Proměny příspěvku na péči a specifika sociálního šetření

Bc. Kateřina Ježková

Diplomová práce
2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Bc. Kateřina Ježková**
Osobní číslo:	**H150474**
Studijní program:	**N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:	**Sociální pedagogika**
Forma studia:	**kombinovaná**
Téma práce:	**Proměny příspěvku na péči a specifika sociálního šetření**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální péče, příspěvků na péči a specifik sociálního šetření.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ESTES, Carroll L. Social policy & aging: a critical perspective. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, c2001. ISBN 0803973470.
HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy. Olomouc: ANAG, 2012. ISBN 978-80-7263-748-5.
KREBS, Vojtěch. Sociální politika. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2.
MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
TOMEŠ, Igor. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, PhD.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **22. listopadu 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 22. listopadu 2016

L.S.

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 17. 3. 2014 .....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na proměny příspěvku na péči a specifika sociálního šetření. V teoretické části jsou vyzdviženy důležité pojmy, které jsou legislativně ukotveny, zejména v zákoně č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Pozornost je věnována především změnám příspěvku na péči, kterými postupně procházel. Část diplomové práce se věnuje sociálnímu šetření, které je nezbytnou součástí celého procesu přiznávání příspěvku na péči. Charakterizována je i spolupráce sociálních pracovníků a lékařské posudkové služby, kdy tato oblast je následně zkoumána v empirické části.

Empirická část je realizována kvalitativní metodou formou rozhovorů se sociálními pracovníky z agendy příspěvku na péči. V závěru je uvedeno shrnutí výsledků vlastního výzkumu a doporučení pro praxi společně s osobním přínosem diplomové práce.

Klíčová slova: dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, posudkový lékař, příspěvek na péči, sociální pracovník, sociální šetření, stupeň závislosti, základní životní potřeby

ABSTRACT

The thesis is focused on the transformation of the care allowance and social specifics of the survey. The important terms that are legislatively anchored are highlighted in the theoretical part, in particular in Act no. 108/2006 Coll. The Social Services Act. Attention is paid to changes in the care allowance, which gradually passed. Part of the thesis is devoted to the social survey, which is an essential part of the process granting the care allowance. Also the cooperation of social workers and medical assessment service is characterized, when this area is then examined in the empirical part.

The empirical part is realized by qualitative method through interviews with social workers from the agenda of the care allowance. The conclusion is a summary of the results of our own research and recommendations for practice with a personal contribution of this thesis.

Keywords: long-term health condition, medical assessment service, the care allowance, social worker, the social survey, degree of dependence, bare necessities of life

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí diplomové práce, paní doc. PhDr. Lence Habujarové Iljavské, PhD., za odborné konzultace, vedení, podnětné rady a připomínky v průběhu zpracování celé práce. Dále děkuji i respondentům, kteří mi byli ochotni poskytnout rozhovory pro empirickou část diplomové práce.

V neposlední řadě patří veliký dík mé rodině a nejbližším za trpělivost a především podporu během celého mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Bc. Kateřina Ježková

„Když se vytratila veškerá naděje, když nikdo nepřichází na pomoc a krásy života vyprchaly, zjišťuji, že pomoc přece přichází, i když nevím jak a odkud.“

Mahátma Gándhí

OBSAH

ÚVOD **9**
I TEORETICKÁ ČÁST **11**
1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM A ZÁKLADNÍM POJMŮM **12**
1.1 STAV ZKOUMANÉHO TÉMATU V LITERATUŘE DOMÁCÍ, ZAHRANIČNÍ A CIZOJAZYČNÉ 14
1.2 STAV ZKOUMANÉHO TÉMATU K SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE 17
1.3 K ZÁKLADNÍM POJMŮM 18
2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI A JEHO PROMĚNY V PRŮBĚHU POSLEDNÍCH LET **23**
2.1 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI V RÁMCI SPRÁVNÍHO ŘÍZENÍ 26
2.2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI A JEHO PROMĚNY POSLEDNÍCH LET 28
2.3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI A JEHO FUNKCE V SYSTÉMU 30
3 SPECIFIKA SOICÁLNÍHO ŠETŘENÍ U PŘÍSPĚVKU NA PÉČI **33**
3.1 VLIV PRÁVNÍCH NOREM NA OSOBY PEČUJÍCÍ O OSOBU BLÍZKOU V RÁMCI PŘÍSPĚVKU NA PÉČI 34
Další související právní předpisy 35
3.2 OSOBNOST SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V RÁMCI PŘÍSPĚVKU NA PÉČI 36
3.3 KONTROLA VYUŽÍVÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI 37
II PRAKTICKÁ ČÁST **39**
4 MEODOLOGIE VÝZKUMU **40**
4.1 MOTIVACE K VÝZKUMU 40
4.2 VÝZKUMNÁ STRATEGIE 40
4.3 FÁZE VÝZKUMU 41
4.4 STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ 42
4.5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY 42
4.6 VÝZKUMNÝ SOUBOR 43
4.7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU 43
5 INTERPRETAČNÍ ČÁST **45**
5.1 DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1 45
5.2 DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2 48
5.3 DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 3 50
5.4 DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 4 53
5.5 DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 5 56
6 INTERPRETACE DAT **59**
_Toc478641113
ZÁVĚR **64**
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **67**
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK **70**
SEZNAM PŘÍLOH **71**

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá proměnami příspěvku na péči a specifiky sociálního šetření. Cílem je zjistit, jak sociální pracovníci příspěvku na péči vnímají při posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu propojenost mezi výsledky sociálního šetření a posouzení lékařskou posudkovou službou. Téma mě inspirovalo v mém zaměstnání na Úřadu práce, kdy pracuji jako sociální pracovnice na agendě příspěvku na péči. V průběhu zaměstnání jsem zjistila a stále zjišťuji, že mnoho lidí vůbec nemá ponětí o existující dávce. Příspěvek na péči a struktura sociálního šetření prošla změnami, a tak považuji za nezbytné se danou problematikou zabývat. Před rokem 2012 vypadala předloha sociálního šetření jinak, než je to v současné době. Dřívější posuzování bylo založeno na dotazování 36 základních úkonů soběstačnosti, kde žadatel o dávku příspěvku na péči odpovídal pouze ano/ne. Od roku 2012 prošla konstrukce sociálního šetření změnou a nyní se dotazujeme na 10 základních oblastí, které je nebo není schopen žadatel sám zvládat bez závislosti na druhé fyzické osobě. Sociální šetření prováděné u osob, které nejsou soběstačné, z určité míry ovlivní samotného sociálního pracovníka, to můžu posoudit ze své zkušenosti. Sociální pracovník se setkává s různými typy klientů a někdy je zapotřebí, aby u sociálního šetření byli dva pracovníci.

Sociální šetření je jeden z důležitých kroků o řízení příspěvku na péči. Posudková komise na Okresní správě sociálního zabezpečení na základě záznamu z provedeného sociálního šetření a zdravotní dokumentace vyhodnotí, zda je nebo není nárok na příspěvek na péči, pokud ano, tak v jakém stupni. Od 1. 8. 2016 výše příspěvku na péči vzrostla o 10 %. Podrobněji se dočteme v teoretické části diplomové práce. Sociální šetření jako jedna z metod práce s jedincem slouží k vypracování případové studie klienta, která je využívána v sociální práci. Dávka příspěvku na péči je určena ke zmírnění sociálních důsledků osoby závislé na druhé fyzické osobě. Nejedná se tedy o finanční oporu k důchodu nebo jinému výdělku. Jde o příspěvek, díky kterému si žadatel o dávku může koupit takovou službu, kterou si zaslouží a která mu pomůže kompenzovat jeho nemohoucnost a závislost na druhé fyzické osobě.

V teoretické části diplomové práce se zabýváme vztahem tématu k sociální pedagogice, se kterou bezpodmínečně souvisí. Dále rozebíráme změny příspěvku na péči a sociálního šetření. V diplomové práci se dočteme i o propojenosti vlivu právních norem s příspěvkem

na péči a následné kontrole jeho využívání. Je nezbytné se zamyslet a pozastavit se nad osobností sociálního pracovníka a jeho výkonu sociální práce.

V empirické části je stanoven hlavní výzkumný cíl diplomové práce, jak sociální pracovníci příspěvku na péči vnímají při posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu propojenost mezi výsledky sociálního šetření a posuzování lékařskou posudkovou službou. Pro naší empirickou část diplomové práce bude zvolena kvalitativní metoda výzkumu. Zvolené téma je osobnější a vyžaduje určitou míru empatie, z tohoto důvodu bude zvolena výše uvedená metoda. Dotazovat se budete sociálních pracovníků pracujících na agendě příspěvku na péči v okrese Ústí nad Orlicí. Po zpracování celé empirické části bude uvedeno i doporučení pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM A ZÁKLADNÍM POJMŮM

Příspěvek na péči patří do oblasti péče sociální, nikoliv zdravotnické. Dávka by měla reagovat na širší škálu potřeb lidí se zdravotním handicapem, než pouze na omezení vyplývající z medicínského hlediska. Příspěvek na péči je stanoven na financování péče rodinné, tzn. pomoc, kterou poskytuje člen rodiny. Dále je určen na financování péče poskytované asistentem. V neposlední řadě také na péči poskytovanou formálními sociálními službami či kombinací těchto forem péče. Ať už se jedná o jakoukoliv formu pomoci, vždy je předpoklad zaměření pomoci na komplexní psychosociální a fyzické potřeby osoby. Tato osoba z důvodu svého dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je v určité míře závislá na pomoci druhé fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb. (Havlíková, Hubíková, 2015, str. 9)

Matoušek uvádí: *„Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci.“* (Matoušek, 2007, str. 40) Dle Arnoldové má na příspěvek na péči (dále jen PnP) nárok osoba starší jednoho roku, kdy její dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav jí neumožňuje v určité míře sebe obsluhu, což způsobuje závislost na pomoci jiné fyzické osoby. Sociální pomoc může poskytnout buď osoba blízká, asistent sociální péče, poskytovatel sociálních služeb nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení. (Arnoldová, 2016, str. 20-21) Smyslem dávky příspěvku na péči je napomáhat jedinci k zajištění potřebné pomoci při zvládání základních životních potřeb. Potřebou pomoc jedinec vyhledává v první řadě v rámci rodiny. Dále pomoc může vyhledávat prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb, kdy si vybere formu poskytnutí některé ze sociální služby, které jsou zákonem stanovené. (Králová, Rážová, 2012, str. 16)

Co si představit pod pojmem dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav? Arnoldová uvádí: *„Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, se rozumí zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb.“* (Arnoldová, 2016, str. 21) Stát prostřednictvím příspěvku na péči se dle zákona podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek na péči jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Závislost na pomoci jiných fyzických osob rozlišujeme ve čtyřech stupních a podle věku žadatele. (Zákon o sociálních službách, 2006)

Žadatel o dávku příspěvku na péči může také zažádat i o příspěvek na mobilitu dle zákona č. 329/2011 Sb. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, § 38, kdy se neprovádí sociální šetření, ale vychází se pouze ze zdravotnické dokumentace. Zde bych chtěla vyzdvihnout, že může nastat situace, kdy je žadateli přiznán právě tento příspěvek na mobilitu, ale zároveň nemusí splňovat podmínky dle zákona č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách pro přiznání dávky příspěvku na péči. (Beck, Niederle, Hacaperková, Králová, 2012, s. 168)

Sociální šetření, které realizují sociální pracovníci v rámci příspěvku na péči je součástí sociální práce. Principem sociální práce je pomáhat osobám, které takovou pomoc potřebují a nachází se v situaci, která je pro ně nebo okolí nepříznivá. V takovém případě je poskytována maximální podpora na profesionální úrovni všem potřebným bez jakýchkoliv rozdílů. Sociální práce by měla vést ke zlepšení fungování jedinců a především by měla hájit slabé a potřebné. (Gulová, 2011, s. 14) Základem sociální práce je především etická dimenze sociálních pracovníků, jež se řídí dle etických norem a legislativou. Důraz v sociální práci je kladen především na lidská práva, humanismus a sociální spravedlnost. Sociální pracovníci vycházejí z profesionálního jednání, jako je např. respekt ke klientovi s jeho právem na samostatné rozhodování. Sociální pracovník pracuje s klientem bez jakýchkoliv předsudků. (Malík Holasová, 2014, s. 10)

S celkovým procesem a řízením příspěvku na péči také souvisí Lékařská posudková služba V resortu práce a sociálních věcí se lékařská posudková služba nachází v soustavě lékařských posudkových orgánů, kdy jejich hlavním úkolem je posuzovat zdravotní stav a také pracovní schopnost za účelem jednotlivých systémů sociální ochrany. Činnost lékařské posudkové služby v současné době se vyvíjí v rámci orgánů státní správy pro oblast sociálního zabezpečení.

Žadatel o dávku sociálního zabezpečení nebo průkazu osoby se zdravotním postižením nežádá přímo u lékařské posudkové služby, ale u příslušného správního orgánu v místě bydliště. Tím máme na mysli kontaktní pracoviště Úřadu práce ČR. Teprve na základě požadavku správního orgánu společně se žádostí a potřebnými dokumenty o dávku sociálního zabezpečení nebo průkaz osoby se zdravotním postižením provede lékařská posudková služba posouzení zdravotního stavu a následné rozhodnutí. Pokud se jedná o osoby, jež pobírají dávku delší dobu v řádech let, může lékařská posudková služba provést nové posouzení zdravotního stavu, aniž by správní orgán podal na jedince žádost o opětovné posouzení. Hlavním obsahem posudku vydaného lékařskou posudkovou služ-

bou je vyhodnocení, kdy je posuzováno, zda jedinec plní právní předpisy stanovené zdravotní podmínkou pro přiznání dávky. Například, pro přiznání dávky příspěvku na péči se posuzuje, zda dotyčná osoba je závislá na pomoci jiné fyzické osobě a v jaké stupni závislosti.

Ministerstvo práce a sociálních věcí zabezpečuje program poznatků lékařské vědy do všech sociálních systémů jako ochranu proti sociálnímu vyloučení. Dále zpracovává kritéria sloužící pro posouzení zdravotního stavu a koncepci vývoje posudkového lékařství. Dále má v kompetenci plnit úkoly při vlastní posudkové činnosti pro účely opravného řízení. Zabezpečuje v rámci své působnosti řídící, metodickou, koncepčně organizační a kontrolní činnosti. Ministerstvo práce a sociálních věcí zastupuje posudkovou službu v mezinárodních organizacích a v současné době vykonává činnosti odboru posudkové služby. (Posudková služba – podrobné informace, © 2009)

Estes (2001) ve své publikaci uvádí, že na základě demografických údajů se ženy dožívají vyššího věku, tudíž žijí déle než muži. Hovoří o gendrové problematice. Pomocí sociální politiky je definován teoretický model stárnutí. Dle Estese (2001) stárnutí ve společnosti je tzv. dohoda, jak společnosti přijímá stáří. Hlavním cílem politicky ekonomického přístupu je pochopení stáří a stárnutí a jak stát je schopen podporovat, přejímat a reprodukovat gendrovou problematiku. (Estes, 2001, s. 119, 128)

1.1 Stav zkoumaného tématu v literatuře domácí, zahraniční a cizojazyčné

Pro diplomovou práci byla použita literatura, nejen domácí a zahraniční, ale také cizojazyčná. Nezbytné bylo čerpat ze zákona, který je stěžejním zdrojem pro naši diplomovou práci. Následně si vymezíme literaturu, která byla důležitá a přínosná pro stanovené téma naší diplomové práce.

Literatura domácí

Publikace s názvem *Sociální služby a příspěvek na péči* (Králová, Rážová, 2012) je jednou ze základní literatury pro zvolené téma. Publikace specifikuje ze širokého hlediska příspěvek na péči a zabývá se především jeho změnou, která nastala 1. července roku 2012. V této knize se dočteme jaký je účel příspěvku na péči, jeho podmínky, výše, podmínky pro vznik nároku žadateli o tuto dávku. Zabývá se základními životními potřebami, které jsou nezbytné pro zjištění stupně závislosti osoby na jiné fyzické osobě. Zvládání těchto

základních životních potřeb se zkoumá při sociálním šetřením, které je prioritou příspěvku na péči.

Dílo *Sociální služby* (Matoušek a kol., 2007) se zabývá obecně vymezením sociálních služeb. Specifikuje legislativní zakotvení sociálních služeb v České republice, zaobírá se právní úpravou a financováním sociálních služeb. Autor zde popisuje kvalitativní versus kvantitativní přístup a specifikuje jejich přednosti a odlišnosti. Matoušek ve své publikaci věnuje jednu kapitolu též příspěvku na péči, kdy shrnuje podstatné informace.

Publikace *Příspěvek na péči* (Jeřábková, Průša, 2013) je nezbytná pro naše téma diplomové práce. Jsou zde srozumitelně popisovány základní teoretická východiska vztahující se k dané problematice a důležité legislativní vymezení. Autoři se zaměřují na změny v letech 2007 a 2010 ve struktuře příjemců příspěvku na péči podle stupně závislosti v závislosti na jejich pohlaví a věku. Dále vymezují formy využívání příspěvku. Součástí odborné publikace jsou parametry využívání příspěvku, konkrétně vybavenost regionů sociálními službami a změny procházející jejich strukturou. Ze zmíněné publikace byly použity v naší diplomové práci důležité poznatky vztahující se ke zkoumanému tématu.

Dílo s názvem *Role sociální práce a uplatňování situačního přístupu v rámci řízení o příspěvku na péči* (Havlíková, Hubíková, 2015) se zabývá sociální prací a jejím využíváním v agendě příspěvku na péči. Popisuje vybrané přístupy, které jsou podstatné k práci s klienty. Čtenáře seznamuje s rolí sociálního šetření, které je potřebnou součástí příspěvku na péči a následným jeho záznamem. Část publikace je věnována vzájemné spolupráci mezi sociálními pracovníky v agendě příspěvku na péči a posudkovými lékaři. Autoři se zmiňují, jakou roli hraje ošetřující lékař při posuzování stupně závislosti na jiné fyzické osobě. Poslední kapitola je věnována dalším subjektům, se kterými spolupracují sociální pracovníci příspěvku na péči.

V publikaci *Obory sociální politiky* (Tomeš, 2011) autor předkládá ucelený výklad problematiky sociální politiky především vysokoškolským čtenářům. Sociální politika patří ke stále aktuálním tématům současnosti a je zájmem jak u laické, tak u odborné veřejnosti. Publikace je zaměřena na obory veřejné sociální politiky, zejména na obligatorní povinnosti, ke kterým se Česká republika váže. Autor v publikaci seznamuje čtenáře s jednotlivými typy sociálních událostí. Dále je pozornost věnována základním právním

normám. Publikace byla jednou ze stěžejních zdrojů pro naši diplomovou práci, protože sociální politika souvisí bezpochybně s agendou příspěvku na péči.

K našemu tématu jsme čerpali také z publikace *Slovník sociální práce* (Matoušek, 2003), kdy bylo z uvedené publikace vysvětleno několik odborných názvů. Sociální práce je společensko-vědním oborem, kde je nespočet odborných termínů. Uvedená publikace seznamuje čtenáře se základními termíny souvisejícími se sociální prací, sociální pedagogikou a jinými příbuznými obory.

Publikace *Sociální politika* (Krebs a kol., 2005) čtenáře seznamuje se sociální politikou jako vědní disciplínou. Vymezuje základní teoretické problémy, obecné souvislosti, trendy a vývoje sociální politiky. Zaměřuje se také na praktickou činnost, uvádí sociálně politická opatření a poskytuje charakteristiku sociální politiky v České republice.

Literatura cizojazyčná

Publikace *Mark Social work: the basics* (Doel, 2012) popisuje současný pohled do sociální práce, který zkoumá nejenom jeho kořeny, ale i možnou budoucnost. V publikaci jsou také popisovány mýty obklopující sociální práci. Dále jsou rozebírány mediální debaty a je zde charakterizována práce sociálního pracovníka.

V diplomové práci bylo dále čerpáno z publikace *Social Policy & aging: a critical perspective* (Estes, 2001), která popisuje ekonomické stárnutí obyvatelstva. Cílem publikace je pochopení stáří a stárnutí v souvislosti s problémy společnosti. Autor dává kritický pohled na stárnutí jako jedno z hlavních paradigmat v oblasti stárnutí.

Literatura slovenská

V diplomové práci bylo čerpáno také ze slovenské knihy pod názvem *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce* (Oláh, Schavel a Ondrušová, 2008) kdy termín sociální práce je v této publikaci používán v širším kontextu. Popisuje, zda je naším posláním sociální změna ve společnosti, individuální nebo rodinná změna. Dále vyzdvihuje profesionalitu a etnickou zodpovědnost sociálního pracovníka pracovat s jednotlivci a skupinami, kteří jsou ohroženy sociálními problémy. Uvedená publikace vychází ze zkušeností sociální práce a pedagogické praxe vysokoškolských pedagogů.

Publikace *Úvod do pedagogického výskumu* (Gavora, 2008) byla jednou ze stěžejních knih především pro empirickou část diplomové práce. Kniha popisuje hlavní činnosti výzkumu, vymezuje výzkumný problém, formuluje hypotézy atd. Zabývá se studiem jak

kvantitativního, tak i kvalitativního orientovaného výzkumu. Důležitou součástí knihy jsou praktické příklady, které napomohou čtenáři lépe se v samotném výzkumu v praxi orientovat.

1.2 Stav zkoumaného tématu k sociální pedagogice

Příspěvek na péči a sociální pedagogika/ práce jsou spolu bezpochybně propojené. Sociální pracovník hraje důležitou roli v agendě příspěvku na péči. Je třeba si položit otázku, jak významná je role sociálního pracovníka v souvislosti s příspěvkem na péči. Při posuzování stupně závislosti jedince na pomoci druhé osoby zvažujeme hledisko, jakou váhu má sociální šetření prováděné sociálním pracovníkem a do jaké míry jsou zohledňovány sociální aspekty životní situace posuzované osoby. Na straně druhé zvažujeme, do jaké míry je důležitá role posudkového lékaře a jeho váha posouzení stupně závislosti z medicínského hlediska. Pro míru hodnoty závěru ze sociálního šetření a medicínského hlediska je třeba neustále sledovat aktuální právní úpravu bez ohledu na to, jaká právní úprava platí v danou chvíli pro agendu příspěvku na péči. Pro efektivní využívání příspěvku na péči a stanovení těchto podstatných faktorů je dlouhodobým úkolem. (Musil, Hubíková, Havlíková, Kubalčíková, 2011, s. 16) Práva a povinnosti jednotlivých účastníků tohoto řízení, včetně žadatelů a poskytovatelů příspěvku na péči jsou stanoveny zákonem č.108/2006 Sb. o sociálních službách, § 7-30 a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou jsou prováděny některá ustanovení zákona o sociálních službách. (ČESKO, 2006)

Jeden z hlavních aktérů celkového řízení o dávku příspěvku na péči (dále jen PnP) je bezpochybně sociální pracovník. Sociální pracovník se při výkonu své profese angažuje celou svojí osobností. Osobnostní výbava a životní zkušenost sociálního pracovníka určuje úspěch nebo neúspěch vzájemné spolupráce s klientem. Sociálnímu pracovníkovi nestačí k výkonu své profese pouze teoretické znalosti a praktické zkušenosti a zručnosti. Právě životní styl, názory, pozice a role, které ve společnosti zastává, jsou také důležité pro výkon a práci s klienty. Důležitou součástí profese jsou pocity, nápady, představy a empatie při spolupráci s klientem. Osobnostní kvality sociálního pracovníka mohou být pro klienta vzorem, který upevňuje pro něho důležité charakteristiky. (Oláh, Schavel, Ondrušová, 2008, s. 87)

Sociální pracovník v rámci celého správního řízení příspěvku na péči vede celou agendu, vykonává sociální šetření a další úkony. Dále je v přímém kontaktu se žadatelem neboli příjemcem o dávku. V případě, že žadatel není natolik schopný adekvátně komunikovat

se sociálním pracovníkem, kontakt se uskutečňuje s rodinou žadatele nebo jinými příslušníky či pečovateli. Povinností sociálního pracovníka je řešení určitých situací a problémů z pozice odborníka. Ke své práci by měl využívat příslušné metody sociální práce. Velký vliv na efektivní využívání PnP a zlepšení životní situace jedince, má právě role sociálního pracovníka, jeho způsob výkonu práce a schopnost komunikace se žadatelem o dávku nebo s rodinnými či jinými příslušníky. Dále se zaměřujeme na otázku spolupráce sociálního pracovníka a posudkového lékaře, který posoudí hodnotu sociálního šetření pro určení stupně závislosti žadatele na jiné fyzické osobě. Určení přesné a správné situace žadatele o PnP a jeho výše stupni závislosti je jeden z nejdůležitějších faktorů pro to, aby v závěru plnil PnP svůj účel a umožnil zajistit odpovídající formu pomoci a péče. (Musil, Hubíková, Havlíková, Kubalčíková, 2011, s. 16)

V publikaci Social Work autor uvádí, že sociální pracovníci jsou často označováni za profesionály v oblasti sociální péče. Sociální péče je zajištěna lidem, kteří potřebují dohled a péči ať už v jejich přirozeném prostředí nebo ve střediscích denní péče. Pojem pečovatelé může být zavádějící, protože ten samý termín je spojen i s těmi, kteří poskytují pomoc druhé osobě bezplatně, například rodinný příslušníci. Služby sociální péče jsou lokálně organizovány a zahrnují širokou škálu malých i větších organizací. Dále do nich spadají jak státní tak soukromé, ale i dobrovolnické organizace. Sociální a zdravotnické potřeby spolu úzce souvisí a je třeba k tomu dobré poznání a koordinace těchto potřeb. (Doel,2012, s. 117-118)

1.3 K základním pojmům

Následně se seznámíme s pojmy vztahující se ke zkoumané problematice. Vymezíme si nejen základní pojmy, ale i ostatní, které s danou problematikou souvisí, a můžeme se s nimi setkat. Základní pojmy, jak už z názvu diplomové práce vyplývá, jsou příspěvek na péči a sociální šetření. K nim se váží pojmy sociální pracovník, základní životní potřeby, sociální služba a neformální neboli domácí péče. Mezi ne základní, ale považujeme je, za velice důležité jsou následující – klient, míra stupně závislosti, posudkový lékař, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a nepříznivá sociální situace.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Dle zákona č. 108/2006 Sb. dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí*: Stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb.* (ČESKO, 2006)

Při posuzování zdravotního stavu můžeme osobu s dlouhodobě nepříznivým stavem označit za podmínek, že stupeň zdravotního postižení činí v rozmezí 50-79%, nebo je to osoba s těžkým zdravotním postižením. U nezaopatřených dětí se dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem rozumí stupeň postižení v rozmezí mezi 20-49%. (Matoušek, 2003, s. 54)

Klient

Klient dle Matouška (2003) je subjekt využívající sociální služby. Subjektem máme na mysli osobu, rodinu, skupinu, ale i komunitu. Někteří soudobí autoři spíše preferují pojem uživatel než klient. (Matoušek, 2003, s. 90)

Klient neboli uživatel sociální služby je osoba, které jsou poskytovány sociální služby, mohou být i jednorázové. Uživatelem/klientem jsou i jedinci, jež se ocitli v nepříznivé sociální situaci nebo jsou ohroženy sociálním vyloučením za předpokladu, že mají oprávnění sociální služby využívat. (MPSV, 2015, s. 110)

Míra stupně závislosti

Míra stupně závislosti na pomoci třetí osoby se posuzuje u osob s nepříznivým zdravotním stavem, kde se klasifikují zdravotně-sociální okolnosti. Jedná se o medicínskou kategorii, která věcně definuje předmět posouzení. Ukazatel je podstatou pro přiznání dávky příspěvku na péči. (Matoušek, 2003, s. 112)

Dle zákona č. 108/2006 Sb. rozeznáváme čtyři stupně závislosti, jedná se o lehkou závislost, středně těžkou, těžkou a úplnou závislost. Dle věku rozlišujeme částku v jednotlivých stupních závislostí. (ČESKO, 2006)

Neformální/ domácí péče

Neformální péče je pojmenování pro péči, pomoc nebo jinou podporu, která je poskytována osobou blízkou nebo asistentem sociální péče osobě, závislé na péči jiné fyzické osoby. Neformální péče se nevztahuje na pomoc ohroženým osobám v nepříznivé sociální situaci či osobám hrozící sociální vyloučení. Jde pouze o formu péče, poskytovanou osobám, závislým na pomoci jiné fyzické osoby. (MPSV, 2015, s. 40)

Dle Matouška (2003) domácí péče v zahraničí je odlišována od pomoci v domácnosti a kvalifikované domácí péči. Dále uvádí, že domácí péče je poskytována v domácnosti nemocného nebo umírajícího jedince, kdy tuto péči vykonávají kvalifikovaní zdravotníci, sociální pracovníci nebo jiní profesionálové. (Matoušek, 2003, s. 56)

Nepříznivá sociální situace

Nastává v případě, že je osoba ohrožena sociálním vyloučením, nemůže nebo má oslabenou schopnost nastalou situaci sama vyřešit. Sociální situace se mohou týkat odlišných oblastí a jsou velice různorodé, např. finanční nouze, zdravotní stav, pracovní nebo jiné návyky, ztráta bydlení nebo nepříznivé bydlení, ohrožení nežádoucími společenskými jevy atd. Aby osoba předešla vzniku nepříznivých sociálních situací, má možnost využít právě sociální služby. (MPSV, 2015, s. 43)

Dle zákona č. 108/2006 Sb. se nepříznivou sociální situací rozumí: *Oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.* (ČESKO, 2006)

Posudkový lékař

Úkolem posudkového lékaře je posouzení zdravotního stavu jedince na žádost orgánu sociálního zabezpečení. Tento orgán má pravomoc rozhodnutí o nároku dávky u příspěvku na péči osoby zdravotně znevýhodněné nebo nároku průkazu osoby se zdravotním postižením. Posudkový lékař hodnotí zdravotní stav jedince na základě lékařských zpráv od praktického i odborného lékaře. Při posuzování stupně závislosti u příspěvku na péči kromě lékařských zpráv, posudkový lékař vychází také z výsledků sociálního šetření. Posudkový lékař hodnotí zdravotní stav jedince jako celek. Výsledkem práce posudkového lékaře není rozhodnutí o dávce, ale posudek. Vydaný posudek slouží jako podklad pro orgán sociálního zabezpečení, který rozhodne o dávce. (MPSV, 2015, s. 63)

Příspěvek na péči

Zákon č. 108/2006 Sb., §7 uvádí: *Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby.* (ČESKO, 2006)

Finance z poskytnutého příspěvku jsou použity na pomoc, kterou poskytuje buď osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. (MPSV, 2015, str. 78) Dle MPSV (2015): „*Nárok na příspěvek má osoba starší jednoho roku, která z důvodu svého dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při tzv. zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti.*“ (MPSV, 2015, s. 79)

Soběstačnost

Pokud je jedinec soběstačný máme tím na mysli úkony, pomocí kterých je schopen se účastnit běžného sociálního života. Například schopnost komunikace, dovednost hospodařit s penězi, umět nakládat s předměty osobní potřeby, schopnost zařídit si osobní záležitosti, dovednost základní péče o domácnost – vaření, praní a úklid. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 18)

Sociální pracovník

MPSV (2015) uvádí: *Sociální pracovník je kvalifikovaný pracovník vykonávající činnosti, které přispívají k uskutečňování smyslu a účelu sociální práce, tj. k ochraně lidských práv a lidské důstojnosti a k podpoře sociálního bezpečí osob.* (MPSV, 2015, s. 98)

Osobnost a životní zkušenost sociálního pracovníka určuje jeho spolupráci s klientem, zda bude úspěšná či nikoli. V sociální práci se sociální pracovník angažuje do své profese celou svojí osobností, nestačí pouze teoretické poznatky a praktické zkušenosti, ale i životní styl, názory, pozice a role, které ve společnosti zastává, empatie apod. (Oláh, Schavel, Ondrušová, 2008, s. 87)

Sociální služba

Sociální služba je činnost nebo soubor více činností, které jsou poskytovány osobám, jež jsou ohroženy nebo se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Sociální služby jsou poskytovány odborníky s adekvátní kvalifikací. Cílem sociálních služeb je zabránit ohroženým osobám před sociálním vyloučením a pomoc těmto osobám při začlenění do společnosti. (MPSV, 2015, s. 99)

Matoušek (2003) definuje pojem sociální služba: *Všechny služby, krátkodobé*

dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti. (Matoušek, 2003, s. 214)

Sociální šetření

Sociálním šetřením se rozumí zjišťování informací, mapování a rozpoznávání sociálních problémů, potřeb, zdrojů a jejich vzájemných souvislostí u jednotlivců, skupin či komunit. (ČESKO, 2006)

Základní životní potřeby

Matoušek (2003) ve své publikaci definuje: *Jde o biologické, psychické a sociální potřeby člověka, jež by měly být uspokojovány na úrovni ještě přijatelně zatěžující společnost a na druhé straně bránící hendikepovaným v tom, aby byli vyloučeni ze společnosti.* (Matoušek, 2003, s. 268) Biologickými a psychickými potřebami máme na mysli zabezpečení základní hygieny, stravy, ošacení, bydlení, dále možnost komunikace a dostupnost k informacím. K základním sociálním potřebám řadíme všeobecné lidské společenské potřeby, zájmy a práva, včetně práva na příslušnost k menšině a přijetí azylantů do obce apod. Úroveň přijatelná pro společnost je taková úroveň, která je výsledkem sociálního konsenzu na úrovních, kde rozhoduje o sociální politice. (Matoušek, 2003, s. 269)

Pokud se jedná o hodnocení základních životních potřeb, porovnávají se funkční dopady dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby. Ovšem nepřihlíží se k pomoci, dohledu na péči, která není následkem z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. (ČESKO, 2006)

2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI A JEHO PROMĚNY V PRŮBĚHU POSLEDNÍCH LET

Před rokem 1989 se nebral v potaz ohled na individuální potřeby českých klientů sociálních služeb a sociální pracovníci centrálně definovali potřeby pomocí různých experimentů. Ve vyspělých evropských zemích se od 70. let 20. století začala řešit a zdůrazňovat kvalita péče a služeb. V tomto období začaly vycházet na povrch standardy péče. Tehdejší Československo v tomto směru ovšem zaostávalo. Poskytovatelé služeb se zaměřovali na ukazatele technické, hygienické a personální. Tehdejší autoritativní režim upřednostňoval kvantitativní stránku služeb státních zařízení a organizací před kvalitativní stránkou. Přednost měla peněžitá a ústavní pomoc před péčí domácí a péčí nestátních subjektů. V potaz se nebral individuální rozvoj klientů, ale zájem se koncentroval více na organizaci služeb. (Holasová, 2014, str. 49)

Od roku 1989 dochází k transformaci sociálních služeb. Stát rozšířil nabídku sociálních služeb v oblasti sociální péče, které jsou poskytované nestátními organizacemi, církvemi, samosprávou krajů a obcí, ale i soukromými osobami. Důraz je kladen na kvalitu poskytování služeb a striktnost jejich pravidel. Důležitou součástí je bezpodmínečně přístup pracovníků ke klientům či uživatelům služeb a jejich odbornost. V současnosti v České republice se při poskytování sociálních služeb klade důraz na dodržování lidských práv osob. Při individuálním poskytování sociálních služeb bereme v potaz svobodnou vůli osob a zajišťování jejich důstojnosti. Sociální služby usilují a směřují k sociálnímu začleňování klientů. Do České republiky vstoupil v platnost k 1. 1. 2007 zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, který zavedl nové pojmy. Můžeme uvést například registr poskytovatelů sociálních služeb, standardy kvality sociálních služeb, inspekce kvality sociálních služeb a v neposlední řadě také sociální dávka příspěvek na péči, kterému je tato diplomová práce věnována. Zákon formuluje druhy sociálních služeb, které jsou děleny na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Příjemce dávky příspěvku na péči si tyto druhy služeb může objednat u příslušné organizace, kdy za zaplacení je klientovi sociální služba poskytnuta. Prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči zákon stanovuje podmínky podpory a pomoci osobám, které se ocitli v nepříznivé sociální situaci. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, str. 67-70)

Tomeš (2011) uvádí, že cílem zákona byla transformace systému sociálních služeb, které měly ustupovat od ústavní formy péče a zaměřovat se na rozvoj terénních služeb

v přirozeném prostředí jedince. Transformace směřovala ke zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb, důraz byl kladen na vytvoření takových podmínek, které budou uspokojovat potřeby osob znevýhodněných a oslabených v procesu prosazování svých potřeb. Dalším cílem transformace sociálních služeb je obecný princip solidarity ve společnosti, který podporuje rovné příležitosti pro všechny členy společnosti. Zákon se snaží usilovat o to, aby osoba v nepříznivé sociální situaci se stavěla do role aktivního činitele na základě smluvního principu. Kdy projev vůle jedince a jeho objektivnost potřeby slouží ke stanovení formy pomoci. V této chvíli se dostáváme k sociální službě poskytované formou příspěvku na péči, který má jasně stanovená pravidla a slouží pro osoby v nepříznivé sociální situaci. Díky jednotnému systému objektivního hodnocení potřeb a následné závislosti jedince na druhé fyzické osobě je určen stupeň a výše příspěvku na péči. Jedinec zdravotně postižený by měl mít právo na výběr sociální služby. Tuto moderní myšlenka výběru sociálních služeb má řešit právě dávka příspěvek na péči. Po právní úpravě vzešel příspěvek na péči v platnost 1. 1.2007. Smyslem právní úpravy bylo, že přiznaný finanční příspěvek oprávněné osobě má sloužit na nákup potřebné sociální služby. Realita byla trochu jiná, lidé pojali příspěvek na péči jako přilepšení si do rodinného rozpočtu. Tím pádem vznikla situace, kdy příspěvek nenaplnil očekávání zákonodárce z důvodu, že finance plynuly mimo sociální služby. Tato situace dala podnět k tomu, že prvním lednem 2008 došlo k další právní úpravě příspěvku na péči. Právní úprava spočívala ve skutečnosti zavedení povinnosti příjemců příspěvku oznámit do 8 dnů, a jakým způsobem jim je péče poskytována. Pokud by nastala skutečnost neoznámení povinnosti, došlo k sankciování způsobem pozastavení výplaty příspěvku péči do doby, kdy neoznámí způsob využívání příspěvku. Další novela zákona přinesla v roce 2009 skutečnost, že příspěvek na péči ve IV. stupni závislosti byl navýšen na 12 000 Kč. Dále došlo ke změně formy výplaty příspěvku v I. stupni závislosti. Jedna polovina příspěvku byla vyplácena formou poukázky na vhodnou sociální službu, pokud se v okolí bydliště jedince nacházela a oprávněná osoba ji nevyužívala. V případě, že se v blízkosti nenachází vhodný poskytovatel sociální služby, příspěvek je nadále vyplácen v hotovosti a je použit na nákup sociální služby nebo na péči o oprávněnou osobu, kterou zajišťuje do určité míry člen rodiny. V ostatních zemí se odděluje svobodná volba sociální služby dle vlastního výběru jedince od podpory rodiny, která má zájem se o člena starat v přirozeném prostředí. Volba sociální služby je vyplácena formou poukázek a péče rodiny je koncipována a vyplácena obdobně jako rodičovský příspěvek v České republice. (Tomeš, 2011, str. 167-168) K této změně došlo z důvodu, že

značná část příjemců příspěvku na péči ho využívala na „nákup“ sociálních služeb, které byly
potřebné, nýbrž si jeho výplatou zlepšovali svoji finanční stránku. Tato skutečnost byla v rozporu se zákonodárci, tudíž 1. ledna 2011 vzešlo v platnost, zavedení kombinovaného způsobu výplaty příspěvku na péči v prvním stupni závislosti. (Jeřábková, Průša, 2013, str. 13)

Také docházelo k proměnám výše příspěvku na péči v jednotlivých stupních závislostí. Od svého vzniku do roku 2011 jeho výše vypadala následovně.

Pro osoby mladší 18 let věku:

- I. stupeň (lehká závislost) 3 000 Kč
- II. stupeň (středně těžká závislost) 6 000 Kč
- III. stupeň (těžká závislost) 9 000 Kč
- IV. stupeň (úplná závislost) 12 000 Kč.

Pro osoby starší 18 let věku:

- I. stupeň (lehká závislost) 800 Kč
- II. stupeň (středně těžká závislost) 4 000 Kč
- III. stupeň (těžká závislost) 8 000 Kč
- IV. stupeň (úplná závislost) 12 000 Kč. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 18-19)

Jak se postupem času měnila výše příspěvku na péči, uvádíme v podkapitole 2.2 Příspěvek na péči a jeho proměny posledních let.

Od 1. 8. 2016 nově o příspěvek mohou žádat i osoby, které jsou hospitalizované za podmínky dlouhodobé lůžkové nepřetržité péče pro nemoc nebo úraz v délce alespoň 60 dnů. V takovém případě musí splnit podmínku dle zákona č. 108/ 2006 Sb. Zákon o sociálních službách, že tato skutečnost musí být písemně oznámena Krajské pobočce Úřadu práce ČR a to ve lhůtě do 8 dnů ode dne, kdy tato skutečnost nastala. (Lékařská posudková služba, © 2017)

2.1 Příspěvek na péči v rámci správního řízení

Zahájení řízení o příspěvek a péči je v momentě, kdy je podána žádost na předepsaném tiskopise Ministerstva práce a sociálních věcí. Ve vyplněné žádosti, musí být uvedena fyzická nebo právnická osoba poskytující péči osobě, která o příspěvek na péči žádá. Osoba, které náleží příspěvek na péči, je nazývána jako žadatel. Žádost musí obsahovat všechny požadované povinné informace. To znamená vedle osobních údajů je nezbytnou součástí žádosti

o příspěvek na péči uvedení způsobu výplaty. Máme stanovené dvě varianty, kdy jednou z nich je forma poštovní poukázky na trvalou adresu žadatele a druhá je převedení na běžný účet. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 10) Žádost je podávána u správního orgánu, který žadateli místně i věcně náleží. Agendu příspěvku na péči pro státní správu v přenesené působnosti mají v pravomoci v době výzkumu obce s rozšířenou působností. Zde je žádost podána žadatelem nebo jejím zástupcem. Zástupce žadatele zastupuje v řízení nezletilé děti, nebo osobu, která s přihlédnutím na svůj zdravotní stav není schopna samostatného jednání. Žadatel má nárok si podat návrh na řízení o změně výše příspěvku na péči. Pokud je žadatel hospitalizován, výplata příspěvku na péči je pozastavena. V obou případech je zahájeno řízení z moci úřední.

Po podání žádosti je do určité doby provedeno sociálním pracovníkem úřadů obcí s rozšířenou působností sociální šetření v přirozeném prostředí klienta. Úřad, který přijal žádost a uskutečnil sociální šetření, posílá příslušné okresní správě sociálního zabezpečení záznam ze sociálního šetření spolu se žádostí o posouzení stupně závislosti.

Sociální pracovník v průběhu sociálního šetření, které je prováděno v přirozeném sociálním prostředí zjišťuje schopnost žadatele samostatného života v tomto prostředí. Sociální pracovník se zabývá při sociálním šetřením následujícími oblastmi – schopnost péče o vlastní osobu, výdělečnou činností, kde se posuzuje i schopnost orientace ve financích. U dětí se zkoumá školní docházka. Dále se zabývá oblastí rodinných vztahů, sociální vztahový rámec (mimo rodiny), tím se myslí aktivity žadatele, pokud je nějakých schopen s ohledem na svůj zdravotní stav. V neposlední řade, je přihlíženo na domácnost a prostředí jedince. Sociální pracovník musí také zaznamenat datum, čas a místo sociálního šetření, identifikace žadatele, informaci o tom, kdo všechno byl přítomen u sociálního šetření a kdo zajišťuje péči žadateli. Podkladem pro rozhodnutí o přiznání či nepřiznání příspěvku na péči je stavení stupně závislosti posudkovým lékařem. Posudkový lékař vychází ze zdra-

votního stavu žadatele, kdy má k dispozici veškerou zdravotnickou dokumentaci a dále záznam ze sociálního šetření. Ve vyhotoveném lékařském posudku, je výčet úkonů, které je schopna posuzovaná osoba zvládat. Na základně tohoto lékařského posudku se rozhodne o přiznání či zamítnutí příspěvku na péči. Okresní správa sociálního zabezpečení zasílá tento dokument příslušnému úřadu, který vydá rozhodnutí a žadatele s výsledkem seznámí. Proti tomuto rozhodnutí se lze bezpochybně odvolat. Tím se dále zabývá krajský úřad, který žádost o odvolání posílá na Ministerstvo práce a sociálních věcí. V kompetenci sociálních pracovníků je i kontrola využívání příspěvku na péči. Sociální pracovník v přirozeném prostředí jedince zjišťuje, jak je PnP využíván, kým je pomoc poskytována, zda odpovídá stupeň závislosti k rozsahu poskytované pomoci atd. Z této kontroly je pořízen záznam, který se vkládá do spisové dokumentace žadatele. (Musil, Hubíková, Havlíková, Kubalčíková, 2011, s. 13-16)

Na závěr této podkapitoly si vymezíme úkoly lékařské posudkové služby:

- posuzování stupně invalidity a její změny
- posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dítěte a jeho neschopnost výkonu výdělečné činnosti z důvodu tohoto zdravotního stavu
- posouzení zda se jedná o osobu zdravotně znevýhodněnou
- posouzení schopnosti pohyblivosti a orientace pro účel přiznání průkazu, zda se jedná
- o osobu se zdravotním postižením
- posuzování pro účely přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku v případě, že se jedná
- o osobu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí nebo s těžkým sluchovým či zrakovým postižením anebo s těžkou či hlubokou mentální retardací
- posouzení stupně závislosti fyzické osoby za účelem přiznání příspěvku na péči.

Posudková kritéria jsou předepsána právními předpisy a posuzování zdravotního stavu pro jednotlivé systémy jsou odlišné. To znamená, že zdravotní postižení, které splňuje kritéria pro přiznání jedné dávky, nemusí odpovídat požadavkům pro přiznání jiné dávky. Výsledkem je posudek o zdravotním stavu, který je rozhodnut na základě veškerých lékařských zpráv a je podkladem pro Krajskou pobočku Úřadu práce ČR nebo pro Českou správu sociálního zabezpečení. (Lékařská posudková služba, © 2017)

2.2 Příspěvek na péči a jeho proměny posledních let

Příspěvek na péči je bezpochybně součástí sociální politiky. Sociální politika se primárně zaměřuje na jedince, jeho rozvoj a kultivaci, životní podmínky, dispozice, rozvoj jeho osobnosti a kvality života. Sociální politika je součástí společenského celku, nefunguje jako samostatný fenomén. (Krebs, 2005, s. 17) Krebs uvádí: *Sociální politika v moderní společnosti je její integrální součástí, koncentruje se k rozvoji sociální sféry a hledá odpovědi na zcela specifické otázky, na než nereagují a neodpovídají ostatní sféry života společnosti.* Lze říci, že sociální politika je součástí života společnosti, je jím významným faktorem, který spoluutváří její dynamiku a charakter. (Krebs, 2005, s. 19)

Příspěvek na péči kromě zákona o sociálních službách je také definován vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Do konce roku 2006 bylo osobám se zdravotním postižením vypláceno zvýšení důchodu pro bezmocnost. V této době také existoval příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou. Bezmocnost představuje důsledek zdravotního postižení, které kategorizuje míru soběstačnosti osoby, resp. míru omezení v sebeobsluze jedince. Právní význam bezmocnosti byl v důchodovém zabezpečení, důchodovém pojištění a v sociální péči. Zvyšováním důchodu pro bezmocnost bylo příčinou poskytnutí dávek a služeb sociální péče, především formou příspěvku na péči o blízkou nebo jinou osobu či poskytnutí pečovatelské služby. Pokud jedinec, který byl uznán bezmocným, pobíral dávku důchodového pojištění, výše jeho důchodu se odvíjela od stupně závislost bezmocnosti. Aby mohla být bezmocnost uznána, musel jedinec splňovat stanovené podmínky. První z nich byla nutnost ošetření jinou osobou. Další podmínkou byla nutnost obsluhy jinou osobou. Poslední podmínka byla dlouhodobost těchto potřeb. To znamená, že se nemohlo jednat o krátkodobý stav, aby byla bezmocnost relevantní. Diagnóza zdravotního postižení nespadala do posudkového kritéria, důraz byl na něho kladen pouze ve spojitosti s nutnou soustavnou péčí. Smyslem příspěvku na péči je zajistit osobám potřebnou pomoc a péči zejména prostřednictvím služeb sociální péče. Nárok na PnP závisí na individuálním posuzování schopnosti jedince zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti. (Arnoldová, 2011, s. 235-236)

V roce 2006, kdy byl zaveden příspěvek na péči, byla lékařská posudková služba rozdělena na dva systémy, a to pojistné a nepojistné, do kterých PnP patří. V rámci České správy sociálního zabezpečení působili posudkoví lékaři pro pojistné systémy. Pro nepojistné systémy, tudíž pro dávku PnP posudkoví lékaři fungovali v rámci úřadů práce. To znamená,

že, na úřadech práce fungoval institut tzv. smluvních lékařů, kteří nemuseli mít atestaci z posudkového lékařství. Pokud by zmíněný institut nevznikl, nebylo by možné zpracovávat velké množství nových posudků související s velkým počtem nových žádostí o PnP. Nemělo to dlouhé trvání a od 1. 7. 2009 byla lékařská posudková služba sloučena pod Českou správu sociálního zabezpečení. Toto sloučení vzniklo zejména z ekonomických důvodů. V současné době je v České republice pět regionálních oddělení lékařské posudkové služby, které jsou dále rozděleny na 81 referátu lékařské posudkové služby. Ze zmíněných referátů posuzují posudkoví lékaři zdravotní stav občanů, kteří patří pod příslušnou Okresní správu sociálního zabezpečení. I přes uvedené změny institut smluvních lékařů zůstal ponechán. (Musil, Hubíková, Havlíková, Kubalčíková, 2011, s. 14)

Od 1. 8. 2016 došlo ze změně výše příspěvku na péči, kdy byl Poslaneckou sněmovnou schválen a následně zvýšen o 10%. Po změně jsou částky PnP vypláceny ve výši následovně:

Pro osoby mladší 18 let věku:

- **I. stupeň (lehká závislost) 3 000 Kč**
- **II. stupeň (středně těžká závislost) 6 000 Kč**
- **III. stupeň (těžká závislost) 9 000 Kč**
- **IV. stupeň (úplná závislost) 12 000 Kč.**

Pro osoby starší 18 let věku:

- **I. stupeň (lehká závislost) 800 Kč**
- **II. stupeň (středně těžká závislost) 4 000 Kč**
- **III. stupeň (těžká závislost) 8 000 Kč**
- **IV. stupeň (úplná závislost) 12 000 Kč.** (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 18-19)

Jak se postupem času měnila výše příspěvku na péči, uvádíme v podkapitole 2.2 Příspěvek na péči a jeho proměny posledních let.

Od 1. 8. 2016 nově o příspěvek mohou žádat i osoby, které jsou hospitalizované za podmínky dlouhodobé lůžkové nepřetržité péče pro nemoc nebo úraz v délce alespoň 60 dnů. V takovém případě musí splnit podmínku dle zákona č. 108/ 2006 Sb. Zákon o sociálních službách, že tato skutečnost musí být písemně oznámena Krajské pobočce Úřadu práce ČR a to ve lhůtě do 8 dnů ode dne, kdy tato skutečnost nastala. (Lékařská posudková služba, © 2017)

2.3 Příspěvek na péči a jeho funkce v systému

Dávka příspěvek na péči dle Dukové, Duky a Kohoutové (2013) spadá do třetího pilíře sociálního systému. Příspěvek na péči řadíme do sociální služby jako nástroj sociální pomoci. Je to dávka pravidelná opakující se. Příspěvek na péči je vyplácen peněžní formou přímo žadateli o dávku, tzn. přímo klientovi nebo poskytovateli sociálních služeb. (Duka, Duková, Kohoutová, 2013, str. 109, 117)

Příspěvek na péči, jak už bylo v diplomové práci zmíněno, patří ke zcela novému nástroji financování sociálních služeb. Následně si vymezíme, co bylo cílem zavedení této dávky. Dle Jeřábkové a Průši (2013, str. 12) jde o*: „reverzibilní přechod od pasivního závislého pacientství k aktivnímu klienstsví“*. Dalšími cíli bylo:

- sjednotit podmínky, které povedou k získání veřejných prostředků všemi subjekty, které poskytují péči za podmínky jejich registrace
- zvýšit element spoluúčasti jedince při řešení jeho sociální situace
- zamezit paušalizaci pohledu na zdravotně postižené občany a starobní důchodce
- zavedení procesu deinstitucionalizace péče, což znamená dobře dostupná služba klientovi
- proces individualizace péče. (Jeřábková, Průša, 2013, str. 12)

Aby mohly být cíle naplněny při stávajícím rozdělení působností mezi státem a samosprávnými kraji a obcemi v praxi znamená, že je potřeba zvýšit odpovědnost a působnost samosprávných krajů a obcí při zabezpečování sociálních služeb. Dále by měla být zvýšena role příjemce sociální služby. Zajistit, aby stát garantoval zabezpečení klasifikace zdravotního postižení a multidisciplinárního posouzení celkové sociální situace žadatele. Aby si občan mohl dovolit sociální službu „koupit“ musí dojít k posílení jeho finanční stránky. Dále musí být zabezpečena ochrana občana prostřednictvím inspekce sociálních služeb. Jednotlivé subjekty poskytující sociální služby musí být registrovány dle stanovených podmínek, na jejichž základě byly stanoveny jednotné podmínky registrace a došlo k vytvoření komplexní sítě sociálních služeb v jednotlivých regionech. Stát je povinen poskytovat příspěvek těm organizacím, jejichž je zřizovatelem. (Jeřábková, Průša, 2013, str. 12)

Determinanty využívání příspěvku na péči

Vývoj sociálního systému je ovlivněn bezpodmínečně velkým množstvím faktorů. Přestože nepůsobí izolovaně, vzájemně se ovlivňují, podmiňují a existuje mezi nimi spousta zpětných vazeb. Význam těchto vazeb se mění dle závislosti na konkrétních historických podmínkách jednotlivých zemí. Faktory ovlivňující sociální systém, můžeme v zásadě rozdělit na tři hlavní okruhy, kterými jsou:

- demografický vývoj
- ekonomické a sociální faktory
- společenskopolitické determinanty vč. mezinárodních aspektů.

Financování a poskytování sociálních služeb je nezbytné věnovat pozornost především důsledkům demografického vývoje do roku 2020, dle údajů Projekce obyvatelstva ČSÚ do roku 2065. Dále sledovat vývoj zdravotního stavu osob starších 65 let, kdy bude potřeba dlouhodobá sociálně – zdravotní péče. (Jeřábková, Průša, 2013, str. 36)

Mimo uvedené faktory, je nutné mít na zřeteli další aspekty ovlivňující sociální služby. Máme na mysli např. otázky zabývající se kvalitou bydlení seniorů (možnost malometrážních bezbariérových bytů s přiměřeným nájmem). Mimo kvality bydlení je důležité mít na zřeteli dostupnost nezbytných veřejných služeb a jejich bezbariérovost. Důležitým aspektem je také vybavenost regionů sociálními službami a jejich strukturální změny. V neposlední řadě máme na zřeteli střet zájmu při výkonu státní správy a samosprávy na úrovni obcí s rozšířenou působností. Mimo uvedené aspekty existuje další řada otázek ovlivňujících využívání příspěvku na péči. Důležitá je role sociálního pracovníka, jeho objektivnost a zaujatost. Sociální pracovník může v rámci výkonu své profese ovlivnit rozhodování klienta o využití příspěvku na péči. S tím souvisí i další otázky, jakou jsou např. počet sociálních pracovníků, zaměření jejich činnosti, specifika způsobu práce s klientem a další. Další otázkou je změna chování jednotlivých aktérů v oblasti poskytování sociálních služeb po zavedení příspěvku na péči. (Jeřábková, Průša, 2013, str. 36-37)

Příspěvek na péči může být také zvýšen a to dvojím způsobem. Prvním z nich je zvýšení nezaopatřenému dítěti od 4 do 7 let věku, který má uznán příspěvek na péči ve III. nebo IV. stupni závislosti na druhé fyzické osobě. Výše příspěvku se zvyšuje o 2. 000 Kč a nedá se kombinovat v případě nedostatku příjmů v rodině. V druhém případě příspěvek může být zvýšen právě pro nedostatečný příjem v případě, kdy se jedná o nezaopatřené dítě do 18 let věku. Nebo rodiči, jež pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let věku. Příspěvek je zvýše

také o částku 2. 000 Kč. V obou případech musí platit podmínka, že rozhodný příjem oprávněné osoby a s ní společně posuzovaných je nižší než dvojnásobek částky životního minima dle zákona č. 110/2006 S. Zákon o životním a existenčním minimu. Zvýšení příspěvku na péči je vypláceno v kalendářním měsíci společně s vypláceným příspěvkem. (Pešlová, Žáčková, 2014, s. 81)

Zvýšení příspěvku na péči §12 – Zákona č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách

Příspěvek na péči může být také měsíčně navýšen a o to částku 2 000 Kč ze dvou důvodů, které si nyní vymezíme:

- nízké příjmy osoby oprávněné společně s osobami s ní posuzovanými. Jedná se o nezaopatřené dítě do věku 18 let, který má přiznaný stupeň závislosti na péči jiné fyzické osoby a náleží mu dávka příspěvku na péči. Na navýšení příspěvku na péči nemá nárok dítě, kterému náleží příspěvek na úhradu potřeby dítěte ze systému dávek pěstounské péče. Dále na navýšení příspěvku má nárok rodič, který pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let věku a náleží mu dávka příspěvku na péči za podmínky, že rozhodný příjem oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných je nižší než 2,4 násobku životního minima, dle zákona č. 110/ 2006 Sb. Zákon o životním a existenčním minimu.
- Druhým důvodem je podpora zdravotně postižených dětí v předškolním věku, kdy zvýšení příspěvku na péči náleží nezaopatřenému dítěti ve věku od 4 do 7 let za podmínky přiznaného III. nebo IV. stupně závislosti. Opět je v tomto případě výjimkou dítě, které pobírá příspěvek na úhradu potřeb dítěte ze systému dávek pěstounské péče dle zákona č. 359/199 Sb. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí, část 5. pěstounská péče. (ČESKO, 2006)

3 SPECIFIKA SOICÁLNÍHO ŠETŘENÍ U PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

Novosad (2009) uvádí: *„Sociální šetření se používá zejména v oblasti sociální práce a slouží k analýze klientovy situace, na niž navazuje návrh možných podpůrných opatření.“* (Novosad, 2009, s. 143) S příspěvkem na péči a posouzení jeho nároku bezpodmínečně souvisí sociální šetření. Sociální šetření je prováděno Krajskou pobočkou úřadu práce. Sociální pracovník provádějící sociální šetření musí být vysokoškolské vzdělání. Sociální pracovník zjišťuje v přirozeném prostředí žadatele schopnost samostatného života. Tím máme na mysli rodinu a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby, sociální vazby k osobám, se kterými žije ve společné domácnosti. Dále místa, kde jedinci pracují, vzdělávají se nebo uskutečňují každodenní sociální aktivity. Cílem sociálního pracovníka je odhalit, v jakých životních, sociálních a materiálních podmínkách žadatel o dávku doopravdy žije. Sociální šetření se také uskutečňuje v průběhu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení na oddělení lůžkové péče. Zde je podmínkou, že lůžková péče musí trvat nepřetržitě a to v době déle než 60 dnů. Sociální pracovník v průběhu sociálního šetření zkoumá, jaké panují v rodině žadatele o dávku vztahy, jak je schopen komunikace s okolím, zda je schopen zabezpečit nejnutnější potřeby v chodu domácnosti. V případě, že žadatel pečuje o nezletilé dítě, posuzuje se jeho schopnost dbát o dítě a dohlížet na řádnou školní docházku. Základní životní potřeby, které sociální pracovník v rámci sociálního šetření posuzuje, jsou následující: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Péče o domácnost se neposuzuje u osob mladších 18 let. (Arnoldová, 2016, str. 22-23)

Stručné vymezení schopností zvládat základní životní potřeby dle Hrozenské a Dvořáčkové.

- Za mobilitu se u jedince považuje stav, kdy je schopen sám zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujmout polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem i s přestávkami v rozsahu alespoň 200 metrů.
- Orientací se rozumí schopnost rozeznávat čas, místo osobu a být orientován v obvyklém prostředí a situacích.
- Za komunikační dovednost považujeme u jedince, že je schopen se dorozumět a porozumět mluvenému slovu a psanou zprávou.

- Schopnost stravování je stav, kdy jedinec si dokáže sám vybrat a nalít nápoj, naservírovat potraviny a následně konzumovat. Také se bere v potaz dodržování předepsaného dietního režimu.
- Za schopnost oblékat se a obouvat se považuje stav, kdy jedinec je schopen si sám oblečení vybrat dle vhodnosti přiměřené okolnostem a následně se sám obléknout a obout.
- Schopnost tělesné hygieny se rozumí provádět celkovou tělesnou i ústní hygienu včetně osušení si jednotlivých částí těla, česat a holit se.
- Zvládat fyziologickou potřebu se rozumí včas použít WC, následnou očistu a používat hygienické pomůcky.
- Schopnost pečovat o své zdraví spočívá v dodržování stanoveného léčebného režimu a užívání potřebných léků a pomůcek.
- Za schopnost udržovat si osobní aktivity se považuje stav, kdy jedinec vstupuje do vztahů s dalšími osobami, dodržuje určitý denní harmonogram a vykonává aktivity přiměřené k jeho věku.
- Zvládat péči o domácnost znamená orientovat se ve financích osobních příjmů a domácnosti, obstarat běžný nákup a zajistit chod domácnosti včetně ovládání domácích spotřebičů. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, str. 152-153)

3.1 Vliv právních norem na osoby pečující o osobu blízkou v rámci příspěvku na péči

Příspěvek na péči náleží vždy žadateli, to znamená osobě, o kterou je pečováno nikoli osobě pečující. Žadatel musí touto částkou zaplatit služby, které mu jsou poskytovány, nelze si příspěvek nechat pro svoji osobní potřebu. (MPSV, 2015, 78)

Příspěvek na péči a dávky hmotné nouze se dle zákona č. 110/ 2006 Sb. Zákon o životním a existenčním minimu příspěvek nepovažuje za příjem osoby, pobírající příspěvek na péči. Dávka je zaměřena pouze na úhradu péče. (Arnoldová, 2011, s. 248)

Příspěvek na péči v souvislosti s **důchodovým pojištěním** prošlo také změnami. Osoba, která pečuje o osobu blízkou a je ve II., III. nebo IV. stupni závislá na pomoci druhé fyzické osoby, je důchodově pojištěna. Je zde ovšem podmínka společně sdílená domácnost v případě že se jedná o péči osoby blízké. Za osobu blízkou považujeme matku,

otce, manžela, manželku, dědečka, babičku apod. tyto podmínky také platí u OSVČ pečující o osobu blízkou. (Arnoldová, 2011, s. 248)

Zdravotně pojištěna je osoba, která má uznaný II., III. nebo IV. stupeň příspěvku na péči. Osoba pečující o osobu blízkou s uznaným II., III. a IV. stupněm příspěvku na péči je také zdravotně pojištěna. Pokud jedinec pečuje o dítě do 10 let věku, je pojištěn i v I. stupni závislosti na druhé osobě. Osoby invalidní ve III. stupni jsou také účastny na zdravotním pojištění.

Hmotná nouze, existenční a životní minimum. Osoba, která pečuje o osobu blízkou v rámci příspěvku na péči, může být v evidenci Úřadu práce, v případě, že jí péče nebrání v nabídce přijmout zaměstnání nebo si zaměstnání vyhledávat. Dále osoba, která pečuje o dítě ve věku do 10 let závislé na pomoci jiné fyzické osoby v I. až IV. stupni se započítává jako doba náhradní neboli doba odpracovaná pro nárok na podporu v nezaměstnanosti. Stejně tak je tomu u osoby pečující o osobu blízkou ve II. až IV. stupni závislosti.

Dávky státní sociální podpory. Při žádání o dávky státní sociální podpory, kterým jsou např. přídavky na děti, příspěvek na bydlení, rodičovský příspěvek apod. se pobírání příspěvku na péči neposuzuje jako příjem osoby jak pečující, tak osoby o kterou je postaráno.

Po shrnutí můžeme konstatovat, že doba péče se považuje za odpracovanou pro nárok na podporu v nezaměstnanosti. Nárok na nemocenské pojištění není v případě, že pečující osoba je nemocná. Osoby, které pečují o osobu blízkou, nejsou omezovány v pracovním uplatnění, mohou pracovat buď jako zaměstnanci nebo jako osoby samostatně výdělečně činné. V případě osob samostatně výdělečně činných je jejich činnost posuzována za vedlejší po dobu péče. Osoba, která pečuje a splňuje podmínky stanovené zákonem je pojištěna na zdravotním pojištění a doba péče se započítává do doby odpracované pro posouzení nároku na důchod. (Pešlová, Žáčková, 2014, s. 76-78)

Další související právní předpisy

- Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

- Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 388/2011, o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

3.2 Osobnost sociálního pracovníka v rámci příspěvku na péči

Osobnost sociálního pracovníka je velice důležitá při výkonu sociální práce. Každý sociální pracovník je jedinečný a má různé způsoby, formy a přístupy práce s klientem jak z profesionálního, tak i z lidského hlediska. Při výkonu sociální práce angažuje celou svoji osobností. Nestačí být pouze teoreticky vybaven, ale musí disponovat dalšími poznatky, kterými jsou praktické zkušenosti a zručnost, životní styl, mít svůj vlastní názor. Dále je nezbytná role a pozice, kterou ve společnosti zastává. Nezbytnou součástí osobnosti sociálního pracovníka je také vnímání práce s klientem, ze které vychází množství pocitů, nápadů a představ. Sociální pracovník je pro klienta vzor, nebo model, který klientovi upevňuje pro něho důležité charakteristiky. (Oláh, Schavel, Ondrušová, 2008, s. 87)

Sociální pracovník disponuje několika činnostmi, které může vykonávat. V rámci příspěvku na péči vykonává sociální šetření. Dále je v jeho kompetentnostech zabezpečování agendy včetně sociálně-právních problémů v zařízeních poskytující služby sociální péče. Poskytuje sociálně-právní poradenství. Vykonává analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti. Zajišťují odbornou činnost v zařízeních, které poskytují služby sociální prevence. Mezi odborné činnosti sociálního pracovníka řadíme depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociálního poradenství a sociální rehabilitace. Hlavními předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, zdravotní způsobilost, bezúhonnost a nezbytná odborná způsobilost. Sociální pracovníci mnohdy rozhodují o relevantních změnách v životě klienta. V takovém případě musí

disponovat vysokou profesionalitou, protože se jejich rozhodnutí projeví na efektivitě systémů státní sociální podpory, sociální péče, sociálních služeb, sociálně-právní ochraně dětí a mnoho jiných. Z těchto důvodu jsou stanovena poměrně přísná kvalifikační kritéria k výkonu povolání sociálního pracovníka. (Sokol a Trefilová, 2008, s. 177-178)

Sociální pracovník musí být odborně způsobilý k výkonu svého povolání. Vzdělání musí odpovídat následujícím možnostem. Jednou z možností je vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu. Obor musí být zaměřen na sociální práci, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost nebo charitní a sociální činnost. Druhá možnost pro výkon profese sociálního pracovníka je ukončené vysokoškolské vzdělání získané bakalářského, magisterského nebo doktorského studijního programu. Obory musí být zaměřené na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, které jsou akreditované dle zvláštního právního předpisu. (Zákon O sociálních službách, 2006)

Zaměstnavatel má povinnosti poskytnout sociálnímu pracovníkovu další vzdělávání a to v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Tímto si sociální pracovník obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Formy vzdělávání mohou být specializační vzdělání zajišťující vysoké školy a vyšší odborné školy, které navazují na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka. Další z možností jsou kurzy s akreditovaným programem, odborné stáže, účast na školících akcích a na konferencích. (Zákon O sociálních službách, 2006)

3.3 Kontrola využívání příspěvku na péči

Krajská pobočka Úřadu práce zjišťuje a kontroluje, zda přiznaný příspěvek na péči je efektivně a účelně využíván. Kontroluje, zda je příspěvek využíván k zajištění pomoci. Zda tuto pomoc poskytuje osoba blízká, asistent sociální péče nebo poskytovatelé sociální služeb uvedení v registru poskytovatelů sociálních služeb. Dále pomoc musí být poskytována osobou nebo poskytovatelem sociální služby, jež jsou uvedeny v žádosti o příspěvku na péči. Rozsah a způsob poskytované pomoci je závislý na přiznaném stupni závislosti příspěvku na péči. Kontroluje se, aby pomoc byla orientovaná na základní životní potřeby, které osoba závislá není, podle výsledku posouzení posudkových lékařů na okresní správě sociálního zabezpečení není schopna zvládat. Pokud s příspěvkem na péči nakládá

poskytovatel sociálních služeb, kontroluje se, zda má uzavřenou smlouvu o poskytování sociálních služeb. (Zákon O sociálních službách, 2006)

Sociální pracovník krajské pobočky Úřadu práce provádějící kontrolu využívání příspěvku na péči má oprávnění stejně tak jako u realizace sociálního šetření vstupovat do obydlí osoby, ve kterém žije. Pokud by po sociálním pracovníkovi žadatel nebo osoba pečující požadovala doklad o oprávnění, je povinen se prokázat služebním průkazem společně se zvláštním oprávněním vydaným příslušnou krajskou pobočkou Úřadu práce. (Zákon O sociálních službách, 2006) Pokud osoba pečující požádá sociálního pracovníka o potvrzení doby péče o osobu blízkou, je jeho povinností mu jej bezplatně vydat. Potvrzení je v písemné podobě, kde je uvedena doba poskytování péče o osobu blízkou a stupeň závislosti. O jednotlivých kontrolách musí být veden krátký záznam s výsledkem kontroly, který je založen do spisové dokumentace. Záznam musí obsahovat popis zjištěných skutečností, i s jejich nedostatky. Pokud byly porušeny právní předpisy, také musí být zaznamenány. Vyhotovený záznam podepisuje sociální pracovník provádějící kontrolu. S tímto záznamem musí být kontrolovaná osoba obeznámena. (Sokol, 2008, s. 92-93) Pokud orgán provádějící kontrolu vyžádá prokázání využívání příspěvku na péči a jeho využití k zajištění pomoci, je povinnosti příjemce PnP doložit. Příjemce nebo osoba pečující je povinna prokázat využívání příspěvku způsobem, který osvědčí jeho využívání. Dále to může být doklad o vyplacení příspěvku nebo doklad o vyplacení příspěvku fyzickým či právnickým osobám poskytující pomoc osobě při zvládání základních životních potřeb. Využívání příspěvku se prokazuje až rok zpětně. Po tuto celou dobu by si příjemce PnP nebo osoba pečující měli uchovat všechny potřebné doklady potvrzující využívání částky příspěvku. Dokladem může např. být smlouva o poskytnutí sociálních služeb nebo smlouva o poskytnutí pomoci asistentem sociální péče. (Králová, Rážová, 2012, s. 65.66)

V případě, že je částka příspěvku na péči využívána na úhradu za péči, kterou poskytují sociální služby je kontrola využívání prováděna v rámci inspekce sociálních služeb. Pokud je kontrolou zjištěno, že příjemce částku nevyužívá za účelem, ke kterému je částka poskytována, dochází k následujícím situacím. Může dojít k zastavení výplaty příspěvku, v horším případě k odejmutí. Dále je možnost nepřiznání příspěvku na péči. Jednou z možností je také ustanovit zvláštního příjemce a výplatě příspěvku na péči zvláštnímu příjemci dle zákona o sociálních službách. (Sokol, 2008, s. 93)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 MEODOLOGIE VÝZKUMU

4.1 Motivace k výzkumu

Empirická část mé diplomové práce se zabývá změnami struktury příspěvku na péči a specifiky sociálního šetření. Je zaměřena na sociální pracovníky, jak vnímají spolupráci s lékařskou posudkovou službou. Dále jak tyto změny příspěvku na péči vnímají a jaký vliv má na ně výkon sociálního šetření. Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že některá uskutečněná sociální šetření v člověku, zanechají určitý poznatek nebo pocity. Ne každé sociální šetření probíhá na úrovni, kdy samotný žadatel o dávku je schopen se sociálním pracovníkem vést rozhovor. Z mé praxe mohu uvést, že u převážné většiny realizovaných sociálních šetření musela být přítomna druhá fyzická osoba, se kterou mohl být rozhovor veden. Sociální šetření jsou ve větší míře emočně vypjaté situace. U dětí je bezpodmínečně přítomen alespoň jeden rodič nebo jiná fyzická osoba.

Motivace pro psaní diplomové práce na výše zmiňované téma mě inspirovalo mé zaměstnání. Pracuji na Úřadě práce na agendě příspěvku na péči jako sociální pracovnice, takže sociální šetření je rutinou.

4.2 Výzkumná strategie

Ve společenských vědách jsou uváděny dvě základní výzkumné strategie a to kvantitativní a kvalitativní metodologický přístup. Postupem času díky rozvoji metodologických škol, jako je interakcionalismus a interpretativismus došlo k rozlišení teoretických východisek kvalitativního a kvantitativního přístupu. Na oba přístupy je nahlíženo jako na odlišné strategie. Nástrojem kvantitativního výzkumu je dotazník. Naopak výzkumníci v kvalitativním výzkumu používají jako nástroj sběru dat rozhovor. (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 13).

Výše uvedení autoři ve své publikaci uvádějí, že díky kvalitativnímu výzkumu dané téma můžeme prozkoumat do hloubky v celé jeho šíři. (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 24). Na realitu v kvalitativním pojetí výzkumu je možné nazírat z mnoha perspektiv a poznávání je současně procesem interpretace. Tudíž výzkumník v kvalitativním výzkumu realitu spíše interpretuje, než objevuje. Výzkumník není omezen vybranými proměnnými, ale v průběhu výzkumu teprve zjišťuje význam proměnných a jejich vlivnost. Výzkumník je sám účastník, tudíž neexistuje nezávislý výzkumník. Každý výzkum zkoumaný proces ovlivňuje ať už přímo či nepřímo. Vztah účastníků výzkumu a výzkumníka je na osobní bázi, což je základní předpoklad úspěchu v procesu realizování kvalitativního výzkumu. Za

základní kritérium validity je považována autentičnost. Získaná data kvalitativním výzkumem jsou bohatá a hluboká. Za základní požadavek na výsledky je zdůrazňována jedinečnost a především neopakovatelnost. Zásadní je také, kdo daný výzkum provádí, jak se chová, komunikuje a samozřejmě roli hraje místo a čas. (Miovský, 2006, s. 26-27)

Strauss a Corbinová (1999) uvádějí, že sám výzkumník musí být přesvědčen o zvolené strategii výzkumu. Důvod, proč si zvolit kvalitativní metodu je závislý na zkoumaném tématu. Jsou oblasti, které spadají spíše do kvalitativní strategie, které mohou odhalovat podstatu něčích zkušenosti s určitým jevem. Zvolení kvalitativní metody také může sloužit k pochopení a objevení toho, o čem není tolik známo. Naopak díky této metodě můžeme také získat nové a neotřelé pohledy na jevy, které jsou již známé. Na rozdíl od kvantitativní metody získám pomocí kvalitativního výzkumu detailní informace o zkoumaném jevu. (Strauss, Corbinová, 1999, s. 11) Specifikace výzkumného problému je nezbytná pro stanovení předmětu bádání. Pro jeho další postup je základem právě definice výzkumného problému. (Gavora, 2008, 13) Výzkumný problém je tázací věta nebo výrok, kdy se ptá, zda existuje vztah mezi dvěma nebo i více proměnnými. (Jandourek, 2012, s. 182)

Pro naše téma diplomové práce, stanovení výzkumného problému a následně cíle jsem si zvolila kvalitativní výzkum. V diplomové práci je stanoven výzkumný problém, jak sociální pracovníci příspěvku na péči vnímají při posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu propojenost mezi výsledky sociálního šetření a posouzení lékařskou posudkovou službou.

Vzhledem ke zvolenému tématu diplomové práce a výše uvedeného výzkumného problému byla jednoznačně zvolena kvalitativní metoda výzkumu. Zvolené téma vyžaduje v empirické části osobnější přístup a umožňuje nám hlubší pohled do problematiky. Strauss a Corbinová (1999) ve své publikaci uvádějí, že kvalitativním výzkumem se rozumí jakýkoliv výzkum, kdy k výsledku nedospějeme pomocí statistických postupů nebo jiných způsobů kvantifikace. Výzkum může vycházet ze života lidí, chování nebo jejich příběhů. Dále může vycházet z chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 10)

4.3 Fáze výzkumu

Než začneme realizovat samotný výzkum, je třeba si uvědomit jeho fáze a průběh, abychom došli k výsledku stanoveného výzkumného cíle. V první fázi jsme stanovili

výzkumný problém, následně dílčí výzkumné cíle, z nichž byly vytvořeny dílčí výzkumné otázky, které s cíli samozřejmě korespondují. Praktická část musí souviset s teoretickými východisky diplomové práce. Dále byl stanoven výzkumný soubor, metoda sběru dat a následně byla vytvořena struktura rozhovoru. Druhá fáze výzkumu spočívala ve sbírání dat, které bylo formou polo strukturovaných rozhovorů s respondenty, kteří s jejich souhlasem byli nahráváni na diktafon. V další fázi následovala doslovná transkripce rozhovorů do písemné formy. Dále použitím techniky byla zpracována analýza dat ze získaných údajů. Poslední fáze výzkumu se zabývá interpretací dat, kdy získané informace jsou popisovány a objasňovány.

4.4 Stanovení výzkumných cílů

Než si stanovíme výzkumný cíl, je třeba si uvědomit, zda je dostatečně významný a výzkumníkovi se vyplatí „investovat“ čas a energii. Výzkumný cíl je vždy vztahován ke specifické skupině osob. Tudíž si musíme odpovědět na otázky ve vztahu, ke komu budou naše cíle významné a kdo je s námi bude sdílet. Může se jednat jak o odborníky, tak laiky. (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 62)

Empirická část diplomové práce je postavena na stanoveném hlavním výzkumném cíli, který pro naši práci byl stanoven následovně, **jak sociální pracovníci příspěvku na péči vnímají při posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu propojenost mezi výsledky sociálního šetření a posouzení lékařskou posudkovou službou**. K dosažení hlavního výzkumného cíle je třeba si dále stanovit dílčí cíle, které znějí následovně:

1) Způsob komunikace a spolupráce mezi sociálními pracovníky a LPS.
2) Zjistit hlavní nedostatky dle sociálních pracovníků v procesu přiznávání PnP.
3) Zjistit názor sociálních pracovníků na výsledky posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyhodnocené LPS.
4) Zjistit úroveň nestrannosti sociálních pracovníků při realizaci sociálních šetření.
5) Zjistit nejčastěji přiznávaný stupeň závislosti dle sociálních pracovníků.

4.5 Výzkumné otázky

Z výše uvedených výzkumných dílčích cílů byly stanoveny dílčí výzkumné otázky, které s cíli korespondují. Hlavní výzkumná otázka diplomové práce zní: **Jak sociální pra-**

covníci příspěvku na péči vnímají při posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu propojenost mezi výsledky sociálního šetření a posouzení lékařskou posudkovou službou.

Stanovené dílčí výzkumné otázky mají následující charakter:

1. Jaký je způsob komunikace a spolupráce mezi sociálními pracovníky a Lékařskou posudkovou službou?
2. Jaké jsou hlavní nedostatky dle sociálních pracovníků v procesu přiznávání PnP?
3. Jaký je názor sociálních pracovníků na výsledky posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyhodnocené LPS?
4. Jaká je úroveň nestrannosti sociálních pracovníků při realizaci sociálního šetření?
5. Jaký je nejčastěji přiznávaný stupeň závislosti dle sociálních pracovníků?

4.6 Výzkumný soubor

Základní výzkumný soubor je tvořen sociálními pracovníky pracující na příspěvku na péči, kteří spadají do okresu Ústí nad Orlicí.

Výzkumný soubor byl vybrán záměrným dostupným výběrem. Při výběru bylo potřeba, aby výzkumný soubor splňoval následující požadavek. Muselo se jednat pouze o sociálního pracovníka pracujícího na agendě příspěvku na péči. Dle Gavory (2008) je záměrný dostupný výběr stanoven, tak, že ušetří mnoho času. Předem víme, kde nebo koho budeme zkoumat. Autor uvádí jedinou nevýhodu tohoto výběru, kdy může nastat zkreslení výzkumu. Závěry z takového výzkumu nelze zobecnit na celou populaci. (Gavora, 2008, s. 80)

Výzkumný soubor pro naši diplomovou práci tvoří sedm sociálních pracovníků, kteří pracují na příspěvku na péči, který patří pod Úřad práce ČR. Konkrétně se jedná o sociální pracovníky příspěvku na péči z Kontaktních poboček úřadu práce měst – Lanškroun, Ústí nad Orlicí a Žamberk.

4.7 Charakteristika výzkumného souboru

Před interpretační části diplomové práce Vám představím respondenty, s nimiž jsem realizovala rozhovory. Budou představeny v pořadí, ve kterém s nimi byly rozhovory natáčeny. Jedná se o sociální pracovnice, všechny byly ženy pracující na agendě Příspěvku na péči v okrese Ústí nad Orlicí.

Respondent č. 1

Respondent č. 1 je žena, 42 let s vysokoškolským magisterským vzděláním. Na příspěvku na péči pracuje od roku 2012, tudíž 5 let. Pracuje na Kontaktním pracovišti v Lanškrouně.

Respondent č. 2

Respondent č. 2 je také žena, 40 let s vysokoškolským bakalářským vzděláním. Její praxe na příspěvku na péči je 10 let. Pracuje na Kontaktním pracovišti v Lanškrouně.

Respondent č. 3

Respondent č. 3 je žena, 34 let s vysokoškolským magisterským vzděláním. Na příspěvku na péči pracuje rok a půl a také na Kontaktním pracovišti v Lanškrouně.

Respondent č. 4

Respondent č. 4 je žena, 53 let s vysokoškolským bakalářským vzděláním. Na příspěvku na péči pracuje od roku 2007, takže 10 let. Pracuje na kontaktním pracovišti v Žamberku.

Respondent č. 5

Respondent č. 5 je žena, 31 let s vyšším odborným vzděláním. Na příspěvku na péči pracuje od roku 2012, tudíž 5 let. Pracuje na Kontaktním pracovišti v Žamberku.

Respondent č. 6

Respondent č. 6 je žena, 45 let s vysokoškolským magisterským vzděláním. Na příspěvku na péči pracuje od roku 2013, tudíž 4 let. Pracuje na Kontaktním pracovišti v Ústí nad Orlicí.

Respondent č. 7

Respondent č. 7 je žena, 48 let s vysokoškolským bakalářským vzděláním. Na příspěvku na péči pracuje 5 let. Pracuje na Kontaktním pracovišti v Ústí nad Orlicí.

5 INTERPRETAČNÍ ČÁST

Nyní se budu věnovat již samotné interpretaci dat, které jsem získala pomocí realizovaných rozhovorů se sociálními pracovníky, kteří pracují na agendě příspěvku na péči na Kontaktních pracovištích úřadu práce v okrese Ústí nad Orlicí.

Díky zpracování a interpretování dílčích výzkumných otázek a následná formulace jejich závěrů si zodpovíme na hlavní výzkumnou otázku naší diplomové práce.

5.1 Dílčí výzkumná otázka č. 1

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jaký je způsob komunikace a spolupráce mezi sociálními pracovníky a Lékařskou posudkovou službou?

Je charakterizována kategorií **vzájemná spolupráce**, která byla vytvořena následujícími kódy: **dobrá, bezproblémová, vstřícnost, efektivita, často, potřeba, písemně.**

Hlavním cílem první dílčí otázky bylo zjistit, jaký je způsob komunikace a spolupráce mezi sociálními pracovníky a Lékařskou posudkovou službou. Tento cíl je důležitý, protože závěrečný posudek o dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu žadatele o dávku je propojen se sociálním šetřením provedeným sociálními pracovníky z příspěvku na péči.

Dále uvedeme, co každý respondent k dané otázce odpověděl. Pro přehlednost na závěr každé dílčí výzkumné otázky provedeme shrnutí.

Všichni respondenti se shodli na dobré a kvalitní spolupráci s Lékařskou posudkovou službou. Respondentka R1 uvedla, jakou spolupráci s Lékařskou posudkovou službou by také uvítala.

> *„Já si myslím, že ta spolupráce s tou lékařskou posudkovou komisí nebo lékařskou posudkovou zprávou je dobrá, i když si myslím nebo uvítala bych nějaký osobní kontakty, vzájemný setkání, třeba jen tak dvakrát do roka, abychom probrali konkrétní případy, hmmm hlavně třeba ty, hmm kde probíhaly námitkový řízení, kde byla ta situace složitější.“ (R1)*

Respondenti R2 a R3 měli shodný názor na otázku způsobu komunikace mezi sociálními pracovníky a Lékařskou posudkovou službou.

> *„Podle mě spolupráce mezí námi je bezproblémová, vycházíme si vstříc.“ (R2)*

„Spolupráce mi přijde dobrá, bezproblémová a vycházíme si vzájemně vstříc.“ (R3)

„Podle mě je spolupráce s Lékařskou posudkovou službou dobrá. Komunikujeme s paní, která má na lékařské posudkové službě na starosti administrativu a paní je velice ochotná a milá……a můžu konstatovat, že se jedná o „letitou“ spolupráci...bez výhrad. Přímo s lékaři komunikujeme minimálně.“ (R6)

„Myslím si, že kvalitní, protože kdykoliv se obrátíme, není problém, když potřebujeme něco opravit, když mají nějakou chybu v posudku, vždycky vyjdou vstříc, takže myslím si, že na dobré úrovni.“ (R5)

Respondenti R4 a R7 mimo jiné se shodli na odpovědi, že telefonicky se mohou kdykoliv na lékařskou posudkovou službu v případě potřeby obrátit.

„Hmm...myslím si, že od roku 2007 se ta spolupráce výrazně zlepšila, že se proces stal rychlejší, efektivnější, že s posudkovou hm lékařskou posudkovou komisí spolupracujeme velice dobře, můžeme se telefonicky kdykoliv na něco zeptat a oni nám odpoví.“(R4)

„Tak podle mě nemáme problémy se spoluprací mezi námi a lékařskou posudkovou službou, řekla bych tedy, že spolupráce je na dobré úrovni. V případě nejasností je možnost telefonické i osobní konzultace.“ (R7)

V otázce jak častá je komunikace mezi sociálními pracovníky a lékařskou posudkovou službou byla u šesti ze sedmi respondentů shoda. Odpověď R7 se od ostatních lišila.

„S lékařskou posudkovou službou komunikujeme písemně zhruba dvakrát týdně, a nebo zasíláme dodatečně lékařské zprávy. No, nebo když se blíží konec lhůty, kterou mají na posouzení zdravotního stavu konkrétního klienta, tak se informujeme e-mailem v jakém stádiu posuzování je.“(R3)

„Tak pokud jde o tu písemnou komunikaci, tak každý týden, kdy nám ta lékařská posudková služba zasílá vypracované posudky a my jim na oplátku zase nové žádosti o posouzení zdravotních stavů klientů. E-mailově nebo telefonicky řešíme některý problémy, například, když jsou opožděná dodání posudků z jejich strany po tej lhůtě 45 dnů, která je daná zákonem, nebo při nedostatečné spolupráci klienta s praktickými lékaři a tím i vlastně následné protahování toho řízení. Někdy se do té komunikace zapojujou i sociální pracovníci Městského úřadu v Lanškrouně pro urychlení, vyřešení.“(R1)

„Jednou až dvakrát týdně.“ (R4)

„S lékařskou posudkovou službou komunikujeme především písemně, každý týden zasíláme na Okresní správu žádosti o posouzení zdravotního stavu a naopak nám Okresní správa zasílá už vypracované posudky. Na okresní správu zasíláme také námitky, které nám řekne klient k vypracovaným posudkům. Telefonicky komunikujeme čím dál tím méně, takže spíše písemná komunikace převládá.“(R2)

Respondenti R5 a R6 se shodli na tom, že dle potřeby komunikují také s lékařskou posudkovou službou telefonicky.

„Hm, tak několikrát do týdne, zhruba tak jednou dvakrát jim zasíláme žádosti, aby nám vyhotovili posudek, hm telefonicky, když je potřeba...takže s tím není problém...určitě tak minimálně dvakrát třikrát do týdne.“ (R5)

„Tak, písemně komunikujeme s Lékařskou posudkovou službou 2 x týdně, kdy se jedná o zasílání žádostí o posouzení stupně závislosti, dále přebíráme výsledky posudků od posudkových lékařů. Podle potřeby samozřejmě komunikujeme i telefonicky, jedná se například o korekci nejasností v posudcích...popř. dotazy lékaře k výsledkům sociálního šetření nebo jeho doplnění.“ (R6)

Odpověď respondenta R7 se lišila, kdy uvedl, že častost komunikace záleží na okolnostech.

„To záleží na okolnostech...někdy je období, kdy komunikujeme častěji a naopak máme období, kdy je komunikace s lékařskou posudkovou službou minimální.“ (R7)

Shrnutí dílčí otázky č. 1 - Komunikace a spolupráce mezi sociálními pracovníky a Lékařskou posudkovou službou.

Z odpovědí nám vyplynul závěr, že spolupráce mezi sociálními pracovníky příspěvku na péči a Lékařskou posudkovou službou je dobrá, bezproblémová a vzájemně si snaží vycházet vstříc. Jeden respondent uvedl, že by navíc uvítal jednou za čas i osobní setkání a konzultace s lékaři z Lékařské posudkové služby, pro lepší zhodnocení konkrétních případů, zvláště těch, kde proběhly námitkové řízení.

Z výzkumu nám vyplynulo, že písemná komunikace mezi sociálními pracovníky a lékařskou posudkovou službou probíhá jednou až dvakrát týdně. Kdy Lékařská posudková služba zasílá na kontaktní pracoviště sociálním pracovníkům závěrečné posudky s přiznaným či nepřiznaným stupněm závislosti. Naopak sociální pracovníci zasílají vyhotovená sociál-

ní šetření k následnému posouzení. Také sociální pracovníci zasílají námitky k již obdrženým vypracovaným posudkům. Telefonicky nebo e-mailem mezi sebou komunikují v případě potřeby a nejasností. Jeden respondent uvedl, že frekvence komunikace s Lékařskou posudkovou službou záleží na okolnostech. Jsou období, kdy vzájemná komunikace je častá a naopak.

5.2 Dílčí výzkumná otázka č. 2

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou hlavní nedostatky dle sociálních pracovníků v procesu přiznávání PnP?

Je charakterizována kategorií **slabé stránky**, která byla vytvořena následujícími kódy: **čas, body posuzování, efektivnost práce, počet posudkových lékařů, domluva.**

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, jaké jsou hlavní nedostatky dle sociálních pracovníků v procesu přiznávání PnP.

Téměř všichni respondenti se shodli na tom, že za nedostačující při realizaci sociálního šetření považují čas. Respondent R7 uvedl, že největší slabou stránkou je vlastní bezpečnost. Dále respondent R2 uvedl, že nevnímá nic nedostačujícího.

„Nedostačující je především čas...Pracovní vytížení je takové, že potřebný čas stále není dostačující...takže asi tak...“ (R6)

„Především čas...je to časově velmi náročný a aby to člověk udělal pečlivě a nic neopomněl, tak opravdu ten čas.“ (R4)

„Hm, určitě co je nedostačující tak čas, protože jednak, když ten klient je z nějaké vzdálenější vesnice, než se tam dostaneme než to s nimi sepíšeme než se dostaneme zpátky, než to všechno přepíšeme než se to pošle na lékařskou posudkovou službu než lékařská posudková služba odpoví, tak že je to někdy běh na dlouhou trať.“ (R5)

„Hmm, asi to, že nejsme schopni, hm za dobu po kterou to sociálního šetření trvá dostatečně posoudit klientův stav.“ (R3)

„Čas….my sice máme možnost být u klienta v jeho přirozeném prostředí až několik hodin, objem práce na naši agendě nám však nedovoluje tam pobývat tak dlouho, takže s tím klientem trávíme průměrně 40 až 60 minut, což je někdy pro to objektivní posouzení a zhodnocení toho, co vlastně on sám zvládá v tom přirozeným prostředí poměrně málo.“ (R1)

Odpovědi respondentů R2 a R7 byli odlišné od ostatních.

„No, já osobně nevnímám nic nedostačujícího, nic mě při realizaci šetření nechybí.“ (R2)

„Jako jednu z nedostačujících věcí považuji vlastní bezpečnost, jelikož na šetření chodím sama a nevím, kam a ke komu jdu nebo jedu..takže asi tak.“ (R7)

Co se týče procesu posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a následného přiznání stupně závislosti příspěvku na péči, téměř polovina respondentů se shodla na tom, že by na celém postupu změnili bod posuzování základní životní potřeby.

„Tak já bych změnila celý ten systém toho posuzování, těch deseti základních životních potřeb, zejména potřeby, která je označována jako péče o domácnost, ta je velice rozsáhlá a obsahuje i bod body, které bych zařadila k jiným posuzovaným potřebám. Takže například třeba to vaření, který dle mého názoru mnohem víc souvisí s posuzováním samostatností ve stravování u toho klienta.“ (R1)

„Já bych asi změnila posuzování základní životní potřeby stravování, protože zde není zahrnuto vaření ani příprava jídla, nakupování...tak...“ (R3)

„Změnila bych konkrétně hodnocení bodu základní životní potřeby péče o domácnost, je to bod velice obsáhly, který obsahuje řadu činností, které pokud člověk nezvládá, tak to výrazně omezuje jeho soběstačnost a je závislý čím dál víc na té osobě pečující. Dřívější posuzování dle 36 základních úkonů soběstačnosti se domnívám, že bylo spravedlivější.“ (R2)

Respondenti R4, R5 a R6 uvedli, že by bylo vhodné navýšení počtu posudkových lékařů a celý proces by měl být efektivnější.

„Hmm...snad aby ten proces byl efektivnější, to znamená rychleji zprávy od obvodních lékařů, posudkovým, nic víc.“ (R4)

„Hm, zase říkám, vzhledem k tomu času, takže kdyby se navýšil počet posudkových lékařů určitě by se to dalo uspíšit, nebo záleží taky, jak doktoři odpovídají těm posudkovým, jak posílají zprávy, takže čím kratší časový interval mezi tím, tak tím by to bylo určitě lepší.“ (R5)

„Noo, já bych asi navýšila počet posudkových lékařů, dále motivovala ošetřující lékaře k rychlejšímu poskytování informací pro lékařskou posudkovou službu.“ (R6)

Respondent (R7) uvedl, že by sociální šetření u žadatele prováděl bez předchozí domluvy.

„Já osobně bych změnila možnost provedení šetření bez předchozí domluvy se žadatelem nebo pečující osobou...nechala bych domluvu pouze na sociálním pracovníkovi.“ (R7)

Shrnutí dílčí otázky č. 2 - Nedostatky v procesu přiznávání příspěvku na péči dle sociálních pracovníků.

Z rozhovorů vyplývá, že jako velmi nedostačující v celém procesu přiznávání příspěvku na péči je čas, kteří sociální pracovníci potřebují, aby byla práce odvedena efektivně. Nejedná se pouze o dobu strávenou v přirozeném prostředí se žadatelem o dávku. Do celkového procesu se také počítá cesta tam i zpět. Dále zpracování závěru ze sociálního šetření a následné odeslání lékařské posudkové komisi, který vyhodnotí výsledek a buď přizná, nebo zamítne dávku příspěvku na péči a jeho výši. Jeden z respondentů uvedl, že jednu z nedostačujících věcí považuje určitě svoji vlastní bezpečnost. Jediný respondent ze všech dotazovaných odpověděl, že nevnímá nic jako nedostačující. Polovina respondentů se shodla na faktu, že na celém procesu by změnili v posuzování bodu základní životní potřeby. Jedná se o velice rozsáhlý bod, který obsahuje další pod body a závěr z tohoto bodu se velmi špatně vyhodnocuje. Druhá polovina respondentů uvedla, že by navýšili počet posudkových lékařů a aby se celý proces stal rychlejším a efektivnějším. Jediný respondent ze všech dotazovaných uvedl, že by prováděl sociální šetření bez předchozí domluvy se žadatelem.

5.3 Dílčí výzkumná otázka č. 3

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Jaký je názor sociálních pracovníků na výsledky posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyhodnocené Lékařské posudkové služby?

Je charakterizována kategorií **efektivnost výsledku**, která byla vytvořena následujícími kódy: **dostatečnost, přítomnost žadatele, zdravotnická dokumentace, sociální šetření, záznamy, shodnost, překvapivost.**

Cílem třetí výzkumné otázky bylo zjistit jaký je názor sociálních pracovníků na výsledky posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyhodnocené LPS? Tato výzkumná otázka je důležitá a především diskutabilní, protože mnohdy se stane, že výsledek ze

sociálního šetření se liší se závěrečným lékařským posudkem vyhodnoceným lékařskou posudkovou službou.

Většina respondentů se shodla na tom, že i když lékařská posudková služba žadatele o dávku příspěvku na péči osobně nevidí, tak je jejich závěrečný posudek dostačující. Právě proto, že mají k dispozici jak vyhotovený záznam ze sociálního šetření, tak veškerou zdravotnickou dokumentaci včetně dokumentaci i od odborných lékařů.

„*Myslím si, že lékařská, hmm...posudková služba má dostatek podkladů od obvodního lékaře, dále má k dispozici naše sociální šetření..hmm, tudíž bych to viděla všechno jako dostačující, může se stát, že třeba pacient všechno nemá u obvodního lékaře, potom se může dodat nebo na základě až odvolacího procesu se tohle všechno doplní*.“ (R4)

„Tak, dle mého názoru je to dostačující, tedy ve většině případů bych řekla, že ano. Lékařská posudková služba má k dispozici na posouzení zdravotního stavu žadatele zdravotnickou dokumentaci a dále naše vypracované šetření, což si myslím je dostačující.“ (R7)

„Já osobně myslím, že ano, je to dostačující, vzhledem k tomu, že posudkový lékař má zprávy od ošetřujících lékařů, dále záznam z našeho provedeného sociálního šetření, nač bychom potom také sociální šetření vůbec byla...dále máme možnost nařídit klientovi konkrétní vyšetření u konkrétního lékaře. Pokud se stane a klient odmítne toto nařízené vyšetření, je to jeden z důvodů pro odejmutí či nepřiznání příspěvku na péči. Vzhledem k množství posudků versus počtu posudkových lékařů by podle mne bylo nemožné každého vidět osobně. Navíc klient má vždy práv se v případě nesouhlasu s výsledkem posouzení odvolat.“ (R6)

„Hm...já si myslím, že je to dostatečné, hmm kolikrát momentální stav klienta nemusí odpovídat jeho skutečnému zdravotnímu stavu a lékařská posudková služba posuzuje jeho zdravotní stav také na základě našeho zpracovaného šetření, kde popisujeme momentální situaci, ve které se klient během sociálního šetření nacházel a zdravotní stav zhodnotí také příslušný odborný lékař a tyto materiály jsou podkladem pro posudkovou komisi, které jsou podle mě dostačující.“ (R3)

Respondent R2 uvedl, že je nedostačující vycházet pouze ze zdravotnické dokumentace a záznamu sociálního šetření bez přítomnosti žadatele. Velmi podobně se shodl s respondentem R1, který uvedl, že by přítomnost žadatele u Lékařské posudkové služby byla lepší variantou pro závěrečné posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Respon-

denti R2 a R5 také uvedli, že na žádost žadatele je možné se dostavit osobně k Lékařské posudkové službě a být přítomen u posuzování. Ovšem respondent R1 uvedl, že i přes přítomnost žadatele se ve výsledku závěr nějak zvlášť nezmění.

„Podle mého názoru v mnoha případech je to nedostačující, v závislosti na zvýšeném počtu námitek k posudkům a také k podaným odvoláním...(R2)

„No, podle mýho názoru by bylo asi lepší kdyby vždycky posudkový lékař posuzoval ten zdravotní stav klienta v jeho přítomnosti...(R1)

„....také mnohdy žadatel sám žádá o to, aby byl přítomen u lékařské posudkové komise při posuzování svého zdravotního stavu.“ (R2)

„Tak každopádně lékařská posudková služba má k dispozici jednak naše sociální šetření, kde zjistíme, jak je ten člověk v přirozeném prostředí, jak se chová, jak je na tom. A dále má k dispozici určitě zprávy od obvodního lékaře od specialistů a určitě i klient má možnost být přítomen, pokud si to sám vyžádá...zhotovení toho posudku. Takže ano.“ (R5)

„...ale nicméně ty zkušenosti z praxe jsou takové, že i přes přítomnost toho klienta při tom posuzování zdravotního stavu, hlavně třeba v tom námitkovým řízení, lékaři v drtivý většině ty posudkový lékaři v drtivý většině případů trvají na svém původním posouzení, to znamená na tom rozhodnutí , který vlastně vycházelo pouze z té předložené zdravotnické dokumentace a z toho sociálního šetření, takže to nijak zvlášť nemění.“ (R1)

Zda je závěrečný lékařský posudek o dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu v souladu s výsledkem ze sociálního šetření se téměř všichni respondenti shodli na tom, že ano, je v souladu ze 70% až 90%. Jediný respondent R6 uvedl, že situaci nedokáže zhodnotit, ale ve většině případů je shodnost.

„Řekla bych, že většinou se shodnete tak ze 70% podle našeho předpokladu.“ (R2)

„Noo, shodujeme se zhruba ve 2/3 případů.“ (R3)

„Tak odhaduju, že tak v těch 2/3 případů se s tím posudkovým lékařem na tom vyhodnoceném stupni shodneme.“ (R1)

„Řekla bych, že z 90% se dokážeme shodnout.“ (R4)

„Hm, většinou si myslím, že je to v pořádku, že se shodneme víceméně na tom jaký ten stupeň je přiznán. Občas se stává, že teda odvolací orgán se neshodne s námi, ale to už je jiná.“ (R5)

„Ve většině případů je závěrečný posudek v souladu s naším vypracovaným sociálním šetřením.“ (R7)

Ačkoli respondent R6 uvedl, že nedokáže přesně říci shodu, nakonec odpověděl, že většina výsledků sociálního šetření odpovídá závěru lékařského posudku.

„ Hm...Tak toto neodkážu přesně říct...i po letech praxe bývám „překvapená“, očekávám jiný přiznaný stupeň...ale nejsem lékařka ani zdravotní sestra a plně respektuji posudek lékaře. Ve většině případů, ale přiznaný stupeň odpovídá výsledkům šetření.“ (R6)

Shrnutí dílčí otázky č. 3 - Názor sociálních pracovníků na výsledky posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyhodnocené Lékařské posudkové služby.

Z převážné většiny rozhovorů vyplynulo, že k posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu Lékařskou posudkovou službou stačí záznamy ze sociálního šetření a veškerá zdravotnická dokumentace. Dva respondenti jsou zastánci toho názoru, že by bylo mnohem lepší, kdyby žadatel o dávku byl osobně přítomen u posuzování jeho dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Ovšem jeden z těchto dvou respondentů konstatoval, že zkušeností z praxe jsou takové, že v drtivé většině i přes přítomnost žadatele si Lékařská posudková komise stejně trvá na svém původním rozhodnutí. Co se týká shodnosti závěrečného posudku v porovnání záznamu z výsledného sociálního šetření a veškeré zdravotnické dokumentace žadatele, se respondenti shodli na tom, že ve většině případů je shodnost mezi 70% až 90%. Jeden respondent uvedl, že nedokáže na tuto skutečnost přesně odpovědět, protože není lékař ani zdravotní sestra, ale ve většině případů přiznaný stupeň závislosti je v souladu s výsledkem ze sociálního šetření.

5.4 Dílčí výzkumná otázka č. 4

Dílčí výzkumná otázka č. 4: Jaká je úroveň nestrannosti sociálních pracovníků při realizaci sociálního šetření?

Je charakterizována kategorií **nestrannost**, která byla vytvořena následujícími kódy: **objektivnost, nepříznivé podmínky, děti, komunikace, supervize, kolegiálnost.**

Cílem čtvrté výzkumné otázky bylo zjistit jaký jaká je úroveň nestrannosti sociálních pracovníků při realizaci sociálního šetření. Většina respondentů uvedla, že se při realizaci sociálního šetření snaží být objektivní.

„Samozřejmě se snažíme být objektivní, ale ovlivňuje nás momentální nálada nebo prostředí ve kterém se nacházíme, ale myslím si, že to neovlivní výsledný záznam ze sociálního šetření.“ (R3)

„Noo...asi působí, ale snažíme se aby nepůsobily, měli by jsme být objektivní.“ (R1)

Respondenti R2 a R4 se shodli na názoru, že v nich vyvolává smíšené pocity sociálního šetření prováděné u dětí.

„Já osobně, se snažím být objektivní při sociálním šetření, ale pokud provádím sociální šetření například u dětí a mladistvých například s onkologickým onemocněním, hm, tak to ve mně vyvolává smíšené pocity, neboť u starších osob se zhoršený zdravotní stav dá předpokládat, je předvídatelný a přirozený...“ (R2)

„Hm, určitě, nejvíc bývá takový emočně vypjatý šetření, když se jedná třeba o nemocné dítě, to třeba velmi tak působí negativně.“ (R4)

Respondenti R7, R2 a R4 uvedli, že se jim špatně pracuje a soustředí, pokud sociální šetření realizují v nepříznivých podmínkách v přirozeném prostředí žadatele.

„Tak mě osobně se špatně soustředí na rozhovor při sociálním šetření v prostředí, kde je špína, nepořádek, nakouřeno a kde nekontrolovaně pobíhají domácí zvířata.“ (R7)

„...Jako vnější negativní vlivy při realizaci sociálního šetření mě vadí, například, když je u klienta hlasitě puštěná televize nebo rádio, takže ho poprosím, aby ztlumil či vypnul třeba televizi nebo rádio.“ (R2)

„...A nebo potom, když v tý rodině nebo domácnosti je to takové zanedbané a je tam různý pach a ten vidíme toho pacienta, že je takovej celý zanedbaný.“ (R4)

Respondenti R5 a R6 uvedli, že na ně působí jak vnější, tak vnitřní vlivy při realizaci sociálního šetření.

„Tak z těch vnitřních určitě je důležité nenosit si práci domů, protože ty lidský osudy, je to složitější, ale nesmíme si to připouštět. (R5)

„Co se týká vnitřních okolností, tak např. „nenosit“ ty problémy klientů tzv. s sebou domů...často jsou to velmi smutné životní osudy...“ (R6)

„Vnější vlivy, určitě je potřeba s rodinou se domluvit, pokud ten klient není schopen vlastně sám zodpovědět naše otázky, aby zbyl čas, aby mohli se dostavit, být přítomni šetření. Tak asi tak.“ (R5)

„No….vnější okolnosti...tak se snažíme samozřejmě pečujícím osobám i oprávněným osobám maximálně vyjít vstříc, proto se nám občas obtížně hledá vhodný termín na provedení šetření. Komplikace nastávají i v případě, kdy je klient hospitalizován a zde nastává více práce...samozřejmě ve smyslu více úkonů ve správním řízení, více práce pro nás jako sociální pracovníky.“ (R6)

K tomuto výkonu profese patří bezpochybně supervize. Respondentů jsme se dotazovali, zda se účastní supervizí. Všichni respondenti uvedli, že úřad práce žádné supervize neposkytuje. Respondenti R1, R2 a R3 uvedli, že mají možnost se účastnit kurzu prevence syndromu vyhoření, který je nabízen jednou ročně. Z rozhovorů je zřetelné, že úřad práce žádné supervize neposkytuje, jedinou supervizi je vzájemná konzultace mezi kolegy.

„No, já konkrétně se teda pravidelné supervize neúčastním, ale mám možnost se přihlásit na kurz prevence syndromu vyhoření zhruba jednou do roka, nebo se radíme společně s kolegy nad obtížnějšími případy.“ (R3)

„Tak, supervize se neúčastním, protože u nás na úřadu práce nejsou žádné realizovány. Hm, problémové situace řešíme vždy s kolegy v kanceláři, hm, například také dále na školeních v rámci příspěvku na péči s metodickým pracovníkem a také se zúčastním kurzů, které se právě syndromu vyhoření týkají.“ (R2)

„Hm...já jsem se žádné supervize nezúčastnila, nezúčastnila jsem se dosud ani žádnýho kurzu věnovaného syndromu vyhoření, přesto že jsou nám tyhle ty kurzy každoročně připravovány a nabízeny. Většinou z tej nabídky já si vybírám kurzy, který jsou věnovaný přímo té problematice příspěvku na péči.“ (R1)

Respondenti R4, R5 a R6 uvedli, že jedinou supervizí je supervize mezi kolegy, ničeho jiného se neúčastní.

„Úřad práce žádné supervize nedělá, jedinou supervizí může být tady mezi kolegyněmi.“ (R4)

„Hm, úřad práce žádnou supervizi nemá, takže jedinou supervizi, tak můžeme mezi kolegy se pobavit.“ (R5)

„Já osobně bych se velmi ráda supervize zúčastnila, ale žádné supervize pro nás na úřadu práce nejsou konány. V uvozovkách můžu říct, že „supervize“ si „neodborné“ úrovni můžeme maximálně poskytovat vzájemně s kolegyněmi.“ (R6)

Respondent R7 uvedl: *„Pravidelné supervize se neúčastním, protože úřad práce nám žádné supervize neposkytuje.“ (R7)*

Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 4 – Nestrannost sociálních pracovníků při realizaci sociálního šetření.

Většina respondentů uvedla, že se snaží být při realizaci sociálního šetření objektivní. Dvě respondentky uvedly, že negativně na ně působí, pokud realizují sociální šetření u dětí či mladistvých. Taková situace v nich vyvolává smíšené pocity, neboť u starších osob se zhoršený zdravotní stav může předpokládat a je přirozenější než u dětí. Další dvě respondentky uvedli, že na ně působí jak vnější tak vnitřní vlivy při realizaci sociálního šetření. K těm vnitřním vlivům zejména patří tzv. „nenosit“ si práci domů. Tři respondenti uvedli, že na jejich výkon mají vliv nepříznivé podmínky v přirozeném prostředí žadatele, např. nepořádek, špína, nakouřeno, zanedbanost, hlasitě puštěna televize či rádio.

Jak už bylo výše zmíněno, k profesi sociálního pracovníka patří supervize, aby se předcházelo syndromu vyhoření. Všichni respondenti uvedli, že Úřad práce ČR, na kontaktních pobočkách žádné supervize neposkytuje. Tři respondenti uvedli, že jednou za rok mají možnost kurzu prevence syndromu vyhoření. Z nichž jedna respondentka uvedla, že se kurzu účastní a problémové situace řeší nejenom s kolegy, jak uvedli všichni ostatní respondenti, ale právě s metodickým pracovníkem v rámci absolvovaného kurzu. V závěru této dílčí výzkumné otázky můžeme uvést, že sociální pracovníci příspěvku na péči si poskytují tzv. supervizi na „neodborné“ úrovni vzájemně mezi kolegy.

5.5 Dílčí výzkumná otázka č. 5

Dílčí výzkumná otázka č. 5: Jaký je nejčastěji přiznávaný stupeň závislosti dle sociálních pracovníků?

Je charakterizována kategorií **stupeň závislosti**, která byla vytvořena následujícími kódy: **druhý, první, nelze posoudit, podle situace.**

Hlavním cílem čtvrté dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jaký stupeň závislosti dle sociálních pracovníků je nejčastěji přiznáván. Tato dílčí výzkumná otázka byla pouze na pohledu každého dotazovaného sociálního pracovníka, jak on vnímá četnost přiznávaných stupňů závislosti.

Respondenti odpovídali různě, ale většina se jich shodla, že je přiznáván nejčastěji první a druhý stupeň závislosti na druhé fyzické osobě.

„Podle mého názoru nejčastěji je přiznáván první stupeň závislosti.“ (R7)

„Myslím si, že nejčastěji první stupeň.“ (R5)

„Jedna nebo dvě.“ (R4)

Respondenti R1, R2 a R3 se shodli na nejčastěji přiznávaném druhém stupni závislosti na péči jiné fyzické osoby.

„Hm, podle mě se nejčastěji v současné době přiznává 2. stupeň.“ (R2)

„No, nejčastěji přiznáváme asi 2. stupeň závislosti a hnedka v závěsu je první a třetí stupeň, ten je přiznáván přibližně ve stejném počtu.“ (R3)

Ovšem respondent R1 rozlišil krátkodobý a dlouhodobý horizont bez ohledu na závislosti dětí a dospělých.

„Hm..já jsem se podívala na poslední posudky v posledních dvou měsících, takže tam dle výsledku toho posouzení zdravotních stavů klientů vidím nárůst přiznáváním druhého stupně posouzení, ale v tom dlouhodobým horizontu zřejmě pořád je nejvíc přiznáván ten první stupeň závislosti a to jak u dětí tak u dospělých, to znamená u osob starších 18 cti let.“ (R1)

Jediný respondent R6 uvedl, že situaci nedokáže odhadnout a záleží to na okolnostech a možnostech.

„ Takto nelze říci...záleží to také například na tom, zda je na území kontaktního pracoviště např. léčebna LDN, to znamenám, že v takovém případě je více posudků ve vyšším stupni apod…“ (R6)

Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 5 – Nejčastěji přiznávaný stupeň závislosti.

Z výzkumu dle odpovědí respondentů je patrné, že nejčastěji je přiznáván první a druhý stupeň závislosti osoby na jiné fyzické osobě. Dále jsme zjistili, že v dlouhodobém horizontu je nejčastěji přiznáván první stupeň závislosti bez ohledu na děti a dospělé a v krátkodobém horizontu je na předních příčkách přiznáván první stupeň. Jeden respondent uvedl, že nejčastěji je dle jeho názoru přiznáván druhý stupeň závislosti, ovšem hned po něm následuje první a dokonce třetí stupeň závislosti a jsou přibližně na stejné

úrovni přiznávání. Zjistili jsme také to, že nelze subjektivně posoudit. Jeden respondent uvedl, že záleží na okolnostech. Například pokud je na území kontaktního pracoviště léčebna dlouhodobě nemocných znamená to větší počet přiznaných vyšších stupňů závislosti na druhé fyzické osobě.

Pro shrnutí této dílčí výzkumné otázky, můžeme konstatovat, že podle názoru sociálních pracovníků pracujících na příspěvku na péči je na předních příčkách obecně přiznáván lékařskou posudkovou službou první a druhý stupeň závislosti.

6 INTERPRETACE DAT

V předchozí kapitole jsme analyzovali v kategorickém pojetí získaná data. Tato data byla připisována a analyzována v souladu s jednotlivými dílčími otázkami. Kdy u každé dílčí výzkumné otázky jsme vytvořili její shrnutí. Nyní bude následovat celková interpretace dílčích výzkumných otázek. Touto konečnou interpretací dojdeme k závěru a ke zjištění, zda byl naplněn hlavní výzkumný cíl naší diplomové práce.

V prvním dílčím výzkumném cíli se zabýváme otázkou, jakým způsobem spolu komunikují a spolupracují sociální pracovníci příspěvku na péči a lékařská posudková služba. Stanovená kategorie pro tuto dílčí výzkumnou otázku byla vzájemná spolupráce. Všichni respondenti se shodli na tom, že spolupráce mezi nimi jako sociálními pracovníky a lékařskou posudkovou službou je bez problémů a vzájemně si vychází vstříc. V případě, že se v závěrečném lékařském posudku vyskytne nedostatek nebo chyba, sociální pracovníci uváděli, že není problém se s lékařskou posudkovou službou telefonicky nebo písemně domluvit, aby zaslali opravený posudek. Vzájemná spolupráce je na dobré a kvalitní úrovni. Zajímavostí byla výpověď jedné respondentky, kdy uvedla, že by uvítala osobní kontakt a spolupráci přímo s lékařským posudkovým lékařem. Setkání by realizovala alespoň dvakrát ročně, kdy by byla lepší možnost řešit konkrétní případy, především složitější nebo případy, které probíhají v námitkovém řízení. Respondenti se shodli na tom, že převažuje písemná komunikace mezi sociálními pracovníky a lékařskou posudkovou službou. Písemně mezi sebou vzájemně komunikují alespoň dvakrát týdně. Kdy sociální pracovníci posílaní žádosti o posouzení dlouhodobě nepříznivého stavu společně s vypracovaným sociálním šetřením. Naopak lékařská posudková služba zasílá vyhotovené závěrečné posudky o dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu. Pokud žadatel má námitky k vypracovanému posudku, pracovníci příspěvku na péči tyto námitky zasílají opět lékařské posudkové službě na pře posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Odpověď jedné respondentky se lišila, kdy uvedla, že frekvence komunikace s lékařskou posudkovou komisí záleží na okolnostech. Je období, kdy vzájemná komunikace je častá a naopak. Nicméně můžeme konstatovat, že převládá písemná komunikace nad telefonickou. Telefonicky komunikují v případě akutní potřeby a dořešení nedostatků.

Kategorie slabé stránky v průběhu celého procesu řízení o přiznání příspěvku na péči byla stanovena u druhé dílčí výzkumné otázky. V této otázce jsme zkoumali hlavní nedostatky dle sociálních pracovníků při procesu přiznávání příspěvku na péči. Téměř všichni respon-

denti se shodli na tom, že nedostačující při celém procesu řízení příspěvku na péči je především čas. Sociální pracovníci jsou pracovně vytížení a objem práce na jejich agendě jim neumožňuje být u klienta déle než hodinu. Nejedná se pouze o realizaci sociálního šetření. Do celkového sociálního šetření spadá cesta k žadateli a zpět. Většinou žadatelé jsou z okolních vesnic, tudíž sociální pracovníci se musí dopravit a nějaký čas na cestě stráví. Samotný průběh sociálního šetření také trvá, jak uvedla jedna respondentka průměrně 40 až 60 minut. Sociální pracovníci se shodli také na tom, že čas strávený u klienta doma je nedostačující. Po dobu trvání sociálního šetření sociální pracovníci nejsou schopni dostatečně posoudit jejich zdravotní stav. Jak jedna respondentka uvedla, jedná se o běh na dlouhou trať. Celý záznam ze sociálního šetření se musí sepsat a společně se žádostí poslat na posouzení lékařské posudkové službě. Dále se čeká, než se lékařská posudková služba k dané žádosti vyjádří a vyhotoví lékařský posudek o dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu. Naopak dva respondenti se svými výpověďmi lišili od ostatních. Jedna respondentka uvedla, že při celkovém procesu nevnímá nic nedostačujícího a nic ji neschází. Další respondentka uvedla, že za hlavní nedostatek považuje svoji vlastní bezpečnost. Osobně bych vlastní bezpečnost také vyzdvihla, protože sociální pracovník jezdí víceméně k cizím lidem do cizího prostředí. Většinou sociální pracovníci jezdí nebo chodí sami do rodiny. Pokud se o některém žadateli ví, že je problémový tak sociální pracovníci ho navštíví alespoň ve dvou. Další nedostatek dle sociálních pracovníků je systém posuzování deseti základních životních potřeb. Tři respondenti se shodli na tom, že posuzovaný bod péče o domácnost je velice rozsáhlý a obsahuje i pod body, které by mohly být přiřazeny k jiným posuzovaným potřebám. Jako příklad uvedeme pod bod vaření, kdy dle názoru jedné respondentky tuto aktivitu přiřadila spíše k bodu stravování a ne péče o domácnost. Před rokem 2012 se posuzovala schopnost jedince dle 36 základních úkonů soběstačnosti, kdy jedna respondentka uvedla, že tento postup byl spravedlivější než nyní. Jako třetí nedostatek sociální pracovníci vidí počet posudkových lékařů. Pro celkový efektivnější proces by uvítali rychlejší spolupráci mezi obvodními a posudkovými lékaři, kteří si vzájemně předávají lékařské zprávy žadatelů. Tudíž nám z toho plyne, navýšení posudkových lékařů a rychlejší spolupráce mezi lékaři navzájem.

V dalším výzkumném cíli jsme zkoumali názor sociálních pracovníků na výsledky posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyhodnocené lékařskou posudkovou službou. Uvedená dílčí výzkumná otázka byla stanovená kategorií efektivnost výsledku. Dovolíme se říct, že cíl této dílčí výzkumné otázky byl naplněn. Všichni respondenti se

shodují, že jejich závěr ze sociálního šetření a výsledný posudek od lékařské posudkové služby je více méně v souladu. Co se týká posuzování zdravotního stavu, zde můžeme komparovat odpovědi respondentů, které se lišily. Čtyři respondenti se shodli na tom, že k posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou je dostačující k vyhotovení posudku záznam ze sociálního šetření a veškerá zdravotnická dokumentace bez přítomnosti klienta. Klient má také právo, kdy na vlastní žádost může být přítomen u posudkové komise při jeho posuzování zdravotního stavu. Respondent č. 6 uvedl, že všechny zdravotnické dokumentace včetně záznamu ze sociálního šetření jsou dostačující pro posouzení zdravotního stavu žadatele. Naopak respondent č. 2 uvedl, že podle jeho názoru je v mnoha případech nedostačující bez přítomnosti klienta posuzovat jeho dlouhodobý zdravotní stav. Nedostačující z důvodu zvýšeného počtu námitek a podávaným odvoláním k vyhotovenému lékařskému posudku ze strany žadatele. S touto výpovědí se shodl i respondent č. 1. Polovina respondentů uvedla, že žadatel o dávku má možnost si zažádat o přítomnost u lékařské posudkové služby při posuzování zdravotního stavu. V závěru na tuto dílčí výzkumnou otázku si dovolujeme uvést, že až na jednoho respondenta, se všichni shodli na soulad závěrečného lékařského posudku s vyhotoveným záznamem sociálního šetření. Shodnost předpokládaného výsledku sociálních pracovníků a skutečného výsledku lékařské posudkové služby je ve většině případů ze 70%. Zde máme jednu odlišnou výpověď, kdy respondent č. 6 uvedl, že tuto situaci nelze posoudit a i přes léta praxe se setkává s výsledky, které by nepředpokládala a jsou pro ni překvapující někdy neočekávané.

Dalším výzkumným cílem diplomové práce bylo zjistit úroveň nestrannosti sociálních pracovníků při realizaci sociálního šetření. Tento dílčí výzkumný cíl je charakterizován kategorií nestrannost.

Z našeho výzkumu vyplynulo, že sociální pracovníci při realizaci sociálního šetření se snaží být v každém případě objektivní. Respondent č. 3 uvedl, že vliv na výkon sociálního šetření má určitě momentální nálada nebo právě prostředí, ve kterém se nachází, ale v závěru uvedl, že výsledný záznam ze sociálního šetření to neovlivní. Chtěla bych vyzdvihnout výpovědi dvou respondentů, kteří se shodli na vyvolávání smíšených či negativních pocitů při realizaci sociálního šetření u dětí a mladistvých. Zhoršený zdravotní stav u starších osob či seniorů se dá předpokládat a je to přirozená součást života, která ke stáří patří. Ovšem pokud tato skutečnost nastane u dětí a mladistvých, sociální pracovníci uvedli, že takové sociální šetření a celková situace je velmi emočně vypjatá. Dále jsme dospěli

k závěru, že dalším vlivem, negativním vlivem působící při sociálním šetření jsou nepříznivé podmínky. Konkrétní nepříznivé podmínky sociální pracovníci uvedli, že se jim hůř soustředí na výkon své práce tam, kde je nepořádek, špína, zakouřeno nebo pokud volně pobíhají po bytě domácí zvířata. Dále jako další rušivý element vnímají hlasitě puštěné rádio či televizi. Dva respondenti se shodli na tom, že je velice důležité se takzvaně „nenosit" práci domů. Životní osudy klientů jsou smutné, ale člověk, který vykonává tuto práci, musí být schopen se s takovými situacemi umět vyrovnat. A právě s tímto výkonem profese souvisí supervize, aby se předcházelo syndromu vyhoření. Z výzkumu nám vyšel závěr pro část této dílčí výzkumné otázky, že Úřad práce neposkytuje na kontaktních pobočkách žádné supervize. Všichni oslovení sociální pracovníci se shodli na tom, že jedinou supervizí je tzv. supervize na „neodborné" úrovní a to mezi sebou jako kolegy. Tudíž obtížnější případy řeší po společné domluvě. Jediný respondent se od ostatních lišil a uvedl, že kromě řešení obtížných případů s kolegy se také radí v rámci školení s metodickým pracovníkem. Dále bych chtěla vyzdvihnout výpověď, že jako jediný respondent uvedl, že se účastní kurzů, které jsou právě zaměřené na prevenci syndromu vyhoření. Respondent č. 6 uvedl, že by se velmi rád supervizí účastnil, ovšem Úřadem práce nejsou žádné realizovány a zřizovány.

Kategorie stupeň závislosti byla stanovena u poslední dílčí výzkumné otázky s názvem jaký je nejčastěji přiznávaný stupeň závislosti dle sociálních pracovníků. Závěry z tohoto dílčího výzkumného cíle lze charakterizovat tak, že nejčastěji je dle sociálních pracovníků přiznáván první nebo druhý stupeň závislosti na jiné fyzické osobě. Respondent č. 1 uvedl, že v krátkodobém horizontu je nejčastěji přiznáván druhý stupeň závislosti. Naopak v tom dlouhodobějším horizontu je nejvíce přiznáván první stupeň závislosti na jiné fyzické osobě a to jak u dětí tak i u dospělých, což znamená u osob starších 18 cti let. Jeden respondent se svojí odpovědí lišil a uvedl, že na tuto otázku nelze odpovědět, protože záleží, zda na území kontaktního pracoviště se nachází například léčebna dlouhodobě nemocných. V takovém případě by to znamenalo více posudků ve vyšším stupni. Pro celkové shrnutí uvedeného dílčího výzkumného cíle si dovolíme uvést, že v krátkodobém horizontu je nejvíce přiznáván druhý stupeň a v dlouhodobějším horizontu je nejčastěji přiznáván první stupeň závislosti na péči jiné fyzické osoby.

Na základě shrnutí všech dílčích výzkumných cílů, můžeme konstatovat, že hlavního výzkumného cíle naší diplomové práce, který zní jak sociální pracovníci příspěvku na péči, vnímají při posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu propojenost mezi

výsledky sociálního šetření a posouzení lékařskou posudkovou službou bylo dosaženo. Součástí závěru diplomové práce bude uvedeno i doporučení pro praxi, které jsme získali díky empirické části.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá tématem proměny příspěvku na péči a specifika sociálního šetření. Od roku 2007, kdy dávka příspěvku na péči vznikla, prošla mnoha změnami. Došlo ke změně způsobu vyplácení dávky, kdy byla vyplácena státem přímo osobám, kterým tato dávka byla přiznána. Příspěvek na péči je státní dávka přiznána fyzickým osobám, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci a potřebují pomoc druhé fyzické osoby. Smyslem dávky je poskytnou jedinci potřebou pomoc při zajištění základních životních potřeb ať už prostřednictvím rodiny či formou sociálních služeb. (Králová, Rážová, 2012, s. 16) V roce 2012 se změnila kritéria pro posuzování zvládání základních životních potřeb v rámci sociálního šetření. Z původních 36 posuzovaných úkonů byly základní životní potřeby transformovány do 10 posuzovaných oblastí každodenního života. K další a zatím poslední změně došlo s účinností od 1. 8. 2016 k navýšení výše příspěvku a to o 10 %. Výše zmíněné téma je velice zajímavé a poměrně aktuální.

Smyslem a cílem diplomové práce v praktické části bylo zjistit, jak sociální pracovníci příspěvku na péči vnímají při posuzování dlouhodobě nepříznivého stavu propojenost mezi výsledky sociálního šetření a posouzení lékařskou posudkovou službou. Empirická část byla realizována kvalitativní formou prostřednictvím rozhovorů se sociálními pracovníky agendy příspěvku na péči v okrese Ústí nad Orlicí.

Na základě zjištěných dat můžeme konstatovat, že propojenost mezi provedeným a zpracovaným závěrem ze sociálního šetření sociálními pracovníky a výsledným posudkem vystaveného lékařskou posudkovou službou o posouzení dlouhodobě nepříznivém zdravotního stavu je ve většině případů v souladu. Sociální pracovníci se ve svých výpovědích shodli, že jejich sociální šetření a posudek z Okresní správy sociálního zabezpečení, je více méně v souladu ze 70 % až 90 %. Sociální pracovníci uvedli, že někdy je výsledek odlišný než předpokládali, ale jak většina uvedla, stává se to minimálně a spíše se shodují. Dotazovali jsme se, zda podle sociálních pracovníků je dostačující, pokud lékařská posudková komise žadatele o dávku nevidí a pouze na základě výsledku ze sociálního šetření a veškeré zdravotnické dokumentace je schopna posoudit jeho dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav. Převážná většina respondentů se shodla na závěru, že opravdu stačí pouze zdravotnická dokumentace a záznam z jejich provedeného šetření. Navíc každý žadatel má nárok si požádat a být přítomen u lékařské posudkové komise při posuzování jeho zdravotního stavu. Z praxe sociálních pracovníků si dovolíme konstatovat, že někteří

jedinci si o přítomnost žádají zvlášť v případě, pokud je se jedná o opravné přezkumné řízení. V praxi ovšem přítomnost žadatele nevyvolává extrémní změnu v posouzení jeho zdravotního stavu. Spolupráce a komunikace mezi sociálními pracovníky a lékařskou posudkovou službou jak se většina respondentů shodla, je bezproblémová a vstřícná. Komunikují především písemně, což je každý týden minimálně dvakrát, tak i telefonicky zejména v akutních případech. Z výpovědí respondentů nám ve výzkumu vyšel hlavní nedostatek při celém procesu přiznávání příspěvku na péči čas. Samotné zrealizování a následné sepsání výsledku z provedeného sociálního šetření je časově náročné. Poté musí proběhnout celý proces řízení o přiznání dávky. Jako další nedostatek je vnímána vlastní bezpečnost, což můžu potvrdit i ze své praxe. Nikdy nevíme, do jaké rodiny jdeme, zvlášť kdy se jedná např. o duševně nemocného jedince. Respondenti dále uvedli, že tento proces by měl být efektivnější a měl by se navýšit počet posudkových lékařů. Sociální pracovníci z pohledu jejich praxe by v posuzování základních životních potřeb upravili posuzování bodu péče o domácnost. Tento bod je velice obsáhlý a obsahuje pod body, kdy závěr bodu péče o domácnost se hůře zhodnocuje.

Z výpovědí respondentů nám dále vznikl závěr, že důležitým kritériem při realizaci sociálního šetření je jejich objektivnost a nesmí je ovlivňovat momentální nálada a situace, ve které se nachází. A i když se stane, že taková situace nastane, snaží se ji potlačit a plně se věnovat sociálnímu šetření. Z výsledků výzkumu nám vyšlo, že velmi negativně na sociální pracovníky má vliv sociální šetření u dětí nebo mladistvých. Přeci jenom u starších osob se zhoršený nebo nepříznivý zdravotní stav dá předpokládat. Pokud ovšem taková situace nastane u dítěte či mladistvého, působí na sociální pracovníky negativně, vyvolává smíšené pocity a celkově celé sociální šetření je emočně vypjaté.

Na závěr výzkumu jsme zjistili, že podle sociálních pracovníků je nejčastěji přiznáván první a druhý stupeň závislosti na jiné fyzické osobě. První stupeň závislosti je spíše v dlouhodobějším horizontu a v krátkodobém je častěji přiznáván druhý stupeň a to bez ohledu na rozlišení dětí či dospělých.

S výraznými limity jsem se během realizování výzkumu nesetkala. Zmínila bych dva limity, přičemž prvním bych si dovolila uvést to, že jeden nebo dva respondenti ve dvou případech se nedokázali vyjádřit a odpovědět jednoznačně na položenou otázku. Nicméně na výsledky výzkumu to nemělo výrazný vliv. Jedním z limitů bych uvedla to, že na každém kontaktním pracovišti Úřadu práce na agendě příspěvku na péči jsou zaměstnaní dva

maximálně tři sociální pracovníci. Podle mého názoru je to nedostačující počet sociálních pracovníků v závislosti na počet přijímaných žádostí o dávku příspěvek na péči.

Přínos diplomové práce pro praxi bych viděla v tom, že na základě zjištění z výzkumu by bylo vhodné, aby sociální pracovníci společně s lékařskou posudkovou komisí realizovali alespoň dvakrát ročně osobní konzultace. Důvodem by bylo lépe řešit obtížnější případy, zvláště ty, které procházejí přezkumným řízením. Díky zrealizovanému výzkumu bylo zjištěno podle sociálních pracovníků nízký počet posudkových lékařů vzhledem ke zvýšenému počtu nově přijímaných žádostí o dávku příspěvek na péči. Doporučila bych navýšení počtu posudkových lékařů, kdy by se celkový proces stal efektivnější. Dále si dovolím uvést doporučení zrealizování možnosti supervize pro sociální pracovníky Úřadu práce. Jak nám z výzkumu vyplynulo, Úřad práce žádné supervize neposkytuj. Podle mého názoru, by tuto možnost měli mít všichni sociální pracovníci, jedná se především o emočně vypjatou práci a je potřeba předcházet syndromu vyhoření.

Na úplný závěr bych zmínila osobní přínos diplomové práce. Především jsem si rozšířila znalosti o celé agendě příspěvku na péči. Získala jsem přehled o odborné literatuře a o autorech, kteří se příspěvkem na péči zabývají. Přínosná byla také osobní setkání se sociálními pracovníky, kteří mají v oboru již několik let praxe a obohatili mě o své zkušenosti a znalosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. Praha: Grada, 2012. Aktuální legislativa. ISBN 978-80-247-3724-9.

[2] ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: GRADA Publishing, 2016. ISBN 9788024751481.

[3] BECK, Petr. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením, komentář, právní předpisy*. Olomouc: ANAG, 2012. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-744-7.

[4] ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.

[5] DOEL, Mark. *Social work: the basics*. New York, NY: Routledge, 2012. Basics (Routledge (Firm)). ISBN 978-0-415-60398-0.

[6] DUKOVÁ, Ivana, Martin DUKA a Ivanka KOHOUTOVÁ. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3880-2.

[7] ESTES, Carroll L. *Social policy & aging: a critical perspective*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, c2001. ISBN 0803973470.

[8] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-2232391-8.

[9] GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.

[10] HAVLÍKOVÁ, Jana a Olga HUBÍKOVÁ. *Role sociální práce a uplatňování situačního přístupu v rámci řízení o příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, 2015. ISBN 978-80-7416-216-9.

[11] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3679-2.

[12] JEŘÁBKOVÁ, Věra a Ladislav PRŮŠA. *Příspěvek na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-145-2.

[13] KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy.* Olomouc: ANAG, 2007. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-748-5.

[14] KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. vyd. Praha: ASPI, 2005, 502 s. ISBN; 8073570505.

[15] MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.

[16] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80- 7178- 549-0.

[17] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-310-9.

[18] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

[19] MUSIL, Libor. *Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-098-1.

[20] NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

[21] OLÁH, Michal, Milan SCHAVEL a Zlatica ONDRUŠOVÁ. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. 2. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008. ISBN 80-969449-6-7.

[22] *Slovník sociálního zabezpečení 2015*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015. ISBN 978-80-7421-114-0.

[23] SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. Meritum (ASPI). ISBN 978-80-7357-316-4.

[24] STRAUSS, Anselm L. a Juliet M. CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999, SCAN. ISBN 808583460X.

[25] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0

[26] TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5.

LEGISLATIVNÍ ZDROJE

[27] ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 31. 3. 2006 Sb. O sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. č. 108/2006. Dostupné online: http://www.zakonyprolidi.cz

INTERNETOVÉ ZDROJE

[28] Lékařská posudková služba, © 2017. In: Česká správa sociálního zabezpečení [online]. [cit. 2016-11-24]. Dostupné také z: http://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba/

[29] Posudková služba – podrobné informace, © 2009. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 2016-11-24]. Dostupné také z: http://www.mpsv.cz/nahled/cs/2094

OSTATNÍ

[30] PEŠLOVÁ, Radka a Lenka ŽÁČKOVÁ. Sladění péče a profesního života Podnikat nebo se nechat zaměstnat?. Materiál vydaný v rámci projektu „Péče neznamená konec pracovní kariéry“ Operačního Program Praha Adaptalibita. Praha: Socin o.p.s., 2014. reg. číslo: CZ.2.17/2.1.00/35124

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

PnP Příspěvek na péči

LPS Lékařská posudková služba

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I. Otázky pro rozhovor

Příloha P II. Transkripce rozhovoru – respondent č. 1

Příloha P III. Transkripce rozhovoru – respondent č. 2

Příloha P IV. Transkripce rozhovoru – respondent č. 6

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY PRO ROZHOVOR

1. Jak dlouho pracujete jako sociální pracovník na Příspěvku na péči?

2. Jaká je podle Vás spolupráce mezi Vámi, jako sociálními pracovníky na PnP a Lékařskou posudkovou službou?

3. Jak často/hodně komunikujete s LPS?

4. Myslíte si, že je dostačující, když LPS žadatele o dávku nevidí a přesto vyhodnotí jeho zdravotní stav?

5. Jak vnímáte rozhodnutí LPS o přiznaném stupni závislosti v kontextu s Vaším výsledkem ze sociálního šetření?

6. Jak na Vás působí vnější a vnitřní okolnosti (vlivy) při realizaci sociálního šetření?

7. Zúčastňujete se pravidelné supervize, abyste předešli syndromu vyhoření? Pokud ano, jak často?

8. Co vnímáte jako nedostačující při realizaci sociálního šetření?

9. Je něco, co byste změnili na celém procesu posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a následném přiznání PnP?

10. Jaký stupeň závislosti je podle Vás nejčastěji přiznáván?

PŘÍLOHA P II. TRANSKRIPCE ROZHOVORU – RESPONDENT Č. 1

Výzkumník: „*Dobrý den, chtěla bych Vás poprosit o zodpovězení pár otázek na moji diplomovou práci na téma Proměny příspěvku na péči a specifika sociálního šetření.“*

Respondent č. 1: *„Dobrý den.“*

Výzkumník: *„Takže první otázku, chtěla bych se Vás zeptat, jak dlouho pracujete jako sociální pracovnice na příspěvku na péči?“*

Respondent č. 1: *„Tak na příspěvku na péči jsem od roku 2012, takže 5 let.“*

Výzkumník: *„Dobře.“*

Výzkumník: *„Jaká je podle Vás spolupráce mezi Vámi jako sociálními sociálními pracovníky a lékařskou posudkovou komisí?“*

Respondent č. 1: *„Já si myslím, že ta spolupráce s tou lékařskou posudkovou komisí nebo lékařskou posudkovou zprávou je dobrá, i když si myslím nebo uvítala bych nějaký osobní kontakty, vzájemný setkání, třeba jen tak dvakrát do roka, abychom probrali konkrétní případy, hmmm hlavně třeba ty, hmm kde probíhaly námitkový řízení, kde byla ta situace složitější.“*

Výzkumník: *„Hm, dobře, děkuju.“*

Výzkumník: *„Tak, jak často nebo jak hodně komunikujete s lékařskou posudkovou službou?“*

Respondent č. 1: *„Tak pokud jde o tu písemnou komunikaci, tak každý týden, kdy nám ta lékařská posudková služba zasílá vypracované posudky a my jim na oplátku zase nové žádosti o posouzení zdravotních stavů klientů. E-mailově nebo telefonicky řešíme některý problémy, například, když jsou opožděná dodání posudků z jejich strany po tej lhůtě 45 dnů, která je daná zákonem, nebo při nedostatečné spolupráci klienta s praktickými lékaři a tím i vlastně následné protahování toho řízení. Někdy se do té komunikace zapojujou i sociální pracovníci Městského úřadu v Lanškrouně pro urychlení, vyřešení.“*

Výzkumník: *„Hm, dobře.“*

Výzkumník: *„Tak dále bych se Vás chtěla zeptat, jestli si myslíte, že je dostačující, pokud ta lékařská posudková služba toho žadatele o dávku nevidí, a přesto je schopna vyhodnotit jeho zdravotní stav?“*

Respondent č. 1: *„No, podle mýho názoru by bylo asi lepší kdyby vždycky posudkový lékař posuzoval ten zdravotní stav klienta v jeho přítomnosti, ale nicméně ty zkušenosti z praxe jsou takové, že i přes přítomnost toho klienta při tom posuzování zdravotního stavu, hlavně třeba v tom námitkovým řízení, lékaři v drtivý většině ty posudkový lékaři v drtivý většině případů trvají na svém původním posouzení, to znamená na tom rozhodnutí, který vlastně vycházelo pouze z té předložené zdravotnické dokumentace a z toho sociálního šetření, takže to nijak zvlášť nemění.“*

Výzkumník: *„Hm, dobře.“*

Výzkumník: *„Tak, jak vnímáte rozhodnutí té lékařské posudkové služby o přiznaném stupni závislosti v kontextu s Vaším výsledkem ze sociálního šetření které provádíte?“*

Respondent č. 1: *„Tak odhaduju, že tak v těch 2/3 případů se s tím posudkovým lékařem na tom vyhodnoceném stupni shodneme.“*

Výzkumník: *„Hm, dobře.“*

Výzkumník: *„Tak, působí na Vás při realizaci sociálního šetření vnější nebo vnitřní okolnosti?“*

Respondent č. 1: „*Noo...asi působí, ale snažíme se aby nepůsobily, měli by jsme být objektivní.“*

Výzkumník: *„Tak, dále bych se Vás chtěla zeptat, jestli se zúčastňujete pravidelné supervize, abyste předešli syndromu vyhoření? A jestli se jí zúčastňujete, tak jak často?“*

Respondent č. 1: *„Hm...já jsem se žádné supervize nezúčastnila, nezúčastnila jsem se dosud ani žádnýho kurzu věnovaného syndromu vyhoření, přesto že jsou nám tyhle ty kurzy každoročně připravovány a nabízeny. Většinou z tej nabídky já si vybírám kurzy, který jsou věnovaný přímo té problematice příspěvku na péči.“*

Výzkumník: *„Hm, hm, dobře.“*

Výzkumník: *„Tak, vnímáte něco jako nedostačující při realizaci sociálního šetření?“*

Respondent č. 1: *„Čas….my sice máme možnost být u klienta v jeho přirozeném prostředí až několik hodin, objem práce na naši agendě nám však nedovoluje tam pobývat tak dlouho, takže s tím klientem trávíme průměrně 40 až 60 minut, což je někdy pro to objektivní posouzení a zhodnocení toho, co vlastně on sám zvládá v tom přirozeným prostředí poměrně málo.“*

Výzkumník: *„Ano, dobře, děkuju.“*

Výzkumník: *„Tak, pak má tady otázku, jestli je něco, co byste změnili na celém procesu posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a následném přiznávání příspěvku na péči?“*

Respondent č. 1: *„Tak já bych změnila celý ten systém toho posuzování, těch deseti základních životních potřeb, zejména potřeby, která je označována jako péče o domácnost, ta je velice rozsáhlá a obsahuje i bod body, které bych zařadila k jiným posuzovaným potřebám. Takže například třeba to vaření, který dle mého názoru mnohem víc souvisí s posuzováním samostatností ve stravování u toho klienta.“*

Výzkumník: *„Hm, dobře.“*

Výzkumník: „*Tak, a mám tady poslední otázku, jaký je podle Vás stupeň závislosti nejčastěji přiznáván klientům?“*

Respondent č. 1: *„Hm..já jsem se podívala na poslední posudky v posledních dvou měsících, takže tam dle výsledku toho posouzení zdravotních stavů klientů vidím nárůst přiznáváním 2. stupně posouzení, ale v tom dlouhodobým horizontu zřejmě pořád je nejvíc přiznáván ten 1. stupeň závislosti a to jak u dětí tak u dospělých, to znamená u osob starších 18 cti let.“*

Výzkumník: *„Dobře, tak já Vám mockrát děkuju za spolupráci.“*

Respondent č. 1: *„Není zač.“*

PŘÍLOHA P III. TRANSKRIPCE ROZHOVORU – RESPONDENT Č. 2

Výzkumník: *„Tak, dobrý den, já bych Vás chtěla poprosit o zodpovězení pár otázek v rámci mé diplomové práce, zabývám se tématem proměny příspěvku na péči a specifik sociálního šetření.“*

Výzkumník: *„Takže bych se Vás chtěla zeptat, jak dlouho pracujete jako sociální pracovnice na příspěvku péči?“*

Respondent č. 2: *„Jako sociální pracovnice na příspěvku na péči pracuji 10 let.“*

Výzkumník: *„Jaká je podlé Vás spolupráce mezi Vámi jako sociálními pracovníky a lékařskou posudkovou službou?“*

Respondent č. 2: *„Podle mě spolupráce mezí námi je bezproblémová, vycházíme si vstříc.“*

Výzkumník: *„Hm, dobře.“*

Výzkumník: *„Jak často nebo jak hodně komunikujete s tou lékařskou posudkovou službou?“*

Respondent č. 2: *„S lékařskou posudkovou službou komunikujeme především písemně, každý týden zasíláme na Okresní správu žádosti o posouzení zdravotního stavu a naopak nám Okresní správa zasílá už vypracované posudky. Na okresní správu zasíláme také námitky, které nám řekne klient k vypracovaným posudkům. Telefonicky komunikujeme čím dál tím méně, takže spíše písemná komunikace převládá.“*

Výzkumník: *„Dobře.“*

Výzkumník: *„Myslíte si podle Vás, že je dostačující když lékařská posudková služba žadatele o dávku nevidí, a přesto je schopna vyhodnotit jeho zdravotní stav?“*

Respondent č. 2: *„Podle mého názoru v mnoha případech je to nedostačující, v závislosti na zvýšeném počtu námitek k posudkům a také k podaným odvoláním. Také mnohdy žadatel sám žádá o to, aby byl přítomen u lékařské posudkové komise při posuzování svého zdravotního stavu.“*

Výzkumník: *„Hm..“*

Výzkumník: *„Jak vnímáte rozhodnutí lékařské posudkové komise o přiznaném stupni závislosti v kontextu s Vaším výsledkem sociálního šetření, které provádíte?“*

Respondent č. 2: *„Řekla bych, že většinou se shodnete tak ze 70% podle našeho předpokladu.“*

Výzkumník: *„Hm, dobře.“*

Výzkumník: *„Tak, působí na Vás vnější nebo vnitřní okolnosti, když realizujete sociální šetření?“*

Respondent č. 2: *„Já osobně, se snažím být objektivní při sociálním šetření, ale pokud provádím sociální šetření například u dětí a mladistvých například s onkologickým onemocněním, hm, tak to ve mně vyvolává smíšené pocity, neboť u starších osob se zhoršený zdravotní stav dá předpokládat, je předvídatelný a přirozený. Jako vnější negativní vlivy při realizaci sociálního šetření mě vadí, například, když je u klienta hlasitě puštěná televize nebo rádio, takže ho poprosím, aby ztlumil či vypnul třeba televizi nebo rádio.“*

Výzkumník: *„Hm, dobře.“*

Výzkumník: *„Tak, pak bych se Vás chtěla zeptat, jestli se pravidelně zúčastňujete supervize, abyste předešli syndromu vyhoření? Jestli ano, tak jak často?“*

Respondent č. 2: *„Tak, supervize se neúčastním, protože u nás na úřadu práce nejsou žádné realizovány. Hm, problémové situace řešíme vždy s kolegy v kanceláři, hm, například také dále na školeních v rámci příspěvku na péči s metodickým pracovníkem a také se zúčastním kurzů, které se právě syndromu vyhoření týkají.“*

Výzkumník: *„Hm, dobře děkuju.“*

Výzkumník: *„Tak, vnímáte něco jako nedostačující, když provádíte sociální šetření, chybí Vám tam něco?“*

Respondent č. 2: *„No, já osobně nevnímám nic nedostačujícího, nic mě při realizaci šetření nechybí.“*

Výzkumník: *„Tak, je něco, co byste změnili na celém procesu posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a následném přiznávání příspěvku na péči?“*

Respondent č. 2: *„Změnila bych konkrétně hodnocení bodu základní životní potřeby péče o domácnost, je to bod velice obsáhly, který obsahuje řadu činností, které pokud člověk nezvládá, tak to výrazně omezuje jeho soběstačnost a je závislý čím dál víc na té osobě*

pečující. Dřívější posuzování dle 36 základních úkonů soběstačnosti se domnívám, že bylo spravedlivější.“

Výzkumník: *„Hm, hm…“*

Výzkumník: *„Tak a mám tady ještě poslední otázku, jaká je podle Vás stupeň závislosti nejčastěji přiznávám klientům?“*

Respondent č. 2: *„Hm, podle mě se nejčastěji v současné době přiznává 2. stupeň.“*

Výzkumník: *„Dobře, tak jo tak já vám mockrát děkuju za spolupráci.“*

Respondent č. 2: *„Nemáte zač.“*

PŘÍLOHA P IV. TRANSKRIPCE ROZHOVORU – RESPONDENT Č. 6

Výzkumník: *„Dobrý den, já bych Vás chtěla poprosit o zodpovězení pár otázek, v rámci mé diplomové práce zabývám se tématem Příspěvek na péči a specifika sociálního šetření.“*

Výzkumník: *„Takže bych měla na Vás první otázku, jak dlouho pracujete jako sociální pracovnice na příspěvku na péči?“*

Respondent č. 6 : *„Tak, já jako sociální pracovnice na příspěvku na péči pracuji od ledna roku 2013, takže 4 roky.“*

Výzkumník: *„Tak, jaká je podle Vás spolupráce mezi Vámi jako sociálními pracovníky a lékařskou posudkovou službou?“*

Respondent č. 6: *„Podle mě je spolupráce s Lékařskou posudkovou službou dobrá. Komunikujeme s paní, která má na lékařské posudkové službě na starosti administrativu a paní je velice ochotná a milá...a můžu konstatovat, že se jedná o „letitou“ spolupráci...bez výhrad. Přímo s lékaři komunikujeme minimálně.“*

Výzkumník: *„Dobře a tedy a jak často komunikujete s tou lékařskou posudkovou službou?“*

Respondent č. 6: *„Tak, písemně komunikujeme s Lékařskou posudkovou službou 2 x týdně, kdy se jedná o zasílání žádostí o posouzení stupně závislosti, dále přebíráme výsledky posudků od posudkových lékařů. Podle potřeby samozřejmě komunikujeme i telefonicky, jedná se například o korekci nejasností v posudcích...popř. dotazy lékaře k výsledkům sociálního šetření nebo jeho doplnění.“*

Výzkumník: *„Dobře, myslíte si, že je dostačující, že ta lékařská posudková služba žadatele o dávku nevidí a přesto je schopna vyhodnotit jeho zdravotní stav?“*

Respondent č. 6: *„Já osobně myslím, že ano, je to dostačující, vzhledem k tomu, že posudkový lékař má zprávy od ošetřujících lékařů, dále záznam z našeho provedeného sociálního šetření, nač bychom potom také sociální šetření vůbec byla...dále máme možnost nařídit klientovi konkrétní vyšetření u konkrétního lékaře. Pokud se stane a klient odmítne toto nařízené vyšetření, je to jeden z důvodů pro odejmutí či nepřiznání příspěvku na péči. Vzhledem k množství posudků versus počtu posudkových lékařů by podle mne bylo nemožné každého vidět osobně. Navíc klient má vždy práv se v případě nesouhlasu s výsledkem posouzení odvolat.“*

Výzkumník: *„Dobře.“*

Výzkumník: *„Tak, jak vnímáte rozhodnutí té lékařské posudkové služby o přiznaném stupni závislosti v kontextu s Vaším výsledkem ze sociálního šetření?“*

Respondent č. 6: *„Hm...Tak toto neodkážu přesně říct...i po letech praxe bývám „překvapená“, očekávám jiný přiznaný stupeň...ale nejsem lékařka ani zdravotní sestra a plně respektuji posudek lékaře. Ve většině případů, ale přiznaný stupeň odpovídá výsledkům šetření.“*

Výzkumník: *„Dobře, tak, jak na Vás působí vnější a vnitřní okolnosti při realizaci sociálního šetření?“*

Respondent č. 6: *„No….vnější okolnosti...tak se snažíme samozřejmě pečujícím osobám i oprávněným osobám maximálně vyjít vstříc, proto se nám občas obtížně hledá vhodný termín na provedení šetření. Komplikace nastávají i v případě, kdy je klient hospitalizován a zde nastává více práce...samozřejmě ve smyslu více úkonů ve správním řízení, více práce pro nás jako sociální pracovníky. Co se týká vnitřních okolností, tak např. „nenosit“ ty problémy klientů tzv. s sebou domů...často jsou to velmi smutné životní osudy…“*

Výzkumník: *„Dobře děkuju.“*

Výzkumník: *„Tak dále bych ještě měla na Vás otázku, jestli se zúčastňujete pravidelné supervize, abyste předešli syndromu vyhoření a pokud ano, tak jak často?“*

Respondent č. 6: *„Já osobně bych se velmi ráda supervize zúčastnila, ale žádné supervize pro nás na úřadu práce nejsou konány. V uvozovkách můžu říct, že „supervize“ si „neodborné“ úrovni můžeme maximálně poskytovat vzájemně s kolegyněmi.“*

Výzkumník: *„Dobře, tak vnímáte nebo co vnímáte jako nedostačující při realizaci sociálního šetření? Nebo jestli Vám tam něco chybí třeba?“*

Respondent č. 6: *„Nedostačující je především čas...Pracovní vytížení je takové, že potřebný čas stále není dostačující...takže asi tak...“*

Výzkumník: *„Dobře, tak a je něco co byste změnila na tom celém procesu posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a následnému přiznávání příspěvku?“*

Respondent č. 6: *„Noo, já bych asi navýšila počet posudkových lékařů, dále motivovala ošetřující lékaře k rychlejšímu poskytování informací pro lékařskou posudkovou službu.“*

Výzkumník: *„Tak a mám na Vás poslední otázku, jaký stupeň závislosti je podle Vás nejčastěji přiznáván žadatelům o dávku?“*

Respondent č. 6: *„Takto nelze říci...záleží to také například na tom, zda je na území kontaktního pracoviště např. léčebna LDN, to znamenám, že v takovém případě je více posudků ve vyšším stupni apod…“*

Výzkumník: *„Dobře, tak já Vám děkuju mockrát za spolupráci.“*

Respondent č. 6: *„Na shledanou.“*