

Název projektu: Změny ve vybraných sociálních službách zaměřených na osoby s postižením v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění

Identifikační kód projektu: TL05000413

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

Doporučený postup pro MPSV

(Výstup TL05000413-V6)

Předkládaný dokument představuje výstup z projektu „Změny ve vybraných sociálních službách zaměřených na osoby s postižením v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění“ (TL05000413), který je realizován Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a Univerzitou Hradec Králové, ve spolupráci s aplikačním garantem projektu Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, a jenž byl finančně podpořen Technologickou agenturou ČR v programu ÉTA. Cílem projektu je zmapovat a analyzovat přístup vybraných sociálních služeb k řešení karanténního opatření, spojených s výskytem virového onemocnění, navrhnout a pilotně ověřit postup při karanténních opatřeních a vytvořit návrh obecně platných postupů sociálních služeb v době epidemiologických opatření.

Hlavním záměrem tohoto doporučení je tedy poskytnout základní výsledky z výzkumného šetření realizovaného v průběhu první poloviny řešení projektu a na základě těchto výsledků navrhnout doporučení, resp. doporučené postupy pro MPSV, která lze využít jako podklad pro úpravu nebo změnu legislativních dokumentů, strategických a koncepčních dokumentů orgánů státní nebo veřejné správy, předpisů nelegislativní povahy či k dalšímu směřování projektů výzkumu v oblasti sociálních služeb.

Předkládaný dokument tedy obsahuje uvedení do problematiky virových onemocnění ve vztahu k osobám s postižením, dále výzkumnou zprávu, která představuje výsledky výzkumných šetření realizovaných v rámci projektu a v závěrečné části obsahuje konkrétní doporučení a doporučené postupy pro MPSV, která jsou primárně vztažena k připravované novelizaci zákona o sociálních službách.

Uvedení do problematiky virových onemocnění

Před tím, než se začneme zabývat konkrétními doporučeními – výstupy našeho šetření pro zlepšení zajištění klientů, stejně jako práce a situace poskytovatelů sociálních služeb v ČR během pandemické situace, je nutné v krátkosti přiblížit biologickou podstatu problému.

Epidemie je proces šíření infekčního onemocnění vyvolaného biologickým agens v určitém časovém úseku, na určitém území, v populaci. Pokud dojde k masivnímu rozšíření zasahujícímu celé kontinenty, hovoříme o pandemii. Naše poslední velká historická zkušenost je stará více než sto let. Jedná se o pandemii španělské chřipky na konci I. světové války, která si dle odhadů celosvětově vyžádala na 20 až 50 milionů obětí, přičemž v českých zemích se odhaduje počet úmrtí civilního obyvatelstva mezi 4.6‰ až 8.6‰ jen v letech 1918–1920 (Salfellner 2020). Současná, probíhající pandemie závažného respiračního onemocnění Covid-19 je vyvolaná také virovým agens, a to koronavirem SARS-CoV-2, přičemž za dva a půl roku (resp. od března 2020 do září 2022) si vyžádala více než 4‰ úmrtí (MZ ČR, 2022).

Zásadním hlediskem, které je třeba neustále zohledňovat v rámci společenských opatření v průběhu jakékoli pandemie (ať už současné či budoucích, o jejichž příchodu nelze pochybovat) je fakt, že biologická agens (převážně viry s pandemickým potenciálem) se nechovají tak, jak si my lidé přejeme, ale podléhají přírodním zákonitostem, které člověk současnosti velmi často není schopen předvídat, ani měnit. Dokáže je pouze více či méně ovlivnit, a to jen v případě hlubokých znalostí, za použití všech stávajících vědeckých poznatků a metodik, spolu s kritickým zhodnocením zjištěných faktů. V případě pandemického šíření zcela nového agens je pak situace velmi ztížena právě počátečními nulovými daty. Současná pandemická situace je toho učebnicovým příkladem, a to na základě chyb, které v rámci boje s pandemií ze strany přenosu vědeckých poznatků a managementu krizového řízení byly a jsou viditelné ve všech státech světa.

Zprávy se opakovaně zabývají faktem, že v průběhu pandemie byly porušovány principy „UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.“ Expertní skupina „Transition from Institutional to Community-based Care“ konstatuje ve své zprávě, že většina států se v průběhu pandemie SARS-CoV-2 plně zaměřila na řešení zdravotních a ekonomických aspektů, ale sociální sektor byl ponechán na okraji zájmu či zcela bez povšimnutí. To vyvolalo v mnoha případech drastické následky: nezájem vládních institucí o tento sektor, nulová flexibilita řešení problémů ze strany státních institucí, stejně jako podfinancování, vedly velmi často k přerušení základních, před pandemií běžně poskytovaných služeb, terapií, edukace, ale i k uzavírání center, odlehčovacích zařízení či denních stacionářů. Mnohá centra, která zůstala otevřená, pak nebyla vybavena ochrannými pomůckami, neměla kde získat základní informace, jak v tomto obtížném období chránit své klienty, kteří vyžadují specifický přístup a péči; a tak mnohdy postupovala pouze na základě svých uvážení, metodou pokusu a omylu.

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

Z pohledu vrcholového managementu řízení boje proti pandemiím je nutné soustředit se nikoli na lokální situaci státu a „vynalézání“ vlastních cest, ale na obecná doporučení z úrovně nadnárodní (WHO, eCDC, CDC), ta posléze rozpracovat a aplikovat pro lokální situace.



Z pohledu problematiky, kterou řešíme v našich doporučeních, je neoddiskutovatelným faktem opominutí sociálně zranitelných skupin obyvatelstva již z pohledu právě oněch nadnárodních organizací, zmíněných výše. Tato situace je nicméně postupně zohledňována a zpracovávána do manuálů, které by měly být přínosem do budoucna právě pro řešení obdobných krizových situací.

Pro výše zmiňované vysoce zranitelné skupiny osob se zdravotním postižením či osob se sociálním znevýhodněním, které se ocitly na okraji pozornosti, je tedy třeba vytvořit systém návodů a opatření, které zohlední jejich specifické potřeby a podpoří mitigaci.

V první řadě je třeba zohlednit fakt, že se jedná o nekoherentní, z pohledu diagnóz různorodou skupinu osob. Obzvláště lidé s mentálním postižením a psychickým či psychiatrickým onemocněním (např. osoby poruchou autistického spektra, ADHD, bipolární poruchou či schizofrenií) nejsou velmi často schopni racionálně vnímat okolní svět, vyznačují se narušením schopností porozumět běžným pokynům (ve svém důsledku i specifickým protiepidemickým opatřením nastoleným v průběhu pandemie) a v mnoha případech se nedokáží sami o sebe postarat. Taquet et al., 2020, stejně jako Wang et al., 2020 poukazují na o 65 % vyšší pravděpodobnost nákazy a zvýšené riziko přenosu infekce ve skupinách osob s psychiatrickou diagnózou a Gleson, Ross, Fossi et al. (2021) zjistili, že v případě přítomnosti diagnózy mentálního postižení je zvýšené riziko mortality těchto osob na onemocnění COVID-19 až o 134 %. Situaci komplikuje i fakt, že tyto osoby velmi často žijí v komunitách, sociálních zařízeních, s potřebou úzkého kontaktu se svými blízkými a ošetřovateli.

Z povahy způsobu šíření viru SARS-CoV-2 bylo řešení pandemie právě pro tyto osoby za situace neexistence pro ně připravených návodů, zohledňujících jejich specifické postavení, velmi komplikované. Velmi rychle se projeví závažné problémy v aplikaci osobních ochranných pomůcek – správné nasazení a nošení respirátorů či roušek, dodržování osobní hygieny (správné mytí rukou) či dodržování předepsaných bezkontaktních vzdáleností mezi lidmi. Stejně tak nebyl brán zřetel na významné „detaily“ dopadu kontaktů osob se zdravotním postižením se zdravotníky v ochranných kombinézách, maskách, štítech, rukavicích, což u mnohých klientů, nepřipravených na takovou výraznou změnu, vyvolávalo silné stresové reakce, psychickou zátěž a ve svých důsledcích neschopnost spolupracovat. Bohužel právě skupiny osob se zdravotním postižením velmi často vykazují ve zvýšené míře komorbiditu typu hypertenze, dalších kardiovaskulárních chorob, obezity, diabetu, které v konkrétním případě v kombinaci s onemocněním COVID-19 často u této skupiny osob znamenají zásadní zdravotní komplikace, včetně úmrtí. Zároveň jsou tyto lidé často ohroženi tri-morbiditou, tedy kombinací problematiky psychického zdraví, fyzického zdraví a závislostního chování.

V mnoha těchto případech jde tedy u lidí s postižením o život ohrožující průběh nemoci – studie prokázala 3krát vyšší těžký průběh onemocnění COVID-19 s komplikacemi a nutností hospitalizace u námi diskutované rizikové skupiny (Schott, et al., 2022). To samozřejmě má významný vliv na průběh a způsob poskytování péče v podobě sociálních služeb. Například zpětná analýza amerických dat prvních vln pandemického šíření SARS-CoV-2 (Krieger, et al. 2021) vykazovala vyšší zastoupení infikovaných a hospitalizovaných osob (všech věkových skupin, bez rozdílu pohlaví) se závažným průběhem onemocnění v rizikové skupině pacientů s Aspergerovým syndromem oproti „zdravé“ populaci. Pečovatelská služba a zařízení starající se o tyto pacienty referovaly opakované problémy s udržení nemocných v izolaci, karanténními opatřeními, udržení osobní hygieny, aplikací masek či respirátorů, lockdowny. Rodiče dětských pacientů s Aspergerovým syndromem se potýkali s problémy neschopnosti dodržet denní rutinu, uzavřenými denními stacionáři, ukončenými edukačními programy a rehabilitacemi, a tím ve svém důsledku zvýšeným agresivním chováním dětí a celkovým zhoršením jejich psychického stavu.



Celkově se tedy dosavadní analýzy opakovaně shodují v nutnosti vytvořit sadu doporučení týkajících se efektivních preventivních strategií pro pandemické situace a jednoznačně a přehledně vytvořit systém, který by v případě výskytu pandemie byl okamžitě aplikován.

Použité zdroje:

Gleason, Ross, Fossi, et al. 2021. The Devastating Impact of Covid-19 on Individuals with Intellectual Disabilities in the United States [online]. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 2(9), 1–19. [10. 9. 2022]. Available at: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.21.0051>

Krieger, Erez, Weinstein, et al. 2021. COVID-19 Morbidity Among Individuals with Autistic Spectrum Disorder: A Matched Controlled Population-Based Study. *J Autism Dev Disord*. [5. 8. 2022]. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05187-2>

MZ ČR, 2022. COVID-19: Přehled aktuální situace v ČR [online]. [10. 10. 2022 v 11:34]. Available at: <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19>

Schott, et al. 2022. COVID-19 risk: Adult Medicaid beneficiaries with autism, intellectual disability, and mental health conditions. *Autism*, 26(4), 975–987. [22. 8. 2022]. Available at: <https://doi.org/10.1177/13623613211039662>

Salfellner, 2020. Odhad počtu obětí pandemie španělské chřipky v českých zemích v letech 1918 až 1920. *Demografie*, 62(3), 182-196. [14. 10. 2022]. Available at: https://www.czso.cz/documents/10180/123310412/13005320q3_182-196.pdf/1e4ad689-4901-42a4-91ae-c40c02c23947?version=1.1

Taquet, et al. 2020. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. 8(2), 130-140. [2. 9. 2022]. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)

Wang et al. 2020. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China, *Brain, Behavior, and Immunity*. 87, 40-48, ISSN 0889-1591 [4. 9. 2022]. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>

Výzkumná zpráva

V textu této zprávy jsou prezentovány výsledky výzkumných šetření, která byla realizována v rámci projektu „Změny ve vybraných sociálních službách zaměřených na osoby s postižením v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění“ (TL05000413). Jedná se o výsledky dotazníkového šetření a navazujícího kvalitativního šetření. Šetření byla zaměřena na vybrané typy sociálních služeb, konkrétně se jednalo o denní stacionáře (dále DS), domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), osobní asistenci (OA), ranou péči (RP) a týdenní stacionáře (TS).

1) Dotazníkové šetření

Cílem tohoto šetření bylo: zmapovat potíže, které ve sledovaných službách vznikly v souvislosti s pandemií onemocnění COVID, zmapovat, jak služby na pandemickou situaci reagovaly. Dalším cílem bylo zmapovat potřeby sledovaných služeb ve vztahu k případné další/nové pandemické situaci spojené s virovým onemocněním.

Popisované šetření bylo koncipováno jako kvantitativní, data byla sbírána pomocí dotazníku. Šetření (sběr dat) bylo realizováno v listopadu a prosinci 2021. Vlastnímu šetření předcházela orientační předvýzkum, který byl koncipován jako kvalitativní a byl realizován ve formě rozhovorů se zástupci jednotlivých sledovaných typů sociálních služeb (za každý sledovaný typ služby byl proveden jeden rozhovor, celkem bylo provedeno pět rozhovorů). Na základě provedeného předvýzkumu byly identifikovány významné oblasti v rámci řešeného tématu, které byly dále zkoumány v dotazníkovém šetření. Dalším významným zdrojem podkladních dat při konstrukci dotazníku byly výsledky provedené analýzy doporučených postupů pro sociální služby v době pandemie, které vydalo MPSV.

Dotazník měl online formu, vytvořen byl v prostředí LimeSurvey, pro každý sledovaný typ sociální služby byl vytvořen samostatný dotazník. Jádrem dotazníku bylo stejné, dotazníky se drobně lišily ve znění některých otázek, tyto odlišnosti reflektovaly charakteristiky jednotlivých typů služeb. Každý dotazník mapoval tyto oblasti: informační zdroje využívané v době pandemie; ochranné pomůcky; využívaná opatření; práce s klientem; omezení poskytovaných služeb; personální oblast; využívání online komunikace. Všechny verze dotazníku obsahovaly shodně 24 otázek, jednalo se o otázky s možností vícenásobné volby a otázky s jednou nucenou volbou, dále byly v dotazníku využity otevřené otázky. Sledován byl vždy stav na počátku pandemie a stav v době sběru dat (listopad až prosinec 2021). První verze dotazníku byla prověřena v rámci pilotního šetření, kterého se zúčastnilo celkem 11 osob (2 pracovníci za každý sledovaný typ služby a 1 zástupce MPSV). Na základě připomínek byl dotazník následně upraven do své finální podoby. Dotazník byl primárně určen pro vedoucí pracovníky (vedoucí služby/ředitel poskytovatele, případně jejich zástupci). Distribuce dotazníku byla provedena pomocí e-mailu – potenciálním účastníkům byla zaslána mailová zpráva s informacemi o výzkumu spolu s odkazem na dotazník a žádostí o vyplnění. Dotazník byl vyplňován v prostředí LimeSurvey, vyplnění bylo anonymní, bez nároku na honorář. Součástí dotazníku byl informovaný souhlas, účastníci mohli z šetření kdykoli odstoupit. Data byla zpracována a analyzována pomocí prostředků popisné statistiky, odpovědi na volné otázky byly kategorizovány, sledován byl absolutní i relativní výskyt identifikovaných kategorií. Analýza byla provedena pomocí programu MS Excel.

Základní soubor byl tvořen všemi sociálními službami, která spadaly do sledovaných kategorií, jednalo se o stav z období 09/2020, zkoumanou jednotkou byla jedna sociální služba. Základní soubor byl identifikován na základě dat MPSV z registru poskytovatelů sociálních služeb (tabulka č. 1), celkem se jednalo o 788 služeb (531 poskytovatelů). Oslovování sociálních služeb bylo realizováno prostřednictvím vedení jednotlivých poskytovatelů sledovaných služeb – tento postup byl zvolen na základě analýzy kontaktů MPSV, kdy kontakty na konkrétní služby v řadě případů chyběly, naopak

kontakty na poskytovatele byly v registru ve většině případů dostupné (chybějící kontakty byly dohledávány manuálně pomocí internetových stránek daných služeb, resp. poskytovatelů daných služeb). Uvedeným postupem bylo kontaktováno celkem 529 poskytovatelů.

Tabulka č. 1 – Základní soubor, podle registru poskytovatelů soc. služeb k 09/20 (v %)

Kraj	DS		DOZP		OA		RP		TS		Celkem	
	posk.	sl.	posk.	sl.	posk.	sl.	posk.	sl.	posk.	sl.	posk.	sl.
Jihočeský	11	15	7	8	12	14	6	6	6	6	31	49
Jihomoravský	21	26	15	21	14	18	5	5	7	8	42	78
Karlovarský	4	4	8	8	4	4	1	1	1	1	15	18
Královéhradecký	14	15	11	11	9	14	3	4	1	1	33	45
Liberecký	10	10	10	10	9	13	1	1	2	2	25	36
Moravskoslezský	26	36	16	25	20	26	4	7	3	3	59	97
Olomoucký	14	16	10	10	10	12	3	4	1	1	34	43
Pardubický	12	13	9	9	11	10	2	2	2	2	31	36
Plzeňský	9	12	11	12	5	8	3	4	1	1	24	37
Praha	29	27	12	9	28	25	6	5	5	4	62	70
Středočeský	41	42	26	27	19	22	4	4	11	12	75	107
Ústecký	14	18	21	33	14	15	1	1	3	3	44	70
Vysočina	17	23	9	9	6	8	2	3	2	2	26	45
Zlínský	17	19	6	18	13	15	3	3	2	2	30	57
Celkem	239	276	171	21	174	20	44	50	47	48	531	788

Celkem bylo získáno 244 vyplněných dotazníků, návratnost se u jednotlivých typů služby pohybovala v pásmu 29–38 % (tabulka č. 3). Do šetření se zapojily služby ze všech krajů ČR, podrobnosti jsou uvedeny v tabulce č. 2. Členění zapojených služeb podle cílových skupin je uvedeno v tabulce č. 4. Z pohledu potíží se nejčastěji jednalo o zařízení pro osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením.

Tabulka č. 2 – Výzkumný soubor podle krajů

Kraj	DS	DOZP	OA	RP	TS	Celkem
Jihočeský	6	3	9	3	2	23
Jihomoravský	6	6	4	1	2	19
Karlovarský	2	3	2	1	0	8
Královéhradecký	7	4	3	1	0	15
Liberecký	3	4	5	0	0	12
Moravskoslezský	10	6	5	0	1	22
Olomoucký	2	1	4	2	0	9
Pardubický	3	3	3	2	2	13
Plzeňský	3	8	0	1	0	12
Praha	8	4	4	1	2	19
Středočeský	13	17	6	2	3	41
Ústecký	4	7	2	1	1	15
Vysočina	8	5	1	1	1	16
Zlínský	8	4	3	3	0	18
Neuvedeno	0	2	0	0	0	2
Celkem	83	77	51	19	14	244

Tabulka č. 3 – Výzkumný soubor celkem

Typ služby	Zapojené sl.	Služeb celkem*	Návr. v %
Denní stacionář	83	276	30
Domov pro osoby se zdravotním postižením	77	210	37
Osobní asistence	51	204	25
Raná péče	19	50	38
Týdenní stacionář	14	48	29

* Podle registru poskytovatelů soc. služeb k 09/20

Tabulka č. 4 – Výzkumný soubor podle cílové skupiny (v %)

Cílová skupina	DS	DOZP	OA	RP	TS
Mentální postižení	63,9	83,1	47,1	47,4	78,6
Tělesné postižení	31,3	31,2	64,7	36,8	28,6
Zrakové postižení	7,2	9,1	19,6	26,3	0,0
Sluchové postižení	6,0	7,8	17,6	0,0	0,0
Kombinované postižení	51,8	48,1	43,1	84,2	35,7
Problematiká komunikace	14,5	11,7	13,7	42,1	7,1
Psychiatrické onemocnění	21,7	11,7	23,5	15,8	21,4
Rodiny s dětmi	1,2	0,0	7,8	73,7	0,0
Kojenci	0,0	0,0	0,0	52,6	0,0
Předškolní děti	9,6	7,8	11,8	52,6	7,1
Mladší školní věk	12,0	10,4	11,8	10,5	14,3
Starší školní věk	12,0	10,4	13,7	0,0	21,4
Dorost	13,3	10,4	11,8	0,0	28,6
Dospělí	33,7	41,6	27,5	5,3	50,0
Senioři	39,8	27,3	88,2	0,0	21,4

Zhruba polovina dotazníků byla vyplněna vedoucím dané služby (případně zástupcem), druhá polovina pak ředitelem daného poskytovatele (případně zástupcem), některé dotazníky (jednotky případů) byly vyplněny jiným pracovníkem, nejčastěji se jednalo o sociálního pracovníka.

Tabulka č. 5 – Respondenti (v %)

Pozice	DS		DOZP		OA		RP		TS	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ředitel/zástupce	46	55,4	49	63,6	24	47,1	6	31,6	7	50,0
Vedoucí/zástupce	36	43,4	26	33,8	23	45,1	13	68,4	7	50,0
Jiné	4	4,8	3	3,9	5	9,8	2	10,5	0	0,0

Výsledky

V následujícím textu jsou uvedeny výsledky dotazníkového šetření za jednotlivé sledované oblasti, výsledky jsou uvedeny samostatně pro počátek pandemie a dále pro období sběru dat (11–12/21).

Na počátku pandemie byly v obecné rovině identifikovány informační zdroje, která byly nejvíce využívané, jednalo se o ministerstvo práce a sociálních věcí, ministerstvo zdravotnictví, krajské úřady, krajské hygienické stanice a Asociaci poskytovatelů sociálních služeb (u DS, DOZP a TS nejčastěji uváděný zdroj), z hlediska využívání byla významným zdrojem také média, menší roli hrály naopak zdroje odborné (knihy, články). Podobný závěr platil také v období 11–12/21. Ve srovnání obou sledovaných období je možné konstatovat, že se míra sledovaných informačních zdrojů, které byly označeny jako nejvíce využívání, mírně snížila. Profil nejvíce využívaných sledovaných informačních zdrojů byl u daných služeb podobný (platí pro obě sledovaná období), mírně se lišila raná péče, kde bylo identifikováno MPSV jako dominantní informační zdroj (a také zde byla méně využívána APSS). Podrobnosti jsou v tabulkách č. 6 a 7.

Tabulka č. 6 – Nejvíce využívané zdroje při získávání informací souvisejících s pandemií a při vytváření opatření proti onemocnění COVID, počátek pandemie (v %)

Zdroj	DS	DOZP	OA	RP	TS
Úřad vlády ČR	31,3	28,6	17,6	26,3	14,3
MPSV	55,4	61,0	66,7	78,9	57,1
MZ	57,8	61,0	54,9	31,6	50,0
Krajský úřad	59,0	61,0	64,7	42,1	57,1
Obecní/městský úřad	13,3	6,5	19,6	15,8	7,1
KHS	48,2	59,7	45,1	36,8	57,1
APSS ČR	60,2	72,7	51,0	31,6	64,3
Jiné sociální služby	8,4	13,0	21,6	21,1	0,0
Odborné zdr. (knihy, články)	22,9	24,7	33,3	15,8	35,7
Média	47,0	49,4	49,0	47,4	57,1

Tabulka č. 7 – Nejvíce využívané zdroje při získávání informací souvisejících s pandemií a při vytváření opatření proti onemocnění COVID, období listopad až prosinec 2021 (v %)

Zdroj	DS	DOZP	OA	RP	TS
Úřad vlády ČR	28,9	27,3	15,7	21,1	14,3
MPSV	48,2	46,8	47,1	57,9	35,7
MZ	63,9	59,7	37,3	31,6	42,9
Krajský úřad	54,2	62,3	43,1	42,1	28,6
Obecní/městský úřad	13,3	3,9	3,9	5,3	7,1
KHS	42,2	49,4	33,3	15,8	42,9
APSS ČR	66,3	70,1	52,9	36,8	42,9
Jiné sociální služby	8,4	10,4	17,6	15,8	0,0
Odborné zdr. (knihy, články)	22,9	24,7	29,4	15,8	21,4
Média	44,6	46,8	41,2	42,1	42,9

Sledované služby uváděly řadu potíží, se kterými se setkaly při využívání metodické podpory a získávání informací souvisejících s pandemií onemocnění COVID. Změny byly příliš časté, informace byly nepřehledné, chyběl centrální zdroj informací, služby měly celkově nedostatek informací, metodická podpora byla příliš obecná/nebyla zaměřená na konkrétní typ služby, metodická podpora byla

vydávána příliš pozdě. Tyto kategorie často označila jako problematické více než polovina daných služeb, v některých případech se jednalo až o 80 % zapojených služeb. Nejvyšší intenzita potíží byla zaznamenána u rané péče u nedostatku informací (89,5 %). Obecně pak byla jako nejméně problematická uváděna nedostatečná možnost odborných konzultací (36,8–7,1 %). V období 11–12/21 došlo k poklesu výskytu sledovaných potíží ve všech službách, nejčastěji byla v tomto období jako nejvíce problematická označena položka absence centrálního zdroje u rané péče (73,7 %), podrobnosti jsou uvedeny v tabulkách č. 8 a 9. Celkově je možné konstatovat, že byly profily výskytu nejvíce problematických oblastí u jednotlivých služeb podobné, nejvyšší míru sledovaných potíží vykazovala obecně raná péče, tato služba se pak v případě období 11–12/21 od zbylých služeb mírně odlišovala (vyšší intenzita potíží).

Tabulka č. 8 – Nejvíce problematické oblasti při využívání metodické podpory a získávání informací souvisejících s pandemií onemocnění COVID, počátek pandemie (v %)

Problematické oblasti	DS	DOZP	OA	RP	TS
Příliš časté změny	66,3	71,4	84,3	47,4	78,6
Nepřehlednost informací	72,3	68,8	82,4	78,9	78,6
Absence centrálního zdroje	61,4	51,9	64,7	73,7	71,4
Příliš obecná/nеспецифická met. pod.	39,8	32,5	43,1	68,4	50,0
Met. podpora vydávána příliš pozdě	42,2	50,6	43,1	47,4	28,6
Nedostatečná možnost odb. konzultací	21,7	19,5	31,4	36,8	7,1
Nedostatek informací celkem*	71,1	63,6	76,5	89,5	57,1
... ze zdravotní/hygienické oblasti	37,3	35,1	41,2	52,6	21,4
... z právní oblasti	31,3	35,1	45,1	36,8	21,4
... o práci s klienty	43,4	18,2	47,1	73,7	14,3
... o práci se zaměstnanci	34,9	27,3	41,2	52,6	7,1
... jak pracovat s blízkými osobami	30,1	29,9	27,5	36,8	21,4

*Nedostatek informací celkem byl započítán v případě, kdy byla uvedena alespoň jedna konkrétní oblast nedostatku informací.

Tabulka č. 9 – Nejvíce problematické oblasti při využívání metodické podpory a získávání informací souvisejících s pandemií onemocnění COVID, období listopad až prosinec 2021 (v %)

Problematické oblasti	DS	DOZP	OA	RP	TS
Příliš časté změny	50,6	50,6	47,1	42,1	64,3
Nepřehlednost informací	60,2	50,6	68,6	42,1	71,4
Absence centrálního zdroje	38,6	32,5	35,3	73,7	50,0
Příliš obecná/nеспецифická met. pod.	36,1	20,8	27,5	63,2	35,7
Met. podpora vydávána příliš pozdě	18,1	28,6	23,5	31,6	21,4
Nedostatečná možnost odb. konzultací	14,5	7,8	23,5	10,5	14,3
Nedostatek informací celkem*	48,2	44,2	52,9	47,4	35,7
... ze zdravotní/hygienické oblasti	24,1	15,6	23,5	42,1	0,0
... z právní oblasti	28,9	26,0	33,3	5,3	21,4
... o práci s klienty	14,5	7,8	21,6	26,3	7,1
... o práci se zaměstnanci	19,3	14,3	21,6	15,8	0,0
... jak pracovat s blízkými osobami	10,8	10,4	19,6	21,1	14,3

*Nedostatek informací celkem byl započítán v případě, kdy byla uvedena alespoň jedna konkrétní oblast nedostatku informací.

Nejvíce problematické oblasti při využívání ochranných pomůcek (dále OP) zachycuje tabulka č. 10 a 11. Jednotlivé sledované oblasti se vyskytovaly s různou intenzitou. Na počátku pandemie dominovala dostupnost OP (platí u všech služeb mimo rané péče), dále byl často uváděn dostatek financí na OP (u rané péče nejčastěji uváděná kategorie) a kvalita OP. Z hlediska využívání OP byly častěji uváděny potíže na straně klientů (a blízkých osob) než na straně zaměstnanců. Nejméně často byla naopak uváděna likvidace OP a distribuce OP v rámci služby. U některých položek byly zaznamenány značné poklesy v rámci období 11–12/21. Problematická přestala být dostupnost OP, snížily se také potíže s kvalitou OP. Situace s jednotlivých službách byla v obecné rovině podobná, některé položky ovšem vykazovaly vyšší míru rozpětí – tedy v těchto položkách se služby částečně lišily (např. dostatek financí v počátku pandemie: 14,3–58,8 %, využívání OP klienty/blízkými osobami v období 11–12/21: 7,1–41,2 %). Obecně ale platí, že je mezi jednotlivými službami možné nalézt více podobností než rozdílů.

Tabulka č. 10 – Nejvíce problematické oblasti při využívání ochranných pomůcek, počátek pandemie (v %)

Problematické oblasti	DS	DOZP	OA	RP	TS
Dostupnost OP	61,4	70,1	76,5	36,8	57,1
Dostatek financí na OP	38,6	31,2	58,8	57,9	14,3
Kvalita OP	45,8	50,6	41,2	26,3	42,9
Dostatečné skladovací prostory	19,3	35,1	19,6	26,3	21,4
Využívání OP zaměstnanci	26,5	35,1	29,4	10,5	21,4
Využívání OP klienti/ ZZ, blízké osoby	37,3	35,1	47,1	26,3	35,7
Distribuce OP v rámci služby	7,2	3,9	11,8	10,5	0,0
Likvidace OP	14,5	7,8	19,6	21,1	14,3

Tabulka č. 11 – Nejvíce problematické oblasti při využívání ochranných pomůcek, období listopad až prosinec 2021 (v %)

Problematické oblasti	DS	DOZP	OA	RP	TS
Dostupnost OP	0,0	2,6	3,9	0,0	0,0
Dostatek financí na OP	24,1	19,5	39,2	42,1	21,4
Kvalita OP	9,6	16,9	11,8	0,0	0,0
Dostatečné skladovací prostory	13,3	27,3	11,8	21,1	7,1
Využívání OP zaměstnanci	16,9	24,7	7,8	5,3	21,4
Využívání OP klienti/ ZZ, blízké osoby	25,3	27,3	41,2	15,8	7,1
Distribuce OP v rámci služby	1,2	0,0	7,8	0,0	0,0
Likvidace OP	6,0	5,2	9,8	10,5	14,3

Tabulka č. 12 – Organizační opatření/omezení využita pro zajištění zdárného chodu služby, počátek pandemie (v %)

Opatření/omezení	DS	DOZP	OA	RP	TS
Zavedení hygienických opatření	94,0	94,8	100,0	94,7	100,0
Zákaz vstupu 3. osob do zařízení	66,3	67,5	35,3	21,1	78,6
Uzamčení budov/oddělení	15,7	24,7	11,8	5,3	0,0
Pozastavení přijímání nových klientů	27,7	55,8	13,7	5,3	50,0
Omezení doby poskytování sl.	24,1	7,8	15,7	0,0	21,4
Omezení kapacity služby	16,9	16,9	19,6	5,3	21,4
Prostory pro karanténu/izolaci kl.	24,1	81,8	19,6	68,4	64,3
Původně prez. služby poskyt. distančně	10,8	9,1	9,8	89,5	7,1
Omezení či zákaz návštěv	55,4	89,6	-	-	92,9
Omezení vycházek klientů mimo službu	36,1	83,1	-	-	57,1
Omezení či zákaz pohybu klientů po sl.	14,5	42,9	-	-	14,3
Omezení vzájemného kontaktu mezi kl.	39,8	64,9	-	-	57,1
Omezení či zákaz spol. stravování kl.	39,8	57,1	-	-	42,9

Organizační opatření/omezení využita pro zajištění zdárného chodu služby jsou uvedena v tabulkách č. 12 a 13. V počátku pandemie bylo nejčastěji uváděno zavedení hygienických opatření (u DOZP a TS se jednalo o 100 % zapojených služeb). Další opatření/omezení byla uváděna s rozdílnou intenzitou, u některých položek se jednotlivé služby značně lišily. Vyšší míra využívání sledovaných opatření byla udávána spíše u DOZP a TS, nižší pak u rané péče. Největší rozdíl mezi jednotlivými službami byl zaznamenán u poskytování původně prezenčních služeb distančně – tuto položku označilo 89,5 % služeb rané péče, v ostatních službách toto opatření bylo využíváno se značně nižší intenzitou (4,1–10,8 %). V období 11–12/21 došlo ke značnému poklesu sledovaných opatření u všech služeb (mimo hygienických opatření).

Tabulka č. 13 – Organizační opatření/omezení využita pro zajištění zdárného chodu služby, období listopad až prosinec 2021 (v %)

Opatření/omezení	DS	DOZP	OA	RP	TS
Zavedení hygienických opatření	89,2	93,5	94,1	94,7	85,7
Zákaz vstupu 3. osob do zařízení	32,5	31,2	11,8	21,1	42,9
Uzamčení budov/oddělení	8,4	0,0	7,8	0,0	0,0
Pozastavení přijímání nových klientů	1,2	3,9	0,0	0,0	0,0
Omezení doby poskytování sl.	3,6	0,0	2,0	0,0	0,0
Omezení kapacity služby	6,0	5,2	9,8	0,0	0,0
Prostory pro karanténu/izolaci kl.	13,3	37,7	11,8	52,6	21,4
Původně prez. služby poskyt. distančně	1,2	2,6	5,9	57,9	0,0
Omezení či zákaz návštěv	36,1	57,1	-	-	64,3
Omezení vycházek klientů mimo službu	7,2	13,0	-	-	21,4
Omezení či zákaz pohybu klientů po sl.	4,8	2,6	-	-	7,1
Omezení vzájemného kontaktu mezi kl.	14,5	9,1	-	-	7,1
Omezení či zákaz spol. stravování kl.	10,8	13,0	-	-	7,1

Oblasti nejvíce problematické při práci s klienty jsou popsány v tabulkách č. 14 a 15. Jednotlivé služby se u některých položek značně lišily (asi polovina sledovaných oblastí). V počátku pandemie vykazovaly podobný profil DS, RP a TS, zbylé dvě služby pak vykazovaly profil vlastní (odlišný). DS uváděly v počátku pandemie nejčastěji přerušeni/ukončení využívání služeb ze strany klientů (79,5 %), u DOZP se jednalo o informování klientů/vysvětlení situace (66,2 %), u OA a RP o zhoršení psychického stavu klientů (78,4 a 63,2 %), v TS byla nejčastěji uváděna nemožnost pracovat na st. cílech (64,3). V období 11–12/21 je možné zaznamenat pokles u všech sledovaných kategorií. Jako nejvíce problematické oblasti vůbec bylo uvedeno dodržování opatření (klienti a blízké os.) a zhoršení psychického stavu klientů, v obou případech šlo o OA (60,8 a 51 %, jednalo se o jediné 2 položky s intenzitou vyšší než 50 %).

Tabulka č. 14 – Oblasti nejvíce problematické při práci s klienty, počátek pandemie (v %)

Problematické oblasti	DS	DOZP	OA	RP	TS
Klienti přerušili/ukončili využívání sl.	79,5	9,1	76,5	42,1	50,0
Informování klientů/vysvětlení situace	45,8	66,2	49,0	21,1	50,0
Péče o klienty s onemocněním COVID	9,6	61,0	52,9	0,0	28,6
Dodržování opatření – klienti a blízké os.	39,8	50,6	62,7	36,8	28,6
Zhoršení psychického stavu klientů	55,4	62,3	78,4	63,2	50,0
Zhoršení fyzického stavu klientů	33,7	33,8	51,0	26,3	28,6
Nemožnost pracovat na st. cílech	57,8	62,3	47,1	52,6	64,3
„Propad klientů“	42,2	36,4	37,3	36,8	28,6
Vznik mimořádných krizových situací	27,7	16,9	45,1	26,3	21,4
Obtíže v udržení kvality služby	28,9	42,9	23,5	42,1	35,7
Obtíže při zajišťování práv klientů	12,0	32,5	11,8	31,6	7,1

Tabulka č. 15 – Oblasti nejvíce problematické při práci s klienty, období listopad až prosinec 2021 (v %)

Problematické oblasti	DS	DOZP	OA	RP	TS
Klienti přerušili/ukončili využívání sl.	34,9	1,3	23,5	5,3	35,7
Informování klientů/vysvětlení situace	20,5	24,7	19,6	0,0	21,4
Péče o klienty s onemocněním COVID	2,4	19,5	21,6	0,0	0,0
Dodržování opatření – klienti a blízké os.	24,1	35,1	60,8	26,3	28,6
Zhoršení psychického stavu klientů	34,9	24,7	51,0	26,3	21,4
Zhoršení fyzického stavu klientů	14,5	19,5	29,4	10,5	14,3
Nemožnost pracovat na st. cílech	22,9	16,9	21,6	36,8	35,7
„Propad klientů“	21,7	9,1	21,6	15,8	21,4
Vznik mimořádných krizových situací	12,0	5,2	23,5	15,8	14,3
Obtíže v udržení kvality služby	13,3	18,2	15,7	21,1	28,6
Obtíže při zajišťování práv klientů	3,6	7,8	9,8	10,5	7,1

V tabulkách č. 16–20 jsou popsány služby/aktivity, které sociální služby přestaly poskytovat v souvislosti s pandemickou situací. Jednotlivé aktivity byly u sledovaných služeb uváděny s různou intenzitou. Obecně došlo k přerušování poskytování takových aktivit, které měly sociální kontext, které souvisely s trávením volného času a které nesouvisely se zajištěním základních životních potřeb. V případě všech sledovaných služeb platí, že období 11–12/21 mělo přerušování poskytování sledovaných služeb nižší intenzitu ve srovnání s počátkem pandemie.

Tabulka č. 16 – Služby/aktivity, které sociální služby přestaly poskytovat* v souvislosti s pandemickou situací, denní stacionáře (v %)

Služba/aktivita	Počátek	11-12/21
Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu	7,2	1,2
Pomoc při osobní hygieně	8,4	1,2
Poskytnutí stravy	7,2	1,2
Pomoc při stravování	7,2	1,2
Zprostředkování relaxačních a uvolňovacích aktivit	20,5	6,0
Zprostředkování pohybových aktivit	22,9	4,8
Zprostředkování uměleckých aktivit (např. výtvarných, dramatických)	20,5	7,2
Zprostředkování terapeutických aktivit	21,7	6,0
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	62,7	30,1
Podpora rozvoje komunikačních dovedností	7,2	0,0
Podpora rozvoje sociálních dovedností	15,7	2,4
Pomoc při uplatňování práv	13,3	2,4
Fakultativní služby závislé na externích pracovnících	1,2	0,0

* Nevztahuje se na původně prezenční služby/aktivity, který byly přesunuty do online prostředí, nevztahuje se také na služby, který byly poskytovány v omezeném rozsahu

Tabulka č. 17 – Služby/aktivity, které sociální služby přestaly poskytovat* v souvislosti s pandemickou situací, DOZP (v %)

Služba/aktivita	Počátek	11-12/21
Poskytnutí ubytování	1,3	0,0
Poskytnutí stravy	0,0	0,0
Pomoc při stravování	0,0	0,0
Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu	0,0	0,0
Pomoc při osobní hygieně	0,0	0,0
Pomoc se zajištěním vzdělávacích aktivit	23,4	3,9
Zprostředkování relaxačních a uvolňovacích aktivit	31,2	10,4
Zprostředkování pohybových aktivit	31,2	3,9
Zprostředkování uměleckých aktivit (výtvarných, dramatických)	48,1	7,8
Zprostředkování terapeutických aktivit	41,6	5,2
Podpora rozvoje komunikačních dovedností	6,5	0,0
Podpora rozvoje sociálních dovedností	14,3	1,3
Pomoc se zajištěním volnočasových aktivit	35,1	9,1
Pomoc se zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím	57,1	19,5
Pomoc se zprostředkováním kontaktu s rodinnými příslušníky	13,0	0,0
Pomoc při uplatňování práv	9,1	2,6
Poskytnutí vybavení běžné osobní potřeby (prádlo, šatstvo, obuv aj.)	6,5	0,0

* Nevztahuje se na původně prezenční služby/aktivity, který byly přesunuty do online prostředí, nevztahuje se také na služby, který byly poskytovány v omezeném rozsahu.

Tabulka č. 18 – Služby/aktivity, které sociální služby přestaly poskytovat* v souvislosti s pandemickou situací, osobní asistence (v %)

Služba/aktivita	Počátek	11-12/21
Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu	0,0	0,0
Pomoc při osobní hygieně	0,0	0,0
Pomoc při stravování	0,0	0,0
Pomoc při zajištění stravy (nákupy)	2,0	0,0
Pomoc při nemoci	5,9	3,9
Pomoc při úklidu	3,9	2,0
Pomoc při vaření	0,0	0,0
Pomoc s dětmi	7,8	5,9
Pomoc při vzdělávacích a aktivizačních činnostech	19,6	9,8
Pomoc při mobilizaci (např. polohování)	0,0	0,0
Doprovod k lékaři/na vyšetření	15,7	5,9
Doprovod na jednání, úřady	33,3	9,8
Doprovod spojený s volným časem (např. procházky)	33,3	15,7
Doprovod spojený se studiem	23,5	7,8
Obhajoba práv klienta	0,0	0,0
Zajištění, kontrola a údržba kompenzačních pomůcek	2,0	2,0

* Nevztahuje se na původně prezenční služby/aktivity, který byly přesunuty do online prostředí, nevztahuje se také na služby, který byly poskytovány v omezeném rozsahu.

Tabulka č. 19 – Služby/aktivity, které sociální služby přestaly poskytovat* v souvislosti s pandemickou situací, raná péče (v %)

Služba/aktivita	Počátek	11-12/21
Pomoc při výchovných činnostech	0,0	0,0
Pomoc při vzdělávacích činnostech	0,0	0,0
Zhodnocení aktuální úrovně schopností a dovedností dítěte	10,5	10,5
Funkční vyšetření zraku	21,1	0,0
Poskytování podpůrných programů	10,5	5,3
Zpracování vyjádření, doporučení, zprávy z pohledu poradce	0,0	0,0
Zprostředkování kontaktů na podpůrné odborníky, organizace	0,0	0,0
Pomoc při vyhledávání návazné sociální služby	5,3	0,0
Pomoc při zařazení dítěte do školského zařízení (SPC, MŠ, ZŠ...)	10,5	0,0
Mapování míry potřebné podpory rodičů ve vedení dítěte se znev.	5,3	5,3
Poradenství rodičům a blízkým osobám	0,0	0,0
Zprostředkování kontaktu s dalšími rodinami	36,8	26,3
Skupinová setkávání rodičů	73,7	52,6
Realizace vzdělávacích kurzů pro rodiče	36,8	26,3
Zapůjčení pomůcek, materiálů, hraček	5,3	0,0
Doprovod na jednání (úřady, specialisti)	26,3	0,0
Pomoc při uplatňování práv	10,5	5,3

* Nevztahuje se na původně prezenční služby/aktivity, který byly přesunuty do online prostředí, nevztahuje se také na služby, který byly poskytovány v omezeném rozsahu.

Tabulka č. 20 – Služby/aktivity, které sociální služby přestaly poskytovat* v souvislosti s pandemickou situací, týdenní stacionáře (v %)

Služba/aktivita	Počátek	11-12/21
Poskytnutí ubytování	7,1	0,0
Poskytnutí stravy	7,1	0,0
Pomoc při stravování	0,0	0,0
Pomoc při vaření	0,0	0,0
Pomoc při úklidu	0,0	0,0
Doprovod do škol/y, zaměstnání	14,3	14,3
Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu	7,1	0,0
Pomoc při osobní hygieně	0,0	0,0
Pomoc se zajištěním vzdělávacích aktivit	21,4	14,3
Zprostředkování relaxačních a uvolňovacích aktivit	7,1	7,1
Zprostředkování pohybových aktivit	7,1	7,1
Zprostředkování uměleckých aktivit (výtvarných, dramatických)	14,3	14,3
Zprostředkování terapeutických aktivit	7,1	7,1
Podpora rozvoje komunikačních dovedností	0,0	7,1
Podpora rozvoje sociálních dovedností	21,4	14,3
Pomoc se zajištěním volnočasových aktivit	21,4	14,3
Pomoc se zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím	57,1	35,7
Pomoc se zprostředkováním kontaktu s rodinnými příslušníky	7,1	0,0
Pomoc při uplatňování práv	7,1	0,0

* Nevztahuje se na původně prezenční služby/aktivity, který byly přesunuty do online prostředí, nevztahuje se také na služby, který byly poskytovány v omezeném rozsahu

Využívání personálních opatření v době pandemie zachycují tabulky č. 21 a 22. Mezi nejvíce využívaná opatření v počátku pandemie patřilo v obecné rovině provádění mimořádných pracovních činností a home office, dále se jednalo o práci přesčas (neplatí u RP), školení pracovníků a využívání online komunikace (u RP 94,7 %). Obecně platí, že byly málo využívané vnější zdroje: armáda, létající krizové týmy, studenti (zejména v rámci uložené pracovní povinnosti). V období 11–12/21 došlo obecně k poklesu využívání sledovaných personálních opatření (u TS ovšem došlo k navýšení u vzdělávání pracovníků o 21,4 % a u využívání dobrovolníků o 14,3 %). Sociální služby vykazovaly v obou sledovaných obdobích podobný profil v rámci využívání personálních opatření, výrazná odlišnost byla u vyššího využívání online komunikace u RP, u této služby bylo také zaznamenáno vyšší využívání formy home office v období 11–12/21.

Tabulka č. 21 – Využívaná opatření v rámci personální oblasti, počátek pandemie (v %)

Opatření	DS	DOZP	OA	RP	TS
Práce přesčas	24,1	68,8	43,1	10,5	71,4
Home office	44,6	68,8	64,7	89,5	50,0
Mimořádné pracovní činnosti	67,5	64,9	41,2	47,4	78,6
Dobrovolníci	19,3	32,5	13,7	15,8	0,0
Studenti – praxe	16,9	22,1	3,9	10,5	14,3
Studenti – uložená pracovní povinnost	2,4	20,8	5,9	0,0	0,0
Pomoc armády	0,0	5,2	0,0	0,0	0,0
Létající krizové týmy	2,4	1,3	2,0	0,0	0,0
Nábor nových pracovníků	7,2	19,5	27,5	5,3	0,0
Online komunikace	41,0	40,3	60,8	94,7	35,7
Supervize	25,3	26,0	39,2	47,4	28,6
Odb. pomoc: psychol. poradenství, krizová int.	8,4	6,5	25,5	31,6	7,1
Školení/vzdělávání pracovníků	41,0	32,5	52,9	42,1	35,7

Tabulka č. 22 – Využívaná opatření v rámci personální oblasti, období listopad až prosinec 2021 (v %)

Opatření	DS	DOZP	OA	RP	TS
Práce přesčas	16,9	31,2	41,2	5,3	57,1
Home office	20,5	24,7	33,3	73,7	21,4
Mimořádné pracovní činnosti	34,9	26,0	23,5	21,1	50,0
Dobrovolníci	7,2	11,7	3,9	10,5	14,3
Studenti – praxe	9,6	13,0	3,9	10,5	14,3
Studenti – uložená pracovní povinnost	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1
Pomoc armády	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Létající krizové týmy	1,2	0,0	2,0	0,0	0,0
Nábor nových pracovníků	4,8	13,0	23,5	5,3	7,1
Online komunikace	27,7	29,9	43,1	78,9	28,6
Supervize	26,5	31,2	43,1	47,4	28,6
Odb. pomoc: psychol. poradenství, krizová int.	9,6	6,5	23,5	26,3	7,1
Školení/vzdělávání pracovníků	44,6	35,1	49,0	42,1	57,1

Sledovány byly také nejvíce problematické okruhy v rámci personální oblasti, uvedeny jsou v tabulkách č. 23 a 24. V počátku pandemie se v obecné rovině nejčastěji jednalo o personální nedostatek (u OA 90,2 %), a s tím související onemocnění pracovníků a péče o dítě. Dále byla uváděna únava a vyčerpání pracovníků a zhoršená nálada v týmu (u TS 71,4 %). Nejméně bylo uváděno ukončení pracovního poměru (0–11,8 %). V období 11–12/21 byla uváděna nižší intenzita sledovaných potíží, u RP byl uveden nulový výskyt u ukončení pracovního poměru, zhoršení psychického stavu pracovníků, vzniku fyzických zdravotních potíží a u zhoršení vztahů v týmu.

Tabulka č. 23 – Nejvíce problematické okruhy v rámci personální oblasti, počátek pandemie (v %)

Problematické okruhy	DS	DOZP	OA	RP	TS
Personální nedostatek	74,7	89,6	90,2	63,2	71,4
Ukončení pracovního poměru	6,0	2,6	11,8	5,3	0,0
Únava, vyčerpání pracovníků	34,9	63,6	66,7	47,4	42,9
Zhoršený psych. stav pracovníků	16,9	29,9	27,5	15,8	21,4
Vznik fyzických zdravotních potíží	15,7	15,6	9,8	21,1	14,3
Zhoršení vztahů v týmu	10,8	23,4	7,8	0,0	35,7
Zhoršená nálada v týmu	25,3	40,3	37,3	36,8	71,4
Nedost. kompetence/znalosti pracovníků	16,9	24,7	15,7	15,8	21,4
Onemocnění pracovníků	61,4	85,7	82,4	42,1	57,1
Péče o dítě	59,0	64,9	62,7	63,2	50,0
Ošetřování blízké osoby	14,5	23,4	21,6	10,5	14,3

Tabulka č. 24 – Nejvíce problematické okruhy v rámci personální oblasti, období listopad až prosinec 2021 (v %)

Problematické okruhy	DS	DOZP	OA	RP	TS
Personální nedostatek	42,2	39,0	74,5	31,6	50,0
Ukončení pracovního poměru	7,2	6,5	7,8	0,0	0,0
Únava, vyčerpání pracovníků	31,3	32,5	45,1	21,1	35,7
Zhoršený psych. stav pracovníků	10,8	11,7	19,6	0,0	21,4
Vznik fyzických zdravotních potíží	8,4	7,8	13,7	0,0	14,3
Zhoršení vztahů v týmu	12,0	14,3	5,9	0,0	35,7
Zhoršená nálada v týmu	24,1	26,0	33,3	15,8	42,9
Nedost. kompetence/znalosti pracovníků	4,8	2,6	7,8	5,3	7,1
Onemocnění pracovníků	31,3	33,8	62,7	10,5	42,9
Péče o dítě	27,7	19,5	43,1	31,6	21,4
Ošetřování blízké osoby	6,0	9,1	19,6	10,5	7,1

Ve všech sledovaných typech sociálních služeb byla využívána online komunikace, míra jejího využívání se lišila u jednotlivých oblastí, profil využívání online komunikace byl při srovnání daných typů služeb spíše podobný, mírně se odlišovala raná péče. V počátku pandemie se online komunikace nejvíce využívala v rámci akreditovaného vzdělávání (57,1–84,2 %) a dále v rámci porad (43,4–89,5 %). Z hlediska typu byla online komunikace nejvíce využívána u rané péče (platí pro všechny sledované oblasti), u této služby byla online komunikace výrazně využívána při komunikaci s klienty (89,5 %). V období 11–12/21 byla online komunikace obecně využívána méně, pouze u TS došlo k nárůstu využívání této komunikace, a to u komunikace se zákonnými zástupci/s blízkými osobami (14,3 %), u komunikace s klienty (7,1 %) a u akreditovaného vzdělávání (7,1 %). Podrobnosti jsou uvedeny v tabulkách číslo 25 a 26.

Tabulka č. 25 – Oblasti, ve kterých byla v období pandemie využívána online komunikace, počátek pandemie (v %)

Oblasti online komunikace	DS	DOZP	OA	RP	TS
Porady	43,4	62,3	72,5	89,5	64,3
Intervize	16,9	18,2	35,3	68,4	35,7
Supervize	9,6	18,2	21,6	47,4	28,6
Neakred. vzdělávání/školení pracovníků	28,9	35,1	47,1	78,9	50,0
Akred. vzdělávání/školení pracovníků	63,9	57,1	72,5	84,2	78,6
Komunikace s klienty	18,1	13,0	17,6	89,5	21,4
Komunikace se ZZ / s blízkými osobami aj.	49,4	64,9	39,2	68,4	35,7
Komunikace s úřady / institucemi	41,0	59,7	52,9	68,4	35,7

Tabulka č. 26 – Oblasti, ve kterých byla v období pandemie využívána online komunikace, období listopad až prosinec 2021 (v %)

Oblasti online komunikace	DS	DOZP	OA	RP	TS
Porady	28,9	37,7	31,4	57,9	28,6
Intervize	12,0	10,4	19,6	42,1	21,4
Supervize	6,0	13,0	11,8	21,1	28,6
Neakred. vzdělávání/školení pracovníků	27,7	23,4	35,3	63,2	42,9
Akred. vzdělávání/školení pracovníků	65,1	54,5	66,7	68,4	85,7
Komunikace s klienty	10,8	7,8	17,6	68,4	28,6
Komunikace se ZZ / s blízkými osobami aj.	36,1	40,3	25,5	52,6	50,0
Komunikace s úřady / institucemi	34,9	35,1	35,3	52,6	35,7

Využívání online komunikace bylo spojeno také s některými problémy, nejvíce problematické oblasti jsou uvedeny v tabulkách číslo 27 a 28. Největší intenzitu sledovaných potíží v počátku pandemie udávala raná péče, z hlediska konkrétních položek se jednalo o potíže s technikou na straně klientů a blízkých osob (68,4 %), u této služby byla také nejvyšší míra neochoty využívat online komunikaci ze strany klientů a blízkých osob a nejvyšší míra nedostatečných kompetencí u klientů a blízkých osob a zákonných zástupců. V období 11–12/21 byla udávána intenzita potíží nižší, struktura potíží (profil) byla podobná jako v počátku pandemie.

Tabulka č. 27 – Nejvíce problematické oblasti při využívání online komunikace, počátek pandemie (v %)

Problematické oblasti	DS	DOZP	OA	RP	TS
Kompetence u zaměstnanců	26,5	27,3	19,6	5,3	35,7
Kompetence u klientů / ZZ, blízkých os.	18,1	27,3	17,6	42,1	28,6
Technika na straně služby	25,3	27,3	35,3	26,3	14,3
Technika – klienti / ZZ, blízké os.	30,1	41,6	23,5	68,4	28,6
Nedostatek financí – klienti / ZZ, blízké os.	10,8	10,4	13,7	26,3	7,1
Neochota využívat online – zaměstnanci	8,4	13,0	9,8	5,3	7,1
Neochota využívat online – kl. / ZZ, blízké os.	12,0	13,0	19,6	36,8	21,4
Špatné zkušenosti s online komunikací	9,6	3,9	13,7	10,5	7,1

Tabulka č. 28 – Nejvíce problematické oblasti při využívání online komunikace, období listopad až prosinec 2021 (v %)

Problematické oblasti	DS	DOZP	OA	RP	TS
Kompetence u zaměstnanců	10,8	9,1	11,8	0,0	14,3
Kompetence u klientů / ZZ, blízkých os.	12,0	14,3	11,8	21,1	21,4
Technika na straně služby	12,0	9,1	19,6	0,0	14,3
Technika – klienti / ZZ, blízké os.	15,7	15,6	19,6	42,1	28,6
Nedostatek financí – klienti / ZZ, blízké os.	7,2	6,5	11,8	15,8	7,1
Neochota využívat online – zaměstnanci	4,8	5,2	3,9	0,0	7,1
Neochota využívat online – kl. / ZZ, blízké os.	7,2	7,8	9,8	15,8	7,1
Špatné zkušenosti s online komunikací	3,6	2,6	5,9	10,5	0,0

Mezi další uváděné potíže patřily: nadměrná a zatěžující administrativa, špatná spolupráce s lékaři, finanční potíže, očkování klientů/zaměstnanců. Služby dále uváděly, co by jim pomohlo v případě další/nové pandemie virového onemocnění (podobného rozsahu). Jednalo se o dostatečné personální zajištění, dostatek financí a také o dostatek informací a adekvátní metodickou podporu. Případná metodická podpora by měla být co nejvíce konkrétní, určená pro daný typ služby a reflektující specifika daného typu, informace by měly být na jednom místě, měly by být přehledné a srozumitelné (metodická podpora a informace mají mít takovou podobu, aby nebylo nutné tyto materiály dále zpracovávat a složitě s nimi pracovat). Změny nemají být příliš časté, na realizaci případných opatření má být dostatek času. Vydávaná nařízení/opatření by měla dávat smysl, objevoval se požadavek na to, aby instituce (vláda, ministerstva) nevytvářely chaos.

2) Navazující kvalitativní šetření

Na popsané dotazníkové šetření navázalo šetření další, které mělo kvalitativní podobu. Šetření bylo rozděleno do dvou dílčích fází. Cílem první fáze bylo získat kvalitativní data za oblasti, které byly zkoumány v dotazníkovém šetření (informační zdroje využívané v době pandemie; ochranné pomůcky; využívaná opatření; práce s klientem; omezení poskytovaných služeb; personální oblast; využívání online komunikace) – cílem tedy bylo získat kvalitativní popis toho, jaké potíže vznikly ve službách v souvislosti s pandemií onemocnění COVID a jak služby na pandemickou situaci reagovaly, dále bylo zjišťováno, co by služby potřebovaly v případě další/nové pandemické situace spojené s virovým onemocněním (kvalitativní dokreslení dat získaných z dotazníkového šetření). Na základě dat z předvýzkumu, z dotazníkového šetření a z první fáze návazného kvalitativního šetření byl vytvořen návrh doporučených postupů v době pandemie virového onemocnění. Cílem druhé fáze návazného kvalitativního šetření bylo získat reflexi účastníků výzkumu k uvedenému návrhu.

Výzkumné otázky 1. fáze:

- 1) Jaké informační zdroje sledované služby v období pandemie využívaly a jaké potíže byly s využíváním informačních zdrojů spojené?
- 2) Jaké potíže měly sledované služby s využíváním ochranných pomůcek v období pandemie?
- 3) S jakými potížemi se sledované služby setkávaly při práci s klienty během období pandemie?

- 4) Jaká opatření realizovaly sledované služby v období pandemie v personální oblasti a jaké potíže služby v personální oblasti měly?
- 5) Jakým způsobem využívaly sledované služby v období pandemie online komunikaci a s jakými potížemi bylo využívání této komunikace spojeno?
- 6) Co by služby potřebovaly v případě další/nové pandemické situace spojené s virovým onemocněním.

Výzkumné otázky 2. fáze:

- 1) Jak zástupci sledovaných sociálních služeb vnímají návrh preventivních doporučených postupů?
- 2) Jak zástupci sledovaných sociálních služeb vnímají návrh doporučených postupů v době pandemie, které se vztahují k počátku a průběhu pandemie?
- 3) Jak zástupci sledovaných sociálních služeb vnímají návrh doporučených postupů v době pandemie, které se vztahují k ukončení pandemie?

Sběr dat byl v obou fázích proveden pomocí fokusních skupin (polostrukturovaná forma). V každé fázi bylo realizováno celkem pět skupin – jedna skupina byla vždy za jeden sledovaný typ sociální služby. Fokusní skupiny byly realizovány v online prostoru v prostředí MS Teams. První fáze fokusních skupin byla realizována v březnu a dubnu 2022, druhá pak v červnu 2022. Každá skupina byla vedena jedním až dvěma pracovníky výzkumného týmu. Z průběhu skupiny byl pořízen videozáznam, ten byl následně manuálně přepsán do textové podoby (doslovný přepis) – výsledný text byl analyzován pomocí kvalitativní obsahové analýzy v programu Atlas.ti (kódování textu, hierarchické uspořádání systému kódů). Při přepisu byly záznamy anonymizovány.

Fokusní skupiny měly rozsah 3–5 účastníků (tabulka č. 29). Účastníci v první a druhé fázi popisovaného šetření byli stejní. Výběr účastníků výzkumu byl příležitostný a záměrný (kombinace obou metod), účastníci obdrželi za účast ve fokusních skupinách honorář. Délka fokusních skupin se pohybovala mezi 2–3 hodinami. Účastníci byly seznámeni s cílem a naplánovaným průběhem výzkumu, všichni účastníci podepsali informovaný souhlas před vlastní účastí ve výzkumu, všichni pracovníci služeb zapojení do výzkumu mohli z šetření kdykoli odstoupit. Ve všech případech se jednalo o vedoucí pracovníky sociálních služeb (vedoucí služby/ředitel poskytovatele, případně jejich zástupci).

Tabulka č. 29 – Počet účastníků fokusních skupin, návazné kvalitativní šetření

Typ služby	1. fáze	2. fáze
DS	4	3
DOZP	4	3
OA	5	5
RP	5	5
TS	5	3
Celkem	23	19

Výsledky

Níže jsou uvedeny výsledky analýzy záznamů z fokusních skupin, samostatně jsou prezentovány výsledky z obou fází. Je nutné upozornit na to, že se jedná o výsledky kvalitativního šetření – cílem bylo

zachytit a popsat jevy vztažené k uvedeným výzkumným otázkám, na základě získaných dat není možné usuzovat na relativní výskyt jednotlivých jevů.

Výsledky 1. fáze

Informační zdroje

Účastníci výzkumu shodně popisovali počátek pandemie jako náročné období. Informovanost hodnotili jako nedostatečnou, resp. špatnou, celé období bylo často popisováno jako chaotické. Služby musely informace složitě získávat z různých zdrojů, získané informace musely dále zpracovávat a interpretovat, informace pro ně nebyly vždy přehledné a srozumitelné, některé informační zdroje si podle názoru účastníků odporovaly. Jako problém bylo vnímáno to, že informace nebyly vydávány specificky pro jednotlivé typy služeb (problematické to bylo zejména u terénních služeb). Negativně byly hodnoceny příliš časté změny, kdy byla často (a chaoticky) vydávána nařízení ze strany ministerstev/úřadu vlády. Služby dále popisovaly, že měly málo času na realizaci nutných opatření. Řada účastníků výzkumu popisovala dobrou zkušenost s materiály APSS – ta informace z různých zdrojů zpracovávala a třídila, službám dávala k dispozici přehledné a srozumitelné materiály. Z hlediska nedostatku informací byla zmiňována zejména zdravotní a právní oblast (ve vztahu ke klientům i zaměstnancům). Někteří účastníci vyjadřovali pochopení v kontextu nedostatku informací – jednalo se o zcela novou, mimořádnou a neočekávanou událost. Rozdílná zkušenost byla popisována v případě spolupráce s dalšími subjekty/institucemi (KSH, kraje, obce atd.). V řadě případů bylo s postupující dobou pandemie (další vlny) popisováno zlepšení.

Ochranné pomůcky

Závažný problém byl pro všechny zapojené služby nedostatek ochranných pomůcek v počátku pandemie, někdy byla zmiňována také jejich nízká kvalita. Během dalšího období pandemie se z pohledu služeb dostupnost zlepšila. Druhým závažným problémem byl pro služby nedostatek financí na ochranné pomůcky. Někteří účastníci dále zmiňovali, že bylo pro pracovníky náročné a zatěžující celodenní nošení ochranných pomůcek. Specifické potíže pak vznikaly u terénních služeb (převlékání ochranných oděvů, likvidace ochranných pomůcek atd.), zástupci rané péče dále uváděli, že bylo náročné pracovat v OP s dětmi (strach dětí, špatné reakce na pracovníky, zhoršená možnost číst mimiku pracovníků atd.).

Neochota využívat ochranné pomůcky u pracovníků byla uváděna zřídka, popisována byla naopak u některých klientů a blízkých osob, zástupci rané péče uváděli tento problém u rodičů dětí v rámci domácích návštěv. Podle jednoho z účastníků bylo kontraproduktivní to, že klienti s mentálním postižením nemuseli používat ochranné pomůcky.

Klienti

Nákaza onemocnění COVID u klientů měla v různých zařízeních různou intenzitu, vyskytla se ovšem v každém zkoumaném zařízení, popsáno bylo také úmrtí klientů. Klienti (a jejich rodiny) se pandemické situace často báli (podobně se báli i rodiny klientů), nezřídka se stávalo, že klienti (resp. jejich rodiny) z toho důvodu přerušili čerpání služeb – pro služby to někdy znamenalo, že přišly o úhrady od klientů (nepříjemný zásah do rozpočtu), účastníci uváděli, že se někteří klienti do služby už nevrátili. Pro řadu klientů byl pak návrat do služby náročný (přetrvávající strach). Pro některé klienty, například s mentálním postižením, bylo náročné celou situaci pochopit (pro pracovníky pak bylo náročné

klientům situaci vysvětlit). V některých zařízeních představovalo problém to, že se klienti nechťeli nechat očkovat.

Velmi často byla negativně hodnocena izolace klientů z důvodu dočasného uzavření některých služeb, nastavených opatření ve službách (omezení sociálního kontaktu, omezení vycházení atd.), případně také z důvodu výše uvedeného přerušování čerpání služeb. Klienti tuto situaci prožívali často negativně, prožívaná izolace byla popisována v případě přítomnosti klientů ve službě i v případě přítomnosti klientů doma. Omezení realizovaných aktivit a sociálních kontaktů vedlo u některých klientů k pasivitě spojené se zvýšením tělesné váhy (pro pracovníky bylo obtížné některé klienty aktivizovat), někdy bylo popisováno také zhoršení psychického a fyzického stavu klientů, celkové zhoršení aktuálního stavu klientů („propad“ klientů), popisována byla také ztráta dosažených dovedností a dosažené vývojové úrovně (u dětí). Pro řadu služeb bylo obtížné naplňovat stanovené individuální plány klientů.

Často zaznívala zkušenost, že bylo obtížné zajistit klientům potřebnou zdravotní péči ve spolupráci s externími lékaři – nebylo možné se lékařům dovolat, lékaři nechťeli jezdit do služeb za klienty, někteří lékaři dočasně uzavřeli ordinace, zdravotní péče byla celkově dočasně omezena (v neakutních případech) atd. Popisována byla v některých případech špatná spolupráce s opatrovníky (kteří například odmítali využívat online komunikaci).

Personální oblast

Účastníci se shodovali na tom, že byla celá pandemická situace pro pracovníky služeb značně zatěžující, vyčerpávající a stresující (riziko nákazy, zvýšená pracovní zátěž, zvýšené nároky na orientaci a adaptaci atd.), popisován byl prožitek strachu na straně zaměstnanců. Většina zástupců služeb uváděla zkušenost s personálním nedostatkem v době pandemie. Dvojitá zátěž představovala pro některé pracovníky potřeba skloubit náročnou pracovní situaci s péčí o blízké osoby – to se týkalo zejména matek.

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

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

Zvýšená pracovní zátěž se v některých případech projevila na zdraví pracovníků, v jednom případě byl popisován vznik duševního onemocnění u jedné z pracovnic.

Rozdílně byla hodnocena supervize. Pro některá zařízení byla realizovaná supervize přínosem, jinde ji vnímali spíše negativně, pracovníci o ni neměli zájem (v případě dobrovolné supervize). Někteří účastníci výzkumu popisovali nedostatek supervizorů v období pandemie.

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

Online komunikace

Výrazným tématem bylo využívání informačních technologií, specificky pak online komunikace. Služby v rámci svých možností modifikovaly služby a pokud to šlo, tak je převáděly do online prostředí, s klienty velmi často komunikovali online. Řada pracovníků (zejména straších) se musela naučit zmíněné technologie používat (což představovala pro pracovníky v už tak náročné situaci zvýšené nároky). Online technologie byly využívány také v rámci vzdělávání, v některých případech také v rámci supervizí (funkčnost a efektivita online supervizí byla ze strany účastníků hodnocena různě, zaznívaly i negativní zkušenosti). Zmiňovány byly také limity využívání IT – pro některé klienty to bylo příliš náročné, například pro klienty s mentálním postižením. Zatěžující byla pro služby také nutnost nakoupit potřebné vybavení.

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

Potřeby v případě nové pandemické situace

Mezi účastníky zazníval opakovaně názor, že je pro dobré fungování v krizi potřeba lepší fungování služeb i v mimokrizovém období – je potřeba mít standardně dostatek financí, materiálního vybavení a také dostatek kvalitních a kompetentních pracovníků (v krizovém období se případné nedostatky v těchto oblastech ještě zvýrazní). Popisována byla také potřeba mít fungující instituce (ministerstvo, kraj, obec, hygiena atd.) s dostatečnou kapacitou (například pro konzultace).

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

V názoru na míru autonomie služeb, resp. míru metodického vedení se účastníci výzkumu lišili. U některých zapojených zástupců sledovaných sociálních služeb existoval názor odmítající vytváření metodik v souvislosti s (novou) pandemií virového onemocnění, tento názor se objevoval ve více fokusních skupinách. Podle tohoto názoru je uvedená metodika zbytečná, z pohledu potřeb a zájmů klientů spíše kontraproduktivní, v některých případech může službě spíše ztěžovat práci, může vést

k rigidním a neefektivním postupům. Podle uvedených pracovníků jsou někdy metodické postupy odtržené od každodenní reality služeb, nerespektují individuální potřeby jednotlivé služby, jednotlivého klienta. Tito pracovníci naopak požadovali dostatek autonomie při rozhodování o opatřeních – vedení a pracovníci dané služby vědí nejlépe, co klientům ve službě prospěje (tyto klienty dobře znají, znají jejich potřeby). Pokud by se vydával nějaký metodický materiál, měl by mít spíše doporučující charakter. Vedle toho se ve fokusních skupinách objevoval explicitně vyjádřený požadavek na vytvoření metodických materiálů – metodika byla v tomto případě vnímána pozitivně jako něco, co usnadňuje práci, metodický materiál byl vnímán jako ulehčující návod, kdy pak „není potřeba přemýšlet“, což šetří čas, roli může hrát také otázka odpovědnosti (v případě nařízených postupů je odpovědnost částečně přesunuta mimo službu na systém). Z hlediska obsahu se obecně objevoval spíše požadavek na metodiku, která bude definovat základní pracovní rámec – bude tak jasné, co se smí/musí/nesmí (z pohledu práva, hygieny atd.), méně se objevoval požadavek na podrobnou metodiku popisující přímou práci s klienty – lze konstatovat, že v této oblasti si sociální služby věřily, cítily svou kompetenci.

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

Velmi často zazníval požadavek na snížení administrativy v případném akutním krizovém období, některé služby by v krizovém období uvítaly snížení nároků na povinné vzdělávání zaměstnanců. Všichni účastníci vyjádřili potřebu mít v pandemickém období zajištěn dostatek financí na provoz, nákup ochranných pomůcek a potřebného technického vybavení, také na adekvátní finanční ohodnocení pracovníků, jeden z účastníků navrhoval také finance ohodnocení dobrovolníků a externistů (motivační faktor), podobně byly zmiňovány různé nefinanční benefity pro tyto osoby. V rámci péče o zaměstnance byl zmiňován také požadavek na dostatek supervizorů, možnost využívat krizovou intervenci, psychologické služby atd. Někteří účastníci navrhovali vytvořit databázi zaměstnanců služeb spolu s databází dobrovolníků. Objevoval se také požadavek na to, aby byla lépe ošetřena problematika očkování zaměstnanců – jednalo se o otázky povinného očkování, dále pak o potřeby systémového ošetření situací, kdy pracovník odmítá očkování (analogicky byla situace diskutována také u klientů). Objevil se také požadavek na to, mít dostatek objektivních dat o pandemické situaci.

Výsledky 2. fáze

Období před vypuknutím pandemie

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

požadavek na právní výklady vztažené k práci s klientem (např. mít ošetřené situace, kdy z důvodu nepříznivých okolností hrozí porušování práv klientů).

Ve fokusních skupinách zazněl několikrát názor, že by MPSV mělo mít předem připravený krizový tým, který by mimo jiné poskytoval službám rychlou a adekvátní metodickou podporu v případě vzniku krizové situace. Měla by být dopředu připravená krizová komunikace směrem ke službám. Objevoval se požadavek na dostatečnou možnost konzultovat (v podstatě kdykoli a cokoli) – to platí ve vztahu k MPSV i ve vztahu ke krajům. Objevoval se také specifický požadavek na to, aby byl ministerský krizový tým sestaven tak, aby byl jeden člen týmu zodpovědný vždy za konkrétní typ služby (a mohl tak poskytovat cílenou podporu, která bude respektovat specifika daného typu služby).

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

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

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

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

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

Období vypuknutí a průběhu pandemie

V obecné rovině se objevoval požadavek na to, aby byl celý systém co nejvíce pružný a efektivní. Mezi účastníky panovala shoda nad podobou případných informačních a metodických materiálů. Zazníval obecný požadavek mít dostatek informací. Poskytnuté materiály musí službám dávat smysl, různé zdroje si nesmí odporovat. Často zazníval požadavek na včasné aktuální informace (doporučení), celý systém by měl být předvídatelný, nemají být časté změny, služby mají mít dostatek času na realizaci opatření. Případné doporučené postupy mají být připraveny specificky pro konkrétní typ služby. Informace mají být jasné a srozumitelné, musí být zpracovány tak, aby nebylo nutné v nich složitě dohledávat potřebné údaje a dále s nimi pracovat (tedy preference modelu „přečíst – ihned porozumět

– aplikovat“). Poskytnuté informační a metodické materiály by měly být co nejvíce stručné – někteří účastníci preferovali doplnění uvedených materiálů o krátká shrnutí, se kterými by se jim lépe pracovalo, jiní účastníci měli požadavek na to, aby byly co nejvíc stručné samotné informační a metodické materiály. Shoda panovala na tom, že by všechny informace měly být umístěny centrálně na jednom místě.

Účastníci výzkumu se lišili v názoru na míru autonomie služeb v době pandemie ve vztahu k opatřením. Na jedné straně zazníval požadavek na to, mít vše metodicky určeno a detailně popsáno od MPSV (šetření času při vymýšlení opatření, posílení jistoty, někdy explicitně uvedena potřeba zbavení se odpovědnosti za vlastní rozhodnutí služby v nejisté a nepřehledné situaci). Vedle tohoto názoru se objevoval požadavek na větší autonomii služeb v době pandemie (daná služba zná nejlépe své klienty, a dokáže tak nejefektivněji nastavit vhodná opatření ve prospěch klientů na základě znalosti jejich potřeb a také na základě individuální situace v zařízení; individuální nastavení je vždy efektivnější než plošná opatření).

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

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

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

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

V době pandemie by mělo dojít k systémovému zjednodušení výkaznictví a podle některých zástupců služeb také k dočasnému snížení nároků na nové pracovníky, dojít by mělo k celkovému zrychlení a zjednodušení celého přijímacího procesu (např. zrušení povinnosti mít zdravotní prohlídku). Systém by měl být nastaven tak, aby pracovníci z jedné služby mohli v případě potřeby vypomáhat ve službě jiné. Některé služby by v akutní fázi pandemie uvítaly zjednodušení systému nakupování ochranných pomůcek.

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

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

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



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

Období po skončení pandemie

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

Diskutováno bylo téma dostatečného a adekvátního zpracování proběhlé pandemie u zaměstnanců (v rovině odborné i osobní/psychologické). Účastníci se neshodli na tom, zda je možné toto zpracování provést v rámci intervizí, nebo zda je potřeba provádět ho s externím pracovníkem v rámci supervizí. Řada účastníků výzkumu ovšem vnímala toto zpracování jako důležité.

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

Doporučení a doporučené postupy pro MPSV

Jedním z výstupů řešení projektu „Změny ve vybraných sociálních službách zaměřených na osoby s postižením v době krizového stavu v důsledku virového onemocnění“ (TL05000413), který byl finančně podpořen Technologickou agenturou ČR, je soubor možných doporučení, která vznikla na základě prvních dvou výzkumných fází řešeného projektu, tedy dotazníkového šetření a fokusních skupin s poskytovateli vybraných typů sociálních služeb v České republice. Následující materiál je zpracován cíleně pro MPSV, coby aplikačního garanta uvedeného projektu a zároveň gestora systémového řízení sociálních služeb v ČR. Tato doporučení lze využít jako podklad pro úpravu nebo změnu legislativních dokumentů, strategických a koncepčních dokumentů orgánů státní nebo veřejné správy, předpisů nelegislativní povahy či k dalšímu směřování projektů výzkumu v oblasti sociálních služeb. Doporučení jsou doplněna vysvětlujícím komentářem a jsou koncipovaná pro celostátní i regionální úroveň, a to i v případech, kdy se jedná o onemocnění s epidemickým výskytem.

Doporučení pro MPSV ve vztahu k zákonu o sociálních službách

Doporučení č. 01: V souladu s krizovým řízením a s ohledem na organizační strukturu a systemizaci míst ustanovit krizového koordinátora, popř. krizový tým na MPSV, který bude předávat informace o postupech při řešení pandemie sociálním službám a který bude situaci monitorovat, vyhodnocovat a komunikovat (zejména ve směru k poskytovatelům, zřizovatelům, ale i klientům).

- Poznatek z výzkumu: nejednoznačné, chaotické, překrývající se i protichůdné informace; doporučení vydávána příliš pozdě, málo času na realizaci změn.
- Návrh: Doporučení pro organizační strukturu a systemizaci míst. Spolupráce s MZ, tj. MPSV by mělo krizového koordinátora, který by byl navázán na MZ (pandemický zákon a Vyhláška č. 101/2022 Sb. Vyhláška o systému epidemiologické bdělosti pro onemocnění COVID-19), potažmo KHS a kraje. V rámci krizového týmu zapojení epidemiologa, lékaře a právníka.

Doporučení č. 02: Vytvořit veřejně dostupný dokument s jednoznačně vytvořenými rolmi a zodpovědnostmi jednotlivých aktérů pro období probíhající epidemie/pandemie.

- Poznatek z výzkumu: objevovalo se protichůdné hodnocení role kraje; byl zmiňován menší význam obecních úřadů ve srovnání s krajskými (z hlediska poskytování informací); postrádání finálního dokumentu, který by jednoznačně deklaroval, kdo má jakou roli v době pandemie.
- Návrh: doporučení směřuje k vytvoření veřejně dostupnému a snadno dohledatelnému dokumentu, který by popisoval (shrnoval) základní vymezení rolí a činností jednotlivých aktérů v době závažné epidemiologické situace.

Doporučení č. 03 Ustanovit povinnost poskytovat metodickou podporu sociálním službám ze strany kraje/obce v době pandemické situace.

- Poznatek z výzkumu: potřeba metodické podpory; nemožnost konzultací; lze vnímat různý přístup jednotlivých služeb, různou míru aktivity/kreativity při hledání informací, požadavek na podporu vs. autonomii při nastavování opatření.
- Návrh: v současné době mají obce a kraje povinnost poskytovat metodickou podporu sociálním službám. Nyní je ve vyhlášce a ukazuje se, že je nedostatečné. Doporučení zakomponovat v zákoně o 108/2006 Sb.

Doporučení č. 04 Stanovit povinnost poskytovatelům sociálních služeb zakomponovat do postupů a pravidel pro nouzové a havarijní situace krizového pracovníka v sociálních službách.



- Poznatek z výzkumu: absence centralizované metodické podpory; chaotické řízení krizových situací; ředitel SS/vedoucí SS je často jediná osoba řešící krizi; absence personálních zdrojů i kapacit.
- Návrh: doplnit do Standardů kvality pozici krizového pracovníka, popř. krizového týmu do sociálních služeb.

Doporučení č. 05 Iniciovat a započít meziresortní diskuse k ustanovení povinnosti Krizového plánu ve všech formách a druzích sociálních služeb.

- Poznatek z výzkumu: získávání rozdílných informací z rozdílných zdrojů; nekompatibilita doporučení ministerstev.
- Návrh: zakomponovat do Standardu kvality povinnost mít písemně zpracovaný krizový plán pro všechny typy a formy sociálních služeb (SQ 14).

Doporučení č. 06: Podpora tvorby plánů pro krizové situace („krizový plán“) sociálních služeb; zodpovědnost poskytovatelů sociálních služeb pro tvorbu, aktualizaci a konkretizaci krizového plánu (prevence, krizové řízení, návrat do normálu) – tzn. *vzorové plány pro kritické situace*.

- Poznatky z výzkumu: je třeba nastavení jasných pravidel pro krizové situace v instituci, a to se zohledněním specifik jednotlivých druhů a forem sociálních služeb.
- Návrh: zakomponovat plány do zákona o SS a konkretizovat ve vyhlášce, resp. v příloze vyhlášky strukturu krizového plánu pro jednotlivé formy sociálních služeb. V příloze vyhlášky by byly zakomponovány vzory. Vzory plánů by byly rozděleny dle charakteru služeb na pobytové, terénní a bude-li třeba i ambulantní. Příklady pro vyplnění takového plánu by mohl vytvořit výzkumný tým pro 5 typů SS – RP, OA, DOZP, DS, TS.

Doporučení č. 07 Tvorba komplexního jednotného informačního (webového) portálu s meziresortním přesahem (potřebné informace pro sociální služby) pro případ hrozící pandemie a v případě pandemie.

- Poznatek z výzkumu: významným zdrojem informací jsou média a profesní a zájmové organizace; problematika nejasných a nejednotných informací, potřeba centralizovaného zdroje s ověřenými informacemi; na počátku pandemie více zdrojů než v průběhu, tj. nepodcenit stav, kdy pandemie probíhá.
- Návrh: Podat podnět v rámci komunikačních systémů ve veřejné správě k zavedení jednotného komunikačního nástroje či jednotné komunikační platformy (s využitím potenciálu profesních organizací, krajů apod., ale s garancí informací ze strany MPSV). Zvážit, zda by nebylo vhodné zakotvit v zákoně. Provázanost s doporučením č. 04 – poskytovat metodickou podporu.

Doporučení č. 08: Podpora online poskytování sociálních služeb a objasnění pravidel využívání distanční formy sociálních služeb.

- Poznatky z výzkumu: podpora přechodu do online poskytování sociálních služeb; potřeba jasných pravidel při využívání online; objasnit pravidla pro využívání distanční formy sociálních služeb.
- Návrh: zakomponovat online formu poskytování sociálních služeb do zákona o sociálních službách. A zahájit meziresortní jednání a provázat se zákonem o digitalizaci.

Doporučení č. 09: Podpora online komunikace poskytovatelů sociálních služeb.

- Poznatek z výzkumu: výrazným tématem bylo využívání IT, specificky pak online komunikace.
- Návrh: zakomponovat formy online komunikace do Standardů kvality – zejména SQ 3, 5, 12. Zajistit provázanost s pravidly kybernetické bezpečnosti.

Doporučení č. 10: Podpora „druhologie“ sociálních služeb.

- Poznatek z výzkumu: v průběhu pandemie organizace propojovaly personální kapacity mezi službami (např. osobní asistence a pečovatelská služba; týdenní stacionář a odlehčovací služba).
- Návrh: zvážit sloučení některých druhů a typů sociálních služeb.

Doporučení č. 11: Umožnit sociálním službám poskytovat činnosti jiných druhů a forem sociálních služeb v případě epidemiologického stavu.

- Poznatek z výzkumu: sociální služby poskytovaly nezbytné činnosti ve prospěch klienta, které však byly nad rámec registrace konkrétní služby.
- Návrh: možnost poskytovat úkony jiných typů sociálních služeb (Např. denní stacionář může v době pandemie poskytovat terénní služby i bez nové registrace).

Doporučení č. 12: Ve spolupráci s MZ vytvořit přehled jednotlivých biologických agens a k tomu přiřadit doporučené základní postupy pro sociální služby (spolupráce MPSV a MZ a Hlavní hygienik ČR).

- Poznatek z výzkumu: každý klient je jinak ohrožen – důsledek povahy postižení. Problém v komunikaci a předávání informací. Nejasná pravidla.
- Návrh: doporučení spočívá v propojení znalosti o biologických agens s charakteristikou problémů klienta. To přinese základní podklady pro rychlou orientaci v pandemické situaci (např. závažnost symptomů a rychlost přenosu = základní postupy/pomůcky). Paralela se zdravotními postupy – nesmí být rigidní a musí být zachován akcent na individualizaci. Jedná se tedy o prvotní manuál pro rozhodování v krizové situaci. Dle následného zjišťování poznatků o podobě viru bude možné postupy modifikovat. Je však třeba v praxi rozlišovat, co je doporučení/opatření a co je informace.

Doporučení č. 13 Evidence-based policy v oblasti plánování krajů a obcí v době krizového stavu.

- Poznatek z výzkumu: potřeba informací o klientele; potřeba znalosti kapacit sociálních služeb; potřeba průběžné evidence míst v jednotlivých typech sociálních služeb.
- Návrh: v rámci Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb dát za povinnost krajům zajistit plánování sociálních služeb v době závažné epidemiologické situace (Vypracovat kontrolní monitoring krajů v otázce sítí a prognóz klientely sociálních služeb. MPSV bude disponovat daty o klientele SS, což umožní nejen průběžné analýzy a vyhodnocování, ale též lépe nasměrovat vydávaná doporučení.). Případně zvážit povinnost tvorby SDPRSS pro ORP. Zde je nezbytné, aby byl jednoznačně specifikovaný účel sběru dat a aby analýza dat (vč. vyhodnocení dat) proběhla. Následně informace z tohoto sběru dat poskytnout zpět sociálním službám.

Doporučení č. 14: Stanovit povinnost krajů zřídit „létařské týmy“ v době závažné epidemiologické situace.

- Poznatek z výzkumu: potřeba aktuální/rychlé právní podpory; potřeba rychlého lékařského posouzení; pozitivní hodnocení létařských týmů.
- Návrh: Stanovit krajům povinnost zřízení odborných týmů pro podporu sociálních služeb v době pandemie.

Doporučení č. 15: Do zákona o sociálních službách (§ 3) zařadit terminologii spojenou s pandemií a pandemickou situací v sociálních službách.

- Poznatek z výzkumu: potřeba vymezené terminologie.

- Návrh: vytvořit přehled používaných termínů, vč. jejich závažnosti pro plnění. Vyspecifikovat pojmosloví (pandemie, létající tým, krizový plán atd.).

Další doporučení pro MPSV

Doporučení č. 16: Poskytnout příklady dobré praxe v oblasti spolupráce mezi poskytovateli sociálních služeb v době pandemie.

- Poznatek z výzkumu: relativně málo udávaná spolupráce mezi jednotlivými službami. Potřeba sdílení. Potřeba příkladů řešení. V případě uzavření služby DS zvýšený přechod do služeb OA.
- Návrh: uvést pozitivní příklady spolupráce, například při přechodu z jednoho typu sociální služby do jiného. Nejedná se o legislativní podnět.

Doporučení č. 17: Jednotné podmínky dotačních řízení u poskytovatelů sociálních služeb v období pandemie.

- Poznatek z výzkumu: v průběhu pandemie a odměn došlo k velkým rozdílům v odměňování sociálních pracovníků v sociálních službách.
- Návrh: podpora při sladování financování veřejných a neveřejných poskytovatelů sociálních služeb v období pandemie.

Doporučení č. 18: Podpora v rozhodování a při naplňování kompetencí souvisejících s pandemickým stavem v sociálních službách.

- Poznatek z výzkumu: požadují dostatek autonomie při rozhodování o opatřeních – vedení a pracovníci dané služby vědí nejlépe, co klientům ve službě nejvíce prospěje (tyto klienty dobře znají, vědí o jejich potřebách). Nejistota v rozhodování v době pandemie.
- Návrh: vymezení kompetence zřizovatele v době pandemie. Např. omezení návštěv, omezení pohybu uvnitř zařízení, sociální kontakty klientů. Práce s lidskými zdroji, supervize a metodická podpora krizového managementu.

Doporučení č. 19: Optimalizovat administrativní zátěž sociálních služeb v rámci krizového řízení organizace v době pandemie.

- Poznatek z výzkumu: problematika čerpání dotací; každodenní evidence povinných ukazatelů a vykazování; opakování předávaných informací – nejednotný systém; opakovaně předávaná stejná informace jiným subjektům.
- Návrh: optimalizovat počet sledovaných informací, tj. neklást na sociální služby další požadavky.

Doporučení č. 20: Vymezit závažnost „Doporučených postupů“ vydávaných v době pandemie.

- Poznatek z výzkumu: nejasnost, jak má SS fungovat. Jak závazná jsou opatření a doporučení vydávaná MPSV. Problematika zveřejnění a oznámení.
- Návrh: vytvořit přehled používané terminologie při vydávání dokumentů a zveřejnit jej na webových stránkách MPSV.