pracovní povinnost plnoletým studentům středních škol, vyšších odborných a vysokých škol, kteří studovali v oborech vhodných pro výkon sociální práce, nařídila vláda svým usnesením č. 1027/2020, publikovaným pod číslem 411/2020 Sb. Pracovní povinnost nicméně při praktické aplikaci nebyla uložena studujícím právnických fakult, jakkoli § 110, odst. 4, písm. b, na který se vláda ve svém usnesení odkázala, řadí právnické vzdělání ke způsobilému pro výkon sociální práce. Je však zcela zřejmé, že samotné stadium práv neznamená schopnosti či odbornost, která byla potřebná pro poskytování sociálních služeb v době pandemie. Z pohledu práva je nutno konstatovat, že tím došlo ke zvýhodnění jedné skupiny studentů oproti jiným, což je možno označit za postup extra legem, i když jak již uvedeno, pragmatické posouzení skutečných potřeb zde převládalo.

Ministerstvo práce a sociálních (MPSV) věcí návazně vydalo doporučený postup č. 15/2020 pro realizaci uvedených opatření a zdůraznilo, že pracovní povinnost lze uložit i podle takzvaného skutečného bydliště studujících, tedy místa, kde se zdržují. Nicméně s ohledem na uzavření škol vycházely orgány státní správy ze základních registrů osob, což mohlo způsobit problém, zejména v době omezení pohybu osob v rámci ČR. Studující často pobývali mimo místo svého trvalého pobytu a již se zapojili do dobrovolnické pomoci. Další otázkou, kterou musely školy řešit, bylo, zda lze uznat výkon pracovní povinnosti nebo dobrovolnickou činnost v průběhu pandemie jako výkon povinné studijní praxe, kterou mají studující oborů sociální práce i souvisejících oborů předepsánu. Školy tuto praxi obvykle uznaly, ač se její obsah často neshodoval se studijními požadavky na výkon povinných praktických stáží.

## Návrhy de lege ferenda a pro praxi

Jednou ze základních otázek, které je nutno de lege ferenda co nejrychleji řešit, je otázka omezení interakce s okolím u osob v zařízeních s pobytovými službami. Nastavení testu proporcionality u osob, které jsou omezeny na volné interakci s okolím je, dle názoru autorky, velmi aktuální.

Na základě závěrů uvedených 4. 1. je nutno řešit mimořádné nasazení studujících s odborností vhodnou pro výkon různého typu veřejných služeb. Obecné uložení právní povinnosti na základě krizového zákona se v sociálních službách může mít s účinkem, a to i s ohledem na požadavky na vzdělávání odborníků v dané oblasti. Autorka proto navrhuje zakotvit přímo do zákona o sociálních službách uznání dobrovolnictví i povinné veřejné služby v době krize jako praxi pro výkon povolání.

Vzhledem k tomu, že postupně byly, i na základě zkušeností z distanční výuky, povoleny nekontaktní způsoby sociální pomoci a terapií, je opět na legislativci a následně zákonodárci, aby tuto oblast odpovídajícím způsobem upravil. Od roku 2020 je účinný zákon o právu na digitální služby (č. 12/2020 Sb.). Zákon o elektronizaci zdravotnictví (č. 325/2021 Sb.) má nabýt plné účinnosti k 1. lednu 2026. Digitální postupy se v sociálních službách běžně používají, například u žádosti o příspěvek na péči. Není proto žádný faktický ani právní důvod, aby v případě dohody, tedy na dobrovolném principu, nebo když nastane nouzový či krizový stav na základě zákona, nebylo možné poskytovat digitálně všechny sociální služby, u kterých to povaha věci nevylučuje.

Právní úprava musí vytvořit rámec ochrany osobních údajů, důvěrnosti vztahu sociálního pracovníka a klienta, a také možnost úhrady dálkového přístupu a poskytnutí služby. Je na legislativní úpravě, zda půjde o samostatný právní předpis typu zákona o elektronizaci ve zdravotnictví, nebo bude uvedené zakotveno v zákoně o sociálních službách. Autorka se přiklání spíše k samostatnému zákonu, který

naváže na výše uvedený zákon o právu na digitální služby a elektronizaci zdravotnictví. Důvodem je skutečnost, že v sociálních službách se s aplikací těchto zákonů setkáváme a samostatný zákon o digitalizaci sociálních služeb by představoval vhodný nástroj. Navíc sociálních služeb využívá stále více osob vysoce digitálně gramotných a mnohé zdravotní a kompenzační pomůcky jsou založeny na principu využití zvláštního softwaru nebo v nejbližší budoucnosti i umělé inteligence.

V praxi se průběžně řeší informovanost sociálních pracovníků a pečovateli o zdravotním stavu klientů, protože přímá péče musí umět pracovat s riziky na základě zhoršení zdravotního stavu klienta. Bylo by proto vhodné doplnit oprávnění seznámit se s diagnózou klienta i bez jeho souhlasu, jestliže toto může ovlivnit poskytování sociální péče, zejména v pobytových zařízeních. V případě nouzového nebo krizového stavu má sociální pracovník nebo pečovatel možnost rychleji a odborněji zasáhnout v případě hrozby pro klienta nebo jeho okolí.

Vzniká také prostor pro hlubší zamyšlení nad nasazením ozbrojených sborů. Ačkoliv se Armáda ČR nabídla k pomoci v době nouzového stavu, nebylo ji možné poskytnout okamžitě, jako je tomu u integrovaného záchranného systému. Kdyby se jednalo o živelnou katastrofu, havárii letounu nebo rozsáhlou dopravní nehodu, jsou vojáci povoláni ihned. Pomoc v době pandemie nebo jiné epidemiologické hrozby však není legislativně ukotvena, a proto se na ni čekalo celé tři dny (Kosíková, 2022, s. 49).

Zkušenosti z pandemie a riziko dalších hrozeb přinášejí také nutnost diskurzu, zda krizový management v České republice (ČR) je opravdu funkční a schopný okamžité reakce.

Fungující krizový management je v ČR zejména spojován s medicínou katastrof, jako jsou hromadné havárie nebo přírodní jevy. Česká republika v rámci přírodních vlivů obvykle čelila a čelí následkům záplav nebo povodní. Neobvyklé sucho v létě a na podzim 2015 přineslo varování před novým rizikem, které může ovlivnit výživový a zdravotní stav obyvatelstva (usnesení vlády č. 620, 2015). Objevují se také nové hrozby, kterými jsou pandemie nebo epidemie onemocnění,

která nejen v ČR, ale i v Evropské unii byla považována za vymýcená nebo ojediněle se vyskytující, například tuberkulóza či obrna. Jakkoli COVID-19 byl vyřazen z celosvětové pandemické hrozby, a i v rámci vnitrostátního právního řádu není nadále nakažlivou nemocí, jejíž šíření je trestné, přesto Světová zdravotnická organizace upozorňuje, že toto nebezpečí nepominulo. Navíc mutace COVID-19 způsobují změny imunity, což vede k rozvoji dalších onemocnění. Státy proto musejí rozhodně zachovat pandemickou bdělost (Lenharo, 2023). Nové technologie také vytvářejí nové typy rizik, jako jsou rozsáhlé výpadky energií (blackouty) nebo hackerské útoky. I tyto hrozby vyžadují podrobnější zpracování, monitorování a připravenost na katastrofy.

Právní nauka si klade otázku, zda ústavní zákon o bezpečnosti České republiky umožňuje vyhlásit nouzový stav v případě pandemie (Odehnalová, 2021) nebo například výše uvedeného kyberútoku na infrastrukturu, což nepochybně může zasáhnout i sociální služby. Autorka je toho názoru, že pojem „jiné nebezpečí“, který je uveden v článku 5, odst. 1 ústavního zákona o bezpečnosti, lze vztáhnout právě na zdravotní nebo technologické hrozby, když „ve značném rozsahu ohrožují životy, zdraví nebo majetkové hodnoty“.

Pandemie COVID-19 jednoznačně ukázala význam krizového řízení v celé společnosti a prokázala, že varování odborníků o nedostatečné krizové připravenosti České republiky je vysoce aktuální. Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví byla schválena v roce 2007 (č. j. MZDR3708/2007), nicméně i přes uplynulý čas je nutno potvrdit platnost dále uvedeného.

Společnost krizové připravenosti zdravotnictví i literatura (Fišer, 2014) upozornily, že o krizové připravenosti je možno hovořit pouze u státních zdravotních zařízení a zdravotnické záchranné služby, protože pro ostatní zdravotnická zařízení není dosud vytvořen resortní program a naplňování politiky krizové připravenosti. Koncepce krizového řízení nebyla do doby pandemie dostatečně uvedena do praxe ani ve zdravotnických službách. Efektivní reakce na možný výskyt vysoce nebezpečných nemocí, které ohrozí celé skupiny obyvatel,

nebyla a není jen otázkou zdravotnické krizové připravenosti a managementu, ale strategického řízení a vize v rámci celé společnosti včetně efektivní a pružné právní úpravy. Sociální služby, zejména pobytové a pro okamžitou pomoc dětem, nelze omezovat ani za nouzového či krizového stavu. Dle názoru autorky je třeba k těmto službám připojit a legislativně zakotvit i ranou péči, protože její zákaz, byť na přechodnou dobu, může mít nevratné důsledky pro vývoj dětí.

Dle názoru autorky je nutné zamyslet se i nad koordinací krizového řízení v rámci Evropské unie. Opět je zde právně ukotveno pouze krizové řízení ve zdravotnictví, a to v rozhodnutí Evropského parlamentu a rady č. 1082/2013/EU o vážných přeshraničních zdravotních hrozbách. Uvedené rozhodnutí je významným právním dokumentem, který jednoznačně stanoví systém včasného varování před přeshraničními hrozbami a rovněž povinnost členských států zřídit koordinální orgány krizového řízení. Rozhodnutí se však nesoustřeďuje pouze na krizové řízení, ale v druhé kapitole vyžaduje od členských států vytváření plánů připravenosti a následné reakce, což je nutno považovat nyní za základ rozvoje do budoucna. Systém včasného varování jako neveřejný systém kontroly a ohlašování epidemiologických rizik a rizik přenosných nemocí byl zřízen v rámci EU rozhodnutím Evropského parlamentu a rady č. 2119/98/ES s účinností od ledna roku 1999. Je otázkou, zda neveřejnost kontroly rizik nevede k zastaralosti a rigiditě systému, který není schopen pružně reagovat. Zdravotnické a další nové hrozby nepochybně ohrožují nejen přímo zdravotní stav obyvatelstva, ale i poskytování sociálních služeb.

## Slovo závěrem

Sociální služby jsou složitou interdisciplinární oblastí. Právní normy vyžadují na jedné straně zásah vždy, když je závislá či znevýhodněná osoba ohrožena, na druhé straně právo vyžaduje i respektování

základních hodnot rodinného a osobního života a chrání právo na soukromí. Složitost pojednávané problematiky plyne i z její interdisciplinarity, neboť do právních postupů vstupují i principy etiky, morálky, a v neposlední řadě i pomoc jednotlivci metodami sociální práce. Mezinárodní etický kodex sociálních pracovníků uvádí, že sociální pracovníci se budou osobně rozvíjet a udržovat své kompetence při poskytování péče v nejvyšší kvalitě. Porozumění lidskému chování je jedním z významných aspektů zvládnutí pandemických výzev.

Osoby závislé na pomoci a péči jsou nejzranitelnější skupinou společnosti. Propojení krizového managementu a právní podpory postupů orgánů veřejné správy s respektem a ochranou práv dotčených osob v sociálních službách jsou proto nezbytné. Zákon o sociálních službách a krizová připravenost sociálních služeb a sociální péče zasluhují podrobný odborný rozbor a aktualizaci plánů krizové připravenosti na úrovni ústřední státní správy, jejich podřízených složek, samosprávy a jednotlivých poskytovatelů.

Právní stát ani v době nejvážnější krize nemůže zcela rezignovat na ochranu autonomie jak poskytovatele, tak klienta sociální služby. Ústavní soud již v roce 2009 uvedl v nálezu Pl. ÚS 27/09: „Z pojmu právního státu vyplývá princip, dle něhož ani zákonodárce ani výkonná moc nemůže s formami práva (...) nakládat libovolně, nýbrž se musí řídit hledisky ústavodárce, jakož i hledisky dalšími, zejména transparentnosti, přístupnosti a jasnosti.“

Veřejné právo, včetně právní úpravy nouzového stavu a krizového řízení, spolu s možnostmi, které přináší krizový management a přechod od vrchnostenské, rozhodovací a nařizovací veřejnosprávní činnosti k doporučením a pomoci, ať již při mimořádných opatřeních nebo bez jejich zavádění, chrání základní hodnoty a svobody, které jsou vlastní materiálnímu, nikoli formálnímu právnímu státu.

## Literatura

- ARNOLDOVÁ, Anna. 2015. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. 1. díl. Praha: Grada Publishing.
- FIŠER, Václav. 2014. Příprava a připravenost zdravotnictví na mimořádné události v rámci ochrany obyvatelstva. *Krizová připravenost zdravotnictví 1/2014*.
- HEJČ, David a BAHÝLOVÁ, Lenka. 2017. *Opatření obecné povahy v teorii a praxi*. Praha: C. H. Beck.
- HENDRYCH, Dušan, KAVĚNA, Martin a PAVLÍK, Marek. 2014. *Správní věda. Teorie veřejné správy*. 4. vydání. Praha: Wolters Kluwer.
- HLOUŠEK, Jan. 2016. *Právo sociálního zabezpečení*. Distanční text. Hradec Králové: Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové. Revidovaný text k 1. 1. 2016. Dostupné z: [https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/hlousek\\_-\\_pravo\\_v\\_socialnim\\_zabezpeceni.pdf](https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/hlousek_-_pravo_v_socialnim_zabezpeceni.pdf).
- HORÁK, Filip, DIENSTBIER, Jakub a DERKA, Viktor. Právní úprava mimořádného vládnutí v kontextu pandemie COVID-19. Rozhodnutí o vyhlášení nouzového stavu. *Právník 2021*. č. 6. s. 431–450. Dostupné z: [https://www.ilaw.cas.cz/upload/web/files/pravnik/issues/2021/6/3\\_Horak-Dienstbier-Derka\\_431-450\\_6\\_2021.pdf](https://www.ilaw.cas.cz/upload/web/files/pravnik/issues/2021/6/3_Horak-Dienstbier-Derka_431-450_6_2021.pdf).
- KLÍMA, Karel. 2002. *Ústavní právo*. Dobrá Voda: Aleš Čeněk.
- KLÍMA, Karel. 2014. *Listina a její realizace v systému veřejného a nového soukromého práva*. Praha: Wolters Kluwer.
- KOŠÍKOVÁ, Tereza. 2022. *Nasazení příslušníků vojenského letiště v sociálním zařízení v době nouzového stavu*. Hradec Králové: Filozofická fakulta, Univerzita Hradec Králové, Diplomová práce. Vedoucí: doc. JUDr. Olga Sovová, Ph. D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/kgnmde/STAG97064.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dzvládání%20zátěže%20a%20stresu%20u%20zdravotníků%26start%3D24>.
- KREBS, Vojtěch a kol. 1997. *Sociální politika*. Vydání 1. Praha: Codex Bohemia 1997.

- KYSELA, Jan a ŘEPA, Karel. 2022. Pandemie jako krize, krize jako rána, výzva i příležitost. s. 11–29. In: KYSELA, Jan, ŘEPA, Karel a kol. *Reakce právního systému České republiky na covidovou*
- LENHARO, Mariana. 2023. WHO declares end to COVID-19's emergency phase. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/d41586-023-01559-z>.
- NICOLAS, George. 2004. Bridging Theory and Practice. 37. Chacmool Conference, Clagary. Dostupné z: [https://www.academia.edu/3403998/Bridging\\_Theory\\_and\\_Practice\\_Jane\\_Kelley](https://www.academia.edu/3403998/Bridging_Theory_and_Practice_Jane_Kelley).
- ODEHNALOVÁ, Jana. 2021. Proměny české ústavnosti v době covidové. In: FISCHEROVÁ, I., FOREJTOVÁ, M., KLÍMA, P., KRAMÁŘ, K. ed. *Pocta Karlu Klímovi k 70. narozeninám: ústavnost jako kritérium právního řádu (národního i evropského)*. Praha: Metropolitan University Prague Press.
- SOVOVÁ, O. Veřejnoprávní otázky omezení autonomie rozhodování poskytovatele a příjemce zdravotních služeb v době krizového řízení zdravotnictví. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Vol. 11, No. 2, 2021. s. 106 – 121. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/224>.
- VECEŘA, Miloš. 1996. *Sociální stát: východiska a přístupy*. Vyd. 2. upr. Praha: Sociologické nakladatelství. Učebnice pro obor sociální práce.

## Další zdroje:

- Důvodová zpráva k zákonu č. 94/2021 Sb., pandemický zákon. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=8&CT=859&CT1=0>.
- Judikatura Nejvyššího správního soudu. Čísla uvedena v textu. Dostupné: z <https://www.nssoud.cz/>.
- Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví č.j. MZDR3708/2007. Dostupné z <http://www.skpz.cz/wp-content/uploads/2012/07/Koncepce-krizov%C3%A9-p%C5%99ipravenosti-zdravotnictv%C3%AD.pdf>.
- Koroporadna Unie rodinných advokátů. Dostupné z: <https://www.uracr.cz/cs/koroporadna>.

Listina základních práv Evropské unie. Dostupné z: [www.euroskop.cz](http://www.euroskop.cz).  
Nálezy Ústavního soud České republiky. Číslo uvedeno v textu.

Dostupné z: <https://www.usoud.cz/nalus>.

Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 2119/98/ES ze dne 24. září 1998 o zřízení sítě epidemiologického dozoru a kontroly přenosných nemocí ve Společenství. Úřední věstník L 268.

Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/>.

Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1082/2013/EU o vážných přeshraničních zdravotních hrozbách ze dne 5. 11. 2013, Úřední věstník EU, L–239/1. Dostupné z: <http://ec.europa.eu>.

Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva o stížnosti č. 27644/95, Athanassoglou a další v. Švýcarsko, Sbírka soudních rozhodnutí a stanovisek Nejvyššího soudu ČR, Přílohou sešit XXIV, s. 14. Praha. Orac 2000.

Společnost krizové připravenosti zdravotnictví ČLS. Dostupné z: [www.skp.cz](http://www.skp.cz).

Usnesení vlády č. 620 z 29. července 2015 k přípravě realizace opatření pro zmírnění negativních dopadů sucha a nedostatku vody. Dostupné z: [www.vlada.cz](http://www.vlada.cz).

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/constitution.html>

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

### Přehled právních předpisů a usnesení vlády ke vztahu protipandemických opatření k sociálním službám:

**Zákon č. 94/2021 Sb.**, o mimořádných opatřeních při epidemii onemocnění COVID-19.

**Zákon č. 39/2022 Sb.** Zákon, kterým se mění zákon č. 94/2021 Sb. a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění nálezu Ústavního soudu, vyhlášeného pod č. 4/2022 Sb., a zákon č. 520/2021 Sb.,

o dalších úpravách poskytování ošetrového v souvislosti s mimořádnými opatřeními při epidemii onemocnění COVID-19.

**Zákon č. 113/2022 Sb.** Usnesení Poslanecké sněmovny o ukončení stavu pandemické pohotovosti.

**Zákon č. 191/2020 Sb.** Zákon o některých opatřeních ke zmírnění dopadů epidemie koronaviru SARS CoV-2 na osoby účastníci se soudního řízení, poškozené, oběti trestných činů a právnické osoby a o změně insolvenčního zákona a občanského soudního řádu.

**Zákon č. 161/2020 Sb.** Zákon o některých úpravách v oblasti zaměstnanosti v souvislosti s mimořádnými opatřeními při epidemii a o změně zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

Usnesení vlády České republiky č. 194 o vyhlášení nouzového stavu pro území České republiky z důvodu ohrožení zdraví v souvislosti s prokázáním výskytu koronaviru /označovaný jako SARS CoV-2/ na území České republiky na dobu od 14.00 hodin dne 12. března 2020 na dobu 30 dnů.

Narřízení vlády č. 75/2020 Sb. Narřízení vlády, kterým se mění narřízení vlády č. 453/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za nakažlivé lidské nemoci, nakažlivé nemoci zvířat, nakažlivé nemoci rostlin a škůdce užitkových rostlin.

Usnesení č. 79/2020 Sb. Usnesení vlády České republiky č. 207 o zajištění poskytování péče v zařízeních sociálních služeb po dobu trvání nouzového stavu.

Usnesení č. 85/2020 Sb. Usnesení vlády České republiky č. 215 o přijetí krizového opatření – zákaz volného pohybu osob.

Usnesení č. 89/2020 Sb. Usnesení vlády České republiky č. 219 o přijetí krizového opatření – zajištění péče o děti do 10let u vybraných profesí, včetně sociálních služeb.

Usnesení č. 97/2020 Sb. Usnesení vlády České republiky č. 239 o přijetí krizového opatření – omezení sociálních služeb, zákaz vycházení mimo objekt či areál zařízení, ve kterém je poskytována pobytová sociální služba, a to po dobu trvání nouzového stavu, pozastavení nebo přerušování ostatních sociálních služeb, mimo služby nezbytné pro Ochranu života a zdraví.

Usnesení č. 124/2020 Sb. Usnesení vlády České republiky č. 276 o přijetí krizového opatření

Zajištění nezbytné péče o děti ve věku od 3 do 10 let stanovené v bodě I. usnesení vlády ze dne 15. března 2020 č. 219, vyhlášeném pod č. 89/2020 Sb., se vztahuje i na děti, jejichž zákonní zástupci jsou zaměstnanci obcí zařazení do obecních úřadů k výkonu sociální práce, krajů zařazení do krajských úřadů k výkonu sociální práce a poskytovatelů sociálních služeb.

Usnesení č. 429/2020 Sb. Usnesení vlády ČR č. 1085 o změně usnesení vlády ČR č. 998 o zákazu návštěvy pacientů v zdravotnických zařízeních a přítomnosti třetí osoby při porodu u všech poskytovatelů zdravotních služeb, a zákazu návštěv u všech poskytovatelů sociálních služeb.

Usnesení č. 204/2020 Sb. Usnesení vlády České republiky č. 462 o přijetí krizového opatření-povolení bezkontaktní intervence u terénních služeb nízkoprahová zařízení a sociálně a aktivizační služby pro rodiny s dětmi.

Usnesení č. 402/2020 Sb. Usnesení vlády ČR č. 998 o zákazu návštěvy pacientů v zdravotnických zařízeních a přítomnosti třetí osoby při porodu u všech poskytovatelů zdravotních služeb, a zákazu návštěv u všech poskytovatelů sociálních služeb v zařízení domovů pro seniory.

Usnesení č. 413/2020 Sb. Usnesení vlády České republiky č. 1029 o zabezpečení a organizaci poskytování sociálních služeb po dobu trvání nouzového stavu – zákaz vycházení pro vybrané druhy sociálních služeb.

Usnesení č. 483/2020 Sb. Usnesení vlády ČR č. 1226 o změně krizových opatření č. 409/2020 Sb., k zajištění poskytování zdravotních služeb poskytovateli zdravotních služeb, a č. 411/2020 Sb., o zajištění poskytování sociálních služeb v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Usnesení č. 578/2020 Sb. Usnesení vlády ČR č. 1370, kterým se nařizuje všem poskytovatelům sociálních služeb, aby v případě výjezdu uživatelů mimo objekt nebo areál zařízení, ve kterém je poskytována sociální služba, a to po dobu trvání nouzového stavu, byly splněny podmínky.

Usnesení č. 66/2021 Sb. Usnesení vlády České republiky č. 132 poskytovatelům sociálních služeb, poskytujícím sociální služby (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem), aby v případě vycházky uživatelů mimo objekt nebo areál zařízení byly splněny podmínky.

Usnesení č. 75/2021 Sb. Usnesení vlády České republiky č. 167 o zabezpečení a organizaci poskytování sociálních služeb po dobu trvání nouzového stavu.

Usnesení č. 102/2021 Sb. Usnesení vlády České republiky č. 202 poskytovatelům sociálních služeb, poskytujícím sociální služby (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem), aby v případě vycházky uživatelů mimo objekt nebo areál zařízení byly splněny podmínky.

Usnesení č. 111/2021 Sb. Usnesení vlády České republiky č. 211 o zabezpečení a organizaci poskytování sociálních služeb po dobu trvání nouzového stavu.

Usnesení č. 131/2021 Sb. Usnesení vlády ČR č. 296 o nařízení všem poskytovatelům sociálních služeb (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem), aby v případě vycházky uživatelů mimo objekt nebo areál zařízení po dobu trvání nouzového stavu byly splněny podmínky-zvýhodnění očkovaných.

## Vybrané právní předpisy upravující krizové řízení

Ústavní zákon č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky.

Zákon č. 240/2000 Sb., krizový zákon.

Zákon č. 239/2000 Sb., o Integrovaném záchranném systému.

Zákon č. 241/2000 Sb., o hospodářských opatřeních pro krizové stavy a o změně některých souvisejících zákonů.

Vyhláška č. 328/2001 Sb., o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému.

Vyhláška č. 380/2002 Sb., k přípravě a provádění úkolů ochrany obyvatelstva.

Nařízení vlády č. 462/2000 Sb., k provedení § 27 odst. 8 a § 28 odst. 5 zákona 4. 240/2000 Sb., o krizovém řízení.

Vyhláška č. 498/2000 Sb., o plánování a provádění hospodářských opatření pro krizové stavy.

### **3. Systém sociálních služeb v době COVID-19**

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

#### **Popis systému sociální ochrany a sociálních služeb v ČR**

Systém sociální ochrany osob ČR je složitý mechanismus navázaný na státní sociální správu, další subjekty veřejné správy a samosprávy, oblast nestátní neziskových organizací, nadací, dobrovolníků atd. Propojenost a spolupráce dílčích systémů sociální ochrany obyvatel v ČR je zásadním hlediskem při tvorbě a konstrukci vládní politiky v sociální politice včetně příslušných právních předpisů, norem v systému právního řádu ČR a současně nadnárodních legislativních předpisů, nařízení, doporučení atd. Zasazení a směřování systému sociální ochrany osob je určitým způsobem závislé na definované sociální politice státu, funkčnosti a propustnosti jednotlivých systémů sociálního zabezpečení včetně mezinárodní ochrany a kontextu evropského pilíře sociálních práv. Sociální politiku můžeme definovat jako jednání státu a dalších složek státu (subjektů sociální politiky), které mají stanovený společný cíl, jímž je smysluplné a efektivní pozitivní ovlivňování životních podmínek lidí a skupin (komunit). Sociální politika je živým systémem, který reaguje na potřeby populace a možnosti státu. Státy se liší v přístupu k řešení

sociální politiky, tedy v poskytované míře sociální podpory a mírou sociálnosti, rozsahem a způsobem svého sociálního chování. Například Krebs (2015) uvádí, že v širším pojetí sociální politiky je nezbytné na tvorbu dlouhodobé koncepce sociální politiky nahlížet jako na systém provázaný se společenským okolím. V užším slova smyslu můžeme sociální politiku vnímat jako soubor aktivit, nástrojů a opatření, jejichž smyslem je reakce na nepříznivé sociální události, například stáří, nemoc, invaliditu či nezaměstnanost a chudobu. Cílem sociální politiky je tedy vytváření vhodných a důstojných podmínek pro život všech občanů nebo alespoň jejich většiny. Sociální politika patří mezi veřejné politiky, jejím předmětem jsou sociální témata. V praxi jde tedy o systém sociálních dávek, zdravotního a sociálního pojištění (Tomeš, 2009, 2011; Krebs, 2015; Matoušek, 2003 atd.).

Systém sociálního zabezpečení je v současnosti v ČR zasazen do tří hlavních pilířů – sociálního pojištění, státní sociální podpory, sociálních služeb, někdy také v odborné literatuře označovaných jako sociální péče.

S rozvojem demokracie a polistopadových svobod v Evropě i v České republice vzniká oblast sociálních služeb, kde vedle státních aktivit vstupují do oblasti pomáhající profese nevládní či neziskové organizace s cílem zajišťovat sociální služby pro osoby, které si vlastními silami nedokážou (nebo jen s obtížemi) pomoci. Sociální služby se stávají nástrojem při řešení stavu sociální nouze a poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci. V České republice byl přelomovým rokem v nové koncepci sociální politiky rok 1992 (Krebs, 2015). V tomto roce byly přijaty zákony potřebné k přechodu na novou soustavu sociálního zabezpečení. Tato soustava obsahuje třísložkovou sociální ochranu, kterou prezentují dílčí systémy:

- sociální pojištění – řeší předpokládané životní situace (stáří, nezaměstnanost);

- státní sociální podpora – zaměřena na uznané sociální situace, na které není možné se připravit (narození dítěte, mateřství, výchova dítěte apod., úmrtí);
- sociální pomoc/sociální služby – situace sociální nebo hmotné nouze, není-li jedinec schopen nebo nemůže se o sebe postarat (peněžní a věcné dávky, sociálně právní ochrana, sociální služby a příspěvek na péči).

Z výše uvedeného přehledu je zřejmé, že jedinec, který není schopen nebo se nemůže o sebe postarat, by měl být zabezpečen systémem sociální pomoci. Vývoj sociálních služeb, a tím následně i vznik příspěvku na péči, jak uvádí Tomeš et al. (2001), je spojený především s prodlužováním lidského věku, kdy se prodlužuje období života, v němž člověk potřebuje pomoc jiné osoby, a rovněž s přenášením určitého standardu života v produktivním věku i do období, kdy je člověk postupně stále více závislý na pomoci jiné osoby. Z tohoto důvodu se zvyšují náklady na kompenzaci jeho závislosti.

Každý pilíř samostatně má svoje zákonné vymezení, regulativy, financování a věcný rozsah a obsahovou náplň k plnění podmínek pro různé cílové skupiny. Zpravidla se jedná o pojištěnce v systému ČR a v systému EU. Pro jednotlivé systémy sociální ochrany je důležité, zda je osoba pojištěna, či nikoliv, nebo zda jde naopak o sociální událost, která není spojena s potřebou pojištění osoby. Jestliže některý ze systémů ochrany nevyžaduje pojištění, pak je zpravidla spojen se zdravotním postižením osob, s hmotnou či sociální nouzí. Pro systémy sociální ochrany osob platí, že orgány, které poskytují pomoc a podporu, jsou povinny poskytnout vždy potřebné poučení a poradenství ve své oblasti působnosti, a to nejen o svém postupu a kompetencích (tj. o procesních postupech), ale také o podmínkách jednotlivých systémů dávek (tj. o věcných podmínkách), pojištění, nároků, péče apod. Je však nezbytné vždy průběžně komunikovat s úřady a institucemi následně prokazatelným způsobem (zpravidla písemně), neboť podmínky jednotlivých systémů se mohou změnit v čase, a to i zásadním způsobem.

V současné době, tak jak je nastaveno fungování sociálního státu prostřednictvím státního aparátu, je za daných podmínek zajištěna ochrana v mezích daných sociálním zákonodárstvím materiálními příspěvky a kompenzací osobám, které nejsou schopny samy se o sebe postarat, a to v oblasti regulace osobních a rodinných příjmů, péče o zdraví, bydlení, vzdělávání, pracovního výcviku nebo sociálních služeb (Matoušek, 2003).

K prioritám systému sociálních služeb v rámci EU patří ochrana ohrožených skupin obyvatel, kvalita péče, dostupnost, profesionalita a příprava odborníků pro zvládnutí nároků kladených na praxi v sociálních službách. V České republice po roce 1989 trvaly několik let přípravy v oblasti takzvaného třetího pilíře sociálního zabezpečení v oblasti sociální pomoci k definičnímu ukotvení a rozsahu sociálních služeb. V návaznosti na Bílou knihu, věcný záměr zákona o sociální pomoci a návrh zákona o sociální pomoci a na základě konsenzuální dohody v procesu přípravného a schvalovacího řízení na vládní úrovni dochází k systematizaci sociálních služeb s cílem definovat oblast poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. V roce 2007 nabývá účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, a prováděcí předpis, vyhláška č. 505/2006 Sb. Hlavním ukazatelem v tomto směru je definičně a rozsahem stanovená sociální služba, nově se objevují smlouva o poskytování sociální služby, příspěvek na péči, financování služeb a standardy kvality služeb atd. Například Průša (2003) upozorňuje na skutečnost, že sociální služby prošly v průběhu 90. let řadou významných změn, základní principy jejich financování se po celé období prakticky nezměnily, což představuje limitující prvek dalšího rozvoje sociálních služeb.

Soudobé uspořádání sociálních služeb v rozvinutých zemích je obvykle označováno pojmem „welfare mix“<sup>1</sup>, stát je obvykle garantem

---

<sup>1</sup> Welfare mix – v literatuře existuje celá řada definic tohoto pojmu, nejčastěji je uváděn veřejný sektor a smíšená ekonomika.

systému služeb. Poskytování služeb je zajištěno převážně neziskovým sektorem, charitativními organizacemi a dalšími zprostředkujícími institucemi. Tím je zajištěna garance větší míry dostupnosti z pohledu místní komunity. V tomto pohledu je predikce municipality jako blízkého partnera k lidem, k jejich potřebám. V důsledku toho se předpokládá, že samospráva může zajistit pružnější a efektivní reagování na potřeby daného území, regionu. V současné době, zejména s nástupem zákona o sociálních službách, můžeme sledovat, že okruh a spektrum sociálních služeb se v posledních desetiletích neobyčejně rozšířil, od zajištění základních životních potřeb až po velmi specializované služby a obory.

Sociální služby jsou významným nástrojem pomoci a podpory osobám, které nejsou schopny samostatně zvládnout určité životní situace, životní události či běžné fungování ve svém životě. Sociální záchranná síť prostřednictvím sociálních služeb dává poměrně široký prostor pro výběr druhu a formy pomoci. Sociální služby v systému zajištění péče a pomoci sehrávají významnou roli při poskytování úkonů péče, úkonů prevence a poradenství osobám v nepříznivé sociální situaci. Každý, kdo se ocitne v nepříznivé sociální situaci, má právo volby a individuálního přístupu k posouzení a vyhodnocení své situace, situace v rodině. Akcentace principu subsidiarity, solidarity a individuálního přístupu se zachováním lidských práv je v sociálních službách stěžejním ukazatelem v systému pomoci v České republice. Králová a Rážová (2012) popisují sociální služby jako činnost, jež napomáhá řešit osobám nepříznivou sociální situaci. Příčinou této situace může být věk, nepříznivý zdravotní stav, krizová situace, konflikt osobního života a další faktory.

Vymezení věcného obsahu a rozsahu sociálních služeb definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální služby a jejich vývoj mají na území ČR historickou tradici, jejich geneze byla podmíněna společenským, filozofickým, politickým, ekonomickým, kulturním kontextem. Základní rámec sociálních služeb vychází z altruistického principu poskytnutí pomoci v situacích, kdy různé

typy zajištění, pojišťovací systémy nebo rodina z různých důvodů podporu nemohou nebo nejsou schopni zajistit. Z hlediska procesního a statusu uživatele služby dochází s přijetím zákona o sociálních službách k novému chápání postavení klienta služby. Dosavadní řízení před přijetím zákona o sociálních službách, například ve věci umístění do pobytového zařízení, bylo nastaveno v režimu správního řízení vydáním rozhodnutí. Nová právní úprava od roku 2007 zákona o sociálních službách zohledňuje principy občanského zákoníku a systém správního řízení není zde zakotven (s výjimkou oblasti řízení o příspěvku na péči).

Prostředí sociálních služeb je charakterizováno množstvím vztahů mezi lidmi a různými institucemi a subjekty, které mají významný vliv na kvalitu života lidí. Jedná se o vztahy, jejichž význam vyžaduje zákonnou oporu z důvodu ochrany práv a oprávněných zájmů těch osob, které jsou oslabeny ve schopnostech je prosazovat. Hlavním cílem zákona o sociálních službách je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb osob, a to formou podpory a pomoci při zvládání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života. Sociální služby umožňují člověku ohroženému sociálním vyloučením participovat na každodenním životě společnosti, čímž se míní přístup ke vzdělání, zaměstnání a kulturnímu a společenskému životu. K tomu, aby mohly být naplněny výše uvedené principy, nabízí zákon o sociálních službách zásadní nástroje:

- každému garantuje bezplatné sociální poradenství,
- osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby ve zvládání péče o sebe a v soběstačnosti, bude poskytována dávka příspěvek na péči,
- osobám, které nezvládají svou situaci samostatně nebo s pomocí rodiny a jiných blízkých, nabízí různou typologii služeb, ze které si mohou svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí,

- garanci, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené jejich potřebám, a to vždy tak, aby v první řadě zachovávaly lidskou důstojnost uživatelů a podporovaly je v aktivním přístupu k životu,
- vytváří prostor pro komunity, pro spoluúčast osob na procesech rozhodování o rozsahu, druhích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

Základní rámec sociálních služeb je členěn na odborné sociální poradenství, služby sociální péče a sociální prevenci. Do okruhu služeb péče jsou zahrnuty osobní asistence, pečovatelská služby, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení (zákon č. 108/2006 Sb.).

Služby sociální prevence (raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půli cest, kontaktní centra, intervenční centra nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace, centrum duševního zdraví) napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy kvůli krizové sociální situaci, životním návykům a způsobu života vedoucímu ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícímu prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby.

# **Základní přehled druhů sociálních služeb**

(zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, [www.mspv.cz](http://www.mspv.cz)):

**SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ** poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřízpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

## **SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE**

*Osobní asistence* se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Pečovatelská služba* je terénní nebo ambulantní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnosti osob a v zařízeních sociálních služeb. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo

poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti. Služba se poskytuje za úhradu. Bez úhrady se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

*Tisňová péče* je terénní distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami, které jsou vystaveny stálému riziku ohrožení zdraví nebo života, popřípadě náhlého zhoršení zdravotního stavu. Služba se poskytuje za úhradu.

*Průvodcovské a předčitatelské služby* jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Tyto služby jsou poskytovány za úhradu.

*Podpora samostatného bydlení* je terénní služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením chronickým onemocněním, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby; služba se poskytuje v domácnosti osob. Služba obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Odlehčovací služby* jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování,

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Centra denních služeb* poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Cílem služby je posílit samostatnost a soběstačnost osob v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Denní a týdenní stacionáře* poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Týdenní stacionáře* poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředko-

vání kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Domovy pro osoby se zdravotním postižením* poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Domovy pro seniory* poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Domovy se zvláštním režimem* poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a dalšími typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti

a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Chráněné bydlení* je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních* poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny obejít se bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou či jinou fyzickou osobou nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

## SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE

*Raná péče* je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické

potřeby. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

*Telefonická krizová pomoc* je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. Služba se poskytuje bez úhrady. Služba obsahuje telefonickou krizovou pomoc a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

*Tlumočnické služby* jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Tlumočnické služby jsou poskytovány bez úhrady.

*Azylové domy* poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Domy na půl cesty* poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Způsob poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba obsahuje poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Kontaktní centra* jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je minimalizovat sociální a zdravotní rizika spojená se zneužíváním návykových látek. Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Služba se poskytuje bez úhrady.

*Krizová pomoc* je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svojí nepříznivou situaci vlastními silami. Služba obsahuje poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

*Intervenční centra* poskytují pomoc osobám ohroženým domácím násilím. Na základě zákonné povinnosti kontaktují osobu ohroženou, a to nejpozději do 48 hodin od doručení kopie úředního záznamu o vykazání ze společného obydlí. Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Pokud je poskytována formou pobytových služeb obsahuje poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy. Součástí služby je zajištění spolupráce mezi intervenčními centry, poskytovateli jiných sociálních služeb, OSPOD, obcemi, útvary Policie ČR a obecní policie, jakož i ostatními orgány veřejné správy. Služba se poskytuje bez úhrady.

*Nízkoprahová denní centra* poskytují ambulantní služby, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. V nízkoprahových denních centrech hradí osoby úhradu za stravu ve výši stanovené poskytovatelem.

*Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež* poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem a mládeži ohroženým sociálním vyloučením. Služba je určena dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících s jejich způsobem života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky, aby v případě zájmu mohli řešit svoji nepříznivou sociální situaci. Služba může být poskytována osobám anonymně. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

*Noclehárny* poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí přenocování. Služba se poskytuje za úhradu ve výši stanovené poskytovatelem.

*Služby následné péče* jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují. Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

*Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi* jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého existují rizika ohrožení jeho vývoje, nebo je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě obtížné krizové sociální situace, kterou rodiče nedokážou sami bez pomoci překonat a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje. Služba obsahuje výchovné,

vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

*Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením* jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

*Sociálně terapeutické dílny* jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím pracovní terapie. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění a podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. Služba se poskytuje za úhradu.

*Terapeutické komunity* poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života. Služba obsahuje poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

*Terénní programy* jsou služby poskytované osobám, které vedou nebo jsou ohroženy rizikovým způsobem života. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek a omamných

psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být poskytována osobám anonymně. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady.

*Sociální rehabilitace*, jedná se o soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných činností pro samostatný život. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Terénní a ambulantní služba obsahuje činnosti nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Forma pobytové služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám při překonávání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (zákon č. 108/2006 Sb.).

Profesionální sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb (není-li v § 83 a 84 stanoveno

jinak), oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci. O registraci rozhoduje krajský úřad příslušný podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu fyzické osoby nebo sídla právnické osoby, popřípadě podle umístění organizační složky zahraniční právnické osoby na území ČR. V případě, že zřizovatelem poskytovatele sociálních služeb je ministerstvo, rozhoduje o registraci toto ministerstvo. Krajský úřad vede registr poskytovatelů sociálních služeb, do kterého zapisuje poskytovatele sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci, a právnické a fyzické osoby uvedené v § 84 odst. 1. Do registru jsou povinni se na žádost zapsat také poskytovatelé sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení ústavní péče podle § 52, speciální lůžková zdravotnická zařízení hospicového typu a dětský domov (zákon č. 108/2006 Sb.).

Zákon definuje povinnosti poskytovatelů služeb, které jsou předmětem kontrolní činnosti sociální správy. Poskytovatelé mají stanovenou povinnost zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby, informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným, vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociálních služeb, zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, včetně stanovení pravidel pro uplatnění oprávněných zájmů osob, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby, zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým poskytuje sociální služby, na úroveň služeb, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby, plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální

služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů, vést evidenci žadatelů o sociální službu, se kterými nemohl uzavřít smlouvu o poskytnutí sociální služby z důvodů uvedených v § 91 odst. 3 písm. b, dodržovat standardy kvality sociálních služeb, uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby, pokud tomu nebrání důvody uvedené v § 91 odst. 3, v případě, že poskytují sociální službu podle § 48, přednostně poskytnout sociální službu dítěti, kterému byla soudem nařízena ústavní výchova, výchovné opatření nebo předběžné opatření, neprodleně písemně oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností uvedenému v § 92 písm. a ukončení poskytování pobytové služby sociální péče osobě, která se může bez další pomoci a podpory ocitnout v situaci ohrožující její život a zdraví, pokud tato osoba s takovým oznámením souhlasí (zákon č. 108/2006 Sb.).

Se zájemci o sociální službu je uzavírána smlouva o poskytování sociální služby, je garantován princip rovnosti dvou stran. Náležitostmi smlouvy jsou označení smluvních stran, druh sociální služby, rozsah poskytování sociální služby, místo a čas poskytování sociální služby, výši úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanovené v § 73 až 77 a způsob jejího placení, včetně způsobu vyúčtování, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb, výpovědní důvody a výpovědní lhůty, dobu platnosti smlouvy (§ 83 odst. 3 a § 91 zákona o sociálních službách). Ve službách, kde je povinnost uzavírat smlouvu o poskytování sociální služby písemně, a to především ve službách sociální péče (například domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, týdenní stacionáře), je vedení anonymní evidence a osobní dokumentace nemožné nebo v přímém rozporu s obsahem poskytované služby. Zákon

o sociálních službách vychází z konceptu, kdy sociální služby mají na klienty působit aktivně, mají individuální charakter, mají zachovávat lidskou důstojnost a vycházejí z individuálně určených potřeb.

Poměrně novou kategorií je „nákup“ sociálních služeb, který před přijetím zákona o sociálních službách nebyl na našem území aplikován. Jistou podobnost v minulosti řešil příspěvek na osobu blízkou (zákon č. 100/1988 Sb.). V současnosti si zájemce může vybírat z široké palety spektra sociálních služeb (viz služby odborného sociálního poradenství, služby péče, služby prevence), a to ve formě terénní, ambulantní, pobytové. Zákon č. 108/2006 Sb. definuje u každého typu služby, specifika, věcný rozsah, obsah, a zda se jedná o službu ne/úhradovou. Rovněž příspěvek na péči může být dle uvážení osoby, která na něj má nárok a pobírá tuto dávku, využit pro úhradu dané sociální služby. Přičemž zájemce o sociální službu má možnost výběru, kdo mu službu bude poskytovat.

Příspěvek na péči je určen osobě, která z důvodu nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné osoby při zvládání základních životních potřeb, a to v rozsahu stanoveném stupněm závislosti dle zákona o sociálních službách. Prostřednictvím tohoto příspěvku se stát podílí na zajištění pomoci osobám, které o sebe z důvodu například nemoci, úrazu nebo jiných zdravotních komplikací dlouhodobě nezvládají pečovat, a jsou proto závislé na jiných. Náklady na vyplacení příspěvku na péči jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Z poskytnutého příspěvku se následně hradí pomoc, kterou osobě pobírající příspěvek na péči dle vlastního rozhodnutí poskytuje například osoba blízká, asistent sociální péče, profesionální registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov, speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Cena za službu je stanovena vyhláškou č. 505/2006 Sb., v platném znění.

Pokud jde o příspěvek na péči čerpající osobu blízkou, podle § 24 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění, splňují definici osoby blízké tyto osoby: manžel či manželka, příbuzný v přímé linii, dítě vlastní, osvojené i převzaté do trvalé

péče, sourozenec, snacha či zeť, manžel rodiče kteréhokoliv z manželů. Hodnotí-li se osoba blízká, definice ovšem uvádí, že se ne vždy musí jednat o příbuzenskou osobou. Může to být i osoba, která s dotyčným sdílí společnou domácnost a dělí se s ním o náklady na bydlení. Nárok na příspěvek má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu, který je stanovený na základě stupně závislosti. Stupeň závislosti se vždy hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které člověk není schopený bez cizí pomoci sám zvládnout. Mezi hodnocené parametry patří mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (ne pro osoby mladší osmnácti let). Blížší vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení je stanoven vyhláškou č. 505/2006 Sb.

Asistent sociální péče je jinou fyzickou osobou než osobou blízkou, která může poskytovat péči osobě závislé na péči jiné fyzické osoby. Může jím být pouze fyzická osoba, která je starší osmnácti let věku a je zdravotně způsobilá (§ 83 odst. 2 zákona o sociálních službách) a neposkytuje tuto péči jako podnikatel. Zdravotní způsobilost se posuzuje podle § 29 odst. 1 písm. e zákona o sociálních službách, podle kterého se za zdravotně způsobilou k poskytování pomoci nepovažuje osoba, která má sama nárok na příspěvek na péči, ledaže lékařským posudkem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb doloží, že je schopna tuto pomoc poskytovat. Poskytuje-li osobě pomoc asistent sociální péče, nevyžaduje se registrace podle § 79 zákona o sociálních službách. Asistent sociální péče musí být vždy uveden jako poskytovatel pomoci v žádosti o příspěvek na péči pro účely rozhodnutí krajské pobočky Úřadu práce ČR o přiznání příspěvku. Asistent sociální péče je povinen s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřít písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci, kterou je žadatel o příspěvek na péči povinen k žádosti doložit. Asistent sociální péče se podle § 106 odst. 4 zákona o sociálních službách

dopustí přestupku, pokud s osobou, již poskytuje pomoc, neuzavře smlouvu o poskytnutí pomoci. Pokud osoba pobírající příspěvek na péči oznámí jako nového poskytovatele pomoci asistenta sociální péče, je písemná smlouva rovněž přílohou oznámení o poskytovateli pomoci. Asistent sociální péče má zákonem o sociálních službách uloženy povinnosti vyplývající z toho, že poskytuje pomoc osobě, které byl přiznán příspěvek na péči. Tyto povinnosti upravuje § 21a zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006Sb, o sociálních službách, [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)). Pokud jde o částku, kterou v rámci příspěvku na péči stát vyplácí, vždy je kromě stupně závislosti nutné zohlednit také to, zda se jedná o dítě, nebo jde o osobu, která již dovršila dospělosti. Příspěvek na péči je vyplácen měsíčně, a to vždy v kalendářním měsíci, za který dané osobě náleží. Převodem na platební účet zvolený příjemcem či poštovním poukazem ho vyplácí krajská pobočka Úřadu práce ČR.

Zákon o sociálních službách zavádí také zcela nová opatření, která mají vést ke zvyšování kvality sociálních služeb, jedná se například o definování kvalifikačních požadavků, které musí pracovník v sociálních službách splňovat a povinnost poskytovatelů dodržovat zákonem určené podmínky kvality sociálních služeb. Pojetí kvality je spojováno se schopností organizace naplnit nebo překonat očekávání uživatelů a je nejčastěji definována jako rozdíl mezi očekávaním uživatelů týkajícím se služby a jejich vnímáním výkonu služby (Zeithaml, V., A., Parasuraman, A., 2004; Šiška a kol., 2021; Vaska a kol., 2020). Například Pokorná a kol. (2017) uvádějí, že za kvalitu je považována taková služba, která je poskytována kvalifikovanými pracovníky s přiměřeným technickým a dalším vybavením, přiměřeně stavu uživatele, je přínosem pro zdravotní stav nebo kvalitu života, je přijatelná z hlediska hodnotové a emocionální rovnováhy a řádně zdůvodněná a zadokumentovaná.

Pro kvalitní službu musíme stanovit cíle a kroky k jejich naplnění, a tento stav pravidelně ověřovat v praxi, revidovat a vyhodnocovat potřeby uživatelů ve vztahu k nastavené sociální službě. Pro udržení

kvality služby je právě významná tato cykličnost procesů. Aby uživatelům sociální služby byla zaručena kvalita poskytovaných služeb, byly formou právního předpisu zaneseny standardy kvality. Standardy kvality vznikaly postupně, mají svoji genezi, systémově byly začleněny do právního řádu ČR až v roce 2006. Kvalita sociálních služeb definována v zákoně o sociálních službách, prostřednictvím naplnění standardů kvality. „§ 99 (1) Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.“ „Plnění standardů kvality se hodnotí systémem bodů. Obsah jednotlivých standardů kvality a bodové hodnocení stanoví prováděcí právní předpis.“ Vyhláška definuje patnáct základních standardů a 48 kritérií, které jsou povinni v rozsahu uvedeném ve zmíněné vyhlášce dodržovat poskytovatelé služeb i uživatelé služeb. Každé kritérium je bodováno, škála je stanovena v rozsahu 0–3 body (nejlepší). Standardy jsou rozděleny do tří oblastí – procesní, personální a provozní. Slabou stránkou těchto standardů je skutečnost, že jsou určeny pro všechny typy sociálních služeb a nezohledňují specifika jednotlivých služeb. V sociálních službách dosud neexistují žádná objektivní měřítka kvality, je tedy obtížné stanovit standard, který by byl tvořen kritérii, tedy měřítka pro srovnání a hlediska posuzování a hodnocení (Havránková, Truhlářová, 2018). To potvrzují Kocman, Paleček (2012), kteří uvádějí obecné podněty od poskytovatelů služeb, které se dotýkají systému kvality a standardů v celkovém pohledu: „Standardy fungují jako rámec poskytování všech sociálních služeb. Standardy fungují jako nástroj rozvoje konkrétní služby. Standardy nejsou dostatečně uzpůsobené různým typům služeb a cílovým skupinám • Nerozlišitelnost fází procesu případové práce s klientem definovaného ve standardech • Nefungující posloupnost jednotlivých fází procesu definovaného ve standardech • Individuální plánování – přístup vs. metoda, Standardy jsou problematické

*jako nástroj kontroly • Měření vs. interpretace • Mocenská nerovnováha ve výkladu standardů • Nejasné vymezení požadavků kritérií • Nepředvídatelnost • Administrativní zátěž – metodické postupy • Administrativní zátěž – vykazování • Nejednoznačný vztah mezi výsledným hodnocením inspekce a kvalitou služby, Standardy nenavazují na další prvky systému a další resorty, Standardy jsou příliš složité.“*

V oblasti kontrolní činnosti kvality sociálních služeb existují v současné době dva typy kontrolních mechanismů. První z nich je reprezentován prováděním státní kontroly zaměřené na plnění zákonných podmínek souvisejících s registračním procesem a na efektivnost, účelnost a hospodárnost při nakládání s veřejnými prostředky. I tímto prostřednictvím lze částečně kontrolovat kvalitu poskytovaných služeb. Skutečně systematické řešení představuje druhý typ hodnocení kvality, a to prostřednictvím standardů kvality. Dlouhodobější zkušenosti jsou v ČR pouze v systému sociálních služeb, kde jsou poskytovatelé služeb již od roku 2007 ze zákona povinni standardy kvality naplňovat. Kontrolu zajišťuje inspekce sociálních služeb, podle zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.). Institut inspekce sociálních služeb funguje jako kontrolní mechanismus, který má mimo jiné za cíl zhodnotit a zajistit úroveň kvality poskytování sociálních služeb u různých subjektů, které sociální služby v praxi poskytují, přičemž je kladen důraz na ochranu oprávněných zájmů klientů, na monitoring úrovně kvality poskytovatelů v terénní, ambulantní a pobytové formě. Úroveň kvality péče a prevence v zajištění služeb klientům je měřena standardy kvality, které jsou kritérii určujícími úroveň kvality poskytování sociálních služeb.

Zavedení standardizace do činností organizací a subjektů, které získaly registraci k výkonu své činnosti, znamená, že tyto činnosti musejí být vykonávány ze strany poskytovatelů sociálních služeb v takové minimální úrovni, abychom o nich mohli konstatovat, že jsou kvalitní. Standardy kvality mohou být nastaveny rozšířením a preciznější úpravou práv a povinností poskytovatelů nebo samo-

statnou úpravou prováděcího předpisu (505/2006 Sb.). Nestanovená měřitelná úroveň pojmu kvalita v sociálních službách je tématem, o němž se dnes diskutuje v mnoha rovinách. Zde si můžeme položit otázku, co je pojem a definice kvality v činnostech, které stát přesouvá na organizace nejrozličnějšího typu (poskytovatele sociálních služeb), které získaly registraci k takové činnosti? V současnosti v oblasti inspekci však neexistují definované obsahy každého kritéria ve vztahu k objektivní měřitelnosti, ve smyslu vyhlášky (vyhláška č. 505/2006 Sb.) což je skoro nepřekonatelnou překážkou nejenom pro kontrolované osoby, ale rovněž pro inspektory, státní úředníky MPSV. Při posuzování kvality začínají následně rozhodovat proměnné veličiny, například různá přísnost inspektorů, liberálnější či rigidnější přístup kontrolovaných osob při zpracování písemných postupů, a definice kvality se tím významně naruší, respektive přestane být jasně vymezenou veličinou. Konkrétní chápání kvality se stává subjektivním pohledem kontrolujících a kontrolovaných. Subjektivní chápání kritéria z obou stran inspekčního procesu je ztrátou objektivity, které se poté odrazí v různém bodovém ohodnocení každého kritéria v inspekčních protokolech. Obecně platí, že by každé kritérium mělo být pro kontrolované osoby srozumitelné a určitým způsobem i měřitelné. Pro kontrolující i kontrolované to znamená, že jednotlivé úkony inspekčního týmu budou transparentní a rekonstruovatelné, a to ve smyslu principu měřitelného kritéria – tedy jasného obsahu k jeho naplnění. S tím souvisí i otázka samotného posuzování kritérií z pohledu bodového ohodnocení, které je v současné době nastaveno příliš přísně, bodová škála 0–3. Toto úzké vymezení bodového hodnocení můžeme chápat i proti samotné kvalitě poskytování sociálních služeb, protože je závislé na míře shovívavosti inspektorů a jejich subjektivnímu posuzování v rozhodovacím procesu hodnocení kvality výkonu poskytování sociálních služeb. V ČR nejsou zveřejněny výstupy se závěry z kontrol / inspekci kvality sociálních služeb. Například Asociace poskytovatelů sociálních služeb z analýzy inspekci služeb dochází ke shodnému zjištění

z kontrolní činnosti sociálních služeb, například v oblasti rozdílných přístupů „z přístupu, realizace, průběhu a výstupů inspekce jsou velmi patrné odlišnosti mezi tzv. krajskými a ministerskými inspekcemi ... Vystupování a jednání inspekci: Ze zkušeností zařízení, u kterých byla v r. 2008 provedena inspekce kvality, bylo vystupování inspektorů vnímáno z pozice moci nikoliv podpory – Hodnocení jednotlivých kritérií: Z dostupných inspekčních zpráv bylo zřejmé rozdílné hodnocení u stejných kritérií při stejném stupni naplnění daného kritéria, což dokazuje prostor pro subjektivní hodnocení inspektorů – Hodnocení jednotlivých kritérií: Z dostupných inspekčních zpráv bylo zřejmé rozdílné hodnocení u stejných kritérií při stejném stupni naplnění daného kritéria, což dokazuje prostor pro subjektivní hodnocení inspektorů.“ Další problematické oblasti při výkonu státní kontroly inspekce sociálních služeb APSS spatřuje v negativním hodnocení členů inspekčního týmu před realizací inspekce, nedodržení metodického pokynu MPSV, kontrole nad rámec předmětu inspekce či sporu v otázce dodržování správního řádu (APSS, nedatováno, str. 3). K nejednotnosti inspekci a subjektivitě zjištění dochází také například Časlava (nedatováno).

V důsledku celospolečenských změn po prožití epidemiologické situace se ukazuje, že právě oblast kvality sociálních služeb a práv klientů můžeme nalézat určité nedostatky jak na úrovni systémové, tak v přímé práci s klienty služeb.

## Sociální služby v ČR v době COVID-19

V době pandemie COVID-19 byl český systém sociální ochrany vystaven velké zkoušce. Naše společnost čelila situaci, které prověřila funkčnost stávajících zavedených standardizovaných systémů, postupů a nástrojů a též společenské systémy, normy a vztahy a nastolila a ukázala význam otázek po smyslu, etice, lidskosti a svobodě. Systém sociálních služeb byl vystaven závažné epidemiologické situaci

trvající více než tři roky, kde se řešily problémy týkající se ohrožení zdraví obyvatelstva, lidská práva a jejich dodržování, dostupnost zdravotní sociální péče, dostupnost a prostupnost sociálních služeb, vzdělávání dětí, pracovní podmínky a mezilidské vztahy, politické změny. Nastavený systém sociální ochrany, jehož významným nástrojem jsou sociální služby, se ocitl v situaci, která v současných novodobých dějinách zatím nenastala. Byl postaven před výzvy, které zasáhly všechny společenské složky – právní systém, etické konstrukty, otázky bezpečnosti, a to nejen v oblasti zdraví obyvatelstva. Musely se hledat alternativní způsoby řešení situací, které se v novodobých dějinách nikdy neřešily.

Jako hlavní a prioritní téma v poskytování sociálních služeb se objevila problematika ochrany zdraví obyvatel. Ta se stala východiskem pro hledání nových cest a přístupů v oblasti zajištění sociální péče pro jedince, skupiny a komunity ohrožené nejen nepříznivou situací vycházející jak z jejich znevýhodnění, tak ze současné společenské situace. Došlo ke změně sociální reality, pro kterou bylo třeba hledat nové inovativní řešení a s tím související postupy (Truhlářová, 2021; Segal, Ayelet, 2023).

Tato podivná doba nastoluje v rámci poskytování sociálních služeb jako velmi významnou otázku dodržování lidských práv. Lze „omezit“ člověku právo na svobodný pohyb v zájmu ochrany jeho zdraví? Toto téma rezonovalo hlavně v oblasti poskytování pobytových sociálních služeb (Banks a kol. 2020; Golightley M., Holloway M., 2020). Mnoho lidí zůstalo izolováno ve svých domovech bez přístupu k zdravotní a sociální péči, a to hlavně v první vlně pandemie. Bylo třeba nastavit procesy a postupy při realizaci poskytování sociálních služeb a zdravotní péče tak, aby byly ochráněny nejrizikovější skupiny obyvatel (tedy ty nejzranitelnější – zejména senioři a lidé se zdravotním postižením), které byly primárními klienty sociální práce a sociálních služeb v době epidemie.

Od začátku pandemie vláda ČR, MPSV a MZ hledaly nástroje a postupy, jak této ochrany efektivně a funkčně docílit. V takzvané

první vlně pandemie došlo v zájmu ochrany klientů a pracovníků k uzavření většiny ambulantních sociálních služeb (stacionáře, poradny, chráněné dílny atd.) a k výraznému tlaku na služby terénní. V pobytových službách se volila opatření, která vedla k omezení pohybu klientů a jejich sociálních kontaktů. Velmi často se řešila otázka ochrany zaměstnanců a jejich nedostatečný počet k výkonu a zajištění sociální péče. Následky těchto rozhodnutí vyvolalo nutnost upřesnění jednotlivých rozhodnutí a vyhlášek vlády ČR a jednotlivých ministerstev (MPSV, MZ).

Ministerstvo práce sociálních věcí reagovalo na mimořádnou situaci v souvislosti s epidemiologickou situací, na jejímž základě vydalo doporučení pro úpravu, fungování a realizaci sociálních služeb a sociální práce. Vytvořená opatření se soustředila na obecně uplatnitelné rady zabráňující šíření nákazy COVID-19, přičemž byla snaha o umožnění realizace sociální služby tak, aby byla bezpečná jak pro uživatele, tak pro poskytovatele.

Doporučené postupy reagovaly na opatření a nařízení vlády ČR v souvislosti epidemiologickou situací COVID-19 a vyhlášeným nouzovým stavem v oblasti zajištění sociální péče nařízené MZ ČR. Týkaly se provozu zdravotnických zařízení lůžkové péče a zařízení sociálních služeb, nařízení se zaměřovala na zajištění chodu poskytovatelů zdravotních služeb následné a dlouhodobé lůžkové péče a poskytovatelů sociálních služeb, na organizace a provádění karantény u poskytovatelů sociálních služeb. Dále se nařízení zaměřovala na mimořádná opatření k hlášení poskytovatelů sociálních služeb do ISIN, na nastavení organizace poskytování nepojistných sociálních dávek. Další řešenou oblastí byla problematika omezení poskytování sociálních služeb, omezení vycházek pro klienty zařízení sociální péče, opatření v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Usnesení vlády, vyhlášky a doporučení MPSV a MZ měly za cíl pomoci stávajícímu systému ochrany obyvatel pandemickou situaci zvládnout, ne vždy však tento cíl plnily. Často docházelo

k problematickým situacím vycházejících z nedostatečné informovanosti, nepřesnosti a nepropojenosti daných subjektů pomoci.

Krizová situace ve společnosti, způsobená epidemií, vyvolala nutnost zavádění plošných regulativních opatření v rychlém časovém sledu, což způsobilo nestabilitu a v mnohých případech i nemožnost využít stávající nastavení sociálního systému pomoci. Vedla k ohrožení mnoha klientů a samotných pracovníků, způsobila příliv nových klientů (například kvůli chudobě, existenčnímu ohrožení, psychickým problémům, neschopnosti splácet dluhy...). Současné nastavení systému sociální pomoci velmi těžce hledalo způsoby, jak zabezpečit jeho funkčnost v době epidemie.

Oblast přímého výkonu sociální pomoci (sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotnický personál a další) byla náhle konfrontována s nutností dát do souladu krizová opatření státu v době nouzového stavu a vlastní výkon praxe ve vztahu ke klientům, k vlastnímu ohrožení zdraví, potřebám a možnostem pracoviště. To způsobilo, že sociální pracovníci byli nuceni hledat další vnitřní a vnější zdroje, objevovat jiné cesty a inovovat způsob výkonu praxe (Kendall a kol., 2020; Truhlářová, 2021; Segal, Ayelet, 2023). Došlo k vybočení ze zaběhnutých postupů, narušení určité stability nastavených systémů a procesů, vznikají pochybnosti a obavy o další budoucnost vlivem nepředvídatelných událostí. To vše si vyžádalo inovativní způsoby řešení, ukázala se slabá místa stávajícího systému, ale také se potvrdilo a ukotvilo to, co je funkční a důležité.

Velmi důležitá je návaznost a provázanost jednotlivých sociálních služeb a jejich propojenost se systémem pomoci a institucemi státní správy a samosprávy. Dobře nastavený a fungující systém sociálních služeb propojený se systémem sociální pomoci dokáže velmi rychle zareagovat při mimořádných situacích (pandemie, povodně, přírodní katastrofy) a lze konstatovat, že má i preventivní funkci. To, co nám „covidová doba“ ukázala a v čem pomohla upravit a nastavit stávající procesy poskytování sociální péče a pomoci, je nutnost

sdílet praxi a informace, velký význam multioborové spolupráce a hledání nových alternativ, které zajistí funkčnost a efektivitu daného systému (Banks a kol., 2020; Šiška a kol., 2021; Marková, Truhlářová a kol., 2022; Segal a Gur, 2023).

Praxe identifikovala základní a nejdůležitější principy, na které je třeba nadále navazovat a rozvíjet je, a to jak na makroúrovni (v oblasti právního ukotvení), mezoúrovni (organizační) a mikroúrovni (individuální práce klientem) stávající praxe. V těchto konkrétních oblastech na základě zkušeností z poskytování sociálních služeb v době pandemie je třeba stávající nastavený systém sociální pomoci inovovat a zrevidovat. Je nutné reflektovat funkční a nefunkční postupy a procesy a nastavit metodické postupy využitelné při mimořádných epidemiologických situacích, a to jak na úrovni institucí státní správy a samosprávy, tak na úrovni zdravotnických zařízení a sociálních služeb. Zhodnotit efektivitu stávajících sociálních služeb a nastavit systém tak, aby při omezení či uzavření sociální služby bylo možné klientovi onu službu nahradit. Z pohledu celého systému zajistit v čase mimořádné situace dostupnost sociálních služeb pro všechny zranitelné klientské skupiny. Výrazně posílit spolupráci mezi samosprávou a poskytovateli, nastavit efektivní systém komunikace mezi jednotlivými aktéry pomoci – státní správou, samosprávou a poskytovateli sociálních služeb v rámci krizového řízení (Havránková a kol., 2022; Zíkl a kol., 2022a). Jako důležité se ukázalo mít dobře nastavené efektivní řídicí a komunikační procesy na pracovišti a směrem ke klientovým. Je třeba zajistit metodickou podporu a jednoznační výklad opatření. V návaznosti připravit informační materiály pro pracovníky a klienty tak, aby získali informace o postupech a možnostech pomoci v době krize (Bendová a kol., 2022; Zíkl a kol., 2022b; Prázdna a kol., 2022).

Další problémem, který je nutné systémově řešit, je zastupitelnost pracovníků v době krizových opatření a jejich přetížení. Je nutné zabezpečit podporu duševního zdraví u všech pracovníků v pomáhajících profesích, a to nejen pracovníků v přímé péči.

Zabezpečit více supervize, zajistit psychologickou podporu a dávat větší důraz na možnosti psychohygieny zaměstnanců (Vaska a kol., 2020; Zíkl a kol., 2022a; Havránková a kol., 2022; Prázdna a kol., 2022).

Velmi důležitým zjištěním vyplývajícím ze zkušeností z praxe z pandemické doby byla obtížnost stanovit obecná pravidla či plošná doporučení. S charakteru jednotlivých sociálních služeb a jejich zaměření na cílovou klientskou skupinu vyplývají různá specifika a potřeby (Marková, Truhlářová a kol., 2022). Velmi obtížně se tedy stanovují plošné metodiky a doporučené postupu v době špatné epidemiologické situace.

## Slovo závěrem

Současný systém sociální pomoci prošel v pandemii COVID-19 velkou zkouškou. Systém a jeho nastavení v České republice je funkční a má velký potenciál v případě krizových situací saturovat péči o ohrožené skupiny obyvatel. Kvůli této společensky krizové situaci bylo možné stávající koncept poskytování sociálních služeb vyzkoušet v opravdovém zátěžovém režimu. Praxe ukázala na nutnost inovace nejen konceptu poskytování péče v režimu omezení provozu z důvodu epidemie virového onemocnění, ale také na posílené struktur řízení, předávání informací mezi jednotlivými složkami aktérů pomoci (úřad vlády, resortní ministerstva, státní správa a samospráva, sociální služby, klienty a jejich pečujícími). Je nutné vytvořit a inovovat zákonné prostředí (zákony, vyhlášky, normy, doporučené postupy), aby v případě krizových situací byly vyjasněny procesy řízení, kompetence, přenos informací a možnost zastupitelnosti jednotlivých sociálních služeb a jejich spolupráce.

## Literatura

- Asociace poskytovatelů sociálních služeb, nedatováno. Analýza inspekci poskytování sociálních služeb [online], online dostupný z: [www.apsscr.cz](http://www.apsscr.cz). cit online. [10. 6. 2023]
- BANKS, Sarah a kol. 2020. Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses. *International Social Work*, 63.5: 569–583.
- BENDO VÁ, Petra, I. HAVRÁNKOVÁ, Z. TRUHLÁŘOVÁ, P. ZIKL, A. MARKOVÁ, A. MOJŽÍŠOVÁ, R. PRÁZDNÁ, M. NESLÁDEK. Základní reflexe k poskytování sociální služby rané péče v době pandemie COVID-19. *Revue sociálních služeb*. 2022, 2 (1), 18–28. Dostupné z: <https://rss.fsvucm.sk/index.php/rss/article/view/23/21>
- ČÁSLAVA, P., nedatováno. Několik poznámek k zadané analýze. MPSV ČR, Individuální projekt: Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb CZ.03.2.63/0.0./0.0/15\_017/0006219.
- GOLIGHTLEY M., HOLLOWAY M. 2020. Social Work in the Time of the COVID-19 Pandemic: All in This Together? *The British Journal of Social Work*, 50(3), 637–641. 10.1093/bjsw/bcaa036 2008.
- HAVRÁNKOVÁ, I., TRUHLÁŘOVÁ, Z. 2018. Systém hodnocení kvality péče o děti z pohledu inspekce sociálně-právní ochrany v ČR a problémové body tohoto systému. In. *Sociální práce jako nástroj podpory sociální změny. Sborník vědeckých textů z mezinárodní vědecké konference XIV. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 269–273.
- HAVRÁNKOVÁ, I., Z. TRUHLÁŘOVÁ, P. ZIKL, P. BENDO VÁ, A. MOJŽÍŠOVÁ, R. PRÁZDNÁ, A. MARKOVÁ, M. NESLÁDEK. 2022. Sociální služba osobní asistence a problémové oblasti z pohledu informační a metodické podpory při poskytování služby v době pandemie COVID-19. *Fórum sociální práce*. 1 (August), 9–22. Dostupné z: <https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/magazin/2022-1/>
- KENDALL, E., EHRLICH, C. CHAPMAN, K. ET AL. 2020. Immediate and Long-Term Implications of the COVID-19 Pandemic for

- People With Disabilities [online]. *American Journal of Public Health*, 110(12), 1774–1779. [5. 9. 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33058709/>
- KOCMAN, D., PALEČEK, J. 2012. Podněty k revizi standardů kvality sociálních služeb Zpráva z výzkumu, listopad 2012. Cíl 1 Revize standardů kvality sociálních služeb a zákonných povinností poskytovatele. *Individuální projekt MPSV: Inovace systému kvality sociálních služeb*.
- KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči k 1.7.2012*. Olomouc: Anag, 463 s.
- KREBS, V. a kol. 2015. *Sociální politika*. 6. přepracované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR. 62–66 s.
- MARKOVÁ, A., TRUHLÁŘOVÁ, Z. ed. *Změny ve vybraných sociálních službách zaměřených na osoby s postižením v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění: Doporučený postup pro MPSV. Výstup TLO5000413-V6*. [online]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 22. 12. 2022, s. 31 [cit. 5. 5. 2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Zm%C4%9Bny+ve+vybran%C3%BDch+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEB%C3%A1ch+zam%C4%9B%C5%99en%C3%BDch+na+osoby+s+posti%C5%BEen%C3%ADm+v+dob%C4%9B+krizov%C3%A9ho+stavu+v+d%C5%AFsledku+virov%C3%A9ho+onemocn%C4%9Bn%C3%AD.pdf/9c2656a7-65ec-eb52-f29f-8cad19322a71>
- MATOUŠEK, O. 2013. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál,
- POKORNÁ, A., DOLANOVÁ, D., BARTUŇKOVÁ, M., DUŠEK, L. 2017. Následná a dlouhodobá péče na území České republiky – přehled aktuálního stavu a změn lůžkové kapacity z dat Národního zdravotnického informačního systému. *General Practitioner/Praktický Lékař*, 97(6).
- PRÁZDNÁ, R., MARKOVÁ, A., P. BENDOVI, I. HAVRÁNKOVÁ, A. MOJŽÍŠOVÁ, M. NESLÁDEK, Z. TRUHLÁŘOVÁ, P. ZIKL. DOPADY PANDEMIE COVID-19 NA POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY DENNÍ STACIONÁŘ. 2022. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. 32 (3–4), 131–146. Dostupné z: <https://docs.google.com/document/d/1gDtxRtu>

- NHVU832hTTbEpPkUwU5mk-38FW\_YYH4Ea6hM/edit#heading=h.6gtzb5s12j4p
- PRŮŠA, L. 2003. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: SPI Publishing, 152 s.
- SEGAL, Michal, GUR, Ayelet. 2023. Etická a právní dilemata, která zažívají izraelští sociální pracovníci během pandemie COVID-19. *Journal of Social Work*, 23.3: 411–427.
- ŠIŠKA, J., ČÁSLAVA, P., KOHOUT, J., BEADLE-BROWN, J., TRUHLÁŘOVÁ, Z., HOLEČKOVÁ, M. K. 2021. What matters while assessing quality of social services? Stakeholders' perspective in Czechia. *European Journal of Social Work*, 24(5), 864–883.
- TOMEŠ, I. 2001. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: SOCIOKLUB, 262 s.
- TOMEŠ, I. 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 368 s.
- TOMEŠ, I. 2009. *Sociální správa*. Praha: Portál, 299 s.
- TRUHLÁŘOVÁ, Z. ed. 2021. Sociální práce v mimořádných podmínkách. *Sešit sociální práce č.9*.
- VASKA, L., BROZMANOVÁ GREGOROVÁ, A., VRŤOVÁ, J. 2020. *Modely supervízie organizácie – výzkumná reflexie*. Banská Bystrica: Belianum, vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici, 160 s.
- ZEITHAML, V. A., PARASURAMAN, A. 2004. *Service Quality*. Cambridge, Massachusetts: Marketing Science Institute, 86 p.
- ZIKL, Pavel, A. MARKOVÁ, M. NESLÁDEK, P. BENDOVI, I. HAVRÁNKOVÁ, A. MOJŽÍŠOVÁ, R. PRÁZDNÁ, Z. TRUHLÁŘOVÁ. 2022a. Changes in Social Services for People with Disabilities in the State of Emergency Instigated by the COVID-19 – Results of Preliminary Research. *Sociální práce*. 22 (4), 4–20. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2022/09/SP4-2022-web-1.pdf>
- ZIKL, Pavel, TRUHLÁŘOVÁ, Z., BENDOVI, P., HAVRÁNKOVÁ, I., MARKOVÁ, A., MOJŽÍŠOVÁ, A., NESLÁDEK, M., PRÁZDNÁ, R. 2022B. Dopad pandemie COVID-19 na poskytování služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením. *Štúdie zo špeciálnej*

### 3. Systém sociálních služeb v době COVID-19

- pedagogiky*. 11 (2), 89–99. Dostupné z: <http://www.studiezo-specialnejpedagogiky.sk/studie-zo-specialnej-pedagogiky/archiv/>
- MPSV ČR. 2016. *Stručný průvodce zákonem* [online 6. 6. 2023]. Cit. [online], online dostupný z: [untitled \(mpsv.cz\)](http://www.mpsv.cz)
- MPSV ČR. 2022. *Asistent sociální péče* [online 6. 6. 2023]. Cit. [online], online dostupný z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/asistent-socialni-pece>



**Současné poznatky  
z výzkumu problematiky  
COVID-19 v sociálních  
službách**



## 4. Poznatky ze zahraničí

### Přístup ke krizovému řízení zvládnutí pandemie ve státech Evropské unie versus Spojené státy americké – poučení a výstupy

prof. RNDr. Vanda Bošíková, Ph.D.

Mgr. Aneta Marková, Ph.D.

Evropa a Spojené státy se v současnosti začínají z pandemie pomalu vzpamatovávat. Je více než patrné, že k danému problému přistupovaly odlišně. Je to dáno jak historií a vývojem jednotlivých národů, tak odlišným žebříčkem hodnot, jinak řazenými prioritami stejně jako jiným pojetím a řízením programů veřejného zdraví.

Americká federální vláda nenařídila jednotlivým státům své unie žádná omezení direktivně. Každý jednotlivý unijní stát disponuje suverenitou, tím pádem se rozhoduje individuálně. Nicméně vláda řídila pandemii z federální pozice prostřednictvím J. Adamse, posléze S. Orsegy a nyní Viveka Murthyho, kteří zastávali či zastávají pozici Surgeon General of the United States. Surgeon General stojí v čele federální zdravotnické administrativy (United States Public Health Service Commissioned Corps) zodpovědné za veřejné zdraví obyvatelstva Spojených států. Do této funkce je jmenován prezidentem Spojených států na období čtyř let. Tento systém včetně jeho představitelů je tradičně ze strany americké populace vysoce respektován a řízení a rozhodování během pandemie tento respekt ještě zvýšil. Příslušná nařízení, za která se tato administrativa veřejně zodpovídá, jsou vždy podložena primárně americkými studiemi a daty, která úřad dostává od federální vládou pověřeného institutu Centers for Disease

Control and Prevention (CDC). Posláním Surgeon Generala a jeho administrativy je nejen v průběhu pandemie chránit, podporovat a rozvíjet zdraví a bezpečnost Američanů. Je také povinen informovat veřejnost o vývoji a dostupnosti nových evaluovaných léčebných metod a procesů vztahujících se k aktuální situaci týkající se infekčních chorob. Využívat veškeré dostupné vládní, podnikatelské, komunitní zdroje k řešení důležitých otázek veřejného zdraví. Zvyšovat povědomí o zdravotních hrozbách za účelem připravenosti a odolnosti obyvatelstva. Zavádět celostátní opatření formou programů na podporu veřejného zdraví a prevenci nemocí. Zavádět nové strategie pro rozvoj vědy v oblasti veřejného zdraví.

Evropská unie je ve zcela odlišném postavení, protože nezná funkci Surgeon Generala a neměla a nemá pravomoci ani nástroje požadovat po svých členských zemích v oblasti veřejného zdraví jakákoli omezení, úkony či změny pro jednotlivé členské státy. Evropa má sice k dispozici European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), ale tato instituce v průběhu pandemie zcela selhala a omezila se pouze na zpětná hodnocení situace, a ne na koncepční vize a doporučení členským státům Evropské unie. Nicméně viry neznají a nerespektují při svém šíření žádné lidmi vytvořené hranice ani politické systémy.

Je nepopiratelným faktem, že některé země v rámci Evropské unie zvládaly pandemii lépe než jiné. Mnohé evropské vlády charakterizovaly pandemii SARS-CoV-2 jako největší evropskou výzvu od konce druhé světové války s potenciálně dalekosáhlými politickými, sociálními a hospodářskými důsledky, které přesahují dopad na veřejné zdraví.

Evropská unie a její administrativa jako celek, na rozdíl od Spojených států, nedisponovaly z pohledu svých obyvatel ani schopnostmi, ani důvěryhodností, tedy atributy, které by přispěly k harmonizaci opatření na území Evropské unie. Mezi jednotlivými členskými zeměmi Evropské unie naopak panoval až překvapivý nedostatek důvěry a transparentnosti, zejména pokud jde o uzákonění obecně

platných zdravotnických předpisů, jak je stanovila a jejich zavedení a dodržování požadovala Světová zdravotnická organizace. Složitá politika negativně ovlivňující samotné chápání principů programu veřejného zdraví vedla v Evropské unii k zásadní nekonceptčnosti protiepidemických opatření. Pandemie tak ve svých důsledcích důrazně poukázala na zranitelnost a křehkost jak politických, tak strukturálních systémů programů veřejného zdraví Evropské unie při mimořádných událostech. Jednoznačně se ukázalo, že je to právě omezený mandát Evropské unie v oblasti zdravotnictví, co zcela zásadně brání aktivnímu zavedení většiny účinných opatření při snaze o prevenci a potlačování ohnisek rychle se šířícího infekčního onemocnění. Tato situace trvá dosud. Evropská unie a její ECDC nemají v oblasti zdravotnictví žádnou pravomoc vydávat závazná rozhodnutí, nemohou prosazovat žádné pokyny týkající se organizace či managementu zdravotnických systémů jednotlivých států Evropské unie.

Podle analytiků se Spojené státy americké a země Evropské unie výrazně lišily i v přístupu k zavedení „lockdownů“. V porovnání se Spojenými státy zavedlo mnoho členských států Evropské unie výrazně rozsáhlejší lockdowny, které byly zpočátku účinné (markantní snížení počtu infikovaných stejně jako počtu úmrtí, snížení počtu hospitalizací). Do března 2020 téměř všechny evropské vlády zavedly národní omezení včetně zavírání škol a zákazů velkých shromáždění. Výjimkou bylo Švédsko, které zpočátku zaujalo odlišný přístup na bázi důvěry vůči svým občanům. Švédská vláda očekávala dobrovolné zodpovědné praktikování udržování doporučení, například společenského odstupu apod. Proto zavedla jen velmi málo povinných omezení, nicméně mnoho odborníků na veřejné zdraví tuto strategii zpochybnilo.

Většina evropských vlád také zavedla kontroly na národních hranicích a některé z nich omezily i vnitřní cestování. Se zlepšením situace bylo zahájeno postupné znovuotevírání, ale většina evropských zemí nadále omezovala nedůležité mezinárodní, ať už soukromé či

pracovní, cesty svých občanů. Následné vlny viru na podzim 2020 a v roce 2021, v souvislosti s jeho nově cirkulujícími variantami, vyvolaly nová kola omezení společenského a obchodního styku v celé Evropě, ačkoli v některých zemích byla omezení méně přísná než během první vlny a i epidemiologická situace se v jednotlivých státech začala lišit.

Celostátní lockdowny byly v Evropě jednoznačně mnohem přísnější než různé úrovně „příkazů zůstat doma“ vydávané jednotlivými státy americké unie. Razantní evropské lockdowny však nebyly dlouhodobě udržitelné a po jejich zrušení došlo na další pandemické vlny šíření SARS-CoV-2.

I v dalších oblastech přístupu k pandemii COVID-19 jsou značné rozdíly mezi Evropou a Spojenými státy. Evropské národní byrokratické systémy jsou postavené na tradici sociálního zabezpečení ke zmírnění zdravotních a ekonomických dopadů krizových situací. Americký systém je založený na svobodném podnikání a odpovědnosti jednotlivce za své zdraví, které je jeho soukromou záležitostí. Silnější záchranné síť tradičního sociálního systému v Evropě ukázaly, že v porovnání se Spojenými státy mělo výrazně méně lidí s příznaky COVID-19 tendenci nepřerušit práci, protože byli finančně systémem saturováni.

Kritická odlišnost byla rovněž v rychlosti návrhů a přijímání proticovidových opatření. Je zcela zřejmé, že řešení takových krizí vyžaduje rychlou odezvu v podobě návrhu a realizace nadnárodních opatření, které výše uvedený systém ve Spojených státech umí realizovat a kterému se zatím Evropská unie nedokáže rovnat. Typickou ukázkou je ambiciózní americký očkovací program. Evropská unie jako celek naprosto neflexibilně protahovala jednání s farmaceutickými giganty o dodávkách nově připravených vakcín (jednala jménem všech svých členských států). Ve chvíli, kdy již byly vakcíny k dispozici, musely členské země Evropské unie stále ještě čekat a jejich národní očkovací kampaně byly z amerického pohledu „nepřijatelně pomalé“. Očkováno bylo v prvních měsících dostupnosti vakcín

pouze deset procent evropské populace, zatímco Spojené státy mezitím zavedly hladce, jednoduše fungující, vysoce efektivní účinný očkovací program. Americké federální úřady umožnily společnosti Big Pharma zefektivnit testování a rychle vydaly předběžná povolení pro dvě vakcíny. Následně byl uveden do chodu program Trumpovy administrativy pro rychlou výrobu a distribuci vakcín v hodnotě čtrnácti miliard dolarů, známý jako operace Warp Speed. Výsledkem bylo naočkování více než třiceti procent populace Spojených států jako jedné velké ekonomiky, která potřebovala zdravě „přežít“ pandemii. Úspěšná realizace tohoto programu vedla k silné důvěře amerických občanů v obnovu společnosti po covidové pandemii. V současnosti je alespoň jednou dávkou očkováno 82 procent Američanů a plně očkováno sedmdesát. V době, kdy Spojené státy realizovaly svůj protiepidemický program, Evropa vymýšlela administrativní procesy, jak mapovat pandemii, dovážet, uvolňovat a rozdělovat dávky vakcín a jak umožnit registraci lidí k očkování. Výsledkem bylo, že v té době proočkovanost obyvatel Evropské unie proti proočkovanosti obyvatel Spojených států zaostávala a nebyla rovnoměrná. Západoevropské země měly obecně o třetinu vyšší míru proočkovanosti svých obyvatel než země středoevropské a balkánské. Rovněž přístup k přeočkování očkovaných osob byl různý, teprve s rozšířením rychleji se šířící varianty SARS-CoV-2 – omikronu – uvedla většina evropských vlád v chod systém přeočkování.

Evropští lídři se po celou dobu trvání pandemie potýkají s problémem vyváženosti opatření k omezení šíření viru a zvládnutím rostoucího „pandemického“ nárůstu únavy z pandemie.

Hospodářské oživení je sice v Evropské unii rychlejší, než se očekávalo, ale v jednotlivých členských státech se velmi výrazně liší. Vnitrostátní opatření ke zmírnění negativních dopadů pandemie v oblasti ekonomiky byly nastaveny tak, že zahrnují úvěrové programy, systémy záruk pro podniky, dotace pro postižené a sociálně slabé či odklady placení daní a odklady splátek dluhů. Realizovaná opatření směřovala tak spíše do ekonomiky než do zdravotnictví,

i když Evropská unie deklarovala podporu výzkumu léčby onemocnění COVID-19, podporu vývoje nových diagnostických metod a očkovacích látek a léčiv. Výše uvedená opatření byla ve státech Evropské unie nejednotná, sice částečně účinná, ale byla i velice finančně nákladná, což bude pro Evropu znamenat vytvořit levnější a účinnější program reakce na vznik pandemických krizí, pokud možno bez velké byrokratické zátěže.

V porovnání s tím již v lednu 2022 zahájil Bílý dům akci ke zvýšení dostupnosti zachytu onemocnění COVID-19 velmi jednoduchým, ale o to více účinným opatřením. Federální vláda nakoupila rychlé antigenní testy a distribuuje je poštou svým občanům do míst jejich bydliště (každá domácnost má nárok na čtyři testy měsíčně zdarma). Vládním subjektům, zdravotnickým střediskům a klinikám a komunitním organizacím tyto testy poskytuje rovněž zdarma. Navíc se americká federální vláda ve snaze omezit ekonomické a sociální dopady pandemie dále zaměřuje na informační a finanční podporu testování, očkování a edukaci svého obyvatelstva. Tento otevřený přístup americké administrativy má navíc jeden velice pozitivní efekt v tom, že snižuje šíření falešných či mylných informací nebo dezinformací, a tím i riziko vzniku infodemie.

Dosavadní zkušenosti z realizace protiepidemických opatření v rámci přístupů k pandemii COVID-19 vedly Evropskou unii k přípravě zastřešujícího plánu, který lze shrnout do následujících bodů:

- sjednocení legislativy k řízení pandemických krizí v Evropské unii na nadnárodní úrovni,
- definování koordinačních sjednocujících mechanismů jako nástrojů pro zlepšení spolupráce mezi agenturami zabývajícími se veřejným zdravím, na národní, ale i evropské a mezinárodní úrovni,
- zavedení evropského unijního režimu laboratorní biologické bezpečnosti a biologické ochrany v rámci evropských referenčních laboratoří jako důležitých pilířů k rychlému zvládnutí výsledků pandemie,

- zavedení evropské unijní funkce včasného varování,
- vypracování multisektorových plánů připravenosti na pandemické mimořádné události a reakce na ně na národní, ale i místní úrovni,
- koordinační plán reakce Evropské unie na mimořádné události ve zdravotnictví a propojení systémů řízení mimořádných událostí s národními operačními středisky pro mimořádné události na národní a místní úrovni,
- zlepšení mechanismu zasílání a/nebo přijímání mezinárodní pomoci,
- rozšíření kapacit pro komunikaci v případě mimořádných událostí a rizik tak, aby komunikační mechanismy pro případ pandemie byly plně funkční na národní a místní úrovni a aby byly schopny aktivně komunikovat s postiženými komunitami v místních jazycích a začlenit jejich zpětnou vazbu do systému reakce na mimořádné události,
- začlenit veškerá evropská unijní letiště, přístavy a pozemní přechody do národních plánů reakce na mimořádné události.

Na americké straně jsou v důsledku pandemie vyvolané novým koronavirem nová systémová opatření, k nimž se řadí na prvním místě zavedení indexu závažnosti pandemie, v němž poměr úmrtí (podíl úmrtí mezi klinicky nemocnými osobami) slouží jako rozhodující faktor pro kategorizaci závažnosti pandemie. Tento index je navržen tak, aby umožnil lépe předvídat dopady pandemie a poskytl místním rozhodovacím orgánům doporučení, která odpovídají závažnosti vzniklé situace.

Výchozím bodem celého systému je vědomí vysoké nepravděpodobnosti, že by v době počátku pandemie byl k dispozici nejúčinnější nástroj pro zmírnění následků pandemie (tj. dobře odpovídající vakcína proti pandemickému biologickému agens). To znamená, že americké obyvatelstvo musí být připraveno čelit první vlně příští pandemie bez vakcíny a případně i bez dostatečného množství léků.

Během pandemie musejí být veškerá rozhodnutí o způsobu ochrany veřejnosti připravená a vyhlášena předtím, než bude k dispozici účinná vakcína, založená na spolehlivých vědeckých datech, etických úvahách, zvážení pohledu veřejnosti na ochranná opatření a jejich dopadu na společnost. V úvahu se bere i apel na aplikaci zdravého rozumu.

Na retrospektivní údaje z minulých pandemií a závěry z nich je třeba nahlížet v kontextu moderní společnosti a z tohoto pohledu je i analyzovat a vyvozovat z nich patřičné závěry. Jen málo z těchto závěrů může být zcela zobecnitelných, mohou však sloužit jako podklad pro užití současných matematických modelů. Výsledky z těchto studií lze začlenit do tvorby nových systémů protiepidemických opatření.

Navrhovaný americký rámec k zmírnění následků pandemie je založen na včasné, cílené a multifaktoriální aplikaci kombinace několika, byť jen částečně individuálně účinných nefarmaceutických opatření, i když aplikovaná individuálně jsou částečně účinná. Právě jejich kombinace vede k vyšší účinnosti. Aby splnila svůj účel, musejí být takto kombinovaná opatření zahájena včas, ještě před explozivním rozvojem epidemie či pandemie. V případě závažných pandemií musejí být důsledně zachovávána během všech vln epidemie či pandemie v dané komunitě. V podstatě jsou to již dnes používaná opatření, ale složená do jednoho operačního systému. Jedná se o:

- izolaci a léčbu všech osob s potvrzenou nebo pravděpodobnou pandemickou chorobou, izolace může probíhat doma nebo ve zdravotnickém zařízení v závislosti na závažnosti onemocnění jednotlivce a/nebo na aktuální kapacitě zdravotnické infrastruktury,
- dobrovolné domácí karantény členů domácností s potvrzeným nebo pravděpodobným výskytem choroby a zvážení kombinace tohoto opatření s profylaktickým užíváním léčiv za předpokladu, že existuje dostatečné množství účinných léků a že je k dispozici proveditelný způsob jejich distribuce,

- uvolnění studentů ze škol (včetně veřejných a soukromých škol, jakož i vysokých škol a univerzit) a omezení školních aktivit vyžadujících fyzickou přítomnost žáků,
- uzavření programů péče o děti spolu s ochranou dětí a dospívajících prostřednictvím sociálního odloučení v komunitě, aby se dosáhlo omezení sociálních kontaktů mimo školu a zamezilo promíchání komunity,
- využití opatření sociálního odstupu k omezení kontaktů mezi dospělými v komunitě a na pracovišti včetně například zrušení velkých veřejných shromáždění,
- zavedení změny prostředí a změny pracovních rozvrhů na pracovištích s cílem snížit hustotu společnosti a zachovat v co největší míře bez narušení základní služby,
- umožnění zavedení politiky nařízených dovolených na pracovišti, což usnadní dodržování výše uvedených nefarmakologických intervencí.

Všechny tyto komunitní strategie by měly být využívány v kombinaci s individuálními opatřeními pro kontrolu infekcí, jako jsou mytí rukou a etiketa kašle.

Včasné a koordinované provádění těchto intervencí vyžaduje předběžné plánování. Komunity musejí být připraveny na kaskádovité důsledky intervencí druhého a třetího řádu, například zvýšenou absenci na pracovišti spojenou s povinnostmi hlídání dětí, když školy propustí žáky a programy péče o děti budou uzavřeny.

Jak v Evropské unii, tak ve Spojených státech je účelem výše zmíněných opatření snaha oddálit exponenciální nárůst počtu případů daného onemocnění a posunout epidemickou křivku doprava. Tedy tak, aby se získal čas na výrobu a distribuci očkovací látky. Druhým cílem je snížit vrchol epidemie a snížit celkový počet případů vyžadujících hospitalizaci, a tím následně ochránit zdravotnický systém dané oblasti a minimalizovat úmrtnost v dané komunitě na

danou infekci. Snížení počtu nakažených osob je v konečném důsledku hlavním cílem pandemického plánování.

Přenos biologického agens zodpovědného za vyvolání pandemie může být v naivní, tedy citlivé populaci na danou infekci eliminován jediné omezením kontaktu mezi nemocnými a nenakaženými osobami. Tím se sníží počet nakažených osob a ve svém důsledku to povede ke snížení potřeby zdravotnických služeb a v konečném účtování i ke zmírnění dopadů na ekonomiku státu a dopadů na sociální a psychický stav společnosti. Když k omezení kontaktů nedojde, naroste počet nemocných, tím i nutnost náročné lékařské péče, kterou lze řešit pouze částečně zvýšením kapacity nemocnic a dalších zařízení poskytujících odbornou péči. Jde o vysoce finančně náročnou záležitost a v porovnání s velice organizačně jednoduchým omezením kontaktů toto z ekonomického hlediska neobstojí. K tomu je třeba zaměřit výchovu a informační kampaně, protože obojí je a bude v počátcích epidemií nejužitečnější.

Federální, státní, místní nebo územní orgány státní správy a soukromý sektor mají při přípravě na pandemii, reakci na ni a při zotavování z ní důležitou a vzájemně závislou úlohu. Veřejní činitelé na všech úrovních státní správy musejí po celou dobu krize poskytovat jednoznačné a konzistentní pokyny, které budou užitečné pro plánování a mohou pomoci všem segmentům společnosti rozpoznat a pochopit, do jaké míry jejich kolektivní akce ovlivní průběh pandemie. Tím si také veřejní činitelé udrží důvěru a respekt ze strany členů komunity.

V tomto mají Spojené státy zřetelný náskok, jsou již k dispozici takzvaní průvodci komunitním plánováním pro zmírnění následků pandemie, cíleně poskytující informace pro plánování protiepidemických opatření na úrovni jednotlivých podniků a dalších zaměstnavatelů, programů péče o děti, základních a středních škol, vysokých a vyšších odborných škol, církevních a komunitních organizací a jednotlivců a institucí (European Safety Federation, 2021; Fauci, 2020; Hart et al., 2021; Jong, 2017; WHO, 2020; Javid, 2020; Kahane, 2021; Lopez, 2021; Timsit, 2020).

## Slovo závěrem

Na základě porovnání zkušeností z řízení pandemie v Evropské unii a ve Spojených státech po jejím skončení se ukazuje, že razantní evropské lockdowny, které byly ve většině států Evropy aplikovány, nevedly k omezení šíření viru SARS-CoV-2. Naopak se ukázalo, že ve státech, ve kterých se zodpovědnost za vlastní zdraví přenesla na občany, ve kterých převládala důvěra v dodržování preventivních opatření občanů, byla nižší mortalita a nižší ekonomické propady. Zároveň se ukázalo, že výraznou roli ve zvládnutí pandemie představovala míra administrativní zátěže a jednoduchost nastavených procesů. Též bylo zjištěno, že čas, respektive rychlost přijímání protipandemických opatření v doprovodu se stabilitou a neměnností daných opatření vedly k vyšší tendenci občanů dodržovat navržená opatření. V neposlední řadě se ukázalo, že otázka investice do prevence (například dodávání antigenních testů zdarma všem občanům) byla, jak ukazují výsledky ze Spojených států, účinná.

Po skončení pandemie a na základě údajů, které nyní máme k dispozici, je zřejmé, že důvěra v občany, investice do prevence, snížení byrokracie a rychlost a neměnnost přijímání opatření je cestou pro řešení dalších pandemií v budoucnu.

## Literatura

- WHO, 2021. Coronavirus disease (COVID-19) – Overview. World Health Organization – Health topics. Dostupné z: <https://www.who.int/westernpacific/healthtopics/coronavirus>
- The Nation. 2020. COVID-19: NCDC to follow up over 6000 contacts to curb spread of virus. Dostupné z: <https://thenationonline.net/COVID-19-ncdc-to-follow-up-over-6000-contacts-to-curb-spread-of-virus>

- European Safety Federation. Is a mask a mask? ESF: covid-19. 2021.  
Dostupné z: <https://www.eu-esf.org/covid-19/4647-covid-19-is-a-mask-a-mask>
- FAUCI, B. J.: Mixed Messaging On Masks Set U. S. Public Health Response Back. 2020. Dostupné z: <https://www.kpcw.org/post/fauci-mixed-messaging-masks-set-us-public-health-response-back>
- HART, P., RHODES, R. 2014. Puzzles of Political Leadership. In: The Oxford Handbook of Political Leadership. Oxford University Press. Dostupné z: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199653881.001.0001/oxfordhb-9780199653881-e-028>
- JONG, W. 2017. Meaning making by public leaders in times of crisis: An assessment. *Public Relat Rev.* 43(5):1025–1035.
- World Health Organization. Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. 2020. Dostupné z: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/advice-on-the-use-of-masks-2019-ncov.pdf>
- JAVID, B. 2020. Across the world, face masks are becoming mandatory. *The Guardian*. Dostupné z: <http://www.theguardian.com/commentisfree/2020/apr/24/facemasks-mandatory-spread-coronavirus-government>
- KAHANE, L. H. 2021. Politicizing the Mask: Political, Economic and Demographic Factors Affecting Mask Wearing Behavior in the USA. *East Econ J.* 47(2):163–83.
- LOPEZ, G. 2021. Germany contained covid-19. Politics brought it back. *Vox*. Dostupné z: <https://www.vox.com/22352348/germany-covid-19-coronavirus-pandemic>
- TIMSIT, A. 2020. Politicians are struggling with face-mask optics. *Quartz*. Dostupné z: <https://qz.com/1850084/leaders-struggle-with-face-mask-optics-as-coronavirus-lockdowns-ease/>

## 5. Poznatky z českého terénu

### Přístup ke krizovému řízení zvládnutí pandemie v České republice

Mgr. Aneta Marková, Ph.D.

prof. RNDr. Vanda Boščíková, Ph.D.

Češi v první vlně pandemie prokázali neobyčejné preventivní chování a hlavně obrovskou míru dobrovolnické činnosti (šití roušek, sousedské výpomoci, omezování fyzického kontaktu, dobrovolného home officu atd.). To dokládají i statistiky, které například v rovině nadúmrtí v souvislostech s onemocněním COVID-19 představují Českou republiku mezi nejlepšími (Our World in Data, 2023). Zdálo se tedy, že tuto náročnou a zátěžovou situaci obyvatelstvo zvládlo a bylo nápomocno při odstraňování negativních důsledků z toho plynoucích. To se však změnilo, a jak následně ukazují statistiky, začíná strmé stoupaní počtu nakažených a hospitalizovaných osob a nadúmrtí. Faktorů pro tento jev je mnoho. Počínaje nejasnou komunikací v otázce řízení pandemie (nejasná pravidla, časté změny, nejednotný informační zdroj atd.) doplněné enormním nárůstem fake news (covid již skončil, covid nikdy nebyl, očkování je novodobé čipování, očkování narušuje plodnost atd.) přes zrušení většiny karanténních opatření až po únavu a nedůvěru obyvatel ve vládní představitele. Výsledkem bylo, že v celkovém souhrnu se Česká republika ve světovém srovnání pohybovala na chvostu v otázce zvládnutí pandemie, což dokládají nejen počty nakažených osob, kdy Světová zdravotnická organizace k červnu 2023 evidovala

4 642 698 onemocnění, což představuje téměř padesát procent populace (WHO, 2023), ale zejména počty nadúmrtí, které přesahovaly čtyřiceti procent běžné mortality (Our World in Data, 2023), a jedná se tedy o 42 810 obětí koronaviru v České republice (WHO, 2023). Z hlediska proočkovánosti dosahuje ČR úrovně o třicet procent méně, než je celosvětový průměr (Our World in Data, 2023; Eurostat, 2023).

Problematika zvládání pandemie ve společnosti měla výrazný dopad i na oblast sociálních služeb. Předně systém sociálních služeb je v České republice komplikovaný z hlediska jednoznačného řízení a s tím spojeného uplatňování nařízení či zavádění jednoznačných celospolečenských strategií. Jak ukázala pandemie koronaviru, v době ohrožení je problematické z hlediska řízení a stanovených pravomocí (kraj vs. ministerstvo) centralizovat nařízení a vyhlásit jeden bod, ze kterého by šla všechna doporučení a všechny potřebné informace ve vztahu k sociálním službám. Jedním z významných důvodů je decentralizovaná pravomoc v otázce sociálních služeb, respektive samostatná působnost kraje v otázce zřizování a metodického vedení sociálních služeb. Je tedy záležitostí jednotlivých krajů, jak k pandemii přistoupí, jak moc komunikují s krajskými hygienickými stanicemi a jaká doporučení vydávají směrem k poskytovatelům sociálních služeb. Zároveň pandemie ukázala na dlouhotrvající problém meziresortní diskuze, a to zejména mezi ministerstvem zdravotnictví, ministerstvem práce a sociálních věcí a ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy. V tomto nejasném systému a s nejasnými instrukcemi byla v průběhu pandemie vydávána doporučení a restriktivní opatření. Jedním z nejvíce kontroverzních opatření bylo uzavření vybraných zařízení sociálních služeb. Dle Asociace poskytovatelů sociálních služeb (Horecký, Švehlová, 2021) dosáhla doba uzavření některých sociálních služeb až 136 dní, což je délka, která může uživatele sociálních služeb snadno ohrozit na zdraví i životě. V četných případech se tedy péče o lidi vyžadující sociální služby přesunula na rodiny a rodinné příslušníky, čímž došlo

ke zvýšení jejich zátěže. To dokládá i studie věnující se neformální péči v době COVID-19, která ukazuje, že v době pandemie byla v České republice dostupnost terénních sociálních služeb v průběhu první vlny pandemie kolem dvou procent (Bergmann, Wagner 2021).

Dalším problematickým opatřením byl zákaz vycházek klientů pobytových služeb, zejména klientů domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Tato dlouhotrvající nařízená sociální izolace s sebou přinesla celou řadu dalších problémů, například zhoršení psychického a fyzického stavu, ztrátu kontaktů a zvýšenou nemocnost. Kompletní dopady těchto opatření však nejsou dodnes známy (Horecký, Švěhlová, 2021). Na druhou stranu ukazatel počtu úmrtí v rezidenčních sociálních službách se dle zprávy Asociace poskytovatelů sociálních služeb z roku 2021 pohybuje kolem 11,2 procenta a se započítáním různých forem bydlení pro seniory 17,92 procenta, což ukazuje, že výrazná restriktivní opatření měla v otázce ochrany uživatelů sociálních služeb efekt.

Samostatná práce poskytovatelů sociálních služeb v průběhu pandemie jak v České republice, tak celosvětově byla ovlivněna mnoha faktory. Velmi důležitá byla v této situaci schopnost odolnosti a adaptace na novou vysoce zátěžovou situaci. Ben-Ezra se svými spolupracovníky (2021) uvádí, že sociální pracovníci v extrémních zátěžových situacích využívají copingové strategie, aby byli schopni zvládnout navýšení svých rolí v zátěžové situaci, jako je pandemie. Jedná se o podpůrné, preventivní a responzivní působení. Mezi nejběžnějšími zvládacími strategiemi uváděli respondenti spiritualitu, stanovení přesně definovaných cílů, přesné časové plánování a v neposlední řadě pozitivní myšlení. Na druhé straně je všudypřítomná obava sociálních pracovníků, jak pandemií vynucené nové způsoby práce s uživateli sociálních služeb ovlivní ty nejzranitelnější.

Velkým problémem se jevíly obavy pracovníků sociální péče, jak poskytovat účinnou péči a zároveň zachovat sociální odstup dosažitelný pouze zavedením technologií vzdáleného přístupu práce

s uživateli. Zároveň se pracovníci sociálních služeb obávali také sladění svého domácího a pracovního života. Zejména toho, jak zachovat profesní hranice a postupy ve chvíli, kdy se museli uchýlit například k technologiím typu videohovorů/videokonzultační činnosti. V ekonomicky dobře rozvinutých zemích včetně České republiky nastoupilo do té doby ne příliš využívané prostředí mobilních telefonních služeb (horké telefonní linky, 24/7) a internetu. Nástup kontaktů s klienty a jejich blízkým okolím pomocí platform typu WhatsApp, Zoom, Google Meet byl pro mnohé sociální pracovníky z počátku velmi náročný. Na druhou stranu na počátku zavádění těchto vzdálených přístupů se například i USA potýkaly v prvních týdnech s nedostatkem notebooků, videokamer, mikrofónů a přetížeností internetových připojení. Sociální pracovníci vyvinuli nové specializované služby k vyšetřování a intervenci, například v případě hlášení o násilí nebo zneužívání v rodině. Pro pracovníky a komunity to bylo a stále je období významného zvyšování kvalifikace. V našem českém prostředí se sociální pracovníci bohužel potýkali s mnohými administrativními problémy typu neuznatelných nákladů na online komunikace, poukazování na zbytečnost vývoje takovýchto přístupů ze strany úředníků, evidentně pramenících z nepochopení přírodních zákonitostí a závažnosti šíření nového virového onemocnění a nebezpečí jaké pro populaci představovalo a představuje.

Pracovníci sociální péče tedy museli zvládnout nová rizika vyplývající z pandemie infekčního onemocnění a z nové výbavy (osobní ochranné prostředky), na kterou si museli zvyknout. Hovořili také o tom, že často buď dělali kompromisy, nebo se vědomě vystavovali většímu riziku, aby zachovali běžnou pracovní činnost. To vedlo ovšem zcela logicky k úvahám a obavám, zda jejich pracovní náplň ohrozí, či neohrozí členy jejich domácností, jejich vlastní rodiny a příbuzné (s obdobným etickým problémem se potýkají v těchto situacích takřka všichni zdravotničtí pracovníci, epidemiologové, hygienici, lidé pracující s infekčními agens v základním experimentálním výzkumu). Zásadní otázkou bylo ve zvýšené míře umírání,

před které byli velmi často postaveni mladí lidé, kteří přišli pracovat do tohoto sektoru ihned po ukončení studia či dobrovolně pomáhali. Množství psychologů a psychoterapeutů zajišťovalo nad rámec svých pracovních hodin, dobrovolně a bezplatně těmto kolegům krizovou intervenci.

V neposlední řadě je potřeba zmínit i fakt, že v prvním roce pandemie byly sociální služby zcela na okraji zájmu většinové společnosti. Prioritou byly rizikové skupiny nikoli z pohledu sociálního, ale z pohledu medicínského. To znamená rizikové skupiny vytyčené na základě postupných vědeckých analýz biologických vlastností pandemicky se šířícího viru SARS-CoV-2 (vymezení ohrožených kohort na základě věku, imunokompromitovaní pacienti, pacienti s diagnózami typu diabetes mellitus, transplantovaní, HIV/AIDS, pacienti s kardiovaskulárními chorobami).

Když se sociálním službám přece jen dostalo pozornosti, tak šlo spíše o negativní dopady chaotických, často vzájemně si odporujících rozhodnutí a nařízení, která nebrala v potaz specifčnost poskytovaných služeb a limitace (mentální, fyzické) klientů. Velmi negativně působila celkově značně nepřehledná situace, oproti tomu naopak požadavky na vysokou odpovědnost a zcela nepřizpůsobená a nepřizpůsobující se legislativa. V souvislosti s protiepidemickými opatřeními, ať už preventivními či represivními, docházelo k masivnímu omezení fyzických kontaktů ve společnosti, což vedlo k uzavírání sociálních zařízení (například denních stacionářů) nebo k jejich výraznému omezení (například týdenních stacionářů, domovů pro osoby se zdravotním postižením). Tento fakt se postupem doby projevil jako zcela kontraproduktivní. Obzvláště nebezpečné bylo omezení přísunu léků, zdravotních pomůcek či donášky nákupů potravin potřebným klientům na základě lockdownů a dalších protiepidemických nařízení. Znemožnění kontaktu a péče o lidi se zdravotním postižením ze strany sociálních pracovníků, kteří v majoritě případů jsou právě těmi, kdo mají potřebné znalosti, jak pečovat o své klienty, vedly k velmi negativním důsledkům a dopadům na

klienty stejně jako na celý systém sociální péče jako takové. Přesto se české sociální služby snažily udržet v chodu služby typu telefonických kontaktů a psychosociálních konzultací s klienty a jejich rodinami, ve chvílích, kdy to bylo povoleno, okamžitě nastupovala obnova rozvozu potravin a léků stejně jako návštěvy klientů typu „ode dveří ke dveřím“. V těchto případech bylo třeba dodržovat příslušná protiepidemická opatření a používat osobní ochranné pomůcky. Nicméně v určitých specifických případech bylo velmi obtížné tyto situace zvládnout na sto procent. Existují diagnózy, u kterých je pro klienta nesmírně obtížné vyrovnat se s osobními ochrannými pomůckami, typu roušky či respirátoru, a tím sekundárně dochází ke zvýšení rizika přenosu infekčního agens i na druhé straně, tedy u sociálního pracovníka.

Lze obecně říci, že tato situace vedla k tlaku sociálních služeb setrvale upozorňovat vládu na problémy sociálních pracovníků a jejich klientů a požadovat změny v managementu pandemie pro tento sektor. Šlo v první řadě o prosazení ponechání sociálních služeb v provozu i během lockdownů zavedených pro většinovou společnost, dále o pomoc sociálním službám v procesu integrování transformační praxe a zachování proměnlivosti v přístupu. V neposlední řadě byla výrazná snaha ze strany sociálních služeb směrem k vládám požadovat pružné reakce a podpořit nutnost přizpůsobování sociálních služeb novým situacím a výzvám, s dopadem do oblasti etických dilemat (Truell, 2020; Lewis et al., 2020; Vatican News, 2021).

## Slovo závěrem

Česká republika v začátcích pandemie prokázala neobyčejnou občanskou angažovanost, která pomohla snížit šíření pandemie v jejím začátku. Nicméně časté změny, nepřehlednost a nejasné postavení vydávaných doporučení v doprovodu s nejasnými kompetencemi

jednotlivých aktérů (zejména rozpor mezi kompetencemi kraje a ministerstva v době řízení pandemie) vedly k výraznému zhoršení situace a k výraznému dopadu na klienty sociálních služeb a jejich rodiny. Péče o klienty sociálních služeb se tak v masivním měřítku přesouvala na jejich rodiny a rodinné příslušníky, což vedlo k dalším negativním důsledkům pandemie, jako byla již tak zvýšená psychická zátěž jednotlivých členů rodiny a jejich nižší ekonomická efektivita. Na druhou stranu se v České republice v průběhu pandemie ukázalo, že využívání nových technologií, zejména online komunikačních technologií, má své místo i při poskytování sociálních služeb. V otázkách přípravy na budoucí pandemie je tedy vhodné otázku nových technologií zvážit a případně využít i další možnosti, které dnešní technologie umožňují. Pro příklad se může jednat o využití dronů nebo robotů k donášce léků či potravin nebo eliminace pocitu izolace prostřednictvím virtuální reality.

## Literatura

- WHO COVID-19 Dashboard [online]. Geneva: World Health Organization, 2020 [cit. 3. 7. 2023]. Dostupné z: <https://covid19.who.int/region/euro/country/cz>
- BERGMANN, M., WAGNER, M. 2021. The Impact of COVID-19 on Informal Caregiving and Care Receiving Across Europe During the First Phase of the Pandemic. *Front. Public Health*, 16 June 2021. Sec. Health Economics. Volume 9–2021. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.673874>
- HORECKÝ, J., ŠVEHLOVÁ, A. 2021. Pandemie COVIDu-19 a sociální služby 2020-2021. Jaký byl dopad COVIDu-19 na sociální služby v České republice? Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/>

odborna-publikacni-cinnost/dokumenty/pandemie-covidu-19-a-socialni-sluzby-20202021.pdf

- BEN-EZRA, M., HAMAMA-RAZ, Y. 2021. Social workers during COVID-19: Do coping strategies differentially mediate the relationship between job demand and psychological distress? *The British J. Social Work*. 51 (5), 1551–1567.
- TRUELL, R., CROMPTON, S. 2021. To the top of the cliff: How social work changed with COVID-19. *IFSW*.
- LEWIS, J. H., WHELIHAN, K., ROY, D. 2020. Vaccination capability inventory of community, migrant, and homeless health centers: A survey report. *JPHMP*. 26(2):139–145.
- Homeless people receive COVID 19 vaccine in the Vatican [online]. Vatican News, 2021. Dostupné z: <https://www.vaticannews.va/en/vatican-city/news/2021-01/vaccine-covid-19-poor-homeless-vatican.html>

## **6. Poznatky z výzkumu „Změny ve vybraných sociálních službách zaměřených na osoby s postižením v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění“**

Mgr. Aneta Marková, Ph.D.

V březnu 2020 se objevují první restriktivní opatření spojené s onemocněním COVID-19. V téže době začal probíhat sběr dat v rámci nezávislého výzkumného šetření, jehož cílem bylo zjistit, jak rodiče dětí s postižením vnímají nastalou situaci ve vztahu ke svému dítěti, co je pro ně nejtěžší a co jim pomáhá danou situaci zvládat. Kvantitativního šetření se zúčastnilo 123 rodičů dětí s postižením. Výsledky ankety ukázaly, že nastalou situaci vnímali jako velmi náročnou, karanténní opatření jako velmi limitující a jako jeden z hlavních limitů spatřovali v absenci sociálních služeb. Výpovědi rodičů dětí s postižením korespondují se situacemi, které v některých případech přímo ovlivňují zdraví a život člověka. Řešení sociálních služeb v ČR bylo prostřednictvím MPSV řešeno na základě doporučení pro poskytovatele sociálních služeb. Vytvořená doporučení se soustředila na obecně uplatnitelné rady zabráňující šíření nákazy COVID-19, přičemž některá doporučení směřovala k uzavření sociálních služeb. V souvislosti s původní zkoumanou skupinou se jednalo zejména o služby denního stacionáře (doporučení č. 2). Nicméně právě

uzavírání sociálních služeb má negativní dopady na život osob, které danou službu využívají a jejich rodiny. V té době se žádná doporučení vydaná MPSV nesoustředila na obsah nebo způsob poskytování sociálních služeb, avšak právě modifikace obsahu či způsobu poskytování sociálních služeb by mohla být řešením v případě obdobných situací. Na tomto podkladu vznikl projekt „Změny ve vybraných sociálních službách zaměřených na osoby s postižením v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění“, jehož cílem bylo zmapovat a analyzovat přístup vybraných sociálních služeb k řešení karanténního opatření spojený s výskytem virového onemocnění a navrhnout a pilotně ověřit postup při karanténních opatřeních. Předkládaná kapitola se tedy soustředí na představení výzkumného šetření a na hlavní závěry, které z výzkumného šetření vyplynuly. Následné kapitoly se věnují již konkrétním doporučením a postupům pro vybrané sociální služby v době závažné epidemiologické situace. Všechny tyto části jsou tak výsledkem společné práce všech členů výzkumného týmu, který byl uveden v úvodu této publikace.

## **Metodologie výzkumného šetření**

Výzkumný projekt, respektive cíl projektu byl naplňován kombinací kvalitativních a kvantitativních postupů s následným expertním vhladem při tvorbě aplikačních výstupů. V tomto směru je tedy možné mluvit o třech fázích realizace projektu, které na sebe navazují a vzájemně se prolínají. První fázi představuje teoretický vhlad do tématu a zmapování situace z hlediska pandemických opatření, systému sociálního zabezpečení, restriktivních opatření, celkového řešení situace a z hlediska dodržování základních práv osob s postižením. Teoretický vhlad vyžadoval expertizu z oblasti speciální pedagogiky, sociální práce, práva, virologie a epidemiologie. Na tomto základě byly formovány oblasti, které byly následně základem pro druhou

fázi, jež představovala samostatné výzkumné šetření. Druhá fáze, tedy výzkumné šetření, probíhalo ve třech krocích:

**1. Orientační kvalitativní předvýzkum (rozhovory s poskytovateli sociálních služeb, rozhovory se zřizovateli sociálních služeb)**

Orientační kvalitativní předvýzkum byl uskutečněn formou polostrukturovaných rozhovorů se zástupci vybraných druhů sociálních služeb, a to v období od května do června 2021. Účastníci výzkumu byli vybráni pomocí metody záměrného výběru. Rozhovory v podobě šedesátiminutových osobních setkání, realizovaných za přísných karanténních opatření, proběhly v poměru jeden výzkumný pracovník a jeden zástupce poskytovatelů sociálních služeb dle předem připravené struktury, která zahrnovala dvacet otázek (otázky se soustředily na oblast změn/omezení poskytovaných služeb, informační zdroje, spolupráce, režim v zařízení, změn vnitřních postupů/standardů, dopadů na uživatele služby a na oblast personální a finanční). Dotazy byly časově specifikovány na období od jara 2020 do června 2021 (kdy byly rozhovory realizovány). Rozhovory byly nahrány, posléze přepsány a analyzovány v programu Atlas.ti.

**2. Dotazníkové šetření (dotazník pro poskytovatele sociálních služeb – 788 poskytovaných služeb v 531 organizacích)**

Tento krok se soustředil na sběr dat formou dotazníkového šetření, byl tedy vytvořen dotazník s 24 otázkami různě modifikovanými pro konkrétní druh sociální služby. Celkově byli osloveni všichni registrovaní poskytovatelé vybraných sociálních služeb v ČR, tedy celkem bylo osloveno 531 poskytovatelů. Vrátilo se 244 vyplněných dotazníků (tj. 46 procent), které byly posléze analyzovány. Dotazník byl distribuován online s využitím bezplatné open source webové aplikace pro statistické průzkumy LimeSurvey. Před vlastní distribucí byl dotazník pilotně ověřen u pěti poskytovatelů vybraných sociálních služeb. Výstupem tohoto pilotního testování bylo upřes-

nění několika pokládaných otázek stejně jako doplnění/rozšíření variant možných odpovědí a změna posloupnosti pokládaných otázek, pro jejich lepší logickou návaznost. Vhodnějším se také ukázalo specifikovat dotazníková šetření dle charakteru sociální služby, které byl dotazník určen. Výsledky byly statisticky zpracovány s využitím tabulkového procesoru MS Excel 2019 a programu IBM SPSS Statistic. Pro základní analýzu získaných dat bylo využito popisné statistiky.

### **3. Fokusní skupiny (desetkrát fokusní skupina s poskytovateli, dvakrát fokusní skupina s klienty, jednou fokusní skupina se zřizovateli)**

Třetím krokem byla realizace fokusních skupin. Fokusní skupiny s poskytovateli byly realizovány dvakrát u všech poskytovatelů vybraných druhů sociálních služeb. Celkem bylo tedy realizováno deset fokusních skupin s poskytovateli. První se soustředila na objasnění a zasazení výsledků z předchozích výzkumných fází do kontextu. Druhá se soustředila na specifikaci potřeb vyplývajících z výzkumného šetření, což představovalo konkrétní obsah metodických postupů pro poskytovatele sociálních služeb v průběhu pandemické situace. Struktura rozhovoru byla předem určena metodologií dle Naglea a Williamse (2022). Skupiny byly sestaveny ze tří až pěti poskytovatelů sociálních služeb, trvaly v rozmezí dvou až tří hodin a byly z důvodu probíhající pandemie realizovány skrze prostředí MS Teams. Součástí každé fokusní skupiny byli dva facilitátoři, z nichž jeden skupinu vedl a druhý zaznamenával důležité body rozhovoru a případně usměrňoval diskusi tak, aby se zabývala vyhrazeným tématem. Účast ve fokusní skupině byla finančně ohodnocena, a to formou DPP (dohody o provedení práce). Fokusní skupiny byly nahrávány, anonymizovány, doslovně přepsány a analyzovány pomocí kvalitativní obsahové analýzy v programu Atlas.ti. V textu přepsaných rozhovorů byly identifikovány a následně zakódovány (deduktivně i induktivně)

významové jednotky. Kódy byly následně kategorizovány, a to tak, že obecnější kategorie odpovídaly sledovaným tématům. Touto cestou byla vytvořena univerzální hierarchická struktura kódů, která byla použita k popsání sledovaných jevů u všech typů zapojených sociálních služeb. Celkem bylo takto kódováno 252 úryvků textu, a to pomocí 111 vyčleněných kódů. Byly identifikovány celkem čtyři hlavní kategorie: služba, informace, pracovníci a klienti. Tyto hlavní kategorie byly dále členěny do pěti subkategorií: provoz, komunikace, spolupráce, finance a pozitivní dopady. Fokální skupiny s klienty a se zřizovateli se poté soustředily na zasazení zjištěných poznatků do kontextu, na získání vhledu ze strany dalších aktérů a na identifikaci nejčastějších problémů, se kterými se tito aktéři v době pandemie potýkali. Z hlediska postupu bylo postupováno stejným postupem jako v případě poskytovatelů sociálních služeb. Jednotlivá zjištění poté sloužila k doplnění interpretace zjištěných výsledků z celého výzkumného šetření.

Třetí fáze tedy představovala tvorbu doporučených postupů pro poskytovatele sociálních služeb s následným pilotním ověřením a tvorbu doporučeného postupu pro Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

Vzhledem k šíři problematiky bylo nutné zúžit, respektive vymezit zkoumané pole. Jedním ze způsobů vymezení bylo omezení druhu sociálních služeb, které byly zkoumány. Na základě první fáze byly konkretizovány sociální služby, které byly předmětem druhé a třetí výzkumné fáze. Jednalo se o denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, osobní asistenci a ranou péči. Výběr těchto sociálních služeb byl stanoven na základě nejohroženější klientely v souvislostech s virovými onemocněními, tedy osoby (děti i dospělí) s postižením. Konkrétní specifikace činností jednotlivých druhů služeb je vázaná na českou legislativu, konkrétně zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.). Dále byly vybrány

sociální služby s ohledem na podchycení případných rozdílů mezi terénními, ambulantními a pobytovými službami.

## **Hlavní výsledky z výzkumného šetření – oblasti, kterým je v době pandemie potřeba věnovat pozornost**

Na základě první a druhé fáze řešení projektu byly konkretizovány oblasti, kterým je v kontextu sociálních služeb v době závažné epidemiologické situace třeba věnovat pozornost. Jedná se o informační zdroje, ochranné pomůcky, práci s klientem, personální zajištění služby a online komunikaci.

### **Informační zdroje**

Na základě výzkumu bylo zjištěno, že jako největší problém poskytovatelů sociálních služeb byla identifikována přehlednost informací (76,2 procenta), nedostatek informací (71,6 procenta), příliš časté změny (69,6 procenta) nebo neucelené a těžko dohledatelné informace (64,6 procenta). Všechny tyto problémy se prolínaly celým výzkumným šetřením, a to jak u poskytovatelů sociálních služeb, tak u klientů i zřizovatelů sociálních služeb. Celkově byla hodnocena informovanost o epidemiologické situaci jako nedostatečná, respektive špatná až chaotická, a to po celé období pandemie. Dále bylo zjištěno, že sociální služby musely informace složitě získávat z různých zdrojů, musely je dále zpracovávat a interpretovat, přičemž informace pro ně nebyly vždy přehledné a srozumitelné. Zároveň bylo zjištěno, že některé informační zdroje si dokonce odporovaly (Marková, Truhlářová et al., 2022).

Na základě dotazníkového šetření s poskytovateli sociálních služeb bylo jako problematické vnímáno to, že informace nebyly vydávány

specificky pro jednotlivé typy služeb. Rozdíl mezi druhy nebo i typy sociálních služeb (terénní, ambulantní a pobytové sociální služby) jsou značné, a to nejen z hlediska organizačního uspořádání či personálního zajištění, na která doporučení ve většině případů směřovala. Jako komplexní problém byl označen problém příliš častých změn, které byly vydávány nejen různými orgány státní správy, ale také byly v termínech, na které bylo problematické reagovat.

Z hlediska informačních zdrojů bylo tedy jako problematické shledáno následující:

- příliš časté změny;
- nepřehlednost informací;
- informace nebyly ucelené na jednom místě;
- nedostatek informací celkem/nedostatečná metodická podpora;
  - o nedostatek informací ze zdravotní/hygienické oblasti
  - o nedostatek informací z právní oblasti
  - o nedostatek informací, jak pracovat s klienty v době pandemie
  - o nedostatek informací, jak pracovat se zaměstnanci v soc. službách
  - o nedostatek informací, jak pracovat s dalšími osobami
- příliš obecná metodická podpora;
- metodická podpora vydávána příliš pozdě;
- nedostatečná možnost odborných konzultací.

Na druhou stranu se ukázalo, že k otázce informovanosti a přehledňování informací přispěli sami poskytovatelé sociálních služeb a profesní a zájmové organizace. Výsledkům dotazníkového šetření u poskytovatelů sociálních služeb například dominovala organizace Asociace poskytovatelů sociálních služeb jako významný informační zdroj. Dalším pozitivním faktem bylo, že poskytovatelé, uživatelé i zřizovatelé velmi často shovívavě přistupovali k problémům s informacemi – mezi častým vyjádřením se objevovalo, že se jednalo o zcela novou, mimořádnou a neočekávanou událost a bylo problematické něco vědět.

## Ochranné pomůcky

Při vážné epidemiologické situaci hrají významnou roli i ochranné pomůcky, které napomáhají redukci rozšíření virového onemocnění. V rámci pandemie COVID-19 se v kontextu sociálních služeb jednalo o roušky/respirátory, dezinfekce, hygienické rukavice, v terénních sociálních službách o ochranné oděvy a později též o antigenní testy.

Na základě dotazníkového šetření u poskytovatelů sociálních služeb bylo zjištěno, že sociální služby v průběhu pandemie v otázce ochranných pomůcek bojovali s:

- dostupností ochranných pomůcek;
- financemi na ochranné pomůcky;
- s kvalitou ochranných pomůcek;
- nedostatečnými skladovacími prostory pro ochranné pomůcky;
- využíváním ochranných pomůcek předepsaným způsobem u zaměstnanců;
- využívání ochranných pomůcek předepsaným způsobem u klientů, rodinných příslušníků a blízkých osob;
- likvidací ochranných pomůcek.

V počátku pandemie byl pro všechny zapojené sociální služby problém v nedostatku kvalitních ochranných pomůcek, v neznalosti jejich užívání a v neochotě zaměstnanců, klientů a rodinných příslušníků je užívat. Z výzkumu je však patrné, že se situace v průběhu pandemie zlepšovala, a to jak v otázce jejich dostupnosti, tak jejich užívání. Zástupci poskytovatelů sociálních služeb sice i nadále zmiňovali, že pro pracovníky bylo náročné a zatěžující celodenní nošení ochranných pomůcek, ale v porovnání s počátkem pandemie se nejednalo o neochotu ochranné pomůcky používat. Přetrvávajícím problémem však bylo i nadále užívání ochranných pomůcek klienty, zejména v případě rané péče u dětí či v případě denních a týdenních stacionářů u osob s mentálním postižením a s autismem. Specifické potíže vznikaly též při interakci pracovníků v ochranných pomůčkách

s touto cílovou skupinou, a to v souvislosti se zhoršenou možností číst mimiku pracovníků, se zhoršenou až špatnou reakcí na pracovníky či se strachem klientů z pracovníků využívající ochranné prostředky. Dále se u terénních služeb objevoval problém s převlékáním ochranných oděvů a následnou likvidací ochranných pomůcek.

## Práce s klienty

Na základě výzkumného šetření se ukázalo, že pro pracovníky v sociálních službách byla nejtěžší právě práce s klientem v době pandemie. To však ve většině případů souviselo s problematikou nedostatku informací, která již byla popsána výše. Pracovníci i zřizovatelé sociálních služeb se často potýkali s neznalostí, jak ke klientům přistupovat, aby zajistili a udrželi jejich práva, ale zároveň je ochránili před nákazou. Obdobná situace panovala i u samotné přímé práce s klientem a se zajištěním sjednané podoby sociální služby. Samostatnou kapitolou byla nejasnost v tom, jak postupovat v případě poskytování péče klientům s onemocněním COVID-19.

Na základě dotazníkového šetření se ukázalo, že nákaza u klientů proběhla ve všech zařízeních participujících sociálních služeb, avšak v různých zařízeních s různou intenzitou. V některých zařízeních bylo popsáno i úmrtí klienta v souvislosti s nákazou. V takových případech byl poté problém v nejasnosti postupu v případě předávání informací.

Samostatnou kapitolou poté byla práce se strachem klientů z nákazy a s poskytováním informací o pandemické situaci.

S tím souvisela i zvýšená tendence klientů, respektive klientů a jejich rodin, k ukončení nebo přerušení užívání sociální služby. Pro poskytovatele sociálních služeb to tedy často znamenalo, že přišly o úhrady od klientů a s tím přišel i zásah do jejich rozpočtu. Někteří klienti se ke službě již nevrátili. Ve většině případů se však ke službě vraceli, avšak návraty byly jak poskytovateli sociálních služeb, tak

samotnými klienty popisovány jako náročné a často problematické. Klienti po dobu nevyužívání služby často ztráceli nabitě dovednosti, přicházeli s novými problémy, které do té doby nebyly předmětem poskytované sociální služby, a ve většině případů přicházeli v horším psychickém a často i fyzickém stavu. Poskytovatelé sociálních služeb tedy byli nuceni přehodnotit individuální plány klientů, což vyžadovalo novou zátěž pracovníků v sociálních službách ještě v době probíhající pandemie. Velmi problematickým tématem napříč sociálními službami byla sociální izolace klientů z důvodu dočasného uzavření některých služeb, nastavených opatření ve službách (omezení sociálního kontaktu, omezení vycházení atd.), případně také z důvodu výše uvedeného přerušení čerpání služeb. Klienti tuto situaci prožívali často negativně, izolace byla popisována v případech přítomnosti klientů ve službě i v případech přítomnosti klientů doma. Omezení realizovaných aktivit a sociálních kontaktů vedlo u některých klientů k pasivitě spojené se zvýšením tělesné váhy (pro pracovníky bylo obtížné některé klienty aktivizovat).

Často též zaznívala zkušenost, že bylo obtížné zajistit klientům potřebnou zdravotní péči ve spolupráci s externími lékaři, kterým bylo problematické se dovolat, případně byla problematická jejich fyzická přítomnost (dle některých výpovědí lékaři nechtěli jezdit do služeb za klienty, někteří lékaři dočasně uzavřeli ordinace a někteří poskytovali zdravotní péči jen v akutních případech bez přítomnosti nákazy COVID-19).

Jako hlavní identifikované obtíže při práci s klienty v době pandemie jsou:

- malá informovanost a připravenost terénu (absence znalosti postupů, pravidel a opatření v době závažné epidemiologické situace);
- přerušení nebo ukončení využívání služby kvůli obavám o zdraví;
- informování klientů/vysvětlení situace o nákaze a o omezeních pro eliminaci nákazy;

- péče o klienty s onemocněním COVID-19;
- dodržování opatření ze strany klientů, zákonných zástupců a blízkých osob klientů;
- zhoršení psychického stavu klientů;
- zhoršení fyzického stavu klientů;
- nemožnost pracovat s klienty na stanovených cílech;
- ztráta dosaženého vývoje a ztráta získaných kompetencí klientů;
- obtíže v udržení kvality služby pro klienty;
- obtíže při zajišťování práv klientů.

## Personální oblast

Hlavním problémem pandemie, na který poukazuje naše studie, byl nedostatek pracovníků v sociálních službách. To bylo způsobeno mnoha faktory – zvýšeným přechodem pracovníků sociálních služeb do pracovní neschopnosti způsobené nákazou nebo podezřením na nákazu (karanténa) v důsledku COVID-19, dále nutností zajistit péči o své vlastní nemocné rodinné příslušníky a o děti školního věku (důsledek uzavření škol a přechod na online výuku), ale také zvýšením psychické a fyzické zátěže v průběhu pandemie a s tím spojené přerušení pracovní činnosti. Sledovány byly také nejvíce problematické okruhy v personální oblasti. V počátku pandemie se v obecné rovině nejčastěji jednalo o personální nedostatek (77,8 procenta), a to převážně z důvodu onemocnění pracovníků, z důvodu péče o dítě, ale také z důvodu ošetřování blízké osoby. V některých sociálních službách byl tento jev častější než v jiných. Z dotazníkového šetření vyplývá, že například v případě osobní asistence se jednalo až o 90,2 procenta zaměstnanců. Dále byla uváděna únava a vyčerpání pracovníků (51,1 procenta na počátku pandemie) a zhoršená nálada v týmu (například jen v případě týdenního stacionáře se jednalo o 71,4 procenta). Nejméně bylo uváděno ukončení pracovního

poměru (0–11,8 procenta). Z výsledků šetření též vyplývá, že celá pandemická situace byla pro pracovníky služeb značně zatěžující, vyčerpávající a stresující (riziko nákazy, zvýšená pracovní zátěž, zvýšené nároky na orientaci a adaptaci atd.), popisován byl prožitek strachu na straně zaměstnanců – ve 22,3 procenta případů se objevoval zhoršený psychický stav zaměstnanců sociálních služeb. Na základě porovnání výsledků mezi první a třetí vlnou pandemie se ukázalo, že problematické oblasti v personální oblasti přetrvávají.

Účastníci někdy popisovali negativní zkušenosti s dobrovolníky a externisty. Zaškolování těchto osob bylo někdy náročné a zatěžující časově i personálně (v porovnání se získanou pomocí), v některých případech byla pomoc dobrovolníků vnímána spíše jako zátěž, služby by během pandemie nejvíce ocenily pomoc v přímé práci s klienty. K této činnosti však externí osoby nebyly kompetentní (explicitně byly v tomto kontextu jmenováni vojáci a hasiči), případná nedobrovolná pomoc studentů byla vnímána jako kontraproduktivní, negativně byla vnímána také administrativa spojená s dobrovolníky. Problematická byla v některých případech nespolehlivost a nízká motivace dobrovolníků a externistů, jeden z účastníků popisoval také jejich nerealistické představy a očekávání ve vztahu k práci ve službě. Případný nábor nových (interních) pracovníků byl popisován jako náročný.

Řada účastníků výzkumu popisovala v souvislosti s personální oblastí nespravedlivý systém finančního odměňování zaměstnanců, kdy vedoucí pracovníci nemohli ovlivnit výši vyplacených odměn na základě skutečných zásluh pracovníků. Finanční ohodnocení bylo obecně hodnoceno jako nedostatečné (i mimo kontext mimořádných odměn). Finančně náročné bylo pro některé služby placení nemocenské zaměstnancům v případě výskytu onemocnění COVID-19 u většího počtu zaměstnanců.

Rozdílně byla hodnocena supervize. Pro některá zařízení byla realizovaná supervize přínosem, jinde ji vnímali spíše negativně, pracovníci o ni neměli zájem (v případě dobrovolné supervize).

Někteří účastníci výzkumu popisovali nedostatek supervizorů v období pandemie.

Zmiňována byla také pozitiva. Pracovníci se v krizové situaci například naučili něco nového, především se jednalo o využívání technologií IT a s nimi spojenou dovednost využívat online komunikaci. Posilující byl společný prožitek pracovníků, že dokázali zvládnout náročné období (posílení kolektivní sebedůvěry), někteří účastníci popisovali také posílení vzájemných vztahů v týmu.

## Online komunikace

Jedním z hlavních poznatků z výzkumu je, že v průběhu pandemie sociální služby výrazně posílily online komunikaci. Na základě výsledků z dotazníkového šetření vyplynulo, že ve všech sledovaných typech sociálních služeb byla využívána online komunikace, míra jejího využívání se však v jednotlivých oblastech lišila. Obecně se online komunikace nejčastěji využívala v rámci vzdělávání a školení zaměstnanců (71,3 procenta), u porad (66,4 procenta), komunikaci s úřady (51,6 procenta) a při komunikaci se zákonnými zástupci (51,5 procenta). Méně se online komunikace využívala u intervizí (34,9 procenta), při komunikaci s klienty (31,9 procenta) nebo při supervizi (25,1 procenta).

Z hlediska typu byla online komunikace nejvíce využívána v terénních sociálních službách, zejména rané péče, u které byla online komunikace výrazně využívána ve všech výše zmíněných oblastech, zejména při komunikaci s klienty (89,5 procenta). Nejméně se využívala v případě denních stacionářů.

Zajímavý byl též vývoj užívání online komunikace, kdy na počátku pandemie využívala online komunikaci většina sociálních služeb rovnoměrně, avšak s postupem doby se výrazně odlišovalo to, kdo v online prostředí setrval a kdo se vrátil k takzvané offline komunikaci. Největší rozdíl byl patrný v již zmíněných terénních sociálních

službách (raná péče a osobní asistence), kdy v obou sledovaných případech docházelo k udržování online komunikace i v průběhu dalších vln pandemie. U služeb denního a týdenního stacionáře se však podíl online komunikace výrazně snížil, a to až o čtyřicet procent.

S online komunikací souvisí ochota zaměstnanců a klientů ji využívat. V tomto směru se jako nejproblematičtější stávalo užívání online komunikace u rané péče (68,4 procenta), a to zejména z důvodu dostupnosti techniky na straně klientů. Tento problém se však s postupem času začal mírnit, k čemuž jistě napomohla větší dostupnost technologií doprovázená výpomocí s jejich zajištěním poskytovateli a zřizovateli sociálních služeb. Nicméně i přes dostupné technologie byla neochota ze strany klientů využívat online komunikaci 36,8 procenta, nicméně do toho se zahrnují i osoby, které z povahy svého postižení (například mentální postižení) mají limity ve využívání online technologií.

Z hlediska ochoty užívání online komunikace mezi zaměstnanci se neobjevoval výrazný rozdíl. Znatelnější rozdíl se však objevoval při užívání online technologie. Problém s online komunikací měli nejméně pracovníci rané péče (5,3 procenta), nejvíce pracovníci týdenních stacionářů (35,7 procenta). Tato čísla korespondují se dvěma faktory, respektive povahou pracovní náplně pracovníků dané sociální služby a charakteristikou zaměstnanců (věkem, vzděláním, délkou praxe).

Výrazným tématem bylo využívání informačních technologií, specificky online komunikace při přímé práci s klientem. Služby byly v rámci možností modifikovány, a pokud to šlo, tak převáděny do online prostředí. Objevoval se však problém v uznatelnosti poskytnutí služby při vykazování a dokládání poskytnuté péče pracovníky služby.

S využíváním moderních technologií byla na straně služeb spojena také určitá nejistota, která se týkala zejména volby vhodných komunikačních nástrojů, bezpečnosti v online prostoru a řešeny byly také otázky ochrany dat.

## **Hlavní výsledky z výzkumného šetření – potřeba jasných postupů a pravidel před, v průběhu a po vypuknutí pandemie**

Souborný materiál *The Impact of COVID-19 on Disability Services in Europe*, vydávaný každoročně v nové verzi, se zpracováním nových analýz průběhu pandemie SARS-CoV-2, agenturou EASPD (European Association of Service Providers for Persons with Disabilities) se v mnohém překrývá s výsledky a doporučeními našeho výzkumu (adaptace zařízení pro rizikové skupiny na danou život ohrožující situaci, digitalizace, online služby a propojení, otázka osobních ochranných pomůcek, financování).

Z pohledu vrcholového managementu řízení boje proti pandemiím je nutné se soustředit nikoli na lokální situaci státu a „vynalézání“ vlastních cest, ale na obecná doporučení z úrovně nadnárodní (WHO, eCDC, CDC), ta posléze rozpracovat a aplikovat na lokální situace. V tomto kontextu a v kontextu výsledků z výzkumného šetření je nezbytné sociální služby zabezpečit nejen v době závažné epidemiologické situace, ale ještě před jejím samotným vznikem a také po jejím konci. Celkově lze tedy nastavit a rozdělit postupy na období preventivní, respektive před vznikem pandemické situace, na období probíhající pandemie, které zahrne fázi prvotního zmatku při neznalosti biologické agens a fázi delšího setrvávání v závažné pandemické situaci, po období ukončení pandemie, návratu k normálu a evaluace proběhlé situace.

### **Souhrn potřeb v případě nové pandemické situace**

Mezi účastníky zazníval opakovaně názor, že je pro dobré fungování v krizi potřeba lepší fungování služeb i mimo ni. Je potřeba mít standardně dostatek financí, materiálního vybavení a také dostatek

kvalitních a kompetentních pracovníků (v krizovém období se případné nedostatky v těchto oblastech ještě zvýrazní). Popisována byla také potřeba fungujících institucí (ministerstva, krajů, obcí, hygieny atd.) s dostatečnou kapacitou (například pro konzultace).

Shoda panovala na ideální podobě případných informačních/metodických materiálů. Informace by měly pocházet z jednoho zdroje, měly by být srozumitelné, přehledné, snadno pochopitelné, neměly by být zbytečně obsáhlé (v případě rozsáhlejších dokumentů zazníval požadavek na doplnění tohoto materiálu o stručné shrnutí). Případná nařízení by měla být vydávána včas, neměly by se dít příliš časté změny, služby by měly mít dostatek času na realizaci nařízených opatření. Informační i metodické materiály by měly být co nejvíce konkrétní, určené specificky pro daný typ služby (případně okruh služeb). Požadovány byly zejména informace ze zdravotní a právní oblasti. Materiály poskytnuté službám by měly mít takovou podobu, aby nebylo nutné v nich informace složitě hledat, neměla by být potřeba pracovat s více zdroji najednou, informace třídit, vše by mělo být hned jasné, neměla by být potřeba si informace složitě interpretovat.

V názoru na míru autonomie služeb, respektive míru metodického vedení, se účastníci výzkumu lišili. Někteří zástupci sledovaných sociálních služeb odmítali vytváření obecné metodiky v souvislosti s (novou) pandemií virového onemocnění, tento názor byl často reakcí na nespokojenost s dosavadními doporučeními a metodickými materiály, které byly dle informantů velmi obecné povahy a zbytečně širokého rozsahu. Podle nich je obecná metodika určená pro všechny sociální služby zbytečná, z pohledu potřeb a zájmů klientů spíše kontraproduktivní, v některých případech může službě spíše ztěžovat práci, může vést k rigidním a neefektivním postupům. Podle uvedených pracovníků jsou navrhované metodické postupy někdy odtrženy od každodenní reality služeb, nerespektují individuální potřeby jednotlivé služby, jednotlivého klienta. Tito pracovníci naopak požadovali dostatek autonomie při rozhodování o opatřeních.

Vedení a pracovníci dané služby totiž vědí nejlépe, co klientům ve službě prospěje (tyto klienty dobře znají, znají jejich potřeby). Kdyby se vydával nějaký metodický materiál, měl by mít spíše doporučující charakter. Vedle toho se ve fokusních skupinách objevoval explicitně vyjádřený požadavek na vytvoření metodických materiálů. Metodika byla v tomto případě vnímána pozitivně jako něco, co usnadňuje práci, metodický materiál byl vnímán jako ulehčující návod, kdy pak „není potřeba přemýšlet“, což šetří čas. Roli může hrát také otázka odpovědnosti (v případě nařízených postupů je odpovědnost částečně přesunuta mimo službu na systém). Obecně se objevoval spíše požadavek na metodiku, která bude definovat základní pracovní rámec, a bude tak jasné, co se smí/musí/nesmí (z pohledu práva, hygieny atd.), méně se objevoval požadavek na podrobnou metodiku popisující přímou práci s klienty – lze konstatovat, že v této oblasti si sociální služby věřily, cítily svou kompetenci.

Opakovaně zazníval požadavek, aby služby nebyly zbytečně a plošně uzavírány, aby bylo možné s klienty co nejintenzivněji pracovat. Shoda panovala na tom, že by se mělo předcházet izolaci klientů a také že v případě budoucího pandemie je potřeba lépe zajistit zdravotní péči pro klienty. Někteří účastníci cítili do budoucna potřebu lépe ošetřit využívání distančních služeb v online formě (online komunikace obecně), online formy více legitimizovat, lépe je do prostředí sociálních služeb integrovat, popsat, vymezit a nastavit (aby to nebyla „šedá zóna“).

Velmi často zazníval požadavek na snížení administrativy v případném akutním krizovém období, některé služby by v krizovém období uvítaly snížení nároků na povinné vzdělávání zaměstnanců. Všichni účastníci vyjádřili potřebu mít v pandemickém období zajištěn dostatek financí na provoz, nákup ochranných pomůcek a potřebného technického vybavení, také na adekvátní finanční ohodnocení pracovníků, jeden z účastníků navrhoval také finanční ohodnocení dobrovolníků a externistů (motivační faktor), podobně byly zmiňovány různé jejich nefinanční benefity. Byl zmiňován

také požadavek na dostatek supervizorů péče o zaměstnance, možnost využívat krizovou intervenci, psychologické služby atd. Někteří účastníci navrhovali vytvořit databázi zaměstnanců služeb spolu s databází dobrovolníků. Objevoval se také požadavek, aby byla lépe ošetřena problematika očkování zaměstnanců – jednalo se o otázky povinného očkování, dále o potřeby systémového ošetření situací, kdy pracovník odmítá očkování (analogicky byla situace diskutována také u klientů). Objevil se také požadavek mít dostatek objektivních dat o pandemické situaci.

## Období před vypuknutím pandemie

Mezi účastníky výzkumu převažoval názor, že je důležité být obecně připraven na krizové situace (na úrovni služby i na úrovni celého systému). Objevoval se názor, že by MPSV (případně další ministerstva, úřad vlády atd.) mělo mít předem připraveny informační materiály, metodické postupy, kontakty na odborníky a instituce (včetně uvedení kompetencí). MPSV by také podle některých účastníků mělo mít ve svém rozpočtu finanční rezervu na případné krizové období, kdy jsou zvýšené výdaje. Součástí preventivních informačních materiálů by měl být také právní výklad toho, co lze v krizi po zaměstnancích požadovat (práce přesčas, pobyt na pracovišti v řádu dnů atd.). Dále se objevoval požadavek na právní výklady vztažené k práci s klientem (například na ošetření situace, kdy z důvodu nepříznivých okolností hrozí porušování práv klientů).

Ve fokusních skupinách zazněl několikrát názor, že by MPSV mělo mít předem připraven krizový tým, který by mimo jiné poskytoval službám rychlou a adekvátní metodickou podporu v případě krizové situace. Měla by být dopředu připravená krizová komunikace směrem ke službám. Objevoval se požadavek na dostatečnou možnost konzultovat (v podstatě kdykoli a cokoli) – to platí ve vztahu k MPSV i ve vztahu ke krajům. Objevoval se také specifický

požadavek, aby byl ministerský krizový tým sestaven tak, aby byl jeden člen týmu zodpovědný vždy za konkrétní typ služby (a mohl tak poskytovat cílenou podporu, která bude respektovat specifika daného typu služby).

Preventivní opatření by měla být komplexní, měla by pamatovat na všechny zapojené strany (klienti a blízké osoby, zaměstnanci, organizace). Měla by být nastavena tak, aby bylo možné v případě krizové situace reagovat okamžitě a efektivně. Několikrát se objevil názor, že je potřeba mít dobře nastavenou krizovou spolupráci v rámci regionu (služby, kraj, IZS...) – jednotlivé subjekty by spolu měly průběžně komunikovat.

Zástupci sledovaných služeb se často vyjadřovali k materiálnímu zabezpečení. Podle jejich názoru by měla existovat preventivní zásoba ochranných pomůcek (minimálně pro první akutní období při vypuknutí onemocnění). Zásobu ochranných pomůcek by mohla zabezpečovat sama služba (respektive zřizovatel), případně také státní instituce. Podle některých účastníků by zásoby pomůcek měly být určeny pomocí normativu.

Ve službě by měl být krizový plán, který určuje, kdo má jaké kompetence, kdo je za co zodpovědný, jakým způsobem budou proudit informace. Podle některých zástupců sledovaných služeb by mělo být předem určeno, jak nahradit případné nemocné pracovníky (zejména se to týká situací, kdy nejsou další kolegové, kteří by mohli danou činnost vykonávat, například když zařízení přijde o své zdravotníky). Diskutovalo se o tom, zda mají být klienti předem roztrženi a klasifikováni z hlediska rizika a potřeb, zda mají mít klienti dopředu připravený krizový plán (včetně kontaktů na důležité osoby). Řada účastníků výzkumu toto preventivní opatření podporovala.

Jeden z účastníků uvedl požadavek na interní preventivní metodiku, která by se týkala distanční formy služby (dočasný převod služeb do online prostoru), objevil se také požadavek na popsání krizové/omezené formy služby (jaké služby budou omezeny/dočasně pozastaveny).

V rámci preventivních opatření bylo zmiňováno také vzdělávání pracovníků. Objevil se návrh, aby byli vedoucí pracovníci průběžně vzděláváni v oblasti krizového řízení, dále byl zmíněn požadavek na vyškolený personál v používání IT technologií/online komunikace.

## Vypuknutí a průběh pandemie

V obecné rovině se objevoval požadavek, aby byl celý systém co nejvíce pružný a efektivní. Mezi účastníky panovala shoda nad podobou případných informačních a metodických materiálů. Zazníval obecný požadavek mít dostatek informací. Poskytnuté materiály musejí službám dávat smysl, různé zdroje si nesmějí odporovat. Často zazníval požadavek na včasné aktuální informace (doporučení), celý systém by měl být předvídatelný, nemají být časté změny, služby mají mít dostatek času na realizaci opatření. Případné doporučené postupy mají být připraveny specificky pro konkrétní typ služby. Informace mají být jasné a srozumitelné, musejí být zpracovány tak, aby nebylo nutné v nich složitě dohledávat potřebné údaje a dále s nimi pracovat (tedy preference modelu „přečíst – ihned porozumět – aplikovat“). Poskytnuté informační a metodické materiály by měly být co nejvíce stručné. Někteří účastníci preferovali doplnění uvedených materiálů o krátká shrnutí, se kterými by se jim lépe pracovalo, jiní měli požadavek, aby byly co nejvíce stručné samotné informační a metodické materiály. Shoda panovala na tom, že by všechny informace měly být umístěny centrálně na jednom místě.

Účastníci výzkumu se lišili v názoru na míru autonomie služeb v době pandemie ve vztahu k opatřením. Na jedné straně zazníval požadavek mít vše metodicky určeno a detailně popsáno od MPSV (šetření času při vymýšlení opatření, posílení jistoty, někdy explicitně uvedena potřeba zbavení se odpovědnosti za vlastní rozhodnutí služby v nejisté a nepřehledné situaci). Vedle tohoto názoru se objevoval

požadavek na větší autonomii služeb v době pandemie (daná služba zná nejlépe své klienty, a dokáže tak nejefektivněji nastavit vhodná opatření v jejich prospěch na základě znalosti jejich potřeb a také na základě individuální situace v zařízení, individuální nastavení je vždy efektivnější než plošná opatření).

Ve fokusních skupinách se objevoval také názor, že by měl v rámci předávání informací existovat prostředník mezi MPSV a službami, který by informace (z různých zdrojů) zpracoval a službám by dával k dispozici materiály v takové formě, aby pro ně bylo co nejsnadnější se v nich orientovat a pracovat s nimi (krátký výtah, kde bude jen to podstatné). Jako příklad dobré praxe byla v této souvislosti uváděna APSS, která takto v proběhlé pandemii postupovala. Podle účastníků by mohl takto zpracovávat informace kraj (ideálně ve spolupráci s dalšími subjekty, například s krajskou hygienickou stanicí /KHS/).

Zmiňována byla otázka systémového financování v krizové situaci. Jistota dostatku financí byla účastníky vnímána jako zásadní, podle některých se jednalo dokonce o nejdůležitější formu pomoci. Neplnění indikátorů v době krize nemá být důvod k tomu, aby služba přišla o peníze.

Jeden z účastníků vyjádřil přání, aby měly instituce v krizovém období speciální telefonní číslo určené jen pro sociální služby (na základě negativní zkušenosti z proběhlé pandemie, kdy bylo někdy náročné se příslušným institucím dovolat).

Pro některé služby bylo náročné využívání online komunikace, ocenily by proto, kdyby byla systémově nastavena podpora v oblasti IT (například možnost konzultovat otázku ochrany dat a bezpečnosti či otázku volby vhodného komunikačního nástroje).

V době pandemie by mělo dojít k systémovému zjednodušení výkaznictví a podle některých zástupců služeb také k dočasnému snížení nároků na nové pracovníky, dojít by mělo k celkovému zrychlení a zjednodušení celého přijímacího procesu (například zrušení povinnosti mít zdravotní prohlídku). Systém by měl být nastaven tak, aby pracovníci z jedné služby mohli v případě potřeby vypomáhat

v jiné. Některé služby by v akutní fázi pandemie uvítaly zjednodušení systému nakupování ochranných pomůcek.

Ve fokusních skupinách zazněl opakovaně požadavek, aby byla jasně nastavena kritéria, podle kterých by se nastavovala opatření (například procento nemocnosti u klientů). Někteří účastníci by uvítali přehlednou a jasnou metodiku popisující problematiku očkování/testování klientů a zaměstnanců (aby v těchto otázkách nevznikaly nejistoty a případný prostor na konfliktní situace).

Pracovníci by měli být v době pandemie podle účastníků dostatečně finančně ohodnoceni (nad rámec běžného finančního ohodnocení). Podobně by mělo dojít také k sociálnímu ohodnocení ve veřejném prostoru, v médiích (například pozitivní oceňující reportáže a články o pracovnících).

Někteří zástupci služeb požadovali, aby nebylo nutné v období pandemie doplňovat individuální plány klientů.

Nejednoznačné názory bylo možné zaznamenat v diskuzi o supervizi. Některí účastníci popisovali pozitivní zkušenosti s pravidelnou supervizí v době pandemie (někdy došlo i ke zvýšení intenzity), vedle toho zazníval názor, že pravidelná supervize (i v krizovém období) je zbytečná a někdy samoúčelná, někteří účastníci dokonce popisovali přesycenost tématy vztahujícími se k onemocnění COVID-19 v rámci supervize.

## Období po skončení pandemie

K období po skončení pandemie měli účastníci nejméně poznámek a podnětů. Jeden z účastníků vyjádřil potřebu, aby bylo explicitně pojmenované, definované a časově ohraničené postpandemické období, které bude přechodové (a nebudou v něm ještě platit pravidla z běžného stavu).

Diskutovalo se o dostatečném a adekvátním zpracování proběhlé pandemie u zaměstnanců (v rovině odborné i osobní/psychologické).

Účastníci se neshodli, zda je možné toto zpracování provést v rámci intervizí, nebo zda je potřeba provádět je s externím pracovníkem v rámci supervizí. Řada účastníků výzkumu ovšem vnímala toto zpracování jako důležité.

Dalším probíraným tématem byla potřeba služeb poskytnout MPSV zpětnou vazbu (potřeba, aby byla pro MPSV zpětná vazba důležitá), zmiňována byla potřeba, aby MPSV provedlo po krizovém období evaluaci a s výsledky seznámilo služby (i širokou veřejnost), s tím souvisel také požadavek na zveřejnění dostupných dat. Zároveň ovšem většina účastníků uváděla, že pro ně bylo velmi zatěžující, když museli v období pandemie poskytovat dalším subjektům detailní data (zejména o klientech).

## **Slovo závěrem**

Na základě výzkumného šetření se ukázalo, že sociální služby v České republice byly vystaveny četným problémům v kontextu samotné pandemie, ale i eskalaci problémů, které byly přítomny již před samotnou pandemií. Jedná se například o nejasnost kompetencí v otázce řízení sociálních služeb v době závažné nebo krizové situace, dlouhotrvající nedostatek personálu v sociálních službách, možnosti a povinnosti kontinuálního vzdělávání pracovníků v sociálních službách, přítomnost a způsob realizace supervize nebo otázka financování sociálních služeb či otázka finančního ohodnocení sociálních pracovníků.

Nově se poskytovatelé sociálních služeb museli potýkat například s nastavením online komunikace, poskytováním sociálních služeb i jinou než prezenční formou, prací se strachem, a to nejen u klientů, ale i u rodinných příslušníků a zaměstnanců sociální služby, nedostatkem krizové intervence, izolací klientů, přerušováním nebo ukončováním sociálních služeb, a s tím spojenými výraznými propady

dovedností klientů a potřeba změny individuálních plánů klientů, ale také ekonomické propady v příjmech sociálních služeb, nebo také nedostatkem jasných pravidel a postupů či nedostatek ochranných pomůcek a způsob práce s nimi.

Na základě výzkumného šetření je tak pro plánování příprav řešení budoucí pandemie třeba soustředit pozornost do tří samostatných segmentů: prevence, krize a řešení situace po skončení pandemie.

V rámci prevence je tedy třeba zajistit, respektive připravit, sociální služby tak, aby v případě vypuknutí pandemie měli co nejsnazší cestu k co nejlepšímu zvládnutí samotné krize. Jedná se například o vyjasnění systému pravomocí při řízení sociálních služeb v době krizové situace, nastavení vnitřní strategie organizace pro řešení závažné pandemické situace (například zakomponováním postupů řešení krizové situace do standardů kvality sociálních služeb), vytvoření jednotného komunikačního kanálu pro šíření informací k poskytovatelům sociálních služeb, zajištění spravedlivého a transparentního způsobu financování sociálních služeb, zajištění kontinuálního vzdělávání pracovníků v sociálních službách, podporu a zvýšení prestiže pracovníků sociálních služeb, aby mělo více lidí tendenci pracovat v sociálních službách a o podpoření, respektive umožnění zakomponovat nové technologie do způsobu poskytování sociálních služeb.

V krizové situaci je třeba zaujmout jasný a transparentní způsob komunikace, zajistit dostatečnou, flexibilní a jednotnou metodickou podporu (zejména v otázce práva a virologie), nastavit a uvést v chod přehledná pravidla způsobu práce, snížit administrativní zátěž poskytovatelů sociálních služeb a poskytnout pracovníkům v sociálních službách co největší podporu v možnostech a způsobech poskytování sociální služby. Cílem všech příprav na krizovou situaci je co největší eliminace dopadů pandemické situace na klienty a co největší ochrana a podpora pracovníkům v přímé péči.

Samostatnou kapitolu tvoří oblast zmapování situace po proběhlé pandemii a reflexe proběhlé pandemie včetně nastavení opatření eliminujících její dopad.

Všechny tyto závěry a z nich vyplývající doporučení jsou převážně systémového charakteru. Konkrétní doporučení a návrhy praktických postupů předkládají následující kapitoly, které se věnují konkrétním postupům a doporučením u jednotlivých druhů sociálních služeb.

## Literatura

MARKOVÁ, A., TRUHLÁŘOVÁ, Z. ed. 2022. *Změny ve vybraných sociálních službách zaměřených na osoby s postižením v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění: Doporučený postup pro MPSV*. Výstup TL05000413-V6. [online]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 22. 12. 2022, s. 31 [cit. 7. 1. 2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Zm%C4%9Bny+ve+vybran%C3%BDch+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEb%C3%A1ch+zam%C4%9B%C5%99en%C3%BDch+na+osoby+s+posti%C5%BEn%C3%ADm+v+dob%C4%9B+krizov%C3%A9ho+stavu+v+d%C5%AFsledku+virov%C3%A9ho+onemocn%C4%Bn%C3%AD.pdf/9c2656a7-65ec-eb-52-f29f-8cad19322a71>



**Praktické postupy  
pro poskytovatele  
sociálních služeb v dobách  
pandemie způsobené  
virovým onemocněním**



V poslední části této publikace jsou uvedeny praktické doporučující postupy pro jednotlivé druhy sociálních služeb, na které se celý projekt zaměřil. Jak bylo uvedeno v předchozích částech publikace, poskytovatelé sociálních služeb by při řešení pandemické situace ocenili konkrétní praktické postupy a metodická doporučení, které by mohli snadno zakomponovat do svého běžného fungování. Snažíme se tedy vyvarovat oněch nežádoucích obecných postupů pro všechny sociální služby, ale naopak prezentujeme konkrétní doporučení jednotlivým druhům sociálních služeb, konkrétně služeb denního stacionáře, týdenního stacionáře, domova pro osoby se zdravotním postižením, osobní asistence a rané péče. Všechny služby sice cílí na obdobnou skupinu osob se zdravotním postižením, která stále v popředí výzkumného záměru a poskytování všech služeb má jednotný právní základ, avšak praktická opatření jsou ovlivněna řadou specifických faktorů a liší se. Těmito faktory jsou zejména:

- forma poskytování služeb (pobytové, ambulantní, terénní),
- základní činnosti, které jsou pro jednotlivé služby definovány zákonem,
- specifika klientů služeb (druh a závažnost zdravotního postižení, z toho plynoucí míra závislosti a specifických potřeb včetně schopnosti pochopit a aplikovat opatření, věk klientů, rodinné zázemí),
- míra rizika šíření nákazy a její nebezpečnost pro klienty.

V této části publikace bylo naším cílem poskytnout čtenářům pohled na konkrétní druh sociální služby a zdůraznit nejdůležitější problémy a jejich možná řešení v rámci prevence, průběhu pandemie i po jejím skončení. Předpokládá se, že dílčí řešení situací (prevence, průběh, skončení), v jednotlivých sociálních službách v systému ČR, si budou poskytovatelé sami upravovat a doplňovat svými vnitřními předpisy, pravidly a postupy podle své praxe.

Předložené postupy a doporučení stojí na získaných poznatcích z realizovaného výzkumného šetření popsaného výše, byly evaluo-

vány, respektive pilotně ověřeny, vybranými poskytovateli sociální služby a jsou výsledkem společné práce všech členů řešitelského týmu projektu „Změny ve vybraných sociálních službách zaměřených na osoby s postižením v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění“, tedy jmenovitě v abecedním pořadí dr. Bendové, dr. Havránkové, dr. Markové, doc. Mojžíšové, Mgr. Nesládka, dr. Prázd-  
né, dr. Truhlářové a doc. Zikla.

## 7. Denní stacionář

Mgr. et Mgr. Radka Prázdná, Ph.D.

Denní stacionář je jedním z řady nástrojů pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci. Cílí především na osoby, u nichž vzniká nepříznivá sociální situace především z příčin oslabení nebo ztráty schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nebo věku (Wija et al., 2019). Jedná se o takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok a který omezuje funkční schopnosti nutné ke zvládnutí základních životních potřeb. Sociální službu denního stacionáře využívají osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby seniorského věku a jedinci se zdravotním postižením, tj. osoby s tělesným, mentálním, duševním, smyslovým nebo kombinovaným postižením, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, § 46). Závislost je fenomén vázaný na problematiku zdravotního postižení a má výraznou etickou konotaci. V západo a středoevropské společnosti vlivem kulturně historického vývoje je obsahově chápána nezávislost jako synonymum svobody a je celospolečensky vysoce uznávanou a ceněnou hodnotou. V těchto souvislostech forma a rozsah podpory poskytované v uvedené sociální službě má vysoké profesionální nároky na zachování a respektování lidské důstojnosti

osob (Konůpka et al., 2023). Pomoc musí odpovídat individuálním potřebám konkrétního jedince. Sociální služba musí být poskytována způsobem, který vždy důsledně zajistí dodržování lidských práv a základních svobod jedince.

Denní stacionáře řadíme mezi služby sociální péče a jsou poskytovány za úhradu (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, § 71–77). Ambulantní forma poskytování sociální služby umožňuje zachování jedince se zdravotním postižením v přirozeném sociálním prostředí, tj. v rodině, v každodenním kontaktu s osobami blízkými a v komunitních sociálních vazbách (APSS ČR, 2020). Osoby se zdravotním postižením patří mezi zvláště křehkou a ohroženou skupinu obyvatel, uvedené je platné i v souvislostech s krizovými situacemi, například pandemií COVID-19 (Saeed et al., 2021; Negrini et al., 2020; Socci et al., 2021; Colon-Cabrera et al., 2021). Osoby se zdravotním postižením, případně kombinovaným postižením, tvoří největší podíl uživatelů sociální služby denního stacionáře (MPSV ČR, 2019; Senjam, 2020; Kendall, Ehrlich, Chapman et al., 2020). Optimálním výsledkem poskytování sociální služby denního stacionáře je především předcházení institucionalizaci a sociálnímu vyloučení klienta. Naplňování principu normality se realizuje především podporou vzdělávání, zaměstnávání, bydlení a zapojením do života v obci. Zvyšování, případně udržení stávající kvality života je možné prostřednictvím rozvoje schopností, dovedností, kompetencí a aktivním a smysluplným vyplněním dne s respektem ke zdravotním limitům klienta (Tassé, 2016; Valenta et al., 2018). Podstatou efektivního poskytování služby denního stacionáře je individuální zaměření na jednotlivce v jeho přirozeném vývoji, tj. podpora učení, rozvoj a posilování dovedností, které jsou předpokladem pro zvládnutí péče o sebe sama a těch dovedností, které jsou potřebné pro samostatný život (Zikl et al., 2022; Gleason, Ross, Fossi et al., 2021). Nezastupitelné místo denních stacionářů je i v podpoře neformálně pečujících osob (Navrátil, 2020). Ta je stále častěji realizována prostřednictvím edukačních programů, ale primárním a nepostradatelným

nástrojem zůstávají ambulantní sociální služby určené osobám se zdravotním postižením (APSS ČR, 2020; Aliance pro individualizovanou podporu, 2020). Dle aktuálních údajů je v registru poskytovatelů sociálních služeb v ČR 239 poskytovatelů sociální služby denního stacionáře (MPSV ČR, Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2006–2022, údaje platné k 04/2023).

### **Denní stacionář v dobách COVID-19**

Denní stacionáře byly uzavřeny poprvé na základě nařízení vlády ze dne 13. 3. 2020 a v druhé polovině května 2020 byl provoz denních stacionářů se řadou organizačních a hygienických opatření obnoven (Lusková, Solichová, 2020). Obdobná situace se opakovala téhož roku na podzim, kdy vláda ČR vyhlásila 30. 9. 2020 pro území České republiky z důvodu ohrožení zdraví v souvislosti s výskytem koronaviru nouzový stav, a to na dobu třiceti dnů (MPSV ČR, Doporučený postup č. 14/2020; Kliment, Nádvořníková, 2020; MPSV ČR, 2020; MPSV ČR, 2021). Následně uvedené skutečnosti týkající se fungování denních stacionářů v průběhu pandemie COVID-19 primárně vycházejí z výsledků aplikovaného výzkumu (podrobně viz kapitola „Cíle projektu, metodologie a výzkumný soubor“, srov. též Prázdna et al., 2022). Výzkumu se účastnilo 34,7 procenta všech poskytovatelů služby denního stacionáře v České republice. Výsledky se obsahově zabývají následujícími oblastmi:

- informační zdroje využívané v průběhu pandemie,
- ochranné pomůcky,
- využívaná opatření,
- práce s klientem,
- omezení poskytovaných služeb,
- personální oblast,
- využívání online komunikace.

## Informační zdroje využívané denními stacionáři v průběhu pandemie

Nejvyužívanějším zdrojem informací pro denní stacionáře v období pandemie COVID-19 byla Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (60,2 procenta). Dále mezi významné zdroje informací patřily krajské úřady (59 procent), ministerstvo zdravotnictví (téměř 58 procent) a ministerstvo práce a sociálních věcí (55,4 procenta). Následovaly krajské hygienické stanice a média (48 procent). V souvislosti s informovaností a metodickou podporou denní stacionáře jako nejtěživější vnímaly nepřehlednost informací (72 procent). Při hodnocení prvních vln a aktuálního stavu v době sběru informací (tj. přelom roku 2021/2022) došlo u uvedené kategorie k poklesu o dvanáct procentních bodů, což můžeme hodnotit jako velmi mírné zlepšení, zpřehlednění informací pro poskytovatele sociální služby denního stacionáře. Významnou míru zastoupení shledáváme u kategorie celkový nedostatek informací/nedostatečná metodická podpora (71 procent). V časovém kontextu bylo uvedené hodnoceno (tj. metodická podpora a informovanost) lépe o 23 procentních bodů než v počátečním období pandemie. Přibližně okolo shodné výše relativní četnosti, tedy 60 procent respondenti zmiňovali příliš časté změny, neucelenost a roztržitost informací, pozdní vydávání metodických doporučení, nedostatek informací pro práci s klienty v době pandemie a nedostatek informací ze zdravotní/hygienické oblasti. Nedostatek informací se týkal i práce s lidskými zdroji v institucích poskytujících sociální službu denního stacionáře. Když byla metodická podpora k dispozici, byla vnímána jako příliš obecná, a vágní.

## Ochranné pomůcky

Výzkum se též zaměřoval na problematické oblasti v souvislosti s využíváním ochranných pomůcek (dále jen OP) v sociální službě denního stacionáře.

Výstupy výzkumu reflektují, že nejvíce problematickou oblastí v souvislosti OP byla jejich dostupnost a kvalita. Nicméně zhodnocení těchto kategorií rovněž reflektuje časové hledisko, protože u dostupnosti OP původní hodnota 61 procent klesá na nulu, tj. OP jsou aktuálně pro sociální službu zcela dostupné. Kategorie nedostatečná kvalita OP z 45 procent poklesla v časovém zhodnocení na devět procent. Respondenti dále v 38 procent zastoupení zmiňovali v souvislosti s problematikou OP dostatek finančních prostředků na jejich pořízení a shodně jako problematické se ukázalo využívání OP předepsaným způsobem u klientů, zákonných zástupců a osob blízkých.

## Využívaná opatření

Zásadním organizačním opatřením, které denní stacionáře k omezení šíření nákazy využívali, bylo zavedení hygienických opatření (94 procent). Druhým nejvyužívanějším organizačním opatřením byl zákaz vstupu dalších osob do zařízení (66 procent) a dále omezení či zákaz návštěv (55,4 procent). Poklesy využití těchto opatření o 34 procenta a devatenáct procent reflektují uvolňování opatření v průběhu vývoje pandemie. Nutné je zmínit organizační opatření, která přímo i nepřímo ovlivňují realizaci sociální služby a práci s klienty. Mezi taková opatření řadíme omezení vycházek klientů mimo prostory služby (36 procent), omezení vzájemného kontaktu mezi klienty (téměř 40 procent) a omezení či zákaz společného stravování klientů (téměř 40 procent). Další skupinou jsou organizační opatření, která sekundárně výrazně dopadala na neformálně pečující osoby (tj. osoby blízké, rodiny klientů). Náleží sem pozastavení přijímání nových klientů (téměř 28 procent), omezení doby, kdy jsou služby poskytovány (24 procenta) a omezení kapacity služby (téměř sedmnáct procent). K nezastupitelnosti, případně limitované možnosti nahrazení lidského faktoru IC technologiemi při realizaci

úkonů souvisejících se sociální službou denního stacionáře, odkazuje položka, která hodnotí poskytování původně prezenčních služeb distanční formou. Respondenti v možnostech protipandemických organizačních opatření pouze v jedenácti procentech zvolili poskytování původně prezenčních služeb distanční formou. V časovém zhodnocení je zjevný trend návratu k prezenční formě poskytování úkonů sociální služby denního stacionáře, protože pouze jedna instituce z 83 zapojených do šetření nadále tuto formu aktuálně v době šetření využívala.

## Práce s klientem

Za nejvíce problematické při práci s klienty považovali respondenti to, že klienti přerušili/ukončili využívání služby kvůli obavám o zdraví. Tuto kategorii volilo téměř 80 procent účastníků výzkumu. Zajímavý je i vývoj této skutečnosti v časovém hledisku, tj. zhodnocení situace na počátku pandemie (rok 2020) a aktuálního stavu (v období sběru dat, tj. listopad/prosinec 2021). Podle vyjádření účastníků výzkumu téměř 35 procent zmiňuje tuto souvislost i na přelomu roku 2021/2022. Z uvedených údajů je patrné, jak komplikovanou záležitostí je pro klienty sociální služby denního stacionáře návrat ke službě, případně její využívání za nových podmínek a souvislostí. S uvedeným konstatováním souvisí skutečnost, že v téměř 46 procentech označili respondenti za problematickou oblast informování klientů/vysvětlení situace klientům a ve 40 procentech dodržování opatření ze strany klientů, zákonných zástupců a osob blízkých. Ve shodném zastoupení shledali účastníci výzkumu jako problematické nemožnost pracovat s klienty na stanovených cílech (58 procent) a zhoršení psychického stavu klientů (téměř 56 procenta). V 37 procentech bylo zmíněno i zhoršování fyzického stavu klientů. Za problematické označilo 47 procent dotázaných ztrátu dosažených kompetencí a ztrátu dosaženého vývoje. Uvedený

výsledek je potřebné konfrontovat s bazální podstatou sledované služby, tj. podporou učení, rozvojem a posilováním dovedností, které jsou předpokladem zvládnutí péče o sebe a samostatný život. V souladu s uvedeným je pochopitelné, že respondenti jako problematické uváděli v téměř 30 procentech obtíže s udržením kvality služby, zmíněny byly i obtíže při zajišťování práv klientů.

### Omezení poskytovaných služeb

Protipandemickými opatřeními byly nejvýrazněji omezeny aktivity související se zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím (63 procent). Výzkum dále poukazoval na omezení zprostředkování relaxačních a uvolňovacích aktivit (23 procent), dále zprostředkování pohybových a uměleckých aktivit, zprostředkování terapeutických aktivit (například bazální stimulace, Snoezelen koncept, canisterapie, muzikoterapie).

Mezi patnácti a třinácti procenty se pohybovaly volby podpora rozvoje sociálních dovedností a pomoc při uplatňování práv klientů. Nejméně byly omezeny činnosti spojené se zvládnutím běžných úkonů péče o vlastní osobu, tj. aktivity spojené s osobní hygienou, zajištěním stravy a stravování. Zajištění základních potřeb bylo omezeno nejnižší měrou, výrazně nesaturované byly aktivity, které směřují k uspokojování sociálních a psychických potřeb klientů.

### Personální oblast

Z výzkumu vyplynulo, že v době pandemie zaměstnanci dělali i jiné pracovní činnosti než ty, které běžně vykonávají (68 procent). V personální oblasti byl v 45 procentech využíván home office a 41 procentech online komunikace. Dalšími využívanými nástroji byla v období pandemie práce přesčas (téměř 25 procent) a ve shodné

výši i supervize. Využívání dobrovolníků a studentů v rámci odborných praxí zmiňovali respondenti v 19 procentech. Nejméně využívanými nástroji v personální oblasti bylo využívání studentů v rámci uložené pracovní povinnosti a využívání létajících krizových týmů. Pomoc armády ve sledované službě nebyla využita.

Nejtěživější v personální oblasti byl obecně nedostatek pracovníků (75 procent), ať již z důvodu onemocnění nebo péče o osobu blízkou.

Pracovníky denních stacionářů tížily únava a vyčerpání, zhoršená nálada v týmu, dále zhoršený psychický stav pracovníků a vznik fyzických zdravotních potíží (srov. Truhlářová et al., 2021).

## Využívání online komunikace

Online komunikace byla v období pandemie v denních stacionářích nejvíce využívána k akreditovanému vzdělávání/školení pracovníků (64 procent), ke komunikaci se zákonnými zástupci a osobami blízkými klientů (téměř 50 procent). Dále ke komunikaci s úřady/institucemi a k pracovním poradám. Nejvíce limitující při využívání online nástrojů v době pandemie v sociální službě denního stacionáře bylo technické zázemí na straně klientů/zákonných zástupců a osob blízkých a technické zázemí poskytovatelů sociální služby denního stacionáře. Kvantitativní výzkum byl dále dosycován v rovině kvalitativní. Kvalitativní analýzy reflektují potřebu poskytovatelů v krizových situacích mít oporu ve fungujících institucích státní správy se souběžným zachováním vysoké míry institucionální autonomie.

## **Doporučený postup pro poskytovatele sociální služby**

Následující text představuje doporučené postupy k realizaci sociální služby denního stacionáře v krizové situaci způsobené epidemií či pandemií virového onemocnění. Doporučení jsou vytvořena na základě analýzy kvantitativních a kvalitativních výzkumných dat a následného pilotního ověření navrženého postupu poskytovatelem uvedené sociální služby. Doporučení doplní kazuistická data, která přispějí pohledem klientů, případně poskytovatelů sociální služby na krizovou situaci.

### **Prevence**

Organizace má pro případy propuknutí epidemie/pandemie (ne)známého typu zpracovanou metodiku preventivních opatření a krizových postupů u infekčního virového onemocnění podle které postupuje, případně ji aktualizuje podle aktuálně platných doporučení a nařízení. V návaznosti na tuto metodiku jsou upraveny také vnitřní předpisy organizace a standardy sociálních služeb, případně krizová opatření. Tvorbou příslušných metodik a vnitřních předpisů je v organizaci pověřen kompetentní pracovník, nejčastěji sociální pracovník – metodik –, případně jiná osoba, která se v organizaci problematikou aktuálně platných opatření a doporučení v souvislosti s epidemií/pandemií (ne)známé infekční nemoci intenzivně zabývá. Kompetentní pracovník nese zodpovědnost za řádné proškolení a seznámení ostatních pracovníků s aktuálně platnými nařízeními a doporučeními. K uvedenému pověřený pracovník využívá porady organizace. V případě náhlé změny vnitřního předpisu nebo potřeby rychlého seznámení kolegů využívá e-mailovou komunikaci s nutností potvrzení seznámení, případně potvrzení o přečtení.

## Prevence přenosu respiračních onemocnění v sociální službě

Je-li pracovníkům v rámci prevence ze strany řídicích subjektů epidemie/pandemie doporučeno užívání ochranných pomůcek (respirátoru FFP2, KN95, nanoroušky, jednorázových lékařských rukavic apod.) při kontaktu s potenciálně ohroženou osobou, organizace přispívá k prevenci dodržováním vnitřního předpisu, který za konkrétních podmínek stanovuje povinnost pracovníka užít ochranné prostředky na pracovišti: pracovník použije ochranné prostředky při jakémkoliv kontaktu se zdravotně ohroženým klientem. Míra ohrožení je posuzována zejména dle klientova zdravotního stavu (oslabená imunita, chronické onemocnění, které by se jakýmkoliv respiračním onemocněním mohlo rapidně zhoršit, klient po závažné operaci apod.). Povinnost užít ochranných prostředků se vztahuje také na situace, kdy se pracovník v době příchodu do zaměstnání necítí zcela zdrav, případně taková situace nastane v průběhu pracovního dne. Klient nebo jeho zástupce je seznámen s povinností nahlásit organizaci jakékoliv příznaky infekčního onemocnění, které se stává překážkou pro poskytnutí sociální služby. V případě projevení příznaků/nákazy klienta v průběhu poskytování sociální služby, je vždy kontaktován jeho zástupce, který klienta vyzvedne a zajistí jeho lékařské vyšetření. S klientem do doby příjezdu zástupce vyčká pracovník, který s ním byl aktuálně v kontaktu a dále sám postupuje dle pravidel kontaktu s potenciálně nakaženou osobou. Klient nebo jeho zástupce je seznámen s povinností nahlásit organizaci, když se u něj objeví příznaky nebo nákaza infekčním onemocněním do 48 hodin od poslední návštěvy organizace. Pracovníci v takovém případě zajistí informování všech osob, které byly v inkriminované době s klientem v organizaci v kontaktu (včetně ostatních klientů).

## Ochranné prostředky

Povinností organizace je zajistit pracovníkům ochranné prostředky, které splňují požadovanou normu. Pracovník v prostorách organizace nosí ochranné prostředky úst a nosu za podmínek stanovených dle aktuálně platných nařízení řídicích subjektů epidemie/pandemie. Pracovníci jsou poučeni o správném nošení ochranných prostředků, dezinfekci a hygieně rukou. V zařízení je jim k dispozici dezinfekční prostředek, který by měl být použit při příchodu do zaměstnání a dále pokaždé, když pracovník cítí potřebu zvýšené hygieny nebo manipuloval s potenciálně infekčním materiálem. V případě vzniku epidemie/pandemie nebo zvýšeném výskytu infekčních onemocnění je na vstupních dveřích organizace viditelně umístěno označení o povinnosti nosit respirátor, dodržovat odstupy, dezinfikovat ruce apod.

## Testování

V případě vzniku nového infekčního onemocnění zkušenosti z testování v průběhu pandemie COVID-19 budou sloužit jako inspirace, jak postupovat v případě, že na případné onemocnění bude vyvinut test s nutností vyhodnocení v laboratoři, případně rychlý samotest. Organizace má pro případ opětovného vzniku pandemie COVID-19 nebo vzniku epidemie nového infekčního onemocnění připraveny dokumenty a vnitřní metodiky, které upravují postup, jak na nově vzniklou situaci reagovat. V případě, že zmíněné vnitřní předpisy nepostačují, pracovník, který se zabývá tvorbou metodických postupů v organizaci, má povinnost na takovou situaci okamžitě reagovat. Ve spolupráci s vedením a případně pracovníky přímé péče nastaví nové postupy, které zajistí bezpečí klientů a budou v souladu s aktuálně platnými nařízeními ze strany řídicích subjektů epidemie/pandemie.

*Klientka, která využívala služby denního stacionáře v době pandemie COVID-19, sdělila preventivním opatřením organizace, že nejvíce při samotné rehabilitaci ji limitovalo používání roušky/respirátoru při fyzických aktivitách. Provádění pohybových aktivit s rouškou ještě dnes považuje za velmi nepříjemné a náročné. Klientka rovněž zmínila, že pro ni byla nepříjemná jistá anonymita způsobená nošením roušek/respirátorů jak klienty, tak terapeutů. Nevěděla, s kým hovoří, stávalo se jí, že lidem špatně rozuměla. Na druhou stranu chápala a akceptovala preventivní opatření, která umožnila fungování služby v podmínkách krizové situace. „Byla jsem šťastná, když stacionář opět otevřeli. To bylo hlavní. I když nošení respirátoru bylo pro mě náročné. Hlavně mi to vadilo na dech a hrozně mi to ztěžovalo kontakt s lidmi.“*

## Krize

Tato podkapitola se věnuje metodickým postupům, které organizace nastavuje, případně pro ně již má zpracován postup aplikovatelný v době plného rozvoje infekčního onemocnění. Z hlediska provozních věcí se organizace zaměřuje na pokud možno plynulé zajištění chodu služby s využitím operativních změn při aplikaci postupů stanovených v rámci prevence. Poskytovatel se při vzniku krize v souvislosti s infekčním onemocněním snaží sledovat a aktivně zjišťovat nové informace, aby mohl dostatečně rychle reagovat na nová nařízení subjektů řídících epidemii/pandemii. Organizace využívá pro získání informací všech dostupných relevantních zdrojů (webové stránky MZ, MPSV apod.). Je vhodné zaměřit se především na zdroje, které neziskovým organizacím rychle, adekvátně a přehledně zprostředkovávají požadované informace a změny v opatřeních/nařízeních nejlépe se zaměřením na konkrétní sociální službu.

## Pohyb pracovníka s rizikovým kontaktem na pracovišti

V případě, že se pracovník při výkonu práce nebo mimo ni setkal s rizikovou nebo nakaženou osobou, jsou stanovena pravidla, za jakých se pracovník bez příznaků infekčního onemocnění může pohybovat na pracovišti, jestliže takový pobyt přímo nezakazují nařízení řídicích subjektů epidemie/pandemie. Pracovník plánuje aktivity/schůzky/konzultace tak, aby se klienti nebo zástupci mezi sebou nepotkávali a aby měl dostatečný prostor na dezinfekci, výměnu svých ochranných pomůcek za nepoužité a jinou hygienickou péči o svou osobu.

## Očkování

V případě, že je dostupná vakcína proti infekčnímu onemocnění, pracovníkům je doporučeno zvážit benefity tohoto očkování pro pracovní i soukromý život. Když je ze strany řídicích subjektů epidemie/pandemie doporučeno zajistit co nejvyšší proočkovanost proti chřipce, onemocnění COVID-19 nebo jiné infekční nemoci, organizace toto doporučení sdělí svým pracovníkům s apelem, aby toto doporučení důkladně zvážili. Je-li očkování ze zákona nezbytnou podmínkou výkonu práce v sociálních službách, kontrolou, evidencí certifikátů o provedení a platnosti očkování je pověřen kompetentní pracovník.

## Personální oblast

Organizace má mít pro případ vzniku personální krize v souvislosti s epidemií/pandemií zpracován krizový plán fungování a zastupitelnosti pro zajištění sociální služby v krizi. V případě personální krize se činnosti služby omezí pouze na poskytování základních

činností (v souladu s vymezením zákona o sociálních službách) po dobu trvání krize. V případě nedostatku pracovníků z důvodu karantény, onemocnění nebo nutnosti ošetřování člena rodiny je možné po nezbytně nutnou dobu dočasně omezit nabídku základních činností sociální služby z organizačních a personálních důvodů. Poskytovatel vždy zajistí alespoň základní sociální poradenství prezentací nebo online formou. Online formu poskytování služby upravuje v organizaci vnitřní předpis – metodika pro online komunikaci, která upravuje pravidla konání online konzultací a způsob komunikace v týmu. Pracovníci jsou s předpisem seznámeni a řídí se jím. Když v organizaci nastane závažná personální krize, vedoucí služby//ředitel přerozdělí kompetence jednotlivých pracovníků tak, aby byl zajištěn plynulý chod služby. Dále je organizace připravena požádat o dočasnou personální výpomoc místní organizace poskytující dobrovolníky (Pět P, ADRA apod.), případně požádat krajský úřad o výpomoc z řad studentů oboru sociální práce, speciální pedagogiky, případně příbuzných oborů. Organizace se snaží být nápomocna také svým pracovníkům v krizové situaci, kdy se snaží zajistit podporu po profesní, případně soukromé stránce. Jedná se například o pravidelné skupinové supervize, možnost individuální supervize nebo online krizovou intervenci s psychoterapeutem v případě akutní potřeby. Organizace se snaží neuzavírat sociální službu, ale v případě krajní nouze pouze omezit služby poskytované klientům. Naopak když je to možné (tj. když MPSV vydá metodický postup, případně to umožní jiné doporučení/předpis), zvažuje organizace možnost nabídnutí služeb alternativních, které běžně nenabízí. To zaručuje větší flexibilitu reakce na potřeby klienta a jeho rodiny, aby nedošlo k ohrožení jeho života a zdraví. V případě, že není možné zajistit fungování v plném rozsahu a dojde k omezení činnosti sociální služby nebo dokonce k jejímu dočasnému uzavření, organizace o přerušení poskytování služeb prokazatelně informuje klienty i zájemce o službu (například telefonicky, na webových stránkách).

Následující kazuistická data přinášejí pohled klienta na využívání služby v krizové situaci.

*Klientka začala naše služby využívat na počátku druhé vlny onemocnění COVID-19, tedy na podzim roku 2020, až do jara 2021. Zažila tedy několik dalších vln tohoto onemocnění, bohužel nebyla již klientem v době, kdy covid a veškerá omezení pominula. Informace ohledně omezení získávala, dle svých slov, jak z televize a internetu, tak od zaměstnanců denního stacionáře. Klientka v rozhovoru dále uváděla, že v době uzavření služby (z důvodu karantén) jí nejvíce chyběl osobní kontakt s personálem a ostatními klienty, online terapie byly pro ni jen chabou náhradou, zároveň v jedné větě ale dodala, že to bylo „lepší něco než nic“. Dále klientka hodně mluvila o tom, že v době onemocnění COVID-19 bydlela v Praze, byl omezen pohyb mezi kraji, sama nemohla řídit dlouhé trasy a maminku měla 100 km daleko. Důležitým tématem pro ni bylo to, že kvůli onemocnění COVID-19 postrádala kontakt a podporu rodiny v době její nemoci (CMP) a možnost rehabilitace.*

## Průběh

Podkapitola sumarizuje zkušenosti poskytovatelů sociální služby denního stacionáře, které získaly v souvislosti s proběhlou pandemií COVID-19 v letech 2020–2022. Text se věnuje metodickým postupům, které organizace nastavuje v době plného rozvoje infekčního onemocnění při práci s klientem, s rodinou a se svými zaměstnanci.

## Práce s klientem

Při práci s klientem je třeba klást důraz na zabezpečení základních životních potřeb klienta a podporu v pochopení situace.

Cílem poskytování služby v krizové situaci je:

- minimalizovat zdravotní a sociální rizika klientů v souvislosti s probíhající epidemií/pandemií,
- zabezpečit základní stabilizaci klientů, jejich bezpečí a saturaci základních životních potřeb,
- podpořit klienta v informovanosti, pochopení a respektování nařízených protiepidemiologických opatření.

V případě potřeby je poskytování služeb adaptováno v rámci možností pro potřeby klienta. Jsou-li v platnosti mimořádná opatření nebo jiná nařízení, které byly vydány v rámci krizového zákona a omezují mezilidský kontakt, mohou být ke komunikaci s klientem přednostně využívány distanční způsoby komunikace (IC technologie). V případě, že klient vykazuje známky infekčního onemocnění, je mu služba poskytnuta jen v nezbytně nutném rozsahu – například telefonické podání informací, online konzultace. Osobní setkání je v takovém případě nemožné. Krizová situace vyžaduje ještě vyšší důraz na individuální přístup. I přes možná omezení je nutné neztratit s klienty a jejich rodinami kontakt a využívat alternativních metod komunikace (například telefonický rozhovor, videohovor, dotaz, zda nemůžeme klientovi nabídnout nějakou jinou alternativní pomoc). Pracovníci věnují zvýšenou pozornost psychickému stavu klientů a poskytují jim empatickou podporu. Působí na zmírnění pocitů bezmoci, strachu, úzkosti a paniky, zvyšují pocit jistoty a bezpečí. Každý klient/zástupce má telefonní číslo/email na klíčového pracovníka nebo vedoucího služby, na kterého se může v případě nouze obrátit a požádat o pomoc. Pracovníci se i přes omezení, která s sebou epidemie/pandemie přináší a která musejí být v rámci služby dodržována, snaží zajistit klientům dostatek kvalitních podnětů a aktivit pro udržení schopností a dovedností, případně pro zajištění dostatečně kvalitní relaxace. Při práci s klienty je kladen důraz na snahu zamezit zhoršení psychického a fyzického stavu klientů.

*V době karantén jsme s klienty zavedli (pokud to bylo možné z klientovi strany a z povahy potřeb klienta) online terapie, točili jsme videa s tipy na cvičení pro naše klienty. Co nejvíce jsme se však snažili, aby, byť v omezeném množství, mohli klienti naše služby využívat prezenčně.*

*Klienti, kteří navštěvovali denní stacionář v první vlně pandemie onemocnění COVID-19, si založili vlastní whatsappovou skupinu, kam postupně přidávali další klienty, kteří do stacionáře nastupovali v průběhu roku 2020 a s kterými měli možnost se v denním stacionáři potkat.*

*Po uzavření služeb denních stacionářů v březnu 2020 jsme nechtěli a nemohli nechat klienty ze dne na den jen tak, samotné doma. Proto jsme pořádali pravidelná online setkání s klienty, kde jsme s nimi jen povídali o tom, co dělají, jak aktuální situaci zvládají.*

## Práce s rodinou

Epidemie/pandemie vyžaduje zvýšenou podporu i pro rodinu klienta, která se musí vypořádat s novou situací (uzavření/omezení provozu škol, omezený provoz sociálních služeb, omezení pohybu apod.). V případě potřeby pracovníci mimo svou obvyklou činnost rodinám aktivně nabízejí pomoc v rámci základního sociálního poradenství pro snazší zajištění péče o dítě/dospělého se zdravotním postižením. Poskytovatel zprostředkovává, případně zajišťuje rodinám možnost psychické podpory v krizové situaci (psychoterapii, krizovou intervenci, edukaci neformálně pečujících v oblasti péče o osoby blízké apod.). Jsou-li vytvořeny legislativní podmínky, organizace se snaží podpořit rodinu alternativními formami pomoci, které běžně nenabízí. To zaručuje větší flexibilitu reakce na potřeby klienta a jeho rodiny, aby nedošlo k ohrožení jeho života a fyzického i psychického zdraví (změna formy poskytování služby ambulantní/terénní, typ služby, který standartně organizace neposkytuje apod.) Při všech aktivitách a kontaktu jsou dodržována všechna aktuální platná preventivní opatření.

## Práce se zaměstnancem

Organizace se mimo péče o klienty zaměřuje také na péči o fyzické i psychické zdraví pracovníků. Situace představuje výrazně vyšší stresovou zátěž a vyžaduje změnu v nastavení mysli pracovníka. Zaměstnanci musejí pozornost zaměřit též na ochranu sebe sama, ostatních osob a vlastní psychické zdraví. Na pravidelných poradách služby a supervizních setkáních mají možnost sdílet své zkušenosti, řešit nenadálé situace nebo provozní problémy, které v souvislosti s epidemií/pandemií mohou nahodile vzniknout. V případě pocitu přetížení (fyzického/psychického) je důležité požádat o pomoc za účelem udržení náležité kvality sociální služby. Zaměstnanci mají k dispozici možnost individuální supervize, osobní nebo online krizovou intervenci s psychoterapeutem v případě akutní potřeby a pravidelné skupinové supervize ve vztahu k fungování týmu a práci s klienty. Z hlediska prevence únavy a vyčerpání pracovníků, případně celkového zhoršení vztahů a nálady v týmu kvůli důsledkům zvýšené pracovní zátěže, je nutné, aby vedoucí služby, případně vedení organizace dokázalo ocenit snahu a náročnost práce jednotlivých pracovníků.

## Konec

Podkapitola se zabývá doporučeními pro znovuotevření služby, případně znovuotevření služby v plném rozsahu a návratu k běžným podmínkám pro poskytování sociálních služeb po ukončení krizové situace. Organizace samozřejmě hodnotí průběžně kvalitu poskytovaných služeb. Hodnocení kvality práce realizuje především optikou spokojenosti klienta. Spokojenost s poskytováním sociální služby v krizové situaci je hodnocena pomocí pozorování klienta a dotazováním (rozhovorem s klienty, případně zástupci klienta o možnostech

další podpory, aktuální spokojenosti se službou apod.). Průběžné hodnocení práce je důležité, aby nedošlo ke vzniku obtíží v oblasti udržení kvality sociální služby a odpovídajícímu zajišťování práv klientů. Nespokojenost, podněty klientů a jejich zástupců, případně stížnosti jsou vhodným nástrojem, jak zmapovat oblasti vhodné ke zlepšení kvality služby i v nestandardních podmínkách. Podněty a stížnosti jsou vnímány jako cesta k dalšímu rozvoji služby, ne jako přímá kritika práce pracovníků a vedení. Stížnost může být zdrojem užitečných informací, kde mají pracovníci nebo nastavené systémy rezervy. Získané informace umožní nastavit službu tak, aby byla poskytována k větší spokojenosti klienta, jestliže takové úpravy umožňuje aktuální situace v době epidemie/pandemie.

## Evaluace a zhodnocení situace

Po ukončení krizové situace v souvislosti s epidemií/pandemií je nutné vyhodnotit funkčnost jednotlivých metodických postupů a krizových opatření za účelem stanovení preventivních postupů pro obdobné budoucí situace. Vyhodnocení je možné provést subjektivně, tj. vlastním vnímáním pověřeného pracovníka, nebo objektivně pomocí rozhovorů s pracovníky organizace, případně jednotlivými klienty a jejich zástupci. V případě zjištění nedostatků nebo získání podnětů, jak být v budoucnu na podobnou situaci lépe připraveni, je nutné adaptovat metodiku i návazné vnitřní předpisy. Žádanou formou evaluace je také zapojení do pracovní nebo jiné skupiny společně s ostatními organizacemi za účelem společného vyhodnocení, případně sdílení zkušeností dobré praxe.

## Dopady epidemie/pandemie a tvorba opatření k jejich řešení

Ukončení platnosti opatření/nařízení/doporučení subjektů řídicích epidemii/pandemii neznamená pro fungování organizace automaticky okamžitý návrat k poskytování sociální služby za podmínek před vznikem epidemie/pandemie. Je nezbytné zmapovat a pracovat při návratu do služby také se strachem, obavami a úzkostí klientů. Je nutné myslet na to, že znovuotevření služby v plném rozsahu nebo v původních podmínkách služby je opětovnou změnou pro klienty, která v nich může vyvolat různé obavy a na kterou se musejí adaptovat. Jistá pracovnice říká: *„Kdybych to nezažila, nikdy bych nevěřila, že návrat do služby bude pro klienty tak náročný. Přišli, ne zdaleka všichni a téměř u všech jsme byli na začátku. U řady z nich jsme mohli z dokumentace vytáhnout individuální plány dva roky zpátky a začít znovu. A nedovedu si představit, jak je to s těmi, kteří už se do služby nevrátili. Všechno bylo problém, šli strašně dolu fyzicky, ve schopnostech i psychicky, takové náklady a nepohoda.“* Adaptace by měla být pozvolná s maximální podporou klienta při návratu do služby. Podpora klienta může spočívat:

- v revizi individuálního plánu se zaměřením na posílení schopností a dovedností, na kterých kvůli omezenému/žádnému docházení do sociální služby nemohl klient pracovat,
- v umožnění omezené docházky do služby, než jak ji stanovuje smlouva, případně zápis z jednání, aby si klient opětovně zvykl na staronový režim dne,
- v dočasném poskytnutí vyšší míry podpory, než jak ji stanovuje smlouva, případně zápis z jednání.

Je vždy nutné vyhodnotit funkčnost jednotlivých preventivních opatření, které organizace bude využívat i po ukončení krizové situace, jejich dopad na běžný chod sociální služby a zdravotní stav klientů. Využití ochranných pomůcek při kontaktu s klienty je vhodné

zvážit i v některých případech mimo aktuálně platná nařízení nebo doporučení řídicích subjektů epidemie/pandemie. Při rozhodování je vhodné vzít v úvahu aktuální zdravotní stav pracovníka, případně klienta, kontakt s ohroženými osobami a závažnost tohoto infekčního onemocnění. Z preventivních důvodů je i po ukončení krizové situace a platnosti opatření/nařízení/doporučení subjektů řídicích epidemie/pandemie situace neustále monitorována a některá interní hygienická opatření zůstávají v platnosti i po skončení všech oficiálních omezení. Pro poskytovatele je přínosné vnitřními předpisy stanovit pro zaměstnance při výskytu zdravotních obtíží/příznaků infekčního onemocnění povinnost nosit při kontaktu s druhými osobami (kolegové/klienti) ochranný prostředek úst a nosu, případně omezit pobyt ve společných prostorách organizace a navštívit praktického lékaře za účelem vyšetření, případně vystavení pracovní neschopnosti.

Pro případ, že by nastala nová epidemie/pandemie, má organizace vypracovaný plán, díky němuž je na situaci lépe připravena. Organizace se průběžně snaží sledovat všechny dostupné relevantní zdroje v souvislosti s novou potenciálně nebezpečnou epidemiologickou situací a je v kontaktu s příslušnými orgány (KHS, odbor sociálních věcí krajského úřadu apod.). Organizace má vytvořenou síť kontaktů, kam se může obrátit o pomoc za účelem personální, finanční nebo informační podpory. Síť kontaktů zahrnuje například orgány státní správy a samosprávy, zdravotní pojišťovny, lékaře, další poskytovatele sociální služby apod.

## Slovo závěrem

Sociální služba denního stacionáře byla v době pandemie COVID-19 vystavena velké zátěži. V počátku pandemie se jednalo o její kompletní uzavření a s tím spojenou nevyjasněnost možného poskytování

jakékoliv podpory klientům, rodinám klientů a nevyjasněnost přístupu k zaměstnancům této služby. Dále se jednalo o problémy v nedostatku a v nepřehlednosti informací včetně těch, které měly zásadní vliv na fungování dané služby. Samostatnou kapitolou byla problematika v dostupnosti a kvalitě ochranných pomůcek a v zavedení hygienických opatření včetně absence informací a návodů pro využívání ochranných pomůcek klienty. Všechny tyto problémy a vysoká míra zátěže zapříčinily zvýšenou potřebu metodických materiálů a doporučujících postupů v době závažné pandemické situace. Předložená kapitola se tak snažila poskytnout alespoň rámcové vodítko přístupu služby k závažným pandemickým situacím, a pomoci tak alespoň na úrovni samotné služby eliminovat možné problémy, které s pandemií souvisejí.

## Literatura

- ALIANCE PRO INDIVIDUALIZOVANOU PODPORU, 2020. Dopady pandemie COVID-19 na osoby se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním a jejich pečující v ČR [online], Praha: Aliance pro individualizovanou podporu. [18. 8. 2021]. Dostupné z: [https://nrzp.cz/wp-content/uploads/2020/06/AIP\\_Dopady\\_situace\\_covid\\_19\\_na\\_zdravotn%C4%9B\\_posti%C5%BEEen%C3%A9\\_z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1\\_zpr%C3%A1va.pdf](https://nrzp.cz/wp-content/uploads/2020/06/AIP_Dopady_situace_covid_19_na_zdravotn%C4%9B_posti%C5%BEEen%C3%A9_z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1_zpr%C3%A1va.pdf)
- APSS ČR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. *covid News* [online]. Tábor: APSS ČR. [20. 8. 2021]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/files/files/5%20covid%20NEWSfinal.pdf>
- COLON-CABRERA, D., SHARMA, S., WARREN N. et SAKELLARIOU, D., 2021. Examining the role of government in shaping disability inclusiveness around COVID-19: a framework analysis of Australian guidelines. *International Journal for Equity in Health* [online]. 20(1) [cit. 22. 6. 2022]. Dostupné z: doi:10.1186/s12939-021-01506-2

- GLEASON, J., ROSS, W., FOSSI A. et al., 2021. The Devastating Impact of COVID-19 on Individuals with Intellectual Disabilities in the United States [online]. In: *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. 2(9), 1–19. [cit. 10. 6. 2022]. Dostupné z: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.21.0051>
- KENDALL, E., EHRLICH, C., CHAPMAN, K. et al., 2020. Immediate and Long-Term Implications of the COVID-19 Pandemic for People With Disabilities. *American Journal of Public Health* [online]. 110(12), 1774–1779 [cit. 22. 6. 2022]. Dostupné z: [doi:10.2105/AJPH.2020.305890](https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305890)
- KLIMENT, P., NÁDVORNÍKOVÁ, L., 2020. Prvotní reflexe dopadu epidemie koronaviru na sociální služby v ČR. *Fórum sociální práce*, 2/2020. Dostupné z: [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/123715/Pavel\\_Kliment\\_-\\_Lenka\\_Nadvornikova\\_20-28.pdf?sequence=1](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/123715/Pavel_Kliment_-_Lenka_Nadvornikova_20-28.pdf?sequence=1)
- KONŮPKA, P. et al., 2023. *Evropská úmluva o lidských právech – úvod k jejímu použití v praxi*. [online] [cit. 4. 5. 2023]. Dostupné z: [https://www.prf.cuni.cz/sites/default/files/soubory/2022-10/Evropska-umluva-o-lidskych-pravech\\_Prakticky-pruvodce\\_Konupka-a-kolektiv.pdf](https://www.prf.cuni.cz/sites/default/files/soubory/2022-10/Evropska-umluva-o-lidskych-pravech_Prakticky-pruvodce_Konupka-a-kolektiv.pdf)
- LUSKOVÁ, D., SOLICHOVÁ, L., 2020. *Doporučený postup č. 7/2020 pro covid zóny a ochranu zaměstnanců a klientů v sociálních službách v souvislosti s onemocněním COVID-19*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. [Online] MPSV [cit. 21. 12. 2021]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/DP\\_7\\_pro\\_covid\\_zony\\_a ochranu zam%C4%9Bstnancu\\_a\\_klientu.pdf](https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/DP_7_pro_covid_zony_a ochranu zam%C4%9Bstnancu_a_klientu.pdf)
- MPSV ČR, 2006-2022. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [Online] [cit. 26. 5. 2022]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz>
- MPSV ČR, 2019. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí*. [online] [cit. 23. 5. 2022]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka\\_rocenka\\_z\\_oblasti\\_prace\\_a\\_socialnich\\_veci\\_2018+%281%29.pdf/a060f8db-abcf-6713-e0d1-9da7f606b983](https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2018+%281%29.pdf/a060f8db-abcf-6713-e0d1-9da7f606b983)
- MPSV ČR, 2020. *Doporučený postup č. 14/2020, Doporučení pro aplikaci krizového usnesení vlády ČR ohledně zákazu návštěv*

- a zákazu vycházení v sociálních službách a doporučení pro aplikaci krizového usnesení Vlády ČR týkající se přerušení poskytování na základě uzavřené smlouvy s uživatelem podle § 91 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [Online] [cit. 23. 5. 2022]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+14\\_20.pdf](https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+14_20.pdf)
- MPSV ČR, 2020. Doporučený postup č. 16/2020, Doporučení pro sociální pracovníky krajských a obecních úřadů při podpoře neformálně pečujících v situaci pandemie COVID-19. [Online] [cit. 26. 5. 2022]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+%C4%8D+16\\_2020\\_Doporu%C4%8Den%C3%AD+pro+SP+jak+podpo%C5%99it+neform%C3%A1ln%C4%9B+pe%C4%8Duj%C3%ADc%C3%AD\\_27102020.pdf](https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+%C4%8D+16_2020_Doporu%C4%8Den%C3%AD+pro+SP+jak+podpo%C5%99it+neform%C3%A1ln%C4%9B+pe%C4%8Duj%C3%ADc%C3%AD_27102020.pdf)
- MPSV ČR, 2021. Sociální služby v roce 2020 [online]. Praha: MPSV ČR [cit. 20. 5. 2022]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/1248138/22\\_12\\_2020\\_TZ\\_Socialni\\_sluzby\\_podpora\\_2020a.pdf/e21bb578-4181-78fc-7f3d-b6fd795a10f3](https://www.mpsv.cz/documents/20142/1248138/22_12_2020_TZ_Socialni_sluzby_podpora_2020a.pdf/e21bb578-4181-78fc-7f3d-b6fd795a10f3)
- MZ ČR, 2020. Mimořádné opatření, [online]. MZČR [cit. 26. 5. 2022]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/mimoradne-opatreni-uzavreni-zakladnich-strednich-a-vysokych-skol-od-11-3-2020/>
- NAVRÁTIL, P., 2020. Antiopresivní přístupy v sociální práci s rodinami [online]. *Sociální práce* [cit. 21. 3. 2022]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/antiopresivni-pristupy-v-socialni-praci-s-rodinami/>
- NEGRINI, S., GRABLJEVEC, K., BOLDRINI, P., KIEKENS, C., MOSLAVAC, S., ZAMPOLINI M. et CHRISTODOULOU, N., 2020. Up to 2.2 million people experiencing disability suffer collateral damage each day of COVID-19 lockdown in Europe. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* [online]. 56(3) [cit. 8. 6. 2022]. Dostupné z: doi:10.23736/S1973-9087.20.06361-3
- PRÁZDNÁ, R. et al., 2022. Dopady pandemie COVID-19 na poskytování sociální služby denní stacionář. *Speciální pedagogika* č. 3–4.
- SAEED, S., O'BRIEN, S. F., ABE, K. et al., 2021. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) seroprevalence: Navigating

- the absence of a gold standard. *PLOS ONE* [online]. 16(9) [cit. 22. 6. 2022]. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0257743
- SENJAM, S., 2020. Impact of COVID-19 pandemic on people living with visual disability. *Indian Journal of Ophthalmology* [online]. 68(7) [cit. 22. 6. 2022]. Dostupné z: doi:10.4103/ijo.IJO\_1513\_20
- SOCCI, M., QUATTRINI, S., SANTINI, S., ROSA di M., LAMURA, G., 2021. Impact of the COVID-19 outbreak on informal carers across Europe, National Institute of Health and Science on Ageing, Italy Stecy Yghemonos and Olivier Jacqmain, Eurocarers, Belgium. as Eurocarers/IRCCS-INRCA (2021).
- TASSÉ, M., 2016. Defining intellectual disability: Finally we all agree... almost. Defining and determining intellectual disability. *Disability Newsletter*. [Online] [cit. 26. 10. 2022]. Dostupné z: <https://www.apa.org/pi/disability/resources/publications/newsletter/2016/09/intellectual-disability.aspx>
- TRUHLÁŘOVÁ, Z., HAVIGEROVÁ, J., HAVIGER, J., 2021. Analýza dopadů pandemické zkušenosti na sociální pracovní pracovníky ve veřejné správě, Preprint. Dostupné z: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.17105819.v2>
- Usnesení vlády České republiky ze dne 13. března 2020 č. 207 o zajištění poskytování péče v zařízeních sociálních služeb po dobu trvání nouzového stavu, Sbírka zákonů č. 79/2020, částka 32.
- VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., 2018. *Mentální postižení. 2., přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 352 s.
- Vláda ČR, 2021, *Zpráva o dopadech pandemie COVID-19 na vzdělávání*. [Online] [cit. 26. 5. 2022]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/urad-vlady/>
- WIJA, P., BAREŠ, P., ŽOFKA, J., 2019. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Institut pro sociální politiku a výzkum, Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analýza-socialnich-a-zdravotnich-sluzeb-dlouhodob-pece-v-CR.pdf>
- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, novelizován zákonem 261/2021 Sb. ve znění pozdějších

předpisů, kterým se mění některé zákony v souvislosti s další elektronizací postupů orgánů veřejné moci.

ZIKL, P. et al., 2022. Changes in Social Services for People with Disabilities in the State of Emergency Instigated by COVID-19 – Results of Preliminary Research, Czech and Slovak Social Work, 4/2022 (Online).

## 8. Týdenní stacionář

Doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

Mgr. Aneta Witzanyová

Mgr. Milena Urbanová

Týdenní stacionář jako jedna z forem pobytového zařízení sociálních služeb poskytuje podle § 47 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, své služby osobám, které mají sníženou soběstačnost v důsledku zdravotního postižení (včetně duševního postižení) nebo věku. Nabízí svým klientům ubytování, zajištění stravy, péči a poskytování dalších sociálních služeb zpravidla v pracovní dny v týdnu s tím, že víkendy tráví tito klienti obvykle mimo zařízení (v rodině, u příbuzných aj.). Tento typ sociálních služeb s ohledem na její charakter je využíván především v domovech pro zdravotně postižené, méně již v domovech pro seniory nebo domovech se zvláštním režimem či v jiných obdobných zařízeních. Jeho předností je především častější a pravidelný kontakt klienta s přirozeným prostředím, se svými blízkými, rodinou.

Cílem týdenního stacionáře je poskytovat uživatelům podporu v jejich každodenním životě a zlepšovat jejich kvalitu života.

V týdenních stacionářích se klientům poskytují jako základní následující činnosti:

- ubytování (ubytování, úklid, praní a žehlení prádla),
- strava (celodenní strava v rozsahu nejméně tří hlavních jídel, tj. snídaně, obědu, večeře),

- pomoc při osobní hygieně nebo poskytování podmínek pro osobní hygienu (při úkonech hygieny, základní péče o vlasy, nehty a při použití WC),
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu týkající se oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, při přesunu na lůžko nebo vozík, při prostorové orientaci a samostatném pohybu, při aktivizační činnosti a eventuálně vzdělávání,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, strukturovaný celodenní program,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, zejména rodinou a dalšími společenskými aktivitami,
- sociálně terapeutické činnosti (udržování osobních a sociálních schopností a dovedností),
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Tato sociální služba je poskytována klientům na základě smlouvy o poskytování sociální služby, kterou uzavírá klient s poskytovatelem. Které činnosti klient požaduje, rozsah jednotlivých úkonů, jejich četnost, eventuálně čas a místo jejich poskytování a další nezbytné informace o nich, musejí být jednoznačnou a srozumitelně napsanou formou součástí smlouvy, a to včetně uvedení výše jejich úhrady.

Za pobytové služby poskytované v týdenních stacionářích hradí uživatel úhradu za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu (§ 73 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů). Maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanoví prováděcí právní předpis (tj. vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách), přičemž musí v případě poskytování služeb v týdenním stacionáři uživateli po úhradě za ubytování a stravu zůstat alespoň 25 procent jeho příjmu.

Týdenní stacionář nabízí možnost klientům žít v komunitě, zvýšit svoji soběstačnost a poskytnout jim potřebnou péči a podporu.

Realizace této služby je garantována kvalifikovaným personálem, který je tvořen vedoucím sociální služby, sociálním pracovníkem a dalšími členy multidisciplinárního týmu. Ten je obeznámen s potřebami a specifickými požadavky cílové skupiny a je zpravidla tvořen psychology, speciálními pedagogy, ergoterapeuty, arteterapeuty, fyzioterapeuty a pečovateli (pracovníky v sociálních službách).

Důležitá je spolupráce multidisciplinárního týmu s rodinou, a to formou poskytování poradenství a informací. Podpora rodiny může být realizována například formou zprostředkování rodinné psycho-terapeutické péče a poradenstvím se zaměřením na poruchy paměti a demence.

## **Týdenní stacionář v dobách COVID-19**

Vládou nařízená protipandemická opatření v souvislosti s pandemií COVID-19 měla významný vliv na kvalitu života klientů týdenních stacionářů. Dle našeho výzkumného šetření byla nejvyužívanějším zdrojem informací pro sociální služby v období pandemie Asociace poskytovatelů sociálních služeb v ČR (64,3 procenta). Vedoucí služby týdenního stacionáře identifikovali skutečnost, že centrální informace nebyly zpracovány specificky pro jednotlivé typy služeb. Zmiňovali především nedostatek informací ze zdravotní a hygienické oblasti, nedostatek informací z právní oblasti a nedostatek informací, jak pracovat s ostatními osobami (rodinou atd.). Když byly k dispozici informace či metodická podpora, tak ve velice obecné, mnohdy chaotické a vágní podobě. Dalším zdrojem informací byly krajské úřady, krajské hygienické stanice a média. Naopak mezi nejméně zastoupené zdroje informací patřily obecní a městské úřady. Neméně významnou charakteristikou sdílených informací v době pandemie byly časné změny (78,6 procenta) a nedostatek času na jejich implementaci do služby.

Dopad rizik na klienty v týdenních stacionářích byl o to významnější, že se jedná o pobytovou sociální službu, a tedy rizika nákazy onemocnění byla významně vyšší než v jiných typech sociálních služeb. Opatření vlády kladla obrovské nároky na pracovní i psychické nasazení pracovníků týdenních stacionářů, zároveň se také promítla i do kvality a vnímání pobytové služby jejich klientů. Došlo k pozastavení přijímání nových klientů (téměř v 50 procentech), omezení doby, kdy jsou služby poskytovány (21 procentech) a omezení kapacity služby (téměř v 21 procentech). Pouze jeden poskytovatel přešel na poskytování služby distančně.

V ČR byla uplatňována karanténní opatření, která zasáhla do životů a fungování institucí, jednotlivců i celých rodin (Navrátil, 2020; Nyklová, Moree, 2021). Nejzásadnější byla opatření hygienická a organizační. Jedno z nejrazantnějších vládních opatření, které česká vláda zavedla, bylo uzavření školských zařízení a sociálních služeb (Vláda ČR, 2021; MZ ČR, Mimořádné opatření, 2020). Druhým nejvyužívanějším organizačním opatřením byl zákaz vstupu dalších osob do zařízení (93 procent) či zákaz návštěv v zařízení. Poklesy využití těchto opatření o 30 procent reflektuje uvolňování opatření v průběhu vývoje pandemie. Za zmínku stojí i organizační opatření, která přímo, ale i nepřímo ovlivnila realizaci služby a práci s klienty. Mezi ta můžeme zařadit zákaz vstupu třetích osob do zařízení (79 procent), omezení vycházek klientů mimo prostory služby (57 procent), omezení vzájemného kontaktu mezi klienty (57 procent) a omezení či zákaz společného stravování klientů (téměř 43 procent). Další organizační opatření sekundárně výrazně dopadala na neformálně pečující osoby (tj. osoby blízké, rodiny klientů). Až po delším čase umožnila opatření případný přechod poskytování služeb do online prostředí. Tento formát byl využíván především při kontaktech klientů s rodinou, popřípadě konzultacích, když se rodina rozhodla o klienta pečovat doma s ohledem na riziko nákazy. Rodiny a pečující osoby se tak ze dne na den musely vypořádat se zátěží, kterou sama o sobě epidemiologická situace přinesla,

ale také se zátěží, která se pojila s péčí o jednotlivé další členy domácnosti včetně jejich podpory při vzdělávání (ČOSIV, 2021). Aliance pro individualizovanou podporu v roce 2020 uvedla, že je patrná vysoká míra zapojení neformálně pečujících osob v systému péče o osoby se zdravotním postižením a nutnost systémové podpory tohoto segmentu. Podpora neformálně pečujících osob je především realizována prostřednictvím edukačních programů, ale jejich podpora od profesionálů v oblasti komplexní koordinované péče o klienta stále pokulhává.

Nákaza onemocněním COVID-19 klientů měla různou intenzitu, ale vyskytla se v každém týdenním stacionáři, který se zapojil do našeho výzkumu. Za nejvíce problematické při práci s klienty považovali respondenti, že klienti přerušili nebo ukončili využívání týdenního stacionáře kvůli obavám o zdraví. Pro klienty s mentálním postižením bylo náročné celou pandemickou situaci pochopit.

Vedoucí pracovníci identifikovali riziko izolace klientů z důvodu uzavření týdenních stacionářů, která směřovalo k omezení sociálního kontaktu a k omezení vycházení. Izolace byla popisována v případě přítomnosti klientů ve službě i v případě přítomnosti klientů doma. Ze šetření je patrné, jak komplikovanou záležitostí byl pro klienty týdenních stacionářů návrat do této služby, případně její využívání za nových podmínek a souvislostí. S uvedeným konstatováním souvisí skutečnost, že téměř v 50 procentech označili respondenti za problematickou oblast informování klientů/vysvětlení situace klientům a ve 29 procentech dodržování opatření ze strany klientů, zákonných zástupců a osob blízkých. Dále shledali účastníci výzkumu jako problematické nemožnost pracovat s klienty brzy po jejich návratu do sociální služby na stanovených cílech (60 procent) a zhoršení psychického stavu klientů (téměř 50 procent). Zhoršování fyzického stavu klientů této služby nebylo významné (29 procent). Za problematické 29 procent dotázaných označilo ztrátu dosažených kompetencí a ztrátu dosaženého vývoje. Vedoucí pracovníci sdíleli také negativní zkušenost se zajištěním zdravotní péče externích

lékařů. Vedoucí pracovníci služby uváděli, že nebylo možné se lékařům dovolat, lékaři nejedli do služeb, někteří lékaři dočasně uzavřeli ordinace, zdravotní péče byla celkově dočasně omezena. Popisována byla v některých případech špatná spolupráce s opatrovníky, kteří například odmítali využívat online komunikaci.

V první vlně epidemie na jaře 2020 došlo postupně k pozastavení činnosti týdenních stacionářů (Usnesení vlády ČR ze 13. 3. 2020, č. 207) a následně i přerušení poskytování dalších sociálních služeb. Nedostupnost sociálních služeb v důsledku pandemie negativně dopadla ve svých důsledcích na osoby se zdravotním postižením, ale i na pečující osoby (Kendall, Ehrlich, Chapman et al., 2020/2022; Rose, Willner, Cooper et al., 2022).

V následném období docházelo k postupnému obnovení činnosti poskytovatelů sociálních služeb, jejich realizace však byla omezena řadou hygienických a organizačních opatření (Lusková, Solichová, 2020). V takto krizových podmínkách a okolnostech bylo velmi obtížné zachovat kvalitu sociální služby v rozsahu, který je definovaný v zákoně o sociálních službách, a naplňovat standardy kvality sociálních služeb (Truhlářová, Havigerová, Haviger, 2021; Hughes, Anderson, 2022). Hygienická a organizační opatření měla úzký vliv na používání ochranných pomůcek, kdy jich v počáteční fázi pandemie byl nedostatek a také byly nekvalitní. Šetření ukázalo, že významným faktor této problematiky byl čas, protože u dostupnosti OP původní hodnota 57 procent klesla na nulu, tj. OP jsou aktuálně pro sociální službu zcela dostupné. Kategorie nedostatečná kvalita ochranných pomůcek z 42,9 procenta poklesla v časovém zhodnocení na nulu. U klientů týdenních stacionářů vedoucí pracovníci nejpalčivěji (35,7 procenta) vnímali problematiku využívání OP předepsaným způsobem u klientů, zákonných zástupců a osob blízkých. Podle některých z účastníků kvalitativního šetření bylo kontraproduktivní to, že klienti s mentálním postižením nemuseli používat ochranné pomůcky.

Pandemické období bylo velice náročné na personální zabezpečení sociálních služeb – týdenních stacionářů. Pobytové služby

mají svá specifika a zabezpečit provoz v době pandemie klade velké nároky na management poskytovatele služby. Riziko nákazy a nemocnost ovlivňovaly zajištění provozu a v mnoha případech se jednalo o krizové řízení organizace jako takové. Vedoucí pracovníci v průběhu výzkumného šetření uvedli, že v době pandemie zaměstnanci dělali i jiné pracovní činnosti než ty, které běžně vykonávají (79 procent) a v 71 procentech vykonávali práci přesčas. V personální oblasti byla v 50 procentech využívána forma práce z domova a v 36 procentech online komunikace včetně školení a vzdělávání pracovníků. Dle vyjádření respondentů pouze 28 procent pracovníků mělo k dispozici supervizi, která byla zaměstnanci hodnocena rozdílně. Z výsledků šetření v týdenních stacionářích vyplývá, že ji personál vnímal spíše negativně. Další alternativou zajištění poskytované služby byla možnost oslovit studenty v rámci odborných praxí, ale také dobrovolníky. Někteří vedoucí pracovníci uvedli, že zaškolení a koordinace studentů a dobrovolníků byla velice zatěžující personálně i časově. Negativně byla také vnímána administrativa spojená s činností dobrovolníků.

Sledované sociální služby v období pandemie nejtěživěji pociťovaly obecný nedostatek pracovníků (71 procent), ať již z důvodu onemocnění nebo péče o osobu blízkou. Pro některé zaměstnance tato potřeba skloubit péči o klienty v pobytové službě a péči o rodinu byla velice zatěžující.

Dále pracovníky týdenních stacionářů tížily únava a vyčerpání (43 procent) a zhoršená nálada v týmu (72 procent). Vedoucí pracovníci identifikovali riziko syndromu vyhoření u některých zaměstnanců a zvýšené riziko duševních onemocnění. Vedoucí pracovníci ale také zmiňovali pozitiva. Některé pracovní kolektivy týdenních stacionářů pocítili posilující společný prožitek v týmu a posílení vzájemných vztahů. Někteří pracovníci se v době krize naučili něco nového, především využívat ke komunikaci IT technologie. Online komunikace byla v období pandemie ve sledovaných institucích nejvíce využívána k poradám v 64 procentech, k akreditovanému vzdělávání/školení pracovníků (78 procentech) a k dalšímu vzdělávání

pracovníků (50 procentech). Identifikované potíže s implementací online komunikace mezi klienty a jejich rodinami byly především na straně rodičů, u kterých absentovalo adekvátní vybavení k online komunikaci. Obtížné bylo také využívání IT technologií u klientů s mentálním postižením. Na samém začátku pandemie bylo pro poskytovatele obtížné nakoupit potřebné vybavení. Určitá nejistota v průběhu využívání IT technologií byla spojena s vhodností komunikačních nástrojů a bezpečností v online prostoru.

Na závěr této kapitoly je na základě realizovaných šetření možné konstatovat, že kvalitnímu fungování týdenních stacionářů v době pandemie by pomohl dostatek finančních prostředků, ochranných pomůcek, personálu a smysluplná, realizovatelná vládní nařízení.

## **Doporučený postup pro poskytovatele sociální služby týdenního stacionáře**

Doporučený postup pro poskytovatele sociální služby týdenního stacionáře v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění vznikl na základě výsledků výzkumných šetření a následně byl pilotován a dotvořen konkrétním poskytovatelem vybrané sociální služby. Při tvorbě doporučeného postupu pro konkrétní sociální službu byl brán v potaz neopomenutelný kontext lidskoprávní problematiky a spolupráce mezi službou a rodinou klienta.

### **Prevence**

Postupy v týdenním stacionáři se řídí platnými usneseními a nařízeními vlády ČR, mimořádnými opatřeními ministerstva zdravotnictví, doporučeními ministerstva práce a sociálních věcí, případně doporučeními krajské hygienické stanice.

Organizace má pro případy propuknutí epidemie/pandemie (ne)známého typu zpracovanou metodiku preventivních opatření a krizových postupů u infekčního virového onemocnění – týdenní stacionář. Tvorbou příslušných metodik a vnitřních předpisů je v organizaci pověřen kompetentní pracovník, nejčastěji sociální pracovník – metodik –, který nese odpovědnost za řádné proškolení a seznámení ostatních pracovníků s aktuálně platnými nařízeními a doporučeními. V návaznosti na tuto metodiku jsou upraveny také vnitřní předpisy organizace, standardy sociálních služeb, případně krizová opatření.

## Prevence přenosu respiračních onemocnění

Když je pracovníkům v rámci prevence ze strany řídicích subjektů epidemie/pandemie doporučeno užívání ochranných pomůcek (v případě COVID-19 se jednalo o respirátor FFP2, KN95, nanoroušky, jednorázové lékařské rukavice apod.) při kontaktu s potenciálně ohroženou osobou, organizace přispívá k prevenci dodržováním vnitřního předpisu, který za konkrétních podmínek stanovuje povinnost pracovníka užít ochranné prostředky na pracovišti při jakémkoliv kontaktu se zdravotně ohroženým klientem a také po uskutečnění kontaktu s potenciálně rizikovou osobou. Pokud se pracovník týdenního stacionáře prokazatelně setkal s nakaženou osobou, stanovuje vnitřní předpis další postupy, jak se chovat na pracovišti a jaké má povinnosti v případě příznaků infekčního onemocnění, které se stává překážkou pro poskytnutí sociální služby. Taktéž klient nebo jeho zástupce je seznámen s povinnostmi nahlásit organizaci, když se u něj objeví příznaky nebo do 48 hodin od posledního pobytu v týdenním stacionáři (například přes víkend). Pracovníci v takovém případě zajistí informování všech osob, které byly v inkriminované době s klientem v organizaci v kontaktu.

## Ochranné prostředky

Organizace poskytující službu týdenního stacionáře v souvislosti s nošením ochranných pomůcek pracovníků má stanoven postup, kdy je povinností organizace zajistit pracovníkům ochranné prostředky, které splňují požadovanou normu. Pracovník v prostorách organizace má povinnost nosit ochranné prostředky úst a nosu za podmínek stanovených v této metodice, případně dle aktuálně platných nařízení řídicích subjektů epidemie/pandemie. Nezbytné je poučení pracovníků o správném nošení ochranných prostředků, o dezinfekci a hygieně rukou. Součástí ochranných prostředků, které organizace využívá v rámci prevence infekčních onemocnění, je také pravidelná ozonifikace kanceláří a společných prostor. Pro pravidelný každodenní úklid jsou v rámci prevence využívány virucidní úklidové prostředky.

## Testování

V souvislosti s průběhem testování má organizace poskytující týdenní stacionář stanoven postup. Pracovníci jsou poučeni, kde naleznou testy určené k prokázání nákazy infekčním onemocněním. O provedení testu a jeho výsledku je učiněn zápis do příslušného vytvořeného formuláře a následně je použitý test zlikvidován předepsaným způsobem. Když tak stanoví řídicí orgán epidemie/pandemie, provedené testy je nutné neprodleně vykázat do systému ISIN, případně do jiného systému. Provedené testy jsou následně dle stanovených podmínek (nejčastěji za měsíc zpětně) vykážány jednotlivým zdravotním pojišťovnám pracovníků, případně skrze aktuálně platným softwarem/aplikací apod.

Pracovník má po absolvování testu s negativním výsledkem nárok na vystavení potvrzení (na vyžádání).

S ohledem na specifika poskytování pobytové služby týdenního stacionáře je důležité, že když řídicí subjekty epidemie/pandemie

umožňují existenci výjimek z testování, zváží pracovník odpovědný za testování, zda tyto výjimky nemohou ohrozit bezpečí a zdravotní stav klientů. Případně ve spolupráci se sociálním pracovníkem – metodikem – zváží adaptaci vnitřního předpisu na povinné testování všech pracovníků.

### Testování klientů

Je pro pobyt v týdenním stacionáři z nařízení subjektů řídících epidemii/pandemii test pro vyloučení nákazy nezbytný, klient je pověřeným pracovníkem otestován vždy před nástupem do služby. Zástupci klienta je umožněno být u testování přítomen, případně klienta sám otestovat, je-li test určen k laickému použití. Když se klient sám, případně jeho zástupce, odmítá nechat před poskytnutím služby otestovat v organizaci, je povinen doložit certifikát o proběhnutí testu ve zdravotnickém zařízení nebo pravdivě vyplnit a podepsat odmítnutí testování, jehož obsahem je i čestné prohlášení o neexistenci příznaků virového infekčního onemocnění. Nicméně klient, případně zástupce bere na vědomí, že když povinnost testování stanovují mimořádná opatření ministerstva zdravotnictví nebo MPSV, může být v případě odmítnutí testování na klienta nahlíženo jako na potenciálně rizikovou infekční osobu. V takovém případě nemusí být pobytová služba klientovi poskytnuta, případně při výskytu příznaků u klienta může být služba dočasně pozastavena a kontaktován zástupce klienta, který si jej musí z týdenního stacionáře vyzvednout.

#### Ukázka z kazuistiky:

Pracovníci postupně seznamovali klienta s informacemi o COVID-19 onemocnění a s dodržováním zásad pro ochranu jeho zdraví. Klient říká: *„Všechno jsem to dělal (nosil) a chtěl jsem to jako ostatní lidi dělat, nechtěl jsem být nemocný.“*

## Krise v době plného rozvoje infekčního onemocnění.

Organizace využívá k získání informací všech dostupných relevantních zdrojů (webové stránky MZ, MPSV), které neziskovým organizacím rychle, adekvátně a přehledně zprostředkovávají požadované informace a změny v opatřeních/nařízeních pro týdenní stacionář.

Neprodleně na začátku krize je nezbytné navázat včas kontakt s jednotlivými zdravotní pojišťovnami z důvodu nutnosti testovat klienty a pracovníky týdenního stacionáře. Jeho poskytovatel může požádat o pomoc subjekty řídící epidemii/pandemii, případně jiné subjekty, při zajištění organizačního a personálního chodu služby. Povinností organizace je neprodleně zajistit dostatek ochranných pomůcek pro pracovníky, případně klienty, a povinností organizace je dodržovat preventivní opatření stanovená pro předcházení šíření infekčního onemocnění v týdenním stacionáři, která vycházejí ze zkušeností.

## Pohyb pracovníka s rizikovým kontaktem na pracovišti

V případě, že se pracovník při výkonu práce nebo mimo ni setkal s rizikovou nebo nakaženou osobou, je nezbytné stanovit pravidla, za jakých se pracovník bez příznaků infekčního onemocnění může pohybovat na pracovišti, když takový pobyt přímo nezakazuje nařízení řídicích subjektů epidemie/pandemie ve vazbě na pobytovou službu týdenního stacionáře.

Pracovník při jakémkoliv podezření na nákazu infekční nemocí, nebo setkal-li se s osobou, jež je prokazatelně nemocí nakažena (například měla pozitivní test), musí tuto skutečnost okamžitě hlásit řediteli/ce organizace. Rovněž je-li tak stanoveno řídicími subjekty, podezření na nákazu/setkání s pozitivní osobou musí být hlášeno

krajské hygienické stanici (hlásí pracovník). V případě, že je pracovník pro fungování organizace nepostradatelný, musí nákazu nahlásit poskytovatel sociální služby. Následně krajská hygienická stanice vydává „usnesení“, v jehož důsledku může dojít k uzavření služby, karanténě pracovníků, kterou může pracovníkovi nařídit pouze KHS.

Když jeví pracovník příznaky nákazy (teplota, ztráta čichu/ chuti, bolesti hlavy apod.), odešle jej ředitel/ka ihned domů. Pracovník je povinen kontaktovat svého lékaře, nechat si vystavit elektronickou žádanku a poté se dostavit k testování na určené místo. Pracovník setrvá doma do sdělení výsledku testu. Po tuto dobu je v pracovní neschopnosti. V případě, že je pozitivní, řídí se aktuálně platnými pokyny KHS o izolaci a karanténě. Je-li pracovník s rizikovým kontaktem bez příznaků, ředitel/ka rozhodne o dalším postupu.

V případě, že je pracovník pro fungování organizace nepostradatelný, může ředitel/ka rozhodnout o jeho setrvání na pracovišti zároveň s nahlášením této skutečnosti na KHS. Toto nelze vědomě uplatnit u pracovníků přímé obslužné péče týdenního stacionáře. *(Postup je adaptován na podmínky platné při pandemii onemocnění COVID-19).*

- Pracovník je povinen čtvrtý až pátý den od rizikového kontaktu podstoupit RT-PCR test za účelem prokázání nebo vyvrácení nákazy a následně tento test zopakovat desátý den od rizikového kontaktu.
- V mezidobí testování může pracovník využít rychlých antigenních testů ke zjištění nákazy.
- Pracovník musí pracovat v ochranné pomůcce vyššího řádu minimálně po dobu deseti dní.
- Pracovník minimalizuje kontakt s ostatními osobami na pracovišti a omezí pohyb v organizaci na nezbytně nutnou míru.
- Pokud je druhý kontrolní PCR test negativní, pracuje pracovník již bez omezení.
- V případě pozitivního výsledku následují izolační a karanténní opatření dle pokynů KHS.

## Očkování

Organizace jako poskytovatel sociálních služeb nemá možnost jakoliv zasahovat do rozhodnutí pracovníků a klientů ohledně jejich zdravotního stavu, případně souvisejících preventivních očkování. Právo nařít povinnost očkování pracovníků/klientů v sociálních službách mají pouze řídicí subjekty pandemie změnou zákona nebo jiných odpovídajících předpisů.

V případě, že je na infekční onemocnění dostupná vakcína, je pracovníkům doporučeno zvážit benefity tohoto očkování v pracovním i soukromém životě. V případě, že si klient nebo jeho zástupce, případně pracovník, neví rady, jak si očkování zajistit, je mu v organizaci nápomocna předem určená kompetentní osoba.

Když je očkování ze zákona nezbytnou podmínkou pro výkon práce v sociálních službách, kontrolou, evidencí certifikátů o provedení a platnosti očkování je pověřen kompetentní pracovník.

Organizace má pro případ vzniku personální krize v souvislosti s epidemií/pandemií zpracován krizový plán fungování a zastupitelnosti pro zajištění sociální služby v krizi. Činnosti služby omezí pouze na poskytování základních činností po dobu trvání krize v souladu se z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Povinností poskytovatelé pobytové služby týdenního stacionáře je zajistit klientům a jejich rodinám základní sociálního poradenství prezenční nebo online formou. Online formu poskytování služby upravuje v organizaci vnitřní předpis – metodika pro online komunikaci.

Vedoucí služby, ředitel/ka přerozdělí kompetence jednotlivých pracovníků tak, aby byl zajištěn plynulý chod služby. Organizace je připravena požádat o dočasnou personální výpomoc místní organizace poskytující dobrovolníky, případně krajský úřad o výpomoc z řad studentů.

Ukázka z kazuistiky, vyjádření klíčového pracovníka:

*„Klient přijel rozrušený, strhaný výraz, plakal... měl strach ze všeho a o všechny. Bylo důležité postupně ho zklidnit... odpočinek, pravidelná strava, kratší vycházky, potom delší, aby byl v pohodě.“*

## Průběh

Cílem organizace je neuzavírat sociální službu, v případě krajní nouze pouze omezit služby poskytované klientům. Když je to možné, zvažuje organizace možnost nabídnutí služeb alternativních, které běžně nenabízí týdenní stacionář. To zaručuje větší flexibilitu reakce na potřeby klienta a jeho rodiny, aby nedošlo k ohrožení jeho života a zdraví. V případě, že není možné zajistit fungování v plném rozsahu a dojde k omezení činnosti sociální služby, nebo dokonce k jejímu dočasnému uzavření, organizace o přerušování poskytování služeb prokazatelně informuje klienty a zájemce o službu.

Cílem opatření pro poskytování sociální služby v době krizového stavu v souvislosti s epidemií/pandemií by měla být možnost umožnit organizaci provádět úkony nad rámec běžných činností, a tím i různé fakultativní činnosti. Dále umožnit organizaci mimořádně využívat také jiné formy poskytování služby, než je registrovaná, když to dovoluje například metodický postup/doporučení vydané subjektem řídícím epidemií/pandemií a zajistit bezpečnost pracovníků v sociálních službách při výkonu jejich povolání.

Nezbytné je minimalizovat zdravotní a sociální rizika klientů v souvislosti s probíhající epidemií/pandemií a zabezpečení základní stabilizace klientů, jejich bezpečí a saturaci základních životních potřeb. Nutné je podpořit klienta v získávání informací, pochopení a respektování nařízených protiepidemiologických opatření.

V případě potřeby je poskytování služby adaptováno v rámci možností na potřeby klienta online formou a v odůvodněných případech fakultativní službou, kdy se pracovník s klienty setkává

v terénu, poskytuje jim speciální a ochranné pomůcky nebo zajišťuje dovoz potravin z Potravinové banky.

Odborná práce s klienty v souvislosti s epidemií/pandemií vyžaduje individuální přístup, je nutné neztratit s nimi a jejich rodinami kontakt a využívat alternativních metod komunikace. Pracovníci věnují zvýšenou pozornost psychickému stavu klientů a poskytují jim empatickou podporu. Klientům či jejich zástupcům jsou aktivně nabízeny vizuální materiály pro podporu a pochopení mimořádné situace pandemie COVID-19 a každý klient/zástupce má tel. číslo/email na sociálního pracovníka nebo vedoucího služby.

Organizace se snaží v souvislosti s epidemií/pandemií zajistit klientovi kvalitní zdravotní péči.

## Infekční onemocnění v týdenním stacionáři

V organizaci jsou stanovena hygienická a protiepidemiologická opatření, která reflektují aktuální nařízení vlády a mimořádná opatření ministerstva zdravotnictví. Na osoby s autismem se mohou vztahovat výjimky z mimořádných opatření při poskytování služby, díky kterým nemusejí nosit roušku či jinou ochranu nosu a úst, proto jsou při kontaktu s klienty dodržována zvýšená hygienická opatření.

V organizaci je stanoven plán postupu pro případ výskytu infekčního onemocnění u klienta v pobytovém týdenním stacionáři. Vnitřní předpis stanovuje vyčleněný prostor s lůžkovou kapacitou, kde by mohla být případně umístěna osoba, která vykazuje známky infekčního onemocnění nebo byla pozitivně testována na infekční onemocnění. Poskytovatel služby předchází zavlečení nákazy do týdenního stacionáře tím, že se kompetentní pracovník při nástupu do týdenního stacionáře dotazuje klienta nebo jeho zástupců na jeho bezinfekčnost a aktuální zdravotní stav, dále se pracovník dotazuje, zda se v okolí klienta nevyskytuje osoba s potvrzeným infekčním onemocněním nebo v karanténě.

Povinností pracovníků v rámci týdenního stacionáře je pravidelně kontrolovat zdravotní stav klientů a případě výskytu příznaků je nutné klienta izolovat, informovat zástupce, případně zajistit klientovi lékařské ošetření u praktického lékaře a informovat KHS.

U klienta s příznaky infekčního onemocnění je využit bariérový režim péče. Klient je dočasně izolován ve vyhrazené místnosti a vyzvednut zástupcem. Do doby vyzvednutí se stará o klienta jeden určený pracovník. V prostorách týdenního stacionáře jsou přijata preventivní opatření pro ostatní klienty a pracovníky. Pracovník, který se o izolované klienty stará, se poté vyhýbá kontaktu s ostatními pracovníky organizace a následně je považován za rizikového z hlediska možnosti nákazy infekčním onemocněním.

V důsledku výskytu infekčního onemocnění v týdenním stacionáři může být dočasně omezeno případné společné stravování klientů.

Pokud nejsou v rámci opatření subjektů řídících pandemii zakázány návštěvy klientů v organizaci, je vhodné ve snaze předejít riziku nákazy a zachovat klientům dostupný sociální kontakt, upozornit návštěvy na rizika přenosu nákazy. Případné návštěvy jsou vyzvány k bedlivému posouzení svého zdravotního stavu před návštěvou klienta v týdenním stacionáři. V případě platnosti nařízení o omezení pohybu a zákazu návštěv vydaného subjekty řídícími epidemií/pandemií může nastat situace, kdy je organizace nucena klientům v průběhu týdne neumožnit návštěvy třetích osob v organizaci a omezit pohyb klientů mimo organizaci.

## Práce s rodinou

Epidemie/pandemie vyžaduje zvýšenou podporu i rodiny klienta, která se musí vypořádat s novou situací. V případě potřeby jim pracovníci mimo svou obvyklou činnost aktivně nabízejí pomoc v rámci základního sociálního poradenství pro snazší zajištění péče, například o dítě/dospělého s autismem. Když není k dispozici bytová sociální

služba týdenního stacionáře, ideálně pracovníci zprostředkují kontakt na jinou sociální službu, například terénní, pro cílovou skupinu blíže bydliště, zprostředkují pomoc při jednání rodiny s úřadem práce, pomohou s vyhledáním podpůrných programů v případě uzavření služeb a omezení podnikání, pomoc v oblasti dluhového poradenství apod. Důležité je též zprostředkovat rodinám možnost psychické podpory v této krizové situaci – konzultace s psychoterapeutem, popřípadě psychoterapeuta online.

Při osobním kontaktu – předání klienta a pobyt v sídle organizace/ konzultace se sociálním pracovníkem/ návštěva v domácnosti klienta – jsou dodržována určitá opatření. Zástupce klienta je pracovníkem vždy informován o potřebě dodržovat ochranná opatření a povinnosti oznámit případný rizikový kontakt nebo nákazu. Při dojednávání schůzky se zástupcem klienta zjišťuje pracovník, zda klient nebo někdo z jeho okolí nevykazuje známky respiračního onemocnění, a bezinfekčnost klienta stvrzuje zástupce klienta/klient podpisem čestného prohlášení.

Při předávání klienta zástupci klienta nevstupují do objektu a předávají jej pracovníkovi venku před budovou a klienti a jejich rodiny jsou seznámeni s přijatými opatřeními a v případě jakýchkoliv potíží se mohou obrátit na některého z kompetentních pracovníků.

Průběžné hodnocení práce pracovníků v týdenním stacionáři je důležité v oblasti udržení kvality sociální služby a náležitým zajišťováním práv klientů. Je-li klient nebo jeho zástupce nespokojen, má možnost podat stížnost dle postupu, s jakým byl seznámen při podpisu smlouvy. Podněty a stížnosti jsou vnímány jako cesta k dalšímu rozvoji, ne jako přímá kritika práce pracovníků a vedení. Stížnost může být zdrojem užitečných informací o tom, kde mají pracovníci nebo nastavené systémy rezervy. Získané informace umožní nastavit službu tak, aby byla poskytována k větší spokojenosti klienta, pokud takové úpravy umožňuje aktuální situace v době epidemie/pandemie.

## Práce se zaměstnanci

Organizace se zaměřuje na péči o fyzické i psychické zdraví pracovníků. Situace představuje výrazně vyšší stresovou zátěž a vyžaduje změnu v nastavení mysli pracovníka. Na pravidelných poradách služby, celé organizace a supervizních setkáních mají pracovníci možnost sdílet své zkušenosti, řešit nenadálé situace nebo provozní problémy. Vzhledem k hrozícímu personálnímu nedostatku představovat pro pracovníka představovat zatěžující období plné strachu z nákazy, zvýšené pracovní zátěže a s tím spojené únavy. Proto je ze strany vedení organizace nutné být pracovníkům oporou, být maximálně nápomocni při naplnění jejich potřeb a při vzájemné spolupráci s cílem zajistit bezpečí klientů.

Pracovníci jsou také v průběhu krizové situace zapojeni do hodnocení kvality sociální služby. Mají možnost svými návrhy a podněty ovlivňovat zvyšování kvality sociální služby, neboť jsou v přímém kontaktu s klienty a zajišťují proces individuálního plánování.

## Povinnosti pracovníka při dodržování pravidel ochrany zdraví

Pracovníci musejí poučit klienta/zástupce o povinnosti informovat službu, když se u něj před nebo po schůzce/konzultaci/pobytu v organizaci objeví příznaky infekčního onemocnění/byla nařízena karanténa/byl v kontaktu s pozitivně testovanou osobou. Oznámení musí proběhnout distanční formou.

Povinností pracovníků je dodržovat zásady hygieny rukou, dodržovat zásady respirační hygieny. Dále se vyhýbat se kontaktu s osobou, která jeví příznaky onemocnění dýchacích cest a používat dezinfekční prostředky s plně virocidním účinkem.

Ukázka z kazuistiky:

Největší obtíže měla klientka s nedostatkem kontaktů a aktivit: „*Nemohla jsem na stacionáři chodit na kroužky, sportovky, spinnig.*“ V týdenním stacionáři navštěvuje sportovní kroužky a využívá všech nabízených sportovních a turistických pobytů. „*Chodili jsme hodně ven, do přírody. ... běh, chůze, cvičení. Podařilo se ji motivovat ke sportovním aktivitám, cvičili jsme na karimatce, běhali po zahradě, oblíbila si i rychlou chůzi po schodech. ... nahoru. ... dolů,*“ říká klíčová pracovnice. Klientka uvádí: „*Cvičila jsem na zahradě, chodila po schodech nahoru a dolů, abych byla zdravá a aby utekl čas.*“ Klientka se věnovala cvičení tak intenzivně, že bylo nutné ji přestěhovat na jednolůžkový pokoj. „*Cvičila a pouštěla hlasitě rádio. ... byla naléhavá, obtěžovala ostatní klienty,*“ popisuje klíčová pracovnice.

## Konec závažné epidemiologické situace

Po skončení krizové situace v souvislosti s epidemií/pandemií je nutné vyhodnotit funkčnost jednotlivých metodických postupů a krizových opatření za účelem stanovení preventivních postupů pro obdobné budoucí situace.

Vyhodnocení je možné provést objektivně nebo subjektivně pomocí rozhovorů s pracovníky organizace, případně jednotlivými klienty a jejich zástupci. V případě zjištění nedostatků nebo získání podnětů, jak být v budoucnu na podobnou situaci lépe připraveni, je adaptována metodika i návazné vnitřní předpisy.

Velice důležité je v rámci evaluace zapojení do pracovní nebo jiné skupiny společně s ostatními organizacemi za účelem společného vyhodnocení, případně sdílení zkušeností dobré praxe v pobytové službě týdenního stacionáře.

## Slovo závěrem

Ukončení platnosti opatření/nařízení/doporučení subjektů řídících epidemii/pandemii neznamena pro fungování organizace automaticky okamžitý návrat k poskytování sociální služby za podmínek před epidemií/pandemií. Je nezbytné zmapovat a pracovat při návratu do služby také se strachem klientů. Je nutné myslet na to, že znovuotevření služby v plném rozsahu nebo v původních podmínkách služby je opětovnou změnou pro klienty, která v nich může vyvolat různé obavy a na kterou se musejí adaptovat. Adaptace by měla být pozvolná s maximální podporou klienta při návratu do služby.

Ta může spočívat v revizi jeho individuálního plánu se zaměřením na posílení schopností a dovedností, na kterých kvůli omezenému/žádnému docházení do sociální služby nemohl klient pracovat. Dále by klientovi měly být umožněny omezené docházky do služby, než jak je stanovuje smlouva, případně zápis z jednání, aby si opětovně zvykl na staronový režim pobytové služby. Pracovníci týdenního stacionáře by se měl zaměřit na kontinuální podporu klientů a jejich psychosociálního zdraví s důrazem na práci se stresem.

Z preventivních důvodů je i po skončení krizové situace a platnosti opatření/nařízení/doporučení subjektů řídících epidemii/pandemii situace neustále monitorována a některá interní hygienická opatření ponechána v platnosti i po skončení všech oficiálních omezení. Například při výskytu zdravotních obtíží/příznaků infekčního onemocnění je pracovník povinen nosit při kontaktu s druhými osobami (kolegové/klienti) ochranný prostředek úst a nosu. V případě podezření na onemocnění COVID-19 nebo jiné infekční onemocnění, které je možné potvrdit/vyloučit antigenním testem, jsou pracovníci povinni test absolvovat. Dlouhodobě je v organizaci je k dispozici dezinfekce u vstupu a dále na vymezených místech. Pracovníci i klienti dodržují respirační hygienu a hygienu rukou.

Klienti či jejich zástupci jsou poučeni, že klient nemůže využít službu, jeví-li příznaky infekčního onemocnění.

Pro případ, že by nastala nová epidemie/pandemie, má organizace vypracovaný plán jednotlivých kroků. Organizace sleduje všechny dostupné relevantní zdroje v souvislosti s novou potenciálně nebezpečnou epidemiologickou situací a je v kontaktu s příslušnými orgány a spolupracuje na vytváření sítě kontaktů, na něž se může organizace obrátit o pomoc z účelem personální, finanční nebo informační podpory. Síť kontaktů zahrnuje orgány státní správy a samosprávy, zdravotní pojišťovny, lékaře, nadace a nadační fondy, prodejce ochranných pomůcek, ale také ostatní organizace sociálních služeb.

Při nákupu ochranných pomůcek je postupováno tak, aby měla organizace dostatečnou zásobu kvalitních ochranných pomůcek pro případ nenadálého vzniku epidemie/pandemie infekčního onemocnění.

## Literatura

ALIANCE PRO INDIVIDUALIZOVANOU PODPORU, 2020.

*Dopady pandemie COVID-19 na osoby se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním a jejich pečující v ČR* [online]. Praha:

Aliance pro individualizovanou podporu [18. 8. 2021]. Dostupné

z: [https://nrzp.cz/wp-content/uploads/2020/06/AIP\\_Dopady\\_situace\\_covid-19\\_na\\_zdravotn%C4%9B\\_posti%C5%BEen%C3%A9\\_z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1\\_zpr%C3%A1va.pdf](https://nrzp.cz/wp-content/uploads/2020/06/AIP_Dopady_situace_covid-19_na_zdravotn%C4%9B_posti%C5%BEen%C3%A9_z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1_zpr%C3%A1va.pdf)

APSS ČR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. *covid*

*News* [online]. Tábor: APSS ČR [20. 8. 2021]. Dostupné z:

<https://www.apsscr.cz/files/files/5%20covid%20NEWSfinal.pdf>

HUGHES, N., ANDERSON, G., 2022. The Experience of the COVID-19

Pandemic in a UK Learning Disability Service: Lost in a Sea of Ever Changing Variables – a Perspective. *International Journal of Developmental Disabilities*. 68(3), 374–377.

KENDALL, E., EHRLICH, C., CHAPMAN, K. et al., 2020.

Immediate and Long-Term Implications of the COVID-19 Pandemic

- for People With Disabilities. *American Journal of Public Health*. 110(12), 1774–1779.
- KLIMENT, P., NÁDVORNÍKOVÁ, L., 2020. Prvotní reflexe dopadu epidemie koronaviru na sociální služby v ČR. *Fórum sociální práce*, 2020 (2), 20–28.
- KONŮPKA, P., 2022. *Evropská úmluva o lidských právech: praktický průvodce*. Praha: Právnická fakulta Univerzity Karlovy.
- LUSKOVÁ, D., SOLICHOVÁ, L., 2020. *Doporučený postup č. 7/2020 pro covid zóny a ochranu zaměstnanců a klientů v sociálních službách v souvislosti s onemocněním COVID-19* [online]. MPSV: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR [21. 12. 2022]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/DP\\_7\\_pro\\_covid\\_zony\\_a ochranu\\_zam%C4%9Bstnancu\\_a\\_klientu.pdf](https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/DP_7_pro_covid_zony_a ochranu_zam%C4%9Bstnancu_a_klientu.pdf)
- MPSV ČR, 2006–2022. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [Online] [cit. 26. 5. 2022]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz>
- MPSV. 2020a. *Doporučený postup č. 14/2020, Doporučení pro aplikaci krizového usnesení Vlády ČR ohledně zákazu návštěv a zákazu vycházení v sociálních službách a doporučení pro aplikaci krizového usnesení Vlády ČR týkající se přerušování poskytování na základě uzavřené smlouvy s uživatelem podle § 91 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online]. Praha: MPSV [23. 5. 2022]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+14\\_20.pdf](https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+14_20.pdf)
- MPSV. 2020b. *Doporučený postup č. 16/2020, Doporučení pro sociální pracovníky krajských a obecních úřadů při podpoře neformálně pečujících v situaci pandemie COVID-19* [online]. Praha: MPSV [26. 5. 2022]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+%C4%8D.+16\\_2020\\_Doporu%C4%8Den%C3%AD+pro+SP+jak+podpo%C5%99it+neform%C3%A1ln%C4%9B+pe%C4%8Duj%C3%AD-c%C3%AD\\_27102020.pdf](https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+%C4%8D.+16_2020_Doporu%C4%8Den%C3%AD+pro+SP+jak+podpo%C5%99it+neform%C3%A1ln%C4%9B+pe%C4%8Duj%C3%AD-c%C3%AD_27102020.pdf)
- MPSV. 2021. *Sociální služby v roce 2020* [online]. Praha: MPSV [20. 5. 2022]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/1248138/22\\_12\\_2020\\_TZ\\_Socialni\\_sluzby\\_podpora\\_2020a.pdf/e21bb578-4181-78fc-7f3d-b6fd795a10f3](https://www.mpsv.cz/documents/20142/1248138/22_12_2020_TZ_Socialni_sluzby_podpora_2020a.pdf/e21bb578-4181-78fc-7f3d-b6fd795a10f3)

- MZ ČR. 2020. *Mimoriádné opatření: uzavření základních, středních a vysokých škol od 11. 3. 2020* [online]. Praha: MZČR. [26.5.2022]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/mimoradne-opatreni-uzavreni-zakladnich-strednich-a-vysokych-skol-od-11-3-2020/>
- NAVRÁTIL, P., 2020. *Antipresivní přístupy v sociální práci s rodinami* [online]. Sociální práce [21. 3. 2022]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/antiopresivni-pristupy-v-socialni-praci-s-rodinami/>
- NYKLOVÁ, B., MOREE, D., 2021. *Násilí na ženách v souvislosti s COVID-19: výzkumná zpráva* [online]. Praha: Akademie věd České republiky a Univerzita Karlova [8. 6. 2022] Dostupné z: <https://www.soc.cas.cz/publikace/nasili-na-zenach-v-souvislosti-s-covid-19>
- ROSE, J., WILLNER, P., COOPER, V. et al., 2022. The Effect on and Experience of Families with a Member who has Intellectual and Developmental Disabilities of the COVID-19 Pandemic in the UK: Developing an Investigation. *International Journal of Developmental Disabilities*. 68(2), 234–236.
- TRUHLÁŘOVÁ, Z., HAVIGEROVÁ, J., HAVIGER, J. 2021. *Analýza dopadů pandemické zkušenosti na sociální pracovníky ve veřejné správě* [online]. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzita Hradec Králové [28. 1. 2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.17105819.v2>
- Usnesení č. 79/2020 Sb., Usnesení vlády České republiky č. 207 o zajištění poskytování péče v zařízeních sociálních služeb po dobu trvání nouzového stavu.
- Vláda ČR. 2021. *Zpráva o dopadech pandemie COVID-19 na vzdělávání* [online]. Praha: Vláda ČR [26. 5. 2022]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/urad-vlady/>
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, novelizován zákonem 261/2021 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterým se mění některé zákony v souvislosti s další elektronizací postupů orgánů veřejné moci.

## 9. Domov pro osoby se zdravotním postižením

Doc. Pavel Zíkl, Ph.D.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením (dále DOZP) jsou pobytovou službou sociální péče, která je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení (§ 48, 108/2006 Sb.). V ČR je nyní celkem 211 poskytovatelů této služby (registr poskytovatelů sociálních služeb, 2023) a jejich celková kapacita je více než 11 600 lůžek (MPSV, 2021). Daleko největší část DOZP zřizují územně samosprávné celky (80 procent všech klientů) a dalšími zřizovateli jsou církve a náboženské společnosti, soukromé subjekty a neziskové organizace. Polovina ze všech DOZP je středně velká, s kapacitou mezi 21 až 75 klienty a dalších 30 procent má kapacitu vyšší (76–200 klientů) (Veřejný ochránce práv, 2020; MPSV, 2021). Většina klientů žije v poměrně velkých zařízeních, což jednak odporuje záměru o inkluzivním bydlení, jak je formulováno v doporučeném postupu MPSV (MPSV, 2016), a velká koncentrace klientů je problematická i z hlediska epidemiologického.

Z celé široké škály druhů zdravotního postižení (dále ZP) jsou dominantní cílovou skupinou lidé s postižením mentálním (dále MP), kteří tvoří 57 procent klientů, a dále osoby s postižením kombinovaným, kterých je v DOZP 36 procent (Veřejný ochránce práv, 2020). I u kombinovaného postižení je ale nejčastější kombinace

postížení mentálního s jiným druhem ZP, typicky kombinace MP a dětské mozkové obrny nebo poruchy autistického spektra. Ze skupiny osob s MP se jedná obvykle o těžší formy postižení (středně těžké, těžké, hluboké), protože lidé s lehkým MP žijí samostatně, nemají sníženou soběstačnost a nepotřebují využívat pobytovou sociální službu typu DOZP. Poskytování služeb a také řešení mimořádných situací, jako je pandemie, musejí zohledňovat nejen významné kognitivní deficity většiny klientů, ale i další specifika uvedených cílových skupin. Jedná se o problémy v komunikaci z důvodu mentálního postižení (symptomatické vady řeči), narušení expresivní složky řeči klientů s postižením tělesným/kombinovaným (dysartrie) a také významné obtíže u klientů s poruchami autistického spektra. Z této skupiny jsou obvykle v DOZP lidé s nízkou funkčním autismem (nejvýrazněji snížená úroveň soběstačnosti), z nichž zhruba polovina nevyužívá mluvenou řeč a další jen omezeně (častá echolálie, nutnost využívání alternativní a augmentativní komunikace). Dále musíme počítat s výskytem obtíží motorických (mírnější obtíže osob se středně těžkým MP, závažné problémy osob s těžkým a hlubokým MP nebo kombinací MP a dětské mozkové obrny), problémy v chování (nízká funkční PAS) nebo vysokou mírou závislosti i v běžných denních aktivitách (jídlo, hygiena atd.).

Při obecné charakteristice DOZP nesmíme zapomenout na jejich zaměstnance, což je zcela klíčový faktor pro kvalitní poskytování služeb a také zvládání mimořádných situací. V roce 2021 se o 11 112 klientů staralo čtrnáct tisíc zaměstnanců a z toho 9550 v přímé péči a 4454 ostatních (administrativní, obslužný personál, vedoucí pracovníci). Z pracovníků v přímé péči bylo 78,8 procenta pracovníků v sociálních službách, 13,2 procenta zdravotních sester a 4,5 procenta sociálních pracovníků. Další profese jsou zastoupeny zcela okrajově (například 0,8 procenta vychovatelů nebo 0,2 procenta speciálních pedagogů) (MPSV, 2021).

## **Domov pro osoby se zdravotním postižením v dobách COVID-19**

V souvislosti s výskytem onemocnění COVID-19 a mimořádnými opatřeními, které z této epidemie vyplynuly, prošly sociální služby asi nejsložitějším obdobím v novodobé historii a dopady této situace budou dlouhodobé (srov. APSS, 2020; Kendall, Ehrlich, Chapman et al., 2020). U ambulantních nebo terénních služeb došlo k jejich dočasnému uzavření, což u DOZP nebylo možné, ale dopadla na ně řada dalších opatření. Byl vyhlášen zákaz vycházení mimo areál (blíže viz usnesení vlády ČR ze 16. 3. 2020, č. 239), byla zavedena řada nezbytných hygienických opatření, která významným způsobem zasáhla do chodu DOZP (například zákazy návštěv, omezení poskytování části služeb atd.), byla omezena některá práva klientů (například v důsledku omezení pohybu a setkávání klientů, omezení pohybu mimo zařízení, zákaz návštěv apod.), ve většině zařízení se objevila nákaza COVID-19 a z ní plynoucí omezení, problematická byla dostupnost zdravotní péče atd.

V této souvislosti je třeba podotknout, že lidé se zdravotním postižením patřili mezi zvláště ohrožené skupiny (společně se senioři a osobami s respiračním onemocněním). Ve Velké Británii narostla úmrtnost v dubnu–květnu 2020 (oproti stejnému období 2019) o 80 procent, ale u lidí s mentálním postižením byl tento nárůst 134 procent (Office for National Statistics, 2020). Ze studií analyzujících data ze zdravotnických zařízení v USA vyplývá, že mentální postižení bylo hned po věku nejvýznamnějším faktorem zvyšujícím riziko úmrtí na COVID-19 (Gleason, Ross, Fossi et al., 2021; dále viz Zíkl a kol., 2022)

Hlavní části výzkumného šetření předcházely předvýzkum, který byl realizován v květnu a červnu 2021, a poté následovalo pilotní ověření dotazníku, dále hlavní dotazníkové šetření (říjen–listopad 2021). Na kvantitativní část výzkumu navazovala kvalitativní (focus group, jaro 2022).

Stěžejní součástí výzkumu bylo dotazníkové šetření. Výzkumným souborem byly všichni registrovaní poskytovatelé služby DOZP v ČR. Osloveno bylo všech 210 tehdejších poskytovatelů a návratnost byla 37 procent (odpovědělo 77 poskytovatelů, zastoupeny všechny kraje ČR). Dotazníky vyplňovali ředitelé/zástupci ředitele zařízení (63 procent), vedoucí služby DOZP (33 procent) a pouze ve čtyřech procentech jiný pracovník. Hlavní částí výzkumného šetření předcházela předvýzkum, poté následovalo pilotní ověření dotazníku, dále hlavní dotazníkové šetření a návazná kvantitativní část výzkumu (blíže viz kapitola výše). U výzkumu zaměřeného na DOZP jsme se zaměřili zejména na následující oblasti:

- Jaký dopad na uživatele služeb měla pandemie COVID-19?
- Jaká omezení služeb poskytovatelé realizovali v době pandemie COVID-19?
- Jaké online nástroje využívaly poskytovatelé v době pandemie COVID-19?

## Dopad na uživatele služeb DOZP

V počátku pandemie měly sociální služby největší obtíže ( uvedlo více než 60 procent respondentů) s vysvětlením celé situace klientům (66 procent), zhoršováním psychického stavu klientů (62 procent), v naplňování osobních cílů (62 procent) a zajištěním zdravotní péče o nemocné klienty (61 procent). Třetina až polovina respondentů uváděla také problémy s dodržováním protiepidemických opatření klienty a jejich blízkými, obtíže při udržení kvality služeb, ztrátu dosažených dovedností klientů, zhoršení fyzického stavu a zajištění práv klientů. S odstupem roku a půl je patrná adaptace na celou situaci a významný pokles subjektivně vnímaných obtíží ve všech oblastech (průměrně o 64 procent). Dlouhodobě přetrvávají problémy zejména v dodržování zavedených opatření ze strany klientů a jejich blízkých (35 procent), informování/vysvětlování situace

klientům (25 procent), zhoršení psychického i fyzického stavu (25 procent, respektive 20 procent), udržení kvality služby (osmnáct procent), práce na cílech klientů (sedmáct procent) a zajištění péče o nemocné (devatenáct procent). K nejmenšímu poklesu problémů došlo u změn fyzického stavu klientů a v dodržování opatření ze strany klientů a jejich blízkých.

Z uvedených problémů vyplývá, že pracovníci DOZP museli edukovat klienty v mnoha oblastech (co je COVID-19, jak se šíří, co může způsobit atd.), učit je novým dovednostem (hygieně, dodržování opatření, využívání nových způsobů komunikace, ochraně před onemocněním atd.). Také by měli být schopni identifikovat obtíže psychické i somatické (tj. mít alespoň dílčí znalosti v depistáži). Většina klientů DOZP má postižení mentální, časté jsou případy postižení kombinovaného nebo PAS a pandemie ukázala význam a nezbytnost kompetencí pracovníků i v oblasti komunikace včetně využívání alternativní a augmentativní komunikace.

### Omezení poskytování služeb DOZP

Vzhledem k tomu, že DOZP jsou službou pobytovou, tak nemohlo být omezeno poskytování základních služeb (z odpovědí respondentů vyplývá, že skutečně nebylo) uspokojujících elementární potřeby klientů (jídla, hygieny apod.). K významnému omezení došlo v důsledku zavedení mimořádných opatření, zejména v počátku pandemie. Byla významně omezena možnost kontaktu se společenským prostředím (57 procent, uzavření/omezení poskytování běžných služeb apod.). Ve třetině až polovině případů byly omezeny aktivity umělecké (48 procent), terapeutické (42 procent), volnočasové (35 procent), relaxační (31 procent) a pohybové (31 procent). V další vlně pandemie ale byly prakticky všechny aktivity redukovány jen velmi málo nebo dokonce vůbec (snížení o 84 procent, 69 procent neuvedlo již žádné omezení služeb). Z těchto dat vyplývá poměrně

optimistický pohled na schopnost DOZP vyrovnat se s mimořádnou situací. Na začátku pandemie došlo ke značným omezením v poskytování různých služeb s výjimkou služeb zajišťujících elementární potřeby klientů. Při interpretaci je třeba zohlednit, že se jedná o celkové výsledky všech zařízení, omezení se objevilo ve dvanácti různých oblastech (a v pěti oblastech prakticky vůbec) a každé zařízení omezilo poskytování služby průměrně ve 3,5 oblasti na počátku pandemie.

Z výsledku fokusních skupin realizovaných s řediteli DOZP (duben 2022) vyplynulo, že jako významný dlouhodobý následek vnímají zhoršení pohybových dovedností a intenzity pohybu klientů, které byly dle zjištění z dotazníkového šetření částečně omezeny v první vlně, ale ve druhé již jen minimálně. Pohybové aktivity sice nebyly omezeny nařízením nebo mimořádným opatřením (konají se převážně venku nebo ve vlastních prostorech poskytovatelů služby a bylo možné je vykonávat), ale jejich intenzita významně poklesla v důsledku jiných faktorů, například nedostatku personálu, onemocnění části klientů, omezení styku klientů, kteří spolu nebydlí, apod. Dalším vnímaným dlouhodobým následkem byla ztráta dílčích dovedností klientů, například přípravy jídla, péče o domácnost, zacházení s penězi, zvládání běžných sociálních kontaktů apod. Tyto aktivity také nebyly tolik omezeny, respektive ve druhé vlně téměř vůbec, ale obdobné vlivy jako u pohybových aktivit způsobily snížení intenzity nácviků, výuky a opakování mnoha jinak běžných činností v DOZP, což mělo za následek zhoršení řady dovedností klientů. Toto je pro posuzování dopadů pandemie významné varování, protože i aktivity, které nebyly zásadně omezeny (nebo byly omezeny jen krátkou dobu), mohou být v důsledku jiných vlivů pandemie velmi negativně ovlivněny a může trvat poměrně dlouho, než se dostanou na původní úroveň. Předpokladem pro to je zintenzivnění činností výchovných a vzdělávacích a je otázkou, zda toto bude v možnostech jednotlivých zařízení.

## Online nástroje v DOZP

Online nástroje byly poměrně hojně využívány, více než v polovině případů pro komunikaci s blízkými osobami klientů (65 procent), porady (62 procent), komunikaci s jinými institucemi (60 procent) a pro vzdělávání pracovníků (akreditované 57 procent, neakreditované 35 procent). V oblasti online nástrojů došlo k nejmenšímu poklesu ze všech sledovaných oblastí mezi počátkem pandemie a podzimem 2021. To je asi jediný pozitivní dopad pandemie, větší část DOZP se naučila využívat online nástroje a ty pravděpodobně zůstanou i dlouhodobě součástí běžného provozu (online vzdělávání, účast na poradách online/částečně online) nebo alespoň nástrojem využitelným v krizových situacích (nemoc klientů, blízkých osob). Poměrně nízké procento využití online nástrojů v komunikaci s klienty vyplývá z charakteru DOZP jako pobytové služby. Tato forma byla využívána pravděpodobně jako doplněk nebo pro komunikaci s klienty v karanténě nebo nemocnici.

Na tyto výsledky se ale můžeme podívat i z jiného pohledu. Více než třetina zařízení nevyužívala online nástroje v komunikaci s blízkými osobami (tj. včetně opatrovníků, případně zákonných zástupců) a tento podíl se zvýšil na podzim 2021 na 60 procent, a to v době, kdy byla epidemiologická situace poměrně kritická. Znamená to, že zařízení online nástroje nepotřebují, protože dokázaly i v době pandemie komunikovat standardním způsobem? Nebo se jim tato forma komunikace neosvědčila? Nebo si ji část zařízení nedokázala osvojit? Ať je důvod jakýkoli, je třeba to vnímat jako určité varování před přílišným optimismem ohledně dlouhodobého využití online nástrojů v komunikaci, jejichž využití pokleslo již v době pandemie o 40 procent, a je otázkou, na jaké úrovni zůstane po skončení pandemie a normalizaci provozu zařízení.

## Diskuse a závěr

Při pohledu na výsledky výzkumu můžeme identifikovat některá dílčí diskutabilní zjištění. V části dotazníku zaměřené na obtíže při práci s klienty respondenti uváděli v první fázi pandemie v 32 procentech potíže se zajištěním práv klientů a v druhém období tyto obtíže uvedlo pouze osm procent z nich. Vzhledem k množství opatření platných nejen v DOZP, ale ve společnosti obecně je pravděpodobné, že k omezování některých práv muselo docházet. Jedná se například o omezení volného pohybu, ale také o právo na zajištění lékařské péče (obtížná dostupnost zdravotnických zařízení, kontaktu s lékaři), kontakt s blízkými nebo sociálním prostředím. Vzhledem k tomu, že omezení byla dána opatřeními obecné povahy a měla dopad na celou populaci, tak je respondenti pravděpodobně nepovažovali za specifické obtíže DOZP. Relativně málo bylo mezi obtížemi zmíněno zhoršení fyzického stavu klientů (34 procent, v druhé fázi devatenáct procent), které nemuselo být v průběhu pandemie zřejmé, ale mohlo by se projevit až jako dlouhodobý dopad pandemie. Tento problém byl výrazně akcentován ve fokusních skupinách v roce 2022. Diskutabilní jsou také výpovědi vztahující se ke kvalitě poskytovaných služeb. Obtíže v udržení kvality uvádělo 43 procent respondentů v prvním období a ve druhém období osmnáct procent. Vzhledem k poměrně významnému omezení části služeb, vnitřním opatřením/hygienickým opatřením (například omezení kontaktů uvnitř zařízení, omezení pohybu mimo zařízení), omezením kontaktů (spolupráce s rodinou, externími spolupracovníky, omezení uvnitř služeb), problematickému zajištění terapií, působení externistů apod. je pravděpodobné, že kvalita služeb byla fakticky snížena u většiny z nich. Subjektivní pohled pracovníků zařízení může pravděpodobně vypovídat o jejich snaze řešit dopady pandemie a přizpůsobit fungování v rámci stanovených pravidel tak, aby kvalita služby utrpěla co nejméně, což se odrazilo v jejich výpovědích.

Rozsah služeb byl významně omezován, což se nejvíce dotklo aktivit, jež byly omezeny celospolečensky (například kontakt se

společenským prostředím), a dále aktivit terapeutických, uměleckých relaxačních nebo pohybových, což se ale týkalo zejména první vlny pandemie. Na podzim 2021 (tj. cca 1,5 roku od začátku pandemie) se DOZP dokázaly na změněnou situaci adaptovat a omezení významně redukovat.

Vliv pandemie na klienty se projevil zejména v komunikaci a potřebě vysvětlování celé situace (včetně vysvětlování pravidel, učení novým dovednostem pro přizpůsobení se stavu pandemie), zajištěním zdravotní péče, zhoršením psychického a fyzického stavu klientů, ztráty některých dovedností nebo kontaktu s jejich blízkými i širším sociálním okolím. Vzhledem ke složení klientů DOZP (převážně lidé s postižením mentálním, kombinovaným, PAS) a charakteru obtíží vyplývajících z těchto zdravotních postižení jsou pro jejich kompenzaci a pro zajištění intervence nezbytné kompetence speciálně pedagogické. Klienty je nutné vzdělávat, rozvíjet jejich komunikační dovednosti a najít odpovídající formy komunikace (s využitím alternativní a augmentativní komunikace, využívat online nástroje v komunikaci), dbát na dodržování opatření (včetně schopnosti specificky řešit problémové a konfliktní situace s klienty s postižením mentálním a PAS), aplikovat alespoň prvky specifických terapeutických aktivit (ve spolupráci s odpovídajícími odborníky), například fyzioterapie/aplikovaná tělesná výchova, psychoterapie, arteterapie, bazální stimulace, relaxační aktivity apod. Vzhledem k profesnímu složení pracovníků DOZP se jeví jako velmi potřebné zvýšit podíl pracovníků se speciálně-pedagogickým vzděláním (i formou kurzů dalšího vzdělávání) a zařadit tyto odborníky alespoň jako externí spolupracovníky.

## **Doporučený postup pro poskytovatele sociálních služeb**

V této podkapitole jsou prezentovány doporučení/postupy v krizové situaci způsobené výskytem epidemie v DOZP. Uvedená doporučení jsou zpracována na základě výzkumu (kvantitativní – dotazník, kvalitativní – fokusní skupiny, případové studie) a následného ověření v rámci pilotáže v DOZP. Pro přehlednost jsou členěna do částí vycházejících z časové posloupnosti opatření – prevence (před epidemií), první kroky na počátku epidemie, průběh krize a opatření po skončení krizové situace.

### **Prevence**

Vzhledem k charakteru služby (pobytová, velké množství klientů a personálu, charakteristika klientů) je riziko šíření nakažlivých chorob poměrně značné a v návaznosti na Standard 14 (nouzové a havarijní situace) je vhodné mít připravené postupy a také další informace důležité pro pracovníky.

V první řadě je dobré vyhodnotit, jaká onemocnění můžeme očekávat. Jsou to jednak taková, která se vyskytují pravidelně a u nichž je spíše otázkou času, kdy se vyskytnou v zařízení (typicky chřipka, COVID-19), a dále ta, které se v běžné populaci běžně nevyskytují, ale v pobytové sociální službě je riziko významně vyšší (výskyt v minulosti, specifika klientů). Může se jednat například o infekční žloutenku (v případě, že klienti navštěvují rodiny s rizikem výskytu/výskytem v minulosti), střevní infekce, „nemocniční“ infekce (infekce vzniklé v době hospitalizace klienta, které může zanést do zařízení), ale také kožní onemocnění, jako jsou vši nebo svrab. Důležité je, aby byly postupy formulovány s ohledem na specifika zařízení (například možnost izolace, odpovídající hygienická opatření, ochrana klientů a zaměstnanců) a aby byli zaměstnanci informováni o příznacích

a rizikách, protože v těchto případech je zásadním faktorem rychlost reakce, která je podmíněna včasnou identifikací nemocného.

Nedílnou součástí prevence je dodržování hygienických pravidel, která mohou být stanovena ve více úrovních. Jedná se o jednak pravidla standardní, dodržovaná vždy (používání rukavic, pravidelný úklid/dezinfekce, mytí rukou), a dále opatření zavedená v případě zvýšení rizika. To může být jednak výskyt onemocnění v populaci (například chřipková epidemie) nebo výskyt/podezření u klienta či pracovníka (například hospitalizace klienta s infekčním onemocněním). V těchto případech může zařízení stanovit vnitřním předpisem vyšší úroveň preventivních opatření, například vyšší intenzitu dezinfekce, používání roušek, testování, omezení kontaktu s osobami mimo zařízení (například dočasné omezení účasti na kulturních akcích, využívání služeb mimo zařízení apod.), ochranné pomůcky u návštěv/omezení návštěv, preventivní užívání vitaminů nebo jiných doplňků stravy dle doporučení lékaře apod.

Vzhledem k tomu, že významná část klientů může patřit mezi zvláště ohrožené, tak by součástí prevence měla být jejich identifikace a zvýšená míra ochrany, zejména při zvýšení rizika. Součástí dlouhodobé prevence je, alespoň u ohrožených klientů, zajištění očkování (pokud je dostupné). Příkladem takových klientů jsou starší, obézní klienti s respiračním a/nebo srdečním onemocněním (významně více ohroženi COVID-19) nebo klienti se specifickým onemocněním. Příkladem mohou být klienti s Downovým syndromem, u kterých se často objevují vady srdce a pro něž například chřipka může být velmi nebezpečná. Velmi ohroženou skupinou jsou klienti málo pohybliví nebo upoutaní trvale na lůžko (takových byla v roce 2021 v našich DOZP více než 1200, MPSV, 2021), u kterých může být respirační onemocnění fatální. Identifikace takových klientů by měla probíhat ve spolupráci se zdravotnickými pracovníky, informováni by měli být klíčoví pracovníci a měl by být stanoven postup, jak je chránit.

Součástí prevence je nejen vymezení situací, které zařízení vyhodnotí jako rizikové, ale také stanovení povinností a odpovědnosti

jednotlivých osob, tedy komu hlásit/konzultovat podezření na výskyt onemocnění (ale i nemoc zaměstnance, který v inkubační době byl v kontaktu s klienty), stanovit způsob informování zaměstnanců a postup zavádění jednotlivých preventivních opatření, definovat pravomoci jednotlivých vedoucích pracovníků, určení osob komunikujících s externími institucemi (hygiena, rodina, zřizovatel) a v neposlední řadě také stanovit zastupitelnost všech pracovníků, aby onemocnění/izolace klíčové osoby nekomplikovala realizaci opatření.

Dalším dílem prevence je také zajištění potřebného materiálního vybavení, tedy rukavic, roušek, dezinfekce, testovacích sad, teploměrů apod.

Všechna preventivní opatření by měla být zapracována do vnitřních předpisů organizace (standards, metodiky) a jejich znalost by měla být přiměřeně ověřována. Pracovníci by měli dostat vhodnou podporu nejen formou metodik, ale také instruktáží nebo nácviků (správný postup dezinfekce, seznámení se symptomy, kterých si mají na klientech všimnout atd.). Ilustračním příkladem je situace, kdy si pracovníci v pozdním odpoledni sice všimli, že klientovi není dobře, ale nikdo mu nezměřil ani teplotu (čekalo se na zdravotní sestru, která přišla až ráno), nebyl vyhodnocen/konzultován stav klienta (pracovník v sociálních službách byl v jednotce sám a neměl s kým), což vyústilo v převoz klienta druhý den do nemocnice v již relativně vážném stavu a také k nakažení dalších klientů a pracovníků (nebyly využity ochranné pomůcky nebo probíhal blízký kontakt s klientem).

## Začátek krizové situace

Tato část je věnována situaci, kdy již krize nastala a je třeba rychle reagovat. Rychlá a správná opatření na začátku jsou zásadní, mohou významně omezit dopady, nebo dokonce celou situaci vyřešit. Pozornost věnovaná této části může ušetřit mnoho starostí a ochránit

klienty i zaměstnance od vážnějších komplikací zdravotních, ale i provozních. V první řadě je nutné identifikovat, že krizová situace nastala. Pracovníci musejí vědět, o čem a koho mají informovat, co mají udělat, jaké jsou závazné postupy. To se zdá poměrně triviální, ale například v jednom DOZP se o víkend objevily u několika klientů průjmy, což nebylo včas identifikováno, pracovníci neudělali prakticky žádná opatření (hygienická, neomezili kontakt s ostatními apod.), což vedlo k rozšíření poměrně prudké infekce mezi klienty i zaměstnanci s následnou hospitalizací jednoho klienta, pracovní neschopností několika pracovníků, omezením v provozu a také k následným dopadům na klienty (odmítání jídla, podávání rukou, strach z infekce, která byla velmi nepříjemná).

Na počátku krize je důležitá rychlá reakce odpovědných osob, případně celého krizového týmu, tedy určení odpovědnosti, pravomocí, zastupitelnosti. Nejdůležitějším úkolem je jednak zajištění pomoci nemocným, což je ale obvykle v externích zdravotních službách (pohotovost, lékař, hospitalizace), ale z pohledu celé organizace je hlavním úkolem zastavení, nebo alespoň omezení šíření onemocnění. Mezi možná opatření, v závislosti na charakteru zařízení, prostorových možnostech, počtu klientů a zaměstnanců, charakteru infekce atd., mohou patřit:

- distribuce potřebných pomůcek a jejich okamžité využívání (rukavic, roušek, dezinfekce a rozmístění dávkovačů, jednorázových ručníků atd.);
- informovanost zaměstnanců – osobně (bezprostředně, při každém začátku směny...), e-mailem (s případným upozorněním sms), vyvěšení informací, označení pokojů s infekčními osobami atd.;
- informování klientů – obvykle osobně, způsobem odpovídajícím kognitivním schopnostem klientů, s využitím doporučení (mytí rukou, použití dávkovače dezinfekce atd.), prostředků alternativní a augmentativní komunikace (fotografií, procesních schémat, piktogramů), vlastního příkladu;

- informování veřejnosti (webové stránky, informace při vstupu), externích organizací (hygiena) a případně zřizovatele;
- depistáž nemocných, obvykle formou pozorování objektivních příznaků (kašel, dušnost atd.), měření teploty, zjišťování subjektivních pocitů klientů apod., dále zajištění lékařského vyšetření (včetně zajištění pracovníků na doprovody klientů, komunikaci se zdravotnickými zařízeními nebo hygienou), depistáž je zaměřena nejen na klienty, ale i zaměstnance, což zahrnuje i odchody domů/k lékaři v případě příznaků a nutnost zajištění zástupců;
- omezení pohybu a kontaktů v zařízení na nezbytně nutné, redukce pohybu osob v prostorách klientů (provozních zaměstnanců, pracovníků jiných oddělení, návštěv, zájemců o službu), omezení využívání společných prostor, a tím zmenšení rizika přenosu onemocnění (například obědy ve společné jídelně na etapy po odděleních, zrušení účasti na společenských akcích, redukci aktivit, kde se setkávají klienti mimo jednotlivá oddělení / buňky / domky atd.);
- používání ochranných pomůcek, zvýšená intenzita dezinfekce (nejen dezinfekce rukou, ale i míst s vysokým rizikem přenosu, třeba klik u dveří), preventivní pravidelné sledování klientů, měření teploty nebo testování;
- vymezení prostorů pro návštěvy, omezení kontaktů mimo rodinné příslušníky, používání ochranných pomůcek a v krajním případě úplný zákaz návštěv (například při celostátní/lokální epidemii chřipky nebo COVID-19).

## Průběh krize

Má-li krizová situace delší průběh, tak je třeba přistoupit k dalším opatřením (mimo již uvedené v předchozí části), která umožní zajištění nezbytných služeb a minimalizují dopady na klienty i zaměstnance,

což mohou být následující organizační opatření (opět v závislosti na charakteru onemocnění, závažnosti, provozním podmínkám atd.):

- porady krizového týmu a následná aktualizace opatření a předání informací všem zaměstnancům;
- informování krajské hygienické stanice (a zavedení opatření doporučených KHS), spolupráce se zdravotníky (smluvním lékařem, nemocnicí pečující o hospitalizované apod.), spolupráce se zřizovatelem a případně místní samosprávou, informování rodinných příslušníků/opatrovníků;
- personální zajištění nezbytných aktivit pro klienty včetně úpravy pracovní doby, vytvoření uzavřených týmů (omezení setkávání pracovníků), plánu služeb a zástupů v režimu 24/7, využití online forem komunikace, případné zajištění personální pomoci externě (agentury domácí péče, dobrovolníci z řad studentů apod.);
- zajištění nezbytných dalších služeb, jako jsou příprava a výdej stravy (personální zajištění, výdej stravy omezující kontakty, přesun stravování mimo společné prostory nebo střídání v jídelně s průběžnou dezinfekcí apod.), praní a nadstandardně dezinfekce prádla, častější výměny a dezinfekce hygienických potřeb, úklid a dezinfekce prostor, užívaných pomůcek, zvýšení hotovostního deposita (pro potřeby nákupu nezbytných pomůcek, nouzové zajištění stravy apod.);
- omezení přítomnosti provozního personálu, například formou home officu administrativních pracovníků, omezení údržby na nezbytné úkony apod.;
- zajištění pomoci zaměstnancům, dostatek ochranných pomůcek, předcházet neúměrnému přetížení (včetně zohlednění osobní situace, například péče o nemocné doma, zdravotních problémů pracovníků), možnost individuální supervize nebo intervence terapeuta (obvykle online), ocenění pracovníků (informace o odměňování za nadstandardní nasazení, psychologická podpora).

Při dlouhodobější krizové situaci není možné se vyhnout opatřením, která omezují/modifikují poskytované služby klientům a zasahují do jejich každodenních aktivit. Je důležité dbát na dodržování práv klientů, ale s akcentací primárního práva na ochranu života a zdraví klientů, ale také zaměstnanců. Samozřejmostí je zajištění uspokojování základních životních potřeb klientů, monitoringu zdravotního stavu a nezbytné zdravotní péče. Dále mohou opatření mohou spočívat v:

- informování klientů a jejich instruktáži o dodržování protiepidemických opatření, předcházení nepochopení a vytipování potenciálně rizikových klientů (problémové chování, nedodržování režimu) a intenzivní práce s nimi, psychická podpora směrem ke klientům;
- omezení volného pohybu a setkávání klientů, zákazu návštěv, nabídky a zajištění alespoň částečné náhrady (online kontakt s rodinou, dalšími klienty);
- přerušení některých aktivit, jako jsou fakultativní služby, aktivizační činnosti, společenské akce;
- zajištění volnočasových aktivit a smysluplného trávení volného času, což mohou být například pobyt a pohybové aktivity venku (prostory zařízení, příroda), online komunikace a setkávání, televize/filmy/hudba mimo společné prostory, individualizace aktivit (například individuální vykonávání činností, které klient měl společně s ostatními, jako jsou výtvarné činnosti, pracovní terapie apod.), poskytnutí časopisů, tabletů, přístupu k PC s hrami (včetně případného zapůjčení např. ze škol, firem) apod.;
- monitorování nejen zdravotního, ale i psychického stavu klientů s cílem předcházet potenciálním krizovým situacím, které by mohly narušit protiepidemická opatření, nastavení individuální podpory mimo rámec IP (náhradní činnosti);
- práci s rodinou klienta s cílem intenzivnějších online kontaktů, alespoň online zajištění aktivit nebo kontaktu s osobami,

- na které jsou klienti zvyklí (například online muzikoterapie, online kontakt s pravidelnými dobrovolníky atd.), natáčení videa pro klienty (například z míst, která pravidelně navštěvovali, vycházek, ilustrace epidemických opatření mimo zařízení – nejsou v tom sami, apod.);
- dalších aktivitách dle stavu klientů (mentální, zdravotní), možností organizace, pomoci ze strany NNO, dobrovolníků, místní samosprávy nebo zřizovatele.

## Opatření po skončení krizové situace

S koncem epidemie/krizové situace a návratem k normálnímu chodu zařízení práce nekončí, je potřebné nejen proběhlou krizi vyhodnotit, ale také realizovat opatření, která zmírní nebo odstraní negativní dopady celé krize na klienty i pracovníky.

Součástí evaluace celé krize mohou být tyto otázky:

- Co se osvědčilo?
- Co se nepovedlo?
- Co nám chybělo?
- Jaké byly dopady na klienty/zaměstnance a čemu se dalo předejít?
- Co nám krize přinesla pozitivního?

Do evaluace je třeba zapojit širší tým, na vyhodnocení by se proto měli podílet zaměstnanci v přímé péči v době epidemie, vedoucí a provozní zaměstnanci, ale také klienti nebo rodiny klientů. Evaluace probíhá obvykle i průběžně (formativní evaluace, jejímž cílem je okamžitá zpětná vazba a následné změny), ale v tomto případě jde o evaluaci sumativní (souhrnné hodnocení celé krize). Je možné využít dotazníku (online například Google forms, které umějí automaticky vyhodnotit odpovědi) a dále individuální nebo skupinové rozhovory. Není asi reálné vést rozhovory se všemi klienty, ale

při výběru je nezbytné dbát na proporční zastoupení (různé skupiny/oddělení, pohlaví, druh postižení, nemocní x zdraví). Obtížná je evaluace klientů s těžkým postižením nebo vážnými obtížemi v komunikaci, u kterých vlastní zpětné hodnocení není zpravidla možné. U těchto klientů by měla být evaluace nepřímá, na základě vyhodnocení klíčových pracovníků, ale také rodiny, dalších zaměstnanců (důvodem je nutnost získání informací vždy z více zdrojů, aby byla zajištěna maximální objektivita). Tento proces je poměrně náročný, ale je možné vytypovat typické klienty (hloubka mentálního postižení, míra mobility, úroveň samostatnosti, sociální začlenění apod.) a evaluaci provést jen u nich. Každopádně by ale evaluace neměla být procesem náhodným, kdy vedoucí pracovník má pouze náhodné informace, nebo zaměřena jen na stížnosti (nebo pochvaly). Její výsledky by se měly promítnout do úpravy vnitřních předpisů, modifikace preventivních aktivit nebo do vzdělávání zaměstnanců.

Samostatnou oblastí evaluace je zhodnocení dopadu na klienty, ale nikoli jen v průběhu epidemie, ale i těch dlouhodobějších. Po skončení COVID-19 se ukázalo, že u významné části klientů DOZP došlo ke zhoršení některých dovedností, snížení samostatnosti ve vykonávání běžných denních aktivit, vytvoření negativních návyků (například donášky jídla do pokoje, pasivního trávení volného času), nárůstu váhy a absenci pohybových aktivit (nejen v důsledku omezení sportovních činností, ale i běžných nákupů, využívání služeb ve městě, návštěv a výletů apod.). Návrat do normálu vyžaduje modifikaci jejich osobních plánů a nové formy jejich motivace. Řada klientů potřebuje, minimálně přechodně, i vyšší míru podpory, a to klade vyšší nároky na personál. Návrat do normálu a znovuoobnovení jejich dovedností může trvat i mnoho měsíců a u málo motivovaných klientů nedošlo po skončení COVID-19 k návratu k předcovidovému stavu ani rok po skončení.

## Slovo závěrem

DOZP je službou, kterou není možné v průběhu pandemie zcela uzavřít, musí poskytovat základní služby bez přerušení. Její klientelu tvoří navíc převážně osoby s postižením mentálním a kombinovaným, které mají významné limity při porozumění a aplikaci opatření zaváděných v průběhu pandemie a zároveň patří, společně se seniorry, mezi nejohroženější skupinu obyvatelstva. Dopad COVID-19 byl tímto významně ovlivněn, zejména v oblasti komunikace s klienty, zhoršování jejich stavu, nutnosti zajištění zdravotní péče a naplňování osobních cílů. Pandemie přinesla také velké nároky na personál, který musel udržet chod DOZP (byť s určitými omezeními), musel nejen dodržovat protiepidemická opatření, ale také edukovat klienty nebo identifikovat jejich problémy a následně je řešit v situaci, na kterou nebyl připraven a pro kterou bylo jen velmi málo informací. Prezentovaná doporučení v oblasti prevence, průběhu pandemie (nejen COVID-19) a postupy po skončení pandemie by měly pomoci vyrovnat se s obdobnou krizí v budoucnu a minimalizovat její dopady na klienty i personál DOZP.

## Literatura

- APSS ČR – ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, 2020. *covid News* [online]. Tábor: APSS ČR [cit. 27. 6. 2023]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/files/files/5%20covid%20NEWSfinal.pdf>
- GLEASON, J., ROSS, W., FOSSI A. ET AL., 2021. The Devastating Impact of COVID-19 on Individuals with Intellectual Disabilities in the United States [online]. In: *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. 2(9), 1–19 [cit. 27. 6. 2023]. Dostupné z: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.21.0051>

- INSTITUT PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A VÝZKUM, 2019. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. [online]. [25. 6. 2023]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analýza-socialnich-a-zdravotnich-sluzeb-dlouhodob-pece-v-CR.pdf>
- KENDALL, E., EHRLICH, C. CHAPMAN, K. ET AL., 2020. Immediate and Long-Term Implications of the COVID-19 Pandemic for People With Disabilities [online]. In: *American Journal of Public Health*. 110(12), 1774–1779 [cit. 27. 6. 2023]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33058709/>
- VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, 2020. *Život klientů a klientek v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Výzkum veřejného ochránce práv 2020* [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv [25. 6. 2023]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/uploads-import/CRPD/Vyzkumy/6-2019-domovy-pro-osoby-s-postizenim.pdf>
- MPSV ČR, 2023. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online] [cit. 27. 6. 2023]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz>
- MPSV ČR, 2016. *Doporučený postup č. 2/2016. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou*. [online] [cit. 27. 6. 2023]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny\\_postup\\_Materialne\\_technicky\\_standard.pdf/cefaea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_Materialne_technicky_standard.pdf/cefaea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96)
- MPSV ČR, 2021. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2021*. [Online] [cit. 27. 6. 2023]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka\\_rocenka\\_z\\_oblasti\\_prace\\_a\\_socialnich\\_veci\\_2021+%28%29.pdf/5fe30df9-423b-9fa2-a5da-24e41ac3eb9a](https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2021+%28%29.pdf/5fe30df9-423b-9fa2-a5da-24e41ac3eb9a)
- ZIKL A KOL., 2022. Dopad pandemie COVID-19 na poskytování služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením. In *Štúdie zo špeciálnej pedagogiky*. 2/11, s 89–99 [cit. 27. 6. 2023]. Dostupné z: <https://www.unipo.sk/public/media/26527/%C5%A0t%C3%BAdie%20zo%20%C5%A1peci%C3%A1lnej%20pedagogiky%202022,%20ro%C4%8D.%2011,%20%C4%8D.%202.pdf>
- OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS, 2020. *Updated Estimates of Coronavirus (COVID-19) Related Deaths by Disability Status, England:*

*24 January to 20 November 2020* [online]. London: Office for National Statistics [cit. 27. 6. 2023]. Dostupné z: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/coronaviruscovid19relateddeathsbydisabilitystatusenglandandwales/24januaryto20november2020>  
Zákon o sociálních službách. 108/2006 Sb., ve znění 216/2022 Sb.



## 10. Osobní asistence

PhDr. Ivana Havráňková

Sociální služba osobní asistence poskytuje podporu a pomoc široké cílové skupině, osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, s ohledem na jejich nepříznivou situaci, kterou nedokážou řešit vlastními silami, a potřebují proto pomoc a podporu v různých oblastech svého života. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Osobní asistence je poskytována terénní formou v domácnosti klienta nebo na místě, kde se klient obvykle zdržuje. Služba je poskytována za úhradu, výše ceny se odvíjí podle skutečně spotřebovaného času, nezbytného k zajištění úkonů péče. Rozsah ceny za osobní asistenci stanoví vyhláška (č. 505/2006 Sb.). Osobní asistenci řadíme do kategorie služeb sociální péče. Ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, *„služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“*

Vymezení individuální pomoci prostřednictvím osobní asistence je sjednáno ve smlouvě o poskytování sociální služby. Smlouvu uzavírá poskytovatel, uživatel, případně jeho zástupce/opatrovník. Poskytovatel se s klientem domlouvá na konkrétním úkonu péče, činnosti a plánuje průběh služby osobní asistence.

Sociální služba osobní asistence zahrnuje základní činnosti:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně,
- pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (§ 39 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností služby osobní asistence definuje prováděcí vyhláška (č. 505/2006 Sb.).

Významnou roli při plánování sociální služby osobní asistence sehrává sociální pracovník, který je v úzké spolupráci se zájemcem o službu, následně po uzavření smlouvy s uživatelem služby. Poskytovatel je odpovědný na celkový proces průběhu služby a vyhotovení individuálního plánu osobní asistence. Pracovník v přímé péči vykonává konkrétní úkony a činnosti osobní asistence v souladu s uzavřenou smlouvou a dle individuálně určených potřeb klienta. Mapování potřeb a vyhodnocování nepříznivé sociální situace s ohledem pro stanovení cíle(ů) klienta v osobní asistenci a kroků k jejich naplnění je významnou oblastí sociální práce při poskytování osobní asistence. V praxi také může docházet k situacím, kdy klient požaduje pouze úkony a činnosti osobní asistence a o osobní cíle a kroky vedoucí k jejich naplnění a jejich vyhodnocování v individuálním plánu klient nemá zájem. V případě, že klient služby dále o poskytování sociální služby nemá zájem, může vypovědět

smlouvu bez uvedení důvodu. Poskytovatel může vypovědět smlouvu jen z důvodů taxativně uvedených v zákoně č. 108/2006 Sb. Dynamika poskytování úkonů osobní asistence prostřednictvím pracovníků přímé péče závisí na postoji klienta, jeho rodiny, osob blízkých a celkovém stavu klienta v jeho nepříznivé sociální situaci. Volnost smlouvy je daná oběma smluvními stranami, takže je možné smlouvu upravit formou dodatku, za předpokladu souhlasu obou smluvních stran. Není výjimkou, že pracovníci přímé péče v praxi poskytují osobní asistenci klientům průběžně i několik let. Klienti v průběhu péče často procházejí různými životními etapami, situacemi při změně svého chování, změně zdravotního stavu, statusu atd. a pracovníci přímé péče či sociální pracovník jsou mnohdy jediní, na koho se klient obrací s žádostí o pomoc a podporu. Jestliže klient nikoho nemá a přeje si zajistit osobní asistenci v přirozeném prostředí až do svých posledních dnů, osobní asistence je poskytovaná společně s jinými službami (například hospicovými službami). Financování osobní asistence je vícezdrojové, značná část finančních prostředků je vedena ze státního rozpočtu ČR, dále vlastními zdroji poskytovatele, výběrem prostředků od klientů a dalšími zdroji.

## Osobní asistence (OA) v dobách COVID-19

Během pandemického období COVID-19 od počátku až do současné doby služba osobní asistence poskytovala klientům podporu při zajištění zvládnutí péče o svoji osobu, o domácnost, při ochraně, uplatnění a prosazování jejich základních práv a zájmů, při aktivním způsobu života. Cílem bylo zachování, stabilizace a rozvoj jejich schopností a dovedností a zkvalitnění jejich života. V tomto období docházelo k situacím, kdy tato forma sociální služby byla vystavena velkým výzvám vycházející z dané pandemické situace nestandardních podmínek, vládních nařízení a vyhlášek (Zíkl et al., 2022).

Realizace a poskytování sociální služby osobní asistence, a to nejen v terénní, ale také v ambulantní formě, byly vystaveny situacím, kdy došlo omezení někdy pozastavení poskytované služby (Truhlářová et al., 2021). Toto vedlo k nutnosti transformace způsobu poskytování služby OA a z toho důvodu k určitým nejistotám na straně poskytovatelů, zaměstnanců služby OA, i na straně klientů a jejich rodin. Scales (2022) upozorňuje, že v této době docházelo k velké fluktuaci zaměstnanců a k ohrožení kvality služby a její dostupnosti. Na tento trend poukazují i von Granitz et al. (2021), Truhlářová et al. (2021), Zíkl et al. (2022). Z tohoto důvodu bylo velmi obtížné v některých případech zachovat kvalitu sociální služby v tom rozsahu, který je definovaný v zákoně o sociálních službách a standardech kvality sociálních služeb. To se odrazilo zejména v individuálním plánování sociální služby, dále ve volnočasových činnostech a aktivizačních technikách, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoci při zajištění chodu domácnosti v přirozeném prostředí klienta, ale hlavně docházelo k úplnému omezení či pozastavení základních činností služby, což vedlo k přímému ohrožení klienta či jeho zdravotní a sociální dekompenzaci. Osoby se zdravotním postižením byly vystaveny situacím, kdy vzhledem k epidemiologickým podmínkám, vládním nařízením a omezenému výkonu sociální služby osobní asistence zůstávaly uzavřeny v domácím prostředí, často odkázané na sebepečí, případně pomoc rodiny či svého sociálního okolí. Profesionální péče byla upozaděna. Tím v některých případech docházelo k potenciálnímu či přímému k ohrožení klienta (Jesus, 2021). Zejména se jednalo o klienty s různými zdravotními hendikepy, v různém věkovém spektru. Nejčastěji byli ohroženi klienti s duševním onemocněním, s demencí, klienti s mentálním postižením. Zaměstnanci osobní asistence v době nouzového stavu pracovali v krizových podmínkách, kdy řešili situace, které byly zapříčiněny nestandardním chováním klientů v důsledku vnímání pandemické situace. Žolnová (2018), Truhlářová et al. (2021) a Havránková (2021) poukazují na realitu, že sociální pracovník

pracoval v praxi osobní asistence v době nouzového stavu se dvěma typy klientů. První se uzavřel doma a neodvažoval se z domácího prostředí vyjít, nekomunikoval a ocitl se v sociální izolaci. Druhý typ měl zvýšenou potřebu komunikace, dotazoval se na věci, které mu nebyly jasné. Osoby se zdravotním postižením i senioři patří mezi zvláště ohrožené skupiny obyvatel. Jsou nejčastějšími klienty sociálních služeb a v důsledku krizových situací vyplývajících z pandemie mají ztížený přístup nejen ke zdravotní péči, ale i k čerpání sociálních služeb. Využívají často sociální služby, a jsou tedy ohroženi množstvím kontaktů. Mohou mít ztížený přístup ke zdravotní péči (například z důvodů horší pohyblivosti nebo komunikačních bariér), obtížněji dodržují protiepidemická opatření (například z důvodu mentálního postižení, PAS) a mají častější výskyt komorbidit (Department of Health & Social Care, 2020; Colon-Cabrera, Sharma, Warren et al., 2021). Tato skutečnost kladla velké nároky na flexibilitu a změnu nastavení výkonu sociální služby v podmínkách, které byly dány vládními nařízeními a vyhláškami (Kliment, Nádvorníková, 2020).

Zcela novou kategorií pro sociální službu osobní asistence byla po dobu pandemie i v současnosti oblast zdravotní. Jako jeden z velmi důležitých pohledů při realizaci sociální služby osobní asistence se ukázala zdravotní oblast a její význam při poskytování sociální služby (Kendall, Ehrlich, Chapman et al., 2022; Šiška et al., 2021; Šiška & Beadle-Brown, 2021). Sociální služba osobní asistence byla vystavena situaci, kdy byla nucena vykonávat praktické činnosti za naprosto jiných podmínek, například testování svých zaměstnanců, manipulace a likvidace zdravotního odpadu, registrace do zdravotních systémů, povinné hlášení do zdravotnických databází atd. V těchto situacích poskytovatelům služby osobní asistence chyběla metodická podpora (Truhlářová et al., 2021). Lze předpokládat, že v budoucnu bude docházet k opakovaným výskytům epidemie virových onemocnění, což může ovlivňovat poskytování sociálních služeb dlouhodobě.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit a identifikovat problémové oblasti v poskytování služby osobní asistence při řešení opatření

spojených s výskytem COVID-19. Při formulování cílů výzkumu bylo naším cílem zaměřit se na problém komplexně, na fungování sociálních služeb v době pandemie. Pro dosažení výzkumného cíle projektu bylo využito kombinace kvalitativního a kvantitativního šetření. Osloveni byli všichni poskytovatelé sociálních služeb osobní asistence dle databáze Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV ČR.

## Oblasti, které byly v rámci výzkumného šetření v OA sledovány:

- Zastoupení poskytovatelů služby OA v rámci ČR a struktura jejich klientů v době pandemie.
- Využívané informační zdroje v době pandemie poskytovateli sociální služby OA.
- Problematické oblasti při informovanosti, metodické podpoře, spolupráci, problematické oblasti při informovanosti v OA v procentech (porovnání na počátku pandemie a aktuálního stavu).
- Problematické oblasti v práci s klientem, aktivity s klienty, které daná služba přestala (i dočasně) poskytovat.
- Personální zajištění služby OA v době pandemie, využitá opatření v rámci personální oblasti osobní.
- Organizační opatření/omezení osobní asistence.
- Co by pomohlo při jiné pandemii?

## Zastoupení poskytovatelů služby OA v ČR a struktura jejich klientů v době pandemie

V dotazníkovém šetření OA byly zapojeny všechny kraje v ČR. Výzkumného šetření se účastnilo celkem 51 registrovaných poskytovatelů sociální služby osobní asistence. Z celkového počtu poskytovatelů

osobní asistence 204 subjektů se jich aktivně zapojilo 25 procent. Nejvíce poskytovatelů bylo z Jihočeského a Středočeského kraje, Plzeňský kraj nebyl zastoupen. Podle kategorie pracovních pozic ve službě OA se výzkumného šetření účastnili převážně respondenti v manažerských a vedoucích pracovních pozicích (ředitel/zástupce 47,1 procenta, vedoucí/zástupce 45,1 procenta). Nejpočetnější cílovou skupinou osobní asistence jsou v krajích senioři (88,2 procenta), dále osoby s tělesným postižením (64,7 procenta), osoby s mentálním postižením (47,1 procenta), osoby s kombinovaným postižením (43,1 procenta). Cílová skupina osob s psychiatrickým onemocněním je prezentována 23,5 procenta, dále osoby se smyslovým znevýhodněním (19,6 procenta), osoby se zrakovým postižením (17,6 procenta), osoby se sluchovým postižením (17,6 procenta), osoby s problematickou komunikací (13,7 procenta). V kategorii děti se jedná o děti v předškolním věku (11,8 procenta), v mladším školním věku (11 procent), ve starším školním věku (13,7 procenta) a dorost (11,8 procenta). Rodiny s dětmi představují zastoupení 7,8 procenta a dospělí 27,5 procenta. Kojenci nebyli v šetření identifikováni. Přestože je projekt primárně zaměřen na cílovou skupinu osob se zdravotním postižením, identifikujeme u poskytovatelů OA výrazné zastoupení cílové skupiny seniorů.

V první fázi výzkumu ze šetření vyplynuly problémy. Poskytovatelé služby neměli dostatek informačních zdrojů a metodické podpory při práci s klienty v jejich přirozeném prostředí. Příímý výkon péče často probíhal v terénu ad hoc, dle nutnosti a naléhavosti potřeb klienta bez ohledu na to, zda je klient (či jeho rodina, osoby v domácnosti) zasažen onemocněním COVID-19. V předvýzkumu bylo dále zjištěno, že se v praxi jen velmi obtížně dodržovala některá nařízená opatření, například správné užívání ochranných pomůcek. Pro klienty s mentálním postižením sice tato opatření nebyla závazná, nicméně část z nich se dodržovala, ale docházelo k nedorozuměním. Potíže činily například kontakty s jinými osobami, které se cítily ohrožené (jiní klienti, rodiny, pracovníci). Obtížně řešitelné bylo

vysvětlování všech omezení zejména klientům s postižením mentálním a s demencí (Zíkl et al., 2022). Pro klienty terénních služeb bylo náročné omezení či pozastavení služeb a změna jejich dosavadního fungování v domácnosti či trávení volného času. U klientů, kteří dočasně nemohli terénní služby využívat, byla zatěžující sociální izolace, klienti a jejich osoby blízké měli obavy a strach o své zdraví.

Z dotazníkového šetření vyplynulo zjištění, že v praxi v době pandemie docházelo také k zamlčování příznaků klientů/onemocnění/karantény atd. ze strany blízkých osob. Tato skutečnost se promítala do personální roviny v zajištění péče u poskytovatelů služby osobní asistence. Oblast individuálního plánování v době pandemie byla upozaděna.

## Informace, metodická podpora, spolupráce

Sociální služby osobní asistence v době pandemie sledovaly zdroje informací, s kterými realizátoři osobní asistence pracovali. Dále byly zjišťovány konkrétní problematické oblasti metodické podpory a spolupráce, a to z pohledu vnímání situace pandemie poskytovateli služeb v první vlně pandemie a změny, které vnímají v porovnání v době ukončování pandemické situace. Nedostatek informací při práci s klientem na počátku pandemie hodnotí poskytovatelé jako problém v 47,1 procenta a v současnosti je tento nedostatek identifikován v 21,6 procenta. Z využívané informační nabídky a spolupráce se ukazuje poměrně silné zastoupení sociální správy a resortu zdravotnictví na počátku pandemie, v další vlně dochází ke změně, k poklesu poptávky. Obecní/městské úřady, ač by se mohlo zdát, že jsou k poskytovatelům sociálních služeb v terénu a praxi nejbližší, nebyly plošně zajímavým vyhledávaným zdrojem, který by poskytl metodickou podporu a informace v době pandemie. Jejich zastoupení jako zdroje se na počátku pandemie pohybuje v hladině pod 20 procenty. Aktuálně v současnosti dochází k razantnímu poklesu

vnímání zájmu ze strany poskytovatelů OA při vyhledávání informací, metodické podpory a spolupráce s obecním či městským úřadem dochází k poklesu o 80 procent. Toto zjištění u obecních a městských úřadů je alarmující s ohledem na dostupnost služeb v obcích, městech, na kvalitu sítě v regionu, komunitní plány obcí a měst a v neposlední řadě na krizové řízení v obcích a zapojení sociálních odborů v obcích a městech. Ukazuje se slabší význam obecních úřadů ve srovnání s krajskými z hlediska poskytování informací.

Obecně lze konstatovat, že v aktuální vlně pandemie dochází ke změně, a to k poklesu vyhledávání zdrojů a metodické podpory u všech subjektů s výjimkou Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Ta v době pandemie na počátku, v průběhu i aktuálně plní roli stabilní zdrojové informační základny poskytovatelů služby osobní asistence. Přestože ve druhé vlně pandemie jsou sociální služby nuceny reagovat na problematiku testování COVID-19, vakcinaci, onemocnění klientů, onemocnění zaměstnanců, zdravotnické subjekty jako zdroj informací, spolupráce a metodické podpory vykazují aktuálně změnu poklesu zájmu ze strany poskytovatelů oproti stavu na počátku pandemie. Zdravotní pojišťovny a ministerstvo průmyslu v době pandemie na počátku ani aktuálně nebyly vyhledávaným zdrojem informací pro poskytovatele osobní asistence v době pandemie.

## Problematické oblasti při informovanosti, metodické podpoře, spolupráci

Poskytovatelé osobní asistence v této kategorii jednoznačně vyjádřili názor a upozornili na nepřehlednost informací jak na počátku pandemie, tak v současné době. Za výrazný problém považují příliš časté změny, dále celkový nedostatek informací a metodické podpory, nepřehlednost informací. Všichni pociťovali malou metodickou podporu (na počátku pandemie i aktuální stav) v oblasti zdravotní,

právní, při práci s klienty služby, při práci se zaměstnanci v sociálních službách. Metodiky jsou vydávány příliš pozdě, jsou příliš obecné a nepřinášejí dostatek možností k odborným konzultacím. Tato skutečnost mohla mít vliv na kvalitu a fungování služby a péče v terénu, neboť limity personálních kapacit poskytovatele pro tvorbu metodik v praxi v době pandemie mohly být u řady terénních poskytovatelů důležitým stagnačním prvkem. Obecně lze konstatovat, že aktuálně dochází v osobní asistenci k menšímu využívání informačních zdrojů než na počátku pandemie.

Z otevřených otázek dotazníků byly v kategorii 2 zaznamenány odpovědi: *„Informace z různých zdrojů si odporovaly, metodika se nevěnovala terénním službám, ‚bludný kruh‘ – instituce při žádosti o informace odkazují dokola na jiné instituce, další vlny méně náročné – již zkušenost z předchozích vln, dobrá spolupráce s KHS, s KÚ, s MÚ, nařízení neslučitelná s praxí, neschopnost institucí odpovídat na dotazy, nesystematičnost vydávaných nařízení, významná úloha APSS, požadavek na existenci stručných metodických materiálů, osvědčila se komunikace s jinými podobnými službami.“* I když v praxi docházelo k různorodosti čerpání informačních zdrojů využitelných ve službách, přesto poskytovatelé osobní asistence vnímali množství informací jako nedostatečné a neucelené. Postrádají informace při práci s klienty v době pandemie a informace o oblasti zdravotnictví a právní.

## Problematické oblasti v práci s klientem OA/aktivity s klienty, které služba přestala (být dočasně) poskytovat

Poskytovatelé definovali jako nejvíce problematické, a to na počátku i aktuálně, když klienti přerušili/ukončili využívání služby kvůli obavám o zdraví (na počátku 76 procent, aktuálně 24 procent). Značně problematické bylo zhoršení psychického stavu klientů, což bylo deklarováno na počátku pandemie ve 40 procentech, aktuálně

v 78 procentech. Dodržování opatření ze strany klientů bylo na počátku pandemie problematické v 57 procentech, aktuálně v 49 procentech. Jako další významné problémy v práci s klientem poskytovatelé uvedli péči o klienty s onemocněním covid (na počátku 53 procent, aktuálně 22 procent), dále zhoršení fyzického stavu klientů (na počátku 51 procent, aktuálně 29 procent), dodržování opatření ze strany klientů/ZZ, blízkých osob apod. (na počátku i aktuálně 47 procent), nemožnost pracovat s klienty na stanovených cílech (na počátku 47 procent, aktuálně 22 procent), informování klientů/ /vysvětlení situace (na počátku 49 procent, aktuálně 20 procent), vznik mimořádných krizových situací (na počátku 45 procent, aktuálně 24 procent), ztrátu dosaženého vývoje a získaných kompetencí atd. (na počátku 37 procent, aktuálně 22 procent), obtíže v udržení kvality služby pro klienty (na počátku 24 procent, aktuálně šestnáct procent) a obtíže při zajišťování práv klientů (na počátku dvanáct procent, aktuálně šestnáct procent).

Mezi aktivity s klienty, které služba přestala (i dočasně) poskytovat, respondenti uváděli pomoc při vzdělávacích a aktivizačních činnostech (na počátku 20 procent, aktuálně deset procent), doprovod na jednání či úřady (na počátku 33 procent, aktuálně deset procent), doprovod spojený s volným časem, například procházky (na počátku 29 procent, aktuálně čtrnáct procent), doprovod spojený se studiem (na počátku 24 procent, aktuálně osm procent), doprovod k lékaři/na vyšetření (na počátku šestnáct procent, aktuálně šest procent), zajištění, kontrolu a údržbu kompenzačních pomůcek (na počátku i aktuálně dvě procenta), pomoc při nemoci (na počátku šest procent, aktuálně procent čtyři procenta), pomoc s dětmi (na počátku osm procent, aktuálně šest procent), pomoc při úklidu (na počátku čtyři procenta, aktuálně dvě procenta), jiné (na počátku čtyři procenta, aktuálně dvě procenta). Ve fokusních skupinách poskytovatelé OA vnímali důležitost omezení některých úkonů péče, ze skupin vyplynula potřeba redukce a modifikace vybraných úkonů (§ 30 zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění):

- a) pomoci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu – bez omezení,
- b) pomoci při osobní hygieně – bez omezení,
- c) pomoci při zajištění stravy – částečně (možné řešit objednání online, dovážkou),
- d) pomoci při zajištění chodu domácnosti – částečně, nezbytné činnosti,
- e) výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech – možné dočasné omezení,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským životem – možné dočasné omezení,
- g) pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí – částečně, pouze zachování nezbytných činností.

Důležitým momentem je dle fokusních skupin při práci s klienty v době pandemie využití třídění pacientů. Fokusní skupiny doporučují v krizových plánech kategorizovat klienty osobní asistence do tří základních kategorií, které usnadní poskytovateli přehled k zajištění a náročnosti péče: snadná domluva s rodinou, blízkou osobu, asistenci celkově bude dočasně přebírat rodina, osoba blízká, jiná osoba, která dočasně zajistí péči; některé úkony bude provádět rodina, osoba blízká, „odkladné nebo zbytné úkony“, další úkony například péče o vlastní osobu bude provádět poskytovatel; klient je plně závislý na profesionální službě, nemá rodinu, osobu blízkou, atd.

## Personální zajištění služby OA v době pandemie/ /využitá opatření v rámci personální oblasti osobní asistence

Nemoci zaměstnanců, jejich péče i o své děti, přípravy do školy, nemoci jejich dětí či odchod zaměstnanců z terénní služby se určitým

způsobem promítly do poskytování osobní asistence v době pandemie. Z fokusních skupin zazníval požadavek na podporovanou spolupráci poskytovatelů osobní asistence, sdílení informací, setkávání se v odborných týmech a diskuse k řešení situace a přijatých opatření v terénní službě, dočasné přijetí nezávislého experta, pomoc z vnějšku (specializovanou platformu v době pandemie či krizové situace). Poskytovatelé uváděli potřebu zjednodušení výběrových řízení do pozice sociální pracovník/pracovník v sociálních službách či dočasné pozastavení registrace nových zaměstnanců. Ve skupinách rezonoval požadavek na péči o zaměstnance služby v době pandemie, například zajistit psychologickou a terapeutickou podporu zaměstnancům či jinou podporu členům pracovního týmu (například vaření či darování oběda zaměstnancům, polévku uvařená armádou, firmou, státní správou), kteří tráví mnoho hodin v práci a pak mají doma povinnosti, například péči o školní děti, výuku dětí atd., a vaření ve své domácnosti proto už nezvládají. Z fokusních skupin i z dotazníkového šetření vyplynula potřeba finanční podpory či odměny s akcentem na rovné financování všech poskytovatelů služby osobní asistence. Někteří využívali dobrovolnickou činnost. Ta se jim osvědčila, neboť dobrovolníci se zapojili i do prací pro zaměstnance, například pomáhali s nákupy pro klienty. Jiní vnímali dobrovolníky spíše jako přítěž.

V dotazníkovém šetření při využití opatření v rámci personální oblasti osobní asistence poskytovatelé uváděli home office (na počátku 65 procent, aktuálně sedmáct procent), online komunikace (na počátku 61 procent, aktuálně 43 procent), školení/vzdělávání pracovníků (na počátku 53 procent, aktuálně 49 procent), práce přesčas (na počátku 43 procent, aktuálně 41 procent), zaměstnanci dělají i jiné pracovní činnosti než ty, které běžně vykonávají (na počátku 41 procent, aktuálně 24 procent), supervizi (na počátku 39 procent, aktuálně 43 procent), nábor nových pracovníků (na počátku 27 procent, aktuálně 22 procent), odbornou pomoc, například psychologické poradenství, krizová intervence (na počátku

25 procent, aktuálně 24 procent), využívání dobrovolníků (na počátku čtrnáct procent, aktuálně čtyři procenta) a v menší míře využívání studentů v rámci odborných praxí (na počátku i aktuálně čtyři procenta), využívání létajících krizových týmů (na počátku i aktuálně dvě procenta), využívání studentů v rámci uložené pracovní povinnosti (na počátku šest procent, aktuálně nula), pomoc armády služba OA dle vyjádření respondentů nevyužila.

Mezi potížemi v rámci personální oblasti osobní asistence respondenti uváděli personální nedostatek z důvodu onemocnění pracovníků (na počátku 82 procent, aktuálně 63 procent), únavu a vyčerpání pracovníků (na počátku 67 procent, aktuálně 45 procent), nedostatek personálu z důvodu péče o dítě (na počátku 63 procent, aktuálně 43 procent), zhoršenou náladu v týmu (na počátku 37 procent, aktuálně 33 procent), zhoršený psychický stav pracovníků/vznik duševních potíží (na počátku 27 procent, aktuálně 20 procent), nedostatek personálu z důvodu ošetřování blízké osoby (na počátku 22 procent, aktuálně 20 procent), ukončení pracovního poměru (na počátku dvanáct procent, aktuálně osm procent), nedostatečné kompetence/znalosti pracovníků (na počátku šestnáct procent, aktuálně osm procent), fyzické zdravotní potíže (na počátku deset procent, aktuálně čtrnáct procent), zhoršení vztahů v týmu (na počátku osm procent, aktuálně šest procent), jiné (na počátku dvě procenta, aktuálně nula).

## Využitá organizační opatření/omezení OA

Poskytovatelé do této oblasti zahrnovali například zavedení hygienických opatření (na počátku 100 procent, aktuálně 94 procent), zákaz vstupu třetích osob do zařízení (na počátku 35 procent, aktuálně dvanáct procent), omezení kapacity služby (na počátku 20 procent, aktuálně deset procent), neposkytnutí terénní služby z epidemiologických důvodů (na počátku 20 procent, aktuálně dvanáct procent),

omezení doby, kdy jsou služby poskytovány (na počátku šestnáct procent, aktuálně dvě procenta), uzamčení budov služby/oddělení (na počátku dvanáct procent, aktuálně osm procent), pozastavení přijímání nových klientů (na počátku čtrnáct procent, aktuálně nula), poskytování původně prezenčních služeb distančně (na počátku deset procent, aktuálně šest procent).

Jako problematické při využívání ochranných pomůcek OA z dotazníkového šetření dále vyplynuly jejich dostupnost (na počátku 76 procent, aktuálně čtyři procenta), dostatek financí na ně (na počátku 59 procent, aktuálně 39 procent), jejich využívání předepsaným způsobem u klientů, blízkých osob (na počátku 47 procent, aktuálně 41 procent), jejich kvalita (na počátku 41 procent, aktuálně dvanáct procent), jejich využívání zaměstnanci předepsaným způsobem (na počátku 29 procent, aktuálně osm procent), dostatečné skladovací prostory (na počátku 20 procent, aktuálně dvanáct procent), jejich likvidace (na počátku 20 procent, aktuálně deset procent), jejich distribuce v rámci služby (na počátku dvanáct procent, aktuálně osm procent).

## Co by pomohlo při jiné pandemii?

Poskytovatelé formulovali možnosti a potřeby, které by mohly pomoci v nastavení služby v jiné pandemii. Jmenovali dobrou metodickou podporu (specifická, konzultace, přehlednost, informace na jednom místě, dostatek času na realizaci opatření...), otevřené informování, přístup ke všem datům o pandemii, dostatek financí, dostatečné personální zajištění služby, vydávání smysluplných/realizovatelných vládních nařízení, zajištění dostupnosti ochranných prostředků, zajištění testování, dostatečné technické vybavení služby. V menší procentuální zastoupení byl poskytovateli vyjádřen požadavek na dostatečný vozový park, možnost personální výpomoci z jiných služeb (půjčování pracovníků), zajištění bezpečné

online komunikace (aplikace), upozornění na možnost dotací, grantů. Dále se jednalo o potřebu dostatku financí. Ve fokusních skupinách objevoval požadavek rovné financování poskytovatelů služby osobní asistence, na spravedlivější rozdělování mimořádných finančních odměn, na možnost větší autonomie vedoucích pracovníků v této oblasti (moci určit výši odměny podle skutečných zásluh pracovníka).

## Diskuse

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak fungovala služba OA v době pandemie, zjistit a identifikovat problémové oblasti při realizaci služby OA při řešení opatření spojených s výskytem COVID-19. Sledovány byly opatření a postupy, které se v praxi osvědčily a které by mohly být využitelné a přínosné pro jiné pandemie a virová onemocnění. Poskytovatelé zmiňovali zejména posílení strategie péče o své zaměstnance. Tento trend potvrzují i von Granitz a kol. (2021), Jesus (2021). Naše studie poukázala na důležitost identifikace a stabilizace procesu poskytování informací významnými aktéry podpory a pomoci (MPSV ČR, MZ, Asociace poskytovatelů ČR, zástupců státní správy a samosprávy) a důležitost multidisciplinární spolupráce a metodického vedení v době epidemie virového onemocnění (Truhlářová et al., 2021). Dále byl identifikován jako nedostatečný přenos relevantních informací o zdravotní péči. Ukazuje se, že tento koncept péče, i když není součástí sociální péče tak, jak je vnímána poskytovateli služeb v ČR, je důležitou veličinou při realizaci sociální služby OA. To potvrzují i studie Kendall, Ehrlich, Chapman et al., (2020), Šiška et al. (2021), Šiška & Beadle-Brown (2021), které identifikují zdravotní péči jako významnou při poskytování komplexní péče pro lidi se zdravotním hendikepem. Hodnocení metodické podpory ze strany poskytovatelů osobní asistence vychází jako nespecifické, je vydávána příliš pozdě, poskytovatelé vnímají málo času na realizaci změn, vytýkají nemožnost konzultací a to, že

informace nebyly dostupné na jednom místě a byly nepřehledné. Poskytovatelé vyjádřili požadavek mít informace také ve zhuštěné, stručné podobě. Významnou úlohu jako zdroj informací sehrála Asociace poskytovatelů sociálních služeb, naopak velmi malá role připadá na dílčí profesní asociace. Významným zdrojem informací zůstávají média. Z analýzy dále vyplývá, že během pandemie došlo k největší změně (při porovnání stavu s počátkem) v dostupnosti a kvalitě ochranných pomůcek. To je v současné době hodnoceno jako nejméně problematické. Úskalí signalizují terénní služby při převozu materiálně-technického zabezpečení a pomůcek do terénu, převlékání a likvidaci těchto pomůcek. Někteří klienti se zdravotním postižením měli obtíže s dodržením nařízených opatření, zejména osoby s mentálním postižením a osoby s demencí. V rámci volných odpovědí v dotazníku poskytovatelé navrhovali jako možná doporučení pro podporu jednotlivých oblastí realizace sociální služby například benefity a odměny pro zaměstnance, motivační a jinou podporu a také podporu při testování a očkování jako preventivního hlediska v sociální službě. Dále doporučovali zavádění a aplikaci různých personálních strategií a strategií řízení zaměstnanců v době pandemie, koordinovanou metodickou podporu s tím, aby centrální systém nevytvářel chaos. Metodická podpora by dle nich měla cílit jednoznačně, specificky, přehledně, srozumitelně. Informace by si neměly odporovat a poskytovatelé by uvítali jejich krátké přehledné shrnutí v metodice. Také si stěžovali na nedostatek času na přijetí dílčích opatření, stabilitu personálního týmu poskytovatele osobní asistence a byli pro eliminace personálního nedostatku. Chtěli by online školení a vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách. Objevují se vedle sebe pozitiva online komunikace a názor, že osobní kontakt je nenahraditelný a nejvíce preferovaný. Služba osobní asistence v době pandemie reálně některé úkony péče modifikovala či dočasně omezila. V průběhu pandemie, na jejím počátku i v současné době se ukazuje, že sociální služby byly nuceny čelit různým výzvám, které dosud v praxi neřešily v oblasti zdravotní (Kliment a Nádvorníková, 2020).

# Doporučený postup pro poskytovatele sociální služby osobní asistence

**1) Prevence** – cílem preventivních opatření je snížení výskytu virových infekčních onemocnění na minimální hodnoty a trvalé udržení příznivé epidemiologické situace v dané lokalitě.

**Přípravná fáze** – zahrnuje preventivní opatření, která mají za cíl předcházet samotnému vzniku daného infekčního onemocnění: vytváření optimálních podmínek k životu jedince (zdravá strava, pohyb, relaxační aktivity), zvýšenou hygienu rukou, preventivní dezinfekci, nošení ochrany dýchacích cest (roušek, respirátorů), očkování či jinou medikaci proti infekčním onemocněním dle dohody s lékařem.

## Definujte si základní preventivní body ve službě:

- Jsou stanovena a vyvěšena základní pravidla dodržování hygienických postupů.
- Je vytvořen soupis ochranných pomůcek včetně jejich expirační doby a množství, kde jsou uloženy, kde se bude objednávat další materiál, kdo hlídá jejich množství a hlásí potřebu objednání, kdo objedná, jak bude nakládáno s prošlým materiálem.
- Je vytvořena struktura personálního zajištění služby v případě krize, kdo a jak je ochoten pomoci, jak často, jeho omezení (zdravotní), kdo je schopen zastoupit a v jakých pozicích.
- Jsou stanoveny možné krizové situace v poskytované službě (zpracovány ve vazbě na standard kvality č. 14 a krizový plán).
- Jsou vytvořeny postupy pro případ krize, které odpovídají zákonným normám (zákon č. 108/2006 Sb., vyhl. 505/2006 Sb., LZPS, zákoník práce aj.), například manipulace s ochrannými prostředky, zastupitelnost zaměstnanců, nastavení možnosti přesčasů, převedení na jinou práci, využití dohod o pracovní činnosti a dohod o provedení práce, předávání informací

- v krizových situacích, plánování služby v krizové situaci, úhrada za službu po dobu krizové situace, ukončení služby.
- S těmito postupy jsou seznámeni zaměstnanci a postupně i klienti, opatrovníci, pečující osoby pro případ vzniku krize.
  - Je stanoven základní krizový tým, který pravidelně monitoruje situaci za účelem zhodnocení, zda jsou, nebo nejsou patrné známky nastávající krize. Krizový tým je stanoven a definován vedením firmy nebo služby.
  - Je vypracovaný krizový plán, vedení firmy/poskytovatel služeb vědí o jeho dostupnosti.
  - Je zmapována situace osaměle žijících klientů, kteří nemají rodinu nebo jejichž rodina žije daleko a nemůže zajistit péči po dobu případné domácí izolace.
  - Ve fázi prevence je vypracován **krizový plán**, který minimalizuje možnost výskytu a přenosu nákazy. Plán definuje krizové situace a nastavení způsobu, jak předcházet panice a šíření stresu mezi pracovníky i klienty služby, analyzuje možné krizové situace (včetně jejich popisu a způsobu řešení), postupy v případě nákazy zaměstnance, klienta, osoby blízké, pečující osoby, rozvržení pracovního týmu služby v době krizové situace a způsob spolupráce služby s ostatními subjekty (zdravotní i jiné služby).

**Realizační fáze** v době prevence představuje situace a určený postup v situaci bez zásahu virového onemocnění/se zásahem virového onemocnění.

**a) Bez nákazy pracovníků a klientů** – pravděpodobnost nákazy u pracovníků přímé péče u poskytovatele osobní asistence je do značné míry závislá na typu pracoviště (na kontaktu a intervenci v terénu nebo u poskytovatele). Riziko nákazy ale může být také významně ovlivněno v pozitivním i negativním smyslu chováním pracovníka a správně nastavenými preventivními algoritmy daného pracoviště. Mezi faktory ovlivnitelné pracovníkem, kterými

je zvýšeno riziko nákazy a přenosu, například patří soustavné podceňování rizika nákazy, chyby v dodržování preventivních postupů, nízká úroveň osobní a provozní hygieny na pracovišti/ /v terénu, konzumace potravy na pracovišti/v terénu, stav imunitního systému (je nutné posilovat imunitu například vitaminy – benefity zaměstnavatele), komorbidita neboli psychická „náklonnost“ k onemocnění (souvisí s osobním postojem k nemoci), zdraví poškozující návyky (kouření, nadměrné pití alkoholu, přejídání se aj.)

### **Metodické postupy k minimalizaci rizik šíření viru ve službě**

Vedoucí služby osobní asistence má zajištěné dostatečné množství a druhy ochranných pomůcek pro případ vyhlášení stavu krize dle pokynů MPSV a dle finančních možností poskytovatele (v rozpočtu služby předpokládat tento náklad). Příklad ochranných pomůcek: kombinéza nebo nepropouštějící oblek, jednorázová čepice, respirátor nejlépe kategorie FFP3, brýle nebo štít, rukavice, návleky na boty atd. Ochranné pomůcky má uloženy na určeném místě, zajistí vedení a kontrolu expiračních dob jednotlivých pomůcek. Zajistí likvidaci ochranných pomůcek s ukončenou expirační dobou. Je si vědom rizikových faktorů u pracovníků přímé péče a informuje o nich své podřízené při nástupu nového zaměstnance nebo při pravidelných poradách dle potřeb provozu služby. Informuje o preventivních, hygienických i represivních opatřeních podřízené zaměstnance. Ve službě je vypracovaný postup pro informování pracovníků i klientů služby v případě nákazy klienta nebo pracovníka. Je podporováno snižování stresu podřízených zaměstnanců i klientů (kurzy, školení, supervize aj.). Je připraven postup k získání informací od klientů služby/rodiny klientů/opatrovníka k bezinfekčnosti či zásahu nemoci v důsledku virového onemocnění.

Pracovník v přímé péči s klientem dbá na svůj zdravý životní styl, na psychohygienu (otužování, vitaminy, motivace klienta

k pozitivnímu myšlení). Dbá na dodržování preventivních opatření, viz kapitola Prevence. Má informace o možnosti vyzvednutí ochranných pomůcek u vedoucího služby v případě vyhlášení stavu krize. Pravidelně se účastní porad s vedením a individuálních konzultací. Využívá komunikační kanály, například email, Teams, telefon atd. Zná a respektuje rizikové faktory pracovníků přímé péče, viz odstavec Rizika vzniku nákazy u pracovníků v přímé péči. S těmito rizikovými faktory preventivně seznamuje klienta. Zná preventivní i represivní opatření v případě výskytu nakažlivého onemocnění a v případě vyhlášení krize.

**b) Virové onemocnění u poskytovatele ve službě** – při nákaze pracovníka či klienta služby jsou použita represivnější opatření zabráňující dalšímu šíření infekce.

Doporučení k minimalizaci rizik šíření viru u poskytovatele: pravidelné testování pracovníků (antigenní testy, PCR atd.), používání ochranných pomůcek při práci s klientem, používání dezinfekcí a jejich pravidelná kontrola expirační doby, očkování nebo jiný typ medikace, omezení setkávání s více lidmi najednou, s infekčními osobami, pravidelné zjišťování bezinfekčnosti klientů. Když zaměstnanec zjistí, že je infekční nebo má podezření na nákazu, tak nejde do práce a kontaktuje lékaře, řídí se jeho pokyny nebo pokynů hygienické stanice.

Doporučení k minimalizaci rizik šíření viru u klienta služby: přímá práce s klienty probíhá jen s užitím ochranných pomůcek, klientovi pracovník zajišťuje pouze nezbytné úkony péče (například hygienu, sebeobslužné úkony, stravování), zbytné úkony (například doprovody, volnočasové aktivity atd.) jsou odloženy na období bezinfekčnosti, vedoucí služby upravuje rozsah čerpání úkonů služby po dohodě s klientem, pracovník přímé péče informuje nadřízeného o situaci a projevech infekčního klienta při poskytování služby.

## **Obecný doporučený postup ve službě v případě příznaků nákazy virovým onemocněním**

Dle aktuální epidemiologické situace ve vašem regionu je třeba zvážit pořádání aktivit, kde je vyšší koncentrace lidí (zrušení akcí pro veřejnost, dnů otevřených dveří aj.). Doporučujeme, aby zaměstnanci služby nejezdili na pracovní cesty a do lokalit, kde je výskyt nákazy. Doporučujeme sledovat hlášení a pokyny zdravotních služeb (lékařů, hygieny, MZ). Doporučujeme informovat klienty služby, aby necestovali do oblastí, kde je zvýšené riziko nákazy virovým onemocněním. Průběžně se informujte o různých typech virového onemocnění. Podrobné informace o onemocnění jsou zveřejňovány na stránkách Státního zdravotního ústavu, kde lze nalézt rovněž informační letáky s informacemi o správné hygieně rukou, o onemocnění, příznacích, karanténě, medikaci apod. Sledujte pracovní právní poradenství pro zaměstnavatele a zaměstnance v souvislosti s nákazou. Vytvořte krizový plán pro případ nařízené karantény se zajištěním dostatečného množství dezinfekčních prostředků a ochranných pomůcek a respektujte pokyny krizového týmu ve službě. Informujte své zaměstnance a klienty, jak se obecně chránit před respiračním onemocněním: je nutné dodržovat zásady respirační hygieny, často si mýt ruce mýdlem a vodou, dezinfikovat prostory, mít prostředky pro zajištění služby – služební automobil, mobil, NTB atd. Pokud možno vyhýbejte se kontaktu s osobou, která jeví příznaky onemocnění, nezdržujte se v místech s vyšším počtem lidí. Používejte dezinfekční prostředky s virucidním účinkem. Osoby, které trpí respiračním onemocněním, by měly dodržovat pravidla respirační hygieny (při kýchání a kašlání řádně užívat jednorázové kapesníky, zakrývat si ústa paží, rukávem, používat ústenku tak, aby omezili možnost přenosu nákazy na okolí). Informujte své zaměstnance, jak postupovat, když se u nich vyskytne respirační onemocnění, tedy nechodit do práce a kontaktovat ošetřujícího lékaře, další postup řešit s lékařem. Informujte své klienty, jak postupovat, když se u nich vyskytne respirační onemocnění, viz přípravná fáze. Písemně

informujte klienty, eventuálně pečující osoby, jak bude probíhat poskytování služby v případě omezení provozu z důvodu onemocnění/karantény personálu. Nastavte efektivně provoz služby, například vyčleňte pracovníky, kteří budou poskytovat péči osobám. Je vhodné, aby nedocházelo k většímu střídání pracovníků, než je nezbytně nutné. Rozdělte tým tak, aby se neselekávalo větší množství pracovníků, případně upravte minimální kontakty pracovníků mezi sebou navzájem. Zajistěte testování/ možnosti vakcinace zaměstnanců určeným testem, vedte evidenci vyšetření a v případě pozitivního testu neprodleně oznamte místně příslušné KHS či lékaři. V případě zajištění ochranných pomůcek a podmínek na pracovišti a výkonu práce může také dojít k odmítnutí práce ze strany zaměstnance, pracujete proto také s touto možností, například § 106, odst. 2 zákoníku práce stanoví, že zaměstnanec může odmítnout výkon práce, o níž má důvodně za to, že bezprostředně a závažným způsobem ohrožuje jeho život a zdraví a takové odmítnutí není možné posuzovat jako nesplnění povinnosti zaměstnance. Při odmítnutí se posuzuje adekvátnost, důvodnost, bezprostřednost a přiměřenost takového jednání v porovnání se všemi okolnostmi konkrétní situace.

**2) Krize** – Ošetřuje situace, které jsou ve fázi krize. V případě virového onemocnění poskytovatele OA může dojít ke snížení počtu pracovníků z důvodu nákazy personálu. V tom případě bude nutné zajistit odpovídající personální zajištění v minimální míře. Dle praxe se bude jednat o doplnění pracovních týmů, může však nastat situace, která bude vyžadovat významné doplnění většiny týmu. Poskytovatel si vytvoří databázi pracovníků, kteří budou ochotni nabídnout svoji pomoc v přímé péči při zajišťování základních potřeb klientů. Doporučujeme postupy pro personální zajištění v minimální míře: personální zajištění služby v minimální míře a metodika pro sestavení/doplnění týmů ve službě.

### **Pracovní postup při dočasném přidělení zaměstnance (ZP, § 43a)**

Na základě shodně projevené vůle všech zúčastněných subjektů (zaměstnance, dále zaměstnavatele, který zaměstnance dočasně přidělil, a zaměstnavatele, ke kterému byl zaměstnanec dočasně přidělen – takzvaný uživatel). Zaměstnavateli zákoník práce umožňuje dočasně přidělit zaměstnance až po uplynutí šesti měsíců ode dne vzniku pracovního poměru, po dobu dočasného přidělení ukládá zaměstnanci pracovní úkoly, řídí a kontroluje jeho práci zaměstnavatel, k němuž byl zaměstnanec přidělen (uživatel). Tento zaměstnavatel rovněž zajišťuje přidělenému zaměstnanci příznivé pracovní podmínky a bezpečnost a ochranu zdraví při výkonu práce, nesmí však vůči přidělenému zaměstnanci vystupovat jménem zaměstnavatele, který zaměstnance dočasně přidělil, nesmí činit právní úkony, nemůže s ním například skončit pracovní poměr nebo změnit druh práce. Mzdu nebo plat, popřípadě náhradu cestovních výdajů, zaměstnanci poskytuje zaměstnavatel, který zaměstnance dočasně přidělil. Zákoník práce nevylučuje ani dohodu o tom, že výše uvedené náležitosti bude poskytovat zaměstnavatel, ke kterému je zaměstnanec přidělen. Zaměstnavatelé mohou rovněž uzavřít dohodu o takzvané refundaci poskytnutého plnění. Z důvodu právní jistoty zaměstnance se zdůrazňuje možnost sjednat v dohodě i pravidelné pracoviště pro účely cestovních náhrad. Z hlediska smluvní vůle stran je respektována autonomie projevu vůle, kdy vznik i změna podmínek dočasného přidělení je vázána na souhlas smluvních stran.

### **Pracovní postup – pracovní volno bez náhrady mzdy**

Je možné, aby zaměstnavatel poskytl svému zaměstnanci pracovní volno bez náhrady mzdy (neplacené pracovní volno) na určenou dobu a jiný zaměstnavatel sjedná s tímto zaměstnancem na tuto dobu další pracovní poměr. Tento postup je mimo právní režim zprostředkování zaměstnání i dočasného přidělení zaměstnance a předpokládá vznik dalšího pracovního poměru (DPP). Poskytnutí

pracovního volna bez náhrady mzdy na základě dohody je čistě v kompetenci původního zaměstnavatele.

### **Pracovní postup – dohody o práci konané mimo pracovní poměr (například nekvalifikovaný personál)**

Pracovník pracuje i nadále pro původního zaměstnavatele, ve svém volném čase může pracovat pro jiného zaměstnavatele. Kolegové si mohou například vycházet vstříc rozložením směn. Náklady na „zapůjčeného“ pracovníka nese poskytovatel, který jej využívá. Úhrada nákladů může být kompenzována například prostřednictvím dotace MPSV ČR.

### **Krizový tým a jeho činnosti ve fázi krize – činnosti týmu v krizi**

Základní krizový tým je vedením firmy (poskytovatelem) aktualizován a doplněn konkrétními pozicemi. Jsou určeni zástupci členů krizového týmu. Krizový tým pravidelně monitoruje situaci za účelem zhodnocení, zda jsou, nebo nejsou patrné známky nastávající krize, a schází se pravidelně dle potřeby. V případě vyhlášení karantény je krizový tým svolán ihned kompetentním vedoucím zaměstnancem (dále například statutárním zástupcem či krizovým manažerem). Složení členů krizového týmu a variabilita pozic závisí na typu služby (například krizový manažer, ředitel/jednatel, vedoucí služby, sociální pracovník, pracovník BOZP/personalista, odborný specialista atd.).

Předávání informací o zdravotním stavu zaměstnanců a klientů probíhá například přes Teams. Při osobním předávání je nutné dodržet hygienická opatření a odstup alespoň dvou metrů mezi zaměstnanci. Pracovníci i klienti jsou poučeni o minimalizaci rizik šíření viru (viz prevence). Vedoucí služeb se sociálním pracovníkem průběžně stanovuje zastupitelnost pracovníků pro udržitelnost poskytované služby. Kompetenci k předávání informací veřejnosti nebo médiím má pouze vedení firmy či organizace nebo vedením určená osoba. Krizový tým stanoví opatření vedoucí k minimalizaci šíření

nemoci. Opatření nastupují dle závažnosti šíření nákazy, od nejméně omezujících po striktní v souladu s nařízeními ministerstva zdravotnictví. Krizový plán je v případě nařízené karantény se zajištěním dostatečného množství dezinfekčních prostředků a ochranných pomůcek aktualizován. Krizový tým vypracuje postup pro zajištění základních potřeb klientů služby a zastupitelnost pracovníků. Při stanovení postupů je přihlíženo ke konkrétní situaci klienta, případně rodiny, ve které žije. Informace o nastavených opatřeních předává poskytovatel klientovi nebo jeho blízkým ve srozumitelné a přístupné podobě (například nemá-li klient e-mail ani telefon, obdrží informace prostřednictvím pracovníka přímé péče nebo ve stručně vytištěné písemné zprávě, která mu je dovezena přímo domů).

**3) Průběh virového onemocnění při závažné epidemiologické situaci ve službě** – Ve fázi průběhu virového onemocnění jsou řešena konkrétní specifika provozních pracovních postupů, tak aby byla služba zajištěna v minimálním standardu kvality a také její dostupnost a kvalita pro všechny klienty, kteří ji potřebují a o něž nemůže péči převzít rodina či jiné osoba, která by péči po dobu nezbytně nutnou v pandemii o klienty převzala, nebo jiná veřejná služba (zdravotnictví, školství atd.).

### **Metodika pro specifika provozních pracovních postupů přímé péče v epidemiologické situaci**

U klienta jsou zajišťovány poskytovatelem pouze nezbytné úkony péče, například hygiena, sebeobslužné úkony či stravování, aby nedocházelo k bezprostřednímu ohrožení života a zdraví klienta. Poskytovatel u každého klienta sestaví přehled nutných a zbytných úkonů. S ohledem na zvýšenou poptávku po těchto základních činnostech a dále s ohledem na personální a materiální zajištění může poskytovatel ostatní základní činnosti v době vyhlášení nouzového stavu omezit či redukovat. Při stanovení postupů je přihlíženo na konkrétní klientovu situaci, případně rodiny, ve které žije. Když

k redukci či omezení dojde, poskytovatel sociální služby nahlásí tuto situaci registrujícímu orgánu. Jiné zbytné úkony (například doprovody, volnočasové aktivity atd.) jsou odloženy na období bezinfekčnosti. Poskytovatel má také povinnost zajistit testování zaměstnanců určeným testem, vést evidenci vyšetření a v případě pozitivního testu neprodleně oznámit místně příslušné KHS či lékaři. O nařízení karantény, jejím trvání a ukončení rozhoduje orgán ochrany veřejného zdraví, který podá zaměstnavateli na jeho žádost informaci o tom, že zaměstnanci byla karanténa nařízena. V případě, že je zaměstnanci nařízena karanténa, jde o překážku v práci na straně zaměstnance, při které mu přísluší náhrada mzdy nebo platu stejně jako v případě, kdy je dočasně práce neschopen (§ 191 a § 192 zákoníku práce). I o této překážce v práci a předpokládané době jejího trvání je zaměstnanec povinen zaměstnavatele uvědomit bez zbytečného odkladu a překážku v práci mu prokázat (viz § 206 odst. 1 a 2 zákoníku práce). Podle § 191 zákoníku práce je zaměstnavatel povinen omluvit nepřítomnost zaměstnance v práci po dobu karantény nařízené podle zvláštního právního předpisu (zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění).

Zaměstnavatel (poskytovatel) může využít právní nástroje dle zákoníku práce pro plynulý chod poskytované služby, například:

- Čerpání dovolené – zaměstnavatel je na základě § 217 odst. 3 zákoníku práce oprávněn zaměstnanci změnit určený termín čerpání dovolené nebo jej z dovolené i odvolat, musí však zaměstnanci nahradit náklady, které mu bez jeho zavinění v souvislosti s odvoláním z dovolené nebo změnou termínu jejího čerpání vznikly.
- Pracovní cesta – jestliže se někteří zaměstnanci nacházejí na pracovní cestě, má zaměstnavatel právo v souladu § 38 odst. 1 písm. b a § 301 písm. a zákoníku práce dát pokyn k návratu zaměstnance na pracoviště.
- Práce přesčas – zaměstnancům lze nařídit výkon práce přesčas, a to s odkazem na § 93 odst. 2 zákoníku práce v souvislosti

s dikcí § 91 odst. 3 písm. f zákoníku práce, tj. v souvislosti s nutností zajištění prací se zřetelem na uspokojování životních a zdravotních potřeb obyvatelstva. Nařídit lze práci přesčas maximálně v rozsahu 150 hodin v kalendářním roce a jen osmi hodin týdně. Práci přesčas nad tyto limity lze konat jen na základě dohody se zaměstnancem tak, aby v průměru nečinila více než osm hodin týdně.

### **Doporučené postupy pro poskytovatele při práci s klientem v domácí izolaci**

Z důvodu specifických nároků na materiálně technické, personální a organizační zajištění terénní služby v případě domácí izolace klienta v souvislosti s virovým onemocněním se poskytovatel osobní asistence soustředí na následující kroky: Aktualizuje seznam osaměle žijících klientů, kteří nemají rodinu nebo jejichž rodina žije daleko a nemůže zajistit péči po dobu případné domácí izolace. Připraví seznamy s kontakty a nezbytnými informacemi pro zdravotníky, záchranáře. Zmapuje rozsah nezbytné péče, bez které se klient neobejde. V případě pečujících rodin se s nimi domluví na převzetí péče (nebo pomoci pouze v nezbytně nutné míře) v případě onemocnění klienta nebo výpadku pracovníků terénní služby. Písemně nebo telefonicky srozumitelně informuje klienty, případně pečující osoby, jak bude probíhat poskytování služby v případě omezení provozu z důvodu onemocnění/domácí izolace pracovníka služby. S klientem projedná způsob poskytování péče během jeho domácí izolace. Péče nemůže být poskytována, jestliže klient s mimořádným režimem (rozsahem péče, používáním ochranných prostředků, používáním dezinfekce) nesouhlasí. Poskytovatel zajistí základní úkony dle smlouvy s klientem (stravu, tedy dovoz obědů a nákupy, nezbytnou osobní hygienu, zajištění nezbytných léků, základní nezbytný úklid, pochůzky), na nákupy jsou používány jednorázové nákupní tašky (papírové nebo igelitové), které budou zakoupeny společně s nákupem. Je-li to možné, probíhá dovoz obědů prováděn bez

kontaktu s klientem (výměna jídlonosičů u dveří), obdobně jsou zajišťovány nákupy jako samostatný úkon. Manipulace s jídlonosičem je prováděna v rukavicích, jídlonosič je převážen odděleně od ostatních jídlonosičů a je samostatně myt a dezinfikován. V době klientovy izolace nejsou poskytovány velký úklid, doprovody, volnočasové aktivity, minimálně péče o domácnost, pedikúry apod. Na prádlo v terénu je používán speciální prášek s dezinfekčním účinkem nebo jiný dezinfekční prostředek. Kde je možná vyvážka, prádlo se pere na 90 stupňů, jinak minimálně na 60 stupňů. Je-li prádlo převáženo do ambulantní formy do prádelny, je převáženo ve speciálních uzavíratelných nepropustných pytlích (například vakuových pytlích). Manipulace s prádlem probíhá odděleně od prádla ostatních klientů a za použití ochranných prostředků. Na praní je používán speciální prášek na prádlo s dezinfekčním účinkem nebo jiný dezinfekční prostředek. Po vyprání prádla je celý prostor prádelny důkladně vydezinfikován, rovněž jsou vydezinfikovány pytle na špinavé prádlo. Čisté prádlo je pro převoz zabaleno do mikrotenových pytlů. Úkony péče jsou prováděny výhradně v ochranných prostředcích (respirátoru, ochranných brýlích, rukavicích, jednorázovém obleku), je důsledně prováděna hygienická dezinfekce rukou. Použité ochranné prostředky poskytovatel skladuje ve speciálním boxu na nebezpečný odpad, který je umístěn v klientově bytě u vchodových dveří. K převlečení kontaminovaného obleku a brýlí dochází přímo v terénu u vchodových dveří. Po převlečení si pracovník dezinfikuje obě ruce dezinfekcí, kterou má stále k dispozici u sebe. Likvidaci nebezpečného odpadu zajistí poskytovatel. Klientům s prokázanou nákazou lze poskytovat asistenci, když jsou k tomu vytvořeny podmínky, respektive když zaměstnanci služby mají všechny certifikované ochranné prostředky, byli řádně seznámeni s jejich používáním a likvidací, mají prostor na oblékání a svlékání a lze u nich zajistit řádnou dezinfekci tak, aby nepřenesli nákazu na další osoby nebo se sami infikovali.

**Doporučené postupy poskytovatele zaměstnancům služby (vedoucím sociálních služeb, vedoucím služby OA, , sociálním pracovníkům, pracovníkům v sociálních službách) v průběhu krizové situace k zajištění služby**

Poskytovatel služby v průběhu krizové situace ošetří pro jednotlivé pracovní pozice ve službě postupy práce. V některých typech služby může dojít ke zvážení kumulace činností, nejsou-li vymezeny pracovní pozice vedoucího služeb/vedoucího OA (může být zahrnuto do jednoho pracovního místa).

**Vedoucí sociálních služeb** – je členem krizového týmu, sleduje a předává informace v týmu od MPSV, MZ, KHS, dalších zdrojů veřejné správy či od vedení organizace svým podřízeným. Předává informace o obecném doporučeném postupu v případě příznaků nákazy respirační nemocí svým podřízeným. Pravidelně sbírá informace o aktuálním stavu v provozech služby a informuje vedení firmy. Dbá o udržování své psychické stability i pracovníků přímé péče. S vedoucím osobní asistence aktualizuje postupy v situaci, kdy je klient v domácí izolaci, a dbá na dodržování postupů pracovníků služby. Má k dispozici seznam psychologické podpory (telefonické, e-mailové, online, například Teams aj.) pro klienta pro případ jeho zhoršujícího se psychického stavu. Aktualizuje seznam ochranných pomůcek včetně jejich expirační doby a množství, míst, kde jsou uloženy, kde se bude objednávat další materiál, kdo hlídá množství a hlásí potřebu objednání, kdo objedná, co s prošlým materiálem. Dbá na vyvěšení cedulí k umyvadlům o správném mytí rukou a zajišťuje pro pracovníky příslušnou dezinfekci. Zveřejní informace o pravidlech provozu a chodu služby pro zaměstnance, klienty, spolupracující subjekty a veřejnost. Dbá o zveřejnění postupu omezeného pohybu osob v zázemí pracovníků služeb z důvodu minimalizace rizik (dobrovolníků, externích specialistů, stážistů, praktikantů, zájemců o práci aj.). Ve spolupráci s vedením poskytovatele nastavuje pravidla používání respirátorů a dalších ochranných pomůcek.

Naváže komunikaci s hygienickou stanicí dle potřeb a pokynů vedení firmy. Mapuje situaci na veřejnosti a sleduje aktuální dění na internetu, tisku z dalších relevantních zdrojů (odborných organizací, například APSS atd.). Sleduje e-mailové korespondence, zprávy z datové schránky s MZ, MPSV, KHS, odborů sociálních, zdravotních aj. a informace předává vedoucímu služby. Kontaktuje závodního lékaře a požádá o stanovisko, jak preventivně postupovat ve vztahu k riziku aj. Probere s ním možnost zajištění psychologické podpory (alespoň telefonické) klientů, u nichž dochází ke zvyšování neklidu, v případě potřeby i pracovníků přímé péče. Vedoucí služeb má k dispozici seznam podpůrných poradenství a poraden v době krize od poskytovatelů služeb v rámci komunitního plánování města.

**Vedoucí služby OA, sociální pracovník** – má informace o obecném doporučeném postupu v případě příznaků nákazy respirační nemoci a informuje o něm své podřízené. Řídí aktuálními pokyny vedoucí sociálních služeb a vedení organizace v oblastech opatření a nařízení vedoucí k eliminaci šíření nákazy. Má rozšířené kompetence v krizové situaci k nastavení přesčasových hodin pracovníků v sociálních službách tak, aby byla zajištěna zastupitelnost nakažených asistentů u klientů – viz krizový plán. Zveřejňuje aktuální informace tak, aby byla nejdůležitější sdělení předána, ale nedocházelo k panice (tedy sděluje jen to nejdůležitější v daný okamžik). Dbá o seznámení klientů služby o zahájení kroků s minimalizací rizik ve srozumitelné formě. Vedoucí služby zajistí a monitoruje pravidelný úklid a dezinfekci služebního vozidla po každém výjezdu: vyvětrání vozidla, dezinfekci plochy, kterých se osoby běžně dotýkají (volantu, řadicí páky, klik a ovladačů atp.), používání ochrany nosu a úst, dezinfekci rukou před uchopením volantu. Stará se o dezinfekci dalších pomůcek, například mobilů či notebooků. Dbá o udržování své psychické stability i pracovníků přímé péče. V případě zvyšování zájmů o péči ze strany klientů se snaží nepřetěžovat své pracovníky. Rozděluje klienty a péči rovnoměrně mezi všechny zaměstnance s ohledem na

výši úvazku. Dle vzájemné domluvy se zaměstnancem s nižším úvazkem může případně dočasně navýšit práci na plný úvazek. Využívá další formy pracovně právních vztahů, například dohody atd. Budou-li požadavky k poskytování péče a asistence ze strany klientů nad rámec možností služby, kontaktuje vedoucí sociálních služeb a předává podněty sociálnímu odboru příslušného kraje, města, obce.

**Pracovník v sociálních službách v přímé péči** – pracovník služby je edukován dle pokynů doporučeného metodického postupu v době krize a dle pokynů vedoucího služby. Když pracovník neshledává na klientovi žádné příznaky virové nákazy, sleduje jeho stav při každé návštěvě. V případě, že pracovník přijde do kontaktu s klientem s podezřením na virovou nákazu, zjistí, zda klient informoval lékaře či KHS. Když toho klient či rodina nejsou schopni, předá informaci o klientově virové naze vedoucímu služby. Ten a místně příslušná krajská hygienická stanice určí další postup. Asistent po kontaktu s infikovaným klientem v terénu projde testováním a kontaktuje lékaře k dalšímu postupu. Klient v přítomnosti pracovníka služby používá roušku, je-li to možné. V případě, že je klient v domácí izolaci a není možné přerušit osobní péči o něj v domácnosti, řídí se pracovník postupy při práci s klientem v domácí izolaci – viz výše. Pracovník služby je vybaven jednorázovými pomůckami určenými pro práci s klientem s onemocněním. Jednorázové pomůcky bezpečně likviduje ihned po použití. Jestliže nejsou k dispozici jednorázové pomůcky určené pro práci s virovým onemocněním, a nelze tak zajistit pracovníkovu dostatečnou ochranu a bezpečnost, je k zajištění péče klienta nezbytná komunikace s KHS či lékařem (klient je například odeslán sanitním vozem vybaveným na převoz infekčního pacienta do zdravotnického zařízení). Pracovník, který používá k přejezdům mezi klienty služební automobil, dbá o jeho pravidelný úklid a dezinfekci po každém výjezdu: vyvětrá vozidlo, dezinfikuje plochy, kterých se osoby běžně dotýkají (volant, řadicí páku, kliky a ovladače atp.), ve vozidle vždy používá ochranu nosu a úst, před uchopením

volantu si dezinfikuje ruce. Ve služebním automobilu je zajištěn převoz náhradních ochranných pomůcek pro zaměstnance služby a box na kontaminovaný odpad.

**4) Konec a vyhodnocení závažné epidemiologické situace** – po odeznění závažné epidemiologické situace ji tým určených zaměstnanců služby zhodnotí. Evaluační tým může být složen ze členů krizového týmu, o jeho složení rozhoduje vedení firmy či organizace.

**Postup při evaluaci a vyhodnocení epidemiologické situace ve službě:** Stanovte si systém pro evaluaci a vyhodnocení krizové či epidemiologické situace ve službě. Určete body pro evaluaci a zpětnou vazbu (ústní formu, písemnou formu). V krizovém plánu by mělo být uvedeno, co se osvědčilo a kde jsou rezervy. Definujte kroky a úkoly pro evaluační tým. Zajistěte distribuci podkladů k evaluaci a zpětné vazbě, následně sběr dat od klientů a zaměstnanců služby. Definujte efektivnost a účinnost nastavených opatření s konkrétními výsledky a způsoby provedení (opatření, výsledek). Rozepište dopady na poskytování služby, například provoz organizace v oblasti finanční, materiální, personální a následně aplikujte v praxi služby:

- Zvýšené finanční náklady způsobené doplněním dezinfekčních prostředků a ochranných pomůcek (nezapomenout na promítnutí do dotačních titulů).
- Psychické vyčerpání zaměstnanců – přes krizové období do doby odeznění krize (supervize, benefity poskytovatele, uznání a poděkování poskytovatele zaměstnancům služby).
- Vznik nových návyků klientů, úbytek jejich schopností (změny uvést do záznamů IP, řešit v rámci MDT).
- Home office zaměstnanců služby – nákup vybavení, nastavení systému ochrany dat (přenos do pracovní smlouvy zaměstnanců/souhlas poskytovatele).
- Pružná pracovní doba zaměstnanců služby.

Zpracujte náměty pro zlepšení a doporučení ke změně postupů či pravidel, a jak s nápady bude nakládáno dále, jak se změnami budeme ve službě pracovat. Sledujte průběžně zpětnou vazbu od klientů, například co jim během epidemiologické situace nejvíce pomohlo a proč, co by uvítali a co jim chybělo. Podklady ze zpětné vazby určený pracovník (například vedoucí služby) zpracuje do krizového plánu. Zajistěte kompenzace dopadů epidemiologické situace (odměny zaměstnanců). Určený pracovník (například vedoucí služeb) připraví návrh odměn pro zaměstnance služby. Dle možností a příležitostí veřejné sociální správy zajistí podání žádosti na dofinancování služby s odměnami. Shrnutí závěrů a evaluace z krizového období či z epidemiologické situace může být zahrnuto například do vnitřních pravidel služby a do závěrečného vyhodnocení služby například ve výroční zprávě či v popisu dopadů na službu v dotačních titulech.

## Slovo závěrem

Zkušenosti a prožitá realita sociálních služeb v době pandemie virového onemocnění COVID-19 staví před poskytovatele sociálních služeb mnoho nových výzev a povinností při zajištění a realizaci poskytování služby. Je zásadní zdůraznit posílení kvality poskytovaných služeb i v době rizikových situací, v době pandemie či v nepříznivé sociální situaci jedince. Zásadním cílem sociální služby zůstává udržení nebo rozvoj stávajících klientových kompetencí a dovedností a zachování jeho lidské důstojnosti a autonomie a motivovat klienty k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Ukazuje se, že v situaci, kdy je nutné omezit a upravit poskytování osobní asistence podmínkám vyplývajícím z epidemie způsobené virovým onemocněním, je významným

faktorem dobře nastavený proces toku informací, a to jak z relevantních institucí státní správy a samosprávy, tak také v organizaci služby samotného poskytovatele. Důležitou součástí je oblast zdravotně-sociálního pomezí a související multidisciplinární spolupráce. Tyto fragmenty musejí podpořit ucelené metodické koncepce zadavatele služeb (například. krajský úřad, obecní úřad) a garanta služeb (například MPSV). Za poměrně úspěšná personální opatření nastavená v době pandemie poskytovatelé považují home office, online komunikaci, školení a vzdělávání zaměstnanců, supervizi, odbornou pomoc atd. Před sociálními službami, a to především službami terénního charakteru, stojí nyní výzva, jak nastavit efektivní procesy při poskytování služby v období epidemie virového onemocnění.

## Literatura

- COLON-CABRERA, D., SHARMA, S., WARREN, N., & SAKELLARIOU, D. 2021. Examining the role of government in shaping disability inclusiveness around COVID-19: a framework analysis of Australian guidelines. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1–11. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-021-01506-2>
- HAVRÁNKOVÁ, I. 2021. Zkušenosti s krizovým řízením sociální práce v organizaci. In Truhlářová, Z., Vráželová, L., Tajanovská, A., Jelínková, M., Havránková, I., Machová, 2021. *Sešit sociální práce. Sociální práce v mimořádných podmínkách*. č. 9/2021, Dostupné z: [http://www.budmeprofi.cz/wp-content/uploads/2021/06/9.-SSP\\_FINAL-2.pdf](http://www.budmeprofi.cz/wp-content/uploads/2021/06/9.-SSP_FINAL-2.pdf)
- JESUS, T. S. et al. (2021) Lockdown-Related Disparities Experienced by People with Disabilities during the First Wave of the COVID-19 pandemic: Scoping Review with Thematic Analysis. In *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12). Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/12/6178>

- KENDALL, E., EHRLICH, C., CHAPMAN, K. et al., 2020. Immediate and Long-Term Implications of the COVID-19 Pandemic for People With Disabilities. *American Journal of Public Health* [online]. 110(12), 1774–1779 [cit. 22. 6. 2022]. Dostupné z: doi:10.2105/AJPH.2020.305890
- KLIMENT, P., NÁDVORNÍKOVÁ, L. 2020. Prvotní reflexe dopadu epidemie koronaviru na sociální služby v ČR. *Fórum sociální práce*, 2/2020, Dostupné z: [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/123715/Pavel\\_Kliment\\_-\\_Lenka\\_Nadvornikova\\_20-28.pdf?sequence=1](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/123715/Pavel_Kliment_-_Lenka_Nadvornikova_20-28.pdf?sequence=1)
- SCALES, K. 2022. Transforming direct care jobs, reimagining long-term services and supports. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(2), 207–213.
- ŠIŠKA, J., ČÁSLAVA, P., KOHOUT, J., BEADLE-BROWN, J., TRUHLÁŘOVÁ, Z. & HOLEČKOVÁ, M. K. 2021. *What matters while assessing quality of social services? Stakeholders' perspective in Czechia*. Dostupné z: *European Journal of Social Work*, 24(5), 864–883. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13691457.2021.1934411>
- ŠIŠKA, J., BEADLE-BROWN, J. 2021. *The Development, Conceptualisation and Implementation of Quality in Disability Support Services*.
- TRUHLÁŘOVÁ, Z., VRÁŽELOVÁ, L., TAJANOVSKÁ, A., JELÍNKOVÁ, M., HAVRÁNKOVÁ, I., MACHOVÁ, Z. 2021. *Sešit sociální práce. Sociální práce v mimořádných podmínkách*. č. 9/2021, Dostupné z: [http://www.budmeprofi.cz/wp-content/uploads/2021/06/9.-SSP\\_FINAL-2.pdf](http://www.budmeprofi.cz/wp-content/uploads/2021/06/9.-SSP_FINAL-2.pdf)
- VON GRANITZ, H., REINE, I., SONNANDER, K., & WINBLAD, U. 2017. Do personal assistance activities promote participation for persons with disabilities in Sweden? *Disability and Rehabilitation*, 39(24), 2512–2521. DOI: 10.1080/09638288.2021.1897691. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09638288.2016.1236405>
- Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006, o sociálních službách. Sbírka zákonů ČR, 2006, částka 37, s 1257–1289.

- ZIKL, P., MARKOVÁ, A., NESLÁDEK, M. et al. 2022. Changes in Social Services for People with Disabilities in the State of Emergency Instigated by the COVID-19 – Results of Preliminary Research. *Czech and Slovak Social Work*. Volume 22 Issue 4, p. 4–20.
- ŽOLNOVÁ, J. 2018. Osoba s poruchami správania. In Hučík, J., Mikurčíková, L. (Eds.) *Špeciálna pedagogika pre pomáhajúce profesie II*. Prešov.



# 11. Raná péče

PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Aktuálním trendem v oblasti intervence u dětí s identifikovaným rizikem ve vývoji, jakož i u dětí s diagnostikovaným závažným onemocněním či zdravotním postižením raného věku, je zajištění včasné komplexní péče (Krhutová in Matoušek, 2013). Komplexnost poskytovaných služeb spočívá nejenom v podpoře jedince jako takového, ale i jeho rodiny v oblasti zdravotní, sociální (speciálně pedagogické, psychologické, ale i technické (například zajištěním kompenzačních pomůcek), ekonomické apod. (Jankovský, 2006). Tyto služby jsou poskytovány s cílem zajistit jedincům se zdravotním postižením a osobám v jejich sociálním okolí co nejširší účast na společenském, občanském i sociálním životě a maximálně možnou nezávislost. K tomu se kombinovaně a koordinovaně využívá výše uvedených prostředků, postupů a opatření (Michalík, 2011). Podpora vývoje dítěte se zdravotním postižením a jeho rodiny i komunity, v níž vyrůstá, je posláním sociální služby označované jako „raná péče“ (dále pouze RP). Služba RP vychází z tendence podpory vývoje dítěte v jeho přirozeném prostředí (rodině, komunitě), staví na partnerském vztahu ke klientovi (tj. k dítěti se zdravotním postižením a jeho rodině), zaměřuje se na možnosti jeho rozvoje, přičemž

vychází z jeho individuálních predispozic i aktuálních možností a schopností jeho užšího sociálního okolí (Tassoni, 2003).

Vítková a Potměšil (in Valenta a kol., 2015) definují ranou péči (Early Intervention, Frühförderung) jako sociální službu preventivního charakteru, která je realizována v terénu, ale může být popřípadě doplněna i o ambulantní formu služby. Je poskytována rodičům dítěte, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, a to maximálně do sedmi let jeho věku. Služba je zaměřena na podporu rodiny a současně i na podporu vývoje dítěte, a to v návaznosti a s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba obsahuje tyto základní činnosti: výchovné, vzdělávací a aktivizační (jedná se o zprostředkování kontaktu se společenským prostředím), sociálně-terapeutické a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Jedná se o vymezení služby RP, které koresponduje s popisem služby RP, tak jak je definován v § 54 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Služba raná péče je poskytována zájemcům o službu, a to na základě jejich žádosti a uzavření smlouvy s poskytovatelem služby.

Program RP v sobě zahrnuje tři hlavní oblasti, které se vzájemně prolínají. Podle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, jsou základní činnosti při poskytování služby RP rozděleny do následujících skupin: a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Bendová, 2015). Služby RP jsou poskytovány zejména formou terénní, tj. v domácím prostředí uživatelů služby, mohou být doplněny ambulantními službami (zejména terapiemi) a dalšími formami poskytování služby (vzdělávacími semináři, vícedenními pobyty a kurzy, telefonickými a emailovými konzultacemi doprovázením při kontaktu s dalšími odborníky a dalšími) (Hradilková, 2018).

Během poskytování služeb RP je nezbytná mezioborová spolupráce, zejména s odbornými lékaři, psychology, sociálními pracovníky a dalšími zainteresovanými odborníky (Šándorová, 2015).

Cílem rané péče je dosáhnout sociální integrace rodiny a dítěte se zdravotním postižením. Tento cíl je naplňován prostřednictvím níže uvedených dílčích cílů, tj.:

- snížení negativního vlivu postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a na jeho vývoj (například rozvojem komunikačních schopností dítěte se sluchovým postižením a celé jeho rodiny tak, aby se zabránilo vzniku komunikační bariéry v rodině);
- zvýšení vývojové úrovně dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy (například střediska rané péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením se zaměřují na rozvoj postižených zrakových funkcí dětí prostřednictvím propracovaných metodik stimulace zraku);
- posílení kompetence rodiny a snížení její závislosti na sociálních systémech,
- vytvoření podmínek sociální integrace pro dítě, rodinu i společnost (Hradilková, 2018).

Dosažení výše uvedeného cíle/cílů je významně podmíněno kvalitou kooperace mezi rodinou a odborníky participujícími na komplexní podpoře dítěte se zdravotním postižením, a to napříč resorty MPSV, MZ a MŠMT ČR. Rodina musí být v daném kontextu vnímána jako zásadní komunikační partner plně zapojený do systému podpory dítěte a poskytovaných služeb. Rodina dítěte se zdravotním postižením raného věku je také často zprostředkovatelem informací mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu, který péči o dítě s postižením zajišťuje.

Obecně lze konstatovat, že rodiny využívající službu rané péče se ocitají v náročné životní situaci, řeší psychosociální a zdravotní problémy, které s sebou často dále přinášejí problémy v oblasti educační a ekonomické. Úkolem pracovníků v rané péči, a to na úrovni

interdisciplinárního i multidisciplinárního týmu, je rodinu jako takovou podpořit a hledat možné cesty k eliminaci úskalí, s nimiž se rodina v kontextu zajištění péče o dítě s postižením setkává, například i v obdobích jakékoli krize či zhoršené epidemiologické situace atd. (Šándorová, 2015). Nejinak tomu bylo v letech 2020 a 2021, kdy se pracovníci sociálních služeb, ranou péčí nevyjímaje, ale i neformálně pečující (tedy zákonní zástupci dětí s postižením) museli vypořádat se zátěží, kterou s sebou přinesla zhoršená epidemiologická situace, a to v kontextu zajištění péče o jednotlivé členy domácnosti, kdy došlo k omezení funkční podpory rodiny, a to uzavřením či omezením poskytování sociálních služeb, ale i škol a školských zařízení (ČOSIV, 2021).

## Raná péče v dobách COVID-19

Pandemie COVID-19 zasáhla v uplynulých dvou letech celý svět, mimo jiné omezila a modifikovala také realizaci celého spektra sociálních služeb, službu rané péče nevyjímaje. Sociální služby mají sloužit jako funkční nástroj jedincům a rodinám, které se ocitly v nepříznivé socio-ekonomické situaci. V řadě případů je pracovník poskytovatele sociální služby klíčovou osobou, na kterou se její uživatel v případě potřeby obrací o radu, pomoc či podporu. Během pandemie COVID-19 docházelo k nestandardním situacím, což bylo zapříčiněno neočekávaností a „novostí“ pandemie, rychle se měnícími podmínkami pro realizaci služby, absencí a průběžným doplňováním vládních nařízení a vyhlášek (Truhlářová et al., 2021).

Poskytovatelé služby rané péče se v průběhu pandemie COVID-19 v ČR při poskytování služby a při řešení opatření spojených s poskytováním služby setkávali s řadou obtíží. Je třeba zdůraznit, že osoby se zdravotním postižením (dětí raného věku nevyjímaje) patří v souvislosti s pandemií COVID-19 mezi ohroženou skupinu obyvatel

(Colon-Cabrera et al., 2021) a do značné míry i závislou na poskytování sociální služby. Lze konstatovat, že právě sociální služby (i přes rozvíjející se počet neformálně podporujících) zůstávají primárním a nepostradatelným nástrojem podpory a zajištění intervence o osoby se zdravotním postižením (APSS ČR, 2020).

Níže prezentovaný text reflektuje parciálně výsledky výzkumného (dotazníkového) šetření, které monitorovalo poskytování služby rané péče v letech 2020 a 2021, tj. v době pandemie COVID-19. Vlastní výzkumné šetření bylo realizováno v roce 2021–2022 a zapojilo se do něho devatenáct (tedy 38 procent) poskytovatelů sociální služby rané péče z celkového počtu 50 registrovaných poskytovatelů služby rané péče v České republice. Cílem výzkumu bylo identifikovat problematické oblasti, s nimiž se poskytovatelé sociální služby rané péče setkávali v průběhu pandemie COVID-19 v ČR při poskytování služby a řešení opatření spojených s poskytováním služby v době zvýšeného výskytu virového onemocnění COVID-19 v ČR.

V souhrnu lze říci, že kdybychom se zaměřili na úskalí, s nimiž se poskytovatelé služby rané péče ve vztahu k zajištění služby nejčastěji setkávali v době pandemie při jejím zajištění, patří k nim nepřehlednost informací, jejich celkový nedostatek a nedostatek metodické podpory. Pracovníci rané péče se současně také významně potýkali s eliminací přímého kontaktu s uživateli služby, nedostatečným technickým vybavením a omezenou ICT gramotností uživatelů této služby.

Výsledky výzkumného šetření poukazují na vybrané aspekty realizace služby rané péče v ČR v době pandemie COVID-19, přičemž se dotýkají zásadních oblastí, které jsou pro poskytování služby rané péče klíčové – informování, komunikace s uživatelem služby, její personální zajištění a naplnění jejího obsahového rámce, jenž je úzce vázán na přímou interakci mezi uživatelem služby a pracovníkem rané péče (zpravidla více než 70 procent intervencí je poskytováno terénně), takže jsou úzce vázány na specifika cílové skupiny (Jesus et al., 2021).

Za základní problém, na nějž poskytovatelé RP poukazovali, byl v počátku pandemie neujednocený přísun informací a metodických pokynů. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že poskytovatelé nejvíce čerpali informace na začátku i v průběhu pandemie z informačních zdrojů institucí sociální správy (MPSV, krajský úřad) a resortu zdravotnictví (MZ, krajské hygienické stanice), dále se jednalo o Asociaci poskytovatelů sociálních služeb a média. Z výzkumu je patrné, že intenzita využívání jednotlivých zdrojů spolu s vývojem pandemie poklesla (nejvíce na úrovni poskytování informací na úrovni obecních a městských úřadů) na úrovni MPSV a krajských hygienických stanic, ostatní zdroje však využívali poskytovatelé služby RP kontinuálně informačně dál.

Během pandemie COVID-19 se pracovníci služby RP snažili (mnohdy distančně) primárně zajistit výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, tedy zejména poskytovat instrukce k nácvičku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, senzorické, motorické a sociální a poskytovat (online, telefonicky) pomoc při uplatňování práv a zájmů, jakož i při obstarávání osobních záležitostí uživatelů služby, a to zejména na úrovni doprovázení rodičů při vyřizování žádostí týkajících se sociálních dávek či zajištění optimálních podmínek pro vývoj dítěte (například řešení odkladů školní docházky, školního začlenění dítěte, zápisy do mateřské a základní školy aj.). Značně limitována však byla (s ohledem na plošná opatření) možnost zprostředkovávat kontakt se společenským prostředím, již lze standardně považovat za důležitý aspekt sociální rehabilitace dětí se zdravotním postižením a jejich rodin.

Cílem poskytovatelů služby RP však bylo (v souladu s platnými nařízeními) realizovat veškeré aktivity v maximálně dostupné možné míře a kvalitě, napomoci klientským rodinám zvládnout veškerá úskalí, s nimiž se v době pandemie COVID-19 setkávaly (například při onemocnění zákonných zástupců dítěte zajištěním základních potřeb a hygienických potřeb, ochranných pomůcek atd.). Přesto se

s ohledem na vývoj pandemie setkávali poskytovatelé RP při práci s klienty s určitými obtížemi, jež byly znatelně výraznější na počátku pandemie. Za významný lze ale považovat posun v komunikaci s klienty, kdy poskytovatelé RP vytvořili funkční systém, pomocí kterého dokázali flexibilně s uživateli služby RP komunikovat a informovat je o aktuálních podmínkách poskytování služby RP.

Samotná realizace a poskytování sociální služby RP (nejen v terénní, ale také v ambulantní formě) byla vystavena situacím, kdy došlo k omezení, ale také v některých případech k pozastavení poskytované služby (Truhlářová et al., 2021). Poskytovatelé RP konstatují, že z hlediska omezení služeb byli nejvíce limitováni v diagnostice uživatelů služby, tedy při zhodnocení schopností a dovedností dětí, poskytování podpůrných programů, zprostředkování kontaktu s dalšími rodinami, skupinových setkávání rodičů, při realizaci vzdělávacích kurzů pro rodiče a v počátku pandemie i při doprovodu rodičů na jednání (úřady, specialisté).

Nastalá situace vedla k nutnosti transformace poskytování služby RP, jež se týkala zejména vlastní práce poradců RP v rodinách s dětmi se zdravotním postižením, zajištění terapií ve střediscích RP apod. Přímý kontakt s uživateli služby byl přesunut do online prostředí (konzultace, instruktážní videa atd.), ve střediscích RP začalo být využíváno práce na úrovni home officu, online porad, do jejich práce bylo třeba implementovat nové prvky spojené s respektováním proti epidemiologickým opatřením, kromě využití ochranných prostředků například dezinfikování hraček a didaktických pomůcek, později i pracovních automobilů.

Sociální služby včetně rané péče byly nuceny čelit různým výzvám, které dosud v praxi neřešily (Kliment, Nádvorníková, 2020), což úzce souvisí s propojeností popisovaného problému s faktem, že pandemie COVID-19 měla globální charakter, s nastalou situací neměl nikdo celosvětově zkušenost.

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že z pohledu poskytovatelů služby rané péče se jako nejproblematictější oblasti ukázaly příliš

časté změny v informacích, dále celkový nedostatek informací a metodické podpory, jejich nepřehlednost (obdobné kategorie problémových oblastí identifikovali v oblasti poskytování sociální péče ve svých studiích prezentovaných v roce 2021 také Jesus a kol.).

Poskytovatelé služby rané péče během pandemie získávali nejvíce informací od institucí státní správy (MPSV, MZ, krajské úřady a hygienické stanice). Za poměrně stabilní zdroj informací považovali/považují také Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR. V praxi se také osvědčilo diskutovat specifické oblasti zajištění služby s pracovníky jiných sociálních služeb či přímo s poskytovateli rané péče (tyto informace byly získány analýzou rozhovorů realizovaných v rámci fokusních skupin, jejichž setkávání navázala na dotazníkové šetření). Často se jednalo o konzultace s vedoucími pracovníky jiných středisek rané péče o komparaci obsahu výkladu nastavených opatření, realizaci opatření atd. Za překvapující lze považovat skutečnost, že respondenti velmi málo čerpali informace od samosprávy (obecních a městských úřadů), a to zejména proto, že v rámci samosprávy je zpravidla koordinována dostupnost služeb v obcích, městech, služby jsou poskytovány ve vazbě na komunitní plány obcí a měst, samospráva zajišťuje krizové řízení v obcích a zapojení sociálních odborů v obcích a městech, a lze tedy predikovat zapojení samosprávy i do řízení sociálních služeb v době „krize“.

Ve vztahu ke klientům (uživatelům služby) RP se zásadní obtíže objevily ve změně psychického stavu klientely (zejména zákonných zástupců dětí). Obecně se jedná o fenomén, jenž je s pandemií COVID-19 úzce spjat, nicméně u uživatelů služby rané péče souvisí se zvýšenou mírou zátěže na pečující osoby, tedy rodiče dětí se zdravotním postižením, kteří byli vystaveni náročnosti péče o děti se zdravotním postižením (speciálními vzdělávacími potřebami) 24 hodin denně. Navíc tyto děti mají mnohdy přidružené nějaké další onemocnění či jsou zdravotně oslabené, tím jsou i ohroženější z hlediska incidence a průběhu COVID-19 a důsledků prodělaného onemocnění.

Dále pracovníci v rané péči hledali řešení (s ohledem na omezené podmínky dané pandemickou situací), jak s klientem/uživatelé služby naplňovat nadefinované cíle služby, což jim bylo zejména v první vlně COVID-19 prakticky znemožněno. S fenoménem naplňování cílů služby úzce souvisí také zajištění kvality služby, jež byla (byť přechodně) ochuzena o jeden ze svých základních atributů, přímou práci s klientem/uživatelé služby v jeho domácím prostředí.

Vzhledem ke skutečnosti, že stejně omezeně jako sociální služby fungovaly také ambulance pediatrie a odborných lékařů (kteří rodinám s dětmi s postižením služby středisek rané péče doporučují), se lze domnívat, že z tohoto důvodu byl v době pandemie zaznamenán i propad v příjmu žádostí o službu rané péče jako takovou.

Specifickým problémem se ukázalo dodržování pandemických opatření v období, kdy bylo možné poskytovat službu RP opět v terénu, tedy v domácím prostředí uživatelů služby, kteří v řadě případů nedokázali pochopit, že ochranné prostředky musejí nadále užívat nejen pracovníci rané péče, ale i oni jakožto příjemci služby, byť přijímají službu v neveřejném prostoru. Nicméně je třeba podotknout, že aplikace ochranných prostředků u dětí raného věku se zdravotním postižením byla problematická, navíc ovlivňovala průběh a kvalitu poskytované služby (docházelo ke snížení srozumitelnosti řeči, nemožnost odezírat, absenci mimických projevů doplňujících verbální projev atd.).

Z hlediska personálního se v době pandemie COVID-19 ukázalo, že většina zaměstnanců poskytovatelů služby rané péče je schopna funkčně a rychle komunikovat s využitím online prostředků (Teams, Zoom, WhatsApp, Messenger, Wiber aj.), a to jak v rámci týmu, tak s uživateli služby. Do online prostředí dokázali pracovníci rané péče přenést částečně také intervence realizované s dětmi, ale s ohledem na malou interaktivnost a s tím související nízkou motivovanost dětí a omezenou koncentraci jejich pozornosti, byla služba poskytovaná v online prostoru převedena ve velké míře z oblasti podpory samotného dítěte na poradenství zaměřené především na vedení rodičů

děti se zdravotním postižením, a to s primárním cílem zajistit plnění individuálních plánů a optimalizovat stimulaci vývoje dítěte. S odstupem času lze navíc konstatovat, že výše uvedený primární cíl se podařilo naplnit. Sekundárně však bylo dosaženo i dalšího cíle, a sice zvýšení samostatnosti a sebejistoty zákonných zástupců dětí se zdravotním postižením v jejich stimulaci a edukaci, což lze považovat za přímý důsledek konzultací cílených na rodiče, jež vedly k nárůstu jejich odborných a rodičovských kompetencí v době pandemie COVID-19 (toto vyplynulo z rozhovorů realizovaných v rámci fokusních skupin, a to jak s pracovníky v rané péči, tak fokusních skupin rodičů dětí s postižením – uživatelů služby rané péče).

Za pozitivní lze považovat také skutečnost, že pandemie COVID-19 potvrdila význam realizace supervize v sociálních službách v pandemických i mimo pandemických obdobích. V rámci služby rané péče byla realizace supervize cca u 49 procent respondentů posunuta do online prostoru, což poukazuje na skutečnost, že cca polovina pracovníků v rané péči vnímá supervizi jako cestu profesního a osobnostního rozvoje. V souvislosti s pandemií COVID-19 lze navíc zmínit také její významný psychohygienický význam, jenž byl zmiňován vybranými vedoucími pracovníky služby rané péče v rámci fokusních skupin.

Realizované výzkumné šetření poukázalo také na důležitost nastavení cíleného zaměření informací, potřebu jejich aktuálnosti a stability procesu při metodické podpoře významnými aktéry podpory a pomoci (MPSV, MZ, Asociace poskytovatelů, zástupců státní správy a samosprávy) a dále na nezastupitelnou roli multiresortní spolupráce a metodického vedení poskytovatelů sociálních služeb v době epidemie virového onemocnění (Truhlářová et. al., 2021). Analýza výsledků výzkumného šetření poukazuje také na aktuální potřebu přizpůsobení obsahu služby rané péče novým okolnostem (home office pracovníků, komunikace online, intervence online, aj.), které pandemie přinesla.

Lze konstatovat, že získaná zkušenost v době pandemie virového onemocnění COVID-19 připravila poskytovatelům sociálních služeb mnoho nových výzev a povinností při zajištění a realizaci poskytované

služby, službu RP nevyjímaje (Kliment, Nádvorníková, 2020). Ukazuje se, že v situaci, kdy je nutné limitovat poskytování sociální služby v podmínkách, které vyplývají z epidemie způsobené virovým onemocněním, je významným faktorem dobře nastavený proces toku informací a cílená metodická podpora, která má významný dopad nejen na uživatele sociální služby, ale i na její personální zajištění. Je zřejmé, že poskytování sociálních služeb se v obdobných situacích neobejde bez meziresortní spolupráce zdravotně-sociálního charakteru. Tyto fragmenty musejí být součástí ucelené metodické koncepce zadavatele služeb (například krajských či obecních úřadů) a garanta služeb (například MPSV). Před sociálními službami, a to především službami terénního charakteru, tedy i rané péče, stojí aktuálně výzva, jak nastavit efektivní procesy při poskytování služby v období epidemie virového onemocnění, neboť lze předpokládat, že v budoucnu bude docházet k opakovaným výskytům epidemie virových onemocnění, ale také k možnému dlouhodobému výskytu COVID-19, jeho dalších mutací, což může ovlivňovat poskytování sociálních služeb dlouhodobě. Proto se jako užitečné jeví provést monitoring problémových oblastí při realizaci poskytování služby RP v době pandemie, a to jak v kontextu realizovaných opatření, tak nastavení informačních zdrojů a procesů nejen vzhledem k zaměstnancům služby, ale směrem k cílové skupině (klientům) služby RP a na základě „žitých zkušeností“ vytvořit doporučené postupy pro zajištění služby v obdobných/opakujících se situacích.

### **Doporučený postup pro poskytovatele sociálních služeb a příklady z praxe/kazuistiky**

Na základě informací zjištěných dotazníkovým šetřením, realizací a analýzou odpovědí a informací účastníků fokusních skupin (pracovníků

rané péče, rodičů dětí se zdravotním postižením) byla formulována doporučení pro zajištění poskytování služby rané péče v obdobích pandemie COVID-19 (respektive opakujícího se plošného šíření virových onemocnění).

Do níže uvedených formulovaných postupů budou inspirativně vloženy příklady z praxe dokládající podporu uživatelů služeb rané péče pracovníky v rané péči v době pandemie COVID-19.

## Prevence

Cílem preventivních opatření je snížení výskytu virových infekčních onemocnění na minimální hodnoty a trvalé udržení příznivé epidemiologické situace v dané lokalitě. Pracovníci RP mohou na úrovni prevence snížení výskytu virových infekčních onemocnění působit směrem k cílové skupině zejména osvětově. Snaží se cílové skupině vštěpovat/doporučovat opatření, která mají za cíl předcházet samotnému vzniku virového infekčního onemocnění, tedy podporovat zdravý životní styl (zdravou stravu, pohyb, relaxační aktivity), zajistit zvýšenou hygienu rukou, nošení ochrany dýchacích cest (v nemocničních zařízeních, uzavřených prostorech) či prodiskutovat s lékařem možnost očkování/medikace proti konkrétnímu onemocnění dítěte se zdravotním postižením a jeho rodinných příslušníků.

V kontaktu s uživateli služby, ať se jedná o kontakt v terénu či v ambulanci střediska rané péče, jsou nadefinována základní pravidla dodržování hygienických postupů, kontinuálně jsou zajištěny ochranné pomůcky (je stanoven pracovník, který tyto pomůcky zajišťuje, kontroluje jejich počet a expiraci), je vytvořen plán personálního zajištění služby v případě krize a jsou vytvořeny postupy pro případ krize, které odpovídají zákonným normám vyplývajícím ze zákona č. 108/2006 Sb., vyhlášky č. 505/2006 Sb., LZPS, zákoníku práce. Jedná se o postupy nezbytné pro zajištění služby: uzavření smlouvy, plánování, úhradu či ukončení služby, zastupitelnost zaměstnanců,

převedení na jinou práci, předávání informací v krizových situacích na úrovni střediska RP, ale i uživatelů služby. Je také stanoven krizový tým, služba má vypracovaný krizový plán, který obsahuje informace o minimalizaci výskytu a přenosu nákazy, vymezuje postupy v případě onemocnění zaměstnance RP či uživatele/ů služby, analyzuje možné krizové situace, nastavuje způsob komunikace a kooperace v týmu pracovníků RP a s uživateli služby a vymezuje formy spolupráce s ostatními subjekty v resortu MZ, MŠMT aj. Poskytovatel služby je informován o životní situaci uživatelů služeb, aby v době krize mohl optimálně nastavit službu a podporu rodiny s dítětem s postižením a být nápomocen při zajištění péče o rodinu v době krize/izolace.

### Krize

Krize na úrovni poskytování služby rané péče jako takové může být v době pandemie spojena se snížením/nedostatkem počtu pracovníků z důvodu nákazy či karantény personálu. Praxe ukázala, že pracovníci v rané péči v době pandemie využili vzájemné zastupitelnosti, a to s ohledem na kratší délku intervencí (telefonických, online apod.) bez nutnosti dojezdu do místa bydliště jednotlivých uživatelů služby, které jim umožnily ve stejném čase poskytnout podporu více rodinám a personální oslabení na službu jako takovou nemělo přímý dopad.

V rané péči je důležitý kontakt s rodinou a instruktáž zákonných zástupců dítěte, takže klienti, děti se zdravotním postižením, nejsou plně přímo závislí na poskytování služby jako takové. V daném ohledu se poskytování služby rané péče, i když více než 70 procent intervencí je realizováno v rodině, liší například od služby osobní asistence).

S ohledem na perspektivu zajištění služby v případě opakující se pandemie a personální krize je třeba promyslet možnost doplnění týmu pracovníků střediska RP.

Pro krizi v podobě plošného šíření virové infekce je třeba mít vytvořený krizový tým a nadefinované jeho činnosti. Měl by být tvořen krizovým manažerem, ředitelem či jednatelem služby, vedoucí služby, sociálním pracovníkem a dále i pracovníkem BOZP, ale může být doplněn i o další pracovníky s ohledem na charakter poskytované služby. Měla by být také definována vzájemná zastupitelnost jeho členů, popřípadě určení zástupci členů týmu. Komunikace mezi jeho členy by měla probíhat za podmínek eliminujících šíření viru (online, s ochrannými prostředky a rozestupy většími než dva metry). Pracovníci v rané péči i uživatelé této služby jsou poučeni o minimalizaci rizik šíření viru a dodržují opatření nastupující dle závažnosti šíření nákazy. Předáváním informací veřejnosti je pověřen jeden pracovník. V době začínající krize je také nutné zajistit dostatek dezinfekčních prostředků a ochranných pomůcek. Krizový plán též vypracuje postup pro zajištění základních potřeb klientů služby, zastupitelnost pracovníků (viz výše).

## Průběh

Z výsledků dotazníkového šetření, rozhovorů realizovaných ve fokusních skupinách i kazuistik klientů/uživatelů služby rané péče vyplývá, že *„v době nouzového stavu byly naše služby velmi omezené, co se týče přímého kontaktu s klientem. Nicméně flexibilita nás všech nám umožnila velmi rychle začít poskytovat služby v online prostoru – konzultace byly poskytovány přes Skype, Zoom, Facebook či WhatsApp nebo telefonicky. Bohužel ale neprobíhala běžná jednání, jako například posuzování zrakových funkcí, screening poruch autistického spektra CARS, diagnostika psychomotorického vývoje dítěte. Dále nebyly realizovány ani ambulantní programy (například nácvik AAK, stimulace zrakových funkcí či zrakového tréninku, terapie senzorické integrace apod....). V době pandemie také klesla poptávka nových uživatelů o naše služby, což jsme ale v konečném důsledku vyhodnotili pozitivně,*

*protože jsme ještě nebyli dostatečně připraveni na přijímání klientů bez osobního kontaktu – tyto cesty jsme postupně hledali, na novou situaci se adaptovali (analyzovali jsme lékařské zprávy, pracovali s videozáznamy natočenými zákonnými zástupci, sdíleli materiály v online prostoru...) – aktuálně si tedy již umíme poměrně dobře a cíleně poradit s přijímáním uživatele služby ‚nekontaktně‘, na základě kontaktu s rodičem a zprostředkovaným pozorováním nadefinovat cíle poskytované služby, ideální ale stále zůstává realizovat primární kontakt / jednání s klientem ‚napřímo‘.“*

V období zhoršené epidemiologické situace je třeba se zaměřit na nastavení provozně-pracovních postupů, definovat postupy pro práci s uživateli sociální služby rané péče, jestliže musejí být izolováni v domácím prostředí a instruovat zaměstnance, jak mají při práci v době krizové situace postupovat. Pro tyto oblasti by poskytovatelé rané péče měli mít nastavené metodiky/metodické postupy.

Klientovi/uživateli sociální služby musejí být v době krize zajištěny základní úkony podporující rodinu v péči o dítě se zdravotním postižením, v oblasti sociální bude také zajištěna podpora tak, aby nedošlo k bezprostřednímu ohrožení života a zdraví dítěte se zdravotním postižením a jeho rodiny. V době vyhlášení nouzového stavu může poskytovatel sociální služby její poskytování omezit či redukovat, a to se zohledněním konkrétní situace klienta a jeho rodiny. Zaměstnavatel může v době pandemie využít právní nástroje dle zákoníku práce pro plynulý chod poskytované služby (například čerpání dovolené, pracovní cesty nebo práce přesčas).

Dojde-li v důsledku šíření virového onemocnění k sociální izolaci uživatele sociální služby a jeho zákonných zástupců, je třeba jejich situaci individuálně vyhodnotit a zjistit, zda má rodina s dítětem s postižením možnost podpory v rámci širší rodiny či komunity. Pracovník služby RP zmapuje rozsah nezbytné péče, bez které se uživatel služby a jeho rodina neobejde. V případě zákonných zástupců se domluví na způsobu komunikace a podpory, a to jak dítě se

zdravotním postižením, tak ostatních členů rodiny. Písemně nebo telefonicky informuje uživatele služby, jak budou aktivity rané péče nyní probíhat. Podmínkou k zajištění péče je, že klient souhlasí s používáním karanténních opatření, například v podobě používání ochranných prostředků, dezinfekce rukou, oblečení, hraček apod.

V průběhu krize je třeba definovat úkoly jednotlivých členů týmu pracovníků rané péče, kteří zajišťují intervenci u uživatele služby rané péče. Jedná se o vedoucího pracovníka služby rané péče, který by měl být součástí krizového týmu služby, dalším pracovníkům služby (ale i jejím uživatelům), pokud to není nadefinováno jinak, poskytovat relevantní informace o doporučeném postupu ve vztahu k šíření epidemie a poskytování služby. Měl by dbát také o psychohygienu týmu pracovníků RP a na dodržování postupů pracovníků služby. Měl by mít přehled o dostupnosti ochranných pomůcek a dezinfekčních prostředků pro členy týmu i pro uživatele služby (v době kontaktu pracovníků RP s rodinou). Vydává pokyny o omezení pohybu pracovníků RP a dalších osob v prostoru střediska RP. Sleduje informace týkající se pandemické situace z datových schránek MZ, MPSV či KHS, ale provádí i monitoring informací poskytovaných veřejnosti v tisku, na internetu apod. Měl by být obeznámen se systémem poradenských služeb, které mohou rodiče dětí se zdravotním postižením v době krize využít, například ve vazbě na dobrovolnické organizace, systémovou podporu města na úrovni komunitního plánování apod.

Vedoucího střediska rané péče obeznámí pracovníky v přímé péči s pravidly, která je důležité v době krize dodržovat. Je-li povolen kontakt s uživateli služby a pracovník rané péče se má s uživatelem služby setkat, měl by dopředu provést monitoring rizika výskytu virového onemocnění či přímo výskytu pandemie v jeho rodině. Kdyby se u klienta virové onemocnění vyskytlo, pak osobní setkání přeloží na jiný termín nebo ho zrealizuje jinou („dálkovou“) formou, například telefonicky či online. V případě, že pracovník přesto přijde do kontaktu s klientem s podezřením na virovou nákazu, komunikuje

s uživatelem služby ze vzdálenosti větší než dva metry a využívá ochranné prostředky. Následně se preventivně vyhne kontaktu s dalšími osobami, kontaktuje vedoucího služby a místně příslušnou krajskou hygienickou stanici, kterou informuje o „rizikovém kontaktu“, pro určení dalšího postupu. Pracovník RP využívá ochranné pomůcky a v době kontaktu s uživatelem služby zajistí také užívání ochranných pomůcek uživatelem služby. Zajistí likvidaci použitých ochranných pomůcek. Když pracovník rané péče využívá v kontaktu s cílovou skupinou stimulační a edukační pomůcky, zajistí po použití jejich dezinfekci. Jestliže při cestě za uživateli služby využívá služební automobil, měl by po ukončení výjezdu zajistit jeho dezinfekci, otřít všechny plochy, jichž se dotýkal (například volant, řadicí páku, kliky a ovladače atp.), měl by si vydezinfikovat ruce před tím, než se dotýká volantu, a ve vozidle by měl mít vždy (po celou dobu jízdy) nasazenou ochranu nosu a úst.

## Konec

Po odeznění závažné epidemiologické situace ve službě zhodnotí tým vytypovaných pracovníků situaci. Evaluace průběhu pandemie je důležitá kvůli doplnění směrnic, krizového plánu apod.

Vzhledem ke skutečnosti, že v době pandemie COVID-19 v roce 2020/2021 nebyly ve většině středisek rané péče evaluační postupy dostatečně nastaveny. Z reflexe pracovníků rané péče vyplývá, že *„rodičům a dětem se zdravotním postižením se nedostávalo takové péče, jako to bývá standardně – ochuzeni byli zejména o přímou interakci s pracovníky rané péče, nemohli docházet na specificky zaměřené intervence/terapie (například nácvik komunikace, zrakovou terapii aj). Po-  
skytli nám zpětnou vazbu v tom smyslu, že jsme byli ale i tak jednou z mála služeb, která v době nouzového stavu fungovala. I přesto, že poskytování našich služeb bylo velmi omezené, rodiče i to „málo“ hodnotili velmi pozitivně, například: „...nebyli jsme v tom sami, vždy jsem mohla*

*zavolat své poradkyni, a ta mě vyslyšela a poradila mi, co mám dělat, jak k dítěti přistupovat, jaké další aktivity mu nabídnout... ' Rodiče byli vděční za podporu v tak těžkém období, kdy nemohli vlastně nikam (k lékaři, na rehabilitaci, do MŠ, na hřiště... ). Ve vztahu k cílové skupině se ale ukázalo, že se rodiče naučili funkčně využívat ICT technologie, které bude nyní možné využít například v době zahraničního pobytu rodiny, při dlouhodobé nemoci či hospitalizaci dítěte. Rodiče se také více sami začali angažovat v hledání cest a postupů při zajištění péče o jejich děti. "*

Je tedy zřejmé, že evaluace je nezbytně nutná k dalšímu zkvalitnění služby. Sledována je efektivnost nastavených opatření. Vyhodnoceny by měly být také dopady pandemie na provozování služby, a to v oblasti finanční, materiální, personální, a jejich následná aplikace do praxe služby.

Z rozhovorů, které probíhaly s pracovníky v sociálních službách ve fokusních skupinách vyplynulo, že v době pandemie COVID-19 se ukázalo jako velmi důležité plánování času a zajištění psychohygieny a supervize. „Pro nás jako pro pracovníky rané péče bylo poměrně náročné skloubit práci s rodinami a péči o naši vlastní rodinu, zejména v období uzavření MŠ a ZŠ, mít, klid' při poskytování podpory klientům z domova, v případě home officu, do určité míry se to ale vyřešilo tak, že řada rodin chtěla konzultovat, sdílet večer, tj. mimo naši pracovní dobu, neboť ke konzultování online potřebovali mít zákonní zástupci také vytvořený prostor, což se při péči o děti se zdravotním postižením příliš nedařilo! Podpora rodin byla ale poměrně náročná a postupně se ukázalo, že i přes snahu pomoci v krizi je třeba myslet na vlastní psychohygienu, a proto bylo fajn, že jsme měli možnost ,cokoliv' konzultovat a sdílet telefonicky či online s naší vedoucí a supervize, které se pravidelně účastníme, přešla do online prostředí!"

Z výše uvedeného vyplývá, že je důležité se zaměřit nejen na uživatele sociální služby a zajištění služby jako takové, ale i na psychickou podporu zaměstnanců v krizovém období (supervizi, benefity, odměny), pružnou pracovní dobu, možnost home officu, popřípadě střídání pracovníků ve středisku RP.

Z evaluace by měly také vyplynout náměty ke změně postupů a pravidel poskytování služby a mělo by být také ujasněno, jak s nimi bude dále nakládáno, jak budou zapracovány do krizového plánu, eventuálně další dokumentace organizace. Shrnutí evaluace z období epidemiologické situace může být zahrnuta například do výroční zprávy a popisu dopadu pandemie na poskytování služby.

Na závěr textu prezentujícího postupy poskytovatelů služby sociální péče a rané péče je připojena kazuistika, konkretizovaný příklad podpory vybraného uživatele služby RP v průběhu pandemie COVID-19.

*Dívka z úplné rodiny s opožděným psychomotorickým vývojem projevujícím se zejména v oblasti hrubé a jemné motoriky, s nadměrnou vzrušivostí a hypersensitivně reagující na okolní podněty. Dívka narozena v roce 2015 ve 32. týdnu těhotenství, v prenatálním období komplikace, predikce psychomotorického opoždění ve vývoji ze strany lékařů, na jejich doporučení docházela od narození na fyzioterapii. V pěti letech diagnostikována mentální sub-norma, lehká forma DMO, identifikovány poruchy imunity. Celodenní péče o dceru zajištěna matkou. Matka vyrostla v dysfunkční rodině, a proto nedokázala s dcerou řešit emočně náročnější výchovné situace. Zásadním tématem setkání s pracovníci RP bylo výchovné poradenství. Matka si totiž nebyla jista správným řešením výchovných situací a volbou výchovných metod. Intervence pracovníků RP probíhala zpravidla jednoukrát za dva měsíce, a to z důvodu časté nemocnosti dítěte. Když byla konzultace z důvodu nemoci dívky zrušena, poradkyně RP nabízela pomoc alespoň na dálku, ale tuto formu podpory rodiče odmítali. Stěžejní a zásadní byly pro ně konzultace přímo v rodině, v rodinném prostředí.*

*Běžná konzultace trvala obvykle jednu a půl až dvě hodiny. Jejím obsahem byl rozhovor s matkou dívky, popřípadě i s otcem, když byl přítomen. Dále došlo ke zhodnocení aktuální vývojové úrovně psychomotorického vývoje dívky. Poradkyně rané péče následně navrhovala, jakými způsoby mohou rodiče vývoj dcery Aničky pozitivně ovlivňovat.*

*Na konzultace přivázela pomůcky, modelovala rodičům, jak mohou přímo s pomůckami či bez nich s dívkou pracovat. Reagovala na otázky rodičů, pozorovala, jak oni sami vstupují do interakce s dítětem, jak probíhá vzájemná komunikace. Když rodiče měli zájem, pomůcky si mohli do další konzultace zapůjčit a používat je k rozvoji hry a práce s dívkou. Kvůli poruše imunity lékaři nedoporučovali nástup dívky do žádného kolektivního zařízení, dívka tak byla prostřednictvím matky edukována doma. Od roku 2017 byla zahájena logopedická péče. V červnu 2018 došlo ke změně klíčového pracovníka, a to z důvodu zintenzivnění rozvoje komunikačních kompetencí dívky. V roce 2019 byl dívce přiznán I. stupeň příspěvku na péči. Intervaly mezi konzultacemi se postupně prodlžovaly vzhledem k častým nemocem dívky. Ve výsledku proto bylo obvyklé, že se konzultace konaly po dvou až třech měsících. Nadále ale platilo, že v takové chvíli byla poradkyně RP vždy k dispozici na telefonu, v rámci telefonických konzultací byla zpravidla jen stručně probrána aktuální situace v rodině, těžiště spolupráce leželo na konzultacích v rodině, při přímém osobním kontaktu poradkyně s rodinou. Poslední konzultace v rodině před nástupem první vlny COVID-19 proběhla na konci února 2020, další byla plánovaná na březen 2020.*

*Termín konzultace byl domluven na 23. března 2020. Poradkyně RP telefonicky kontaktovala matku dívky a informovala ji, že prozatím do 5. 4. 2020 je nutné změnit způsob poskytování služby RP, a rodině nabídla podporu v podobě telefonické konzultace. Jinou formu kontaktu nebyla v tu chvíli poradkyně RP schopna nabídnout (například videohovor, využití Google Meet apod.). Důvodem bylo to, že poradkyně na začátku první covidové vlny neměla s využitím těchto technologií žádnou zkušenost.*

*Matka dívky telefonické konzultace bezprostředně využila a s pracovníci RP v průběhu cca 30 minut probrala obtíže, které při výchově dcery řešila (jednalo se o projevy agresivního chování).*

*Ve stejný den (tj. 23. března 2022) začaly poradkyně RP rozesílat klientům hromadné e-maily, ve kterých informovaly o možnostech*

podpory v případě hmotné nouze, nabízely podněty pro práci s dětmi, dále náměty, jak usnadnit dětem zvládnutí neobvyklé situace. Jednalo se například o odkazy na nadace poskytující rychlou pomoc pro rodiny, které se dostaly do finančních potíží, dále odkazy na piktogramy týkající se nošení roušek, informace o možnostech alternativ získání šitých roušek pro děti, pracovní listy vztahující se k problematice COVID-19, odkazy na pohádku O draku Koronákovi. Poradkyně RP zasílaly e-maily rodinám, a to po společné domluvě, když klíčoví pracovníci na základě znalosti rodin uvážili, zda je možné uživatelům služby poskytnout obecně formulovanou informaci a zaslat e-mail „plošně“ za středisko RP nebo poskytované informace individuálně doplnit/upravit, konkretizovat, a to na základě specifík konkrétních uživatelů.

V dubnu 2020 pokračovala podpora rodiny na dálku, rodina byla nejprve informována, že služba bude nadále poskytována pouze distanční formou. Vzhledem k tomu, že rodina obývala malou chatku se zahradou na okraji krajského města, byla při telefonické konzultaci s matkou řešena zejména náročnost soužití v malém prostoru, který nikomu z rodiny neumožňoval soukromí. Během dubna 2020 proběhly dvě telefonické konzultace v délce nad 30 minut. Maminka dívky se zdravotním postižením se při nich zavírala do koupelny, aby měla na hovor klid. V daném okamžiku zajišťoval péči o dítě otec, což matce umožnilo probrat s poradkyní téma silné dráždivosti a agresivity dívky, a to podrobněji než při konzultaci v rodině, kdy byla při rozhovoru vždy přítomna i dívka. Na začátku dubna byla rodičům nabídnuta konzultace prostřednictvím videohovoru (přes aplikaci WhatsApp), rodina se rozhodla preferovat telefonní kontakty.

S ohledem na vývoj pandemie byla 29. 4. 2020 rodině nabídnuta telefonicky možnost konzultace v rodině, byly vysvětleny podmínky pro její uskutečnění (všichni dospělí budou mít roušky, dítě ji mít nemusí, poradkyně si bude dezinfikovat ruce, nikdo z přítomných nesmí být nakažen COVID-19 ani být po kontaktu s někým nakaženým). Maminka dívky navrhla, že konzultaci je možné realizovat kvůli

snížení rizika nákazy na zahradě, s tím poradkyně RP souhlasila. Konzultace byla domluvena na 5. 5. 2020. Tato konzultace proběhla dle domluvy. Od standardních setkání se lišila využitím ochranných pomůcek (roušky), dále se poradkyně RP vyhýbala přímému fyzickému kontaktu (podání rukou rodičům, vedení ruky dítěte při nácviu práce s pomůckami). S matkou, která se konzultace účastnila, byla omezení kontaktu na začátku konzultace probrána. Práce s dítětem se tak z přímého modelování pro rodiče změnila spíše na instruování a vysvětlení možností, jak s dítětem pracovat se zapůjčovanými vydezinfikovanými pomůckami.

V daném kontextu (s ohledem na omezení vyplývající z pandemie COVID-19) bylo nutné upravit formulaci cílů služby. Cíle byly v tuto dobu formulovány takto: 1. Rodiče budou vědět, jak mohou průběžně v domácím prostředí podporovat psychomotorický rozvoj dítěte, rozvíjet jemnou motoriku, komunikaci. 2. Dívka nastoupí do mateřské školy, proces bude postupný, přizpůsobený jejímu zdravotnímu stavu a možnostem. 3. Rodina najde způsoby, jak snižovat dívčinu dráždivost, aby dobře zvládala běžné každodenní situace a frustrace.

Cíl číslo 2 se ukázal jako problematicky naplnitelný, hledání vhodné mateřské školy bylo podstatně ovlivněno situací kolem COVID-19, rodina obtížněji sháněla informace, neměla možnost zvažovaná zařízení osobně navštívit – sledovat reakce dcery na „nové prostředí“, obeznámit se s personálem mateřské školy.

Další konzultace v rodině proběhla na začátku června 2020, a to v uzavřeném prostoru – v domě (kvůli dešti). Konzultace probíhala opět v rouškách a s omezením fyzického kontaktu. Následovaly konzultace v intervalu jednoho měsíce. Kromě nošení roušek a poté respirátorů se tak podoba spolupráce zhruba vrátila k podobě spolupráce před nástupem COVID-19.

V září 2020 byla dívka v léčebně, spolupráce tedy byla opět realizována telefonicky. V druhé polovině října 2020 se matka s dcerou vrátily z léčebny. Jeden ze členů rodiny byl nakažen COVID-19, následně nakazil ostatní. Celá rodina tak byla v karanténě. Při telefonické

*konzultaci, která měla být zaměřena na sdílení pokroků dosažených při pobytu v léčebně, se ukázalo, že mnohem zásadnější je pro rodinu řešit důsledky prodělaného onemocnění COVID-19 a s ním spojené nechutenství všech jejích členů. Pro matku bylo velmi obtížné vymyslet, co by měla pro všechny uvařit. Vnímala jako svou povinnost nabídnout členům rodiny výživnou stravu, aby se mohli vrátit postupně do stejného stavu jako před nemocí. Současně ale kvůli vlastnímu nechutenství těžko vymýšlela jídelníček. Celou telefonickou konzultaci tedy poradkyně věnovala společnému vymýšlení jídelníčku vhodného pro rodinu. Maminka i exposit toto zaměření konzultace velmi ocenila, společně vymyšleným jídelníčkem se řídila a vnímala přístup poradkyně jako velmi podporující a respektující konkrétní potřebu rodiny.*

*S rodinou bylo postupně domluveno několik termínů konzultace, maminka je však kvůli opakovaným nemocem dívky (nejednalo se o COVID-19) rušila. Další osobní setkání naživo tak proběhlo až na konci ledna 2021. Opatření proti šíření COVID-19 se v tu dobu řídila obecně nařízenými pravidly.*

*Další konzultace byla domluvena na březen 2021, ale 2. 3. 2021 poradkyně znovu musela rodině telefonicky oznámit, že služba bude nyní poskytována pouze distanční formou. Poradkyně již nabízela různé formy komunikace (telefon, platformy nabízející videohovory – WhatsApp, Google Meet), rodina preferovala telefonickou formu konzultace doplněnou o e-mailovou konzultaci. Během března 2021 tak rodina dostala deset e-mailů, některé byly obecně informační, určené pro všechny rodiny, jiné e-maily obsahovaly konkretizované informace cílené úzce na potřeby této rodiny. Proběhly také tři kratší telefonáty (do patnácti minut) a jedna telefonická konzultace v délce 50 minut.*

*V dubnu již bylo možné zase domluvit konzultaci v přímém kontaktu s rodinou, tu se povedlo realizovat 29. 4. 2021. Od té doby již byly ze strany poskytovatele služby nabízeny konzultace „naživo“. Podobně jako před obdobím COVID-19 probíhaly v intervalu jednoho až tří měsíců, důvodem delších intervalů bylo časté rušení domluvených konzultací kvůli opakovaným nemocem dívky a dalšímu pobytu*

*v léčebně na podzim 2021. V mezičasech si matka dívky nepravděelně vyžádala delší telefonický hovor, tato možnost byla také průběžně poradkyní rané péče mamince nabízena. Bylo patrné, že se tato distanční forma podpory stala pro rodinu běžnou, že ji dovede dobře využít.*

*V květnu roku 2022 byla služba RP ukončena, a to z důvodu dovršení sedmi let věku dívky. O nutnosti ukončit službu v tomto termínu byli zákonní zástupci dívky opakovaně dopředu informováni.*

## Slovo závěrem

Raná péče je službou, kterou lze v době pandemie hypoteticky uzavřít či významně omezit její provoz, a to s ohledem na specifika uživatelů služby přímé intervence, tedy děti se zdravotním postižením raného věku. Ta je zpravidla zajišťována zákonnými zástupci dětí se zdravotním postižením raného věku. Zákonní zástupci dětí se zdravotním postižením raného věku mají zpravidla osvojeny alespoň elementární postupy, jak o dítě v daném okamžiku (na počátku pandemie) pečovat, jak ho stimulovat, edukovat atd. Nicméně tato kompetence je dostačující pouze po určitou dobu. Rodina následně potřebuje další podporu a vedení ve vztahu k práci s dítětem. Na potřeby rodin je nutné následně flexibilně reagovat, neboť jednotlivé klientské rodiny se významně odlišují stupněm a typem postižení dítěte, složením a funkcí rodiny jako takové, schopností pracovat s informacemi a improvizovat, ale i tím, jak jsou/nejsou schopny krizi spojenou s výskytem pandemie a znemožněním či významným omezením poskytování služby zvládat (například nevědí, jak s dětmi komunikovat o nutnosti používání ochranných pomůcek, nezvládají komunikaci při využívání ochranných pomůcek, netuší, jak nově nastavit denní rituály /viz omezení pohybu a kontaktů/, jak děti rozvíjet, popřípadě nemají k dispozici dostatek pomůcek pro stimulaci rozvoje dítěte apod.).

Pandemie COVID-19 poukázala na nutnost kontinuálního zajištění služby, a to nejen ve výše uvedených oblastech, ale i na úrovni metodického vedení, zajištění poskytování sociálního poradenství či psychologické podpory, a to distanční formou (s využitím ICT technologií či jinou cestou, která je pro rodinu akceptovatelná, například telefonicky, předáváním materiálů do schránky apod.). Dále se objevil požadavek na vytvoření postupů pro „bezkontaktní“ přijímání nových klientů/uživatelů služby v době pandemie a zahájení poskytování služby v době pandemie, stejně tak na zavedení home officu pro pracovníky v rané péči a zvyšování jejich odborných kompetencí na úrovni práce s ICT technologiemi. Na základě zkušenosti pracovníků v rané péči v období pandemie COVID-19 byl také (v případech opakovaných pandemií) definován požadavek kontinuálního zajištění intervence o psychohygienu pracovníků v rané péči například formou zajištění supervize.

Doporučení v oblasti prevence, průběhu pandemie a postupy doporučené pro práci s klientskými rodinami po skončení pandemie uvedené v této kapitole by měly poskytnout alespoň základní praktický návod pracovníkům rané péče, jak ke klientským rodinám přistupovat, s jak uživateli služby rané péče pomoci se s obdobnou situací, tj. s výskytem pandemie, se v období (post) krize vyrovnat.

## Literatura

- APSS ČR – ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, 2020. *covid News* [online]. Tábor: APSS ČR [cit. 30. 6. 2023]  
Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/files/files/5%20covid%20NEWSfinal.pdf>.
- BENDO VÁ, Petra, 2015. Children with special education needs in the system of early childhood development support in Czech Republic.  
In J. Bąbka, J., Brzezińska, A. I. et al. *Early Support for a Child with*

- Disability in the Polish and International Perspective*. Toruń: Uniwersytet Zielonogórski and Wydawnictwo Adam Marszałek, p. 171–183.
- COLON-CABRERA, David, SHARMA, Shivika, WARREN, Narelle, SAKELLARIOU, Dikaios, 2021. Examining the role of government in shaping disability inclusiveness around COVID-19: a framework analysis of Australian guidelines. *International Journal for Equity in Health*, 20 (1), 1–11. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-021-01506-2>.
- ČOSIV, 2021. *Návrh opatření k mírnění negativních dopadů pandemie v oblasti vzdělávání a duševního zdraví dětí*. [Online] [cit. 27. 6. 2023]. Praha: ČOSIV. Dostupné z <https://cosiv.cz/cs>.
- HRADILKOVÁ, Terezie a kol., 2018. *Praxe a metody rané péče v ČR*. Praha: Portál.
- JANKOVSKÝ, Jiří, 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton.
- JESUS, Tiago, S. et al., 2021. Lockdown-Related Disparities Experienced by People with Disabilities during the First Wave of the COVID-19 pandemic: Scoping Review with Thematic Analysis. In *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12). Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/12/6178>.
- KLIMENT, Pavel., NÁDVORNÍKOVÁ, Lenka, 2020. Prvotní reflexe dopadu epidemie koronaviru na sociální služby v ČR. [Online] [cit. 27. 6. 2023]. In *Fórum sociální práce*, 2/2020. Dostupné z: [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/123715/Pavel\\_Kliment\\_-\\_Lenka\\_Nadvornikova\\_20-28.pdf?sequence=1](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/123715/Pavel_Kliment_-_Lenka_Nadvornikova_20-28.pdf?sequence=1).
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.
- MICHALÍK, Jan a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. ŠÁNDOROVÁ, Zdenka, 2015. *(Re)socializace v rané péči*. Pardubice: FF UPCE.
- TASSONI, Penny, 2003. *Supporting Special Needs. Understanding Inclusion in the Early Years*. Essex: Heinemann.

- TRUHLÁŘOVÁ, Z. a kol., 2021. Sociální práce v mimořádných podmínkách. [Online] [cit. 20. 6. 2023]. In *Sešit sociální práce*, č. 9/2021. Dostupné z: <https://data.mpsv.cz/documents/20142/1864403/Se%C5%A1it+SP+9.pdf/fa4d1fa6-18a3-89b9-196e-e3a975add013>.
- VALENTA, Milan a kol., 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál.



# Závěr

Sociální služby v České republice prokázaly značnou odolnost, akceschopnost a adaptabilitu v náročné a nepřehledné době, kterou přinesla pandemická situace v souvislosti s onemocněním COVID-19. Poskytovatelé sociálních služeb stejně jako jejich klienti byli mnohdy vystaveni náročným situacím, které byly spojeny nejen se samotným onemocněním, ale také s připraveností České republiky na obdobné situace. Dá se tedy hovořit o tom, že COVID-19 poukázal na problematická a bílá místa řízení sociálních služeb. Předně poukázala na skutečnost, že sociální služby je problematické jednotně vést a koordinovat. Oblast sociálních služeb je totiž především v kompetenci územních samospráv – obcí a krajů –, které mají vlastní strategie pro řízení sociálních služeb v daném místě. Ministerstvo práce a sociálních věcí (pod kterou sociální služby spadají) v tomto směru má možnost být nápomocno v otázce vydávání obecných doporučení nebo v otázce metodické podpory, avšak konkrétní rozhodovací pravomoc leží na krajích a obcích. Tento faktor však hraje zásadní roli v tom, jak řídit sociální služby v době závažné epidemiologické situace. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že poskytovatelé sociálních služeb postrádali v první řadě informace, jasné postupy a jednotné řízení. Zkušenost z COVID-19 v otázce poskytování informací

a řízení byla poskytovateli sociálních služeb hodnocena jako nepřehledná, nejasná, zmatečná až chaotická. Častým problémem též bylo, že poskytované informace si mnohdy odporovaly, nebyly jednotné, často se měnily a nebyly uspořádané a na jednom místě. Tato zmatená situace v otázce informovanosti byl jeden z hlavních důvodů, proč se v České republice tak dobře dařilo nepravdivým a klamavým informacím, které v mnoha ohledech zhoršovaly průběh pandemie. Na základě dosavadního výzkumu ze zahraničí se ukazuje, že přílišná roztržitost systému má výrazný dopad na efektivitu nastavených opatření. V tomto směru je vhodné hledat cesty, jak řízení v době závažné epidemiologické situace zefektivnit. Při těchto úvahách bychom však neměli zapomínat na mezioborovost problematiky, na konsekvence, které jednotlivé kroky přinášejí, a na perspektivu osob, které jsou závislé na pomoci a péči druhých. Propojení krizového managementu a právní podpory postupů orgánů veřejné správy s respektem a ochranou práv dotčených osob v sociálních službách je proto nezbytné.

Na základě výsledků z realizovaného výzkumu se ukazuje, že k zvládnutí další pandemie je z hlediska sociálních služeb nezbytné posílit a zabezpečit: a) informovanost (ideálně všechny potřebné informace na jednom místě), prostřednictvím které budou poskytnuty jednotné a konzistentní pokyny pro poskytovatele, případně i pro zřizovatele sociálních služeb; b) jednotný, zřejmý a transparentní systém řízení (jeden zdroj, jasná pravidla stojící na principu evidence based a meziresortní a mezioborové diskuze); c) vzdělání a výchovu k odpovědnosti jednotlivce za své zdraví a prostřednictvím toho i poskytnout důvěru vládních představitelů v občany (což dokazují i údaje ze Švédska, které se touto cestou vydalo).

Jak již bylo výše uvedeno, všechna tato doporučení (včetně navrhaných konkrétních doporučení v textu publikace) odpovídají obecnému axiomu – není otázkou, zda přijde další pandemie, ale je otázkou, kdy se tak stane. Je tedy dobré využít čas, který máme pro přípravu a prevenci na ni.

# Summary

The more than 2,000 social service providers that operate in the Czech Republic provide services to approximately 700,000 clients. These providers help their clients in terms of addressing adverse social situations in a way that guarantees the preservation of human dignity, respects their individual needs, and strives to strengthen their ability to integrate into society in a natural social environment. Social services are provided to individuals, families and groups, most often to persons with disabilities, the elderly and those at risk of becoming socially disadvantaged or excluded. It is these three latter groups that comprise those most at risk in the event of epidemics, pandemics and the spread of infectious diseases. Assistance from the community is an absolute necessity for such groups since they experience serious mental and/or physical difficulties dealing alone with such challenging situations.

We recently witnessed the occurrence of the COVID-19 global pandemic, the seriousness, origin and rate of transmission of which were initially unknown, as was the best approach to defending against it. The situation led to feelings of anxiety, fear, insecurity and, especially, the feeling of being faced with a serious threat both to ourselves and to our loved ones. As the disease spread, governments around the

world announced previously unimaginable restrictive measures and regulations, many of which were based on the social isolation principle.

Social services providers faced a large number of problems, particularly in terms of the provision of methodical support and the procedure that should be adopted to address the pandemic situation. Thus, social services providers were forced to deal with new risks that emerged from potential COVID-19 infection and new rules regarding hygiene, protective equipment/clothing and testing; moreover, they were often forced to compromise between exposing themselves (and, thus, their loved ones) to a high risk of infection and continuing to fulfil their routine work-related responsibilities.

This publication reflects on the experience obtained from the recent pandemic situation and, based on the research conducted, presents ideas, recommendations and inspiration for social services providers. The main aim is to assist social services providers in the event that a similar situation emerges in the future and which is accompanied by the same, often unclear, official government guidance that was provided during the COVID-19 pandemic.

The publication is based primarily on the results of a research study conducted as part of the “Changes in selected social services aimed at persons with disabilities during viral disease-related crisis situations” project, the aim of which was to map the procedures that governed selected types of social services during the implementation of quarantine measures during the COVID-19 pandemic. The research focused primarily on specific types of social services, i.e. day and weekly inpatients, early care, personal assistance and homes for people with disabilities. Staff from the faculties of education at the University of South Bohemia in České Budějovice and the University of Hradec Králové worked together on the research, with contributions on individual components of the research by Dr. Radka Prázná, Dr. Adéla Mojžíšová, Dr. Zuzana Truhlářová, Dr. Ivana Havráňková, Dr. Petra Bendová, Dr. Pavel Zíkl and Mgr. Michal Nesládek, under the leadership of Dr. Aneta Marková. Thus, the overall results of the research comprised

the individual contributions of the above-mentioned authors. Moreover, the publication is supplemented by contributions from a virologist and a lawyer, the involvement of whom was considered essential in the various phases of the research in terms of the medical and legal aspects of the pandemic. We trust that the publication as a whole, and the results of the research in particular, will prove useful for social services providers, the academic community, and all those involved in the wider provision of social services in the Czech Republic.

The research conducted revealed that social services in the Czech Republic demonstrated considerable resilience, ability to react and adaptability in the challenging and confusing environment brought about by the spread of the COVID-19 pandemic. Social services providers and their clients were often exposed to challenging situations connected both to the disease itself and the overall lack of preparedness of the Czech authorities for such a situation. It is reasonable to state in hindsight that COVID-19 exposed a number of problem areas in terms of the management of social services, particularly the difficulties involved in ensuring the uniform management and coordination of social services. The field of social services in the Czech Republic is primarily the responsibility of local government authorities – municipalities and regions, which have adopted their own locally-determined management strategies. While the Ministry of Labour and Social Affairs (which is responsible for social services) provides guidance and assistance via the issuance of general recommendations and the provision of methodical support, the ultimate decision-making authorities comprise regions and municipalities. The careful consideration of this factor is crucial in terms of the management of social services during serious epidemiological events. The research further revealed that social services providers primarily suffered from a lack of information, the clear definition of procedures and a coordinated management approach. The experience of the COVID-19 pandemic in terms of the provision of information and management guidance was

rated by social service providers as unclear, uncertain, confusing and even chaotic. A further frequently mentioned issue concerned the fact that the information provided was often contradictory, non-uniform, subject to frequent changes and disorganised. The confusion regarding the provision of information comprised one of the main reasons for the success of false and misleading information campaigns, which acted to exacerbate the development of the pandemic in many ways in the Czech Republic. The conducted research strongly suggests that the serious inconsistencies inherent in the system exerted a significant impact on the effectiveness of the measures introduced. Thus, going forward, efforts should be made to search for ways in which to improve the efficiency of the management system during serious epidemiological situations. Moreover, when attempting to determine such a new approach, it will be important not to ignore the interdisciplinary nature of this issue, the consequences of the implementation of the proposed reforms, and the perspectives of those who are dependent on external assistance and care. Thus it will be necessary to effectively interlink crisis management measures and the legal enshrinement of support for public administration authority procedures with respect to the protection of the rights of social services personnel and clients.

The results of the research suggest that the management of future pandemics will require the strengthening and ensuring of: a) the provision of information (ideally from one source) and consistent instructions for both social services providers and management; b) a uniform, clear and transparent management system (one central source and clear rules founded upon evidence-based interdepartmental and interdisciplinary discussions); c) education in terms of the responsibility of individuals for their health, via which it will be possible to ensure the trust of citizens in the responsible government representatives (the success of which has been proven by data from Sweden, which has adopted this approach).

All of these recommendations (as well as the specific recommendations proposed in the publication itself) correspond to a general axiom – it is not a question of whether there will be another pandemic but when. Thus, it is essential that we use the time available to prepare for it and to design the appropriate preventative approaches.

The book is dedicated to all those who helped ensure the management and functioning of social services during the COVID-19 pandemic, especially those who, despite the threat to their own lives, continued to work directly with their clients.

The book was written with the support of the state-funded Technology Agency of the Czech Republic as part of the ÉTA Programme and comprises one of the outputs of the “Changes in selected social services aimed at persons with disabilities during viral disease-related crisis situations” project (TL05000413).



# Jmenný rejstřík

## A

Adams, Jerome 97  
Amenhotep III. 21  
Arnoldová, Anna 38, 53

## B

Bahýlová, Lenka 53  
Banks, Sarah 85, 88, 90  
Bendová, Petra 14, 88, 90–92,  
146, 257, 258, 281, 288

## D

Derka, Viktor 53  
Dienstbier, Jakub 53

## E

Ehrlich, Carolyn 90, 148, 169,  
178, 194, 199, 216, 223, 234,  
254

## F

Fišer, Václav 50, 53

## G

Galen 21

## H

Havránková, Ivana 14, 81, 88–92,  
146, 219, 222, 253, 254, 288  
Hejč, David 41, 53  
Hendrych, Dušan 41, 53  
Hloušek, Jan 40, 53  
Horák, Filip 42, 53

## Ch

Chapman, Kelsey 90, 148, 169,  
178, 194, 199, 216, 223, 234, 254

## I

Ivanovskij, Dmitrij 20

## J

Justinián 21, 22

## K

Kavěna, Martin 53

Kendall, Elizabeth 87, 90, 148,  
169, 178, 194, 199, 216, 223,  
234, 254

Klíma, Karel 37, 42, 53, 54

Kosíková, Tereza 46, 49, 53

Krebs, Vojtěch 53, 60, 91

Kysela, Jan 41, 54

## L

Leeuwenhoek, Antoni Van 20

Lenharo, Mariana 50, 54

## M

Marcus Aurelius Antonius

Augustus 21

Marková, Aneta 14, 88–92, 97,  
109, 117, 122, 141, 146, 255,  
288

Murthy, Vivek 97

## N

Nicolas, George 39, 54

## O

Odehnalová, Jana 45, 50, 54

Orsega, Susan 97

## P

Pasteur, Louis 20

Pavlík, Marek 53

Prázdná, Radka 14, 88–92, 146,  
147, 149, 170

Průša, Ladislav 62, 92

## Ř

Řepa, Karel 41, 54

## S

Singer, Merrill 27

Sovová, Olga 37, 45, 53, 54

## T

Tomeš, Igor 60, 61, 92

Truhlářová, Zuzana 14, 59, 81,  
85, 87–92, 122, 141, 146, 154,  
171, 178, 196, 222–234, 253,  
254, 260, 263, 266, 283, 288

Trump, Donald 101

## V

Vaska, Ladislav 80, 89, 92

Večeřa, Miloš 38

## Z

Zíkl, Pavel 14, 88–92, 146, 148,  
172, 197, 199, 216, 221, 222,  
226, 255, 288

# Věcný rejstřík

- Alternativní a augmentativní komunikace 198, 201, 205, 209  
Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR / APSS ČR 83, 110, 111, 123, 150, 175, 227, 235  
Biologická agens 20, 21, 23, 31, 103, 106, 131  
Depistáž 210  
Duševní zdraví 19, 65, 88  
Dysartrie 198  
Dotazníkové šetření 119, 120, 122, 124  
Epidemiologie 118  
Epidemický potenciál 167, 181, 183  
Evropská unie 98, 99, 100, 102  
Facilitátor 120  
Fokusní skupina 120, 121, 206, 230  
Home office 153, 231, 251, 253, 266, 267  
Hlavní výsledky 122  
Informační zdroje 109, 119, 122  
Ochranné pomůcky 150, 157  
Práce s klienty 125  
Personální oblast 127  
Online komunikace 129, 130, 139  
Infekční onemocnění / choroby 25, 26  
SARS-CoV-1 25, 29, 30  
SARS-CoV-2 19, 28, 29, 31, 98, 100  
Covid-19  
Západonilská horečka 24  
HIV/AIDS 25, 27, 28, 113  
MERS 25, 29  
Ebola 25  
Zika 26  
Příušnice 26  
Spalničky 26  
Mor 21, 22  
Infodémie 102

- Izolace 104, 111, 115, 126, 246
- Judikatura 41, 45
- Karantény 127, 191, 226, 269
- Krizové řízení 51, 58, 264
  - Krizové řízení pandemie 58
- Krajské hygienické stanice 42, 73, 110, 137, 262, 264, 273
- Koronaviry 19, 29, 30
- Lidská práva 39, 42, 85
- Lockdown 99, 107
  - Celostátní lockdowny 100
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR / MPSV ČR 47, 86, 285
- Ministerstvo zdravotnictví ČR / MZ ČR 110
- Metodická podpora 123, 223, 226
- Mentální postižení 180, 197, 124, 214
- Neformálně pečující 67, 148, 151, 163, 176
- Netopýři 23, 29
- Nouzový stav 42, 48
- Očkování 58, 101, 159, 186
- Osoby s duševním onemocněním 67, 147, 173, 232
- Obstaravatelská správa 38
- Pandemický potenciál 19, 21, 23, 156
- Pandemický zákon 44, 45
- Poruchy autistického spektra / PAS 188, 198
- Princip normality 148
- Programy veřejného zdraví 97, 99
- Protiepidemická opatření 114, 117
- Právní stát 37, 42, 52
- Příspěvek na péči 48, 62, 78
- Přírodní rezervoár 29
- Poskytovatel sociálních služeb 76, 78, 147
- Státní sociální podpora 60
- Sociální služba
  - Sociální poradenství 66
  - Služby sociální péče 66
  - Služby sociální prevence 70
- Supervize 89, 128, 138
- Sociální pomoc 39, 48, 61, 87
- Sociální záchraná sít 63
- Sociální vyloučení 68, 73
- Syndémie 26, 27
- Sociální sít
  - WhatsApp 112, 265
  - Zoom 112, 265
  - GoogleMeet 112
- Spojené státy americké 97
- WHO / Světová zdravotnická organizace 24, 110, 131





Aneta Marková a kol.  
**Mimořádná situace v sociálních službách**  
zkušenosti z COVID-19

Vydalo nakladatelství Pavel Mervart,  
P. O. Box 5, 549 41 Červený Kostelec,  
v roce 2023  
Jazyková redakce Michal Hrubý  
Sazba Iva Zelenáková  
Grafické zpracování obálky Luděk Joska  
Tisk H.R.G., spol. s r. o., Litomyšl

[www.pavelmervart.cz](http://www.pavelmervart.cz)

**ISBN 978-80-7465-617-0**





