

Univerzita Karlova
Fakulta humanitních studií

Program řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Petr Makal

Zvyšování kvality péče v tísňové péči a její optimalizace

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček, Ph.D.

Praha 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repositáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 14. dubna 2024

.....

Bc. Petr Makal

Poděkování

Na tomto místě bych rád vyjádřil své hluboké díky Mgr. Petrovi Vrzáčkovi, Ph.D., za jeho odborné vedení, cenné rady a neustálou podporu během mého studia a při psaní této diplomové práce. Jeho odborné znalosti a metodický přístup byly klíčové pro dosažení výsledků mé práce. Dále bych rád poděkoval zaměstnancům organizace Anděl Strážný, z.ú., za jejich neocenitelnou pomoc a podporu, kterou mi poskytli v průběhu mého výzkumného šetření. Tato práce by nevznikla bez pomoci a podpory těchto výjimečných jedinců, za což jim patří moje upřímné díky.

Obsah

I. Úvod.....	1
II. Teoretická část	2
1 Tísňová péče.....	2
1.1 Rizika tísňové péče	4
1.2 Poskytování tísňové péče v České republice	5
1.2.1 Anděl strážný, z.ú.....	5
1.3 Tísňová péče ve Velké Británii.....	8
1.3.1 Telecare a Telemedicine	8
2 Kvalita sociální péče	11
2.1 Kvalita v sociálních službách	11
2.2 Standardy kvality	14
2.2.1 Procedurální standardy kvality.....	14
2.2.2 Personální standardy kvality	16
2.2.3 Provozní standardy kvality.....	17
2.3 Inspekce kvality	18
2.3.1 Typy inspekcí.....	18
2.4 Měření kvality v sociálních službách.....	20
2.4.1 Total Quality Management	21
3 Cílové skupiny Tísňové péče	23
3.1 Senioři.....	23
3.1.1 Změny ve stáří.....	24
3.1.2 Formy péče o seniora	27
3.1.3 Specifika komunikace se seniory	29
3.1.4 Bariéry v komunikaci se seniory	30
3.1.5 Specifická zdravotní omezení	31
3.2 Osoby se zdravotním omezením.....	34
3.2.1 Tělesné omezení.....	35
3.3 Osoby v krizi.....	36
III. Empirická část	37
4 Metodologie	37
4.1 Sociální konstruktivismus.....	37

4.2 Ekosystémová perspektiva.....	38
4.3 Tísňová péče v praxi.....	39
4.3.1 Jednání se zájemcem a příprava na toto jednání	39
4.3.2 První schůzka se zájemcem.....	40
4.3.3 Druhá schůzka s uživatelem.....	41
4.3.4 Hodnocení IPP	42
4.3.5 Servis monitorovacího zařízení.....	43
4.3.6 Ukončení poskytované služby.....	43
4.4 Cíl výzkumu.....	44
4.5 Výzkumné otázky	44
4.6 Výzkumný vzorek.....	44
4.7 Pozicionalita výzkumníka.....	45
4.7.1 Předvýzkumné šetření – dotazníky spokojenosti	46
4.8 Metoda a technika sběru dat	50
4.9 Analýza a výsledky.....	52
4.9.1 Analýza silných míst tísňové péče	52
4.9.2 Analýza slabých míst tísňové péče.....	57
4.10 Diskuse o budoucím směřování a doporučení	62
4.10.1 Mikroúroveň.....	62
4.10.2 Mezzo úroveň.....	65
4.10.3 Makroúroveň.....	67
IV. Závěr.....	69
Seznam literatury	71
Seznam obrázků.....	76
Seznam grafů	77
Přílohy.....	78

Abstrakt (česky)

Tato diplomová práce se zaměřuje na kvalitu a optimalizaci tísňové péče v České republice. V první části se autor věnuje definici tísňové péče, rizikům, která jsou s ní spojena, poskytování tísňové péče v České republice a Velké Británii, kvalitě sociální péče, standardům kvality, metodám měření a inspekci kvality, a cílové skupině tísňové péče. Po teoretickém úvodu se autor věnuje metodologické části, kde čtenáře seznamuje s průběhem služby z pohledu uživatelů. V rámci výzkumu byla použita kvalitativní metoda polostrukturovaných rozhovorů s devíti účastníky – třemi sociálními pracovníci, třemi pracovníci dispečinku a třemi uživateli služby z organizace Anděl Strážný, z.ú. Z výzkumu vyplynulo několik zjištění: chybějící informovanost ze strany zdravotnických a sociálních pracovníků, nedostatečná modernizace monitorovacích zařízení, absence vizualizace pracovníků dispečinku ze strany samotných uživatelů, a nedostatek standardizace jak v samotné tísňové péči, tak i v monitorovacích zařízeních. Tyto nedostatky by, pokud by byly řešeny, mohly vést ke zvýšení kvality poskytovaných služeb, jejich optimalizaci a snížení finanční náročnosti. V závěrečné části autor představuje vlastní návrhy na řešení těchto problémů a věří, že jejich aplikace by mohla posunout kvalitu poskytované tísňové péče na mezinárodní úroveň.

Klíčová slova (česky)

tísňová péče, sociální služby, kvalita sociálních služeb, standardy kvality, senioři, lidé se zdravotním omezením

Abstract (in English)

This thesis focuses on the quality and optimization of Telecare (emergency care) in the Czech Republic. In the first part, the author addresses the definition of Telecare (emergency care), associated risks, the provision of Telecare (emergency care) in the Czech Republic and the United Kingdom, the quality of social care, quality standards, methods of quality measurement and inspection, and the target group for emergency care. After the theoretical introduction, the author proceeds to the methodological part, where he attempts to acquaint the reader with the process of the service from the users' perspective. The research utilized a qualitative method of semi-structured interviews with nine participants – three social workers, three dispatchers, and three service users from the organization Anděl Strážný, z.ú. The research yielded several findings: a lack of awareness among healthcare and social workers, insufficient modernization of monitoring equipment, the absence of dispatcher visualization from the users' perspective, and a lack of standardization in both the emergency care itself and the monitoring devices. Addressing these shortcomings could lead to an improvement in the quality of services provided, their optimization, and a reduction in financial costs. In the final part, the author presents his own proposals for solving these problems and believes that their implementation could elevate quality of provided Telecare (emergency care) to an international level.

Keywords (in English)

telecare, emergency care, social services, quality of social services, quality standards, seniors, people with disabilities

I. Úvod

Pro diplomovou práci jsem si vybral téma tíšňové péče. Cílem mojí diplomové práce je posoudit kvalitu tíšňové péče z perspektivy uživatelů a pracovníků v organizaci Anděl Strážný, z.ú. V aktuální době je mi toto téma velmi blízké. Tíšňová péče je v ČR relativně novou sociální službou, která nemá tak velké povědomí jako další sociální služby. Je zde i nedostatek důležitých informací ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí k poskytovatelům tíšňové péče. Mnou realizovaný výzkum k tématu tíšňové péče vychází ze sociálního konstruktivismu a je také zakotven v ekosystémové perspektivě. Oba směry udávají určitý směr pohledu na tíšňovou péči. V teoretické části seznamuji čtenáře s tíšňovou péčí. Velká část populace nezná tíšňovou péči a nemá představu o tom, jak se poskytuje a co se za tímto názvem skrývá. Rád bych čtenáře vzal do služby jako pomyslného nového zájemce v organizaci Anděl Strážný, z.ú. a následně bych rád popsal poskytování tíšňové péče v České republice a ve světě. V další kapitole čtenáře seznamuji s pojetím kvality poskytované sociální péče v České republice, které nám následně bude sloužit jako jeden z tematických pilířů pro metodologickou část. V poslední kapitole teoretické části se zaměřuji na cílové skupiny tíšňové péče. Velkou část cílové skupiny tvoří senioři, dále jsou to lidé se zdravotním postižením a osoby v krizi.

V metodologické části prezentuji výstupy z polostrukturovaných rozhovorů vedených se zaměstnanci a uživateli organizace Anděl Strážný, z.ú. Rozhovory jsem vedl se 6 zaměstnanci přímé péče – třemi sociálními pracovníky a třemi pracovníky v sociálních službách. Následně jsem vybral uživatele z Ústeckého, Středočeského a Pardubického kraje na území České republiky, kteří už jsou minimálně 3-4 roky uživateli tíšňové péče od organizace Anděl Strážný, z.ú. Cílem rozhovorů bylo identifikovat hlavní faktory, které přispívají k úspěchu nebo neúspěchu v poskytování tíšňové péče a zjistit, jaké jsou potřeby uživatelů a jak jsou aktuálně organizací naplňovány.

Závěrem prezentuji návrhy pro zlepšení, které obsahují doporučení pro praxi a přímé poskytování tíšňové péče. Tyto návrhy vychází z výsledků výzkumu a cílí na zvýšení povědomí o tíšňové péči, zlepšení přístupu k této službě a zvýšení její kvality. Specifická doporučení zahrnují zlepšení komunikace mezi různými poskytovateli tíšňové péče a zavedení inovativních technologických řešení pro lepší dosažitelnost a efektivitu služeb.

II. Teoretická část

1 Tísňová péče

Sociální služba tísňové péče je definována dle § 41 v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jako služba poskytující nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci osobám vystaveným vysokému riziku ohrožení života nebo zdraví, zejména v situacích, kdy dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu nebo poklesu schopností. (Mach et al., 2019)

Tísňová péče je poskytovaná terénní sociální služba, kterou poskytují kvalifikovaní pracovníci, a umožňuje nepřetržitou komunikaci s lidmi, kteří se ocitají v rizikových situacích. Tato terénní sociální služba je zaměřena na pomoc těm, kteří jsou v největším ohrožení a potřebují rychlou reakci, aby se zabránilo nebezpečí ohrožující jejich zdraví a život. S tísňovou péčí je spojeno i využití několika typů moderních zařízení, která umožňují komunikaci na dálku. Vzhledem k důležitosti této služby je třeba mít kvalifikované odborníky, kteří jsou schopni poskytnout rychlou a účinnou pomoc v krizových situacích. (Mach et al., 2019) Základní činnosti v tísňové péči jsou uvedeny pod § 7 ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou jsou prováděna některá ustanovení zákona o sociálních službách následovně:

- 1) poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci;
 - poskytování nepřetržité distanční hlasové a elektronické komunikace;
 - v případě akutního ohrožení života nebo zdraví zprostředkování zákroku zdravotnické záchranné služby, policie nebo hasičů;
- 2) sociálně terapeutické činnosti;
 - socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob;
- 3) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
 - podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů;
- 4) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí;

- pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů. (Česká republika, 2007)

Poskytovatelé tísňové péče poskytují okamžitou kvalifikovanou pomoc lidem v krizové situaci, kterou si může uživatel právě stisknutím jednoho tlačítka přivolat. Z tohoto důvodu je tato služba poskytována v režimu 24 hodin / 7 dnů (dále také 24/7) v týdnu v průběhu celého roku.

Mezi cíle tísňové péče lze zařadit:

1. poskytnutí nejrychlejší pomoci v akutních a krizových situacích;
2. zmírnění rizik týkajících se sociálního, zdravotního a bezpečnostního ohrožení osob, které službu využívají;
3. umožnění osobám s omezenou zdravotní způsobilostí žít, co nejdéle ve vlastním sociálním prostředí;
4. zajištění nezávislosti a umožnění života co nejdéle v domácím prostředí při existenci zdravotního postižení;
5. překonání pocitu samoty, odloučení a sociálního vyloučení skrze přenosná zařízení;
6. poskytování pomoci seniorům a lidem se zdravotním postižením v uplatňování jejich práv a zájmů a usnadnění jejich kontaktu s různými institucemi a organizacemi;
7. poskytování poradenství v oblasti sociálního, zdravotního a obecného charakteru;
8. omezení počtu hospitalizací a výskytu pobytů v zařízeních poskytujících zdravotní a sociální služby;
9. redukce délky pobytu ve zdravotnických a sociálních zařízeních;
10. redukce potřeby následné péče v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN) a ošetrovatelských zařízeních;
11. pomoc pečujícím rodinám, která má podobu odlehčovací služby. (Kalvach, 2011)

Tísňová péče poskytuje 24/7 péči svým uživatelům. Z tohoto důvodu mohou lidé zůstat v pohodlí svých domovů se stálou kontrolou. Využívání moderních technologií v poskytování sociálních služeb také zvýšilo svou relevanci v období COVID-19, kdy byl relativně omezen kontakt s uživateli a začaly se hledat nové způsoby poskytování sociálních služeb. Maximální výši úhrady definuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kde se vypočítávají náklady organizace na technický provoz komunikačních prostředků v závislosti na počtu uživatelů. (Průša, 2021)

1.1 Rizika tísňové péče

Aktuálně jsem se zaměřoval na pozitivní stránku tísňové péče, ale existuje několik dalších studií, které poukazují na narušení soukromí ze strany poskytovatelů. Pocit, jako by se uživateli někdo stále díval přes rameno a zároveň jej mohl odposlouchávat popisuje ve studii s názvem Surveillance Studies Gary T. Max. Tato studie se zaměřuje na téma dohledu zainteresovaných osob ze strany státu. V případě tísňové péče vzniká otázka týkající se soukromí a ochrany osobních údajů uživatelů tísňové péče. Při využívání moderních monitorovacích zařízení, ze kterých lze získat citlivé informace, existuje určité nebezpečí zneužití těchto informací. Je zde také velké riziko narušení těchto zařízení neoprávněným přístupem. I když se poskytovatelé tísňové péče snaží, aby tato zařízení byla neprolomitelná, i přes to vše toto riziko stále existuje. Dalším rizikem je selhání zařízení. Jako u každého elektronického zařízení se může u uživatelů služeb projevit například chyba softwaru, která následně zablokuje příchod SOS tlačítka k poskytovatelům a tím se stává uživatel ničím nechráněn a v extrémním případě dochází až k jeho úmrtí. I přes všechna opatření, jako je odesílání dat do monitorovacích programů, vzniká několik nečekaných náhod v jeden okamžik. Dalším rizikem je finanční nákladnost pro poskytovatele tísňové péče. V případě údržby monitorovacích zařízení je potřeba pravidelná kontrola, jejíž cena se pohybuje v několika tisících korun za měsíc. Bohužel, v aktuální době nejsou poskytovány dotace ze strany MPSV na monitorovací zařízení, z tohoto důvodu je potřeba, aby poskytovatelé za pomoci PR oddělení sháněli finanční prostředky na tyto činnosti. Posledním rizikem, je závislost na technologii v tísňové péči a ztráta osobního kontaktu a interakce. (Gary T. Marx, 2015)

Zatímco technologie nabízejí řadu výhod pro zlepšení a efektivitu tísňové péče, je důležité nepřehlížet tyto stinné stránky a vyvíjet strategie, které zajistí, aby technologie sloužily k posílení, a nikoli k oslabení kvality a dostupnosti sociálních služeb. Tato dilemata nás nutí

přemýšlet o etických aspektech a regulaci dopadů technologického pokroku. Nejde jen o nalezení rovnováhy mezi technologickými inovacemi a ochranou soukromí, ale také o vytváření systémů, které jsou transparentní, bezpečné a respektující lidská práva. Odpovědnost leží nejen na výrobcích a poskytovatelích tísňové péče, ale i na uživatelích, kteří by měli být informováni o potenciálních rizicích a mít možnost volby.

1.2 Poskytování tísňové péče v České republice

V současné době (duben 2024) se podle registru poskytovatelů sociálních služeb v České republice nachází 19 poskytovatelů tísňové péče. Z nich 7 poskytovatelů nabízí nadregionální působnost, což umožňuje uživatelům cestovat se zařízením po celé České republice a žádat o službu z kteréhokoli kraje. Tato flexibilita zvyšuje dostupnost a efektivitu tísňové péče, což je zásadní pro osoby v nepříznivé životní situaci, které potřebují pocit jistoty, bezpečí a spolehlivou pomoc, ať už se nacházejí kdekoli na území České republiky. (Registr poskytovatelů služeb, 2024)

Pro poskytování této péče zatím nejsou stanovené jednotné standardy, což platí i o monitorovacích zařízeních. Tato situace poukazuje na nutnost definování konkrétních podmínek a kritérií pro tísňovou péči, aby bylo možné zajistit, případně zlepšit, její kvalitu. Věřím, že pečlivé vymezení těchto standardů by přispělo nejen k lepšímu poskytování služeb, ale také by podpořilo ty poskytovatele, kteří kladou důraz na sociální aspekt těchto služeb.

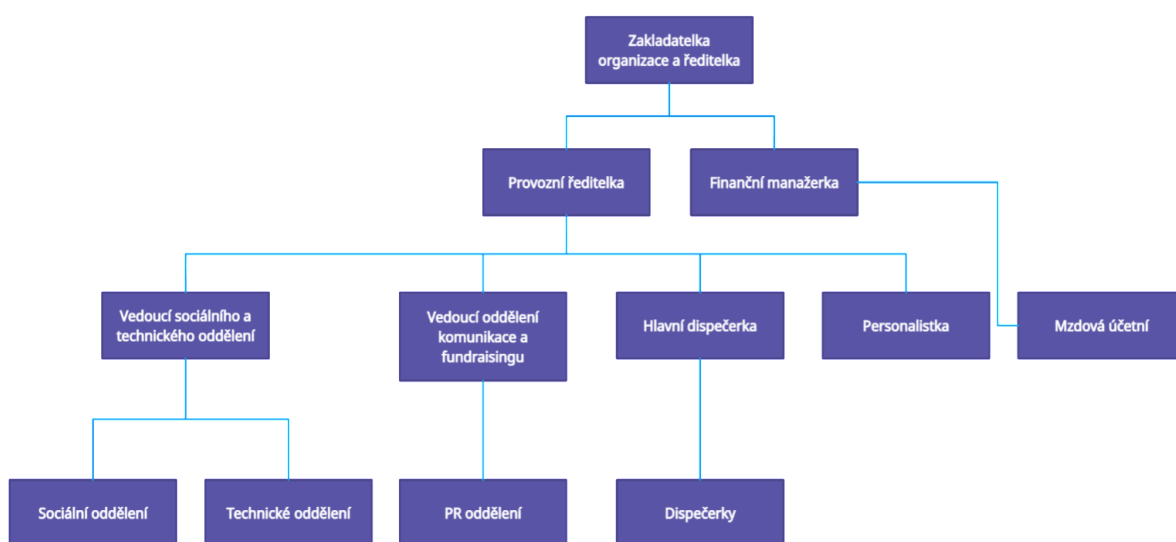
1.2.1 Anděl strážný, z.ú.

Organizace Anděl Strážný z.ú. byla založena v roce 2011 paní Martinou Hebelkovou, která v té době byla i ředitelkou společnosti Henig. Po životních zkušenostech se rozhodla pomáhat lidem, a proto si založila tuto neziskovou organizaci. Organizace poskytuje dle zákona č. 108/2006 Sb. terénní sociální službu s názvem Tísňová péče podle § 41. Anděl Strážný z.ú. poskytuje tísňovou péči v celé České republice non-stop, 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a 365 dní v roce. Organizace se zaměřuje na seniory, osoby se zdravotním postižením a osoby v krizových situacích. Senioři jsou často zranitelnou skupinou, potřebují pomoc a podporu v běžném životě. Osoby se zdravotním postižením se mohou ocitnout v těžké situaci, kterou nemohou zvládnout samy, a proto potřebují odbornou pomoc. Osoby v krizových situacích jsou například lidé propuštění z nemocnice nebo s diagnostikou karcinomu a kardiovaskulárního

onemocnění, pro které již jen samotné sdělení diagnózy je náročné a stresující. K poskytování tísňové péče využívá organizace tři zařízení a to Hodinky, Novo a Tipec. Tipec je vyvíjen samotnou organizací, která se snaží přinést nové funkce do tísňové péče. V aktuálním období organizace testuje nové zařízení, které by mohlo zvýšit kvalitu poskytovaných služeb. (Anděl Strážný, 2022b)

V organizaci pracuje 44 zaměstnanců, kteří jsou rozděleni do následujících skupin: vedení, sociální oddělení, dispečink, oddělení komunikace a fundraisingu, HR oddělení, technické oddělení a ekonomické oddělení.

Obrázek 1: Organizační struktura organizace Anděl Strážný, z.ú.



Zdroj: Vlastní zpracování

Na obrázku č. 1 je vidět aktuální (únor 2024) organizační struktura. V čele zaměstnanců je zakladatelka organizace a ředitelka, provozní ředitelka, finanční manažerka, 4 lidé ve vedení, 12 lidí v sociálním oddělení, 18 lidí na dispečinku, 3 lidi v oddělení komunikace a fundraisingu, 1 personalistka, 2 lidé na technickém oddělení a 1 člověk v ekonomickém oddělení. Největší část zaměstnanců se nachází na dispečinku z důvodu pokrytí 24/7. Všichni zaměstnanci na dispečinku mají určitý typ zdravotního znevýhodnění. (Anděl Strážný, 2024a)

1.2.1.1 Monitorovací zařízení organizace Anděl Strážný

V organizaci využívají tři monitorovací zařízení. Nejpoužívanějším zařízením je TIPEC, kromě TIPČů jsou využívány speciální monitorovací hodinky, které slouží uživatelům, kteří

mají velmi dobrou jemnou motoriku. Třetím zařízením je NOVO, které přináší podporu lidem, kteří se ze zdravotních důvodů pohybují převážně v jejich domovech. (Anděl Strážný, 2024b)

TIPEC je monitorovací zařízení, které organizace využívá od roku 2017, kdy byl zahájen jeho vývoj. Toto zařízení může uživatel nosit na ruce s pomocí pásku se suchým zipem nebo zavěšené na krku pomocí klíčenky. K dispozici je také nabíječka s magnetickým zakončením, což usnadňuje nabíjení pro uživatele služby. Zařízení disponuje jednoduchým červeným SOS tlačítkem, kterým lze přivolat pomoc. Obsluha zařízení je velmi jednoduchá; po stisknutí tlačítka uživatel jen čeká na spojení a nemusí hovor jinak přijímat. Mezi výhody zařízení patří nízká aktivita, automatická detekce pádu a geofencing. Funkce nízké aktivity se nastavuje na určitou dobu dle přání uživatele, například 3 hodiny. Pokud uživatel nepohne krabičkou v tomto časovém úseku, krabička zahlásí: „*Pohněte se prosím.*“ Pokud se uživatel nepohne, krabička automaticky volá na dispečink. Automatická detekce pádu zjišťuje zrychlení zařízení a jeho následný krátký čas nehybnosti. Po detekci pádu zařízení vysílá automatickou hlášku: „*Pád, volám pomoc*“, a následně se spojuje s dispečinkem a postupuje dle neodkladného plánu pomoci. Funkce geofencing umožňuje nastavit určitou bezpečnou oblast, ve které se uživatel pohybuje, a v případě opuštění této oblasti vyhlásí poplach. Tato funkce je vhodná pro lidi s Alzheimerovou chorobou. Zařízení je nutné každý večer dát na nabíječku, kde se nabíjí přibližně 6 hodin a vydrží následně celý den. Nevýhodou zařízení je chybějící voděodolnost a skladnost daného zařízení. (Anděl Strážný, 2022a)

Hodinky jsou dalším často využívaným monitorovacím zařízením v organizaci Anděl Strážný, z.ú. Toto přenosné zařízení je vybaveno SOS tlačítkem na boku, které je nutné držet stisknuté po dobu 5 sekund. Toto zařízení vyžaduje dobrou jemnou motoriku, a proto jsou hodinky vhodné především pro uživatele, kteří jsou schopni tlačítko držet po stanovený čas. Zařízení je dále vybaveno dotykovým displejem, který zobrazuje čas a nabízí řadu funkcí, včetně videohovoru, chatu, měření teploty, tepu a tlaku, fotoaparátu a krokoměru. Vzhledem připomínají klasické běžně používané chytré hodinky. Baterie hodinek vydrží na rozdíl od TIPECu až 4 dny a jsou nabitě za přibližně 2 hodiny díky magnetické nabíječce. Kromě toho hodinky disponují funkcí detekce pádu, která při zaznamenání určitého zrychlení automaticky volá dispečink. Hodinky také nabízí automatické přijímání hovorů, což uživatelům umožňuje počkat na spojení bez nutnosti dalšího zásahu. (Anděl Strážný, 2023b)

Posledním zařízením využívaným v organizaci Anděl Strážný, z.ú. je NOVO, které se skládá ze dvou hlavních částí: základny a bezdrátového SOS tlačítka. Na základně je umístěn velmi výkonný reproduktor a kvalitní mikrofon. Základna je vybavena třemi tlačítky: SOS, STOP a DOMA. Tlačítko SOS funguje standardně; po jeho stisknutí automaticky volá dispečink. Tlačítko DOMA slouží k deaktivaci alarmů v případě nízké aktivity, a to včetně poplachů, jako jsou porucha komunikace, vada baterie nebo výpadek síťového napájení. V případě výpadku elektrické sítě v domácnosti uživatele, je NOVO vybaveno záložním zdrojem, který umožňuje zařízení fungovat dalších 24 hodin a poskytovat pomoc v krizové situaci. Tlačítko DOMA slouží k přepínání stavu zařízení při odchodu z domácnosti nebo před spánkem. Pokud se bezdrátové SOS tlačítko vzdálí od základny více než 70 metrů, tak na dispečink přichází upozornění, proto je důležité stisknutím tlačítka upozornit dispečink, že uživatel odchází z domu. Hlavní výhodou zařízení NOVO je jeho jednoduchá obsluhovatelost, kdy uživatel nosí u sebe pouze bezdrátové tlačítko s dosahem 70 metrů od základny a nemusí se starat o nabíjení, neboť baterie v náramku vydrží až 2 roky. Nevýhodou je absence detekce pádu, což je limitující pro uživatele s vyšším rizikem pádů. (Anděl Strážný, 2021)

Je důležité zmínit, že všechna zařízení používaná v organizaci Anděl Strážný, z.ú. umožňují volání až tří kontaktních osob uživatele. Ostatní čísla jsou blokována, což zabraňuje volání nepovolených osob na tato zařízení, a tím je zajištěna bezpečnost uživatelů.

1.3 Tísňová péče ve Velké Británii

V oblasti tísňové péče se vyskytují různé termíny, mezi něž patří Telecare a Telemedicine. Někdy se také používá výraz Emergency care. Pro některé čtenáře může být tato formulace matoucí, neboť se často vztahuje k pojmu "neodkladná péče" ve zdravotnictví. Je důležité rozlišovat mezi těmito termíny a pochopit jejich specifické kontexty v rámci poskytování tísňové péče.

1.3.1 Telecare a Telemedicine

"Telecare" zahrnuje různé technologie, od kterých se očekává, že přispějí k udržení nebo zlepšení funkčnosti, bezpečnosti a nezávislosti jednotlivců, často v domácím prostředí péče. Další částečně překrývající se pojmy zahrnují "technologie sociální péče", "telecare", "technologie pro podporu života v prostředí" (ambient assisted living technologies),

"telemedicine" a "e-health". Přestože tyto termíny zahrnují různé formy digitální péče, mezi nimi existuje značný překryv. (Stokke et al., 2021)

Dle autora Watsona je Telecare velmi efektivně nákladový způsob udržování lidí v jejich přirozeném prostředí. V posledních letech narůstají počty lidí, kteří potřebují pomoc jiných osob a místní sociální služby mají problém uspokojit potřeby těchto lidí z důvodu kapacit. Proto autor poukazuje na hlavní tři subjekty, kde má Telecare největší dopady:

- vliv na uživatele služeb a pečovatele;
- rodiny;
- poskytovatele služeb; (Watson et al., 2021)

Podle McCartyho a Dropera lze provádět většina sociální práce online formou v případě starších dospělých a lidí se zdravotním omezením, a to od konzultací, vzdělávání, domácích návštěv až po konzultace s dalšími spolupracovníky. Tísňová péče také umožňuje sociálním pracovníkům a dalším pracovníkům v přímé péči vykonávat základní úkony dálkovou formou skrze výše zmíněná zařízení, včetně telefonních zařízení. Telefonní zařízení jsou jedny z nejstarších komunikačních prostředků a v historickém kontextu se ukázaly jako užitečné pro psychoterapii a poradenství s dlouhou historií využitelnosti u uživatelů. (McCarty & Draper, 2001)

Navzdory názoru McCartyho existuje další článek z roku 2012 od autorů Sorell a Draper, kteří poukazují na fakt, že sociální práce by neměla být vykonávána pouze online formou. Pokud by většina sociální práce probíhala pouze skrze technologie, senioři a lidé se zdravotním postižením by se mohli ocitnout v sociální izolaci. Proto by tísňová péče měla být stále jen doplňkovou technologií, která dává uživatelům zařízení určitý pocit jistoty a bezpečí, pokud žijí sami v domácnosti. (Sorell & Draper, 2012)

Z důvodu stárnoucí populace právě v Anglii zavedli program s názvem Whole Systems Demonstrators (An overview of Telecare and Telehealth) ve zkratce The WSD Programme. Byl to dvouletý program, který byl spuštěn v květnu 2008 a probíhal do konce roku 2010. Na tomto výzkumu, který byl součástí programu, se podílelo 6191 pacientů (uživatelů) a 238 praktiků. Výsledky studie WSD naznačují, že tísňová péče (TC) může omezovat, nebo zlepšovat úbytek kvality duševního zdraví, který je měřen pomocí obecného měřítka kvality života (SF-12) a potenciálně deprese (CESD-10), které jsou patrné v případě nepoužití tísňové péče. (Newman et al., 2013)

Další velmi zajímavý výzkum realizovali výzkumníci Boyle, Husebo a Vislapuu, kteří provedli syntézu již provedených výzkumů na podporu zavádění Telecare a dalších asistenčních technologií u lidí s Alzheimerovou nemocí. Studie, které byly začleněny do tohoto výzkumu, musely splňovat několik kritérií: využívat asistenční technologii k poskytování služeb pro lidi se zdravotním postižením nebo pro pečovatele; v těchto studiích měly být uvedeny jak slabé, tak silné stránky těchto technologií; měly se týkat lidí s demencí; měly být publikovány v období od roku 2011 do roku 2021; a měly být zveřejněny ve celosvětových publikacích v angličtině. Při uplatnění těchto kritérií bylo identifikováno 1611 publikací, z nichž 30 bylo relevantních pro začlenění do výzkumu. Z této studie vyplývá několik silných a slabých stránek.

Silné stránky:

- snadné používání a jednoduché školení pro pečovatele;
- bezpečné pro lidi s demencí;
- kulturní relevantnost;

Slabé stránky:

- úzkost z technologií;
- systémové chyby, ztráty spojení;
- načasování využití asistenčních technologií u lidí s demencí;
- digitální gramotnost;
- nedostatečný přístup k Telecare. (Boyle et al., 2022)

2 Kvalita sociální péče

V aktuální době nejsou žádné nastavené standardy pro poskytování tísňové péče ani žádné standardy pro zařízení, která využívají samotní poskytovatelé tísňové péče. Tato situace vede k rozdílné úrovni poskytovaných služeb tísňové péče a má za následek nerovnoměrnou kvalitu péče. Je tedy zřejmé, že existuje naléhavá potřeba vytvořit a implementovat soubor standardů a pravidel, které zajistí vysokou úroveň sociální péče pro všechny uživatele.

2.1 Kvalita v sociálních službách

Kvalita v sociálních službách a sociální práci představuje každodenní základní stavební kámen pro všechny poskytovatele sociálních služeb. Kvalitu v sociálních službách lze vnímat z trojí perspektivy. První perspektiva je z pohledu uživatelů těchto služeb, druhá perspektiva vychází ze strany zaměstnanců organizací poskytujících sociální služby a třetí perspektivu reprezentuje zřizovatel nebo konkrétněji Ministerstvo práce a sociálních věcí. Kvalita sociálních služeb je obtížně definovatelná, jelikož vyžaduje od zaměstnanců určitou míru profesionality, ale současně přináší do jejich pracovního prostředí významnou část administrativních úkonů, které je odklání od přímé péče s uživatelem. Sociální práce se tak rozšiřuje i o prvky managementu a snahy o spojení s ekonomickými prvky. Je nezbytné, aby se v sociálních službách našla rovnováha mezi efektivností a kvalitou péče, aby zaměstnanci mohli nadále poskytovat služby na vysoké úrovni, zatímco organizace udrží svou udržitelnost a schopnost rozvoje. K dosažení této rovnováhy je klíčová nejen spolupráce mezi všemi zainteresovanými stranami, ale i nepřetržitý rozvoj odborných dovedností a znalostí pracovníků v sociálních službách. Míra kvality je propojena s oblastmi jako je spokojenost uživatele a jeho rodiny, cenové dostupnosti služby, vysoká odbornost poskytované péče, uspokojování individuálních potřeb uživatele, bezpečí pro uživatele, dostupnost pro všechny a prostředí, které uživatel uvítá a ocení. Vnímání kvality je na druhou stranu objektivní stránkou věci. Každý jedinec vnímá kvalitu jiným způsobem. Dle autorky Malík Holasové lze naleznout několik zaměření na pojetí kvality a to orientace na produkt, orientace na zákazníka, na stanovené požadavky a v neposlední řadě orientované na cenu. Dle uvedených názvů si lze všimnout propojenosti z ekonomickými parametry. (Malík Holasová, 2014)

Pod prvním pojetím kvality se zaměřením na produkt si lze představit výsledek naší činnosti jako poskytovatelů sociálních služeb. Pod pojmem "produkt sociálních služeb"

rozumíme vše, co je pro nás, pracující v sociálních službách, zásadní. Jde o kvalitu naší péče a o to, jak se sociální pracovníci zajímají o životy lidí, kterým pomáhají. Produktem je tedy vše, co ovlivňuje charakter sociální služby. Toto pojetí předpokládá, že kvalita je měřitelná skrze dosažené výsledky sociální práce, což zahrnuje jak kvantitativní, tak kvalitativní aspekty péče a podpory poskytované uživatelům sociálních služeb. (Malík Holasová, 2014)

Dalším velmi důležitým pojetím kvality je zaměření na zákazníka. V sociálních službách si toto pojetí lze představit skrze názory uživatelů. Sociální služby jsou navrženy pro všechny lidi, kteří vyžadují určitou míru podpory, a proto je velmi důležité zohledňovat zejména tento jejich aspekt. Uživatel služby má specifické požadavky, které jsou pro každého uživatele individuální, a každý je vnímá podle svého subjektivního názoru. Jeho pohled je ovlivněn mnoha faktory, jako jsou biologické aspekty například věk, sociální aspekty jako vzdělání či zaměstnání, demografické aspekty jako region nebo lokalita a společenské aspekty jako reklama či doporučení odborníků. Toto pojetí podtrhuje, jak zásadní je pro poskytovatele sociálních služeb naslouchat potřebám a přáním uživatelů a přizpůsobovat služby tak, aby odpovídaly nejen univerzálním standardům kvality, ale také individuálním očekáváním a životním situacím každého jednotlivce. V pojetí kvality se zaměřením na zákazníka se tak odráží nejen důležitost personalizovaného přístupu, ale i potřeba kontinuálního dialogu mezi poskytovateli a příjemci služeb, což je klíčem k dosahování nejvyšší možné úrovně spokojenosti a efektivity ve službách, které hrají v životech lidí tak kritickou roli. (Malík Holasová, 2014)

Dalším pojetím kvality je standard-based, tedy pojetí kvality dle stanovených specifik. Toto pojetí je v centru zájmu Ministerstva práce a sociálních věcí. Pod tímto pojmem rozumíme měřitelnou kvalitu prostřednictvím standardů, které dle zákona č. 108/2006 Sb. musí mít definovány všechny sociální služby. Kvalita služby se odvíjí od požadavků a osobních cílů uživatelů, přičemž klíčové je, aby v průběhu poskytování služby nebylo porušeno žádné z lidských a osobních práv uživatelů. V další kapitole definuji podrobně jednotlivé standardy v sociálních službách, specifikující kritéria, která musí sociální služba splňovat, aby byla zajištěna kvalita poskytovaných služeb. Toto pečlivé zaměření na standardy umožňuje nejen zajištění vysoké úrovně služeb, ale také poskytuje jasný rámec pro hodnocení a zlepšování praxe v rámci poskytovaných sociálních služeb. Kromě toho tento přístup podporuje transparentnost a odpovědnost poskytovatelů vůči uživatelům a celé společnosti, což je nezbytné pro udržení

důvěry a zajištění kontinuálního zlepšování kvality v sociálních službách. (Malík Holasová, 2014)

Předposledním pojetím kvality je určitý vztah mezi cenou a úrovní služby. Toto pojetí předpokládá, že pokud je cena za službu pro uživatele přijatelná, služba je vnímána jako kvalitní. V tomto kontextu je možné pozorovat určitou „konkurenci“ mezi poskytovateli sociálních služeb, kdy se někteří snaží přilákat nové uživatele nabídkou nižší ceny oproti ostatním poskytovatelům. Z mého pohledu je tento jev nežádoucí a nepatří do oblasti sociálních služeb. Sociální služby by měly být dostupné všem, kdo se ocitnou v nepříznivé životní situaci a potřebují pomoc. Osobně považuji za důležitější, aby byla cena nastavena s ohledem na možnosti poskytovatelů a zároveň byla co nejnižší, aby si službu mohl dovolit každý, kdo ji potřebuje. (Malík Holasová, 2014) I když je tento aspekt důležitý, neměl by převažovat nad jinými pojetími kvality, která kladou větší důraz na obsah a výsledky služeb než na jejich cenu. Zároveň poskytovatelé spoléhají na financování ze strany státu a jeho rozpočtu na poskytování sociálních služeb. V byrokratickém prostředí se poskytovatelé snaží nabízet své služby za co nejnižší ceny. Nicméně, kvůli stálým rozpočtovým schodkům a potřebě udržet kvalitu, musí se tyto okolnosti odrážet i v cenách sociálních služeb. Proto Ministerstvo práce a sociálních věcí kontroluje efektivitu využití materiálních a lidských zdrojů v procesu poskytování sociálních služeb. (Hafford-Letchfield, 2007)

Posledním pojetím kvality je zaměření na poskytovatele, tzv. provider-based. V rámci tohoto pojetí si lze představit, že poskytovatel si stanoví vlastní kritéria pro poskytovanou službu ve formě standardů, a kvalita je pak měřena podle toho, zda služba splňuje tyto interně stanovené požadavky. Pro poskytovatele sociálních služeb je klíčové neustále monitorovat a hodnotit kvalitu poskytovaných služeb v souladu s jejich vlastními pravidly a cíli. Kromě tohoto interního pohledu existuje však také perspektiva uživatelů těchto služeb. To, co je pro poskytovatele důležité, jako například nastavení standardů či vzhled a vybavení prostor, nemusí nutně odpovídat očekáváním a potřebám uživatelů. Proto je nezbytné zahrnout do konceptu kvality také pohled a názory samotných uživatelů služeb. Tato dvojí perspektiva umožňuje lepší pochopení toho, co skutečně přináší hodnotu klientům, a nabádá k zamyšlení nad tím, jak mohou být služby dále optimalizovány, tak, aby lépe vyhovovaly potřebám a přáním všech zúčastněných stran. V tomto směru je tedy zapotřebí najít rovnováhu mezi interně definovanou kvalitou služeb a vnímáním této kvality uživateli, což je základním předpokladem pro

poskytování skutečně kvalitních a uživatelsky orientovaných sociálních služeb. (Malík Holasová, 2014)

2.2 Standardy kvality

Standardy kvality jsou v sociálních službách velmi důležitou složkou poskytování služeb. V sociálních službách stanovují hranice mezi poskytovateli, uživateli a zřizovateli služeb. Na straně uživatelů mají zajistit, aby uživatelé věděli, co mají od služby očekávat, a na straně poskytovatelů jim udávají, jakou kvalitu má konkrétní sociální služba poskytovat. Standardy dávají zřizovatelům povědomí o kvalitě poskytovaných služeb a o dalším rozvoji. Zavedení standardů sociálních služeb bylo velmi důležitým krokem směrem ke zlepšení kvality služeb. Pokud by žádné standardy neexistovaly, každá služba by mohla poskytovat péči dle svého uvážení a mohly by zde vznikat mnohé problémy. Nemusela by být poskytována péče pro uživatele služeb v takovém měřítku, jaké si zaslouží, a zároveň by nemusela být nastavena dle jejich individuálních potřeb. Dále standardy pomáhají samotným zaměstnancům a organizacím. Jednotlivé standardy se aktuálně dělí na tři základní skupiny – procedurální standardy, kde nalezneme 8 jednotlivých kritérií, provozní standardy, které mají pět kritérií, a v neposlední řadě personální standardy, které mají dvě kritéria. Každé z kritérií má určitou váhu při poskytování sociálních služeb, a pokud by docházelo k porušování těchto standardů, může dojít k zrušení sociální služby. (MPSV, 2024)

2.2.1 Procedurální standardy kvality

Procedurální standardy kvality jsou nejdůležitější částí standardů kvality, protože udávají, jak se má služba poskytovat a zaměřují se na ochranu práv uživatelů sociálních služeb. (MPSV, 2024)

Standard č. 01 – Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Prvním standardem v sociálních službách poskytovatel zajišťuje, jak má jeho sociální služba vypadat od začátku poskytování až k ukončení samotné služby. Jsou zde sepsány jednotlivé podmínky, které může následně zájemce o sociální službu uplatňovat při řešení jeho nepříznivé životní situace. Dále je možné zde naléznout poslání, cíle a zásady. Všechny části prvního standardu musí být stanoveny dle individuálních potřeb uživatelů a jejich přání. (Johnová & Čermáková, 2002)

Standard č. 02 – Ochrana práv osob

Druhý standard sociálních služeb se soustředí na dodržování a respektování práv uživatelů služeb od sjednání až po ukončení samotné služby. Práva uživatelů zahrnují základní lidská práva a svobody dle mezinárodních úmluv a ústavních norem České republiky, která jsou následně doplněna o specifická práva definovaná v zákonech a prováděcích předpisech. Ochrana těchto práv je základním kamenem pro kvalitu sociálních služeb, přičemž etické a zvykové normy hrají v občanském soužití základní roli. Dále je ve standardu č. 2 uveden postup pro případ střetu zájmů poskytovatele nebo pracovníků v organizaci se zájmy uživatelů dané sociální služby. Respekt k právům uživatelů je základním principem poskytování sociálních služeb. (MPSV, 2019)

Standard č. 03 – Jednání se zájemcem o sociální službu

Standard č. 3 definuje vzájemný vztah mezi zájemcem a poskytovatelem sociálních služeb, zdůrazňuje právo zájemce vyjádřit své individuální potřeby a přání. Nejdůležitější je vytvoření určité důvěry a bezpečné atmosféry již při prvním setkání, které následně podporuje vzájemné porozumění a úspěšné navázání vzájemné spolupráce. Dále stanovuje transparentní podmínky pro poskytování informací a také uvádí jednotlivá pravidla pro možné odmítnutí zájemců o službu dle daného zákona. (MPSV, 2019)

Standard č. 04 – Smlouva o poskytování sociální služby

Smlouva o poskytování sociální služby popisuje celý proces uzavírání smlouvy s uživatelem sociální služby v závislosti na typu poskytované služby. Je nutné, aby smlouvy byly formulovány tak, aby uživatel plně rozuměl (je-li možné tohoto stavu dosáhnout) obsahu a účelu smlouvy, kterou podepisuje. Důležité je také, aby byl při podepisování smlouvy stanoven osobní cíl uživatele vycházející z jeho možností a schopností. (MPSV, 2019)

Standard č. 05 – Individuální plánování průběhu sociální služby

V tomto kritériu je stanoveno, že každý poskytovatel sociálních služeb musí během poskytování plánovat a pravidelně přehodnocovat individuální plány se svými uživateli. Plánování musí být přizpůsobeno osobním cílům uživatele a musí respektovat možnosti dosažení těchto cílů. Je také důležité, že individuální plánování s každým uživatelem provádí jeho klíčový sociální pracovník. (MPSV, 2019)

Standard č. 06 – Dokumentace o poskytování sociální služby

Standard č. 6 obsahuje pravidla pro vedení a evidenci dokumentace o uživatelích, kteří využívají sociální službu, včetně možnosti uživatelů nahlížet do své osobní dokumentace během poskytování služby. Dále umožňuje poskytovateli vedení anonymní evidence uživatelů, pokud to charakter služby vyžaduje. Poskytovatel si rovněž stanovuje podmínky pro uchovávání uživatelské dokumentace po ukončení poskytování služby. (MPSV, 2019)

Standard č. 07 – Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Tento standard zahrnuje proces podávání a řešení stížností týkajících se kvality či metod poskytování sociálních služeb. Poskyvatelé mají definované termíny pro zpracování stížností a specificky určené pracovníky pro jejich vyřizování. Kromě toho musí poskyvatelé informovat uživatele o možnosti obrátit se na jiné instituce, pokud nejsou s řešením stížnosti spokojeni. Je nutné, aby uživatelé byli o těchto pravidlech jasně informováni. Poskytovatel by měl, ale nemusí, evidovat stížnosti a následně je archivovat. Tato možnost záleží na volbě poskytovatelů. (MPSV, 2019)

Standard č. 08 – Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Posledním z procedurálních standardů je, že poskyvatelé sociálních služeb musí uživatelům umožnit přístup k dalším veřejným službám a podporovat je v navazování kontaktů s právníky a fyzickými osobami podle jejich potřeb a přání. Tímto způsobem se podporuje uživatelské zapojení do sociálního prostředí. V situacích konfliktu je od poskytovatelů vyžadována neutralita vůči uživatelům. (MPSV, 2019)

2.2.2 Personální standardy kvality

Personální standardy kvality jsou zaměřeny na zajištění kvalifikovaného personálu pro sociální služby. Úroveň kvality poskytované služby je přímo závislá na odbornosti a kvalitě zaměstnanců v dané sociální službě. (Johnová & Čermáková, 2002)

Standard č. 09 – Personální a organizační zajištění sociální služby

Každý poskytovatel musí mít vytvořenou organizační strukturu, profily svých pracovníků, počet potřebných pracovníků pro poskytování sociální služby, kvalifikační předpoklady dané zákonem č. 108/2006 Sb., kapacitu uživatelů, kterou je poskytovatel schopen obsloužit. Dále jsou uvedeny vnitřní řád pro zaškolování nových pracovníků. Vše musí být v souladu s potřebami uživatelů dané sociální služby.

Standard č. 10 – Profesní rozvoj zaměstnanců

Poslední personální standardy kvality se soustředí na profesní rozvoj zaměstnanců. Jsou zde stanovena pravidla pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, přičemž frekvenci hodnocení určuje každý poskytovatel individuálně. Během tohoto hodnocení zaměstnavatel vytváří plán osobního rozvoje, který si klade za cíl dosažení profesních ambicí pracovníků. (MPSV, 2019) Ministerstvo práce a sociálních věcí podporuje prostřednictvím dotací plány dalšího vzdělávání nastavené na 24 hodin ročně, z čehož musí být 16 hodin v akreditovaných kurzech dle stanovení MPSV a 8 hodin v neakreditovaném vzdělávání. (Mach et al., 2019)

2.2.3 Provozní standardy kvality

Provozní kvalitativní standardy se věnují prostorům poskytování sociální služby, určují jejich přístupnost a soustředí se na zlepšování kvality služeb. (Johnová & Čermáková, 2002)

Standard č. 11 – Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

První standard provozní kvality udává místo a dobu poskytování sociální služby a okruh uživatelů, na které se daná sociální služba zaměřuje. Základem kvality služeb je usnadnění dostupnosti využívání pro uživatele. (MPSV, 2019)

Standard č. 12 – Informovanost o poskytované sociální službě

Poskytovatel vytváří srozumitelný soubor informací o sociální službě pro její cílovou skupinu. Dobrá informovanost uživatelů a potenciálních zájemců je klíčová pro zajištění přístupnosti a transparentnosti služby. Pečlivě připravené informační materiály nejen usnadňují zaměstnancům identifikaci nových zájemců, ale také zlepšují dostupnost služeb pro potenciální uživatele. (MPSV, 2019)

Standard č. 13 – Prostředí a podmínky

Poskytovatel klade důraz na splnění technických, hygienických a materiálních požadavků nezbytných pro kvalitní sociální službu. Zejména u ambulantních a pobytových služeb by mělo prostředí odpovídat specifickým potřebám cílových skupin uživatelů, pro které jsou služby navrženy. (MPSV, 2019)

Standard č. 14 – Nouzové a havarijní situace

Předposlední standard stanovuje, že musí být písemně vymezeny postupy pro havarijní a nouzové situace, které mohou nastat během poskytování sociální služby, a určuje, jakým způsobem se v těchto případech postupuje. Je nezbytné, aby všichni zaměstnanci byli s tímto

plánem pro nouzové situace důkladně seznámeni a aby ho v případě potřeby řádně dodržovali. (MPSV, 2019)

Standard č. 15 – Zvyšování kvality sociální služby

Poslední provozní standard vyžaduje, aby poskytovatelé pravidelně ověřovali, jestli jejich služby odpovídají stanoveným cílům, posláním a principům sociální služby. Pro hodnocení spokojenosti klientů jsou stanovena konkrétní pravidla, která musí být dodržována. Do hodnocení služby mohou být zapojeni také zaměstnanci a další zainteresované fyzické a právnické osoby. Poskytovatel může používat stížnosti na službu jako zpětnou vazbu pro její zlepšení a rozvoj kvality. (MPSV, 2019)

2.3 Inspekce kvality

Než se přesunu k měření kvality v sociálních službách, tak bych rád zmínil jeden z hlavních nástrojů kontroly kvality v sociálních službách, a to je skrze inspekci poskytování sociálních služeb. Inspekce přispívají ke zkvalitnění sociálních služeb. Inspekci v rámci kvality provádí krajský úřad a Ministerstvo práce a sociálních věcí dle podmínek § 97 zákona 108/2006 Sb. Do roku 2010, kdy přišla aktualizace Metodiky k provádění inspekce poskytování sociálních služeb, byly kontrolované tři oblasti:

- 1) plnění podmínek pro registraci dle zákona 108/2006 Sb.;
- 2) plnění všech povinností poskytovatelů sociálních služeb dle § 88 a 89 zákona 108/2006 Sb.;
- 3) plnění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb.

Po aktualizaci metodiky kontroluje inspekce jen druhý a třetí bod, kontrola podmínek pro registraci, které již byly dávno schválené a zkontrolované se zdála jako nadbytečná činnost pro inspektory. (Malíková, 2020)

2.3.1 Typy inspekcí

Inspekce lze rozdělit do třech různých typů podle rozsahu předmětu kontroly. Všechny tři typy inspekcí postupně na sebe navazují dle zjištění z první kontroly. V průběhu inspekce získávají poskytovatelé bodové ohodnocení. Bodové hodnocení vychází z § 38 vyhlášky č. 505/2006 Sb. Každé kritérium je následně bodováno: 3 body – kritérium bylo splněno výborně,

2 body – kritérium je splněno dobře, 1 bod – kritérium je splněno jen částečně a 0 bodů – kritérium není splněno. (Hrozenská & Dvořáčková, 2013)

Hodnocení výsledné inspekce je po sečtení všech bodů za jednotlivá kritéria ze Standardů kvality v sociálních službách, celkový počet bodů je v příloze č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. Pokud organizace získá mezi 90 až 100 % z maximálního možného počtu, získává hodnocení výborně, 70 až 89 % získává hodnocení dobře, 50 až 79 % získává poskytovatel hodnocení dostatečně a pokud je bodové hodnocení nižší než 50 % poskytovatel nesplňuje standardy kvality. Pro splnění standardů kvality musí ještě ze zásadních kritérií získat minimálně 2 body, jinak dostane stejné hodnocení, jako by získal 50 % a méně. (Malíková, 2020)

2.3.1.1 Základní inspekce

Prvotní kontrola, známá jako základní inspekce, je určena k zjištění závažnějších nedostatků u poskytovatelů sociálních služeb, podle § 88 a 89 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Trvá obvykle 1–2 dny, závisle na rozsahu potřebné kontroly. Podle výsledků této inspekce se poskytovatel zařazuje do dalšího plánu inspekci. Bez zjištěných nedostatků se plánuje další základní inspekce, při zjištění nedostatků následuje hloubková inspekce, což umožňuje důkladnější prověření. (MPSV, 2012)

Předměty kontroly v sociálních službách se určují na základě: podnětů a stížností na jejich kvalitu, písemnou dokumentaci o pravidlech a postupech, kterou poskytovatel předal kontrolnímu orgánu před inspekci, doporučení Ministerstva práce a sociálních věcí pro určení kontrolních oblastí, údaje zjištěné během návštěvy u poskytovatele a informace z analýzy rizik služby. Poskytovatel je o rozsahu kontroly informován při místním šetření. (MPSV, 2012)

Inspekce se vždy plánují dopředu. Aktuálně existují dva plány inspekci, a to dlouhodobý plán a pololetní plán inspekci. Dlouhodobý plán inspekci se sestavuje na 5 let, kde krajské úřady práce uchovávají závěrečné zprávy ze všech typů inspekci. Pololetní plán inspekci vychází z dlouhodobého plánu inspekci. Všechny pololetní plány inspekci jsou zveřejňovány na stránkách příslušného úřadu práce. (MPSV, 2012)

2.3.1.2 Hloubková inspekce

Hloubková inspekce se provádí v případech, kdy základní inspekce odhalí vážné nedostatky na straně poskytovatele sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí tak uskutečňuje důkladné posouzení, aby zjistilo, zda byly splněny všechny požadovaná kritéria viz.

Standardy kvality v sociálních službách. Tento typ kontroly obvykle zabere 2-4 dny a zahrnuje tým inspektorů určených podle § 98, odst. 3, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s cílem komplexního hodnocení a zjištění všech nedostatků a zlepšení kvality poskytovaných služeb. (MPSV, 2012)

2.3.1.3 Následná inspekce

Následná inspekce přichází po hloubkové inspekci a zaměřuje se na ověření, zda poskytovatelé sociálních služeb provedli nezbytná opatření k nápravě nedostatků identifikovaných v předešlých dvou inspekcích. Cílem je zjistit, zda byla opatření úspěšně implementována a poskytovatel tak splnil stanovená kritéria pro kvalitní poskytování služeb. Výstupem této inspekce je zpráva určující, zda poskytovatel může dále působit v souladu s legislativními požadavky. Inspekce trvá 1-2 dny a počet inspektorů je opět dán § 98, odst. 3, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (MPSV, 2012)

2.4 Měření kvality v sociálních službách

Pro účely svojí diplomové práce jsem detailně popsal standardy kvality sociálních služeb, které jsou v České republice definovány legislativou a jsou závazné pro všechny poskytovatele sociálních služeb. Z důvodu poskytnutí širšího pohledu na měření kvality sociálních služeb jsem zvolil pro další zkoumání ještě jeden specifický model hodnocení kvality a to je Total Quality Management (TQM). Tento model se mi jeví jako vhodný nástroj pro komplexní hodnocení kvality v sociálních službách. Velmi mě ještě zaujal model E-Qalin, který je zvláště zajímavý tím, že zahrnuje široké spektrum zainteresovaných stran – od samotných uživatelů služeb, přes jejich rodiny, zaměstnance a vedení organizace, až po širší komunitu, která organizaci obklopuje. Tento model kontroly kvality sociálních služeb se využívá jen v pobytových zařízeních a proto jej v této diplomové práci nepopisuji. Z mého pohledu je klíčové, aby se při hodnocení kvality sociálních služeb věnovala zvýšená pozornost názorům uživatelů daných služeb. Tyto služby jsou totiž poskytovány primárně pro jejich individuální potřeby a měly by být neustále přizpůsobovány tak, aby co nejlépe odpovídaly jejich potřebám a očekáváním. To znamená, že se musíme odchýlit od tradičních metod hodnocení kvality, které se zaměřují především na dodržování administrativních úkonů a soustředit se více na subjektivní vnímání kvality uživateli služeb. Takový přístup také podporuje větší zapojení uživatelů do procesu plánování

a hodnocení služeb, což může výrazně přispět k jejich větší spokojenosti a k podpoře empowermentu tzv. zplnomocňování.

Měření kvality v sociálních službách probíhá i dále skrze několik dalších různých způsobů:

1. EFQM;
2. E-Qalin;
3. Benchmarking;
4. Vizitace péče;
5. Stížnosti;
6. Sebehodnocení;
7. Controlling;
8. TQM;
9. Systém managementu jakosti ISO 9000;
10. Supervize a intervize;
11. Standardy kvality sociálních služeb. (Malíková, 2020)

V této kapitole jsem popsal výše i kontrolu, která probíhá skrze plánované kontroly naplňování jednotlivých standardů kvality v sociálních službách. Nyní bych se rád zaměřil na další model řízení kvality v sociálních službách a to TQM.

2.4.1 Total Quality Management

Total Quality Management dále TQM se zaměřuje hlavně na spokojenost uživatelů a zaměstnanců sociálních služeb. K tomuto zaměření se ještě snaží zohledňovat dodavatele a trh dané služby. TQM poukazuje na fakt, že se poskytovatelé sociálních služeb musí orientovat na přání uživatelů služeb a podle těchto přání shánět kvalifikovaný a schopný personál, který dokáže naplnit jejich přání a požadavky. Osobně si myslím, že by právě v tísňové péči mohl tento model pomoci ke zvýšení kvality a zároveň zlepšení povědomí o této službě. Pro zavádění TQM modelu do sociálních služeb je dobré postupovat podle 10 kroků:

1. stanovení cílů organizace a vypracování analýzy výchozího stavu;
2. dostatečné informování zaměstnanců dané organizace a provedení auditu;
3. zaměření na zaměstnance organizace, získávání a motivace zaměstnanců;
4. vypracování metodiky kvality – pracovní postupy a pokyny;

5. zkoumání aktuální úrovně kvality v organizaci;
6. vývoj procesů, jestli je dosahováno kvality procesů, výsledků a struktury;
7. přezkoumávání dosažené kvality skrze audity;
8. v osmém kroku dochází k rozšíření přechozích sedmi kroků o např. technické zázemí;
9. závěrečná zpráva ze všech kroků. (Horecký, 2019)

Základním cílem pro model TQM je, že celá organizace bude zaměřená na uživatelskou a zaměstnaneckou stránku organizace. K modelu TQM se dále pojí několik dalších úloh a mezi ně lze zařadit zlepšování silných stránek organizace, služba je poskytována bez chybovosti, zaměstnanci jsou povzbuzováni k vymýšlení nových nápadů a inovací, zaměstnanec získává lepší status než dříve, organizace využívá svoje zdroje racionálně a efektivně a vedení organizace musí přijmout filozofii modelu TQM jako základní princip své kvalitativní představy. (Horecký, 2019)

3 Cílové skupiny Tísňové péče

Tísňová péče v České republice zajišťuje pocit bezpečí a jistoty pro ty, kteří se nacházejí ve zvláště obtížných životních situacích. Jednou z hlavních skupin jsou lidé v pokročilém věku. Vzhledem k tomu, že s přibývajícím věkem dochází k postupnému snižování fyzických i mentálních schopností, roste i potřeba komplexní podpory pro zajištění okamžité pomoci v krizových situacích. Senioři tak často čelí výzvám spojeným s každodenními činnostmi, ať už jde o osobní hygienu, nakupování, vaření, nebo správu domácnosti. Tísňová péče jim umožňuje zachovat si co největší míru nezávislosti a důstojnosti, což je pro udržení kvality života nesmírně důležité.

Senioři nejsou jedinou cílovou skupinou, která využívá tísňovou péči. Osoby se zdravotním omezením tvoří další významnou část uživatelů, kterým je potřeba věnovat pozornost. Zdravotní omezení je velmi rozmanité, a proto je nutná flexibilita a schopnost sociálních služeb reagovat na různorodé požadavky. Další skupinou jsou osoby nacházející se v akutních krizových situacích. Tyto situace mohou být vyvolány různými životními okolnostmi, včetně zdravotních komplikací či sociálních změn, jako je například návrat domů po hospitalizaci. Tísňová péče zde hraje zásadní roli, poskytující nejen okamžitý pocit bezpečí, ale zároveň i určitou psychologickou útěchu, které mohou v těchto okamžicích výrazně pomoci při rekonvalescenci. (Novosad, 2011)

3.1 Senioři

Senioři tvoří pro poskytovatele tísňové péče největší cílovou skupinu. (Anděl Strážný, 2024)

Pokud se pokusíme určit, od jakého okamžiku v životě člověka začíná stáří, zjistíme, že odpovědi různých autorů se výrazně liší. Je důležité si uvědomit, že každý člověk stárne dle svého vlastního individuálního vývoje, a proto můžeme jen polemizovat a uvažovat nad chronologickým vymezením. K vymezení nějaké určité periodizace stáří bych rád využil autory Hartla a Hartlovou, kteří uvádějí následnou klasifikaci:

- 1) ranné stáří: od 60 do 74 let;
- 2) vlastní stáří: od 75 let do 89 let;
- 3) dlouhověkost: 90 let a více. (Hartl & Hartlová, 2015)

3.1.1 Změny ve stáří

Stárnutí jako takové je komplexní proces, který ovlivňuje každého individuálně na různých úrovních – psychické, sociální a biologické. Nyní bych se rád zaměřil na jednotlivé úrovně a poskytl ucelený pohled na výzvy, které sebou stáří přináší. Změny v těchto úrovních se projevují u každého jinak. Každý člověk má v sobě zabudované genetické dispozice, které udávají směr a rychlost stárnutí. Dále na jedince působí i vnější vlivy, které ovlivňují proces stárnutí a těmi jsou zlovyky, nemoci, životní styl apod. (Langmeier & Krejčířová, 2006)

3.1.1.1 Psychické změny

V období seniorského věku dochází k proměnám celé řady psychických funkcí. Dle autorky Vágnerové lze psychické procesy, které jsou ovlivněny vysokým věkem, rozdělit na změny poznávacích procesů, změny regulačních procesů a změny osobnosti ve stáří. (Vágnerová, 2007)

Změny poznávacích procesů jsou součástí přirozeného procesu stárnutí, které má za následek obecné zpomalení. U seniorů se prodlužuje reakční čas a zpracování informací, které přijímají, se stává méně efektivním. Na druhou stranu, právě u seniorů se ukazují pozitivní aspekty poznávacích procesů, jako jsou rozvaha a trpělivost. Ačkoli se jejich uvažování může mladší generaci zdát pomalé, na rozdíl od ní nedělají unáhlená rozhodnutí, a proto by jejich názory měly být v širší společnosti velmi vítané. S vyšším věkem rovněž přichází zhoršení zraku a sluchu. u seniorů se také setkáváme s jistou frustrací a depresí z důvodu ztráty sluchu a zraku, což vede k problémům s orientací v prostředí a komplexní únavě. Tyto důvody mohou seniory vést k vyhýbání se kontaktům se širší společností a to vede až k sociální izolaci. (Vágnerová, 2000)

Další důležitou změnou, která zasahuje psychiku seniorů, je zhoršení paměti a učení, při kterém si všímáme zřetelného poklesu aktivity. Stárnutí je doprovázeno horším ukládáním nových informací, a proto často senioři opakují své příběhy několikrát, aniž by si uvědomili, že tyto příběhy již lidem v minulosti vyprávěli. V sociální práci je velmi důležité aktivní naslouchání, kdy se snažíme vyslechnout člověka, který nám chce něco sdělit. Vyprávění příběhů pro seniory z jejich mladých let je velmi důležité, protože jim pomáhá uchovávat jejich vlastní identitu. (Vágnerová, 2000)

Základem je důležitá adaptivní strategie na výše zmíněné změny:

- a) optimalizace – snaha o nalezení způsobů, jak využívat své získané schopnosti v průběhu svého života;
- b) kompenzace – snaha o nahrazení schopností, které jsou pro seniory obtížné jinými, které jim zůstaly;
- c) selekce – vybírání si schopností, dovedností, které jednotlivec sám dokáže zvládnout – snížení nároku na svoji osobu, ale jen do určité míry, aby neměla negativní následky na psychiku seniorů. (Vágnerová, 2000)

Poslední změnou, kterou lze zařadit do psychických změn, je změna osobnosti. V průběhu života dochází u všech lidí k vývoji osobnosti. Jednotlivé vlastnosti lidí se mohou stát výraznějšími než jiné. Pokud bude člověk introvertní, tak v seniorském věku jeho osobnost natolik prohloubit, že se přestane stýkat se svým okolím a stáhne se do sociální izolace. Za následek to má psychické problémy. Na druhou stranu, pokud člověk byl celý život extrovertní, tak jeho osobnost se může stát natolik extrovertní, že dochází až k nadměrně vysoké komunikativnosti, která je vnímána ze širšího okolí jako negativní. (Vágnerová, 2000)

3.1.1.2 Sociální změny

Sociální změny seniorů mohou mít značný dopad na jednotlivce, obzvláště pak na ty, pro něž tato změna představuje výrazný zlom v jejich životě. Jednou z nejvýznamnějších změn je přechod z aktivního pracovního života do důchodu. Člověk, který se zabýval třicet let budováním své vysněné profesní kariéry a sociálního statusu, najednou čelí situaci, kdy se musí vypořádat s očekávaným ukončením svého pracovního života. Celé roky usilovné práce a snahy dosáhnout pozice, která nejenže přinášela finanční odměnu, ale také pocit sebeúcty a respektu od okolí, vrcholí v momentě, kdy je člověk nucen opustit svoje pracovní prostředí. Tato změna přináší nejen ztrátu pravidelného příjmu, ale co je důležitější, dochází k rozpadu sociálních vazeb a sítí mezilidských vztahů na pracovišti, které byly v průběhu pracovního života vybudovány. Následkem je, že senior se musí vzdát životního stylu, na který byl zvyklý a vzniká tu střet s realitou, kdy se musí všeho, co během svého pracovního života budoval, vzdát. (Sak & Kolesárová, 2012)

V této fázi se senior potýkat se dvěma rozhodnutími a těmi jsou čelit nově vzniklé životní situace anebo se přemístit do sociální izolace, ve které nastává pocit osamělosti a deprese. Na druhé straně využívání příležitostí pro budování nových sociálních kontaktů a sítí. Senior se

může účastnit a objevovat nové společenské aktivity a klubová setkání, která jsou ve většině případů přizpůsobena právě lidem s vyšším věkem. Účastí na obdobných akcích snižuje pocit izolace a méně cennosti. Odchod do důchodu umožňuje využívání více volného času ke svým dlouho odkládaným koníčkům a různým zájmům. (Sak & Kolesárová, 2012)

3.1.1.3 Biologické změny

Biologické změny představují výrazný aspekt stárnutí, který se odlišuje od sociálních a psychických změn primárně svou viditelností a výrazností k okolí. S postupujícím věkem dochází k řadě změn v tělesném stavu a funkčnosti jednotlivých orgánů, které mohou být přímým důsledkem nízkého obsahu vody v těle seniora. Nedostatek vody v těle vede k postupnému zmenšování orgánů, což má za následek celkové fyzické projevy stárnutí, jako je tvorba vrásek, zmenšení postavy z důvodu atrofí meziobratlových plotének. Zajímavým fenoménem je také změna obličejových rysů člověka, která zahrnuje růst nosu a pokles brady, společně se zmenšením čelisti, které je způsobeno ztrátou zubů v dutině ústní. Tato ztráta nejen ovlivňuje estetiku obličeje, ale také má významný dopad na schopnost kousání a žvýkání, což vede k poruše příjmu potravin a snížení kvality života.

Kromě těchto změn se setkáváme i s úbytkem kostní hmoty, způsobeným nedostatkem vápníku, což přispívá k řídnutí kostí a jejich křehkosti. Tento proces, známý jako osteoporóza, zvyšuje riziko zlomenin a úrazů, což omezuje mobilitu a nezávislost jedinců v seniorském věku. Tyto biologické změny tak vyžadují zvýšenou pozornost jak ze strany jedinců, tak zdravotnických profesionálů, aby se minimalizovaly jejich negativní dopady na kvalitu života a zdraví seniorů. (Novotná et al., 2012)

S návazností na biologické změny je důležité zmínit pády. Právě tísňová péče se snaží o poskytnutí 24/7 podpory v případě pádu, který má za následek zhoršení zdravotního stavu. Cílené nošení monitorovacího zařízení umožňuje příjezd k uživateli včas. Následně klíčový sociální pracovník může doporučit určitá opatření:

- 1) zajištění volných pohybových cest po místě bydliště uživatele;
- 2) kvalitní obuv;
- 3) údržba podlah – bez míst, kde by mohl uživatel uklouznout, bez vyšších míst;
- 4) vhodné osvětlení;
- 5) snadný přístup k nejpoužívanějším věcem v domácnosti;

6) stabilní nábytek. (Venglářová, 2007)

3.1.2 Formy péče o seniora

Tísňová péče doplňuje spektrum ostatních sociálních služeb dostupných seniorů. Sociální služby, definované zákonem č. 108/2006 Sb., se dělí na terénní, ambulantní a pobytové. U pobytových forem služeb není možné tíšňovou péčí poskytovat všem uživatelům tíšňové péče, kvůli potenciální duplicitě s pobytovými sociálními službami. Přesto dochází k situacím, kdy po dohodě dvou organizací je tato služba poskytována, například v domovech pro seniory, kde si uživatelé přejí mít zajištěný neustálý dohled v případě krizových situací. Toto nastavení poskytuje velmi dobrou informovanost rodinných příslušníků a nabízí využití doplňkových služeb, které umožňují seniorům udržovat kontakt se společenským prostředím. (Mach et al., 2019)

Terénní sociální služby se často kombinují právě se zmíněnou tíšňovou péčí. Tato kombinace zajišťuje nepřetržitou, 24hodinovou podporu pro seniory. U terénních sociálních služeb se často spoléhá na péči poskytovanou rodinnými příslušníky. Tento model péče má za cíl umožnit seniorům zůstat ve svém domácím prostředí, čímž dochází k podpoře jejich důstojného života. Poskytovatelé terénních sociálních služeb se rovněž snaží o začlenění seniorů do společenského prostředí. Vzhledem k vysokým finančním nárokům je stále viditelnější nutná potřeba podpory mezigenerační solidarity, aby si děti mohly své rodiče vzít na starost. (Hrozenská & Dvořáčková, 2013)

Kombinovaná péče o seniory představuje pro rodinné příslušníky, neboli pečující osoby, významnou finanční, časovou, fyzickou i psychickou zátěž. Ve snaze zmírnit finanční dopad mohou pečující využívat příspěvek na péči dle zákona č. 108/2006 Sb., §§ 11-30. Tento příspěvek je rozdělen do čtyř různých stupňů závislosti, přičemž prvnímu stupni odpovídá částka 880 Kč, čtvrtému 19200 Kč. V současné době probíhá diskuse o návrhu, který by zvýšil příspěvek na péči pro druhý až čtvrtý stupeň závislosti. Po přijetí návrhu by výše příspěvku mohla dosáhnout až 27 000 Kč. Tento krok by mohl výrazně přispět k udržení seniorů v jejich domácím prostředí, a to i v situaci zvýšené potřeby péče v důsledku pokročilého věku. (Mach et al., 2019)

Terénní sociální služby představují klíčovou podporu pro pečující osoby, avšak jsou rovněž přístupné seniorům bez rodinných příslušníků. Pečovatelé jsou vynikajícím

příkladem dokonalé propojenosti a spolupráce. Tyto služby umožňují uživatelům zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí, i když jejich soběstačnost je kvůli pokročilému věku snížena a vyžadují asistenci jiné fyzické osoby. V rámci pečovatelských služeb se po dohodě mezi poskytovatelem a uživatelem může poskytovat široká škála podpory. Tato podpora zahrnuje pomoc při osobní hygieně, při zvládnání běžných úkonů o vlastní osobu, s přípravou a konzumací jídla, s chodem domácnosti, a také se zajišťováním kontaktu se společenským prostředím. (Mach et al., 2019)

Další klíčovou terénní službou, dostupnou seniorům, je osobní asistence. Na rozdíl od pečovatelské služby, osobní asistence není časově omezena a je zacílena na osoby v pokročilém věku, které mají sníženou soběstačnost a vyžadují asistenci jiné osoby. Pomoc je poskytována přímo v domácím prostředí uživatele na základě dohody, čímž se podporuje jeho běžný život v domácnosti. Rozsah poskytovaných úkonů je definován zákonem č. 108/2006 Sb., který kromě pečovatelských služeb zahrnuje také asistenci při uplatňování zájmů a práv uživatele a pomoc při řešení osobních záležitostí. (Mach et al., 2019)

Posledním typem terénní sociální služby, který je úzce propojen s tíšňovou péčí, jsou odlehčovací služby. Na rozdíl od dříve zmíněných služeb může být pečovatelská služba poskytována formou terénní, ambulantní i pobytové. Hlavním posláním této sociální služby je poskytnout odpočinek pečujícím osobám, pro které je péče o blízkého fyzicky i psychicky vyčerpávající. Je nezbytné věnovat pozornost také pečujícím osobám, které se starají o své blízké v pokročilém věku, s cílem umožnit jim setrvání v přirozeném domácím prostředí. Dalším rozlišovacím prvkem oproti jiným terénním sociálním službám jsou sociálně terapeutické činnosti. Tyto aktivity slouží k podpoře a rozvoji sociálních a osobních schopností a dovedností jedinců, jakož i k jejich sociálnímu začleňování. Podle zákona také odlehčovací služby nabízejí výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, které podporují rozvoj motorických a psychických dovedností seniorů. (Matoušek, 2012)

Ambulantními typy sociálních služeb jsou zařízení, do kterých dochází samotný uživatel nebo za doprovodu svojí pečující osoby. Mezi ambulantní formy, které využívají uživatele tíšňové péče, jsou centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře. Rozdíl mezi denním a týdenním stacionářem je, že v týdenním stacionáři jsou ubytováni lidé v pracovních dnech a o víkendech jsou u rodinných příslušníků. Tato kombinace umožňuje rodinným příslušníkům docházet do zaměstnání bez dalšího omezení. O víkendech se rodina stará za pomoci tíšňové

péče o svoje blízké a v případě potřeby odchodu z domu se mohou spoléhat na tísňovou péči a na telekomunikační spojení se svým blízkým. (Matoušek, 2016)

Posledním typem sociálních služeb jsou pobytové sociální služby. Typ těchto sociálních služeb je z důvodu snížení soběstačnosti uživatelů natolik, že už nejsou schopni být v domácím prostředí. Rodinný příslušníci nedokáží kombinovat svůj pracovní život a péči o svoje blízké za pomoci terénní nebo ambulantní služby. Mezi dvě hlavní pobytové služby pro lidi ve vyšším věku jsou domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Lidé v těchto zařízeních nedokáží zvládat běžné úkony o vlastní osobu. V domovech se zvláštním režimem na rozdíl od domovů pro seniory jsou lidé, kteří mají určitou formu demence, Alzheimerovy nemoci a potřebují pravidelnou pomoc se zachováním jejich bezpečnosti. V obou pobytových zařízeních je uživatelům podávána strava, celodenní péče, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. (Mach et al., 2019) V současné době se projednává novela zákona č. 108/2006 Sb., na základě, které by došlo ke zkombinování názvů na jednotný název „domovy sociální péče“. Dle mého názoru by názvy obou domovů měly zůstat rozdílné. Poskytují rozdílné klientské zaměření a mohl by následně po zkombinování těchto názvů docházet k nedorozumění mezi žadateli. (MPSV, 2022 b)

3.1.3 Specifika komunikace se seniory

Komunikace je v tísňové péči klíčovým prvkem k poskytování sociální služby. Velká část komunikace probíhá skrze telekomunikační zařízení, která fungují na principu obyčejného mobilního telefonu. Prvně je důležité definovat, co je vlastně komunikace. Komunikaci se dá chápat jako určitý přenos informací mezi dvěma nebo více subjekty, právě skrze komunikaci si vytváříme lidské vztahy. Jak si mnozí lidé myslí, komunikace není jen o mluvení, ale také o naslouchání, mimice, pohybech těla, psaní nebo čtení. Všechny tyto aspekty komunikace vytváří následně sociální komunikaci. Na druhou stranu, funkcí komunikace je několik: funkce informativní, funkce úniková a funkce socializační. Skrze zařízení, která využívají klienti a dispečeri ke komunikaci mohou navázat účinný dialog k vyřešení krizových situací. V tísňové péči je zásadní, aby komunikace byla rychlá, přesná a efektivní. Dispečeri musí být schopni rychle posoudit situaci a poskytnout potřebné informace nebo instrukce. Zároveň sociální

pracovník musí využívat aktivního naslouchání k získání potřebných informací k provedení sociálního šetření a poskytování kvalitní péče. (Mikuláščík, 2010)

3.1.4 Bariéry v komunikaci se seniory

V komunikaci se seniorem dochází k různým bariérám, které pak mohou značně ovlivnit efektivitu a kvalitu poskytované tísňové péče. Autorka Mlýnková identifikuje bariéry, které se objevují, z tří různých směrů: na straně uživatele služby, na straně poskytovatele a v neposlední řadě, na straně prostředí, které lze vnímat skrze telekomunikační zařízení. Tyto bariéry komplikují vzájemnou komunikaci a mohou vést k nedorozuměním nebo dokonce k poskytnutí nedostatečně kvalitní péče. Na straně uživatele existují různé faktory, které mohou efektivní komunikaci bránit. Například, senior, který prožil náročný den, je večer natolik unavený, že není schopen optimálně sdělovat informace dispečinku, s kterým právě komunikuje. Tato situace je zvláště problematická, pokud jsou informace, které potřebuje předat, klíčové pro poskytnutí adekvátní pomoci. Dále se zde vyskytují blokace způsobená nedůvěrou k novému člověku. Senior je vyzván ke komunikaci s neznámou osobou prostřednictvím telekomunikačního zařízení, a pokud nikdy neviděl konkrétní osobu, s kterou mluví, má pochybnosti o tom, zda jí důvěřovat. V takovém případě má senior obavy, zda jsou jeho interní informace v bezpečí a zda nebudou sdíleny s dalšími lidmi. (Mlýnková, 2011)

Dalším typem bariér, které autorka uvádí, jsou somatické bariéry. Mezi somatické bariéry patří bolest, nedoslýchavost, únava, nebo různé nemoci, které významně omezují schopnost klienta komunikovat s dispečinkem. Tyto fyzické bariéry vedou k tomu, že klient není schopen jasně komunikovat své potřeby nebo poskytnout důležité informace. Tyto informace pomáhají dispečinku lépe reagovat na jeho životní situaci. Další závažnou bariérou, která komplikuje komunikaci, jsou psychické bariéry. Pokud senior nedávno prožil traumatizující událost, je jeho ochota nebo schopnost komunikovat s ostatními výrazně snížena. Situace, jako jsou úzkost, stres nebo adaptace na život v domově s pečovatelskou službou, mívají hluboký vliv na psychickou pohodu klienta a tím omezují jeho schopnost účinně komunikovat. Posledním aspektem, na který poukazuje autorka Mlýnková, je neochota hovořit o intimních a citlivých tématech. Životní situace, jako jsou finanční tíže klienta nebo rodinné vztahy, bývají vnímány jako příliš osobní nebo stresující, což klientovi může ztížit hovořit o nich a dále tak komplikovat proces poskytování pomoci. (Mlýnková, 2011)

Bariéry na straně pracovníků v sociálních službách mohou představovat několik úskalí. První důležitou bariérou je nedostatek času na péči o uživatele. Musíme si představit situaci, kdy dispečerů začínají přijímat několik poplachů za sebou a je potřeba v tu chvíli obsloužit co nejvíce uživatelů v krátkém časovém úseku. V tento okamžik se stává, že čas tlačí dispečerky a je nezbytné neprodleně poskytnout péči i jiným uživatelům. Zde se také projevuje nedostatek času na straně sociálního pracovníka, který v ten den má v plánu několik schůzek a nemá prostor věnovat dostatek času uživateli a zjistit třeba další okolnosti, s kterými by mu mohl pomoci. V tento okamžik všem pracovníkům utíká důležitý aspekt komunikace, a to jsou informace potřebné k poskytování sociální péče. Další bariérou je únava. I sociální pracovník nebo dispečerka jsou lidmi a únava může dostihnout všechny. Mohou se zde také vyskytnout vlastní životní problémy a dotyčný pracovník začne jen pasivně poslouchat uživatele služby. Všechny tyto aspekty následně narušují komunikaci mezi dvěma subjekty konverzace, což vede k nižší kvalitě poskytovaných služeb. (Mlýnková, 2011)

Poslední bariérou, která je velmi specifická v tísňové péči, oproti ostatním sociálním službám jsou bariéry v prostředí. Komunikace převažující v tísňové péči skrze telekomunikační zařízení, která tvoří přibližně 80 % z celkové komunikace s uživateli. V tomto prostředí se mohou objevovat různé překážky v komunikaci. Jedná se například o různý ruch nebo šum způsobený technickou závadou na zařízení nebo poklesem příjmu signálu na straně uživatele služby. V bariéře prostředí se mohou také ukazovat jako problém hluk v pracovním prostředí pracovníků v organizaci, například když jejich kolegové vstoupí do kanceláře, což vede k přerušování komunikace mezi dvěma subjekty. Všechny tyto aspekty mohou mít významný dopad na kvalitu poskytované sociální služby. Ruch a šum mohou vést k nedorozumění a následně potřebě opakovaného vysvětlování, což uvádí uživatele do stresové situace a také to způsobuje i vzájemnou frustraci. Hluk ze stran kolegů na pracovišti snižuje schopnost se soustředit na potřeby uživatelů, což má za následek zanedbání důležitých informací k poskytování kvalitní sociální péče. (Venglářová, 2007)

3.1.5 Specifická zdravotní omezení

V tísňové péči se pracovníci setkávají se seniory, kteří trpí specifickými zdravotními obtížemi, jako jsou demence, poruchy sluchu a poruchy řeči. V tísňové péči jsou právě tyto tři zdravotní omezení nejvíce vyskytované mezi uživateli seniorského věku.

3.1.5.1 Poruchy sluchu

Pracovníci v tísňové péči často nemohou přijmout uživatele do sociální služby, pokud nemá dostatečný sluch, který je nezbytný ke každodenní obsluze monitorovacího zařízení. Tento problém se týká jak nových klientů, tak stávajících, kteří mohou sluch ztratit v průběhu využívání služby. Druhá kategorie zahrnuje případy, kdy uživatel služby ztratí sluch již v průběhu poskytování této služby, což představuje významnou komplikaci pro pokračování v poskytování kvalitní péče. Následně je na sociálním pracovníkovi, jestli se pokusí pomoci uživateli a vymyslet doporučení nebo se služba musí následně ukončit. Lidi, kteří mají určitou poruchu sluchu, lze zařadit do následujících kategorií:

1. osoby s nedoslýchavostí;
2. osoby neslyšící;
3. osoby ohluchlé;
4. osoby s kochleárním implantátem;
5. osoby se stařeckou nedoslýchavostí. (Danková & Zamboriová, 2024)

Podle výše zmíněné kategorizace mohou jednotliví uživatelé spadat i do několika kategorií zároveň. Mohou například využívat kochleární implantát, ale zároveň mohou mít nedoslýchavost. (Hradilová et al., 2023)

V případě, kdy u uživatele začne stařecká nedoslýchavost, může sociální pracovník následně doporučit několik postupů, které by mohly uživateli pomoci s využíváním služby. V dnešní době se sociální pracovníci mohou dohodnout na kontrole prostřednictvím monitorovacího zařízení, která by probíhala za pomoci SMS zpráv. V tomto případě mohou dispečerky v případě přijetí poplachu poslat SMS zprávu. Pokud by se uživatel služby neozval, mohou pokračovat podle neodkladného plánu pomoci. Je důležité, aby sociální pracovník navrhl uživateli i jeho rodině další možnosti, do kterých lze zahrnout i návštěvu ORL lékaře a vyšetření sluchu s možností zakoupení naslouchátka.

3.1.5.2 Porucha řeči

Porucha řeči nemusí znamenat, že senior nemůže využívat tísňovou péči. Právě v tísňové péči se nachází mnoho klientů trpících afázií, což je získaná porucha porozumění a produkce řeči. K poruše řeči dochází obvykle po cévní mozkové příhodě (CMP), jev, který nastává při uzávěru nebo zúžení mozkových arterií. Porucha porozumění se po cévní mozkové příhodě

obvykle vrací rychleji než schopnost produkce řeči. Rychlost návratu k normální funkci však závisí na individualitě jednotlivých seniorů. Efektivní komunikace a speciálně upravené komunikační strategie mohou seniorům s afázií výrazně pomoci při využívání tísňové péče a zvyšovat jejich samostatnost a bezpečí. (Janečka, 2022)

Pokud se u klienta nevyskytla porucha porozumění a je možné mu poskytnout službu, sociální pracovník musí vytvořit efektivní metodu, jak službu realizovat. V některých situacích se jako řešení nabízí jednoduchý systém tleskání: jedno pro souhlas, dvě pro nesouhlas. Tento typ komunikace nalezneme v literatuře pod pojmem alternativní a augmentativní komunikace (AAK). Právě mezi alternativní přístupy lze zařadit přístup, který nahrazuje mluvené slovo. Augmentativní přístup je v případě, pokud se snažíme rozšířit a podpořit jeho stávající komunikační schopnosti. Za využití alternativních přístupů je umožněno pokračovat v poskytování služeb. Klíčové je pak pečlivě definovat pravidla pro komunikaci a vzájemné dorozumění mezi klientem a personálem dispečinku. (Šarounová, 2014)

3.1.5.3 Stařecká demence

Stařecká demence se začíná objevovat u lidí nad 65 let. Stařeckou demenci lze definovat jako úbytek intelektuálních schopností, které jedinec získal během svého života. S tímto stavem se často pojí horší zvládnání běžných každodenních činností, jako je mytí, hygiena, vyměšování nebo orientace v prostoru. (Vostrý & Veteška, 2021)

Důležité je zmínit úbytek kognitivních funkcí, které jsou potřeba k poskytování tísňové péče. Mezi kognitivní schopnosti řadíme velmi důležitou komunikaci se zevním prostředím. Také se zde mohou objevit problémy s pamětí a pozorností. Z tohoto důvodu je velmi často nutné připomínání uživatelům ovladatelnost zařízení, aby v případě krizové situace si mohli přivolat pomoc. Pro sociální pracovníky je podstatné povědomí o všech třech funkcích, které stařecká demence postihuje. Těmi jsou tedy aktivity běžného dne, kognitivní funkce a v neposlední řadě poruchy emocí. Uživatel může mít výkyvy nálad, afektů, chování nebo problémy se spánkovým cyklem. (Jirák et al., 2009)

Před uzavřením smlouvy o zahájení tísňové péče je zásadní určit stupeň a typ demence uživatele. Je nezbytné zajistit, aby dotyčný byl schopen ovládat monitorovací zařízení, které bude používat každý den. Klíčový sociální pracovník, který má na starosti jednání s uživatelem služby, by měl používat jednoduché, srozumitelné a pomalé formulace. Při první schůzce by

klíčový pracovník měl podávat jednotlivé informace postupně. Hrozí riziko přetížení uživatele informacemi, což by mohlo vést k pocitu neschopnosti a negativně ovlivnit jeho vnímání služby. Je důležité transparentně sdělovat veškeré kroky, které sociální pracovník provádí – od vyplňování dokumentů po požadavky kladené na uživatele. V případě zapomenutí informací ze strany uživatele není vhodné připomínat předchozí konverzaci, ale je důležité věci vysvětlit znovu s klidem a hlubokým hlasem. Posledním a rovněž důležitým prvkem celého procesu poskytování sociální služby je ocenění uživatele za jeho spolupráci a zvládnuté kroky v průběhu celé schůzky. (Klevetová & Dlabalová, 2008)

3.2 Osoby se zdravotním omezením

Osobu se zdravotním omezením nalezneme v dnešní literatuře i jako osobu společensky znevýhodněnou. Zdravotní omezení lze definovat jako stav člověka, který negativně ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. Rozsah a kombinace zdravotního omezení se může lišit u každé osoby. (Matoušek, 2016)

Mezi lidmi se zdravotním omezením patří:

- a) lidé s určitým tělesným omezením;
- b) lidé se zrakovým omezením;
- c) lidé se sluchovým omezením;
- d) lidé s vnitřními chorobami;
- e) lidé s těžšími poruchami řeči;
- f) lidé s mentálním omezením;
- g) lidé s demencí;
- h) lidé s psychiatrickými chorobami;
- i) lidé s kombinovaným omezením. (Kutnohorská et al., 2012)

V roce 2018 se na území České republiky nacházelo 13 % obyvatel se zdravotním omezením, z toho polovinu nich tvořili senioři nad 65 let. Aktuálně probíhá šetření, které bude probíhat mezi roky 2023 až 2024, aby Český statistický úřad získal přesné informace o lidech, kteří mají nějakou formu z výše zmíněných zdravotních omezení. (Český statistický úřad, 2023)

Nejčastější uživatele v rámci zdravotního omezení tísňové péče jsou lidé s tělesným omezením. Mezi další časté uživatele služby se řadí lidé se zrakovým omezením, lidé se

sluchovým omezením a lidé s demencí. Tyto tři skupiny lidí jsem uvedl už u seniorů, kteří získávají většinou tuto formu zdravotního omezení z důvodu vysoké věku, proto jsem se rozhodl už nepopisovat tyto cílové skupiny v této části. Záměrem je poskytnout ucelený přehled o tom, jak tíšňová péče slouží k podpoře nezávislosti a bezpečnosti těchto skupin v jejich každodenním životě. Pro lidi s tělesným omezením může tíšňová péče poskytovat tzv. bezpečnostní síť, která pomáhá v krizové situaci. Zároveň poskytuje zdroj určitého psychického klidu a podpory, umožňující jim vést plnohodnotnější běžný život navzdory jejich omezení.

3.2.1 Tělesné omezení

V současné odborné literatuře se běžně setkáváme s pojmem "tělesné postižení". Podle mého názoru však slovo "postižení" nese určité stigma, a proto se v mé diplomové práci rozhoduji používat preferenčně termín "omezení". Z mého pohledu "omezení" lépe vystihuje skutečnou podstatu různých znevýhodnění, s nimiž se lidé potýkají po celý svůj život. Tento výběr slov není pouhým slovíčkařením, ale odrazem snahy o empatický přístup k jedincům, jejichž životní situace je ovlivněna fyzickými omezeními. Užitím termínu "omezení" se snažím přispět k pozitivní změně vnímání těchto osob v širším sociálním kontextu, což považuji za důležitou součást mého akademického výstupu ze studií.

Autor Novosad rozlišuje dva typy zdravotního omezení: vrozené a získané. U lidí s vrozeným zdravotním omezením se psychika a postavení ve společnosti vyvíjí odlišně oproti běžné populaci. Naopak ti, kteří získají zdravotní omezení v průběhu života, mají výhodu v čase potřebném pro adaptaci a přijetí svého omezení jako přirozené součásti své existence. Během života se učí, jak se svým vrozeným či brzy získaným omezením nalézat vlastní cestu a vést plnohodnotný život. Tento proces adaptace a přijetí je klíčový pro integraci do společnosti a rozvoj osobní identity, přičemž podpora okolí hraje nesmírně důležitou roli. Přístup a reakce společnosti mohou významně ovlivnit, jak jedinci se zdravotním omezením vnímají sebe sama a své místo ve světě, což má zásadní význam pro jejich kvalitu života a pocit spokojenosti. (Novosad, 2011)

Získané zdravotní omezení představuje ve většině případů neočekávanou životní změnu ve zdravotním stavu. Na rozdíl od vrozeného omezení lidé nemají dostatečný čas na adaptaci ve společenském prostředí. Tento stav se může primárně projevit na psychice jedinců, kteří se snaží nalézt novou cestu ve svém osobním životě. Zdravotní omezení se projevuje následky nejen na

jejich životní situaci, ale i v jejich okolí, jako je rodina, přátelé a způsob života. Většina získaných zdravotních omezení vzniká po různých úrazech, jako je poškození míchy, mozku, hlavy, amputace končetin, a také jako následky nemocí, například centrální mozkové příhody. V tento moment je pro uživatele tísňové péče podpora skrze monitorovací zařízení vítanou změnou a zároveň psychickou podporou. (Novosad, 2011)

3.3 Osoby v krizi

Mezi osoby v krizi, které využívají tísňovou péči, patří lidé po nemoci, operaci nebo úrazu, stejně jako osoby, které byly propuštěny z ústavního zařízení, nebo prožívají těžké onemocnění. Lidé v těchto situacích zažívají strach, paniku, neví si rady, a proto se obracejí na tísňovou péči, která jim může dodat pocit jistoty a síly při zvládnání těchto obtížných životních situací.

Definice krize má tři základní složky:

1. nastane určitá spouštějící událost;
2. člověk jí vnímá jako nebezpečnou;
3. obvyklé způsoby obranných mechanismů selhávají. (Špatenková, 2017)

III. Empirická část

4 Metodologie

V předcházejících kapitolách jsem se detailně věnoval definici a důležitosti tíšňové péče, zkoumal jsem kvalitu poskytovaných sociálních služeb a popisoval cílové skupiny tíšňové péče, kterou tvoří především senioři. Tato část diplomové práce se pak zaměřuje na popis metodologického rámce. V úvodu této kapitoly představuji sociální konstruktivismus a ekosystémovou perspektivu, které tvoří základ mé metodologie a které jsou její důležitou součástí a stavebním kamenem. Následuje podrobný popis průběhu využívání služby uživatelem tíšňové péče a jeho integrací do této služby. Dále přecházím k výkladu předvýzkumu založeného na analýze dotazníků spokojenosti klientů, které jim byly distribuovány od roku 2022 do roku 2023, s cílem odhalit možné individuální potřeby, které mě mohou nasměrovat k formulaci doplňujícího výzkumného šetření. Podrobně specifikuji výzkumný vzorek, metodologii a techniky sběru dat, jež jsem zvolil pro co nejpřesnější zachycení potřebných informací. V závěrečné části věnuji analýze informací získaných z polostrukturovaných rozhovorů, které poskytují hlubší pohled do osobních zkušeností uživatelů a odkrývají prostory pro potenciální optimalizaci a zkvalitnění tíšňové péče. Od této analýzy očekávám, že přinese podněty pro praktickou aplikaci, a že určí směr dalšího vývoje tíšňové péče.

4.1 Sociální konstruktivismus

Za stavební kámen metodologie této diplomové práce jsem zvolil, konstruktivismus v pojetí Bruna Latoura (Latour, 2005), jenž se hodí k využívání moderních technologií v současném světě. Tíšňová péče vytváří propojení mezi lidmi prostřednictvím moderních technologií, což formuje rozsáhlou síť péče. V sociálním konstruktivismu dochází ke spojení tří hlavních aktérů: lidí, technologie a sociálnímu kontextu péče. Tíšňová péče se tak stává komplexní sítí, kde péče probíhá v daném okamžiku, spojuje jednotlivce a tvoří základ sociální konstrukce. Je podstatné sledovat síly a vlivy působící mezi jednotlivými aktéry, abychom porozuměli jejich dynamice. Analytický přístup umožňuje zkoumat nekonvenční asociace v rámci tíšňové péče, přispívající k hlubšímu porozumění konstrukce sociální reality v této oblasti. Zahrnutí konceptů Latourovy práce rozšiřuje perspektivu a poskytuje hlubší vhled do

konstrukce sociálního prostoru. Tímto přispívá ke komplexnějšímu chápání dynamiky a struktury této důležité oblasti péče o člověka. (Latour, 2005)

4.2 Ekosystémová perspektiva

Ekosystémová perspektiva se dělí na dvě části a těmi jsou obecná teorie systémů a ekologie. Obecná teorie systémů se dělí na tři části, ve kterých jedinci fungují. První systém je tzv. mikrosystém, do kterého řadíme jednotlivce a jeho kompetence, role a interpersonální vztahy v menších skupinkách. Druhý systém je tzv. mezo systém, do kterého už zahrnujeme části systémů, na nichž jedinec stále participuje např.: domov pro seniory a poslední systém tzv. makrosystém jsou obsahují subsystémy, které už jedince nezahrnují jako účastníka, ale ovlivňují jeho život. Do tohoto systému lze zahrnout stát nebo sociální politiku. (Janebová, 2014)

Ekologické myšlení představuje posun od lineárního směřování k fenomenologickému uvažování. Fenomenologický přístup popisuje interakce mezi dvěma prvky na konkrétním příkladu. Je možné zde pozorovat účinky mezi uživatelem změny a dalším prvkem tzv. prostředím. Prostředí pak ovlivňuje zpětně uživatele, což způsobuje další změny. Uživatel a prostředí jsou tak neustále v procesu vzájemného ovlivňování, přičemž na toto působení mají vliv i další proměnné.

Nejen samotné intervence, ale i proces posouzení životní situace uživatele by měly být podrobeny reflexi. Tato reflexe by měla vycházet z postmoderního pohledu na pravdu, který má své kořeny v konstruktivismu. (Levická, 2012)

Jak si lze všimnout, sociální služba tísňové péče prostupuje všemi systémy s obecnou teorií systémů, kde samotná „krabička“ propojuje uživatele s dalšími systémy, které ovlivňují uživatele služby. Lze pozorovat propojenost mezi mikro, mezo a makro systémy, kde tísňová péče propojuje uživatele dané služby s jejich rodinou, tj. rodiči, dětmi a příbuznými. Dále propojuje uživatele s dalšími systémy, které ovlivňují uživatele tísňové péče. Propojenost mezi mikro, mezo a makro systémy je zřetelná, když tísňová péče propojuje uživatele s jejich rodinou, přáteli a službami sociální či zdravotní péče. Na úrovni makro systémů tato péče zasahuje do větších společenských struktur, jako je kultura, a v krizových situacích spolupracuje s aktéry, jako je např. policie. Tímto způsobem ekosystémové myšlení odkrývá vzájemné ovlivňování „krabičky“ a uživatele, což odráží hlubokou propojenost a závislost mezi

individuálními a společenskými aspekty existence. Tento přístup, zakořeněný v sociálním konstruktivismu, zdůrazňuje složitost a vzájemnou závislost v sociální péči a v širším sociokulturním kontextu, čímž přidává další rozměr do našeho porozumění tíšňové péči.

4.3 Tíšňová péče v praxi

Poskytování tíšňové péče v organizaci Anděl strážný, z.ú. probíhá následovně:

4.3.1 Jednání se zájemcem a příprava na toto jednání

Jednání se zájemcem o sociální službu je pevně stanoveno v procedurálních standardech kvality sociálních služeb. Těmto standardům se věnuji ve třetí kapitole, oddíl 3.3, kde je zmiňován standard číslo 3 „Jednání se zájemcem o sociální službu“. Ministerstvo práce a sociálních věcí k tomuto standardu vydalo Doporučený postup číslo 5/2019, který nabyt platnosti v roce 2020. Tento doporučený postup poskytuje osnovu pro jednání se zájemcem o službu, rozčleněnou do čtyř kapitol: poskytování prvotních nebo základních informací o službě, osobní jednání se zájemcem, rozhodování o poskytnutí nebo přijetí služby a postup při odmítnutí zájemce o službu. Důvody pro odmítnutí zájemce jsou specifikovány ve standardu kvality č. 3c. Je zásadní, aby každý poskytovatel sociálních služeb měl jasně stanovený moment, kdy začíná jednat se zájemcem. Toto definování je klíčové, neboť od tohoto okamžiku je poskytovatel povinen plnit různé povinnosti vyplývající ze zákona, standardů kvality a vnitřních předpisů organizace. Na počátku jednání se zájemcem je důležité rozlišit dvě fáze: přípravu na jednání o službě a první schůzku, které podrobněji popisují v další části textu. Základní informace pro zájemce lze poskytnout prostřednictvím různých informačních zdrojů, jako jsou webové stránky, Facebook a další sociální sítě, informační letáky, novinové články a prezentační akce. Je důležité podotknout, že zájemcem nemusí být výhradně budoucí uživatel služby, ale může jít také o jeho zástupce, rodinu, blízké osoby a podobně. (MPSV, 2020)

Dostáváme se tedy k posloupnosti postupů v organizaci Anděl Strážný, z.ú. Většina zájemců této služby kontaktuje dispečink prostřednictvím zelené linky, která je bezplatná. Dispečerky, které mají kurz pracovníka v sociálních službách, získávají základní údaje o zájemci, jako jsou věk, místo bydliště, důvod žádosti a kontakt na zájemce nebo na jeho kontaktní osobu. Tyto informace jsou bezpečně uchovávány v pracovním prostředí organizace, do kterého mají přístup pouze zaměstnanci organizace. Pracovníci na dispečinku poskytují

základní informace o tísňové péči, ceně a dalších relevantních aspektech služby. Po získání potřebných informací jsou tyto údaje zadány do systému, v němž vedoucí sociálního oddělení přiřazuje klíčové sociální pracovníky k jednotlivým zájemcům. Od této chvíle musí klíčový pracovník kontaktovat zájemce do dvou pracovních dnů. V průběhu prvního hovoru klíčový pracovník podrobněji seznámí zájemce s poskytováním služby. Schůzka se pak může domluvit dle individuálních potřeb zájemce a vždy se koná v jeho místě bydliště. Následně klíčový sociální pracovník přistupuje k administrativním úkonům a přípravě všech dokumentů potřebných pro poskytnutí služby. Příprava zahrnuje také nabídku tří typů zařízení, které organizace nabízí svým klientům – Novo, Tipec a chytré hodinky. Každé z těchto zařízení je přizpůsobeno různým potřebám a situacím, aby co nejlépe sloužilo uživatelům tísňové péče. Nejčastější dva důvody odmítnutí zájemce je nedostupnost GSM signálu a uživatelova snížená schopnost ovládat monitorovací zařízení. (Anděl Strážný, 2023a)

4.3.2 První schůzka se zájemcem

Nejdůležitější částí první schůzky se zájemcem je sociální šetření. Sociální šetření slouží poskytovatelům k hlubšímu porozumění rodinnému a individuálnímu prostředí a životní situaci uživatele. Je základním kamenem pro stanovení cílů a strategií následně poskytované sociální péče. Poskytovateli musí zájemce umožnit provést sociální šetření v jeho přirozeném domácím prostředí. (Musil et al., 2015)

Klíčový pracovník na schůzku přináší tři monitorovací zařízení, dvě smlouvy o poskytování sociální služby, dva protokoly o zapůjčení monitorovacího zařízení, záznam o sociálním šetření, stížnostní řád, formulář pro podávání stížností, souhlasy se zpracováním osobních údajů kontaktních osob, manuály k zařízením a seniorskou obálku. (Anděl Strážný, 2023a)

U zájemce klíčový sociální pracovník sepisuje zápis z prvního sociálního šetření. V organizaci Anděl Strážný má klíčový pracovník analyzovat aktuální informace o uživateli a jeho zdravotním stavu. Tyto informace jsou důležité pro pracovníky na dispečinku, pokud je potřeba zavolat Integrovaný záchranný systém (IZS). V aktuálních informacích o uživateli jsou zahrnuty údaje týkající se komunikace, zraku, sluchu nebo chůze. Zdravotní údaje obecně popisují zdravotní stav uživatele, jako jsou například problémy se srdcem, tlakem a podobně. Dále se zjišťuje doba odpočinku uživatele, aby nebyl rušen během jeho pravidelných činností.

Zjišťuje se také, zda uživatel nepotřebuje pravidelná volání pro kontrolu zdravotního stavu, připomínání důležitých náležitostí, nebo zda si přeje službu povídací linky pro kontakt se společenským prostředím. Následně klíčový pracovník přistupuje k nejdůležitější části – plánu neodkladné pomoci. V této části pracovník sestavuje krizový plán dle individuálních potřeb uživatele pro případ krizové situace. Získává kontakty na osoby, které mohou uživateli pomoci nebo mají možnost odemknout byt či dům uživatele. Je zde rovněž možnost zajištění klíčové služby nebo trezoru na klíče. V poslední části sociálního šetření klíčový pracovník zjišťuje životní a sociální situaci klienta, jako je využívání jiných sociálních služeb, aktivity, zájmy a podobně. Současně testuje s uživatelem schopnost ovládat monitorovací zařízení.(Anděl Strážný, 2023a)

Klíčový pracovník dále sepisuje protokol o zapůjčení monitorovacího zařízení. Anděl Strážný je jednou z mála organizací, která pronajímá monitorovací zařízení zcela zdarma. Tato zjištění byla po prozkoumání všech webových stránek organizací a v průběhu konzultace s MPSV. Uživatel následně platí pouze za poskytování sociální péče, přičemž se platby provádějí zpětně a cena za službu činí buď 450 Kč nebo 550 Kč měsíčně v závislosti na typu monitorovacího zařízení. Důležitým aspektem protokolu je uvedení ceny monitorovacího zařízení, což slouží pro bezpečnost organizace pro případ, že by uživatel nebo osoba blízka úmyslně zařízení poškodili. V takovém případě si organizace vyhrazuje právo požadovat po uživateli náhradu škody. Následuje sepsání smlouvy o poskytování sociální služby, která obsahuje veškeré důležité informace pro uživatele – úhradu za službu, předmět smlouvy, místo a čas poskytování, povinnosti a práva poskytovatele a uživatele, jakož i výpovědní důvody a lhůty. Dále klíčový pracovník vysvětluje stížnostní řád a formulář pro podání stížností v případě potřeby a předává seniorskou obálku, kterou uživatel může vyplnit a nechat na viditelném místě pro případ příjezdu integrovaného záchranného systému. Všechny dokumenty jsou uloženy ve žlutých deskách společně s manuálem k monitorovacímu zařízení. Po schůzce, pokud se ze zájemce stane uživatelem služby, vykoná klíčový pracovník povinnou administrativní činnost. (Anděl Strážný, 2023a)

4.3.3 Druhá schůzka s uživatelem

Individuální plánování je známou metodou práce v sociálních službách mezi poskytovatelem a uživatelem služby. Individuální plánování je jednou z nejdůležitějších

činností v sociálních službách k udržení individuálních potřeb uživatelů a ke zkvalitnění služeb. V průběhu individuálního plánování je podpořen empowerment tzv. zplnomocňování uživatelů při rozhodování o svých životech. (Matoušek, 2013)

Klíčový pracovník čtrnáct dní po první schůzce kontaktuje uživatele nebo kontaktní osobu, aby zjistil, jestli uživatel bude pokračovat ve využívání služby. Období čtrnácti dnů je poskytováno uživateli zcela zdarma, aby se mohl seznámit s monitorovacím zařízením. V průběhu tohoto hovoru klíčový pracovník domlouvá schůzku na vytvoření individuálního plánu. Na druhou schůzku klíčový pracovník bere osobní kartu klienta (obsahující veškeré informace ze sociálního šetření) a zjišťuje, zda si uživatel nepřeje nastavit službu podle jiných individuálních potřeb. Při tvorbě individuálního plánu se klíčový pracovník ptá uživatele, jaké kroky si přeje k naplnění jeho potřeb.

4.3.4 Hodnocení IPP

Zákon o sociálních službách a standardy kvality zadávají povinnost hodnotit průběh poskytování sociální služby a provádět hodnocení naplňování individuálního plánu uživatelů. V rámci hodnocení poskytované služby poskytovatel hodnotí následující:

- a) zda byla služba poskytnuta v souladu s přáním, potřebami, osobními cíli, možnostmi a schopnostmi uživatelů;
- b) jestli uživatel je spokojen s poskytovanou aktuální službou;
- c) zda byl splněn rozsah a průběh poskytované sociální služby.

V rámci hodnocení individuálního plánu a spolupráce klíčový pracovník hodnotí:

- a) jestli jsou naplněny a do jaké míry jeho požadavky, očekávání a osobní cíle;
- b) jestli došlo k novým pozitivním změnám v jeho nepříznivé životní situaci.

(MPSV, 2022a)

Klíčový pracovník musí vytvořit zhodnocení individuálního plánu nejpozději šest měsíců od jeho vytvoření. Zhodnocení individuálního plánu probíhá v domácím prostředí uživatele, kde se zjišťuje spokojenost uživatele s aktuálním nastavením individuálního plánu a služeb. Zjišťuje se, kde by mohl klíčový pracovník nastavit nové kroky pro zkvalitnění služeb. Klíčový pracovník si opět bere na schůzku osobní kartu klienta, aby zjistil případné změny, které je potřeba ohlásit technickému oddělení (zavedení do systému). K individuálnímu plánu, nebo k hodnocení individuálního plánu, má uživatel přístup pokaždé, když si to bude přát.

4.3.5 Servis monitorovacího zařízení

Klíčový sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách vyjíždí k uživatelům služby v případě poruchy monitorovacího zařízení. I když se může zdát tato činnost vedlejší, tak právě servis monitorovacího zařízení má v organizaci nejvyšší prioritu. Je to z důvodu, aby uživatel mohla být poskytována kvalitní sociální služba, kterou si zaslouží a má na ní právo dle zákona 108/2006 Sb. Pokud dojde k výměně monitorovacího zařízení, tak klíčový pracovník nebo pracovník v sociálních službách neprodleně kontaktují technické oddělení a informují je.

4.3.6 Ukončení poskytované služby

Klíčový pracovník si na tuto schůzku bere protokol o vrácení monitorovacího zařízení a dohodu o ukončení poskytované služby. Po ukončení služby dochází k okamžitému zastavení platby za službu. Po ukončení jsou další tři roky uchovávány veškeré dokumenty v archívu. Pokud uživatel ukončuje službu a neodchází do pobytového zařízení, klíčový pracovník napomáhá hledat další služby, které jsou dle přání uživatele.

Dle klientských statistik je nejčastější důvod ukončení poskytované služby v AS odchod do pobytového zařízení. Tento důvod se projevuje až u 60 % všech ukončených klientů. K výpovědi ze strany poskytovatele v organizaci Anděl Strážný, dochází z následujících důvodů:

- a) hrubé porušení svých povinností na základně uzavřené smlouvy mezi poskytovatelem a uživatelem služby, kde uživatel služby byl opakovaně upozorněn;
- b) uživatel se vůči zaměstnancům organizace chová způsobem, který odporuje dobrým mravům;
- c) u uživatele došlo k dlouhodobé změně jeho zdravotního stavu a schopností, které vylučují zajištění spolehlivého poskytování služby;
- d) poskytovatel není schopen objektivně dále zabezpečit plnění předmětu smlouvy z důvodu provozně-technických například změna dostupnosti GSM signálu;
- e) uživatel opakovaně neuhradil za poskytnutou službu. (Anděl Strážný, 2019)

4.4 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mé diplomové práce je posoudit kvalitu tísňové péče z perspektivy uživatelů a pracovníků v organizaci Anděl Strážný, z.ú. Na základě získaných informací z výzkumu se snažím identifikovat možná řešení pro zvýšení kvality péče a optimalizaci procesů. Zároveň doufám, že získané informace poslouží jako nástroj pro osvětu pro další poskytovatele sociálních služeb a ukážou potenciál, který tísňová péče přináší.

K naplnění hlavního cíle povede dosažení těchto dílčích cílů:

- a) zhodnotit názory uživatelů služeb na kvalitu tísňové péče;
- b) zhodnotit názory zaměstnanců tísňové péče na kvalitu poskytování;
- c) identifikovat hlavní přínosy a omezení tísňové péče z pohledu uživatelů služeb;
- d) identifikovat hlavní pozitivní stránky a výzvy tísňové péče z pohledu zaměstnanců;
- e) vytvořit doporučení na zlepšení kvality péče v tísňové péči a na její optimalizaci.

4.5 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumnou otázku jsem stanovil následovně: „Jaké specifické parametry tísňové péče jsou klíčové pro zvýšení kvality a jaká opatření mohou vést ke zvýšení kvality a optimalizace poskytované péče v organizaci Anděl Strážný, z.ú.?“

Pro lepší uchopení hlavní výzkumné otázky jsem stanovil dvě další dílčí otázky: „Jaká jsou slabá místa aktuálně poskytované tísňové péče v Anděl Strážný, z.ú.?“ a „Jaká jsou silná místa aktuálně poskytované tísňové péče v Anděl Strážný, z.ú.?“

4.6 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek pro potřeby mé diplomové práce byl sestaven z devíti participantů, které jsem rozdělil do tří specifických skupin. První skupinu tvoří sociální pracovníci z organizace Anděl Strážný, z.ú., druhou skupinu představují dispečerky této organizace, a poslední skupinou jsou přímo uživatelé služby.

Proces výběru participantů byl navržen s cílem získat co nejhlubší a nejrelevantnější informace pro mou diplomovou práci. Sociální pracovníci a dispečerky jsem vybíral s ohledem na délku jejich působení v organizaci, což mi umožnilo získat hlubší vhled do dlouhodobějších slabých a silných míst v rámci organizace. Tento zvolený přístup předpokládá, že dlouhodobější

zaměstnanci mají lepší přehled o fungování a vývoji organizace, což by mělo přinést bohatší a podrobnější údaje pro analýzu dat. S dispečerkami, které všechny pracují na pobočce v České Lípě, jsem prováděl rozhovor z očí do očí. Naproti tomu se sociálními pracovníky, kteří jsou rozmístěni po celé České republice, jsem vedl rozhovory skrze online prostředí, což mi umožnilo efektivněji koordinovat schůzky a šetřit čas.

Uživatelé služby, kteří byli vybráni na základě délky využívání služby a jejich schopností zúčastnění se rozhovoru, pocházejí ze Středočeského, Ústeckého a Pardubického kraje. Výběr těchto uživatelů byl proveden s důrazem na minimalizaci možného střetu zájmů, neboť v organizaci pracuji druhým rokem. Snažil jsem se vyhnout situaci, při které bych jako klíčový pracovník mohl ovlivnit jejich odpovědi, což by mohlo zkreslit výsledky mého výzkumu. Tento přístup zajišťuje větší objektivitu a pravdivost získaných dat, které jsou klíčové pro validitu a relevanci výzkumných závěrů.

Pro lepší přehlednost při analýze dat jsem rozdělil participanty dle následujících zkratk: první uživatel služby (U1), druhý uživatel služby (U2), třetí uživatel služby (U3), první sociální pracovnice (S1), druhá sociální pracovnice (S2), třetí sociální pracovnice (S3), první dispečerka (D1), druhá dispečerka (D2), a třetí dispečerka (D3).

4.7 Pozicionalita výzkumníka

V organizaci, ve které jsem prováděl výzkum, aktuálně působím skoro 2 roky. Dříve jsem v organizaci pracoval jako sociální pracovník a v aktuální době působím v organizaci jako vedoucí sociálních služeb a technického oddělení. Díky mé pozici jsem měl jednodušší přístup ke všem získaným dokumentům a participantům. Přístup jsem získal na základě souhlasu managementu organizace. Z důvodu, že jsem znal všechny pracovníky, se kterými jsem prováděl výzkum, tak bylo možné vést rozhovory v přátelském duchu. K omezení limitů v průběhu rozhovoru mohlo pomoci i zvolené téma, které vnímají zaměstnanci organizace Anděl Strážný jako potřebné, protože se všichni snaží zdokonalovat poskytovanou péči a posunout kvalitu na vyšší úroveň. Dále jsem všechny zaměstnance vždy informoval, že všechny informace budou zpracovávány anonymně a z tohoto důvodu nemusí mít obavy o propojení poskytnutých informací s vedením organizace.

V případě výběru uživatelů, tak jsem vybíral uživatele služby, kteří mě osobně neznají a tím jsem mohl působit jako nezávislý výzkumník. To znamená, že nedocházelo k emocionálnímu zaujetí a uživatelé mohou vyjádřit subjektivní informace bez obav o vliv vztahů s klíčovým sociálním pracovníkem. Nicméně existují určitá úskalí spojená s prováděním výzkumu uvnitř vlastní organizace, kterými jsou:

- a) omezení reflexivity – mohl jsem zapojovat své emoce a osobní názory, které by mohly vést k omezení objektivity výzkumu – důležité je, si být vědom toho, aby se výzkum nezaměřoval příliš jednostranně;
- b) omezení ze strany vedení – mohl se vyskytnout jev, že vedení organizace by chtělo ovlivňovat můj výzkum;
- c) zabarvení výsledků výzkumu – mohl jsem se spíše zaměřovat na pozitivní výsledky ve výzkumu.

Na druhou stranu zde vznikají také nějaké klady s výzkumem ve vlastní organizaci:

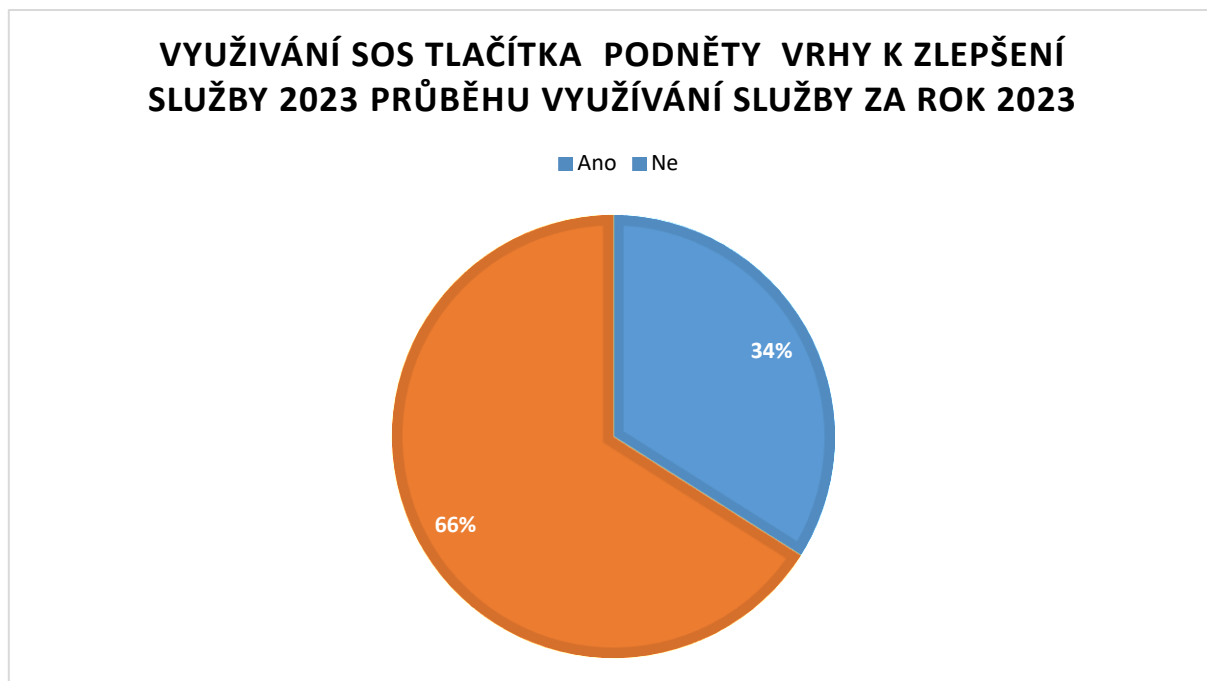
- a) snazší přístup k databázi uživatelů a vytvoření náhodného vzorku uživatelů;
- b) výzkum rozvíjel můj zájem o službu a následně prohluboval mé znalosti o službě.

4.7.1 Předvýzkumné šetření – dotazníky spokojenosti

Pro svůj předvýzkum jsem analyzoval data z dotazníků spokojenosti uživatelů služby v organizaci Anděl Strážný, z.ú. V těchto dotaznících se zkoumalo, zda jsou uživatelé spokojeni se službou, zda se cítí klidněji a jistěji, zda služba snižuje jejich pocit osamělosti, jaká je využitelnost SOS tlačítka, finanční náročnost služby, možnost pobírání příspěvku na péči, stížnosti uživatelů a také jaké mají další připomínky ke zlepšení služby. Při sestavování otázek jsem využil podněty od uživatelů, což mi umožnilo přizpůsobit další výzkum již na základě získaných poznatků.

K svému překvapení jsem zjistil, že více jak polovina uživatelů služby nevyužila SOS tlačítko viz. graf č. 1. Tato skutečnost souvisí s pocitem bezpečí a jistoty. Pokud uživatel nosí zařízení u sebe, dodává mu pocit jistoty. Dalším vysvětlením je, že uživatelé službu využívají hlavně z důvodu pocitu bezpečí. Službu začínají využívat už v časovém předstihu, než je služba doopravdy potřeba a uživatel následně setrvává ve svém přirozeném domácím prostředí bez nutnosti pomoci další osoby. Tento fakt odráží širší sociální trend dokládající, že lidé

vyhledávají technologie, které jim poskytují pocit bezpečí a možnou kontrolu nad krizovými situacemi, což ještě více zdůrazňuje důležitost preventivních opatření u uživatelů s vyšším věkem. Lze si tedy tuto službu vyložit jako určitý psychologický obranný mechanismus pro ty, kteří se obávají možné izolace a mají obavy, že se ocitnou v situacích, ve kterých budou

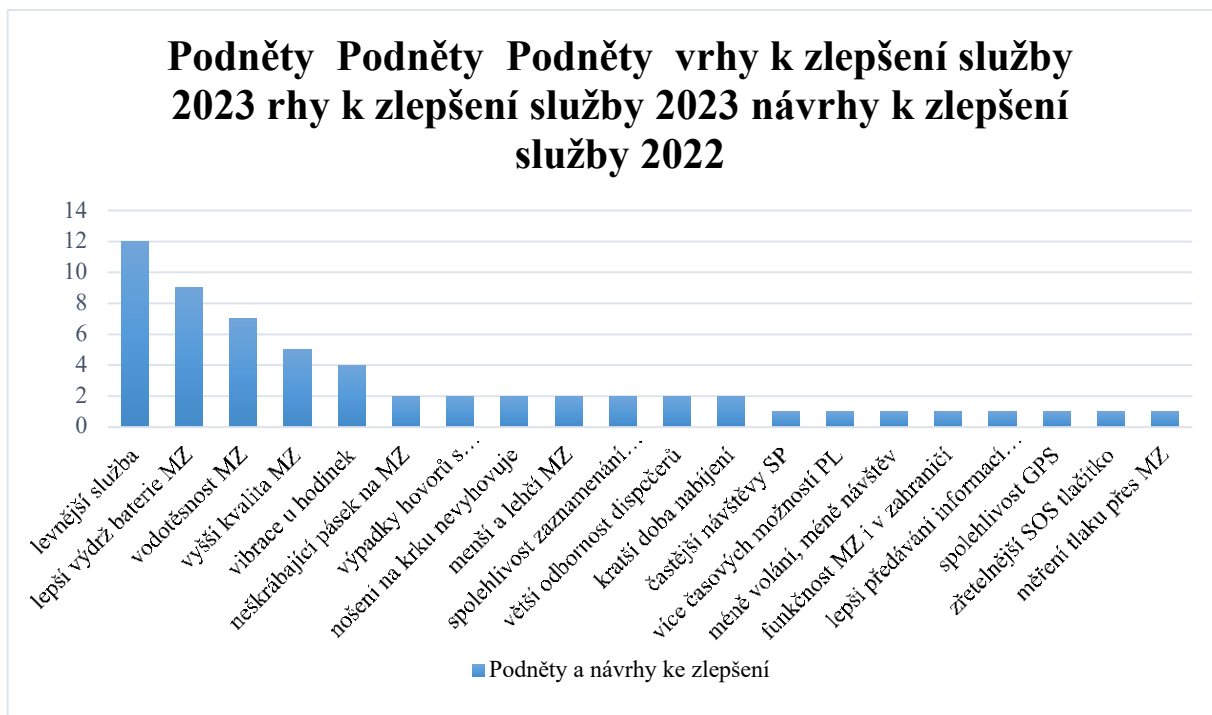


Graf 1: Využití SOS tlačítka

Zdroj: Vlastní zpracování

potřebovat neodkladnou okamžitou pomoc

Dalším zjištěním byla potřeba uživatelů služby k častějším návštěvám ze strany sociálních pracovníků. Velká část uživatelů se nachází v sociální izolaci z důvodu zvýšeného věku a větší opatrnosti. Z tohoto důvodu mohou uživatelé požadovat častější návštěvy, které jim mohou pomoci k začlenění do běžného života. Tato skutečnost zdůrazňuje význam osobního kontaktu a interakce v rámci sociálních služeb. Sociální izolace výrazně přispívá k pocitům osamělosti a izolovanosti, které negativně ovlivňují psychické i fyzické zdraví jedince. Častější návštěvy sociálních pracovníků nejen že mohou zlepšit celkový psychický stav uživatelů, ale také poskytují příležitost k sociální interakci a budování důvěrnějších vztahů, které jsou zásadní pro účinnou integraci do společnosti.



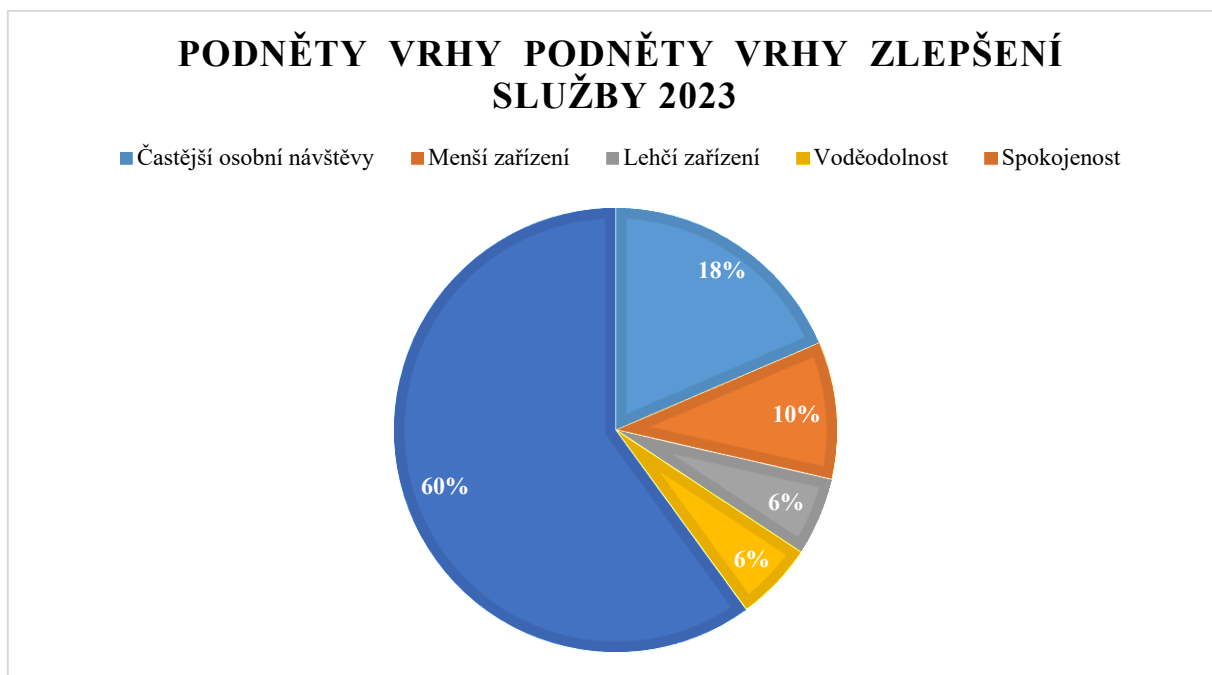
Graf 2: Analýza podnětů od uživatelů služby za rok 2022

Zdroj: Vlastní zpracování

Z výsledků šetření spokojenosti uživatelů za rok 2022 vyplývá, že uživatelé služby by nejraději uvítali změny v ceně za službu. V roce 2022 došlo v organizaci Anděl Strážný ke zvýšení ceny o 100 Kč za měsíc služby. Z původních 350 Kč na 450 Kč a z 450 Kč na 550 Kč. Reakce na toto zvýšení ceny byla očekávatelná. Aktuální maximální cena udávaná dle vyhlášky 505/2006 Sb. může být stanovena dle skutečných nákladů na provoz technických a komunikačních prostředků. Pokud by organizace stanovila ceny dle svých nákladů na provoz, tak se dostáváme na částku okolo 1 000 Kč. (Anděl Strážný, 2022b)

Přesto se snaží organizace držet stanovenou částku za měsíc služby pod touto hranicí, aby službu mohlo využívat více uživatelů. Z grafu č. 2 si lze všimnout, že uživatelé za rok 2022 chtěli více změn v monitorovacích zařízeních. Požadovali, aby zařízení byla přizpůsobená více potřebám a požadavkům uživatelů, od velikosti monitorovacího zařízení až po lepší výdrž baterie. Aktuálně je potřeba, aby monitorovací zařízení s názvem TIPEC nabíjeli každý večer, aby mohla být služba poskytována nepřetržitě přes celý den.

Vzhledem k těmto změnám je zřejmé, že ceny služeb hrají klíčovou roli ve vnímání dostupnosti a přijatelnosti tísňové péče mezi uživateli. Zvyšování cen vede k omezení přístupu pro některé skupiny uživatelů, což by mohlo mít negativní dopad na jejich celkovou spokojenost a kvalitu života. Proto je důležité, aby organizace nejen pečlivě zvažovaly své cenové strategie, ale také průběžně hledaly způsoby, jak udržet služby dostupné a efektivní. Zlepšení monitorovacích zařízení a zohlednění zpětné vazby uživatelů je klíčem k zajištění vyšší spokojenosti uživatelů a jejich důvěry v poskytované služby.



Graf 3: Analýza podnětů od uživatelů služby za rok 2023

Zdroj: Vlastní zpracování

V grafu č. 3 jsou zřetelně prezentovány podněty a návrhy ke zlepšení služeb, jak je vyjádřili uživatelé v průběhu dotazníkového šetření v roce 2023. To bylo uskutečněno mezi sto uživateli, kteří byli rovnoměrně rozmístěni napříč všemi čtrnácti kraji České republiky, což zajistilo komplexní pohled v individuálních potřebách. Uživatelé byli vybráni náhodným výběrem a dotazník jim byl poskytnut ve spolupráci s klíčovým sociálním pracovníkem. Ve srovnání s předešlým rokem je zjevný pokles podnětů ohledně ceny služby, což svědčí o tom, že uživatelé si na novou cenu za poskytování tísňové péče zvykli a nepociťují potřebu dalších změn na toto téma. Zaznamenalo se také snížení počtu požadavků na monitorovací zařízení po jejich modernizaci, což ukazuje na pozitivní přijetí modernizování monitorovacích zařízení.

Na grafu si můžeme všimnout, že 60 % uživatelů nemělo žádné podněty nebo jsou na tolik se službou spokojeni, že nemají žádné podněty, které by mohli vytknout. Takto vysoká úroveň spokojenosti uživatelů signalizuje, že služba je dobře přijímaná a splňuje očekávání větší části uživatelů. Zároveň to je ukázka toho, že organizace, která poskytuje tísňovou péči (Anděl Strážný, z.ú.) poskytuje službu s ohledem na individuální potřeby uživatelů, což je velmi důležité pro organizační reputaci v sítích sociálních služeb a pro zvyšování kvality sociální služby.

Také 18 % uživatelů, kteří by uvítali častější osobní návštěvy, organizaci poskytují cenné informace o svých potřebách a očekáváních. Tato skutečnost ukazuje na to, že osobní kontakt a interakce jsou pro uživatele služeb neocenitelnou součástí poskytované péče a měly by být začleněny jako klíčové prvky ve strategii organizace. Možnost navýšení počtu návštěv, nebo zlepšení kvality již plánovaných osobních schůzek by mělo být bráno v úvahu s ohledem na zvýšení spokojenosti uživatelů a jejich pocitu bezpečí.

Z dalších tří segmentů grafu, které dohromady tvoří 22 %, je zřejmé, že uživatelé vnímají prostor pro vylepšení monitorovacích zařízení. Konkrétně si přejí, aby tato zařízení byla menší a voděodolná, a zároveň aby jejich hmotnost byla co nejnižší. Takové technické požadavky nejsou ojedinělé a mají přímý vliv na komfort a uspokojení uživatelů s používáním služby. Představa menšího zařízení je spojena s větší diskrétností a pohodlím. Uživatelé nechtějí být vystaveni zvědavým pohledům nebo dotazům ohledně přístroje, což způsobuje nepohodlí nebo dokonce stigmatizaci. Význam hmotnosti zařízení se stává stěžejním, obzvláště pro seniory a osoby s omezenou pohyblivostí, pro které je každý nadbytečný gram zátěží. Organizace poskytující tísňovou péči by proto měla neustále hledat cesty, jak tyto přístroje dále miniaturizovat a zefektivňovat, aby usnadnila každodenní nošení a zvýšila celkovou spokojenost a nezávislost svých uživatelů. Ze získaných poznatků jsem následně mohl lépe uchopit projednávané téma v diplomové práci a přidat jednotlivé otázky se zaměřením na zkvalitnění poskytování tísňové péče.

4.8 Metoda a technika sběru dat

Pro svůj výzkum jsem si vybral polostrukturované rozhovory. Pro stanovení otázek v rámci polostrukturovaných rozhovorů jsem provedl předvýzkum analýzou dotazníků spokojenosti za rok 2022 a 2023. Tento předvýzkum mi umožnil zohlednit okruhy nedostatků

v poskytování tísňové péče a identifikovat problémy, které jsem mohl v rozhovorech hlouběji analyzovat. Polostrukturované rozhovory představují pro tazatele flexibilní metodu kvalitativního výzkumu, která umožňuje tazateli získat hlubší porozumění o zkoumaném tématu skrze řízený, ale přesto otevřený dialog s participantem. Tato metoda využívá předem připravené otázky jako tematickou sktrukturu, zároveň však vytváří prostor pro přirozený průběh konverzace a umožňuje detailní zpracování myšlenek a zkušeností. Tímto může být získaný obsah ze sběru dat bohatší a umožní čtenářům hlubší pochopení zkoumaných témat. polostrukturované rozhovory jsou aplikovány za účelem prozkoumání a zhodnocení současného stavu tísňové péče z pohledu různorodých participantů.

Zásady pro vedení rozhovorů, ze kterých jsem vycházel:

- pečlivě jsem se připravil a provedl nácvik jednotlivých rozhovorů;
- účel mého výzkumu udával proces rozhovoru;
- k rozhovoru jsem vytvořil rámec, při kterém participantovi bylo umožněno vyjadřovat se podle vlastních termínů;
- vytvořil jsem vzájemnou důvěru s participantem skrze zájem a vstřícnost. Bral jsem v potaz věk, pohlaví a různé kulturní odlišnosti;
- uvědomil jsem si, že hlavní výzkumné otázky nejsou stejné jako otázky v průběhu rozhovoru;
- otázky jsem vytvořil, aby tomu participant rozuměl;
- tazatel se participanta ptá vždy na jednu otázku v daný okamžik;
- vytvořil jsem možnost doplňování daných otázek podotázkami;
- dával jsem na vědomí, jaké informace jsou důležité a které požadují;
- je důležité aktivně naslouchat a zároveň dávat účastníkovi skrze odpovědi najevo, že ho poslouchám a vnímám, co říká;
- musel jsem si udržet neutrální postoj k názorům participantů;
- byl jsem citlivý a pozorný k tomu, jak je participant ovlivněn skrze rozhovor;
- bral jsem v potaz časovou vytiženost participanta;
- hodnotil jsem a reflektoval jakékoliv omezení, která mohla vzniknout;
- po rozhovorech jsem pečlivě kontroloval a ověřoval poznámky. (Hendl, 2005)

Ke zpracovávání dat získaných z rozhovorů jsem si vybral tematickou analýzu, která v kvalitativním výzkumu hledá vzory, témata a vztahy v textových nebo slovních datech. Tento přístup umožňuje systematicky organizovat a interpretovat informace, což vede k identifikaci klíčových aspektů zkoumaného jevu. Analytici kódováním a kategorizací extrahují hlavní témata, poskytující hloubkový vhled do složitostí a zkoumaného kontextu. (Braun & Clarke, 2006)

4.9 Analýza a výsledky

Získaná data jsem zpracovával pomocí tematického kódování. Jednotlivé rozhovory jsem přečetl a následně jsem si psal na papír témata, kterým jsem přiřazoval kódy. Takto stanovená analýza mi umožnila roztrdit témata do sekcí slabých a silných míst, které tíšňová péče aktuálně obsahuje. Z takto zpracovaných slabých a silných míst jsem zpracoval doporučení k dalšímu směřování tíšňové péče. Tento přístup umožňuje nejen identifikaci klíčových oblastí, které vyžadují zlepšení, ale také poskytuje podněty pro formulaci strategií, které by mohly vést k posílení celkové efektivity a kvality poskytované tíšňové péče. Rozbor tematických kódů tak přináší hlubší porozumění problematice a umožňuje systematické zasahování do struktury a procesů tíšňové péče.

4.9.1 Analýza silných míst tíšňové péče

Identifikoval jsem tři hlavní témata, která charakterizují silná místa poskytování tíšňové péče a těmi jsou hodnoty pro uživatele, hodnoty pro zaměstnance a silné stránky pro sociální službu. Všechna tři témata jsou na sebe navázána a ovlivňují kvalitu tíšňové péče v organizaci Anděl strážný, z.ú.

4.9.1.1 Hodnota pro uživatele

Prvním zjištěním, které jsem si zvolil pod téma uživatel je pocit bezpečí a jistota, že se uživatel v případě potřeby dovolá na dispečink a ten mu poskytne okamžitou pomoc. U2 uvádí příklady, kdy se dostal do situace ohrožující život: *„už mi to taky pomohlo několikrát. No to jako. Vždycky dobře, no taky. Já jsem nikdy nevěřila, že třeba bych si to zmáčkla, i když o sobě nevím. Nebo taky? Někdy se stane, že zavolám omylem, jinak zavolaj pohotovost a sousedi odemknou i v noci. Takže takhle to mně taky pomohlo, to mě odvezli. To jsem měla 40 horečky*

a pak zjistili, že mám zánět močových cest. Tak to taky mě zachránilo život“. Na tomto příkladu si lze všimnout, že uživatel v případě potřeby zavolal pokaždé o pomoc prostřednictvím monitorovacího zařízení. Jak informační partnerka popisuje, opakovaně se jí stalo, že potřebovala naléhavou neodkladnou pomoc, což zdůrazňuje význam 24/7 péče. Hlavně noční hodiny přinášejí různé zdravotní a bezpečnostní výzvy pro seniory, což naznačuje, že mnoho pádů a krizových situací se odehrává právě v tuto dobu. V jejím případě bylo také zásadní, že sousedé dokázali v noci otevřít dveře, aby umožnili vstup zdravotníkům záchranného integrovaného systému. To podtrhuje potřebu dobře koordinovaného plánu neodkladné pomoci, kde je právě kladen důraz na práci sociálních pracovníků, kteří zajišťují, aby byla pomoc poskytnuta rychle a efektivně. Kromě akutních situací, kdy je uživatel ohrožen na životě, jako bylo například vážné onemocnění způsobené zánětem močových cest, tísňová péče nabízí podporu i v méně závažných, avšak stále stresujících situacích. Pomoc sousedů, rychlá reakce a zpřístupnění lékařské péče jsou základními pilíři, které zajišťují, že uživatelé nezůstávají v těžkých chvílích osamoceni. Díky těmto aspektům tísňová péče nejen zachraňuje životy, ale také významně přispívá k zajištění celkové bezpečnosti a pohody lidí ve zranitelných situacích. Ale jsou zde i situace, které se zdají být malé z pohledu laika, kterou uvádí například U1: *„vždycky tu jsou pro nás, že jo holt jsme už starý zapomínáme teda jako zapomněla jsem si klíče a neměla jsem možnost telefonu, kterej byl tady položený. A měla na krku andělíčka, tak jsem zavolala a říkám. Andělíčku, nezlobte se na mě, nemůžete zavolat dceři, nemůžu se dostat do bytu, tak mě pomohli, chytili jí na telefon, tam jsme si to řekli a Káťa přijela a já jsem se dostala domů.“* Z reakce U1 lze vyčíst, že tísňová péče představuje nejen zásadní, ale doslova nepostradatelný prvek v systému sociálních služeb. Dále participantka zdůrazňuje poskytnutí pomoci i v běžných životních událostech, jako je právě samotné zabouchnutí klíčů doma. Taky se nám zde ukazuje možnost kompletního nahrazení mobilního telefonu monitorovacím zařízením, které uživatel nosí stále u sebe.

Dalším důležitým prvkem tísňové péče dle odpovědí je možnost setrvání v jejich přirozeném prostředí domova U3: *„jinak bych asi řekla, že ta příležitost je to, že my vlastně jako babičky a dědečkové vlastně můžeme zůstat vlastně doma a nemusíme vlastně jakoby nikam do jinejch takhle těch zařízení.“* Pobyt v domácím prostředí U3 je velmi důležitým aspektem a na toto zjištění také navazuje zaměstnanec dané organizace D2: *„...si myslím, že pro toho člověka je to úžasný, že může zůstat doma, není vytržený z toho svýho, protože což jsem bohužel*

teda taky poznala na mojí mamince, protože jsme jí pak museli si vzít sem a tady nám šla strašně rychle.“ Společné propojení cílů mezi uživateli a zaměstnanci je velmi přínosné. Jak uvádí D2, v případě nutnosti poskytnutí pobytové služby pro její maminku byl pozorován určitý pokles životní energie. Změna prostředí v pokročilém věku negativně ovlivňuje psychiku těch, kteří si přejí zůstat ve svém domácím prostředí. Podpora tíšňové péče pro udržení seniorů v domácím prostředí má pozitivní vliv na jejich psychickou pohodu.

Pozitivní stránkou poskytované tíšňové péče v organizaci Anděl Strážný, vnímá U2 i doplňkovou část služby, a to povídkovou linku: *„Tak já mám ten kontakt, já mám to povídání taky pátek. Na to se teda těším. Jo, na to se těším. To jsem o tom mluvila o vždycky už v pátek. Taky se stalo, že mě ráno vzbudili, no ale to nevadí. A ale těším se na to teda. To tak taková ta povídává.“*

Jak si lze všimnout, U2 se těší na každý pátek, kdy si povídá s dispečerkami o zvolených tématech, což jí pomáhá udržet psychickou pohodu a zároveň udržuje spojení se společenským prostředím, aniž by opustila svůj domov. I když se stává, že dispečerky někdy uživatelku nechtěně probudí, vnímá tuto povídkovou linku jako nedílnou součást tíšňové péče. Povídková linka také pomáhá lidem, kteří žijí doma a nemají častý kontakt s dalšími lidmi, a tím posiluje jejich sociální vazby. U1: *„ale chápete, když ten člověk nekomunikuje s nikým? Tak to je takový pro něj hrozně složitý. A chtělo by to aspoň 1 za měsíc toho dotyčného oslovit. Jak se máte, potřebujete něco, můžeme vámě pomoci. Určitě by je to povzbudilo.“* Zde vidíme, že uživatelka služby považuje sociální izolaci v pokročilém věku za vážný problém. Zároveň vnímá možnost měsíčního kontaktu s dispečerkou skrze monitorovací zařízení, při kterém sděluje informace, jež by jinak neměla komu vyprávět. V případě potřeby lze dokonce požádat o pomoc, při které jí dispečerky ochotně asistují. Zdůrazňuje tak význam udržení kontaktu se společenským prostředím. Toto zjištění pozorují opět i zaměstnankyně dané organizace S1: *„ještě bych řekla, že ti naši klienti nejsou úplně sami, furt je jakože někdo s nima, furt tam mají někoho na blízku a to je hodně pozitivní.“* Zdůrazňuje, že je klíčové nezapomínat na přání samotných uživatelů a udržovat s nimi stálý kontakt, což pozitivně přispívá k tomu, že mají uživatelé někoho na blízku a možnost zavolat si pomoc v případě krizových situací.

Toto zjištění podporuje i potřeba výběru správného personálu, který je klíčový pro zajištění spokojenosti uživatelů s poskytovanou tíšňovou péčí. S2: *„lidi prostě vždycky jako tu organizaci a tu službu dělají jako dobrou lidi, který představují tu tu práci a ti, co jezdí vlastně*

k těm uživatelům.“ Participantka zdůrazňuje velkou potřebu správného personálního zajištění služby, což je zásadní pro vytvoření uceleného obrázku kvality poskytované tísňové péče. Tímto způsobem lze zajistit, aby uživatelé byli spokojeni s kvalitou dané služby.

Pro uživatele tísňové péče je klíčové, že mají možnost sdílet osobní záležitosti s někým mimo rodinný kruh. Často se stává, že nechtějí svými problémy zatěžovat rodinu nebo se cítí nesví ze sdělování těchto informací v jejich přítomnosti. V takových situacích je nejasné, komu se mohou svěřit. Zde se uplatňuje role pracovníků na dispečinku, kterým se mohou uživatelé otevřeně svěřit se svými obavami a problémy, což pro ně představuje velkou úlevu. D2: *„jo, protože nám ty klienti třeba kolikrát i řeknou věci, které té svoji rodině neřeknou, jo on vždycky třeba něco nám to a neříkejte to, nebo ne? Řekněte to na mě nebo ví, že k nám mají jakoby takovou větší důvěru než k těm rodinným příslušníkům? Jo, a já to pak vidím doma. Jo, že třeba mamka má nějaký problémy, nebo to ale mě to neřekne.“* Pracovnice v organizaci uvádí, příklady, kdy se jí uživatelé služby svěřili s osobními informacemi, které připisuje vysoké důvěře mezi uživateli a pracovníky organizace. Pokud vznikne takto blízký vztah mezi uživatelem a pracovníkem, tak se služba následně nastavuje dle jejich přání a potřeb, které by za normálních okolností nemuseli sdělit ani svým rodinným příslušníkům. Po vytvoření takto blízkých vztahů, je schopen si všimnout různých změn v chování a možných problémů, které se uživatel snaží skrýt.

Posledním zjištěním byl i strach z hospitalizace dle U2: *„já jsem tam ležela, s manželem byla s manželem a toto jsem si říkala sem v životě, ne, teď jsem to viděla, tak tam se ty lidi tam ležej koukají, jedí.“* Pro uživatele je pobyt v nemocnici psychicky náročný, zejména když musí pozorovat ostatní pacienty, kteří nemusí během pobytu vyvíjet žádnou další aktivitu z důvodu zdravotního stavu. Tato situace je velmi demotivující a proto je správné vyhodnocení takové situace klíčové. Volání integrovaného záchranného systému ve vhodný okamžik je důležitou schopností dispečerek. Je nezbytné, aby dokázaly každou situaci správně vyhodnotit, což předchází stresovému zatížení uživatelů služby a případná kontrola uživatele probíhá prostřednictvím zvolené kontaktní osoby. D3 uvádí příklad na své práci *„občas je, jakože těžký vyhodnotit tu situaci, když vám klient zmáčkne SOS tlačítko, nečekáte, co se zrovna stalo a podobně v ten okamžik je důležité zachovat klidnou hlavu a pak postupovat podle svých instinktů, hodně klientů, jakože nechce do nemocnic a tak, takže tohle je občas těžké.“*

Situace, které takto vzniknou, mohou zaměstnancům dodat jistotu, že se rozhodli správně a jednali podle své intuice a zkušeností nabytých během dlouholeté praxe v tísňové péči. Uživatelé této služby jsou často velmi vděční, když se podaří vyřešit situaci bez nutnosti zásahu integrovaného záchranného systému. Velkou předností tísňové péče je také přítomnost kontaktních osob, které jsou připravené ihned zasáhnout a zkontrolovat zdravotní stav uživatele. U3 *„jsem ráda, že tady mám syna, který vždy přijede a pomůže, když mu zavolají holky od vás.“* Pro dispečerky je úspěšné zvládnutí takových situací hnacím motorem a posilujícím prvkem. D3: *„za mě, já mám vždycky velikánskou radost, když můžeme pomoci uživateli za pomoci třeba tý rodiny, že se nemusí volat ta záchranka nebo hasiči a tak“*

4.9.1.2 Hodnota pro zaměstnance

Zaměstnanci často volí práci v organizaci Anděl Strážný nejen z profesionálních důvodů, ale i kvůli osobním motivacím. Ty mohou zahrnovat touhu pomáhat druhým nebo zkušenosti, které je přivedly k práci v tomto sektoru. Tyto motivace jsou klíčové pro pochopení, jak zaměstnanci přistupují ke své práci a jak se toto nasazení odráží ve výsledcích. S1 uvádí tento příklad jako spojení profesního sociálního zaměření s využitím moderních technologií v rámci pracovního úvazku. *„...my jako zaměstnanci máme příležitost spojit prostě sociální práci, kterou jako by člověk, jako když už jí dělá, tak jí má rád. A je fajn, že to tady může spojit právě s tou technikou, takže to je takovej jako bonus, když je člověk jako milovník nějaký techniky, že to tady hezky propojí.“* Tato odpověď zdůrazňuje, že integrace technologií do sociální práce vede k obohacujícímu a motivujícímu aspektu do každodenních činností zaměstnanců. Vášň pro technologii kombinovaná s touhou pomáhat skrze sociální práci funguje jako silný hnací motor pro inovace v tísňových službách.

Další zjištěním hodnot, které jsou pro zaměstnance důležité, je poznávání nových lidí. To uvádí participant S1: *„...že poznávám hrozně jako novejších lidí a nějak ty jejich jako osudy a tak.“* V rámci tísňové péče, která působí po celé České republice, se zaměstnanec setkává s různými lidmi z celé země a seznamuje se s jejich osobními osudy. D2: *„já jsem moc ráda, že to ty lidi, poznávám.... Jejich životní zkušenosti, perfektní věc“* K podpoře motivace zaměstnanců k pracovnímu nasazení lze využít i seznámení s lidmi a poznávání jejich životních zkušeností. V rámci poskytování tísňové péče se zaměstnanci během jednoho dne setkávají

s desítkami uživatelů, přičemž každý z nich přináší výjimečné příběhy a zkušenosti, jak zvládají své každodenní úskalí.

4.9.1.3 Silné stránky pro sociální služby

S1: *„tohle ale právě my tady jsme proto, když tam ta pečovatelka není, že jo a to si myslím, že si hodně lidí, jakoby ještě doted' neuvědomuje, že my jsme tam ta doplňková služba pro ně. Takže si myslím, že tady na tom by se jako mělo zapracovat, že my jim prostě práci nebereme, že jsme jenom spíš taková pomoc pro ně.“* Pracovnice poukazuje na významné propojení sociálních služeb prostřednictvím tísňové péče. V případě, že uživatelé využívají jiné služby, jako je pečovatelská služba, kde pečovatelky nejsou s uživatelem v celodenním kontaktu a proto je tísňová péče popsána v této odpovědi jako doplňková služba, která umožňuje uživatelům zůstat v jejich domácím přirozeném prostředí. Dále zdůrazňuje, že je důležité, aby sociální služby byly zaměřeny na pomoc uživatelům v nepříznivých situacích a využívaly své možnosti k pomoci těmto lidem bez vnímání konkurence mezi sociálními službami.

S3: *„samozřejmě dobře zpracovaný, když řeknu metodiky, nebo jakože spolupráce těch kolegů jo jeden dělá to a druhý dělá to, to všichni by měli vědět, co ten další dělá, jak to funguje a co teda mám dělat, když a když všichni ví, co mají dělat a jak mají dělat, tak za mě to potom funguje na 100 %.“* Zaměstnankyně uvádí, že správné nastavení metodik a standardů v organizaci je klíčové pro zlepšení komunikace a lepší pochopení úloh všech zaměstnanců v poskytování kvalitní tísňové péče. Metodiky mohou v organizaci definovat konkrétní postupy pro různé situace, což zaměstnancům umožňuje získat důležité informace o tom, na koho se obrátit v případě potřeby.

4.9.2 Analýza slabých míst tísňové péče

Cílem této sekce je poskytnout základ pro diskusi o budoucím směřování a formulování doporučení pro zlepšení sociální služby tísňové péče. Aktuálně jsem rozčlenil analýzu slabých míst do čtyř hlavních témat: monitorovací zařízení, povědomí o tísňové péči, chybějící ukotvení standardů a kontakt s uživateli. Domnívám se, že tyto kategorie efektivně pokrývají klíčové oblasti, ve kterých je potřeba zavést změny a nastavit správné parametry pro zvýšení kvality tísňové péče v organizaci Anděl Strážný, z.ú.

4.9.2.1 Monitorovací zařízení

Prvním zjištěním, které bych rád uvedl, jsou monitorovací zařízení, která se objevila už v dotaznících spokojenosti, proto jsem zařadil i otázky směřujících na toto téma, abych mohl hlouběji porozumět těmto slabým místům v organizaci Anděl Strážný.

Na prvním problému s monitorovacím zařízením poukazuje D1 *„No jenom, co mi dělá obtíže, jako znepríjemňuje mi službu, vlastně jenom to naše ty nedostatky na těch zařízeních, že jo, jak nás to trápí ty ztráty signálu, že se nemůžeme dovolat, a to tak ono.“* Pokud se dispečerky nemohou dovolat na monitorovací zařízení, vznikají z těchto situací nepříjemné následky. V případě, že je stisknuto SOS tlačítko a nedojde ke spojení, nemohou dispečerky určit, zda je uživatel v pořádku, nebo zda šlo o nechtěné stisknutí tlačítka. Tento problém je pro dispečerky zásadním nedostatkem těchto zařízení. Ale D1 není sama, která vnímá tento problém v rámci organizace AS. S3 vnímá problém se signálem i u zájemců o službu *„Problém je se signálem to my tady máme docela často. Takže i když ti lidé tu pomoc potřebují a chtěli by a není tam signál, tak tam ta služba nemůže být. Tak to mě pak taky mrzí, když jsou to fakt lidi, kteří fakt to potřebují.“* Nedostatek signálu je vnímán jako velké omezení pro organizaci, která se snaží poskytovat tísňovou péči zájemcům. Organizace se však setkává s případy velmi slabého signálu v rámci České republiky. Toto poukazuje na hlavní problém, kdy existují zájemci o službu, kteří by tísňovou péči skutečně potřebovali a mohli by využívat poskytovanou péči ve svém domácím prostředí, ale bohužel jim organizace Anděl Strážný nemůže v těchto situacích vyhovět. S touto problematikou se ztotožňuje i S1: *„může být hodně velké problém, ať už pro nás nebo pro uživatele, že nemůžeme poskytovat službu po celé České republice, jak nabízíme ale opravdu jenom fakt v místech, kde je dostačující signál, takže to by mohl být problém.“* I D2 vidí problém v kvalitě následného spojení hovoru při nízkém stavu signálu *„v tom signálu. Tady je prostě průšvih v tom signálu, že tam klesá ten signál a potom ten člověk, když nás opravdu potřebuje, tak je problém se s ním domluvit a docela mám vždycky strach z toho, jak padá ten signál, ale my se jim nemůžeme dovolat na krabičku, tak mám strach z toho, že ten člověk nám upadne, telefon u sebe mít nebude, to je logický.“* Kvalita poskytované tísňové péče v organizaci Anděl Strážný se odráží na komunikaci mezi dispečinkem a uživatelem služby. Proto je zásadní, aby bylo velmi dobře uživateli rozumět a spojení nevypadávalo. Strach u dispečerky z možnosti nedorozumění se s uživatelem je velmi stresující. Vnímání slabého signálu si všimnou i samotní uživatelé služby U1: *„někdy je zkrátka ta síť slabá, že není ten zvuk, signál jako dost slabej, ale*

za to nikdo nemůže. Ať to jsou vlivy venku.“ Tato odpověď naznačuje, že problém s kvalitou zvuku kvůli nedostatku signálu dotýká i uživatelů služby, což mohou vnímat jako závažný nedostatek poskytované kvality tísňové péče.

Další slabou stránkou monitorovacího zařízení je chybějící financování ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí. Monitorovací zařízení jsou nezbytnou součástí poskytované sociální služby, a proto by byla zapotřebí finanční podpora ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí. S1: *„potřebujeme technologii, takže prostě to se zase odvíjí od těch financí. Prostě když budou finance a budeme moct vyvíjet jako techniku svoje zařízení nebo nakupovat lepší zařízení.“* Tento nedostatek financí představuje vážnou překážku v cestě k technologickému zlepšení a zároveň zvýšení kvality poskytované péče. Modernizace by mohla nejen významně zlepšit příjem GSM signálu, který by vedl ke zvýšení bezpečnosti uživatelů

4.9.2.2 Povědomí o tísňové péči

Dalším tématem, které vnímají participanti, je nedostatečné povědomí o tísňové péči. Jelikož se jedná o jednu z nejnovějších forem poskytovaných sociálních služeb, je v krátkém časovém úseku velmi obtížné rozšířit povědomí o této službě. Jako první nižší povědomí je ze stran dalších poskytovatelů sociálních služeb. O tomto se zmínilo několik participantů při prováděných rozhovorech. S1: *„Ale že jen strašně málo lidí o tom ví, že jako. Je malá informovanost. Co to vlastně tísňová péče je? A že vůbec nějaká funguje, nebo existuje jako ty, který ty v tom ty to studuješ ty to víš, ale hrozně lidí, který jako to nestudují a neznají, jakože sociální práci tak vůbec nevědí, co to ta tísňová péče znamená.“* Jak uvádí S1, tak sociální pracovníci se ve své praxi setkávají s nedostatečnou znalostí tísňové péče mezi poskytovateli jiných sociálních služeb. Navíc existuje velká provázanost s oblastí zdravotnictví. Na malou osvětu o organizaci Anděl Strážný ukazuje i D2: *„no docela mě mrzí, že když jsem začala dělat v Andělu a chodila jsem třeba po doktorech, než jsem si udělala to kolečko, tak mě mrzelo, že někteří, a i mě překvapilo, že v Český Lípě, kde vlastně ten Anděl je, takže nevěděli vůbec, kdo jsme. A myslím si, že by byla fajn věc, kdyby. Minimálně praktický lékaři, kdyby o nás opravdu dostali povědomí, ale povědomí takový, že ne tady máte letáček, ale prostě, aby jim to někdo řekl, nebo aby se s tím nějak seznámili, protože všichni, jako včetně mého.“* Pracovnice je překvapena tím, že mnozí praktičtí lékaři v České Lípě, kde organizace začínala svoji

působnost, nejsou seznámeni s její činností. D2 považuje za důležité, aby lékaři byli řádně informováni o fungování organizace a službách, které mohou nabídnout a poskytnout uživatelům.

S chybějícími informacemi o tísňové péči se setkávají dispečerky i na lince 112 D2: *„já myslím, že už si na nás zvykli na tý 112, ze začátku, když jsem tam začínala dělat, tak jsem cítila ne, že by mi to řekli přímo, ale vycítila jsem, že nevědí vůbec, o co jde.“* Z odpovědi vyplývá, že si v průběhu své práce všimla, že na lince 112 nebyli dobře informováni, i když se tato situace postupem času stále mění a dobře vyvíjí, občas se setkávají s neznalostí tísňové péče.

U1 uvádí, že tísňová péče má nejbliže k zdravotnickým oborům: *„Vy k tomu zdravotnickému máte co nejbliž, protože víte, že děláte se starejma lidma, který si můžou ublížit a může to bejt první, který je kde budete u toho člověka a já vím, třeba že nemáte zdravotní vzdělání, ale určitý věci můžete zachránit. Ennm to je to samý, jako když hasiči vyndávají lidi, který jsou otrávený z kouře, potřebujou vzduch.“* U1 poukazuje na to, že poskytovatelé tísňové péče často zasahují jako první v krizových situacích, ještě před příjezdem kvalifikované zdravotnické pomoci. Uvádí příklad ze své praxe jako hasič, kde zdůrazňuje, jak tísňová péče, poskytující první pomoc na dálku, významně přispívá k rychlému posouzení a zmírnění vážnosti zdravotních důsledků v krizové situaci. Na celkové chybějící povědomí o tísňové péči poukazuje S1: *„povědomí, no celkově asi teď vnímám asi jako největší problém a potom samozřejmě i jako celkově, že nejsme moc braný jako ta tísňovka, že není jako celkově profláklá jako v tý republice jako sociální služba.“* S1 poukazuje na nedostatky ve veřejném povědomí o tísňové péči jako sociální službě v České republice. Důsledkem je, že tato služba není široce vnímána jako zásadní a nezbytná součást systému sociálních služeb a často je přehlížena ve srovnání s jinými, více známými sociálními službami. S1 navrhuje, aby tísňová péče byla více propagována a uznávána jako důležitá sociální služba, poskytující nezbytnou pomoc v krizových situacích.

4.9.2.3 Chybějící ukotvení

Důležitou chybějící součástí tísňové péče je chybějící ukotvení, které vnímá S1: *„někde myslím, jako nahoře, nejsou daný pro nás žádný jako oficiální standardy, jak bychom měli jako fungovat, že jo jako celorepublikově a to nemyslím jenom u nás jako v Andělovi, ale myslím všechny tísňovky, prostě po republice nemáme nikdy daný to, jak by to mělo prostě vypadat,*

nejsou jasně daný pojmy, třeba co to je spousta lidí nemá, prostě je jasno. Co to je, co to obnáší? Jak to funguje?“ V současné době každá organizace poskytující tísňovou péči nabízí rozdílné přístupy ve svém jednání s uživateli. Z odpovědi vyplývá, že ve struktuře poskytovatelů tísňové péče chybí celostátní sjednocení a oficiálně nastavené standardy pro poskytování tísňové péče. Tento nedostatek se týká nejen konkrétního poskytovatele v Andělu Strážném, ale je také vnímán jako celorepublikový problém. Absence jasně definovaných standardů a postupů způsobuje nejasnosti v tom, jak by tísňová péče měla být organizována a jaké kroky by měly být v krizových situacích podniknuty. Na chybějící standardizaci upozorňuje i S3: *„dále mi určitě chybí i standardizace těch poskytovatelů tísňovek, které nemají daná žádná pravidla, jak tu službu poskytovat, to mi tady chybí a to je za mě špatně nastavené.“*

4.9.2.4 Kontakt s uživateli

Posledním zjištěným tématem, které se objevilo již ve fázi předvýzkumného šetření, byl nedostatek interakce s uživateli v rámci organizace Anděl Strážný. Tento nedostatek interakce mě přiměl zaměřit se na tento konkrétní aspekt. Rozhovory s uživateli mi umožnily lépe pochopit, jaké konkrétní nedostatky služba má a jaké jsou jejich příčiny. Z toho důvodu jsem se rozhodl podrobně prozkoumat tento problém, aby bylo možné identifikovat možnosti pro zlepšení a zvýšení spokojenosti uživatelů. Na důležitost pravidelného osobního kontaktu mezi uživateli a poskytovatelem poukazuje U3: *„Možná ještě ten kontakt by byl fajn, častější, takhle se vlastně vidíme dvakrát do roka a jenom si přijet popovídat a jakože jinak než přes tu krabičku jakože jestli mi rozumíte.“* a U1 *„vždyť teda chodili víc návštěvy. Jo, že na půl hodinky, jak se máš, nepotřebuješ něco, nebo tak to přišli a teď nechodí nikdo skoro jo, my jsme se viděli se sociální pracovníci párkrát do roka, že jo, já vím, že máte hrozně práce, že jsou lidi na tom daleko hůř“* Jak si lze z odpovědi všimnout je patrné, že uživatelka poukazuje na nedostatečnou četnost osobních kontaktů. Zmíněné setkání dvakrát do roka v rámci hodnocení individuálního plánu vnímá jako nedostatečné k nastavení individuálních potřeb. Dále zmiňuje, že dříve v organizaci byly návštěvy častější a měly charakter pravidelných kontrolních návštěv ze strany zaměstnanců dané organizace. Samozřejmě bere v potaz, že pracovníci mají velký počet nových uživatelů a z tohoto důvodu není možné, aby pracovníci navštěvovali uživatele v častější frekvenci. Což naznačuje, že by byla uvítala častější návštěvy. K tomuto zjištění navazuje i jednoduché doporučení ze strany U1 *„Nooo, za mě by se mi líbilo, kdyby jsme my, jako ti*

klienti, měli třeba nějaké fotky těch lidí, těch holek na tom dispečinku, abychom si mohli dát ty tváře k hlasům. to by hrozně dle mého pomohlo, když se takhle víte svěřujete s věcmi, ale nevidíte ten obličej jako takhle, to by bylo vážně jako pro mě moc přínosné takhle. Ale za ty léta už podle hlasu už poznám kdo mluví a vím, že je tam i někdo nověj jo, takže.“ Toto zjištění poukazuje na velmi zajímavý náhled na vztah mezi uživatelem a pracovníkem tísňové péče z pohledu samotné uživatelky U1. Uživatelka vyjadřuje přání, aby měla možnost vidět fotografie dispečerek, s nimiž komunikuje, skrze monitorovací zařízení. Toto přání je přáním spojit si tvář s hlasem osoby na druhé straně, což by mohlo vést k větší propojenosti a důvěře v průběhu hovorů. U1 právě pocítuje, že znalost obličeje druhé osoby, které svěřuje své problémy, by mohlo zvýšit její psychickou pohodu a celkově pozitivně ovlivnit celkovou komunikaci. Zároveň díky časté komunikaci již dokáže rozeznávat jednotlivé hlasy dispečerek a přiřazovat k nim jména, což svědčí o dlouholeté vzájemné interakci.

4.10 Diskuse o budoucím směřování a doporučení

Analýza, na které je tento text založen, se zaměřuje na identifikaci silných a slabých stránek popsaných v předchozí kapitole. V této části jsou také prezentovány odpovědi jednotlivých účastníků, které mohou významně přispět k rozvoji tísňové péče. Tato péče je klíčovou doplňkovou službou k ostatním sociálním službám, a její primární cíl je umožnit lidem zůstat v jejich přirozeném prostředí. Vzhledem k tomu, že se jedná o relativně novou službu, stále čelí řadě výzev, které jsou spojené s jejím rozvíjením se charakterem a integrací do stávajícího systému sociální péče. Z analýzy rozhovorů vyplývá, že návrhy na zlepšení by měly být rozděleny do tří úrovní: mikro, mezzo a makro. Tyto úrovně systémové teorie obklopují a vzájemně ovlivňují každého člověka a jsou základem pro formulaci konkrétních doporučení pro každou z nich.

4.10.1 Mikroúroveň

4.10.1.1 Optimalizace monitorovacích zařízení

Prvním doporučením, které se ukazovalo jako problematické již v předvýzkumném šetření a následně i v polostrukturovaných rozhovorech jsou nedostatky v monitorovacích zařízeních. Zavedení nových modernějších zařízení by vedlo k optimalizaci a zvýšení kvality tísňové péče. Tento proces je komplikovaný, zejména pokud organizace čelí nedostatku

finančních prostředků pro konkrétní modernizace svých zařízení. Pokud by došlo k modernizaci či výběru nového zařízení, tak bych doporučil zapojení samotných uživatelů těchto služeb do procesu vývoje a výběru. Uživatelé, kteří zařízení využívají každodenně, mají neocenitelné praktické zkušenosti a mohou poskytnout cenné návrhy na vylepšení funkcí a vlastností, které by zařízení mělo obsahovat. Dále, pokud by organizace uvažovala o pojmenování nového zařízení, je vhodné zvážit možnost nechat rozhodnout o názvu samotné uživatele. Toto zapojení uživatelů nejenže zvyšuje jejich spokojenost a pocit sounáležitosti, ale také přispívá k lepší akceptaci zařízení mezi samotnými uživateli. Využití zpětné vazby od uživatelů je zásadní pro zajištění, že nové technologie budou co nejlépe odpovídat potřebám a přáním těch, kteří je budou používat denně.

Vzhledem k vysoké finanční náročnosti samotného vývoje nových zařízení bych doporučoval zapojit technické univerzity působící v České republice. Spolupráce se studenty technologických oborů by výrazně snížila náklady na potřebný vývoj. Takové partnerství by přineslo vzájemné výhody. Studenti by získali praktické zkušenosti během svého studia, což by obohatilo jejich vzdělávání a zlepšilo uplatnitelnost na trhu práce. Současně by poskytovatelé tíšňové péče získali přístup k inovativním zařízením, jejichž vývoj by byl koordinován s ohledem na potřeby uživatelů a jejich specifické požadavky na zařízení. Tento model spolupráce by také podpořil větší integraci teoretických znalostí a praktických dovedností ve vzdělávacím procesu, což by prospělo oběma sektorům.

Jedním z doporučení pro organizaci Anděl Strážný se zaměřením na nedostatek finančních prostředků by bylo přijmout nového kvalifikovaného fundraisera, který by se specializoval na získávání finančních prostředků z fondů Evropské unie, zejména na nákup nových zařízení s lepším příjmem GSM signálu. Evropská unie pravidelně nabízí dotace zaměřené na technologie a inovace, což by mohlo organizaci výrazně pomoci ve zlepšení monitorovacích zařízení. Důležité je třeba mít na paměti, že pro čerpání některých dotací je vyžadováno, aby organizace působila jako společnost s ručením omezením (s.r.o.). (Prehleddotaci, 2024) To znamená nutnost navázat partnerství s jinou organizací, která již má zkušenosti s technologickým sektorem. Taková spolupráce by přinesla oboustranné výhody, kde Anděl Strážný by získal potřebné monitorovací zařízení a technologická firma by mohla rozšířit své působení v oblasti sociálních služeb.

4.10.1.2 Osobní kontakty

Dalším zjištěním, které se objevilo jak ve fázi předvýzkumného šetření, tak v polostrukturovaných rozhovorech, je potřeba ucelení osobních kontaktů v organizaci Anděl Strážný. Je zřejmé, že nedostatečný kontakt s uživateli představuje bariéru pro efektivní a kvalitní poskytování tísňové péče. Na rozdíl od jiných sociálních služeb, které nabízí každodenní kontakt s uživateli, je frekvence kontaktů ze strany sociálních pracovníků v této organizaci pro některé uživatele nedostačující.

Ve výzkumné části bylo identifikováno, že uživatelé postrádají vizualizaci dispečerek, s kterými komunikují prostřednictvím monitorovacích zařízení. Jako doporučení bych navrhl přidání fotografií pracovníků dispečinku na webové stránky organizace Anděl Strážný. Toto by umožnilo zdatnějším uživatelům služby vyhledávat fotografie na internetu a v případě potřeby by jim mohli asistovat i rodinní příslušníci. Také sociální pracovníci by mohli být nápomocní tím, že by během hodnocení individuálních plánů nebo servisů ukazovali uživatelům fotografie těch, s kterými mají každodenní kontakt skrze monitorovací zařízení. Implementace tohoto návrhu by vyžadovala souhlas všech pracovníků dispečinku. I když to může tento proces komplikovat, domnívám se, že po důkladné konzultaci, jak by to mohlo pozitivně ovlivnit vnímání služby uživateli, by většina pracovníků byla ochotná k takovému kroku přistoupit. Toto řešení by mohlo výrazně zlepšit důvěru a pohodlí uživatelů, kteří by tak mohli lépe vizualizovat osoby, se kterými komunikují, a tím pádem by se mohli cítit bezpečněji a více spojeni s dispečinkem.

Dalším možným doporučením by bylo zavést osobní návštěvy v domovech uživatelů tísňové služby organizace Anděl Strážný, které by organizoval vedoucí sociálního oddělení za pomoci sociálních pracovníků. Cílem by bylo vytipovat uživatele, kteří by podobnou návštěvu uvítali a nabídnout jim neformální setkání u kávy. Tato návštěva by mohla být pro obě strany jak pro pracovníky dispečinku, tak pro uživatele velmi přínosná a nevyžadovala by značné finanční náklady. Navíc by se tím zvýšila frekvence osobních návštěv, které z výzkumu vzešly jako žádané, což by mohlo posílit vztahy a vzájemnou důvěru. Nicméně, je třeba vzít v úvahu úskalí spojená s nadregionální působností organizace – uživatelé se nacházejí po celém území České republiky. Z tohoto důvodu by bylo praktické omezit návštěvy na uživatele žijící v blízkosti sídla dispečinku, aby se minimalizovaly náklady na dopravu. Pokud by organizace chtěla rozšířit tyto návštěvy na celou Českou republiku, bylo by nutné pečlivě zvážit finanční dopady a možná hledat další zdroje financování skrze nezávislé dárcy nebo jiné organizace.

Tento návrh by mohl přinést hlubší osobní kontakt mezi uživateli a pracovníky, což by vedlo k lepšímu pochopení potřeb uživatelů a kvalitnějšímu poskytování služeb.

Pro zajištění ustáleného rozvoje kvality tísňové péče by bylo vhodné provádět neustále změny v hodnotících dotaznících spokojenosti v organizaci, aby byly zahrnuty právě prováděné změny. Tímto způsobem by vedení organizace mělo možnost sledovat postupné zlepšování služeb a reagovat na potřeby uživatelů. Zavedení takového systému monitorace zpětné vazby by organizaci umožnilo lépe pochopit, jak nové inovace ovlivňují uživatele, a přizpůsobit služby tak, aby co nejlépe vyhovovaly jejich individuálním potřebám.

4.10.2 Mezzo úroveň

4.10.2.1 Informovanost o tísňové péči

Na mezzo úrovni jsem našel problém ohledně malého povědomí o tísňové péči. V diplomové práci se ukazuje částečná nevědomost o organizaci Anděl Strážný a jejím působení ze širšího společenství. Zároveň se pracovníci v organizaci Anděl Strážný setkávají s lidmi, kteří mají malou informovanost ohledně organizací poskytujících tísňovou péči v České republice. V této souvislosti bych doporučil, aby někdo z Ministerstva práce a sociálních věcí se aktivně podílel na osvětě týkající se tísňové péče. Tento člověk by mohl být vedoucím koordinátorem sociálních služeb na úrovni krajů a měl by na starosti zajišťování a šíření informací o tísňové péči. Také by Ministerstvo práce a sociálních věcí mohlo vyhlásit určitou kampaň s názvem SOS Osvěta nebo Stiskem tlačítka k záchraně. V aktuální době (duben 2024) probíhá na Ministerstvu práce a sociálních věcí výzkumné šetření, které se snaží zvýšit povědomí o tísňové péči a hledá možné řešení, jak pomoci propojení tísňové péče s ostatními sociálními službami.

Dalším doporučením pro organizace poskytující tísňovou péči je navázání spolupráce s organizacemi pořádajícími dobročinné akce, jako jsou plesy. Tyto akce by mohly sloužit jako platforma pro spojení několika sociálních služeb s cílem uspořádat společnou dobročinnou akci, z níž by výtěžek finančně podpořil vytváření obdobných událostí. Tento model spolupráce se dobře šíří mezi obyvateli ve městech, kde se tyto akce pořádají, což zvyšuje jejich povědomí a účinnost pro lidi, kteří službu potřebují. Organizace by navíc mohla zvýšit zájem o tyto akce pozváním významných osobností, jako jsou starostky či starostové měst, což by mohlo přilákat další dárcy a podporovatele. V rámci akce by se také mohly prezentovat jednotlivé sociální

služby, čímž by se zvýšila informovanost veřejnosti o důležitosti a dostupnosti těchto sociálních služeb.

Dalším krokem by mohlo být organizování tiskových konferencí a setkání, kde by byli pozváni jak poskytovatelé tísňové péče, sociálních služeb, tak i zástupci zdravotnických oborů. Tyto akce by umožnily lepší vzájemné porozumění a představily tísňovou péči jako zásadní prvek pro spojení těchto dvou sektorů, což by mělo za cíl zlepšit péči o obyvatele, umožňující jim žít spokojený život v jejich domácím prostředí. Navíc by bylo prospěšné zahrnout informace o tísňové péči do středoškolského a vysokoškolského vzdělávání a také do kurzů pro pracovníky v sociálních službách. Tím by se zvýšilo povědomí o důležitosti a funkcích tísňové péče mezi budoucími profesionály. Povědomí o tísňové péči si mohou šířit samy organizace skrze vedené přednášky svými sociálními pracovníky po dohodě s univerzitami poskytujícími zdravotnické a sociální vzdělávání.

4.10.2.2 Integrace tísňové péče do sociálně zdravotnického pomezí

Co se týče zlepšení komunikace mezi tísňovou péčí a přednemocniční zdravotní péčí, navrhuji vytvoření speciálního programu, který by dispečerkám umožnil okamžitě zjistit, odkud uživatel volá. Na základě této informace by pak spojení s příslušnou záchrannou službou bylo rychlejší v daném kraji. Tento inovativní přístup by znamenal, že v případě nouze by nebylo nutné volat nejdříve na centrální linku 112, což v současnosti vede k zbytečným prodlevám. Tyto prodlevy mají v kritických situacích závažné důsledky a komplikují proces poskytování nezbytné pomoci. Implementace tohoto programu by znamenala přímé a rychlejší spojení s lokálními zdravotnickými službami, což by výrazně zefektivnilo reakční čas tísňové péče. Navíc by se tím zjednodušil celý proces zajišťování pomoci pro uživatele v nouzi, protože dispečerky by měly přístup k přesnějším a okamžitým informacím o lokalitě volajícího. Taková změna by také přispěla k lepší koordinaci mezi různými složkami záchranného systému a zlepšila celkovou efektivitu zdravotnické péče v přednemocničním prostředí. Je důležité, aby byl tento program navržen s ohledem na ochranu osobních údajů volajících a zajištění, že informace o lokalitě jsou využívány pouze pro účely rychlého zásahu. Systém by měl být rovněž kompatibilní s existujícími technologiemi a infrastrukturou tísňové péče, aby bylo možné jeho hladkou integraci a efektivní fungování bez nutnosti rozsáhlých technických úprav. Tento návrh

by tak představoval klíčový krok k modernizaci a zlepšení systému tísňové péče v České republice.

4.10.3 Makroúroveň

4.10.3.1 Standardizace tísňové péče

Dalším slabým místem, které jsem identifikoval, je absence standardizace v oblasti tísňové péče. Aktuálně poskytovatelé tísňové péče vytvářejí vlastní přístupy k péči o uživatele, což považuji za nevhodné a riskantní.

Jako hlavní doporučení bych navrhoval založení asociace poskytovatelů tísňové péče, která by stanovila standardy nejen pro poskytovanou péči, ale i pro samotná monitorovací zařízení. V současné době sice existuje Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotních a sociálních služeb, ale organizace Anděl Strážný z této aliance nedávno vystoupila. Důvodem byla nespokojenost s přístupem aliance k otázkám tísňové péče, který organizace nepovažovala jako cestu správným směrem. Podle mého názoru je nezbytné buď založit novou asociaci, která by opravdu zastupovala všechny z devatenácti organizací poskytující tísňovou péči, nebo stávající alianci rozšířit o specifickou sekci zaměřenou pouze na tísňovou péči. Vytvoření jednotných pravidel a standardů je složitý proces, přičemž každá organizace má odlišnou představu o poskytované péči. Pro usnadnění tohoto procesu by bylo vhodné přizvat nezávislého mediátora nebo odborníka na sociální služby, který by pomáhal s formulací a dohledem nad dodržováním nových standardů. Také by bylo prospěšné zahrnout do některých klíčových schůzek zástupce z Ministerstva práce a sociálních věcí, kteří by sledovali pokrok a podporovali snahu o zlepšení. Navíc, zvážení pozvání mezinárodního experta na tele-care by přineslo nové perspektivy a srovnání s mezinárodními postupy, což by obohatilo diskusi o praxích z jiných zemích, kde je tísňová péče zavedena už několik let. Tento proces jednání a setkání by byl nepochybně dlouhodobý a náročný, jak pro jednotlivé organizace, tak pro ministerstvo. Přesto věřím, že výsledky těchto jednání by stály za vynaložené úsilí a výrazně by přispěly ke zvýšení kvality a standardizace tísňové péče v České republice. Jakmile by byly nové standardy a postupy schváleny, mělo by je Ministerstvo práce a sociálních věcí doporučit k implementaci jako oficiální legislativní normy, tím by se zabezpečilo jejich dodržování mezi všemi poskytovateli tísňové péče. Kombinací využití společné asociace pro tísňovou péči

a Ministerstvem práce a sociálních věcí by vzešla značná úspora pro samotné ministrovo na získávání odborníků a stanovení standardů z jejich strany.

4.10.3.2 Podpora ze strany MPSV

Posledním doporučením je chybějící financování monitorovacích zařízení ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí. V současné době chybí alespoň částečné financování nákupu nových monitorovacích zařízení. Pokud organizace poskytující tísňovou péči budou mít nedostatek monitorovacích zařízení, tak začnou odmítat zájemce o službu, což vede k nespokojenosti těchto lidí, kteří by službu skutečně potřebovali. Vidím zde možný potenciál pro připojení tísňové péče částečně i k Ministerstvu zdravotnictví, které by se podílelo na spolufinancování nových technologií. Tento přístup je již přijímán ve světě, kde právě tele-care velmi často spadá přímo pod sektor zdravotnictví.

IV. Závěr

Diplomová práce se podrobně věnovala zkoumání kvality a možností optimalizace tísňové péče v neziskové organizaci Anděl Strážný, z.ú., s potenciálem aplikovat zjištěné poznatky i na další organizace poskytující tísňovou péči v rámci České republiky. Teoretická část byla zaměřena na vytvoření pevných teoretických základů tísňové péče, kvalitu sociálních služeb a identifikaci cílových skupin uživatelů tísňové péče. Toto uspořádání umožnilo sestavit celistvou a logicky strukturovanou teoretickou bázi celé práce.

Výzkumná část mojí diplomové práce byla rozčleněna do dvou hlavních částí. V první fázi jsem uskutečnil předvýzkum prostřednictvím analýzy dotazníků spokojenosti uživatelů, jejichž výsledky byly následně využity pro formulaci polostrukturovaných otázek v druhé fázi výzkumu. Hlavním cílem bylo zlepšení kvality a optimalizace tísňové péče. Výzkumné šetření bylo realizováno za pomoci tří sociálních pracovníků, tří dispečerek a tří uživatelů organizace Anděl Strážný, z.ú. Abych zajistil objektivitu, vybral jsem respondenty z okolních krajů, kde jsem dříve osobně nepůsobil, abych eliminoval možné předchozí osobní vazby.

Získaná data z polostrukturovaných rozhovorů jsem analyzoval metodou tematického kódování, která mi umožnila rozdělit získané informace do dvou kategorií: slabé a silné stránky tísňové péče. Tato struktura mi poskytla základ pro objektivní navrhování řešení směřujících k zvýšení kvality a optimalizace tísňové péče. Výstupem diplomové práce byla tedy diskuse s doporučením na řešení aktuálních slabých míst dané organizace. Doporučení jsem kategorizoval podle systémové teorie do tří úrovní: mikro, mezzo a makro.

Byl jsem mile překvapen vysokou mírou otevřenosti všech komunikačních partnerů, s nimiž jsem vedl rozhovory. Znalost pracovního prostředí a účastníků výzkumu mi pomohla vytvořit příjemné a otevřené prostředí pro rozhovor, což mi poskytlo dostatečný prostor pro vyjádření názorů na kvalitu tísňové péče v dané organizaci. Tento přístup byl klíčový pro získání upřímných a cenných informací pro moji diplomovou práci.

Věřím, že výsledky této práce přispějí ke zlepšení kvality tísňové péče i kvality života samotných uživatelů a posílí povědomí o významu této služby ve veřejném zdravotním a sociálním systému. Moje diplomová práce tak představuje krok k realizaci zlepšení, která jsou zásadní pro efektivní a empaticky vedenou tísňovou péči v České republice. Osobně si myslím, že ve své diplomové práci jsem splnil cíl, který jsem si stanovil. Kdyby bylo na výzkum více

času a byl proveden se zástupci všech poskytovatelů tísňové péče a s odborníky z Ministerstva práce a sociálních věc, mohly být mé výsledky podrobeny kritické diskuzi a díky ní ještě doplněny, nebo konkretizovány.

Seznam literatury

Anděl Strážný. (2019). *Výpověď ze Smlouvy o poskytování terénní sociální služby tísňové péče*
Anděl Strážný, z.ú.

Anděl Strážný. (2021). *Uživatelský manuál monitorovacího zařízení NOVO.*

Anděl Strážný. (2022a). *Uživatelský manuál monitorovacího zařízení TIPEC 22.*

Anděl Strážný. (2022b). *Výroční zpráva 2022.* <https://www.andelstrazny.eu/wp-content/uploads/2023/06/Vyrocnizprava-2022.pdf>

Anděl Strážný. (2023a). *Metodika pro terénní pracovníky.*

Anděl Strážný. (2023b). *Uživatelský manuál monitorovacího zařízení Hodinky BODYID.*

Anděl Strážný. (2024a). *Aktuální personální kartotéka.*

Anděl Strážný. (2024b). *Evidence klientů.*

Boyle, L. D., Husebo, B. S., & Vislapuu, M. (2022). Promoters and barriers to the implementation and adoption of assistive technology and telecare for people with dementia and their caregivers: A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08968-2>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Česká republika. (2007). *505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálních službách. Zákony pro lidi.* <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Český statistický úřad. (2023). *Výběrové šetření osob se zdravotním omezením—VŠPO.*
Výběrové šetření osob se zdravotním omezením - VŠPO.
<https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-omezenim-vspo>

- Danková, S., & Zamboriová, M. (2024). *Edukační a komunikační proces u pacientů s poruchami sluchu*. Grada.
- Gary T. Marx. (2015). Surveillance Studies. In *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (2nd ed). Elsevier.
- Hafford-Letchfield, T. (2007). *Practising quality assurance in social care*. Learning Matters.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník* (Třetí, aktualizované vydání). Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace* (Vyd. 1). Portál.
- Horecký, J. (2019). *Měření kvality v sociálních službách*.
<https://www.apsscr.cz/media/sluzby/projekty/opz71-audity/studie-mereni-kvality-v-socialnich-sluzbach-final12.pdf>
- Hradilová, T., Chudožilov Bendová, M., Komorná, M., & Kotvová, M. (2023). *Surdopedie a dospělý věk: Sluchová ztráta v mezilidském kontaktu* (Vydání 1). Grada.
- Hrozenská, M., & Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory* (1. vyd). Grada.
- Janebová, R. (2014). *Teorie a metody sociální práce—Reflexivní přístup*. Gaudeamus.
- Janečka, M. (2022). *Gestikulace v komunikaci osob s diagnostikovanou afázií* (Vydání první). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Jiráček, R., Holmerová, I., & Borzová, C. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti*. Grada.
- Johnová, M., & Čermáková, K. (2002). *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele* (Vyd. 1). Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- Kalvach, Z. (2011). *Křehký pacient a primární péče* (1. vyd). Grada.
- Klevetová, D., & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Grada.
- Kutnohorská, J., Cichá, M., & Goldmann, R. (2012). *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Grada.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualiz. vyd). Grada.

- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford University Press.
- Levická, J. (2012). *Ekosociálne prístupy v sociálnej práci*. Oliva.
- Mach, P., Janečková, E., & Mach, P. (2019). *Zákon o sociálních službách: Komentář* (1. vydání). Wolters Kluwer ČR.
- Malík Holasová, V. (2014). *Kvalita v sociální práci a sociálních službách* (1. vyd). Grada.
- Malíková, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Grada.
- Matoušek, O. (2012). *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Portál.
- Matoušek, O. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. Portál.
- Matoušek, O. (2016). *Slovník sociální práce*. Portál.
- McCarty, D., & Draper, C. (2001). Telehealth: Implacations for Social Work Practice. *Oxford University Press*, 153–161.
- Mikuláščík, M. (2010). *Komunikační dovednosti v praxi* (2., dopl.přepřac. vyd). Grada.
- Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost* (1. vyd). Grada.
- MPSV. (2012). *Metodika inspekcí poskytování sociálních služeb 2012*. https://www.mpsv.cz/documents/20142/1039146/2013_5233_Priloha1.pdf/0808c091-0325-6087-b59b-1a5821153d93
- MPSV. (2019). *Standardy kvality sociálních služeb*. <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>
- MPSV. (2020). *Doporučený postup č. 5/2019*. <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+%C4%8D.+5+-+Jedn%C3%A1n%C3%AD+se+z%C3%A1jemcem+o+soci%C3%A1ln%C3%AD+slu%C5%BEbu.pdf/2d9d871b-61b5-c2f1-7369-12b8545ec3c6>

- MPSV. (2022a). *Doporučený postup* č. 3/2022. https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/2_DP_Individu%C3%A1ln%C3%AD_pl%C3%A1nov%C3%A1n%C3%AD_3_2022.pdf/4cb2cccc-cabb-34be-a2ab-7418cd3d3d43
- MPSV. (2022b). *Návrh novely zákona o sociálních službách Shrnutí návrhu.*
- MPSV. (2024). *Standardy kvality sociálních služeb.* <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>
- Musil, L., Havlíková, J., Hubíková, O., & Kubalčíková, K. (2015). *Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči.* https://www.mpsv.cz/documents/20142/650267/Metodika_socialniho_setreni_v_ramci_rizeni_o_prispevku_na_peci.pdf/013568b0-6108-e724-f33a-be2b547233d6
- Newman, S., Bardsley, M., Barlow, J., Beecham, J., Beynon, M., Billings, J., Bowen, A., Bower, P., & Cartwright, M. (2013). *The Whole System Demonstrator Programme.* 46.
- Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: Diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení* (Vydání první). Portál.
- Novotná, L., Hříchová, M., & Miňhová, J. (2012). *Vývojová psychologie* (4. vyd). Západočeská univerzita.
- Prehleddotaci, E. (2024). *Inovace | prehleddotaci.cz.* <https://www.prehleddotaci.cz/operacni-program/optak/inovace-podnik/>
- Průša, L. (2021). *Development of Emergency Care as a Basic Precondition for Delaying the Need for Care in Residential Social Services Facilities.*
- Registr poskytovatelů služeb. (2024). *Registr poskytovatelů služeb.* <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>
- Sak, P., & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů* (Vyd. 1). Grada.

- Sorell, T., & Draper, H. (2012). Telecare, Surveillance, and the Welfare State. *The American Journal of Bioethics*, 12(9), 36–44. <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.699137>
- Stokke, R., Melby, L., Isaksen, J., Obstfelder, A., & Andreassen, H. (2021). A qualitative study of what care workers do to provide patient safety at home through telecare. *BMC Health Services Research*, 21(1), 553. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06556-4>
- Šarounová, J. (2014). *Metody alternativní a augmentativní komunikace* (Vyd. 1). Portál.
- Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří* (Vyd. 1). Portál.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří* (Vyd. 1). Karolinum.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky* (Vyd. 1). Grada.
- Vostrý, M., & Veteška, J. (2021). *Kognitivní rehabilitace seniorů*. Grada.
- Watson, P., Bearpark, T., & Ling, J. (2021). The impact of rapid response and telecare services on elderly and vulnerable residents. *Health & Social Care in the Community*, 29(4), 897–904. <https://doi.org/10.1111/hsc.13123>

Seznam obrázků

Obrázek 1: Organizační struktura organizace Anděl Strážný, z.ú.	6
--	---

Seznam grafů

Graf 1: Využití SOS tlačítka	47
Graf 2: Analýza podnětů od uživatelů služby za rok 2022	48
Graf 3: Analýza podnětů od uživatelů služby za rok 2023	49

Přílohy

Příloha č. 1: Projekt diplomové práce

Příloha č. 2: Ukázka přepisu rozhovoru

Příloha č. 3: Osnova otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro zaměstnance

Příloha č. 4: Osnova otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro uživatele služby

Příloha č. 5: Dotazník pro uživatele spokojenost se službou 2022 – 2023