

Závěrečná zpráva: KA1 Standardizace tísňové péče

MINIMÁLNÍ NEPODKROČITELNÉ STANDARDY SOCIÁLNÍ SLUŽBY TÍŠŇOVÁ PÉČE
GERONTOLOGICKÝ INSTITUT, O.P.S.



Obsah :

1.1. Standardizace sociální služby tísňová péče - Úvod	2
1.1.1. Tísňová péče, jako podpora nezávislosti a autonomie:.....	2
1.1.2. Proč chceme standardizovat tísňovou péči?	4
1.1.3. Kulaté stoly:	5
1.2. Proces standardizace:.....	9
1.2.1 Standard jako rámec/záruka kvality nikoli unifikace služby.....	9
1.2.2. Alternativy standardizace:.....	13
1.2.3. Okruhy standardizace:.....	14
2.1. Formulace nové definice sociální služby tísňová péče – věcný záměr	15
2.1.1. Současná definice	15
2.1.2. Odůvodnění:	16
2.1.3. Návrh nové definice:	18
3.1. Nastavení minimálních nepodkročitelných standardů.....	19
3.1.1. Diskuse.....	19
3.2.2 Nepodkročitelné standardy - závěr	23



1.1. Standardizace sociální služby tísňová péče - Úvod

1.1.1. Tísňová péče, jako podpora nezávislosti a autonomie:

Stáří je neodmyslitelně spojeno s úbytkem fyzických a psychických sil. Atrofie zasahuje všechny orgány a tkáně, včetně mozku, důležitá tkáň je nahrazována tkání pojivovou. Mění se i psychické funkce, zejména funkce kognitivní, u nichž dochází k celkovému zpomalení.

Až u devadesáti procent seniorů se vyskytují potíže se zrakem, až u třiceti procent lze pozorovat problémy ve sluchové percepci. Roste počet seniorů, kteří nepřekračují hranice svého bytu a okolí.¹

V důsledku těchto a dalších změn bývá často ohrožena autonomie a nezávislost člověka, který obtížněji nachází validní rozhodnutí, nebo schopnost svá rozhodnutí realizovat. Pro uspokojení svých každodenních potřeb je odkázán na pomoc jiné osoby, s rostoucí závislostí roste rezignace na vlastní rozhodování. Je tak významně snížena kvalita jeho života.

Nejčastějším pomocníkem závislého staršího člověka je jeho vlastní rodina, která pružně reaguje na akutní potřebu péče a přijímá na sebe břemeno, které nespočívá jen v provádění praktických každodenních úkonech, ale nese i trvalou psychickou zátěž z obav o aktuální stav svého seniora. Je dostatek důvodů, proč je nezbytné, podporovat staršího člověka v jeho nezávislosti a stejně tak i pomáhat pečujícím zvládat náročné povinnosti. Třeba proto, aby nepodléhali svodům rozhodovat za opečovávaného člověka, což se může jevit pro praxi jednodušší a snazší.

Jednou z možností podpory nezávislosti a autonomie jsou služby asistovaného života, mezi ně patří tísňová péče.

Tísňová péče je určena lidem se sníženou soběstačností v důsledku zhoršeného zdravotního stavu, či sociálního vyloučení. Těm, kteří žijí osaměle a v případě akutní krizové situace (pád, ataka chronické nemoci apod.) potřebují mít trvale dostupnou pomoc v podobě psychologického distančního pohovoru, zvednutí ze země po pádu, první laickou pomoc při zranění, nebo i zásah rychlé záchranné služby.

Klíčovým prvkem je hlasová komunikace započatá po stisknutí tlačítka klientem, nebo systémovým vyhodnocením signálů technických zařízení umístěných v jeho bytě. Stresovaný člověk, který leží na zemi, bojí se o svůj život a zdraví, často mluví přerývaně, je těžké mu porozumět. Dispečeri musí překážky takové komunikace zvládat.

¹ Podle Kalvach Z., Zadák Z., Jiráček R., et al.: *Geriatric a gerontologie –Praha: Grada, 2004*



Poskytovatel tísňové péče přijímá odpovědnost nejen za přivolání pomoci v případě krizové situace, ale také za nepřetržitou asistenci opečovávané osoby. Aby mohl kompetentně a správně vyhodnotit situaci a stav uživatele, musí mít k dispozici aktuální osobní anamnézu, zdravotní data. Musí znát jeho obvyklý životní režim a porozumět změnám, které mohou signalizovat rizika. Pro organizaci podpory a pomoci musí mít dále kontakty na spolupracující subjekty: rodinu, sousedy, lékaře, sociální pracovníky, kteří jsou vyzváni k zásahu v akutní situaci.

Je to služba dlouhodobé péče. Poskytovatelé musí informace o svých klientech obnovovat při pravidelných rozhovorech. Kompetentně vstupovat do bubliny ticha osamělého člověka a pomáhat mu přemostit bariéru izolace. Je to nástroj pro vytváření bezpečného, mezilidského vztahu, který je prevencí úzkostných stavů.

Proto využíváme speciální zařízení pro hlasovou i datovou komunikaci, která musí být maximálně spolehlivá. Služba musí být funkční v místech obvyklého pobytu uživatelů: v bytech i mimo ně. Rozhodující je stabilita a kvalita spojení s dispečinkem.

Bohužel někteří poskytovatelé redukuje službu jen na tlačítko pro přivolání pomoci, jakýsi odvar známé služby „Záchranka.“ V některých případech neexistuje dispečink, ale tísňové hovory řeší pečovatelka v terénu s mobilem v kapse. Nebo jsou používána technická zařízení, která nemají zajištěn trvalý zdroj napájení (je používán akumulátor, který je nutné dobít), konektivita s dispečinkem je nestabilní a používaný systém postrádá soustavnou kontrolu funkčnosti.

Namísto bezpečí, vzniká nové a větší riziko pro uživatele, který se spoléhá na záchranu tísňovou péčí, a přestane se jistit pro případ ohrožení zdraví a života jinými způsoby.

Problémy, kdy například linka není poskytována nonstop, poskytovatel nemá vlastní prostory dispečinku, nezajišťuje asistenční výjezdovou službu první pomoci, neprovádí sociální šetření u klienta a opakované prošetření dle individuálního plánu a nemá tak k dispozici aktuální informace o jeho zdraví je potřeba eliminovat.

Gerontologický Institut proto za podpory Evropské Unie / Evropského sociálního Fondu - Operačního programu Zaměstnanost realizoval v období 1.8.2020 – 31.5.2022 projekt CZ.03.2.63/0.0/19_099/0015216 **Standardizace tísňové péče a rozvoj dovedností pracovníků obecních úřadů v práci se seniory, se zaměřením na služby asistovaného života**, jehož cílem bylo prosazení vyšších standardů sociální služby tísňová péče a poskytnutí odborné podpory zejm. pracovníkům působícím v oblasti sociální práce na pražských městských úřadech ve specifických práci se seniory.

Standardsy v našem pojetí byly chápány jako bazální úroveň procesů i materiálního řešení prvků služeb asistovaného života tak, aby provádění služby tísňové péče, resp. služby asistovaného života, bylo komplexní a kompetentní a řešilo skutečné potřeby závislých seniorů i jejich pečujících.



1.1.2. Proč chceme standardizovat tíšňovou péči?

Sociální služby jsou jedním z prostředků, kterými podporujeme kvalitu života u lidí s omezenou soběstačností. Nejsou prostředkem jediným. Velmi důležitý je podíl osob blízkých, neformálních pečovatелů. Optimální je společná, koordinovaná akce laiků a profesionálů. Jejich péče se může vzájemně doplňovat i inspirovat. Laičtí neboli neformální a profesionální pečovatелé mají pomocníky v nových technologiích, kterým říkáme asistivní technologie. **První sociální službou a zatím jedinou, která je definována zákonem o sociálních službách, která asistivní technologie používá, je tíšňová péče. Právě tíšňová péče se stává prubířským kamenem kvality sociálních služeb hned v několika dimenzích.**

1. **Podaří-li se nastavit pravidla pro tíšňovou péči tak, aby byla tíšňová péče skutečně službou zvyšující kvalitu života osob, na které je cílená, přispěje to k rozvoji kvalitních služeb asistovaného života.** Perspektiva služby, její budoucnost je tedy jedna dimenze. Dáváme ji na první místo, i když formálně by měla být zařazena jako poslední.

Protože však jsme na počátku obsahově významné debaty o standardech sociálních služeb, perspektiva je z tohoto hlediska velmi důležitá. Bez perspektivy služby nemá smysl řešit její kvalitu, tedy ani standard služby.

2. Druhá dimenze se týká obsahu služby tíšňové péče. Z hlediska obsahu služby je název „tíšňová“ péče trochu zavádějící. Vzbuzuje představu, že je k využití pouze ve chvíli tísně a to zejména tísně nejvyšší, kdy jde tak zvaně o život nebo přinejmenším o zdraví zásadním způsobem. **Obsah tíšňové péče však nemá být svázán s relativně málo pravděpodobnou epizodou fatálního ohrožení na životě nebo zdraví. Obsah tíšňové péče by měl být takový, že odstraňuje tíseň plynoucí z možného, byť třeba i malého rizika, ať se týká života a zdraví, ale i ostatních atributů života, které mají povahu rizika.** Vztah poskytovatele sociální služby a klienta není v tíšňové péči jednorázovou událostí vyjádřenou například stisknutím „panického“ tlačítka. Naopak, je to soubor, často pravidelných (nemusí být podmínkou), ale relativně častých projevů komunikace zástupce či zástupců poskytovatele služby a klienta. Frekvence může odpovídat míře rizika a obsah komunikace se může lišit právě dle rizika nebo dalších pro kvalitu života jedince důležitých témat.
3. **Třetí dimenze je forma komunikace.** Je tu komunikace osobní, realizovaná návštěvami a to nejen při sociálním šetření, komunikace zprostředkovaná jednoduchými i složitými technologiemi (komunikace telefonické nebo založené na přenosu dat) a monitoring klienta (monitoring se týká polohy, pohybu/ne-pohybu, základních vitálních funkcí, pohybových aktivit apod.).



4. **Další velmi důležitou dimenzi tvoří osoby poskytovatele sociální služby.** Jejich prostřednictvím je navazován vztah klienta a poskytovatele. Charakteristikou vztahu klienta k poskytovateli a jeho zástupcům, osobám, kteří se přímo podílejí na péči o klienta, musí být důvěra. Ta nevzniká automaticky a hlavně ne pouze podpisem smlouvy mezi poskytovatelem a klientem. Tu je třeba budovat a rozvíjet. **Důvěra je velmi zásadním prvkem pro kvalitu života klienta, možná z hlediska sociální služby prvkem nejpodstatnějším.** Pokud důvěřuji službě a lidem, kteří ji garantují a poskytují, sdílím tím rizika, kvůli kterým službu poptávám a snižuji tím obavy a tíseň, kterou ve mne rizika vyvolávala. Absolutní důvěra eliminující obavy na nulu je nedostižným ideálem, ale snížení obav a tísně otvírá svobodu aktivit a zvyšuje kvalitu života. Z toho vyvozujeme, že rozvoji lidských zdrojů – pracovníků v přímé péči - je třeba při poskytování péče ve všech formách dát prioritu a že to platí zejména pro tíšňovou péči díky její charakteristice. Kromě pracovníků v přímé péči musíme myslet i na role pracovníků dispečinků, call center včetně těch virtuálních, jejichž funkci v režimu pracovní pohotovosti nám umožňují technologie.
5. **Technologie tvoří pátou dimenzi.** Tak jako se klient spoléhá na pečující osoby, tedy neformální i formální pečovatele, musí se poskytovatel péče spolehnout na technologie, se kterými má pracovat. Jsou to koncová zařízení, zařízení zprostředkující konektivitu a samotný prostředek konektivity tedy zajištění spojení, zařízení dispečinku či call centra včetně zařízení poskytujících potřebná data.

Budujeme-li kvalitu ve všech dimenzích poskytované služby, potřebujeme stanovit pravidla a podmínky, za kterých bude služba poskytována, aby byla právě tou službou, která nikoliv jen formálně, ale skutečně naplňuje její atributy. Soubor pravidel a podmínek tvoří standard sociální služby.

1.1.3. Kulaté stoly:

V rámci projektu jsme proto za účelem diskuse o standardizaci zorganizovali 4 kulaté stoly a k účasti jsme vybrali a oslovili zástupce MPSV, MZ, poskytovatelů služby, praktických lékařů, krajů atd.

Záštitu nad organizací kulatých stolů převzala Mgr. Jana Pastuchová (poslankyně a toho času předsedkyně výboru pro sociální politiku PSP ČR)



Prvního kulatého stolu, který se konal 15. 12. 2020 se zúčastnili:

Mgr. Pastuchová Jana - poslankyně, předsedkyně výboru pro sociální politiku PSP ČR

Mgr. Krč Michal - vrchní ministerský rada, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Mgr. Pospíšil David - ředitel odboru sociálních služeb, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Mgr. MUDr. Struk Petr - poradce Ministerstvo zdravotnictví ČR

MUDr., Ph.D. MPH Šteflová Alena - náměstkyně Ministerstvo zdravotnictví ČR

MUDr., Ph.D. Seifert Bohumil - výbor Společnosti všeobecného lékařství, ČLS J.E. Purkyně

Mgr. Hanuš Petr - ředitel odborných sekcí APSS, z.s.

Mgr., MPA Štrobachová Pavla - Svaz měst a obcí ČR

Haufer Rostislav, MBA - výkonný ředitel Chytrá péče s.r.o.

Hebelková Martina - ředitelka a zakladatelka organizace Anděl Strážný, z.ú.

ThLic. Mgr., Th.D. Lorman Jaroslav - ředitel ŽIVOT90, z.ú.

MgA. Lorman Jan - zakladatel ŽIVOT90 a ředitel Gerontologický Institut, o.p.s.

RNDr. Schlanger Jiří – odborný garant projektu Standardizace tísňové péče

První kulatý stůl prověřil, zda bychom se vůbec standardy tísňové péče měli zabývat a odhalil, že zákonná definice tísňové péče je přežitá, protože vše v ní uvedené se v průběhu let vyvíjelo. Určitá očekávání byla vkládána do novely zákona o soc. službách, ale novela z roku 2021 nic moc nového v tomto ohledu neobsahovala a také neprošla parlamentem. Navíc byl stále velký rozdíl mezi vnímáním potřeby standardizace u MPSV a zástupců veřejné správy a poskytovatelů a dalšími, kteří se kolem asistivních technologií nějakým způsobem pohybují, kteří participují a vidí problémy poskytovatelů, klientů i daného prostředí.

Panovala shoda na tom, jak se přibližuje prostor zdravotní a sociální, protože se služba odehrává v komunitě a na tom stejném pacientovi/klientovi. Pokud bychom chtěli, aby se integrovaly zdravotní a sociální služby, tak to znamená že by stejné pochopení jako u sociálních služeb mělo být i u těch prvoliniových zástupců zdravotnictví (praktičtí lékaři a potom domácí zdravotní péče, která je na tom podobně jako pečovatelská služba, pracuje v terénu, je ještě mnohem více mobilní a dochází do vlastního prostředí klientů pacientů.) Mají-li se lékaři podílet na doporučování asistivních služeb, musí nějakým způsobem konfrontovat zdravotní diagnostiku s tím, jak pracuje terénní sociální služba, co lze očekávat od tísňové péče a dalších asistivních služeb, k tomu je potřeba sjednotit standardy podobných služeb, aby byla zaručena kvalita.



Debata o jednotlivých standardech jak technologických, procesních, tak lidských pak iniciuje i debatu o financování a přístupu k financím jednotlivých aktérů, ať už je to na straně klienta (tedy v podstatě investice do koncových zařízení a platba za službu) anebo, co se týče poskytovatele (tedy investovat do infrastruktury, do lidských zdrojů). Panuje shoda na tom, že financování je nedostatečné.

Dále se účastníci shodli na nedostatečném a někdy i zkresleném vnímání služby tísňové péče, které ještě mnohdy zhoršuje dialog, často bohužel i zprostředkovaný dialog, kdy mezi sebou nemluví koncový klient a zástupce služby, ale často přes nějaké mezičlánky. Kdy např. členové rodiny vnímají jinak uspokojení potřeb člena rodiny, než je reálná potřeba klienta, dochází tak k obrovským dezinterpretacím a nepochopení.

Na základě diskuse se pak druhý (3. 3. 2021) a třetí stůl (3.6. 2021) nesly čistě v duchu diskuse mezi vybranými poskytovateli tísňové péče a zúčastnili se jich:

Haufer Rostislav, MBA - výkonný ředitel Chytrá péče s.r.o.

Bc. Tereza Zajíčková, Dis. – sociální pracovnice Chytrá péče s.r.o.

Lucie Sieberová – vedoucí tísňové péče Anděl Strážný, z.ú.

ThLic. Mgr., Th.D. Lorman Jaroslav - ředitel ŽIVOT90, z.ú.

MgA. Lorman Jan - zakladatel ŽIVOT90 a ředitel Gerontologický Institut, o.p.s.

RNDr. Schlanger Jiří – odborný garant projektu Standardizace tísňové péče

Věnovali jsme se charakteristikách tísňové péče a dospěli jsme k závěru, že je vše relativní, například charakter tísňové péče je dlouhodobý, kdy klient potřebuje, aby daná služba mohla de facto fungovat až do konce jeho života, nicméně výjimku například tvoří osoby, které byly propuštěny z péče zdravotnického zařízení po nějaké přestálé nemoci či úrazu, kdy se jedná o podporu u dočasného omezení (došlo nebo dochází k rehabilitaci, návratu do původního vztahu, včetně původních aktivit) kdy by poskytování služby mohlo být i krátkodobější.

S tím také souvisí i měnící se stav a situace klienta, protože ani ten obvykle není setrvalý, u seniorů je mnohdy takový, že se postupně mírně zhoršuje, ale jsou i momenty, kdy dojde k nějakému onemocnění nebo úrazu a tam se pak situace mění zásadně. A na to je třeba stále reagovat, a otázka je jak, co vše můžeme využívat?

Velká debata samozřejmě byla o dělbě práce mezi veřejnou správou a poskytovateli, kdy například sociální šetření mají jako atribut všechny úrovně, ať už veřejná správa v oblasti sociální, včetně činnosti pověřených úřadů, úřadu práce, ale v podstatě to má jako povinný atribut i poskytovatel sociální služby. Jo proto nutné, aby reflexe potřeb obsahovala sdílení těchto informací a k tomu ještě informací i o zdravotním stavu, protože dnes poskytování sociální péče bez základních informací o zdravotním stavu, o chronických onemocněních apod. není reálné. Je tak velmi důležité, aby sociální profesionálové mohli reagovat, ať už na nějaký dlouhodobý vývoj v životě klienta, anebo i na nějaké krátkodobější epizody.



Tísňová péče nemůže být jen službou, kde se odehrává epizodní komunikace mezi klientem a poskytovatelem. Zkreslená představa, že klient zmáčkne tlačítko a pak „někdo vyjede a klienta zachrání,“ je mylná. Jedná se v podstatě o permanentní komunikaci, jako prevenci případných nehod v životě klienta. Navíc se jedná o přirozenou potřebu pravidelné komunikace, klienti potřebují tento typ péče, potřebují komunikaci, potřebují začlenění zpět do reality a podporu nejenom tělesnou, ale i duševní.

O možnostech distanční komunikace by se mělo dále diskutovat. Je třeba se zabývat všemi rovinami, nebo atributy, charakteristikami této služby, jak těmi technologickými, kam samozřejmě patří nejenom hardware, ale i software, bezpečnost, bezpečnost sbíraných dat, dat přenesených z komunikace s pacientem, dat v dokumentaci, ale samozřejmě i ta, která se týká procesu komunikace, tzn. kde je člověk v kontaktu s člověkem.

Vnímání služby je velmi důležité. Stát nerealizoval žádnou kampaň směrem k propagaci služby tísňové péče. Kampaň, kde by se na příkladu několika poskytovatelů ukázala užitečnost této služby, a vedla se, jak vůči klientům jejich rodinám, ale i v rámci veřejné správy, tady chybí.

Posledního kulatého stolu v rámci konference Budoucnost stárnutí za pomoci služeb asistovaného života, který se konal 14. 3. 2022 se zúčastnili:

Mgr. MUDr. Struk Petr - poradce Ministerstvo zdravotnictví ČR

Ing. Zdeněk Gütter, CSc. - pracovní skupina Telemedicína a mHealth , Ministerstvo zdravotnictví ČR

Mgr. Hanuš Petr - ředitel odborných sekcí APSS, z.s.

Mgr., MPA Štrobachová Pavla - Svaz měst a obcí ČR

Haufer Rostislav, MBA - výkonný ředitel Chytrá péče s.r.o.

Lucie Sieberová – vedoucí tísňové péče Anděl Strážný, z.ú.

Silvie Riegerová - výkonná ředitelka ŽIVOT90, z.ú

Lenka Víznerová – vedoucí tísňové péče Na Dosah, ŽIVOT 90, z.ú

Martina Galbová – Anděl na drátě s.r.o.

Mgr. Jakub Pětioký, DiS., MBA - RTAK, RÚ Kladruby, 1. a 3. LF UK,

MgA. Lorman Jan - zakladatel ŽIVOT90 a ředitel Gerontologický Institut, o.p.s.

RNDr. Schlanger Jiří – odborný garant projektu Standardizace tísňové péče

Omluvila se paní Mgr. Iva Merhautová, MBA náměstkyně Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.



Poslední kulatý stůl představil k širší diskusi závěry z předchozích stolů a nabídl ke komentářům návrh nové definice sociální služby tísňová péče.

1.2. Proces standardizace:

1.2.1 Standard jako rámec/záruka kvality nikoli unifikace služby

Panuje shoda na tom, že je potřeba se standardy tísňové péče zabývat. Zákonná definice je přežitá, obecně je regulatorní rámec u sociálních služeb zastaralý, služby se vyvíjejí. Novela zákona měla být projednána v únoru 2021 vládou, nicméně ani tato novela neobsahovala materiálně-technické standardy. Navržené standardy bylo v obecné rovině pro soc. služby těžké prosadit, pro jednotlivé typy služeb by to mohlo být jiné. Nicméně neexistence standardů vede k obrovské diskrepanci mezi jednotlivými poskytovateli co do kvality služeb, a to ve výsledku ohrožuje koncového klienta:

- Mgr. David Pospíšil (MPSV): *„Poslední 4 roky byla připravována velká novela zákona o sociálních službách, byla postoupena do 1. čtení, ale ne dál. Nyní je znovu v procesu, v jednání legislativních rad vlády. Pokud vše půjde dobře měla by se novela dostat v průběhu února na jednání vlády. V současné podobě nejsou stanoveny materiálně technické standardy a jsou nastaveny jen doporučeným postupem a v dotačních/investičních programech. Ani v předkládané novele se tyto standardy netýkají tísňové péče (z prevence jsou tam jen azylové domy), samozřejmě byla debata o tom, kterých služeb se tyto mají týkat, ale nakonec je seznam jen velmi omezený. Nicméně Ministerstvo jako takové nerezignovalo, vznikla pracovní skupina, která se týká asistivních technologií a jejím účelem je vytvořit implementační plán pro zavádění asistivních technologií a služeb.“²*

- Martina Hebelková (Anděl Strážný): *„Představy veřejnosti o tom, jak daná služba funguje, jsou různé. I proto by bylo dobré, kdyby to někdo metodicky popsal. Pokud lékař má službu doporučit, musí ji věřit. Některé firmy, které provozují rádobu tísňovou péčí, nemají na zřeteli co největší bezpečí klienta, ale zisk. Díky tomu je nejen ohrožen život klientů, ale i renomé služby jako takové.“*

- Ing. Haufer: *„Musí být jasná pravidla a standardy, které odliší jednotlivé poskytovatele a vyřadí ty, pro které je to jen záležitost zisku, bez ohledu garance kvality.“*

² Jedná se o citaci z roku 2020 – bohužel novela zákona o sociálních službách nakonec neprošla parlamentem ČR a diskutovaný návrh nebyl schválen



- Mgr. Petr Hanuš (APSS): „Je otázka, co vše by měly standardy řešit a od toho začít. V době, kdy tísňovou péči zákon řešil, byla ještě v plenkách. Doba se významně posunula a nastal čas to nějakým způsobem zohlednit. Je potřeba si říci, co je obligatorní součástí tísňové péče a co je nadstandard.“

- MgA. Jan Lorman (GI): „Služba musí být koncipována jako nepřetržitá „péčová“ služba, která by zajišťovala klientovi bezpečí kdykoli to potřebuje, nejen v situacích ohrožení života, ale i v běžných situacích. Nemůže být poskytována jako systém „Záchranka“, nicméně někteří poskytovatelé ji tak (podle záznamu v Registru soc. služeb MPSV) mají. Někteří poskytovatelé neprovádějí sociální šetření u klienta. Otázkou pak je, jak se o svých klientech dozvídají potřebné informace? Dalším problémem je, že někteří poskytovatelé služby nemají vlastní dispečink, jak bez něj existují? Jiné organizace nevykazují dostatek úvazků, tak, aby pokryly nepřetržitou službu. Často navíc chybí informace k procesním řešením a postupům. Takoví poskytovatelé by neměli být registrovaní. Z registru tak plyne řada otazníků, a není vůbec jasné v jakém stavu poskytování tísňové péče je.“

- RNDr. Jiří Schlanger (konzultant): „V rámci závěrů z projektu „Podpora procesů v sociálních službách - KA13“ padla velká kritika na regulační rámec. Tísňová péče prakticky nemá prostor pro rozvoj, máme potřebu terénních služeb s technickou podporou – dvě dimenze technologická včetně investic a druhá je službová, což je lidský potenciál profesionálů, vložený do péče o klienty. Skutečně to nemůže být o epizodě, o tom, že někdo zmáčkne tlačítko, musíme znát kontext. To ale přináší dva problémy: za prvé naprosto chybí terénní sociální práce v komunitě, tj. vyhledávání a jakási předpéče o potenciální klienty sociálních služeb nebo služeb na zdravotně sociálním pomezí (což se neděje, není debata s poskytovateli ani s rodinou a řešení potřeb klientů) a za druhé chybí debata o tom, co pro tyto osoby můžeme udělat, jaké máme prostředky a z čeho to udělat.“

- RNDr. Jiří Schlanger (konzultant): „Současná legislativa je překonaná životem, některé služby jsou asistivní, některé jsou pečovatelské, některé částečně asistují a částečně pečují. Je tu pak otázka svobody invence a využití nových technologií v rámci existujícího regulačního rámce ve veřejném prostoru, který je momentálně velmi těsný. Vyšla Národní strategie rozvoje do roku 2025 a tam se o rozvoji asistivních technologií nemluví, což není možné. Standardizace by měla jít dvěma směry: jeden směr se týká bezpečných technologií a druhý pak souladu a standardizace péči v terénu. Kromě toho, že máme sociální služby, máme neformální péči (tj. případy kde péči vykonávají osoby blízké a pak máme kategorii mezi tím, kde by se profesionálové mohli potkávat s osobami blízkými v péči a tu sdílet.), je potřeba na toto reagovat.“



- Lenka Víznerová (Na Dosah – ŽIVOT90): „V okamžiku, kde vlastně ta tísňová péče přebírá zodpovědnost za klienta, tak ji přebírá i v případě hospitalizace a návratu domů nebo návratu z hospitalizace po dlouhé době, protože v tu chvíli, když my nedáme jakoby echo zdravotně sociálnímu pracovníkovi nemocnice nebo ošetřujícímu lékaři v nemocnici, tak na základě tvrzení paní, které je např. 90 let, že všechno je v pohodě, že doma to má zařízený, což si nikdo ani neověří, ji lékař propustí.

A tady chci říct, že tím, že to je tísňová péče, terénní služba, nikoliv distanční, tak používá distanční formy komunikace, ale je to terénní služba, tzn. tam si myslím, že jsme možná teďka vlastně zjistili, že vlastně toho potřebujeme výrazně víc. My vlastně i proto, abychom mohli dělat dostatečně terénní práci, potřebujeme třeba registrovat osobní asistenci, stejně jako to udělala Chytrá péče. A to jsou přesně ty věci, kde vlastně to má dělat terénní sociální služba, nikoliv ještě další a další služby. A tam cítím takový rozpor v té legislativě. Plus, když vlastně přichází klient do služby, tak my z velké části zařizujeme další a další služby, ten člověk absolvuje třeba 3-4 sociální šetření, včetně vlastně zavedení domácí ošetrovatelské péče, což je další akce, kde se z velké části vyplňují úplně stejné informace.

- Doc. Bohumil Seifert (ČSVL): „Diskutované mě utvrdilo v nutnosti standardizace, nutnosti mít doporučený postup tísňové péče (kapacita, rozsah služeb atd). Aspekt město versus venkov je velmi velký, je důležité, aby byla tato služba dostupná i mimo velká města. Určité řešení je v rozvoji ihealth, mít sdílenou informaci o klientovi.“

Z výše uvedeného výňatku diskuse tedy vyplývá nutnost standardizace. Soubor pravidel a podmínek tvoří standard sociální služby. **Bez standardu je sociální služba stěží uchopitelnou činností, u které nelze posuzovat její kvalitu.** Zvláště pak u služby tísňové, která je složitá tím, že se u ní snoubí více dimenzí, které tuto službu činí specifickou a významnou pro kvalitu života klientů. **Standard znamená rámec. Nikoliv unifikaci služby. Nesmí omezovat různorodost jejího provádění, svazovat poskytovatele a nereflektovat plně potřeby klienta, nesmí bránit individuální tvořivosti služby a jejímu rozvoji. Měl by být základním vymezením, bez jehož naplnění se nejedná o službu tísňové péče.**

Standard je i etalonem pro důvěru. Standard je pro klienta doplňující a rozšiřující informací o tom, co může od služby očekávat, když ji bude poptávat a jak mu má být poskytována, když se na ní dohodne s poskytovatelem. Informovanost se týká i nejbližšího okolí klienta, ať se osoby blízké na péči podílejí nebo ne. Standard je prostředkem porovnání mezi poskytovateli, ať si toto porovnání provádějí sami poskytovatelé mezi sebou nebo jiná více na poskytovatelích nezávislá osoba, standard může sloužit i jako měřítko pro veřejnou podporu či pro rozhodování o privátní podpoře – sponzoringu.

Většina poskytovatelů navíc standardy pro svou vlastní potřebu vyhodnocování služby a její kvality již zpracované má.



Uzákoněné standardy by pak mohly pomoci i jejímu financování, které dle diskuse není dostatečné s ohledem na potřebné investice do vývoje.

- Mgr. David Pospíšil (MPSV): *“Hodně krát bylo zmíněno, že péče může být pro velkou část potenciálních klientů nedostupná a ani ve vyhlášce není stanoven jednotný ceník. V zákoně je jen napsáno, že poplatek může být do výše pořizovacích nákladů. Díky tomu se objevují různé poskytovatelé s různými pořizovacími náklady, od jednotek tisíc do desítek tisíc korun. Není stanovena úhrada za jednotku hodiny či výkonu.”*

- ThLic. Mgr., Th.D. Jaroslav Lorman (ŽIVOT 90): *„Ano služba je drahá a hrozí tu určitá exkluze, je pravdou, že jako poskytovatel i sháníme financování pro své klienty. Otázka je, jak má být služba placená, jak mají být financovány inovace. ŽIVOT90 často svým klientům, čekatelům na službu, pomáhá zajistit financování, aby si mohli službu dovolit. Např. současná technologická obnova stála 12.000.000 Kč a díky MPSV se to podařilo, ale ta technologická obnova musí probírat pořad, což v sociálních oborech s omezenou kupní silou je složité.”*

- RNDr. Jiří Schlanger (konzultant) *„Výstupy projektu MPO s firmou DEX Innovation jasně ukazují na problémy se špatným investičním zacílením, oblast sociálních služeb je přeregulovaná. Není tam dostatečná poptávka a trh. Technologické firmy nechtějí tyto vyvíjet neb potenciál pro návrat investice je nízký. Toto pak maří celkový rozvoj asistivních služeb.”*

- Mgr. David Pospíšil (MPSV): *„Byl uveden argument, že firmy nechtějí, protože se jedná o velmi regulované prostředí a není dostatečná poptávka. Nicméně, jak již bylo zmíněno, z hlediska zákona o soc. službách ve vztahu k tísňové péči vlastně žádná regulace není.”*

Panuje shoda i na tom, že je veřejné ponětí o službě zkreslené a nedostatečné. To pak může vést k sníženým nárokům na službu a volbě nedostatečně kvalitního poskytovatele.

Je potřeba službu propagovat jak v řadách veřejnosti (nicméně ta se většinou v případě potřeby dopátrá), tak i v řadách profesionálů – praktických lékařů. Přijaté standardy by pak do jisté míry mohli korigovat potencionální vliv informační disbalance na kvalitu služby.

- Doc. Bohumil Seifert (ČSVL): *„Tísňovou péči potřebují někteří z pacientů, a praktici se o tom někdy dozví a někdy nedozví, hlavní problém je nedostatečná integrace související se strategií řízení primární péče, která dnes směřuje k posílení spíše složky výkonnostní než té komunitní.”* V současné době povědomí o tom, co tísňová péče je, je ale malé. Je tu určitý dluh v propagaci směrem k profesionálům. Rodina si péči většinou najde nebo se k ní dostane, ale u profesionálů je to trochu jiné. Zvýšení povědomí jak v populaci, tak v řadách profesionálů by mohlo být součástí tohoto projektu.“

- Mgr. Pavla Štrobachová (SMO ČR): *„Je potřeba tísňovou péči více propagovat a popularizovat. Mohli by k tomu sloužit například poradenská centra (např. ve Středočeském kraji je to POSEZ – pomoc seniorům a zdravotně postiženým, kde získávají informace). Při čerpání služby je klíčové, aby využití z řad veřejnosti nebránily složité administrativní úkony.”*



Mají-li lékaři službu doporučovat, a má-li plnit svůj charakter nepřetržité „péčové“ služby s prvky terénní sociální služby a potenciál pro síťování, musíme mít zpracovány standardy, které by z jejího poskytování diskvalifikovaly nedostatečně vybavené (jak technologicky, tak personálně, tak procesně) poskytovatele a musí být zapojeny/informovány obce a komunita.

- *Mgr. David Pospíšil (MPSV): „MPSV vnímá tísňovou péči v kombinaci s terénními a ambulantními sociálními službami jako klíčovou-bez tísňové péče nelze udržet seniorní populaci co nejdéle v domácím prostředí, a Ministerstvo si je toho vědomo, v současné době se pracuje na řešení.“*

- *Mgr. Petr Hanuš (APSS): „Tísňová péče je nejen služba sama o sobě v první linii, ale má na sebe navázány další služby, v rámci sítě pomáhajících profesí. Přináší permanentní informaci o potřebách klientů a má potenciál tuto informaci dostat dál, potenciál pro síťování s dalšími pomáhajícími profesemi.“*

- *Martina Hebelková (Anděl Strážný): „Představy veřejnosti o tom, jak daná služba funguje, jsou různé. I proto by bylo dobré, kdyby to někdo metodicky popsal. Pokud lékař má službu doporučit, musí ji věřit.“*

- *Rostislav Haufer, MBA (Chytrá péče): „Souhlasím s tím, že finanční a procesní bariéry by měly být co nejmenší. Na druhou stranu je pravdou, že musí být jasná pravidla a standardy, které odliší jednotlivé poskytovatele a vyřadí ty, pro které je to jen záležitost zisku, bez ohledu garance kvality.“*

- *ThLic. Mgr., Th.D. Jaroslav Lorman (ŽIVOT 90): „Co není dobře vidět z vnějšku, je to, že za „jednoduchým“ poskytováním bezpečí a reagováním na tlačítka a sjednávání záchrany a pomoci je spousta práce, jak technické, tak sociální. Služba je rozkročená mezi poskytnutí pomoci a klasickou sociální prací. Je to tedy služba náročná na vysvětlení, která je tendenčně vnímaná veřejností, což vede i ke zkratkovitému vnímání a následně se projeví na požadavcích na kvalitu od klienta. To potom, ale může mít fatální důsledky, mnoho lidí může naletět nefunkčním službám, proto je potřeba standardů.“*

1.2.2. Alternativy standardizace:

Z diskuse dále vyplynulo, že problémem při prosazování minimálních standardů sociální služby Tísňová péče bude, na jaké úrovni s jejich prosazováním začít. Můžeme uvažovat v následujících rovinách:



1. **závazné standardy jako součást obecně platných právních předpisů – výsledek legislativního procesu**
2. **nezávazné standardy vyhlášené národní autoritou**
3. **nezávazné standardy dohodnuté na bázi asociací poskytovatelů, resp. uživatelů (spotřebitelů)**
4. **příklady dobré praxe objektivizované/ověřené a publikované národní autoritou a/nebo asociacemi poskytovatelů, resp. uživatelů**

Jako reálné se v současné době jeví začít na úrovni nezávazných standardů dohodnutých na bázi poskytovatelů sociální služby. A poté konsensus předat na vyšší úroveň. Mgr. Jana Pastuchová, která nad kulatými stoly převzala záštitu přislíbila toto téma otevřít i na půdě parlamentu a ve výboru pro sociální politiku PSP ČR. Ke spolupráci nad standardizací se vyslovila i Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb.³

1.2.3. Okruhy standardizace:

1. Kvantitativní standardy:

Vybavenost území, resp. dostupnost služby:

- pokrytí území službou, efektivita poskytované služby vč. nákladové s dopadem na cenu služby, sdílení služeb uživatelem, spolupráce poskytovatelů jedné nebo více služeb a sdílení komunikačních zařízení a provozu dispečinku/call centra.
- Indikátory pro pokrytí území službou /hustota poskytovatelů, resp. klientů/
- náklady a cena služby vztažená na jednotku území a na klienta

2. Kvalitativní standardy:

- **Standardizace obsahu tíšňové služby** jako prostředku odstraňujícího tíseň klienta, která plyne z jeho specifických osobních životních rizik. Obsahem je komunikace poskytovatele a klienta, jejíž frekvence souvisí s objektivní mírou a subjektivním vnímáním rizik na straně klienta
- **Standardizace formy komunikace**, která může být osobní (nejen při sociálním šetření), komunikace zprostředkovaná jednoduchými i složitými technologiemi (komunikace telefonické nebo založené na přenosu dat) a monitoring klienta (monitoring se týká polohy, pohybu/ne-pohybu, základních vitálních funkcí, pohybových aktivit apod.)
- **Standardizace personálního zajištění komunikace s klientem s cílem naplnění obsahu tíšňové péče včetně nejvyšší míry důvěry mezi klientem a poskytovatelem.** Jedná se o personál v přímé péči i pracovníků dispečinku/call centra

³ www.atdz.cz



- **Standardizace komunikačních a informačních technologií sloužících pro komunikaci mezi klientem a poskytovatelem, mezi pracovníky poskytovatele včetně informační podpory pracovníků poskytovatele.** Jsou to koncová zařízení, zařízení zprostředkující konektivitu a samotný prostředek konektivity tedy zajištění spojení, zařízení dispečinku či call centra včetně zařízení poskytujících potřebná data.
(Pozn. Tento typ standardizace by se měl co nejvíce přibližovat, resp. překrývat se standardy zaváděnými pro telemedicínu v rámci zdravotních služeb.)

2.1. Formulace nové definice sociální služby tísňová péče – věcný záměr

2.1.1. Současná definice

Současná definice sociální služby tísňové péče je zastaralá a nevyhovující, služba jako taková se během let vyvíjela a je potřeba toto reflektovat. Je potřeba tísňovou péči oddělit od dalších terénních služeb.

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách – část Třetí - § 41

Tísňová péče

- (1) Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.
- (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci,
 - b) sociálně terapeutické činnosti,
 - c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Během diskuse na kulatých stolech se účastníci shodli, že dříve, než přistoupíme k formulaci standardů soc. služby bylo by potřeba stávající definici upravit tak, aby odpovídala obsahu služby, aby pak odpovídající konkrétní standardy bylo možné vynuocovat u registrovaných poskytovatelů.



2.1.2. Odůvodnění:

Tísňová péče se od dalších terénních sociálních služeb liší především ve využití technických komunikačních prostředků, které zajišťují hlasovou a datovou distanční komunikaci mezi pečujícími. Služba je procesována průběžně a nepřetržitě tak, aby vytvářela bezpečné prostředí pro osoby, které jsou vystaveny riziku ztráty funkčních schopností, sebeobsluhy, zdravotního selhání, sociálního vyloučení. Tísňová péče má potenciál vytvářet systémové propojení a integraci podpůrných služeb v komunitě. Vytvářet funkční vazby mezi oslabenými osobami, rodinou, formálními, resp. neformálními pečujícími, klíčovým sociálním pracovníkem, zdravotníky a dalšími aktéry sdílené péče. K tomu je třeba, aby poskytovatel TP měl k dispozici informace o aktuálním stavu klienta, ať už je získá samostatnou činností, nebo sdílením informací jiných akreditovaných aktérů péče a podpory.

Jednou ze základních činností je zajištění neodkladné pomoci v případě akutní situace. Pracovník poskytovatele, který je odpovědný za zajištění neodkladné pomoci, musí být kompetentní komunikovat s osobami ve stresové situaci, musí mít k dispozici aktuální zdravotní a sociální klientské informace, musí být schopen samostatně rozhodovat.

Ad) charakteristiky tísňové péče

- **průběžná a nepřetržitá činnost** je významným prvkem služby, od které očekáváme minimalizaci rizik, která jsou charakteristická pro cílovou skupinu uživatelů sociálních služeb. **Tako charakteristika je naplňována prostřednictvím a s využitím technických prostředků umožňujícím komunikaci a monitoring.** Díky tomu může být tato služba poskytována pracovníky poskytovatele současně většímu počtu osob, než v případě dalších služeb podmíněných osobní přítomností nebo osobní komunikací pracovníků poskytovatele s klientem,
- dále jsou charakterizovány cílové osoby služby. Služba je **zacílena na klienty ohrožené sociálním vyloučením, snížením soběstačnosti nebo se zhoršeným zdravotním stavem, kde míra rizika je vysoká a vyžaduje soustavnost služby 24/7/365**
- služba může být součástí nebo nadstavbou dalších sociálních služeb poskytovaných stejným nebo odlišným poskytovatelem a/nebo péče neformálních pečovateli
- v případě, kdy se na péči podílejí poskytovatel/ poskytovatelé a osoby blízké, jde o péči sdílenou
- v porovnání s řadou dalších sociálních služeb **vyplývá její zařazení do služeb terénních.** Klient využívá vlastní životní prostředí a služba za ním přichází do jeho vlastního domova. Specifikou je, že formální i neformální pečovatelé využívají při poskytování této služby prostředky elektronické komunikace, případně další asistivní technologie, přičemž není vyloučena komunikace osobní v místě bydliště nebo na jiném místě (péče v komunitě).



Ad) základní činnosti

- **základní činností je poskytnutí, zprostředkování a koordinace průběžné podpory klienta ze strany poskytovatele sociální služby. Tato podpora směřuje do vlastního prostředí klienta, ale rovněž do vnějšího prostředí, ve kterém klient tráví čas.**
- využívá se výlučné role poskytovatele nadaného schopnostmi sociální práce a sociální terapie ve prospěch klienta
- poskytovatel využívá všech vlastních prostředků a prostředků spolupracujících osob pro začlenění klienta a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- poskytovatel napomáhá orientaci klienta v právním prostředí, přispívá k naplnění jeho potřeb a zájmů a k obstarávání jeho osobních záležitostí. Je v odpovídající míře průvodcem klienta složitým vnějším prostředím s ohledem na vlastní fyzické a duševní schopnosti klienta
- specifikem je využívání vzdálené hlasové nebo elektronické komunikace a asistivních technologií mezi poskytovatelem a klientem. Účastny mohou být i neformální pečovatelé a pracovníci třetích osob, které se podílejí na zajištění komunikace a vyhodnocení informací poskytovaných asistivními technologiemi na základě a v míře stanovené smlouvou mezi poskytovatelem a třetí osobou
- Jednou ze základních činností je **zajištění neodkladné pomoci v případě akutní situace**. Pracovník poskytovatele, který je odpovědný za zajištění neodkladné pomoci, musí být kompetentní komunikovat s osobami ve stresové situaci, musí mít k dispozici aktuální zdravotní a sociální klientské informace, musí být schopen samostatně rozhodovat. K tomu je třeba, aby poskytovatel TP měl k dispozici informace o aktuálním stavu klienta, ať už je získá samostatnou činností, nebo sdílením informací jiných akreditovaných aktérů péče a podpory.

Zákon by proto měl definovat tíšňovou péči prostřednictvím charakteristik, které ji zařazují do sociálních služeb, ale přitom odlišují od jiných sociálních služeb definovaných zákonem. Dále by měl obsahovat výčet činností, které tvoří obsah této sociální služby.

1.1. Charakteristiky tíšňové péče, které jí částečně odlišují od ostatních sociálních služeb jsou:

- průběžná a nepřetržitá dostupnost v místě a čase,
- podpora kvality života, samostatnosti a soběstačnosti osob, které jsou vystaveny riziku sociální nouze, nebo u nichž došlo ke zhoršení zdravotního stavu, snížení soběstačnosti, nebo sociálního vyloučení
- podpora pečujících osob, tj. pracovníků poskytovatele sociálních služeb i neformálních pečovatelů (osob blízkých)
- podpora sdílené péče
- terénní služba obohacená o distanční způsob komunikace



1.2. Základní činnosti, které služba obsahuje:

- a) poskytnutí, zprostředkování a koordinace průběžné podpory mimo jiné formou sociálně terapeutické činnosti,
 - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
 - distanční hlasové a elektronické komunikace

- b) poskytnutí a/nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci

2.1.3. Návrh nové definice:

Tísňová péče:

(1) Tísňová péče je služba asistovaného života, jejímž cílem je průběžná a nepřetržitě dostupná podpora

a) kvality života, samostatnosti a soběstačnosti osob, které jsou vystaveny riziku sociální nouze, nebo u nichž došlo ke zhoršení zdravotního stavu, snížení soběstačnosti, nebo sociálního vyloučení

b) pečujících osob

c) sdílené péče

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

a) poskytnutí, zprostředkování a koordinace průběžné podpory mimo jiné formou

- sociálně terapeutické činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- distanční hlasové a elektronické komunikace

b) poskytnutí, zprostředkování a koordinace neodkladné pomoci při krizové situaci

(3) Služba je poskytována terénní a distanční formou



3.1. Nastavení minimálních nepodkročitelných standardů

3.1.1. Diskuse

Všichni zúčastnění poskytovatelé se shodli, že je **tísňové péče služba, která má primárně dlouhodobý charakter, byť by tento požadavek neměl diskvalifikovat z péče případné zájemce o krátkodobější poskytování služby.** Tísňová péče je služba, která slouží k bezpečnému zajištění a podpoře klienta v domácím prostředí, je to péče zaměřující se na prevenci vzniku negativních dopadů, je poskytována jak stacionární, tak mobilní formou (obě formy mají v současnosti své opodstatnění a poskytovatel si může vybrat jakou formu preferuje, uvidíme, jaký bude vývoj do budoucna). Většina klientů je seniorní klientela.

Kontraindikací pro vstup do služby je za a) konektivita – znemožnění dálkové komunikace a za b) měnící se stav či situace klienta – dojde-li ke zhoršení zdravotního stavu natolik, že je tato znemožněna, je nutné zvážit smysl dalšího poskytování služby, případně změny jejího nastavení s ohledem na to, že tísňová péče má také přispívat ke kvalitě dožití klientů.

Tísňová péče zřejmě využívá prvky komunitní péče, případně může vytvářet specifickou komunitu pečujících a osob opečovávaných. Platí to jak o službě, tak o pečujících osobách blízkých, pokud jsou do péče přímo zapojeni, jedině v propojení s okolím klienta a dalšími soc. službami jsme schopni zajistit celkovou péči o klienta.

- ThLic. Mgr., Th.D. Jaroslav Lorman (ŽIVOT 90): „Velmi široká otázka. Co se týká cílové skupiny jsou to všichni ti, kteří potřebují podporu doma, kde je potřeba zajistit bezpečí. ŽIVOT90 jako pro-seniorská organizace cílí na seniory tzn. 65+, nicméně v registraci jsou i lidé se zdravotním postižením, nebo jsou to zájemci, kteří jsou po úrazu a potřebují zajistit na kratší dobu. To je spodní hranice toho, kdo do služby může vstoupit.“

-Rostislav Haufer, MBA (Chytrá péče): „Naše služba má za cíl udržet seniora co nejdéle v domácím prostředí, není to pomoc jen doma, ale je to pomoc mobilní, která je na blízku, i když jde např. ven na procházku či na nákup. Tak aby klient byl v bezpečí jak doma, tak i v nejbližším prostředí, aby se mohl udržovat v kondici.“

-Lucie Sieberová (Anděl strážný): „Problém kdy už službu nelze poskytovat je v momentě, kdy je znemožněna dálková komunikace – kdy například dojde ke zhoršení sluchu, či kognitivních funkcí, kdy člověk není orientovaný. Snažíme se samozřejmě pomoci i v těchto případech, ale jsou případy, kdy zhoršení stavu, je tak závažné, že už službu nelze poskytovat ani ve spolupráci s rodinou.“

-Lucie Sieberová (Anděl strážný): „Tísňovou péči vnímám jako sociální službu právě v kontextu té péče. Je tam forma terapeutické činnosti, dodání sociálního kontaktu, který klienti potřebují. Je tam samozřejmě určitý přesah do zdravotnictví, kdy by např. monitorovací zařízení mohla být vnímána jako zdravotní pomůcka a hrazena z pojištění. Vnímám ji jako péčovou službu, i když prostor pro prevenci je také veliký.“



- *ThLic. Mgr., Th.D. Jaroslav Lorman (ŽIVOT 90): „Rozhodně ji vnímám jako péčovou, ale už by bylo na čase vzhledem k vývoji v sociálních službách i demografickému vývoji, zařadit do zákona kapitulu o asistivních službách. Bude nezbytně nutné provést deinstitucionalizaci soc. služeb, neb finanční náročnost je obrovská. Potenciál asistivních služeb, mezi které patří i tísňová péče tady dává obrovský smysl, a pak by i tísňová péče nemusela být přetěžována v současnosti poskytovanými navazujícími službami. Ta služba má rozměr nejen sociální práce a rozměr celistvosti práce s klientem, ale má i obrovský „komunitotvorný“ rozměr, její napojení na komunitu (rodina, sousedé), je bez debat. Tento prosto např. zákon o soc. službách vůbec neřeší a bylo by dobré jej zaplnit.“*

-*Rostislav Haufer, MBA (Chytrá péče): „Naším cílem je zajištění komplexní péče o klienta. Mohli bychom vést debatu o tom, jaké služby by bylo možné hradit ze zdravotního pojištění, ale tam ještě zatím nejsme. Za mě osobně je to péčová služba, ale je tam prostor pro prevenci, s čímž souvisí tlak na asistivní služby – typu pravidelné obvolávání. A ano je pravda, že by bylo dobré definovat jaké asistivní služby jsou základní, v rámci sociální služby tísňová péče a jaké by měly být příplatkové jako nadstandard.“*

Poskytovatelé se dále shodují, že **úvodní sociální šetření má za cíl nastavit individuální plán péče, který je potřeba v průběhu služby aktualizovat dle skutečnosti a reagovat na momentální potřeby/stav klienta a podmínky ve kterých žije. Je potřeba kontinuální práce sociálního pracovníka, ale i pravidelného monitoringu a revize poskytované služby včetně technického řešení.**

Co se týká vstupu do služby, dva ze tří poskytovatelů považují za zásadní osobní kontakt s klientem, osobní návštěvu sociální pracovnice/sociálního pracovníka, provedení sociálního šetření, zmapování situace, zorientování zájemce/klienta a jeho detailní seznámení s funkcí zařízení. Zástupci třetího poskytovatele Chytré péče s.r.o. věří, že je možné za tímto účelem do určité míry využívat i distanční komunikaci při zachování pečlivě nastavených postupů. O možnostech distanční komunikace u určitého druhu „samostatnějších“ klientů bude dále diskutováno.

Správné veřejné pochopení (upravení současného vnímání služby) toho, jak tísňová péče funguje je zásadní pro její další fungování. **Kvůli jejímu přesahu, by ji bylo dobré vymezit i vůči jiným asistivním technologiím a terénní pečovatelské službě. Specifita je dána tím, že tísňová péče má dvě roviny fungování, které jsou nedělitelné pro službu jako takovou. První je technologická, která musí naplňovat standardy týkající se technologií a procesu komunikace, tedy podobné elektronickým a digitálním službám veřejné správy, druhá se týká obsahu služby, kde jsou možné standardy obdobné jiným terénním sociálním službám.**

-*Lucie Sieberová (Anděl strážný): „Klíčová, je návštěva sociální pracovnice, jsme sociální služba, měl by podle toho vypadat i vstup klienta do služby.“*

- *ThLic. Mgr., Th.D. Jaroslav Lorman (ŽICOT 90): „Nepodkročitelné minimum je fyzická návštěva člověka. Nevidět člověka je nepříjemná věc, je potřeba s ním pořešit nejen tísňovou péči, ale i další věci se kterými se klient potýká, snažíme se rekognoskovat síť podpory v jeho okolí, zajistit sdílenou péči.“*



-Rostislav Haufer, MBA (Chytrá péče): *“Vstup do služby, by měl být maximálně jednoduchý, samozřejmě bezpečný, rozumím tomu, že nelze dopustit ohrožení klienta, musíme vědět o rodině a klientovi určité informace, žijeme v éře digitalizace, a pracujeme v době, kdy rodina často není v dosahu seniora. A my musíme být schopni i u vstupu řešit nějaké věci distančně, což ještě zdůraznilo období pandemie. Rád bych hledal cestu, jak bezpečně pracovat s klientem a jeho rodinou i distančně, aby byl vstup do služby co nejjednodušší.“*

- ThLic. Mgr., Th.D. Jaroslav Lorman (ŽIVOT 90): *„Tísňová péče je dlouhodobá sociální služba, soustředíme se na to, abychom byli s klienty v kontaktu a byli jim na blízku ve všech otázkách kteří řeší. Je pro nás klíčové navázat vztah důvěry. První kontakt je opakovaný, telefonáty jsou rozsáhlejší, je potřeba vysvětlit v čem, služba spočívá.“*

-Bc. Tereza Zajíčková, Dis. (Chytrá péče): *„Služba je v podstatě proces, který reaguje na aktuální potřeby klienta, zahrnuje aktivizaci, síťování atd.“*

-Rostislav Haufer, MBA (Chytrá péče): *„Tísňová péče je prevence vzniku negativních stavů a tady do hry vstupuje veřejné propagování této služby, edukace o službě jako takové, aby rodina měla povědomí o tom, co jsou benefity této služby. Práce v úvodu je i o tom, aby bylo možné klienty přesvědčit, že je to služba preventivní, podpůrná a potřebná. Neznamená, že jedinec je už je nemožnou, a proto má tlačítko, ale znamená pomoc, možnost o pomoc požádat, pokud je potřeba a možnost zůstat doma.“*

Minimálním technickým standardem by mělo být zajištění kvalitní obousměrné hlasové komunikace a definování garantovaných úrovní kvality. Dále je nutným minimem existence vyhodnocovacího softwaru ve smyslu nepřetržitého monitoringu zařízení a klienta (monitoring baterie, signálu, pohybu klienta) odstranění případných vad a zajištění nepřetržitého provozu (a to i v době nutné údržby systému), včetně záložních zdrojů energie. K další diskusi je pak, jaká kritéria zvolit pro stanovení garantovaných úrovní kvality – zda se jedná o kritéria směrem k záchraně života, nebo o kritéria směrem ke zvýšení kvality života, protože to značně ovlivňuje požadavky na standardy jako takové.

-Lucie Sieberová (Anděl strážný): *„Minimální limit je zajištění obousměrné komunikace (jsou možná ještě na trhu jednosměrná zařízení). Je to minimum, neb tak umíme neustále komunikovat s klientem a umíme kontrolovat funkčnost monitorovacích zařízení.“*

- ThLic. Mgr., Th.D. Jaroslav Lorman (ŽIVOT 90): *„Musí být standardizovaná srozumitelná hlasová komunikace, co to je a jak vypadá s ohledem na kvalitu zvuku. Zařízení nesmí být špatně rozumět. Co do kvality obsahu komunikace to už jsou pak standardy procesní a i etické.“*

-Rostislav Haufer, MBA (Chytrá péče): *„Měly by být definovány garantované úrovně kvality i z hlediska technického – co se děje když. Aby tam bylo i logování – kdy přišel alarm, kdo ho převzal, jak ho vyřešil. Vše musí být monitorované a podložené i např. nahrávkou. Musíme být schopni klientům, rodině doložit co se stalo. A toto musí využití technologie být schopny poskytnout.“*

-Lucie Sieberová (ŽIVOT 90): *„Naprosté minimum je také mít k dispozici vyhodnocovací software a zajištění nepřetržitého provozu, včetně záložních zdrojů energie.“*



- Rostislav Haufer, MBA (Chytrá péče): „Do minima patří také zmiňovaná karta klienta poskytující historii, definované SLA (servis level agreement – garantované úrovně kvality služeb) k jednotlivým krizovým situacím a doporučené postupy. Garance vysoké dostupnosti je i v tom, že provozovatel např. nerestartuje systém a služba není dostupná. Aby se nestalo, že údržbové věci službu omezí. Měly by se hlídat baterie, ztráty spojení atd. – ale to je k diskusi.“

- ThLic. Mgr., Th.D. Jaroslav Lorman (ŽIVOT 90): „Hlídní baterií, ztráty spojení apod. je zásadní, neb služba má přinášet bezpečí. Není to určitě jednoduché, ale patří to k základu a musí to být ošetřeno ve standardu.“

- ThLic. Mgr., Th.D. Jaroslav Lorman (ŽIVOT 90): „Otázka je, zda se jedná o kritéria směrem k záchraně života, nebo o kritéria směrem ke zvýšení kvality života. Měla by tam patřit i sociální inkluze (což je již v definici zákona), psychologická podpora – terapeutická podpora atd... Tendence smrskávat službu na záchranku, je vlastně proti smyslu toho, jak je definovaná v zákoně. Vše, co jsem zmínil má v důsledku vliv na bezpečí. Služba je komplexní.“

-Mgr. Petr Hanuš (APSS): „Významný rozměr naší diskuse je, co vlastně má tísňová péče dělat. A z toho, co já jsem tady zaslechl, tak hodně číší ta snaha sociálních služeb, nejenom tedy tísňové péče, ale dalších vykrývat ten neutěšený systém, a sice že není vlastně žádná pozice nějakého koordinátora péče, která by toto dělala. Takže otázka je, jestli tísňová péče toto má dělat jako povinnost každá, já si myslím, že ne, že by tady měl být někdo jiný, který zapojí i tísňovou péči do celkového řetězce pomoci, který je pro toho potřebného klienta v daném rozsahu zajištěn.“

V oblasti personálních požadavků se poskytovatelé shodli, že **je nutné, aby každý klient měl svého sociálního pracovníka, který rozhoduje o nastavení služby a jejích úpravách v čase. Není nutné, aby tento byl 24 hodin přítomen na dispečinku, ale je nutné mít k dispozici historii komunikace a nastavení služby, ta se musí uchovávat v kartě klienta. Významný je proto sběr, třídění, ukládání a sdílení informací. Informace jsou pak v souladu s GDPR a mnohoúrovňovým zabezpečením k dispozici dalším pracovníkům tísňové péče.** Přítomnost profesionálního erudovaného pomáhajícího vztahu je zásadní. **Dostupnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu je pak zajišťována dalšími pracovníky dispečinku – pracovníky v sociálních službách, tuto kategorii by možná bylo dobré v rámci standardů samostatně vydělit, jsou na ní jiné dovednostní požadavky.**

Do standardů by měl patřit i obsluhující technický personál pro instalace zařízení, zajištění chodu pultu tísňové péče, zálohování dat, zajištění záložního zdroje energie. Prospěšná je delegace kompetencí k zdravotnímu souhrnu prostřednictvím legislativy, resp. jejího naplnění spojené s povinností mlčenlivosti - základem pro soulad se zákonem o ochraně osobních údajů je pak souhlas klienta.

- ThLic. Mgr., Th.D. Jaroslav Lorman (ŽIVOT 90): „Klíčová věc je erudice pracovníků na tísňové péči. Člověk umí jednat v triáž situaci, umí krizovou komunikaci, umí zvládat stres. A hlavně umí sociální práci, umí vyposlechnout zakázku, zjistit co je třeba řešit.“



-Lucie Sieberová (Anděl strážný): „Ano, profesionální pomáhající vztah je dobrá definice. Zásadní je přítomnost sociálního pracovníka, odborníka, který řeší komplexně situaci klienta. Nemusí to být 24/7 na dispečinku, ale jsou to ti, co mapují terén ti, co dávají podklady pracovníkům v sociálních službách, kteří pak působí na dispečinku.“

-Bc. Tereza Zajíčková, Dis. (Chytrá péče): „Sociální pracovník rozhoduje o nastavení služby, to nemůže pracovník v sociálních službách udělat.“

- ThLic. Mgr., Th.D. Jaroslav Lorman (ŽIVOT 90): „Není to jednoduchý požadavek k zajištění, ale je to nezbytné věc, aby každý klient měl svého soc. pracovníka. Ten sleduje, jak se stav klienta vyvíjí, ten je odpovědný za kvalitu služby směrem ke klientovi, nikoli za řešení akutní krizové situace. Podstatné také je, že si team tíšňové péče předává informace, team jako celek řeší klienta. Musí se uchovávat historie, je tam k dispozici záznam o tom, kdo klient je, kdo nám volá. Je jedno kdo na signál odpoví, neb z historie se můžete připravit na to kdo volá.“

-Lucie Sieberová (Anděl strážný): „Na ochraně dat se shodneme, to není potřeba diskutovat dále. Ctíme a platí GDPR, musí být mnohoúrovňová zabezpečení.“

-Rostislav Haufer, MBA (Chytrá péče): „Jsou dvě profese, které potřebujeme a není reálné je mít zaměstnané na hlavní pracovní poměr. Je potřeba i psycholog – jak pro klienty, tak pro zaměstnance. A odborník na IT technologie. To jsou lidé, kteří nebudou pracovat v sociálních službách na plný úvazek. Měli bychom být schopní najímat tyto dodavatele externě.“

3.2.2 Nepodkročitelné standardy - závěr

Jak již bylo uvedeno je primárně žádoucí, aby se nám podaří redefinovat sociální službu tíšňová péče v zákoně o sociálních službách. Díky tomu by došlo k prvnímu kroku a sice k určení standardu pro obsah tíšňové péče na jehož základě by pak mohly být definovány další podrobnější standardy týkající se jejího poskytování – a sice standardy technologicko-procesní, které by se odvíjeli od toho, zda bude služba více orientovaná směrem k záchraně života nebo i směrem k zlepšení kvality života.

Z výše uvedené diskuse lze dovozovat **následující kvalitativní minimální standardy**. Nad jejich přesnou podobou je nicméně ještě potřeba dále diskutovat s ohledem na úroveň na které se budeme snažit standardy prosazovat.

1.1. Standardizace komunikačních a informačních technologií sloužících pro komunikaci mezi klientem a poskytovatelem.⁴ Jsou to koncová zařízení, zařízení zprostředkující konektivitu a samotný prostředek konektivity tedy zajištění spojení, zařízení dispečinku či call centra včetně zařízení poskytujících potřebná data.

⁴ Tento typ standardizace by se měl co nejvíce přibližovat, resp. překrývat se standardy zaváděnými pro telemedicínu v rámci zdravotních služeb.



Není potřeba omezovat druh klientského zařízení na stacionární či mobilní, obě formy mají své opodstatnění a záleží na koncovém klientovi a jeho potřebách a typu poskytované služby. Z hlediska kvality služby není ani nutné omezovat podobu zařízení – náramek/přívěšek. Nicméně **základním nepodkročitelným standardem je zajištění kvalitní (srozumitelná) obousměrné hlasové komunikace a průběžný, stabilní monitoring zařízení včetně odstranění případných vad. Tomu by měla odpovídat technologická náročnost na standard poskytovaných zařízení** (minimální výdrž baterie, pokrytí signálem, požadavek na světelný indikátor aktivace SOS tlačítka).

Komunikace s klientem musí být pravidelná a až na výjimky má dlouhodobý charakter.

Souvisejícím minimálním standardem je proto existence vyhodnocovacího softwaru pro nepřetržitý monitoring klienta a jeho zařízení (monitoring baterie, signálu a pohybu klienta).

Každý poskytovatel by měl mít definovaná garantované úrovně kvality, zajištěno logování (záznam) komunikace s klientem, kdy byl zaznamenán alarm, kdo ho převzal, jakým způsobem byla situace řešena, hovor s klientem by měl být nahráván a nahrávka uložena.

Nepodkročitelným standardem je proto provozování 24hodinového dispečinku/call centra, zajištění nepřetržitého provozu včetně záložních zdrojů energie (odpovídající požadavky na server systému, aplikace dispečinku, rozsah, kvalitu a SLA služby je potřeba dále specifikovat s ohledem na běžné technologické standardy).

1.2. Standardizace personálního zajištění komunikace s klientem. Jedná se o personál v přímé péči i pracovníky dispečinku/call centra. **Základním nepodkročitelným standardem je přítomnost sociálního pracovníka, který je odpovědný za nastavení služby pro koncového klienta – individuální plán péče, monitoring klienta a revizi nastavení služby, tak aby služba odpovídala proměnám v čase.** Každý klient má svého odpovědného sociálního pracovníka, který je zodpovědný za kvalitu služby, nikoli za řešení akutní krizové situace.

Proběhnout musí i sociální šetření v místě pobytu klienta, tak aby byl individuální plán péče postaven na jeho reálných potřebách. Konkrétní požadavky na sociální šetření při vstupu do služby a možné zapojení distanční formy komunikaci je potřeba dále diskutovat. Se sociálním šetřením souvisí i provedení analýzy rizik v souvislosti s tím co u klienta poskytovatel dělá a jaké služby nabízí a garantuje.

Na dispečinku jsou pak přítomní pracovníci v sociálních službách speciálně proškolení s ohledem na krizovou komunikaci. Toto dále řeší individuální procesně-etické standardy poskytovatele.

Do standardu je potřeba zahrnout i obslužný technický personál pro instalaci zařízení, obsluhu pultu tísňové péče a zálohování dat, který zabezpečuje bezproblémový 24 hodinový chod dispečinku/call centra a monitoring zařízení/klienta.



1.3. Standardizace komunikace mezi pracovníky poskytovatele včetně informační podpory pracovníků poskytovatele.

Pro zajištění dostatečného přenosu informací je potřeba aby poskytovatel vedl „**kartu klienta**“, poskytující základní informace o klientovi, historii komunikace, řešení krizových situací atd. **Informace jsou pak ukládány v souladu s GDPR a ochranou osobních údajů.** Prospěšná by byla delegace kompetencí k zdravotnímu souhrnu. Tedy sdílení zdravotních dat například s praktickým lékařem, či po propuštění z hospitalizace atd.