

Dílčí výstup projektu: TB05MPSV007 – Multidisciplinarita v posuzování nároku na příspěvek na péči

POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI V PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

VÝSTUPY Z KVANTITATIVNÍHO DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ PRACOVNÍKŮ AGENDY PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

Tento výstup byl vytvořen s finanční podporou TA ČR.

Neprošlo jazykovou úpravou.

I. ÚVOD	3
II. POPISNÉ CHARAKTERISTIKY.....	5
II.1. ROZLOŽENÍ SOUBORU PODLE PRACOVNÍCH POZIC RESPONDENTŮ	5
II. 2. VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ	6
II.3. ROZSAH A DÉLKA ZKUŠENOSTÍ V AGENDĚ PNP	10
7. VNÍMÁNÍ PRACOVNÍ ZÁTĚŽE.....	19
III. ORGANIZACE AGENDY PNP	22
III.1. VYUŽÍVÁNÍ EXTERNISTŮ PRO PROVÁDĚNÍ SOCIÁLNÍHO ŠETŘENÍ.....	22
III. 2. PODÁVÁNÍ ŽÁDOSTÍ PŘES PODATELNU	24
III. 3. ORGANIZACE VYŘIZOVÁNÍ ŽÁDOSTI Z HLEDISKA POČTU PRACOVNÍKŮ	26
III.4. MÍRA FRAGMENTACE VYŘIZOVÁNÍ ŽÁDOSTI.....	27
IV. ČINNOSTI PRACOVNÍKA V RÁMCÍ AGENDY PŘÍSPĚVKU NA PÉČI	30
V. KONTAKTY A SPOLUPRÁCE S POSUDKOVÝM LÉKAŘEM	41
V.1. SPOLEČNÁ SETKÁVÁNÍ.....	41
V.2. KOMUNIKACE V RÁMCÍ PROCESU ZPRACOVÁNÍ ŽÁDOSTI O PNP.....	45
V.3. PŘEKÁŽKY KOMUNIKACE MEZI PRACOVNÍKY AGENDY PNP A POSUDKOVÝMI LÉKAŘI.....	49
V.4. ZPĚTNÁ VAZBA A OBEZNÁMENOST PRACOVNÍKŮ AGENDY PNP NĚKTERÝMI ASPEKTY PRÁCE POSUDKOVÉHO LÉKAŘE	52
VI. PŘEDSTAVY O ŽÁDOUCÍ PODOBĚ POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI	61
VI.1. PŘEDSTAVY O SPOLUPRÁCI MEZI PRACOVNÍKY AGENDY PNP A POSUDKOVÝMI LÉKAŘI...	62
VI.2. MODEL Y URČOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI Z HLEDISKA ZAPOJENÍ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ A POSUDKOVÝCH LÉKAŘŮ	64
VI.3. MULTIDISIPLINÁRNÍ POSOUZENÍ A MOŽNOSTI ZAPOJENÍ DALŠÍCH ODBORNOSTÍ.....	67
VII. POMOC ŽADATELŮM A PEČUJÍCÍM OSOBÁM ZE STRANY PRACOVNÍKŮ AGENDY PNP.....	74
VII. SHRUTÍ	76

I. ÚVOD

Dotazníkové šetření zaměřené na pracovníky agentury PnP bylo provedeno jako jedna z plánovaných výzkumných činností v rámci řešení výzkumného projektu TB05MPSV007 *Multidisciplinarita v posuzování nároku na příspěvek na péči*. Tento projekt v současné době realizuje Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., výzkumné centrum Brno. Zadavatelem výzkumu a odběratelem jeho výstupů je MPSV ČR. Kvantitativní dotazníkové šetření slouží k ověření a rozšíření poznatků získaných v rámci předchozích výzkumných aktivit uskutečněných v rámci řešení tohoto projektu, a rovněž k získání poznatků nových, které nejsou kvalitativními výzkumnými metodami dosažitelné.

Výzkumný nástroj, dotazník, byl tedy vytvořen na základě předchozích poznatků o fungování agentury PnP a posuzování stupně závislosti a byl koncipován tak, aby napomáhal dosažení cílů stanovených v zadání výzkumného projektu. Úpravy, doplňování a ladění výzkumného nástroje probíhalo ve spolupráci a s konzultacemi pověřených osob z MPSV ČR i generálního ředitelství Úřadu práce ČR.

Dotazníkové šetření bylo koncipováno jako vyčerpávající, tzn., nevytvářeli jsme výběrový soubor z pracovníků agentury PnP, ale naším cílem bylo oslovit všechny pracovníky agentury PnP na všech kontaktních pracovištích v ČR. Po konzultacích s pověřenými pracovníky MPSV a GŘ ÚP ČR jsme upustili od původního záměru oslovit pouze ty pracovníky agentury PnP, kteří jsou zařazeni na pozici „sociální pracovník“, ale oslovit i vedoucí pracovníky a referenty, neboť dle informací z GŘ ÚP ČR nekoresponduje zcela přesně s pracovním zařazením, ani se vzděláním, ani s konkrétními činnostmi, které daný pracovník vykonává – tzn., byli jsme upozorněni na to, že i někteří vedoucí pracovníci či referenti mohou mít vzdělání potřebné pro výkon sociální práce a vykonávat činnosti, které jsou předmětem našeho zájmu. To také náš výzkum, jak ukazují níže prezentovaná data, následně potvrdil. Proto také v níže uvedené prezentaci výstupů výzkumu hovoříme nikoliv o sociálních pracovnících, ale buď o respondentech či o pracovnících agentury PnP, s tím, že u výstupů a témat, kde toto má smysl, prezentujeme získané odpovědi dle pracovních pozic respondentů.

Databázi kontaktů jsme vytvořili sami, a to na základě informací uvedených na webových stránkách jednotlivých kontaktních pracovišť ÚP ČR. Celkem byl na základě údajů na webech KoP vytvořen adresář 1251 pracovníků. Opět prostřednictvím konzultací s pověřenými pracovníky GŘ ÚP ČR jsme byli upozorněni, že se může stát, že kontakty pracovníků nepojistných dávek, kteří se věnují příspěvku na péči, tak jak jsou k dispozici na webech kontaktních pracovišť, nebudou vždy zcela přesné a aktuální. Tuto eventualitu jsme v průběhu sběru dat ošetřili. Pracovníci, které jsme oslovili nesprávně a v době výzkumu se agentuře PnP

vůbec nevěnovali, byli požádáni, aby v doprovodném emailu klikli na odkaz, který nás o této skutečnosti informoval. Byla to z hlediska výzkumu důležitá zpětná vazba o celkové návratnosti dotazníku, tedy o tom, kolik z oslovených pracovníků nevyplnilo náš dotazník proto, že se jich toto dotazníkové šetření netýká.

Dotazníkové šetření bylo provedeno elektronicky a probíhalo v období 1. 8. – 31. 8. 2016 a během této doby byly všem osloveným pracovníkům zaslány dvě opakované žádosti o vyplnění dotazníku, což u tohoto typu šetření lze považovat za standardní postup. Celé dotazníkové šetření bylo důsledně anonymní. Dotazník neobsahuje žádné identifikační údaje. Vyplněné dotazníky se elektronicky vracely Výzkumnému ústavu práce a sociálních věcí, kde byla data zpracována a jsou prezentována v agregované podobě. Nevýhodou tohoto postupu je, že není možné ztotožnit dotazníky, které pocházejí od pracovníků ze stejného pracoviště, nicméně vzhledem k zaměřené výzkumu nebylo toto ztotožnění nutné – v daném případě nám jde spíše o zkušenosti jednotlivých pracovníků.

Domníváme se, že právě úplná anonymita dotazníkového šetření pomohla zajistit vysokou návratnost vyplněných dotazníků. Z celkem 1251 oslovených pracovníků kontaktních pracovišť ÚP na naši výzvu, aby se zapojili do dotazníkového šetření, reagovalo celkem 1046 pracovníků. 737 pracovníků vyplnilo dotazník a 309 uvedlo, že se agendou PnP nezabývají. To znamená, že celkově se do výzkumu zapojilo okolo 83% oslovených respondentů, což je u takto organizovaného výzkumu - tedy výzkumu bez tazatele a prováděného pomocí on-line dotazníku, výzkumu anonymního, kdy nelze o vyplnění dotazníku upomínat adresně, s nepovinnou účastí – tedy nikdo není kontrolován, zda dotazník vyplnil, výborný výsledek: odborná literatura jako přijatelný výsledek uvádí 50% a jako dobrý nebo velmi dobrý 60 – 70%. (Citace). Vysokou ochotu pracovníků přispěvku na péči na našem výzkumu participovat přičítáme mimo jiné zájmu pracovníků o tuto oblast a o její zlepšení a domníváme se, že ze stejného důvodu lze získané odpovědi a tedy i výstupy zpracované na základě těchto odpovědí považovat za velmi hodnověrné.

II. Popisné charakteristiky

II. 1. Rozložení souboru podle pracovních pozic respondentů

Dotazník byl zaslán pracovníkům kontaktních pracovišť Úřadu práce ČR, u nichž bylo možno na základě kontaktních informací předpokládat, že se příspěvkem na péči zabývají, a všem vedoucím pracovníkům oddělení nepojistných sociálních dávek, protože dle našich předchozích poznatků se tito příspěvkem na péči také často přímo zabývají.

Ze všech oslovených pracovníků, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili a zároveň se zabývají agendou příspěvku na péči, převažují dle očekávání sociální pracovníci. Necelou 1/5 dotazníků vyplnili vedoucí pracovníci. Ostatní pracovní pozice, jako např. referenti, jsou, jak je patrné z níže uvedené tabulky, zastoupeny jen okrajově.

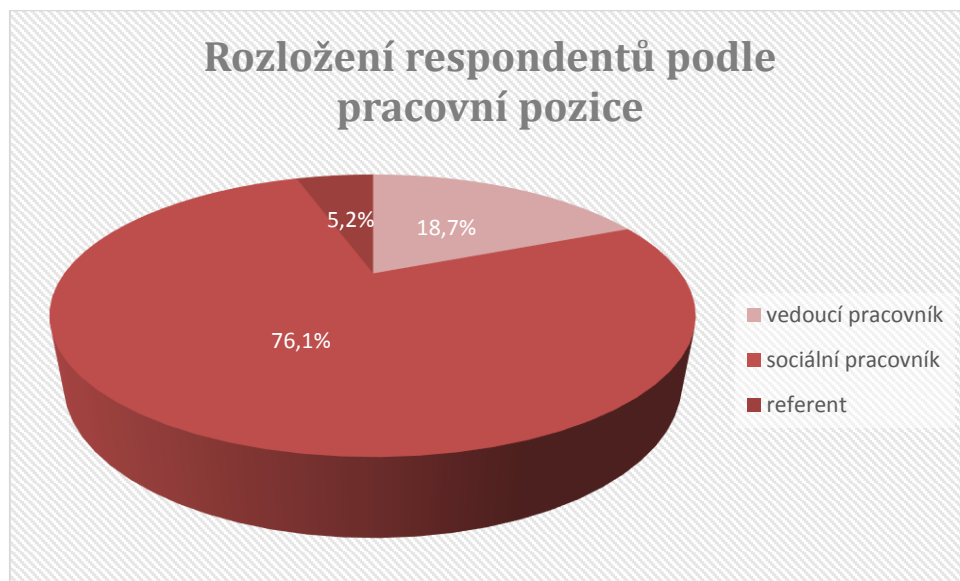
tab.č. 1. – složení respondentů podle pracovních pozic

pracovní pozice	četnosti	procenta
vedoucí pracovník	138	18,7%
sociální pracovník	554	75,2%
referent	35	4,7% %
jiná	10	1,4%
Celkem	737	100,0%

V kategorii „jiné“ pak dotazovaní pracovníci upřesňovali svoji pracovní pozici, Nejčastější možností bylo, že uváděli, že zastávají dvě pracovní pozice, obvykle „sociální pracovník i referent“. Dále se objevovaly pozice jako „vrchní referent“ či „ověřovatel dávek PnP a DOZP“.

Pro další analýzy proto všechny možnosti, které byly uvedeny jako varianta „jiné“ s upřesněním, že se jedná o pozici sociální pracovník v kombinaci s jinou pracovní pozicí, přiřazujeme pro potřeby dalších analýz ke kategorii „sociální pracovník“. Ostatní z uvedených pracovních pozic byly přiřazeny ke kategorii „referent“. Složení celého souboru z hlediska pracovních pozic, které pracovníci v rámci agendy příspěvku na péči zastávají, pak vypadá následovně (viz graf. č. 1).

graf. č. 1. – pracovní pozice respondentů



Z grafu je tedy patrné, že více než tři čtvrtiny souboru tvořili sociální pracovníci a necelou jednu pětinu vedoucí pracovníci a jen malý podíl tvoří referenti (případně jiné pracovní pozice).

II. 2. Vzdělání respondentů

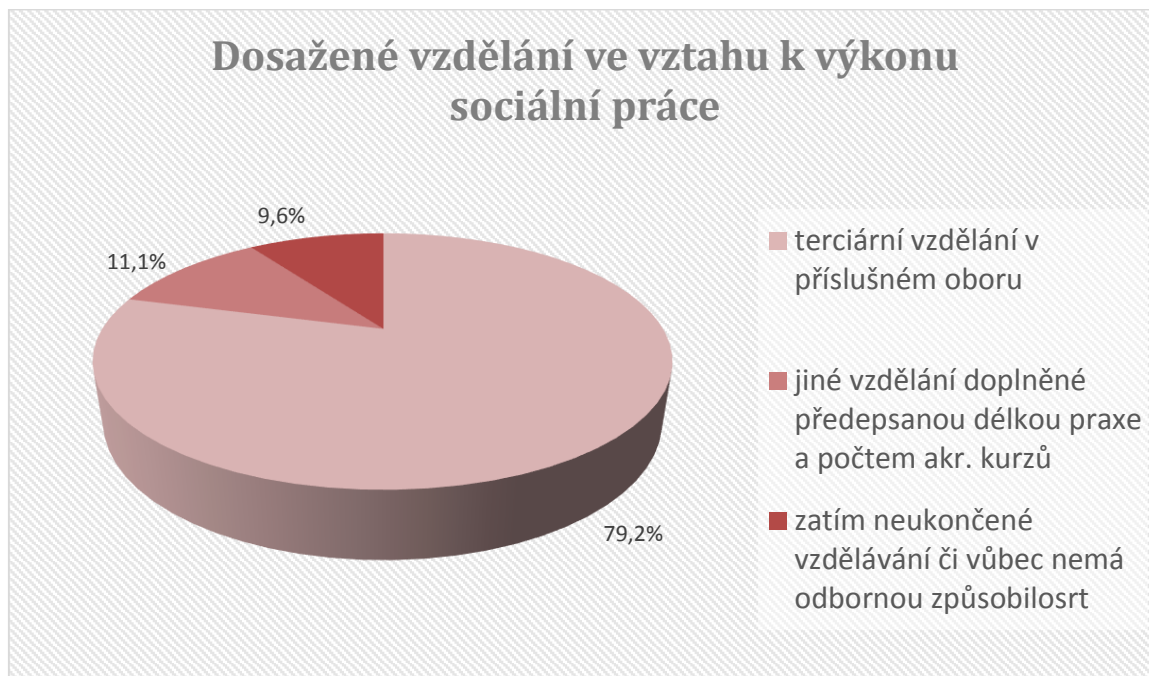
Podíváme-li se na rozložení respondentů podle jejich současného vzdělání vzhledem k tomu, jaké vzdělání vyžaduje zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách (viz tab. č. 2) , pak je patrné, že převažují pracovníci s bakalářským vzděláním v oboru, který vyžaduje zákon o sociálních službách jako odbornou způsobilost pro výkon sociální práce, následují diplomovaní specialisté a třetím nejčastějším je magisterské vzdělání v oboru, který zákon o sociálních službách ukládá pro sociální pracovníky. Z toho plyne, že terciární vzdělání přímo v některém z oborů, které zákon o sociálních službách vymezuje jako kvalifikaci pro sociální pracovníky, má v našem souboru více respondentů, než kolik jich sociální pracovníci tvoří – téměř 80%. Část dalších respondentů uvedla jiné formy dosažení odborné způsobilosti vyžadované pro sociální práci zákonem o sociálních službách – necelých 10% respondentů má střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, alespoň 10 let praxe výkonu povolání sociálního pracovníka a absolvovaných alespoň 200 hodin akreditovaných kurzů. Naopak varianta vysokoškolského vzdělání v jiném oboru, alespoň 5 let praxe výkonu povolání sociálního pracovníka a absolvovaných alespoň 200 hodin akreditovaných kurzů, se mezi našimi respondenty vyskytovala jen okrajově – v necelých 2% případů.

tab. č. 2. Složení respondentů podle vzdělání

vzdělání	četnost	procenta
magisterské	155	21,0%
bakalářské	249	33,8%
Dis	180	24,4%
VŠ jiný obor plus praxe a kurzy	13	1,8%
střední v sociálněprávním oboru plus praxe a kurzy	69	9,4%
neukončené, dodělává	7	9,0%
nemá	63	8,5%
neví, jaké jsou požadavky	1	1,0%
celkem	737	100,0%

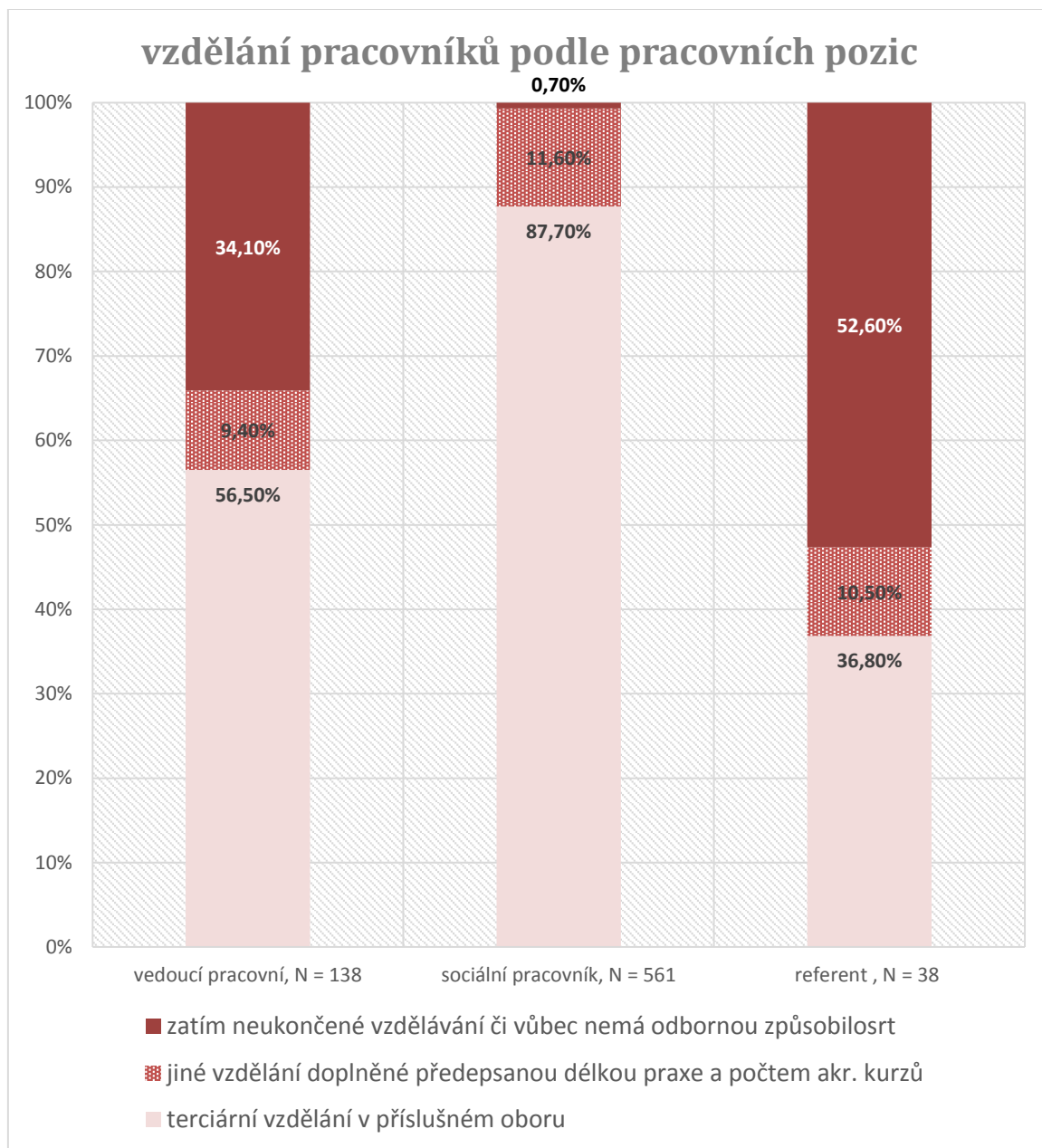
Celkově lze říci, že v době sběru dat přes 90% pracovníků agendy PnP, kteří se výzkumu zúčastnili, mělo v době sběru dat dokončenou nějakou formu vzdělání, kterou zákon o sociálních službách definuje jako předpoklad odborné způsobilosti pro výkon sociální práce.

graf. č. 2. Rozložení respondentů podle dosaženého vzdělání



Při bližším pohledu na data týkající se vzdělání u pracovních pozic dotazovaných pracovníků je zřejmé, že téměř všichni pracovníci zařazení na pozici „sociálních pracovníků“ měli v době sběru dat dokončené vzdělání, které zákon o sociálních službách pro výkon tohoto povolání požaduje. Dále měli toto vzdělání ukončeno i mnozí respondenti, kteří v době výzkumu na pozici „sociální pracovník“ zařazení nebyli – necelá polovina referentů uvedla, že mají vzdělání, které odpovídá odborné způsobilosti pro výkon sociální práce a stejně tak toto vzdělání uvedly skoro dvě třetiny vedoucích pracovníků (viz graf š. 3) .

graf.č. 3 – dosažené vzdělání podle jednotlivých pracovních pozic



II.3. Rozsah a délka zkušeností v agendě PnP

Do této části je zařazen zejména popis souboru z hlediska toho, jak dlouho a v jakém rozsahu dotazovaní pracovníci v agendě příspěvku na péči působí – tzn., budou zde prezentována zjištění, týkající se odhadovaného podílu agendy PnP na celkové práci daného pracovníka, počtu agend, které má pracovník na starosti a délky praxe v agendě příspěvku na péči.

II.3.1. Rozsah celkových úvazků

V první řadě jsme se všech oslovených pracovníků ptali, jaká je jejich celková výše úvazku jako pracovníka Úřadu práce ČR, a to na všech agendách, kterým se tyto pracovníci věnují. Ukázalo se, že naprostá většina našeho souboru se skládá z pracovníků, kteří jsou na KoP ÚP zaměstnání na plný úvazek – bylo to celých 91% všech pracovníků, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili. Úvazek v jiných výších, než je 1,0, uvádělo zbylých 9% respondentů, přičemž byly udávány různé výše úvazku – nejčastěji 0,5 (v 1,6% případů). Je zjevné, že tedy nemá smysl soubor podrobněji členit podle výše úvazků a následující tabulka, v níž jsou všichni respondenti rozdělení do dvou skupin na ty, kteří jsou na KoP zaměstnání na úvazek do 0,75 a ty, kteří mají 0,75 úvazku a více, je tomu jen dokreslením.

tab. č. 3. Rozložení souboru z hlediska výše úvazku na KoP ÚP ČR

celková výše úvazku pracovníka	četnost	procenta
do 0,75 úvazku	49	6,6%
nad 0,75 úvazku	688	93,4%
CELKEM	737	100,0%

Abychom pro další analýzy získali lepší představu o tom, jak dalece se jednotlivých pracovníků agenda PnP týká, zejm. pro jaký podíl z nich je tato agenda stěžejní a pro kolik naopak spíše okrajovou z hlediska toho, co vše tvoří náplň jejich práce, zjišťovali jsme jednak, jaké agendy má daný pracovník na starosti; dále jsme dotázané pracovníky žádali, aby se pokusili odhadnout, jaký podíl všech činností, které jako pracovník kontaktního pracoviště úřadu práce vykonává, se týká agendy příspěvku na péči.

II.3.2.. Počet agend na pracovníka

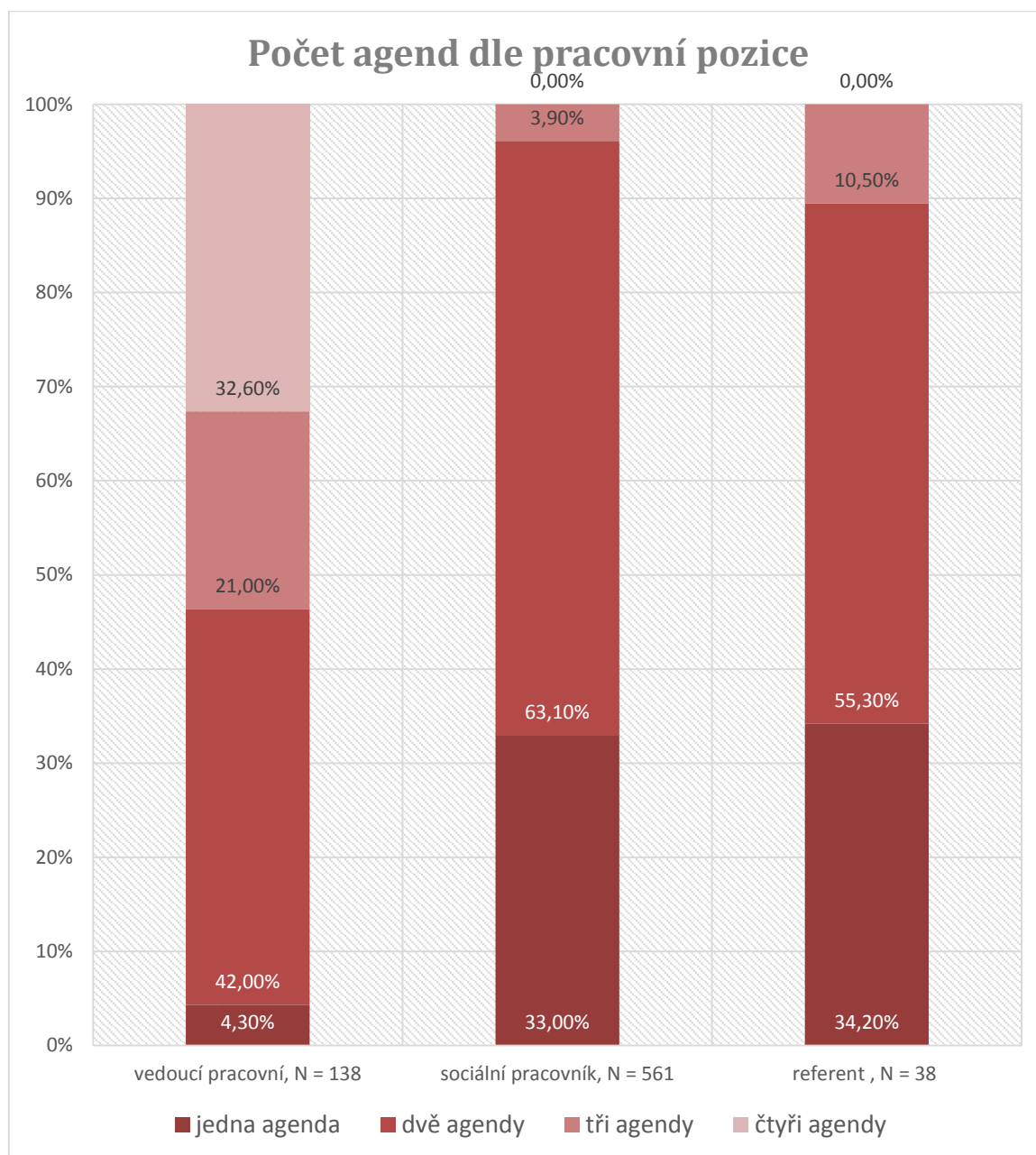
Podíváme-li se na rozložení souboru z hlediska toho, kolik agend mají jednotliví pracovníci na starosti, pak převažuje výkon dvou agend, tzn. k výkonu agendy PnP se sociální pracovníci věnují ještě jedné agendě, obvykle dávkám pro osoby se zdravotním postižením. Podíváme-li se na tabulku níže (viz tab. č. 4)., je zřejmé, že většina dotázaných pracovníků má na starosti buď pouze agendu PnP – necelých 28%, nebo agendu PnP a k tomu jednu další agendu. Větší kumulace agend, zdá se, není mezi pracovníky agendy PnP obvyklá.

tab. č. 4. Počet agend

počet agenda na pracovníka	četnost	procenta
jedna agenda /jen PnP/	204	27,7%
dvě agendy	433	58,8%
tři agendy	55	7,5%
čtyři agendy	45	6,1%

Při bližším pohledu, zaměříme-li se na počet agend, které má pracovník na starosti, je zjevné, že zatížení větším počtem agend je typické pro vedoucí pracovníky, což je z hlediska organizace oddělení nepojistných dávek očekávatelné a pochopitelné. Naopak nejmenší zatížení více než dvěma agendami nacházíme u sociálních pracovníků. Žádný ze sociálních pracovníků stejně jako žádný z referentů neuvedl, že se věnuje čtyřem agendám a jen necelá 4% sociálních pracovníků má na starosti více než dvě agendy (viz graf č. 4).

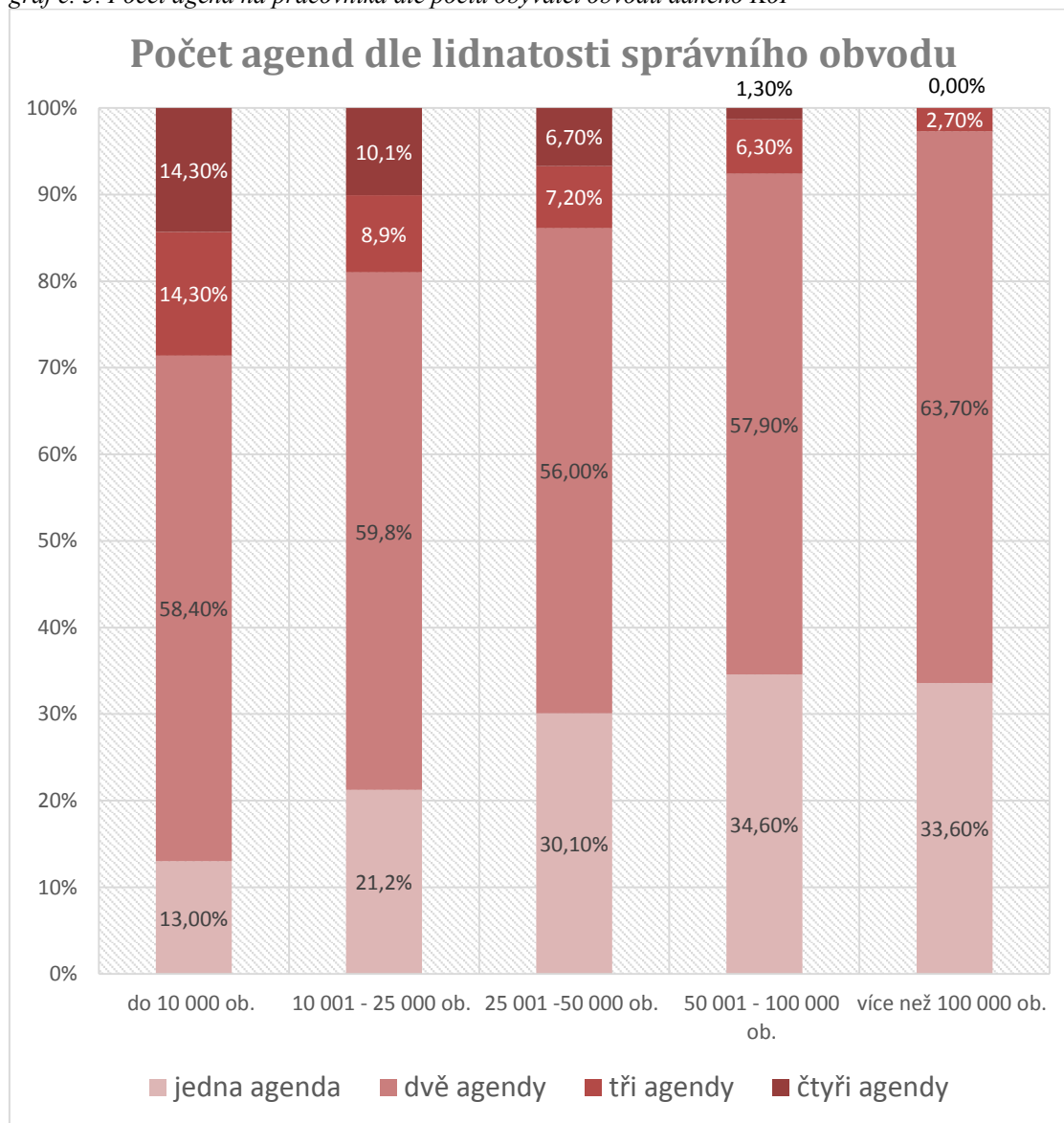
Graf č. 4. Pracovní pozice a počty agend



Jak ukazují data, počet agend, které musí daný pracovník, ať již vedoucí či sociální pracovník, zvládnout, se liší také podle toho, v jak velkém obvodu – z hlediska počtu obyvatel – dané KoP ÚP ČR působí. Z grafu č. 5 je zřejmé, že kumulace agend se týká především obvodů, které jsou z hlediska počtu zde žijících obyvatel. Pracovníci, kteří odhadovali počet obyvatel svého obvodu do 10 000 také měli nejčastěji kumulované agendy – jen 13% z nich mělo na starosti

pouze agendu příspěvku na péči. Naopak zhruba 14% se zabývalo čtyřmi agendami. Naopak u pracovníků lidnatých obvodů dochází k mnohem větší dělbě práce a ke kumulaci více než dvou agend zde v podstatě nedochází. Již už obvodů s počtem obyvatel 25 001- 50 000 má na starosti tři nebo čtyři agendy dohromady jen necelých 14% respondentů, u obvodu 50 001 – 100 000 ob. se o tři a čtyři agendy stará celkem jen necelých 8% dotázaných a u obvodů s počtem obyvatel nad 100 000 se případy, kdy by respondent měl čtyři agendy vůbec nevyskytly a tři agendy měla v gesci jen necelá 3% respondentů. To znamená, že u lidnatých správních obvodů neuváděli kumulaci agend ani vedoucí pracovníci.

graf č. 5. Počet agend na pracovníka dle počtu obyvatel obvodu daného KoP



II.3.3.. Podíl agendy PnP na činnostech pracovníka

Jak bylo řečeno, dotazovali jsme se také pracovníků, jaký podíl ze všech činností, které jako pracovníci KoP vykonávají, tvoří podle jejich odhadu ty, které se týkají příspěvku na péči. To, že má pracovník na starosti více agend samozřejmě ještě neznamená, že práce na různých agendách je rovnoměrně rozdělená, tedy nelze pouze z této informace odvodit celkovou vytiženost pracovníka činnostmi spojenými s agendou PnP. Zajímalo nás tedy u pracovníků, kteří měli na starosti více agend než pouze PnP, jaký podíl činnosti s pojené s PnP v celkovém objemu jejich práce tvoří.

Jak je lze vyčíst z grafu č. 4, podíl pracovníků v našem výzkumném souboru, kteří mají na starosti pouze jednu agendu, je 204, tj. necelých 28%. Zbývajících 533 pracovníků má více než jednu agendu a to, jaký podíl jejich práce připadá dle jejich odhadu na agendu PnP, ukazuje tabulka č. 5.

tab. č. 5. Podíl agendy PnP na činnostech pracovníka

Podíl agendy PnP na činnostech pracovníka	Četnost	procenta
méně než 1/4	60	11,3%
1/4 - 1/2	98	18,4%
1/2 - 3/4	265	49,7%
více než 3/4	97	18,2%
nedokážu odhadnout	20	3,8%
CELKEM	533	100,0%

Z tabulky č. 5 je tedy patrné, že převažují pracovníci, u nichž agenda tvoří nadpoloviční většinu všech činností. Naopak poměrně nízké procento tvoří pracovníci, kteří podíl činností na agendě PnP v rámci všech činností, které vykonávají, odhadovali na méně než ¼. Pro potřeby dalších analýz byla proto tato proměnná upravena a respondenti roztříděni do tří kategorií podle podílu činností PnP v jejich agendě – podíl max. do ½; podíl ½ - ¾; podíl ¾ až celý pouze agenda PnP. Do tohoto třídění tedy již byli na rozdíl od předchozí tabulky zařazení i ti, kteří se věnují výhradně příspěvku na péči. Respondenti, kteří uvedli, že podíl činností agendy PnP na celkovém objemu činností, kterým se věnují, nedokážou odhadnout, byli z této kategorizace vyloučeni. Celkový počet respondentů zařazených do této kategorizace činí 717.

tab. č. 6. Podíl agendy PnP na činnostech pracovníka – hrubší členění

Podíl agendy PnP	četnost	procenta
podíl PnP na agendě do 1/2	158	21,4%
podíl PnP na agendě 1/2 - 3/4	265	36,0%
podíl PnP na agendě 3/4 až celý	294	39,9%
CELKEM	717	97,3%

II.3.4. Doba působení v agendě příspěvku na péči

Celkovou dobu, po kterou sociální pracovník pracuje v oblasti příspěvku na péči, ať již na KoP ÚP ČR, či na obcích, jsme měřili přibližným počtem let praxe v této oblasti. Vzhledem k tomu, že příspěvek na péči je stále ještě poměrně nová dávka, je možné odpovědi pracovníků prezentovat po jednotlivých letech, viz tab. č. 7. Z této tabulky je patrné, že celková fluktuace pracovníků není příliš vysoká, navzdory změnám v agendě, sociální reformě, která mj. představovala značné personální přesuny, změny pracovních podmínek atd. Více než 1/5 dotazovaných pracovníků má s působením v agendě příspěvku na péči zkušenost po celou dobu existence této dávky. Naopak respondentů, kteří jsou v agendě zcela noví, tzn. méně než 1 rok, bylo v našem výzkumném souboru zhruba 7%.

4. Doba, kterou pracovník celkově pracuje v agendě PnP

tab. č. 7. počet let působení pracovníka v agendě příspěvku na péči

doba celkového působení v agendě PnP se zaokrouhlením na celé roky	ČETNOSTI	PROCENTA
méně než 1 rok	53	7,2%
přibližně jeden rok	54	7,3%
přibližně dva roky	114	15,5%
přibližně tři roky	88	11,9%
přibližně 4 roky	134	18,2%
přibližně 5 let	63	8,5%
přibližně 6 let	12	1,6%
přibližně 7 let	14	1,9%
přibližně 8 let	33	4,5%
9 let a více	172	23,3%
CELKEM	737	100,0%

Pro potřeby dalších analýz je vhodnější si dobu působení pracovníků v agendě PnP uspořádat do menšího počtu kategorií - v tomto případě byly vytvořeny tři kategorie: 1/ pracovníci, kteří jsou v agendě poměrně noví, tedy ti, jejichž doba působení v příspěvku na péči je méně než 2 roky. 2/ kategorie již zkušenějších pracovníků, kteří z nichž většina pravděpodobně nastoupila do agendy PnP až po jejím přenesení na ÚP ČR (ale nemusí to tak u všech být, pokud doba působení v agendě PnP nebyla spojitá – pracovník, který uvádí 4 roky působení v příspěvku na péči, mohl např. 2 roky působit v této agendě na obci, pak se věnovat jiné práci, a později se do agendy PnP vrátit na ÚP. Nicméně nepředpokládáme, že by to byly časté případy). 3/ kategorie pracovníků, kteří mají nějakou zkušenost s působením v agendě PnP i z doby, kdy tato agenda byla na obcích – tedy doba působení v PnP 5 let a více.

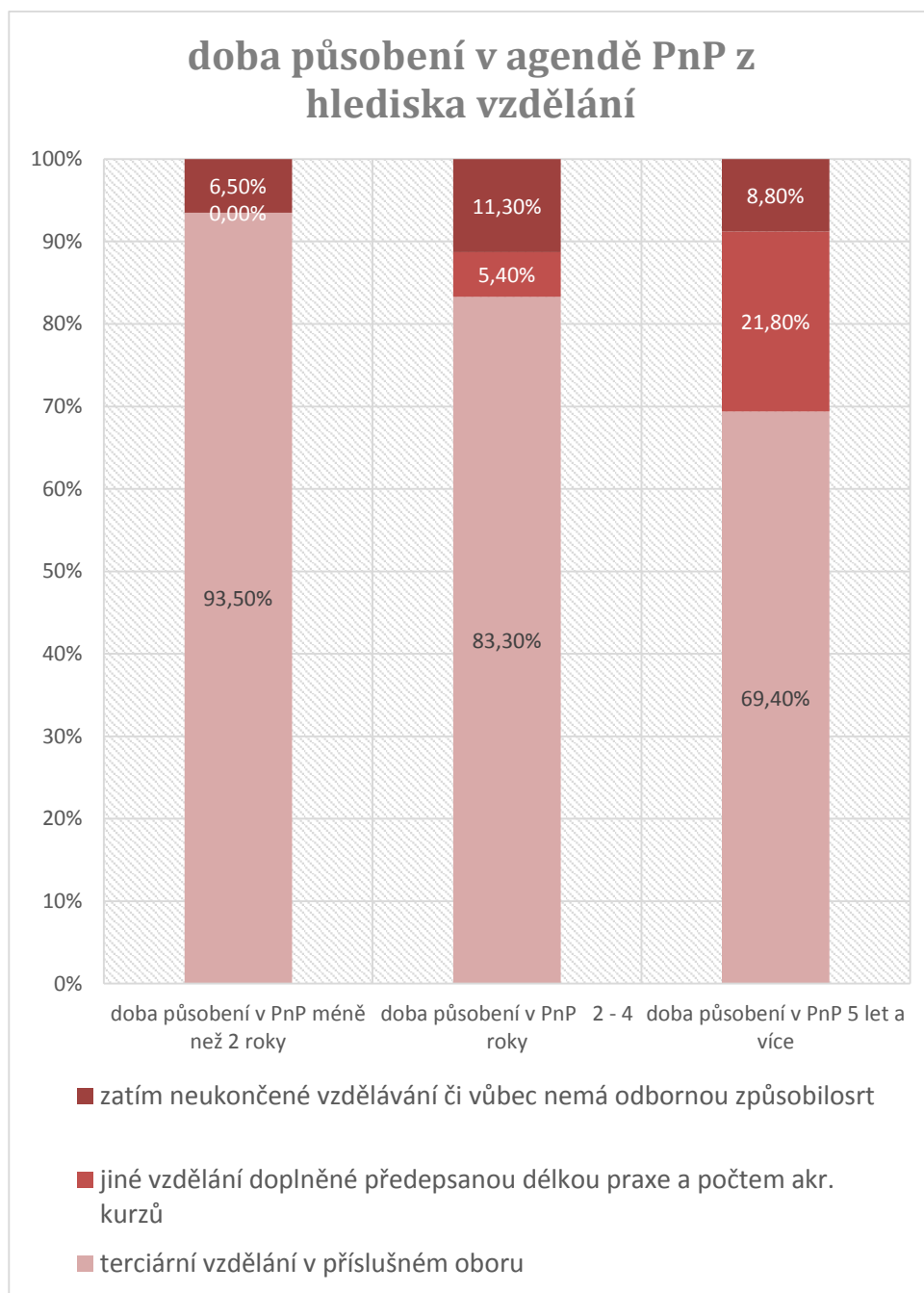
Z tabulky č. 8. lze vyčíst, že zkušenějších pracovníků, kteří mají historii působení v PnP i na obcích, je v našem souboru téměř 40%. Dalších téměř 46% pak tvoří pracovníci, kteří už jsou relativně dobře zavedení v této agendě, tzn. mají zde praxi 2 – 4 roky.

tab. č. 8 – doba působení v agendě PnP – hrubší členění

Doba působení v agendě PnP - zaokrouhleno na celé roky	četnost	procenta
doba působení v PnP méně než 2 roky	107	14,5%
doba působení v PnP 2 - 4 roky	336	45,6%
doba působení v PnP 5 let a více	294	39,9%
CELKEM	737	100,0%

Podíváme-li se na vzdělanostní složení pracovníků agendy PnP z hlediska toho, jaké mají vzdělání v relaci k tomu, co vyžaduje zákon o sociálních službách jako předpoklad odborné způsobilosti pro výkon sociální práce, je patrné, že /pokud se nejednalo o referenty/ byli nově přijímáni pouze pracovníci s ukončeným terciárním vzděláním v oboru, který vymezuje zákon o sociálních službách. Z prvního sloupce grafu č. 6 lze vyčíst, že žádný z respondentů, kteří pracují v agendě příspěvku na péči, neměl nižší než terciární vzdělání či VŠ vzdělání v jiném oboru a příslušné roky praxe doplněné předepsaným počtem akreditovaných kurzů. To je forma naplnění požadavku zákona o sociálních službách pro výkon sociální práce, s níž se naopak setkáváme nejčastěji u pracovníků s praxí v příspěvku na péči delší než 5 let – jedná se o zhruba 22% pracovníků z této kategorie.

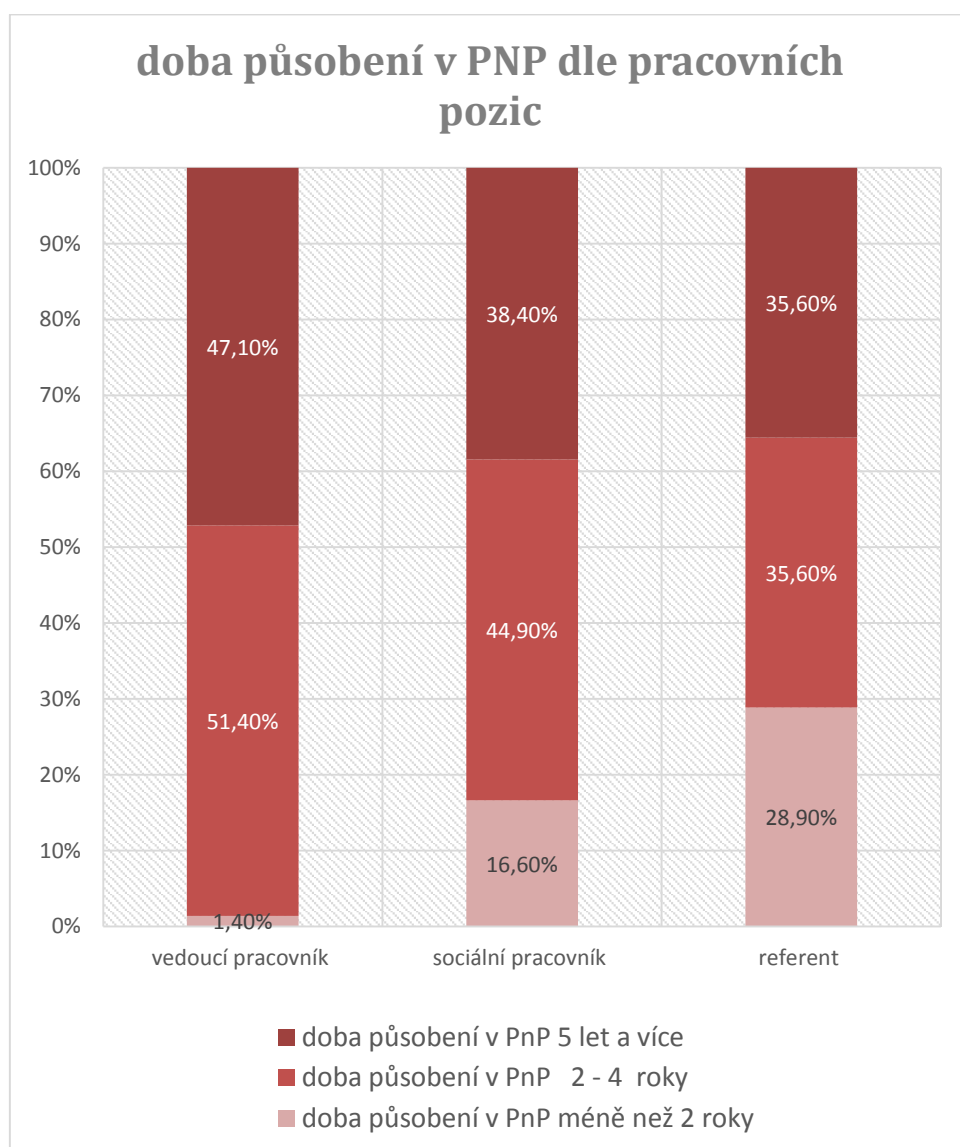
graf. č. 6. Počet let v agendě PnP a vzdělání pracovníků



Na celkovou dobu působení pracovníků v agendě příspěvku na péči se lze podívat také z hlediska toho, jakou pracovní pozici v této agendě v době výzkumu zaujímali. Z grafu č. 7 lze ověřit, že vedoucí pracovníci se rekrutují často ze zkušenějších pracovníků – téměř se nestává,

že by se vedoucím pracovníkem stal někdo, kdo nemá s agendou příspěvku na péči zkušenost dva roky a více. Téměř polovina vedoucích pracovníků má zkušenosti s agendou příspěvku na péči pět a více let, tedy znají tuto agendu ještě z dob jejího fungování na obcích. Co se týče sociálních pracovníků, také ti z větší části patří ke zkušenějším, tzn. přes 80% má praxi na agendě PnP více než dva roky a z toho skoro 40% se věnovalo této agendě ještě před reformou v roce 2012. V případě referentů je pak rozložení dle délky praxe v PnP rovnoměrnější a relativně velký podíl z nich – téměř jednu třetinu referentů - tvoří ti, co jsou v agendě poměrně noví.

graf č. 7. – Roky působení v agendě PnP dle současných pracovních pozic respondentů



7. Vnímání pracovní zátěže

Dotazovaní pracovníci agentury příspěvku na péči se měli vyjádřit k otázce, jak vnímají svoji současnou pracovní zátěž na agendě příspěvku na péči z hlediska objemu práce, který na této agendě vykonávají, a času, který na tuto práci mají k dispozici.

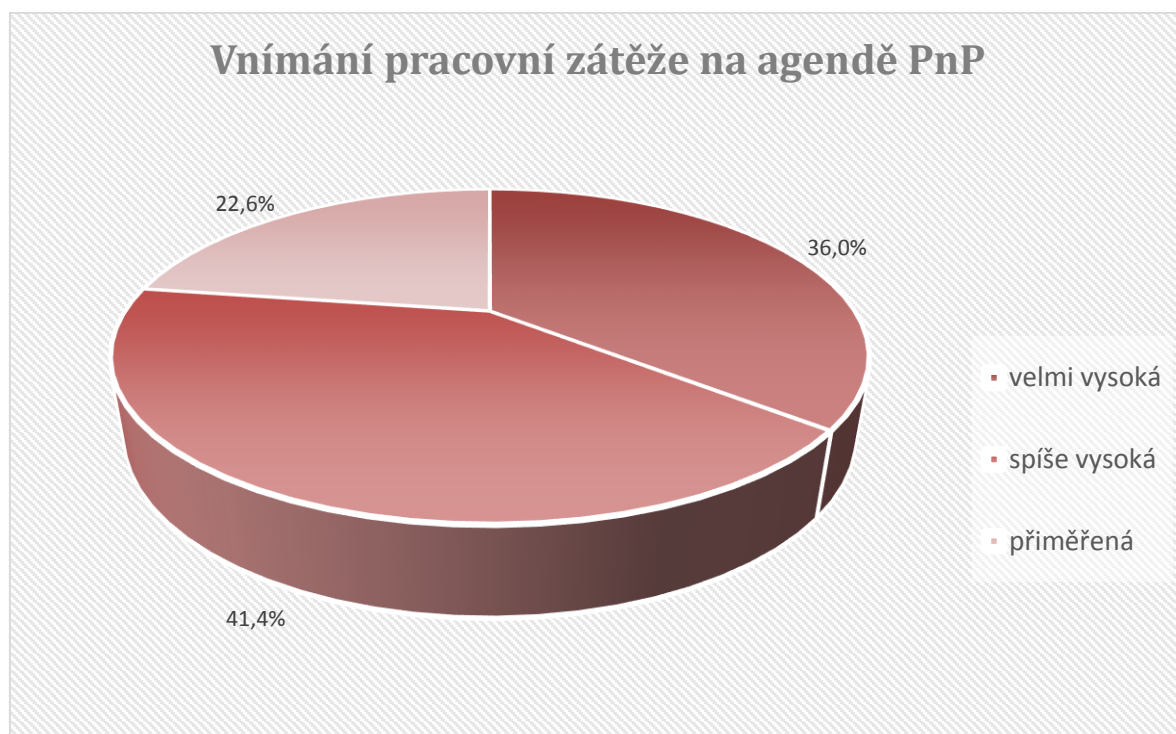
Většina pracovníků pociťuje svoji pracovní zátěž na agendě jako velmi vysokou či spíše vysokou. Něco přes 1/5 respondentů tuto pracovní zátěž označilo za rovnoměrnou a odpovědi, že tato pracovní zátěž je „spíše nízká“ či „velmi nízká“, se prakticky nevyskytovaly (viz tab. č. 9).

tab. č. 9 – vnímání pracovní zátěže

<i>vnímání pracovní zátěže na PnP</i>	<i>ČETNOST</i>	<i>PROCENTA</i>
<i>velmi vysoká</i>	261	35,4%
<i>spíše vysoká</i>	300	40,7%
<i>přiměřená</i>	164	22,3%
<i>spíše nízká</i>	7	0,9%
<i>velmi nízká</i>	5	0,7%
<i>CELKEM</i>	737	100,0%

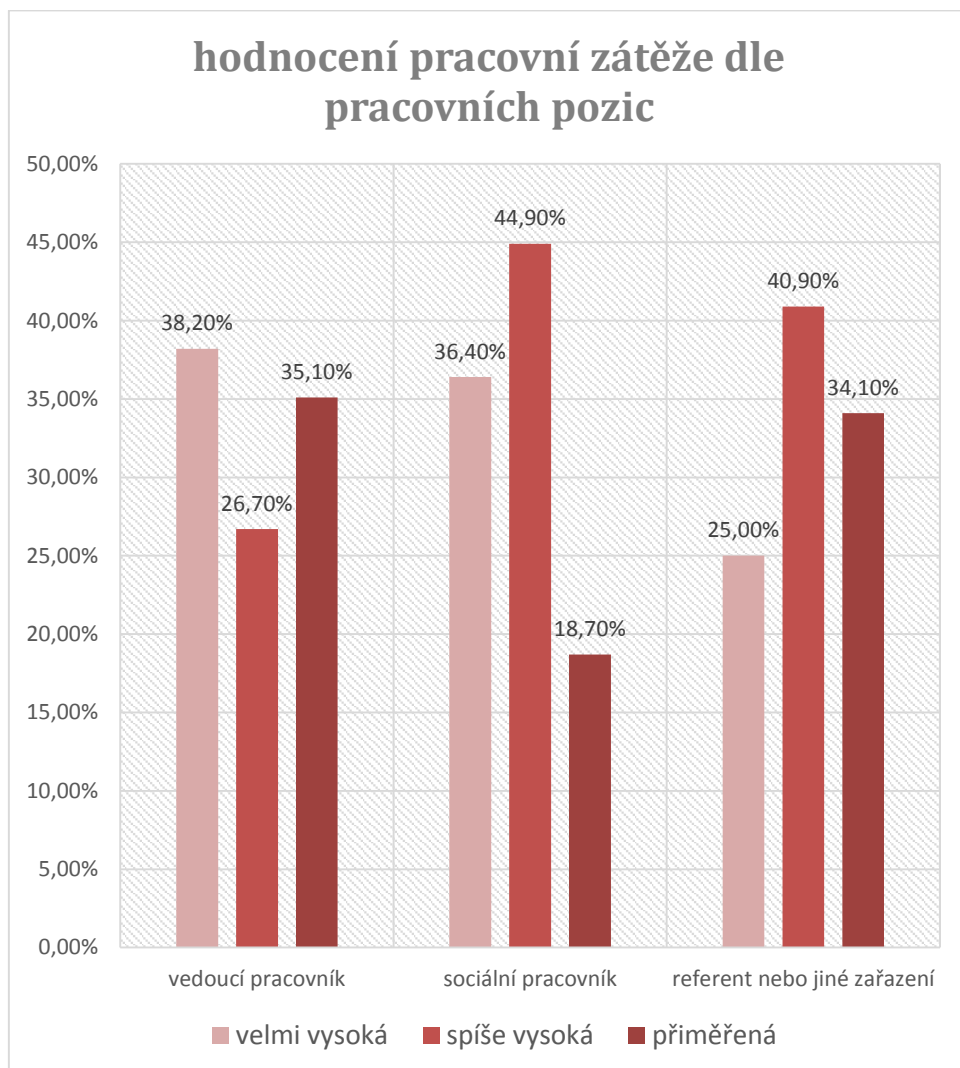
Pro potřeby dalších analýz budou kategorie „spíše nízká“ a „velmi nízká“ sloučeny, případně vzhledem k počtu odpovědí, které obě tyto kategorie obsadily (dohromady 1,6%) , budou z některých analýz úplně vyloučeny a bude se pracovat pouze s prvními třemi. (viz graf č. 8)

graf. č. 8 – míra pracovní zátěže z hlediska pracovníků agendy PnP



Z hlediska pracovních pozic, které respondenti zastávají, lze říci, že z hlediska objemu činností, které potřebují vykonat, a času, který na toto mají k dispozici, vnímají pracovní zátěž na agendě PnP jako největší sociální pracovníci (viz graf č. 9). V porovnání s vedoucími pracovníky i referenty označovali sociální pracovníci nejméně často tuto pracovní zátěž za „přiměřenou“ – ze všech sociálních pracovníků, kteří se výzkumu zúčastnili, považuje pracovní zátěž na PnP za přiměřenou jen necelých 19% - v porovnání s vedoucími pracovníky (35%) či referenty (34%) viz graf č. 9.

graf č. 9 – hodnocení míry pracovní zátěže dle pracovní pozice respondenta



III. Organizace agendy PnP

V této části textu prezentujeme několik poznatků, které se vztahují ke způsobu, jakým je dle odpovědí pracovníků na jednotlivých pracovištích organizováno provádění jednotlivých kroků vyřizování žádosti o příspěvek na péči. K tomuto tématu byly v dotazníku směřovány tři otázky, jejichž cílem bylo především zjistit, jaká je kontinuita vyřizování žádosti z hlediska toho, jakou šanci má jeden pracovník získat přehled o celém průběhu vyřizování žádosti a do jaké míry je agenda PnP fragmenovaná. Zjišťovali jsme, jak je na jednotlivých pracovištích běžné využívání externistů na provádění sociálních šetření; jak často je na jednotlivých pracovištích zavedeno přijímání žádostí o PnP pouze přes podatelnu a kolik pracovníků se obvykle podílí na vyřízení žádosti o PnP.

III.1. Využívání externistů pro provádění sociálního šetření

Z tabulky č. 10 lze vyčíst, že na pracovištích agendy PnP, jejichž pracovníci se našeho výzkumu zúčastnili, není provádění sociálního šetření s využíváním externistů běžnou praxí. V celkem 68% případů respondenti uvedli, že na jejich pracovištích nejsou externisté pro provádění sociálního šetření využíváni vůbec a v dalších 22% případů provedou dle sdělení respondentů externisté na jejich pracovišti jen malou část sociálních šetření.

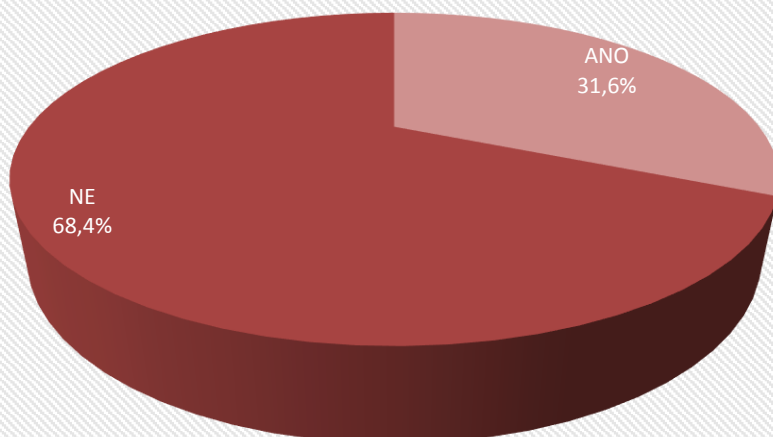
Tab. č. 10 Podíl sociálních šetření provedených externisty

sociální šetření prováděné externisty	četnost	procenta
SŠ - větší část externisté	4	5,0%
SŠ - externisté zhruba stejně jako kmenoví pracovníci	27	3,7%
SŠ - externisté jen malou část	168	22,8%
SŠ - externisté provádějí, ale nevím jak velký podíl	34	4,6%
6 - SŠ - externisty nevyužíváme	504	68,4%
CELKEM	737	100,0%

Pro další některé analýzy bude dostatečné rozlišit případy, kdy nejsou externisté využíváni vůbec, a kdy v nějaké míře k využívání externistů pro provádění sociálního šetření dochází.

Graf č. 10 – využívání externistů pro provádění sociálního šetření

využívání externistů k sociálnímu šetření



Na to, zda dochází k využívání externistů pro provádění sociálního šetření lze nahlédnout také z hlediska velikosti správního obvodu z hlediska počtu obyvatel, na kterém pracovník, který se dotazníkového šetření účastnil, působí. Tato data ale třeba brát pouze orientačně. Na rozdíl od ostatních otázek v dotazníku, které se týkaly zkušeností a praxe jednotlivých respondentů, odpovídali zde respondenti za celé pracoviště – tzn. pokud je větší pracoviště, k němuž se našeho výzkumu účastnilo více pracovníků, může vzniknout dojem, že externisty v lidnatějších správních obvodech využívá více pracovišť, než je tomu ve skutečnosti. Při pohledu na následující graf je proto třeba vést v patrnosti, že se jedná o počty pracovníků, kteří na tuto otázku odpovídali, nikoliv o počty pracovišť. I tak je ale pravděpodobné, že na agendě PnP na KoPech, které spravují lidnatější obvody, dochází k o něco častějšímu využívání externistů pro provádění sociálního šetření než na obvodech z hlediska počtu obyvatel menších.

Graf č. 11 – využívání externistů z hlediska počtu obyvatel na správním území KoP



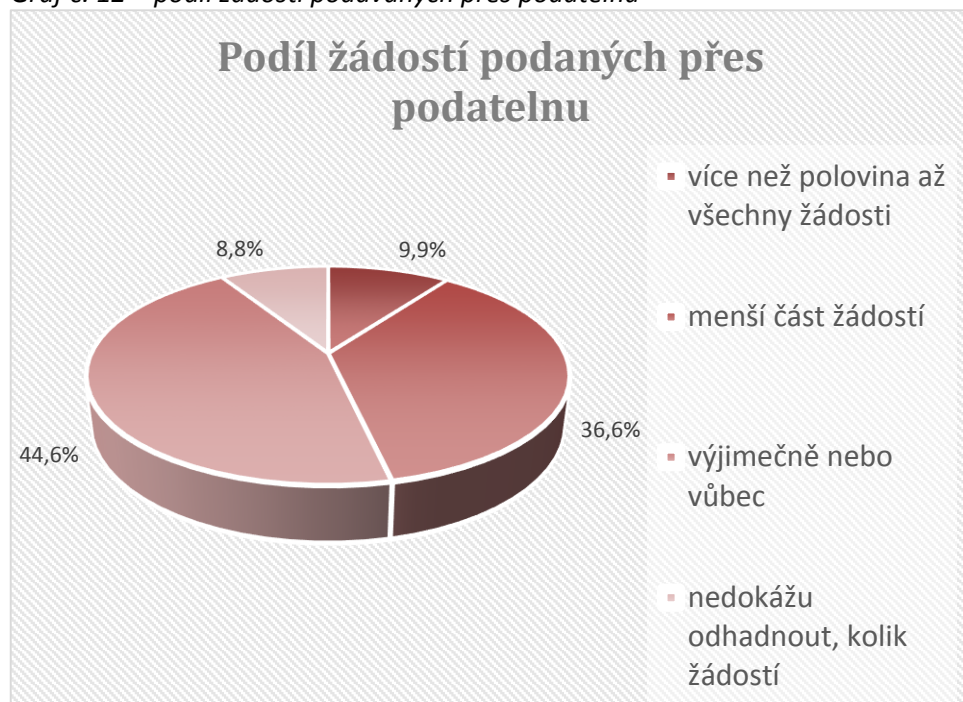
III. 2. Podávání žádostí přes podatelnu

Co se týče přijímání žádostí o příspěvek na péči přes podatelnu, opět se z odpovědí respondentů zdá, že dominantním způsobem podávání žádosti je spíše osobní převzetí některým z pracovníků agendy příspěvku na péči. Téměř 45% dotázaných pracovníků odpovědělo, že přes podatelnu jsou tyto žádosti přijímány výjimečně či vůbec a dalších téměř 37% tento způsob přijímání žádostí o PnP označil za menšinový (viz tab. 12). Cca 9% respondentů si netroufalo odhadnout, jaký podíl žádostí je na jejich pracovišti přijímán přes podatelnu. Tab. 12. Žádosti o PnP podávané přes podatelnu

Podíl žádostí přijímaných přes podatelnu	četnost	procenta
většina žádostí přes podatelnu	38	5,2%
asi polovina žádostí přes podatelnu	35	4,7%
menší část žádostí přes podatelnu	270	36,6%
přes podatelnu výjimečně nebo vůbec	329	44,6%
nemám představu kolik žádostí před podatelnu	65	8,8%
CELKEM	737	100,0%

Vzhledem k tomu, že varianty odpovědí „přes podatelnu přijímáme zhruba polovinu všech žádostí o příspěvek na péči“ a „přes podatelnu přijímáme všechny nebo většinu žádostí o příspěvek na péči“ byly celkově málo zastoupeny, je pro některé další analýzy tyto odpovědi vhodné sloučit. Po jejich sloučení je z grafu č. 12 patrné, že necelých 10% respondentů uvedlo, že přes podatelnu je přijímáno ½ a více žádostí o PnP.

Graf č. 12 – podíl žádostí podávaných přes podatelnu



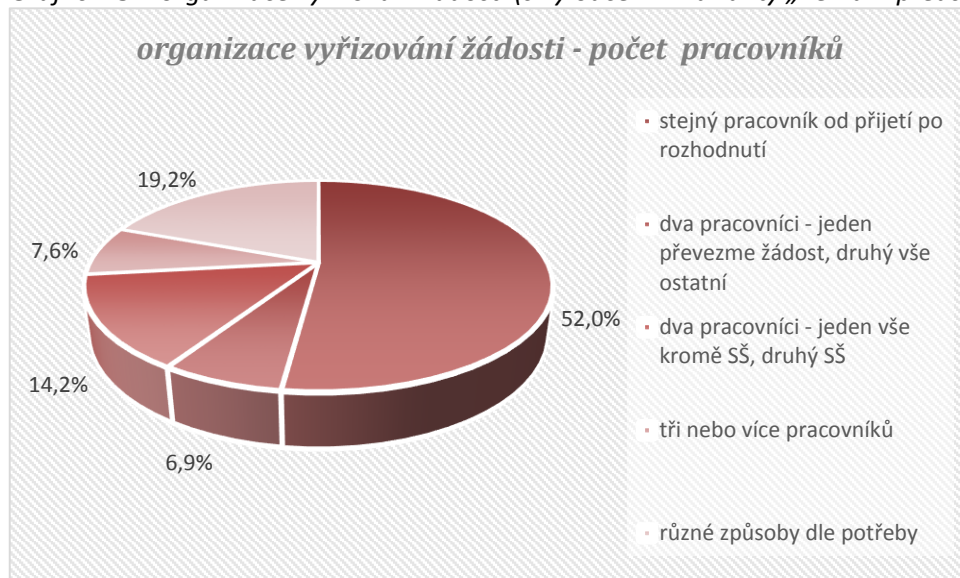
III. 3. Organizace vyřizování žádosti z hlediska počtu pracovníků

V tomto případě nás zajímalo, jaký je obvyklý postup při vyřizování žádostí z hlediska toho, „kolika rukama“ tato žádost (a spolu s ní i klient) projde od přijetí až po vydání rozhodnutí. Na základě získaných odpovědí se zdá, že převažujícím modelem je snaha o udržení kontinuity vyřizování žádosti, tzn. žádostí se od začátku do konce zabývá stejný pracovník – tuto odpověď uvedlo téměř 52% respondentů (viz tab. č. 13). Druhý nejvyšší počet odpovědí jsme zaznamenali u varianty, která naznačuje, že na mnoha pracovištích je způsob vyřizování zřejmě přizpůsobován aktuálním možnostem pracovníků/pracoviště – cca 19% respondentů označilo variantu „na našem pracovišti používáme dle potřeby různé z uvedených způsobů vyřizování žádosti“

Tab. č. 13 – organizace vyřizování žádosti z hlediska počtu pracovníků

počet pracovníků podílejících se na vyřízení žádosti	četnost	procenta
stejný pracovník od přijetí po rozhodnutí	382	51,9
dva pracovníci - jeden převezme žádost, druhý vše ostatní	51	6,9
dva pracovníci - jeden vše kromě SŠ, druhý SŠ	104	14,1
tři nebo více pracovníků	56	7,6
různé způsoby dle potřeby	141	19,1
nemám představu, co je nejčastější	3	0,4
CELKEM	737	100,0

Graf. č. 13 – organizace vyřizování žádosti (s vyloučením varianty „nemám představu“)



III.4. Míra fragmentace vyřizování žádosti

Pokud se podíváme na kombinaci různých způsobů organizace vyřizování žádosti o příspěvek na péči, tedy zároveň z hlediska toho, do jaké míry jsou pro výkon sociálního šetření využívání externisté, jaký podíl žádostí je přijímán přes podatelnu a kolik pracovníků se podílí na vyřizování žádosti, pak lze říci, že ze všech možných kombinací variant odpovědí – kterých by kombinací různých odpovědí na tyto tři otázky mohlo nastat celkem 180 – se na základě odpovědí dotázaných pracovníků ukazuje, že převládají pracoviště, kdy nedochází k fragmentaci vyřizování žádosti o příspěvek na péči.

Nejčastější kombinace variant odpovědí na tyto tři otázky byla, že „stejný pracovník vyřizuje žádost od přijetí po vydání rozhodnutí, včetně provedení sociálního šetření“ a zároveň „externisty na našem pracovišti k provádění sociálního šetření nevyužíváme“ a zároveň „přes podatelnu přijímáme žádosti o příspěvek na péči výjimečně nebo vůbec“ - kombinaci těchto odpovědí jsme zaznamenali celkově ve 131 počtech případů. Další nejčastější kombinací odpovědí byly stejné dvě uvedené varianty (tedy stejný pracovník vede celé vyřizování žádosti a externisté k provádění sociálního šetření nejsou využíváni) s tím rozdílem, že v těchto případech již pracovníci volili variantu, že na jejich pracovišti „přes podatelnu přijímáme menší část žádostí o příspěvek na péči“ – tato kombinace odpovědí se vyskytovala v celkem 82 případech.

Další kombinace variant odpovědí se objevovaly méně často model, vyřizování žádostí o příspěvek na péči uplatňovaný na daném pracovišti by bylo možné označit jako mírně fragmentovaný či smíšený. Kombinace odpovědí, že na daném „žádost zpracují dva

pracovníci. Jeden pracovník žádost převezme a jiný pracovník se věnuje celému dalšímu průběhu vyřizování včetně sociálního šetření a vydání rozhodnutí“ a „externisty na našem pracovišti k provádění sociálního šetření nevyužíváme“ a zároveň „přes podatelnu přijímáme žádosti o příspěvek na péči výjimečně nebo vůbec“ se objevila v 42 případech a tytéž dvě první odpovědi v kombinaci s variantou „přes podatelnu přijímáme menší část žádostí o příspěvek na péči“ jsme zaznamenali 22krát.

Dále v odpovědích figurovali kombinace odpovědí, kdy pracovníci uváděli u odpovědi na otázku, kolik pracovníků se vyřizování žádosti o příspěvek na péči věnuje, variantu „na našem pracovišti používáme dle potřeby různé způsoby“ v kombinaci s odpovědí „externisty na našem pracovišti k provádění sociálního šetření nevyužíváme“ a odpovědí „přes podatelnu přijímáme žádosti o příspěvek na péči výjimečně nebo vůbec“ - celkem 51 případů; tytéž dvě odpovědi v kombinaci s variantou „přes podatelnu přijímáme menší část žádostí o příspěvek na péči“ jsme pak zaznamenali v 31 případech.

Další varianty odpovědí na tyto tři otázky se objevovaly velmi výjimečně či vůbec a lze říci, že kombinace odpovědí, které by svědčily o vysoké, či velmi vysoké míře fragmentace procesu vyřizování žádosti o příspěvek na péči na daných pracovištích jsme v našem výzkumu nezachytili vůbec. Pro přehlednost uvádíme shrnutí nejčastěji uváděných kombinací odpovědí v následující tabulce. V této tabulce jsou varianty odpovědí uspořádány jinak, než jak je to učiněno ve výše uvedeném popisu. Tabulka vychází z toho, jaký počtem variant u jednotlivých otázek má smysl z hlediska počtu odpovědí pracovat – tzn. u využívání externistů s jedinou, u otázky zjišťující podíl přijímání žádostí přes podatelnu se dvěma variantami a u otázky týkající se toho, kolik pracovníků se nějakým způsobem podílí na vyřizování žádosti o PnP, tři varianty. (viz tab. č.). Z této tabulky vyplývá, že téměř polovina celého výzkumného souboru je rozložena do 6 možností kombinací variant odpovědí na tři uvedené otázky. Zbývající kombinace variant odpovědí byly zastoupeny velice málo nebo vůbec.

tab. č. 14 – organizace agendy PnP - nejvíce zastoupené kombinace variant odpovědí

Využívání externistů na sociální šetření	Podíl žádostí o PnP podávaných přes podatelnu	Zpracování jednotlivých žádostí z hlediska toho, kolik pracovníků se na tom podílí	POČET KOBIMBONACÍ DANÝCH VARIANT	PROCENTO Z CELKOVÉHO POČTU PŘÍPADŮ (N = 737)
varianta: „Externisty na našem pracovišti k provádění sociálního šetření nevyužíváme“	varianta: „přes podatelnu přijímáme žádosti o příspěvek na péči výjimečně nebo vůbec“	Varianta: „ stejný pracovník vyřizuje žádost od přijetí po vydání rozhodnutí, včetně provedení sociálního šetření “	131	17.8%
		varianta: „žádost zpracují dva pracovníci. Jeden pracovník žádost převeze a jiný pracovník se věnuje celému dalšímu průběhu vyřizování včetně sociálního šetření a vydání rozhodnutí“	42	5,7%
		varianta: „na našem pracovišti používáme dle potřeby různé způsoby“	51	6.9%
	Varianta: “ přes podatelnu přijímáme menší část žádostí o příspěvek na péči“	Varianta: „ stejný pracovník vyřizuje žádost od přijetí po vydání rozhodnutí, včetně provedení sociálního šetření “	82	11.1%
		varianta: „žádost zpracují dva pracovníci. Jeden pracovník žádost převeze a jiný pracovník se věnuje celému dalšímu průběhu vyřizování včetně sociálního šetření a vydání rozhodnutí“	22	2,9%
		varianta: „na našem pracovišti používáme dle potřeby různé způsoby“	31	4,2%
	CELKEM		359	48,7%

IV. Činnosti pracovníka v rámci agendy příspěvku na péči

Následující otázky se již netýkají organizace práce v oblasti zpracování žádosti o příspěvek na péči na pracovišti, ale činností jednotlivých pracovníků – respondentů, i když samozřejmě lze předpokládat, že míra dělby práce na jednotlivých pracovištích bude strukturou činností a frekvencí, s jakými se různým činnostem spojeným se zpracováním žádosti jednotliví pracovníci zabývají.

V našem dotazníku jsme se zaměřili na to, jak často se pracovníci agendy PnP věnují následujícím činnostem: „přijímání žádost o příspěvek na péči“; „provedení sociálního šetření“; „předávání záznamu ze sociálního šetření příslušné správě sociálního zabezpečení“; „komunikace se žadatelem před vydáním rozhodnutí“; „vydávání rozhodnutí“; „komunikace se žadatelem po vydání rozhodnutí“ /např. ohledně odvolání, možnosti podat novou žádost atp./; „poskytování sociálního poradenství žadateli nebo jeho pečujícímu“; „kontrola využívání příspěvku na péči spojená s návštěvou příjemce v jeho přirozeném prostředí“. Pracovníci měli za úkol označit, jak zhruba se ze svého hlediska daným oblastem věnují, a to s využitím variant „běžně“; „občas“; „výjimečně“ a „nikdy“. Cílem kladení těchto otázek nebylo získání detailního přehledu o činnostech pracovníků agendy a jejich přesné frekvenci, ale zmapování toho, jaké činnosti a jaké typy činností pro jednotlivé pracovníky jsou stěžejní, tvoří hlavní náplň jejich práce, které jsou či nejsou pracovníky vnímány jako ty, které jsou jimi vykonávány spíše okrajově a hlavní náplň jejich práce netvoří.

Z tabulky č. 15 je patrné, že většina činností, které jsme zjišťovali, je běžnou náplní práce cca dvou třetin až tří čtvrtin dotazovaných pracovníků. Zdaleka nejčastěji označovali respondenti za běžnou součást své práce sociální poradenství – 76% případů. Téměř stejný podíl respondentů – 73% - označil za běžnou součást svojí práce také provádění sociálního šetření. Naopak, podíváme-li se na opačnou stranu škály, tzn. na odpovědi „nikdy“, pak největší podíl respondentů vůbec nemá v okruhu svých činností vydávání rozhodnutí – 18%. Naopak, téměř se nestávalo, že by respondenti uváděli, že neposkytují sociální poradenství žadateli nebo pečujícímu – o tom, že toto je oblast, která není ve spektru jejich činností vůbec, referovalo jen 1,5% všech dotázaných.

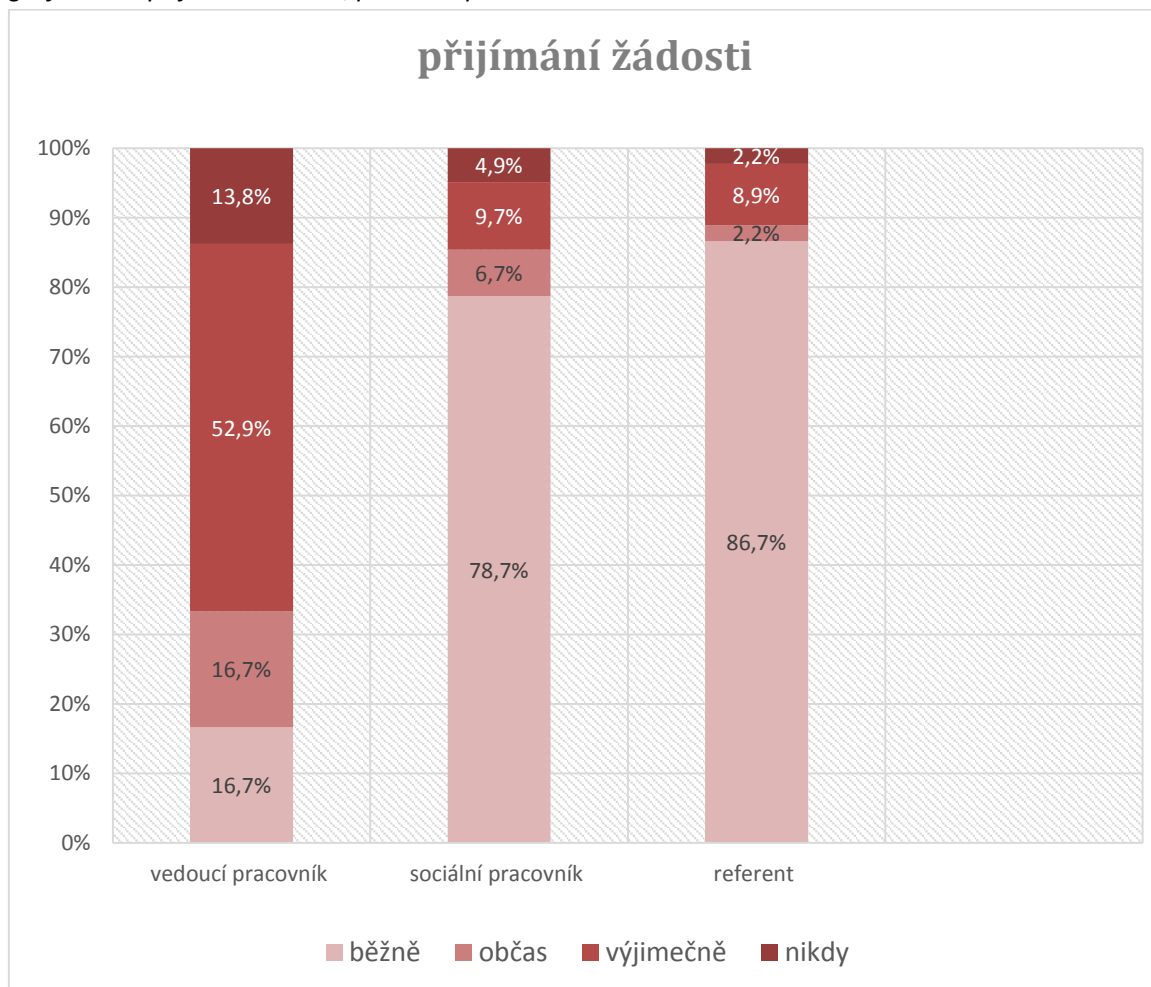
tab. č. 15- činnost pracovníků agendy PnP

činnost	běžně	občas	výjimečně	nikdy
přijímání žádosti	67,6%	8,3%	17,8%	6,4%
provedení sociálního šetření	73,0%	8,4%	6,2%	12,3%
předání záznamu ze SŠ na ČSSZ	72,9%	6,4%	6,4%	14,4%
komunikace se žadatelem před vydáním rozhodnutí	65,4%	11,3%	14,5%	8,8%
vydávání rozhodnutí	69,6%	3,8%	8,5%	18,0%
komunikace se žadateli po vydání rozhodnutí	66,2%	16,6%	11,4%	5,8%
sociální poradenství	76,4%	16,7%	5,4%	1,5%
kontrola využívání	62,7%	17,2%	8,7%	11,4%

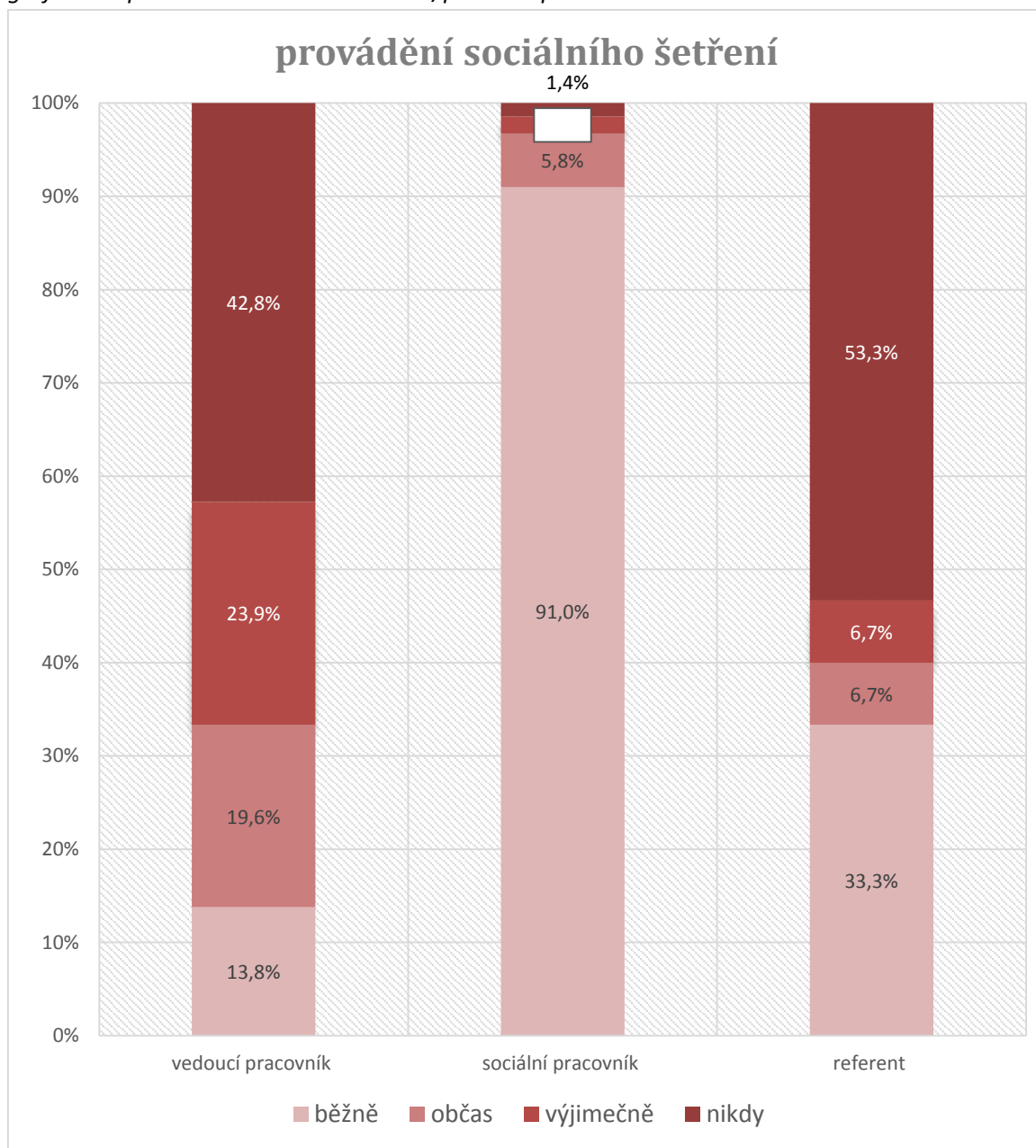
Na jednotlivé zjišťované činnosti je vhodné podívat se i z hlediska pracovních pozic, které jednotliví respondenti zastávají. Grafy č. 14 až č. 21 znázorňují, jaký podíl pracovníků v rámci jednotlivých pracovních pozic udává u jednotlivých činností, jak běžnou či naopak výjimečnou součástí jejich práce v agendě PnP jsou. Při pohledu na tyto grafy je třeba mít na paměti, že páteří agendy PnP a nejčastěji zastoupenou pracovní pozicí v našem souboru jsou sociální pracovníci (cca 75%, viz výše) a nejméně zastoupenou referenti. To znamená, že hlavním předmětem pozornosti je prostřední sloupek uvedených grafů, který může pomoci vytvořit si představu, jaká je struktura činností sociálních pracovníků agendy PnP.

Pokud srovnáme pracovníky jednotlivých pracovních pozic z hlediska toho, jakým činnostem se věnují, pak je z níže uvedených grafů patrné, že v řadě sledovaných činností se příliš neliší sociální pracovníci a referenci – s výraznou výjimkou činnosti „provádění sociálního šetření“ (graf č. 15) a „kontrola využívání příspěvku na péči spojená s návštěvou příjemce v jeho přirozeném domácím prostředí“ (graf č. 21). Tyto činnosti jsou běžnou součástí práce sociálních pracovníků agendy PnP, a zdaleka méně často referentů. Nicméně se v našem souboru objevila část referentů, pro které je sociální šetření běžnou součástí jejich působení na agendě PnP, stejně jako kontrola využívání této dávky. Tato situace zřejmě nastává kvůli tomu, že část pracovníků zařazených na pozici referent má vzdělání, které je předpokladem odborné způsobilosti pro výkon sociální práce (viz výše), a proto mohou být sociálním šetřením a dalšími činnostmi pověřeni. Totéž zřejmě platí i pro vedoucí pracovníky s příslušným vzděláním – jak je z grafů patrné, cca 42% vedoucích pracovníků uvedlo, že sociální šetření neprovádí nikdy a více než polovina z nich se touto činností zabývá – byť to většinou není běžná součást jejich práce.

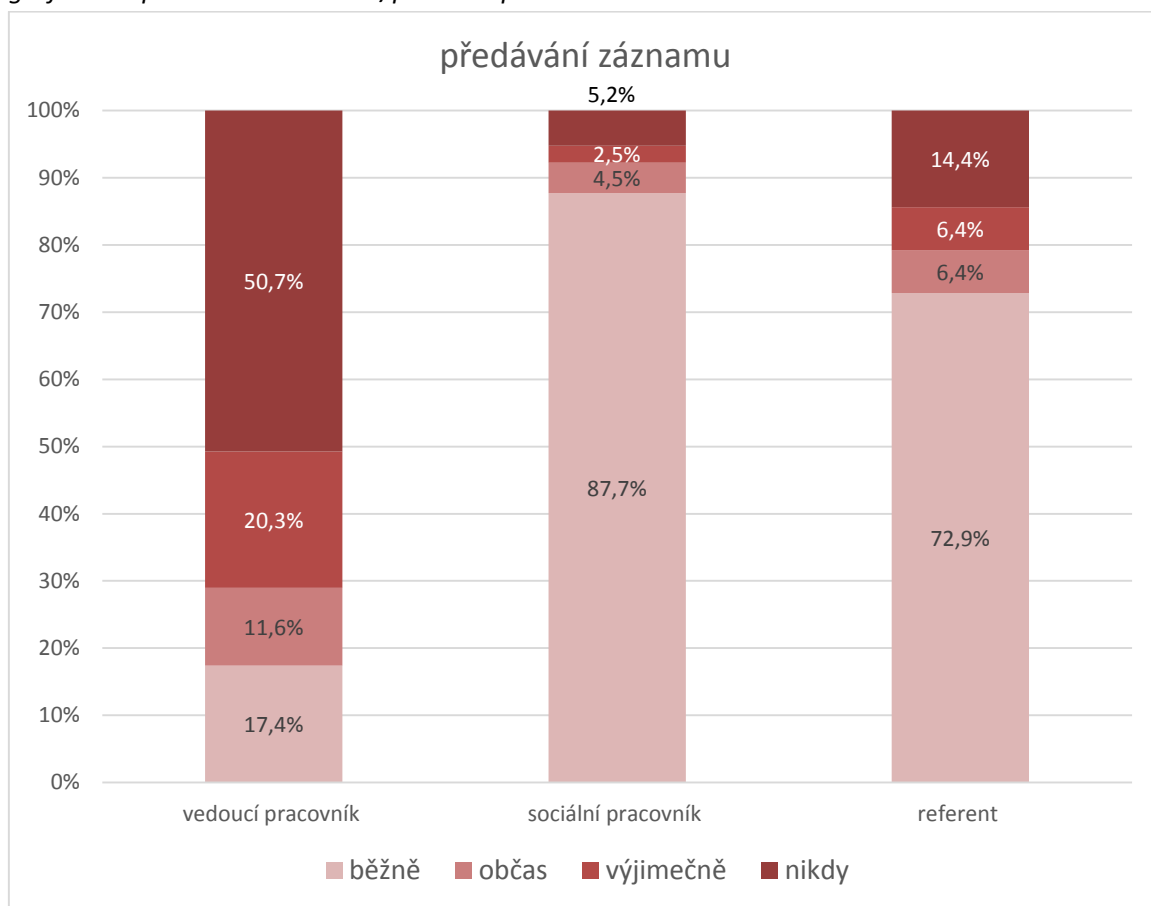
graf č. 14 – přijímání žádosti/pracovní pozice



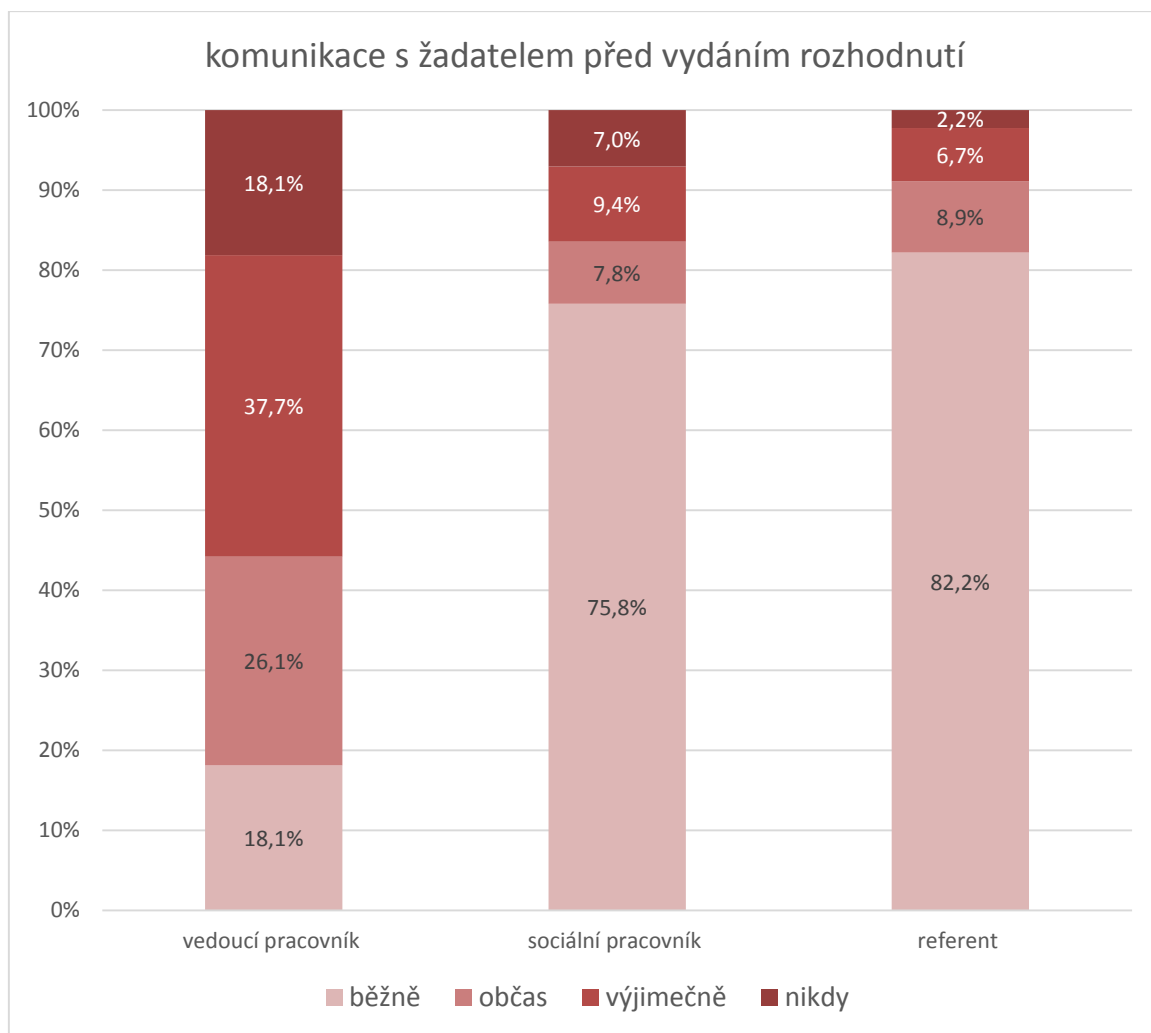
graf č. 15 –provádění sociálního šetření /pracovní pozice



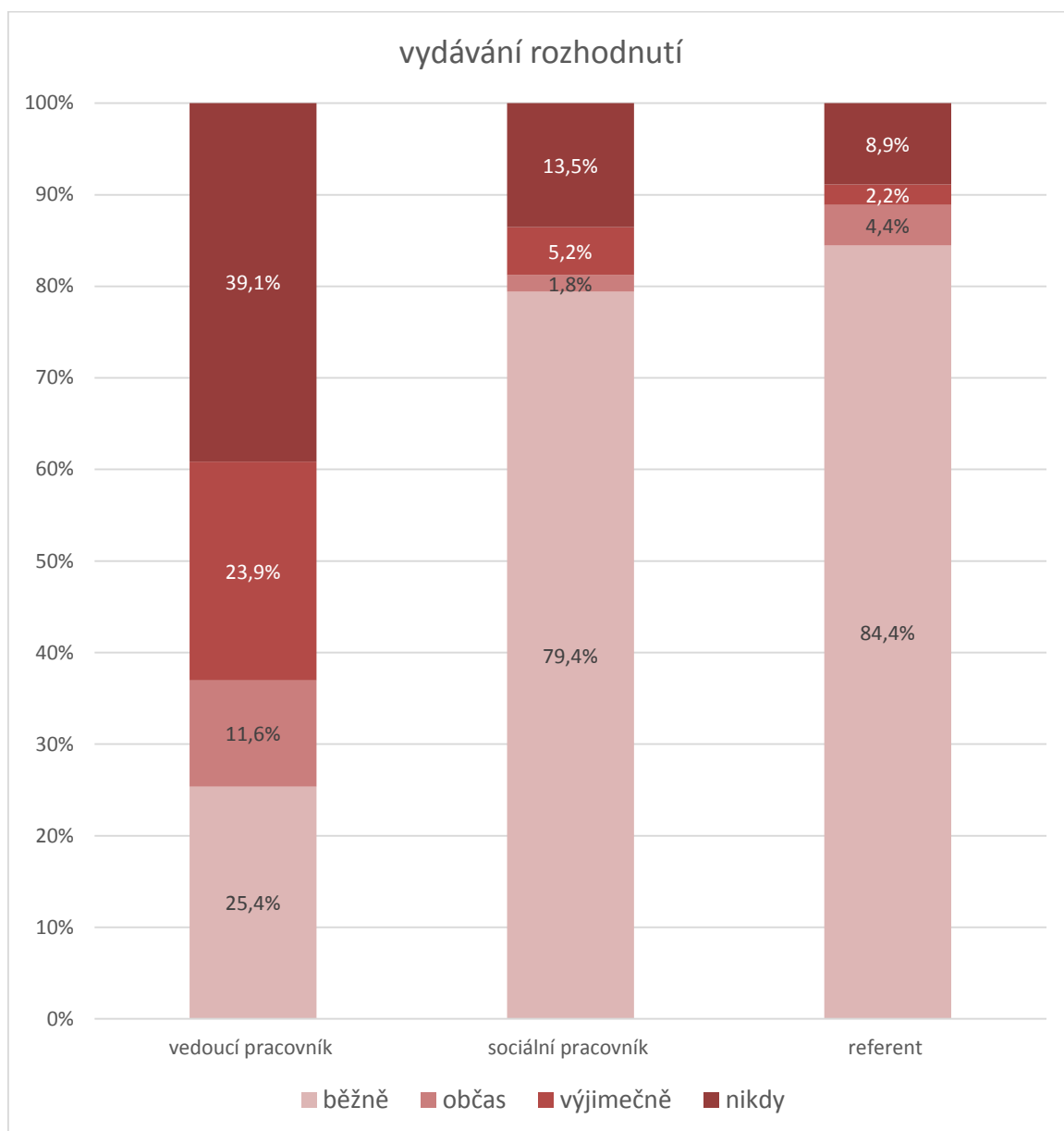
graf č. 16 –předávání záznamu /pracovní pozice



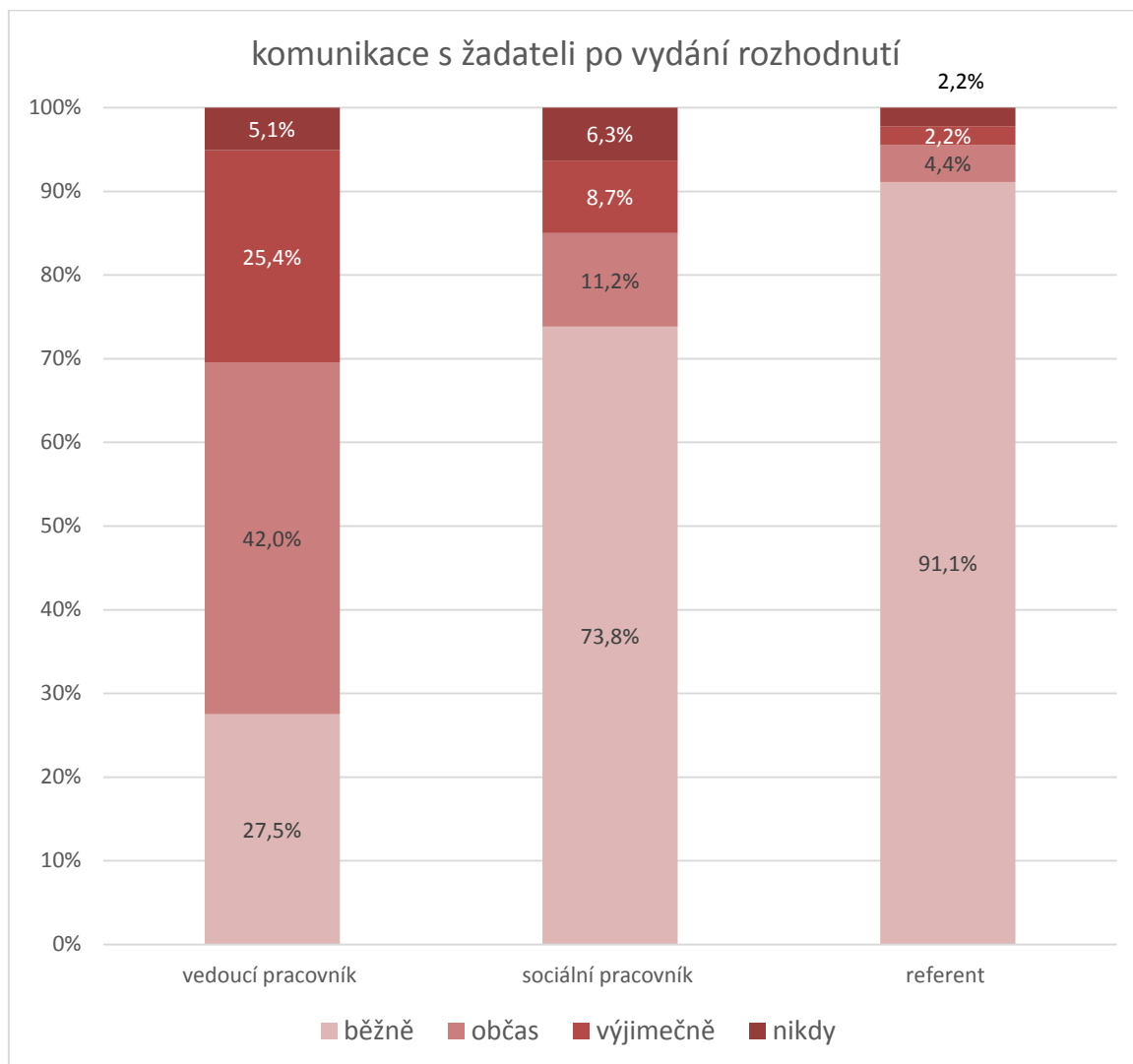
graf. č. 17 – komunikace s žadatelem před vydáním rozhodnutí /pracovní pozice



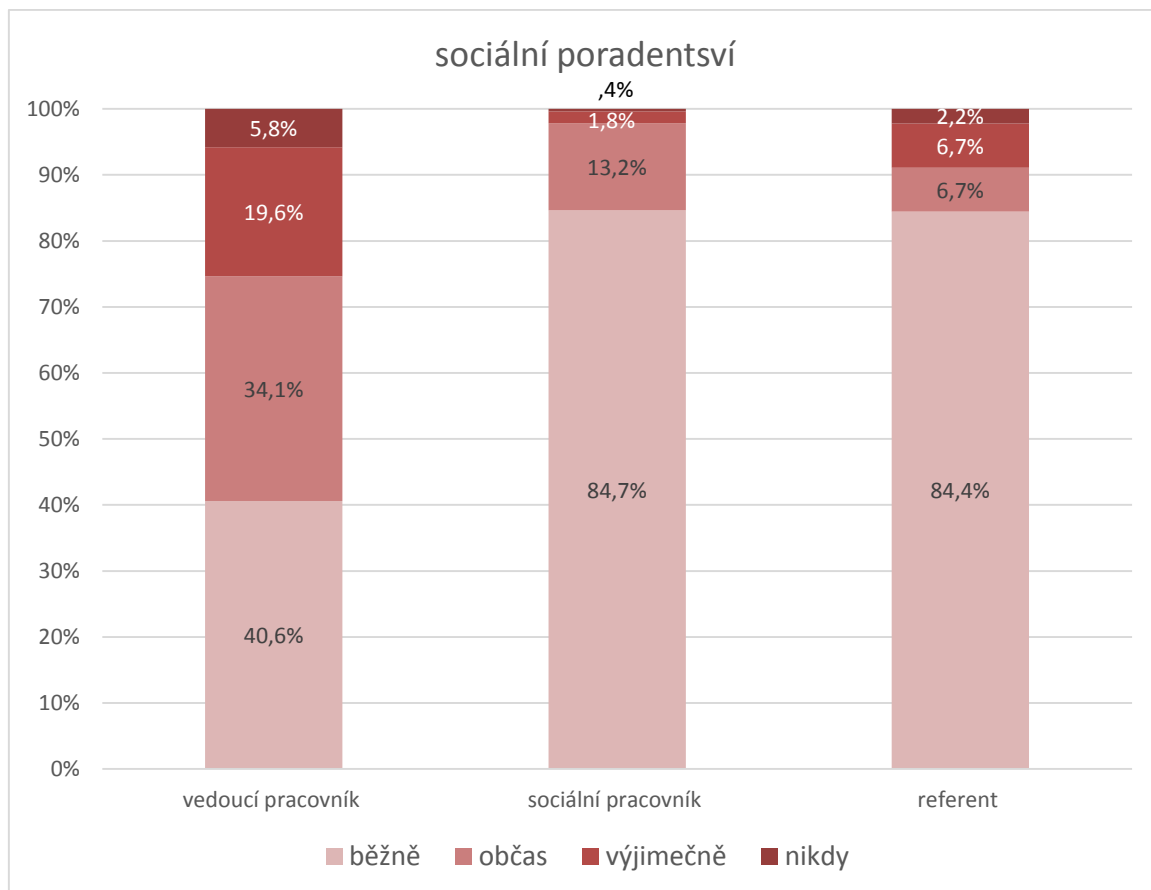
graf. č. 18 –vydávání rozhodnutí /pracovní pozice



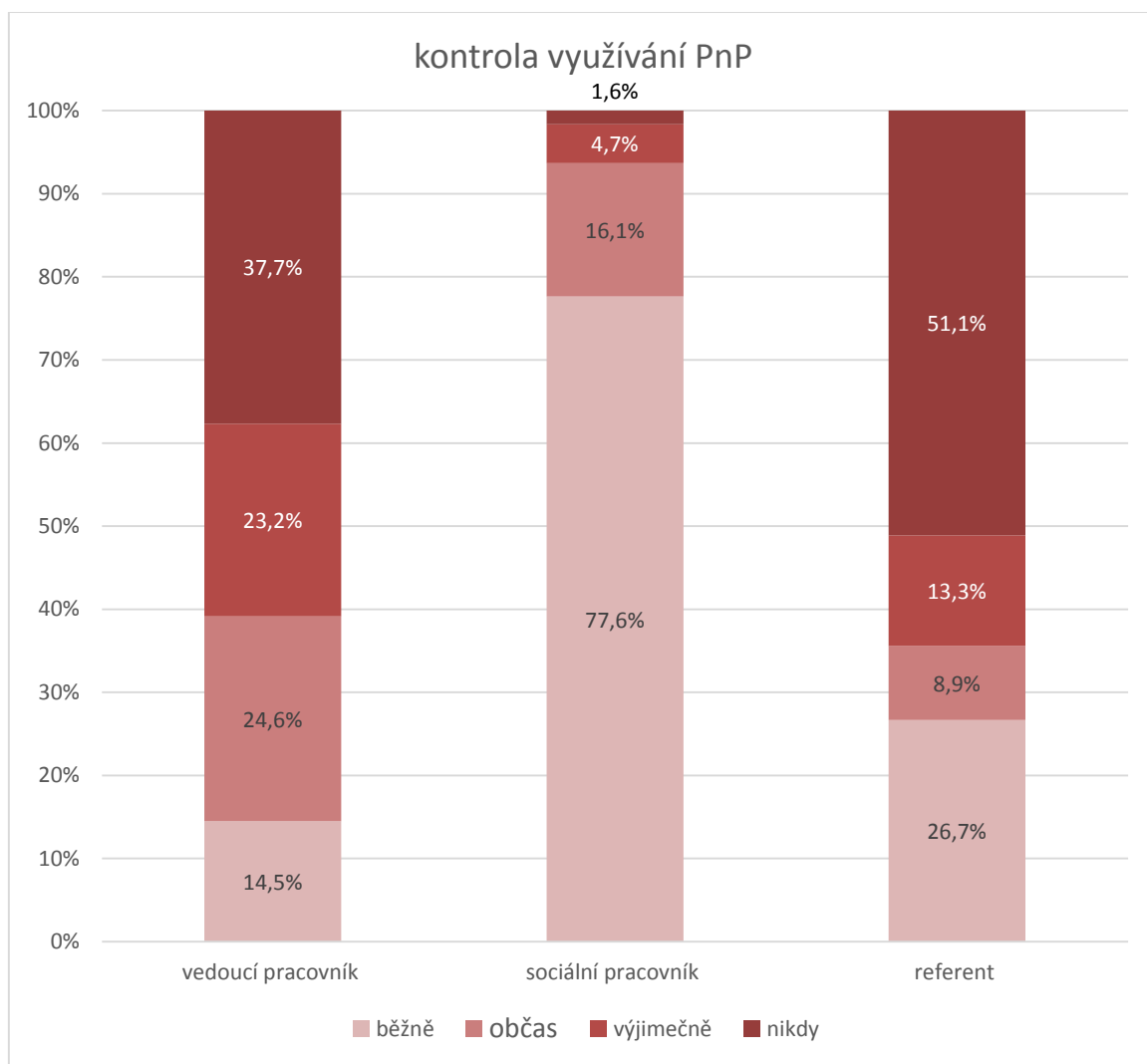
graf. č. 19 –komunikace s žadateli po vydání rozhodnutí/pracovní pozice



graf č. 20 – sociální poradenství žadateli nebo pečujícím/pracovní pozice



graf č. 21 - kontrola využívání příspěvku na péči /pracovní pozice



V. Kontakty a spolupráce s posudkovým lékařem

Jedna z částí dotazníků byla zaměřena na podchycení toho v jaké intenzitě, jakým způsobem a v jakých záležitostech dochází ke kontaktu mezi pracovníky agendy příspěvku na péči, především sociálními pracovníky, a posudkovými lékaři příslušné správy sociálního zabezpečení.

V.1. Společná setkávání

Z odpovědí na poměrně široce formulovanou otázku, a totiž zda k setkáním, ať již by to byla setkání metodická, společná školení apod., někdy dochází či došlo, se ukazuje, že většina respondentů si žádné takové setkání s posudkovými lékaři, ať již se ho sami zúčastnili či nikoliv (tohoto se týkala až otázka následující), nevybavuje. Více než 58% respondentů uvedlo, že si nepamatuje, že by k takovému setkání někdy došlo. Z těch, kteří si nějaké setkání s posudkovými lékaři vybavili, je většina – necelých 25% - označila za jednorázovou záležitost. Naopak jen něco málo přes 1% respondentů uvedlo, že k takovým setkáním dochází alespoň třikrát za rok, a 7,5% respondentů frekvenci setkávání s posudkovými lékaři uvedlo jako 1krát až 2krát ročně (viz tab. č. 16).

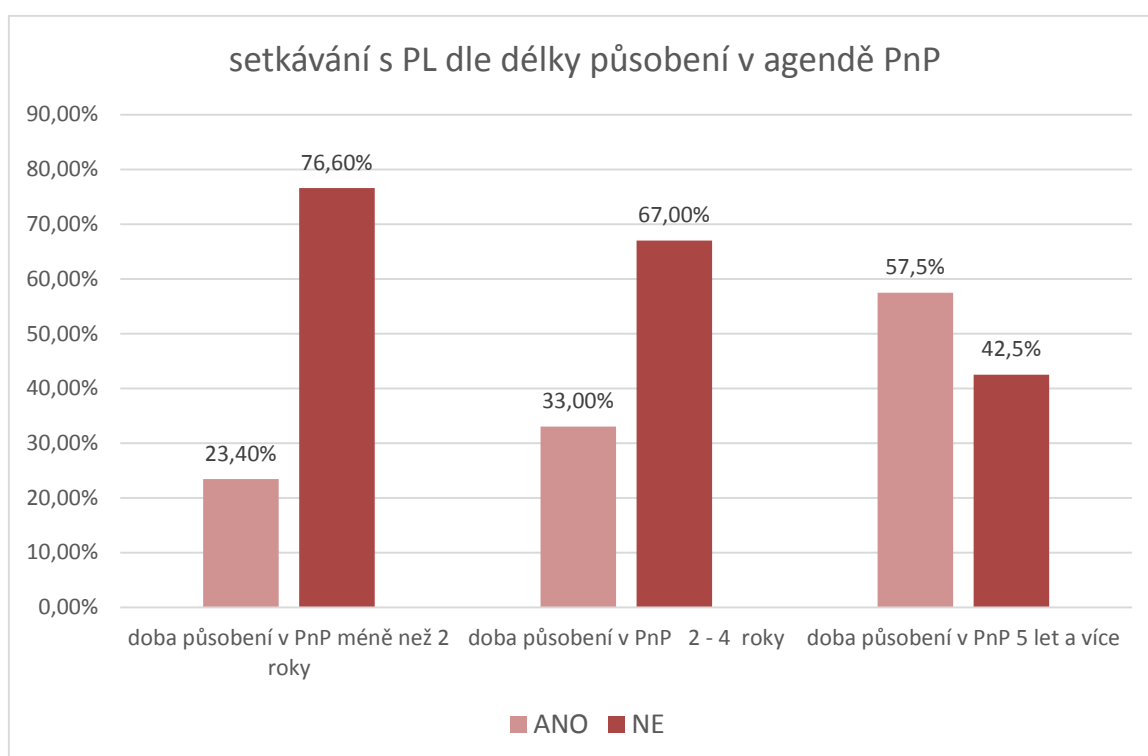
tab. č. 16 – frekvence setkávání s posudkovými lékaři

setkávání s PL	četnost	procenta
alespoň 3krát za rok	9	1,2%
1krát - 2krát za rok	55	7,5%
méně než 1krát za rok	62	8,4%
došlo k němu, ale neopakovalo se	179	24,3%
nepamatují se, že by k setkání došlo	432	58,6%
CELKEM	737	100,0%

To znamená, že utřídíme-li zachycené odpovědi souhrnně jen z hlediska toho, zda k nějakému setkání došlo nebo dochází či nikoliv, pak dle 58,6% respondentů k setkání s posudkovými lékaři nedošlo či nedochází vůbec a 41,4% respondentů uvedlo na tuto otázku nějakou formu kladné odpovědi. Porovnáme-li pak odpovědi, které lze zařadit do kategorie “ANO” – (tzn., respondent si jedno či více setkání mezi sociálními pracovníky jeho pracoviště a posudkovými lékaři vybavil, a do kategorie “NE” – tzn., ti, co si na takové setkání nepamatují) podle doby působení v agendě, pak je jasné, že dotazovaní pracovníci zřejmě často pátrali poměrně daleko

v minulosti, když na tuto otázku odpovídali. Z grafu č. 22 lze zjistit, že respondenti při volbě odpovědi na tuto otázku brali v potaz i poměrně dávná setkání s posudkovým lékařem, pravděpodobně za celé období, kdy v agendě příspěvku na péči působí. Proto také déle působící pracovníci častěji uváděli, že k nějakému setkání či setkáním došlo – respondenti, kteří v agendě PnP působí pět a více let tak o tom, že k setkání došlo, referovali nejčastěji. Naopak jen malý podíl nových pracovníků, tzn. těch, kteří v agendě PnP působí méně než dva roky, si vybavuje, že by k setkání s posudkovým lékařem došlo či docházelo.

graf č 22 – zda dle zkušenosti pracovníka dochází k setkáváním s posudkovými lékaři a délka působení v PnP



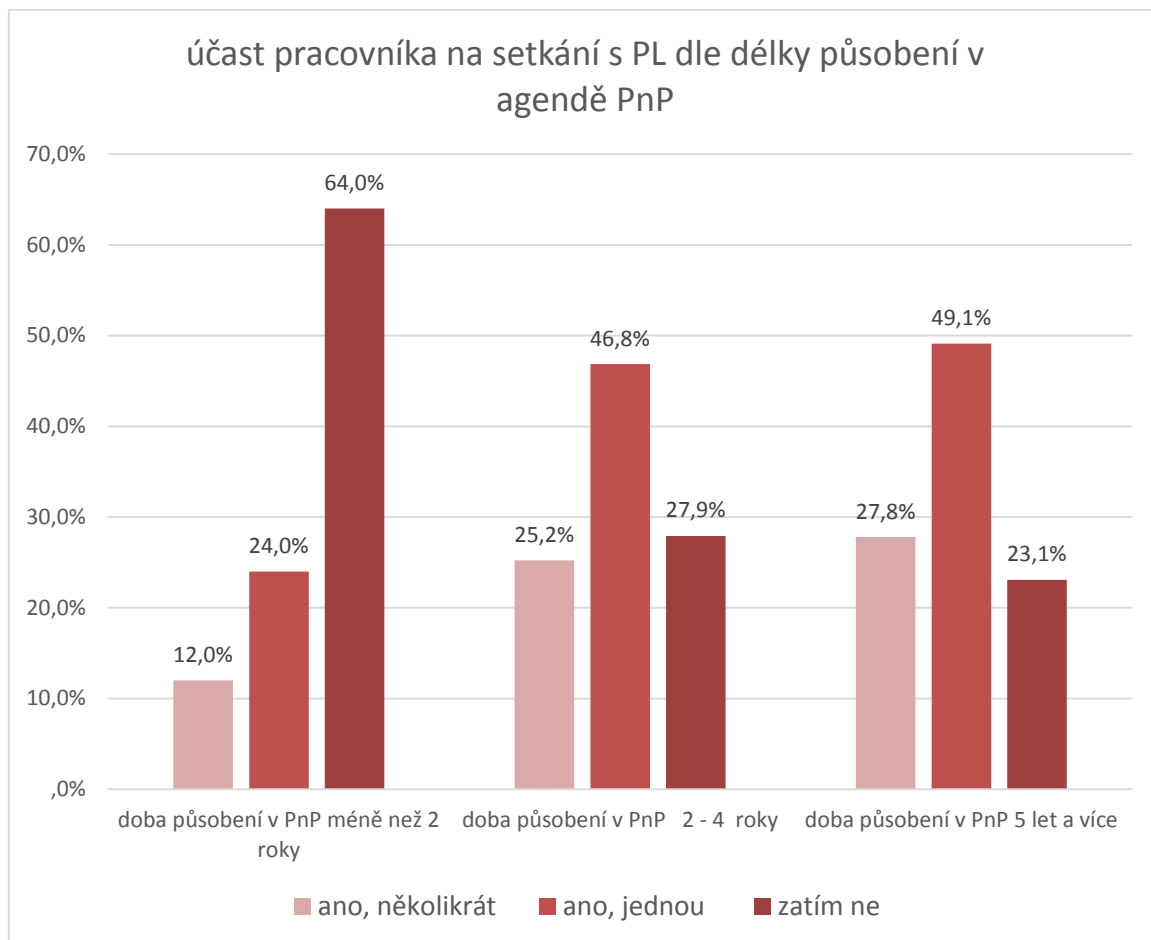
Respondentům, kteří dali na předchozí otázku nějakou formu kladné odpovědi, tzn. vybavují si, že u pracovníků na jejich pracovišti došlo či dochází k setkání s posudkovými lékaři, jsme kladli ještě doplňující otázku, a to, zda oni sami se podobného setkání účastní či se ho někdy zúčastnili. Na tuto otázku tedy odpovídalo 305 respondentů, tj. 41,4% celého výzkumného souboru. Nejčastěji respondenti z této skupiny odpovídali, že se podobného setkání zúčastnili jen jednou (46,2%), a poměrně velká část z nich, byť o takovém setkání či setkáních věděla, se ho sama zatím nezúčastnila (28,2%) – viz tab. č. 17.

tab. č. 17 – osobní zkušenost pracovníka se setkáním s posudkovým lékařem

Setkání pracovníka s PL	četnost	procenta
ano, několikrát	78	25,6%
Ano, jednou	141	46,2%
Zatím ne	86	28,2%
CELKEM	305	100,0%

Podobně jako u předchozí otázky je i zde patrné, že pracovníci do svých odpovědí započítávali veškeré zkušenosti za dobu svého působení v agendě PnP, protože častěji a častěji osobní zkušenost se setkáním s posudkovými lékaři uváděli právě ti z pracovníků, kteří v agendě PnP působí déle (viz graf č. 23).

graf. č. 23 – vlastní zkušenost se setkáním s posudkovým lékařem dle délky praxe v agendě PnP



V.2. Komunikace v rámci procesu zpracování žádosti o PnP

Z hlediska procesu vyřizování žádosti o PnP, a to zejména posouzení stupně závislosti, je samozřejmě klíčová míra a forma spolupráce mezi konkrétním pracovníkem agentury PnP a posudkovým lékařem. K tomu, abychom si udělali představu, zda je takováto spolupráce ustavena, do jaké míry a jakým způsobem, jsme pracovníků položili sadu otázek.

V první řadě jsme zjišťovali, zda jednotliví pracovníci vědí, který konkrétní posudkový lékař bude posuzovat stupeň závislosti u těch žadatelů, jejichž žádost zpracovávají. Z odpovědí respondentů vyplývá, že tuto informaci pracovníci agentury PnP většinou nemají – dohromady cca 83% dotázaných uvedlo, že nikdy či většinou neví, který posudkový lékař se bude posouzením daného případu zabývat (viz tab. č. 18).

tab. č. 18 – informovanost pracovníků agentury PnP, který posudkový lékař žádost posuzuje

povědomí, který PL žádost posuzuje	četnost	procenta
ano, vždy to vím	31	4,2%
většinou to vím	94	12,8%
většinou to nevím	100	13,5%
ne, nikdy to nevím	512	69,5%
CELKEM	737	100,0%

Dále jsme zjišťovali, kdo podle zkušenosti pracovníků agentury PnP spíše iniciuje komunikaci mezi pracovníkem agentury PnP a posudkovým lékařem. Jak je vidět z tabulky č. 19, odpovědi těch pracovníků, kteří s nějakou komunikací s posudkovým lékařem zkušenosti mají, jsou poměrně rovnoměrné. Nejčastěji byla uváděna varianta odpovědi „komunikace je zahajována mnou i posudkovým lékařem přibližně stejně často“ (cca 23% všech odpovědí). Respondentů, jejichž odpovědi ukazují spíše na jednostranný způsob zahajování komunikace – tzn., uváděli buď “vždy z popudu posudkového lékaře”, či naopak “vždy z mého popudu” bylo téměř stejně, tedy 4,2%, resp. 4,6%. Co je však třeba zvláště zdůraznit je zjištění, že více než 38,1% respondentů, tedy více než jedna třetina výzkumného souboru, uvedlo, že ke komunikaci mezi nimi a posudkovými lékaři vůbec nedochází (viz tab. č. 19)

tab. č. 19 – kdo zahajuje komunikaci mezi pracovníkem agendy PnP a posudkovým lékařem

Komunikace s PL	četnost	procenta
je vždy zahajována z popudu PL	31	4,2%
je většinou zahajována z popudu PL	87	11,8%
je zahajována z popudu pracovníka agendy PnP a PL přibližně stejně často	172	23,3%
je většinou zahajována za popudu pracovníka agendy PnP	132	17,9%
je vždy zahajována z popudu pracovníka agendy PnP	34	4,6%
ke komunikaci mezi pracovníkem agendy PnP a PL vůbec nedochází	281	38,1%
CELKEM	737	100,0%

Pro potřeby vytvoření následující tabulky byli ti z pracovníků, kteří na předchozí dotaz uvedli odpověď „ke komunikaci mezi mnou a posudkovým lékařem vůbec nedochází“, přičtení k těm, kteří u jednotlivých dílčích položek následující otázky uvedli odpověď „nikdy“. Jinak řečeno, otázka, jak často dle zkušeností sociálního pracovníka dochází ke komunikaci mezi ním a posudkovým lékařem v konkrétních situacích (jejichž výčet viz tabulka č. 20), byla položena jen těm respondentům, kteří s nějakou komunikací s posudkovým lékařem zkušenost mají. Pokud uvedli, že nemají, znamená to, že je třeba je připočítat k těm, kteří u daného konkrétního typu situace uvedli odpověď nikdy. Tentýž postup byl uplatněn i u následující otázky, která se týkala forem komunikace s posudkovým lékařem (viz tab. č. 21) – i zde ti, kteří nekomunikují s posudkovým lékařem vůbec, byli přičítáni v jednotlivých položkách dané otázky k odpovědím „nikdy“.

Z tabulky č. 20 je zřejmé, že z námi zjišťovaných možných důvodů pro komunikaci mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem není žádný z nich osloven běžným důvodem, naopak, ve většině z těchto případů dochází ke komunikaci výjimečně či k ní nedochází nikdy. I když se jedná o malý rozdíl a stále velice nízké procento případů, nejčastěji uváděným důvodem ke komunikaci je situace, kdy není žadatel spokojen s posudkovým závěrem a např. vznáší námítky, tzn. pokud je tato komunikace vynucena třetí stranou.

tab. č. 20. Důvody komunikace mezi pracovníkem agendy PnP a posudkovým lékařem

Důvod	jak často ke komunikaci z daného důvodu dochází				
	BĚŽNĚ	OBČAS	VÝJIMEČNĚ	NIKDY	CELKEM
Vyjasňování či doplňování informací ze sociálního šetření	2,8%	15,3%	32,4%	49,4%	100%
diskuse o konkrétním posuzovaném případě, pokud se pohled sociálního pracovníka a posudkového lékaře liší	2,2%	14,2%	27,8%	55,7%	100%
podávání žádosti posudkovému lékaři o doplnění posudku při nedostatečném vyrovnaní se se závěry sociálního šetření	2,2%	10,2%	28,2%	59,4%	100%
úprava administrativních a formálních náležitostí písemností spojených s vyřizováním žádosti o příspěvek na péči	5%	22,4%	24,6%	48%	100%
další jednání s posudkovým lékařem, pokud není žadatel spokojen, vznášá námitky apod.	6,5%	20,9%	22,9%	49,6%	100%

Co se týče forem komunikace, resp. zvolených komunikačních prostředků, tak dle respondentů, kteří v některých případech s posudkovým lékařem komunikují, tak k nim dochází nejčastěji telefonicky (necelých 19% tuto formu komunikace označilo a běžnou a dalších více než 20% takto komunikuje občas). Druhým nejčastějším způsobem komunikace je prostřednictvím administrativních pracovníků, tedy referentů LPS. U této formy komunikace ale je otázka, zda ji považovat za komunikaci s posudkovým lékařem – jedná se o komunikaci s lékařskou posudkovou službou nikoliv přímo s posudkovým lékařem, a v řadě případů se může stát, že se posudkový lékař ani nemusí dozvědět, že tato komunikace proběhla.

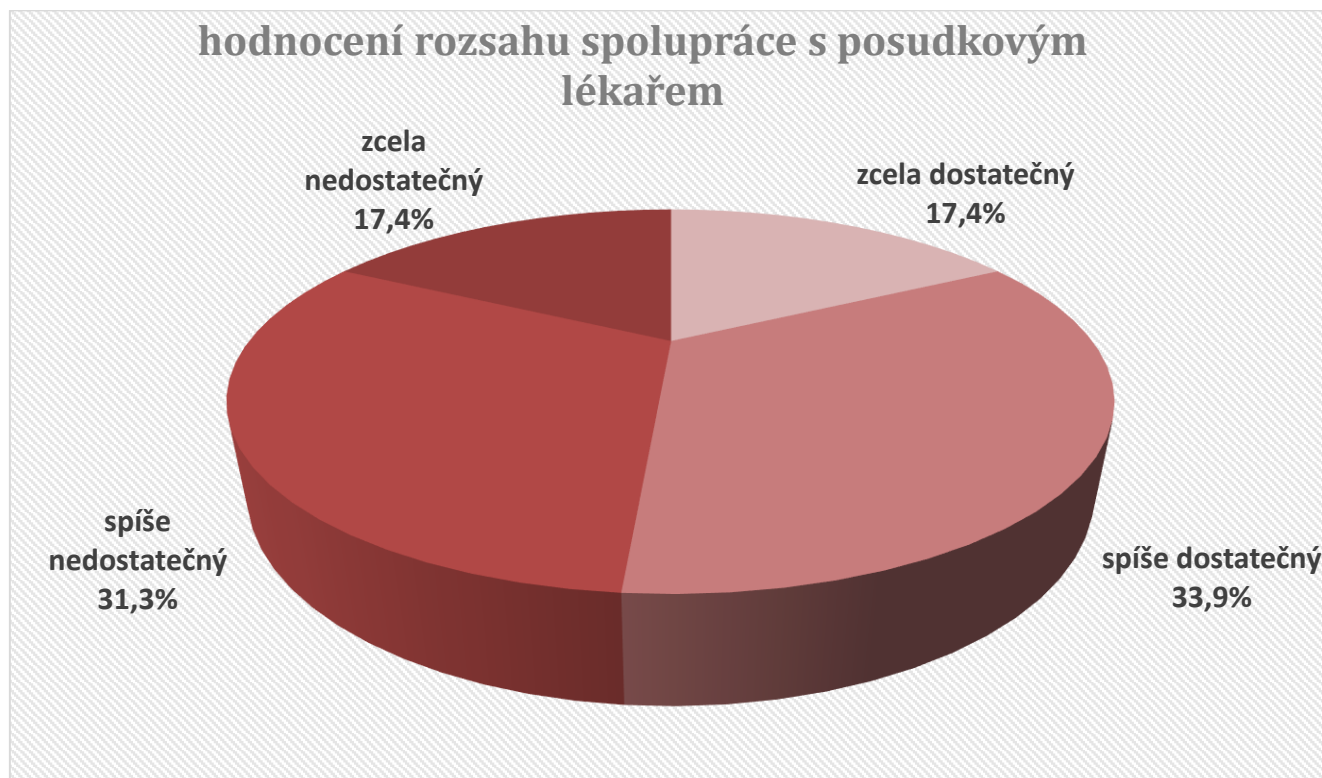
Naopak osobní jednání, tzn. forma komunikace, která může nejvíce napomáhat mezioborové spolupráci mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři, probíhá minimálně. Jen několik respondentů ji označilo za běžnou (1,5%) či alespoň občasnou (5,7%) formu komunikace. Téměř 80% dotázaných se naopak k osobnímu jednání s posudkovým lékařem nedostává nikdy.

tab. č. 21 – formy komunikace s posudkovým lékařem

Způsob komunikace	Jak často probíhá komunikace tímto způsobem				
	BĚŽNĚ	OBČAS	VÝJIMEČNĚ	NIKDY	CELKEM
osobní jednání	1,5%	5,7%	14,7%	78,1%	100%
telefonický rozhovor	18,7%	21,2%	19,9%	40,1%	100%
písemný e-mailem	4,5%	11,7%	15,7%	68,1%	100%
prostřednictvím někoho jiného (např. administrativní pracovníce)	16,8%	18,5%	10%	54,7%	100%

Z výše uvedených dat plyne, že celková intenzita komunikace a spolupráce mezi pracovníky agentury příspěvku na péči a je velmi nízká, a obě skupiny v rámci zpracování žádosti o příspěvek na péči včetně kroků vedoucích k posouzení stupně závislosti i samotného posouzení pracují izolovaně. Přesto se zdá, že toto značná část pracovníků agentury příspěvku na péči nepovažuje za problém – 17,4% z nich označili stávající rozsah spolupráce za zcela dostatečný a dalších téměř 34% za spíše dostatečný. Za naopak zcela či spíše nedostatečný označila rozsah zhruba stejně velká část souboru, jak je ta, která se domnívá, že je dostatečný. Tzn. za zcela nedostatečný tento rozsah spolupráce považuje identický počet respondentů, jaký rozsah spolupráce poznačil za zcela dostatečný, tedy 17,4%. Jako spíše nedostatečný rozsah spolupráce shledává 31,3% dotázaných (viz graf č. 24). Jinak řečeno, více než polovina všech respondentů hodnotí rozsah spolupráce jako v podstatě dostačující, ačkoliv v otázkách týkajících se frekvence a důvodů a také forem spolupráce jsme nezachytili data, která by nasvědčovala tomu, že k pravidelné a častější spolupráci s posudkovými lékaři dochází. Pracovníci agentury PnP tak zřejmě nevnímají pro současný způsob organizace vyřizování žádosti a stávající nastavení posuzování stupně závislosti užší spolupráci s posudkovými lékaři za nezbytnou.

graf. č. 24 – hodnocení rozsahu spolupráce pracovníka agendy PnP s posudkovým lékařem



V.3. Překážky komunikace mezi pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři

Ti z respondentů, kteří odpověděli na předchozí otázku, že považují stávající rozsah spolupráce s posudkovým lékařem za spíše nedostatečný či zcela nedostatečný (tedy 48,7% celého výzkumného souboru) byly dále požádány, aby se vyjádřili k celé škále možných okolností či faktorů, které by mohly představovat překážku větší spolupráce mezi pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři. Respondenti byly vyzváni, aby u každé z jednotlivých okolností (jejich výčet viz tabulka č. 22) ohodnotili na škále 1 – 6, jak výraznou překážku podle jejich názoru daná okolnost pro spolupráci mezi pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři představuje. Čím větší číslo, tím větší překážku pro vzájemnou spolupráci daná okolnost názoru respondenta představuje, tzn. 1 - není vůbec žádná překážka až 6 – velmi výrazná překážka.

V tabulce č. 22 přinášíme přehled toho, jakých skóre jednotlivé okolnosti s ohledem na to, jak velkou překážku spolupráce z hlediska respondentů představují, dosáhly. Uvádíme jak průměrnou hodnotu, tak střední hodnotu a také modus, protože u některých z okolností, na které jsme se tázali, měli respondenti tendenci volit spíše krajní hodnoty a samotný průměr

by nebyl dostatečně vypovídající. Čím vyšší hodnoty těchto měř centrál ní tendence, tím větší překážku pro vzájemnou spolupráci daná okolnost dle názoru respondentů představuje.

Podíváme-li se na tab. č. 22 blíže, zjistíme dle uvedených hodnot modu (nejčastěji uváděná hodnota odpovědi na danou otázku), že respondenti měli silnou tendenci inklinovat k nejvíce krajní variantě odpovědi, která označuje danou překážku za výraznou, tedy k hodnotě 6. Hodnota 6 se objevuje jako modální kategorie u celkem sedmi zkoumaných položek. Ve zbytku zkoumaných položek se až na jednu výjimku jako modální kategorie objevila hodnota 3, tzn. respondenti kteří tíhli k odpovědím uprostřed škály, ale škála záměrně nenabízela neutrální variantu přesně ve svém středu, volili možnost blíže k variantě, že daná okolnost není překážkou.

Z okolností, které jsme tímto způsobem zjišťovali, byly jako největší překážky označeny následující tři, u nichž modální kategorie dosáhla hodnoty 6, medián hodnoty 5 a hodnota průměru přesáhla 4,5: „velká pracovní zátěž posudkových lékařů“; „způsob spolupráce není dostatečně formálně upraven“ a „sociální pracovník a posudkový lékař nemají stejné pravomoci“. Vysoké skóre bylo zaznamenáno také u položky „chybí organizační předpoklady pro spolupráci /přímá telefonní čísla, čas vyhrazený pro spolupráci, prostory pro vzájemné setkávání apod./“. Naopak jako nejmenší problém respondenti označili možnost „pro spolupráci chybí na našem pracovišti dostatečná podpora ze strany nadřízených“, což byla jediná z testovaných okolností, která v modální kategorii dosáhla jiné hodnoty než 6 nebo 3, ale naopak, respondenti nejčastěji volili variantu 1, tzn. „není vůbec žádná překážka“. Jako závažnou překážku respondenti nepovažovali ani délku správních lhůt, ani se nedomnívali, že by mohlo být výraznou překážkou, že není jasné, co má být výsledkem spolupráce.

tab. 22 – Překážky spolupráce mezi pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři

Okolnost	Průměr	Medián	Modus
malá ochota posudkových lékařů spolupracovat	3,91	4	3
velká pracovní zátěž posudkových lékařů	4,75	5	6
naše vlastní velká pracovní zátěž	3,75	4	3
způsob spolupráce není dostatečně formálně upraven	4,60	5	6
není jasné, kdo má spolupráci zahájit	3,64	3	6
není jasné, v jakých případech má ke spolupráci dojít	3,70	4	6
není jasné, co má být výsledkem spolupráce mezi SP a PL	3,54	3	3
sociální pracovník a posudkový lékař nemají stejné pravomoci	4,57	5	6
chybí organizační předpoklady pro spolupráci /přímá telefonní čísla, čas vyhrazený pro spolupráci, prostory pro vzájemné setkávání apod./	4,31	5	6
pro spolupráci chybí na našem pracovišti dostatečná podpora ze strany nadřízených	2,70	2	1
chybí dostatečné metodické vedení zaměřené na spolupráci	4,24	4	6
délka správní lhůty pro vydání rozhodnutí	3,45	3	3

V otevřené otázce týkající se překážek spolupráce mezi nimi a posudkovými lékaři, se dotazovaní pracovníci mohli, pokud chtěli, vyjádřit také vlastními slovy. Často se vyjadřovali podrobněji k některým z potenciálních překážek již v dotazníku uvedených (viz tabulka č. 22) a vysvětlovali, proč je daná okolnost výraznou překážkou. Nejčastěji se podrobněji vyjadřovali právě k vysoké vytíženosti a malému počtu posudkových lékařů, či celkově k aktuální situaci na LPS, tak, jak ji ze své pozice vidí, např. „*délka správního řízení se od ledna 2016 protáhla na 5-6 měsíců, dle sdělení PL nejsou schopni svoji práci rychleji zvládat, protože je jich málo*“; *referentky LPS odcházejí, není na koho se obracet, nemáme kam volat, naše žádosti o posouzení se rozposílají, nevíme ani kam, vedoucí LPS je podle posledních zpráv na dlouhodobé neschopence*. Nejvíce slovních vysvětlení se však týkalo toho, jak pracovníci agendy PnP vnímají svoji pozici a význam sociálního šetření v očích posudkových lékařů, např.: „*Neberou nás lékaři jako rovnocenné partnery, posuzují zdravotní hledisko žadatele, význam sociálního šetření není nikde vymezen*“; *Posudkoví lékaři nepovažují záznam ze sociálního šetření za validní důkaz, jsou skeptičtí k možnostem, které poskytují metody soc. práce zjistit faktický stav věci*“; *Posudkový lékař nás považuje za naprosté diletanty, bez kvalifikovaného vzdělání, zároveň posuzuje dle svých mylných názorů a ne dle platné legislativy. Není ochoten napravovat své*

chyby, při posuzování nevychází z výsledků sociálního šetření a někdy ani z aktuální zdravotní dokumentace; Řada praktických lékařů vyhotovuje podklady na klienta z papírů a posuzovaného klienta roky neviděli, posudkář jejich stanovisko preferuje a SŠ označí jako nesoulad s lékařskou zprávou; Nejsme pro posudkové lékaře adekvátní partneři.

S těmito slovními vyjádřeními do značné míry koresponduje i rozložení odpovědí na otázku, v níž měli dotázaní pracovníci agentury PnP na základě vlastních zkušeností uvést, jak vnímají význam sociálního šetření a podkladů od praktických lékařů pro rozhodnutí posudkového lékaře o stupni závislosti. Naprostá většina respondentů se shodovala, že lékařské podklady mají dle jejich zkušeností pro posudkového lékaře větší váhu – téměř 80% dotázaných uvedlo že „lékařské podklady mají vždy větší význam“ či „lékařské podklady mají většinou větší význam“ (viz tabulka č.23).

Tab. č. 23 Porovnání významu zpráv od praktického lékaře a záznamu ze SŠ z hlediska pracovníků agentury PnP

význam zpráv od praktického lékaře a záznamu ze SŠ	Počet	Procenta
lékařské podklady mají vždy větší význam	293	39,8%
lékařské podklady mají většinou větší význam	290	39,3%
význam lékařských podkladů a SŠ je vyvážený	102	13,8%
sociální šetření má většinou větší význam	6	8,0%
sociální šetření má vždy větší význam	1	1,0%
nedokážu odhadnout	45	6,1%
CELKEM	737	100,0%

V.4. Zpětná vazba a obeznámenost pracovníků agentury PnP s některými aspekty práce posudkového lékaře

Pracovníkům agentury PnP jsme dále položili sadu otázek, které směřovaly k tomu zjistit, do jaké míry a v jakých oblastech mají podle svého názoru představu o tom, jak dobře jsou obeznámeni s různými okolnostmi a podmínkami, které ovlivňují práci posudkových lékařů (tab. č. 26) a také do jaké míry celkově mají srozumitelnou zpětnou vazbu nejen o tom, jak se vyřizování žádosti o příspěvek vyvíjí a jak posouzení dopadlo (viz tabulka č. 24), ale zda jsou schopni z posudkového závěru také odvodit, do jaké míry a jakým způsobem bylo zohledněno sociální šetření při stanovení stupně závislosti (tab. č. 25).

Jak vyplývá z tabulky č. 24, o situaci poté, co posudkový lékař vydá posudkový závěr, jsou pracovníci agentury PnP obeznámeni dle vlastních odpovědí velmi dobře – téměř všichni jsou vždy nebo většinou obeznámeni s celým obsahem posudkového závěru a drtivá většina z nich uvedla, že ví, jaký stupeň závislosti byl žadateli přiznán. Zcela běžná je také obeznámenost s tím, zda se žadatel proti rozhodnutí odvolal. Jen o něco málo méně respondentů není vždy nebo většinou obeznámeno také s tím, zda žadatel ještě před vydáním rozhodnutí podával námitky.

Tab. 24. Obeznámenost s průběhem vyřizování žádosti o PnP ve vybraných oblastech

<i>jak často jste obeznámen/-na:</i>	<i>vždy</i>	<i>většinou</i>	<i>občas</i>	<i>výjimečně</i>	<i>nikdy</i>	<i>CELKEM</i>
s celým obsahem posudkového závěru	81,8%	9,2%	3,1%	3,0%	2,8%	100%
s tím, jaký stupeň závislosti žadatel získal	87,8%	7,5%	1,9%	1,9%	0,9%	100%
s tím, zda žadatel podával námitky	79,1%	8,0%	5,6%	4,9%	2,4%	100%
s tím, zda se žadatel odvolal	84,1%	6,1%	4,7%	3,0%	2,0%	100%

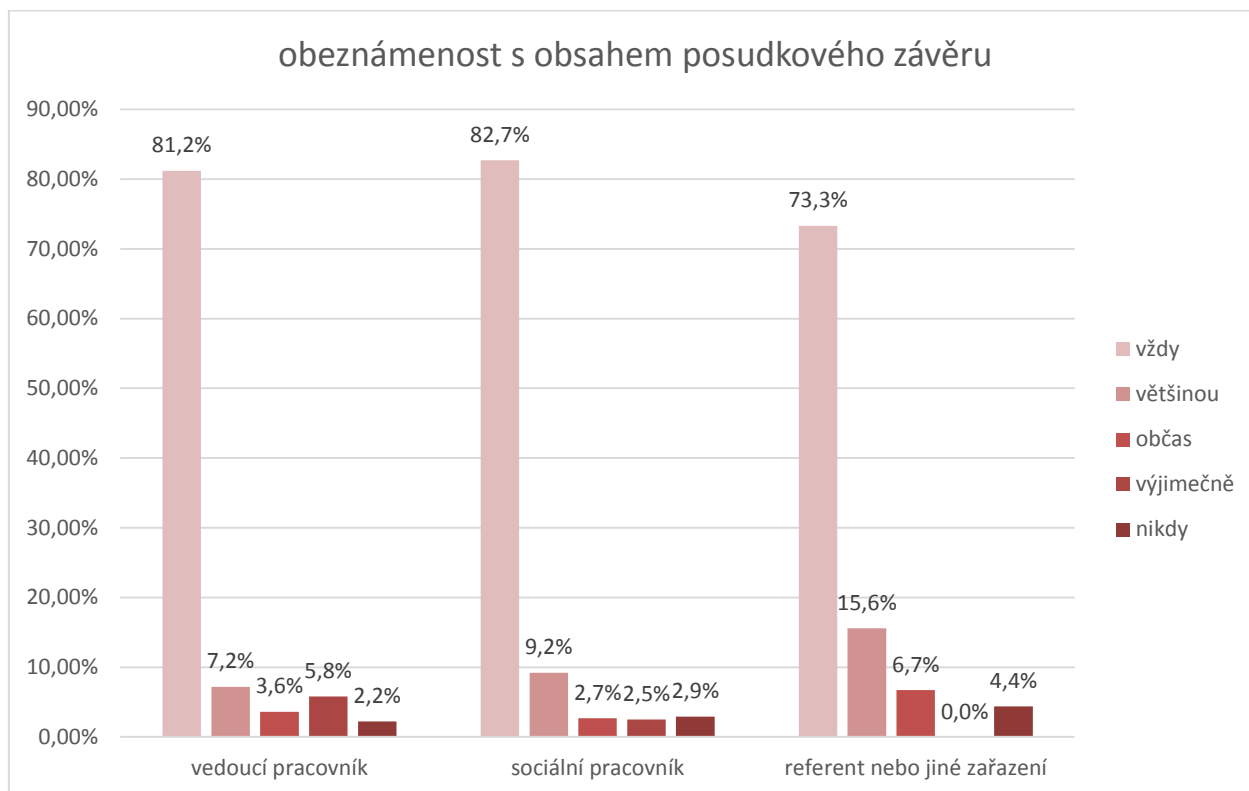
Kromě toho, jak dobře jsou pracovníci obeznámeni v daných oblastech, nás také zajímalo, za jak důležité považují, aby s těmito oblastmi obeznámeni byli. Na jiném místě dotazníku jsme se proto k danému tématu vrátili a požádali respondenty, aby ohodnotili na škále 1 – 6, jak důležité pro Vaši práci v agendě příspěvku na péči považujete být dobře obeznámen s danými věcmi. Čím vyšší číslo respondenti označili, tím je pro ně obeznámenost s danou oblastí důležitější, od tzn. 1 – je to zcela nedůležité až 6 – je to velmi důležité. V této otázce se respondenti velice silně shodovali a jak jasně vyplývá z tabulky č. 25, obeznámenost se všemi těmito vybranými oblastmi týkajícími se vyřizování žádosti o PnP považují dotazovaní pracovníci agentury PnP za velmi důležité.

tab. 25. důležitost být obeznámen s danými oblastmi

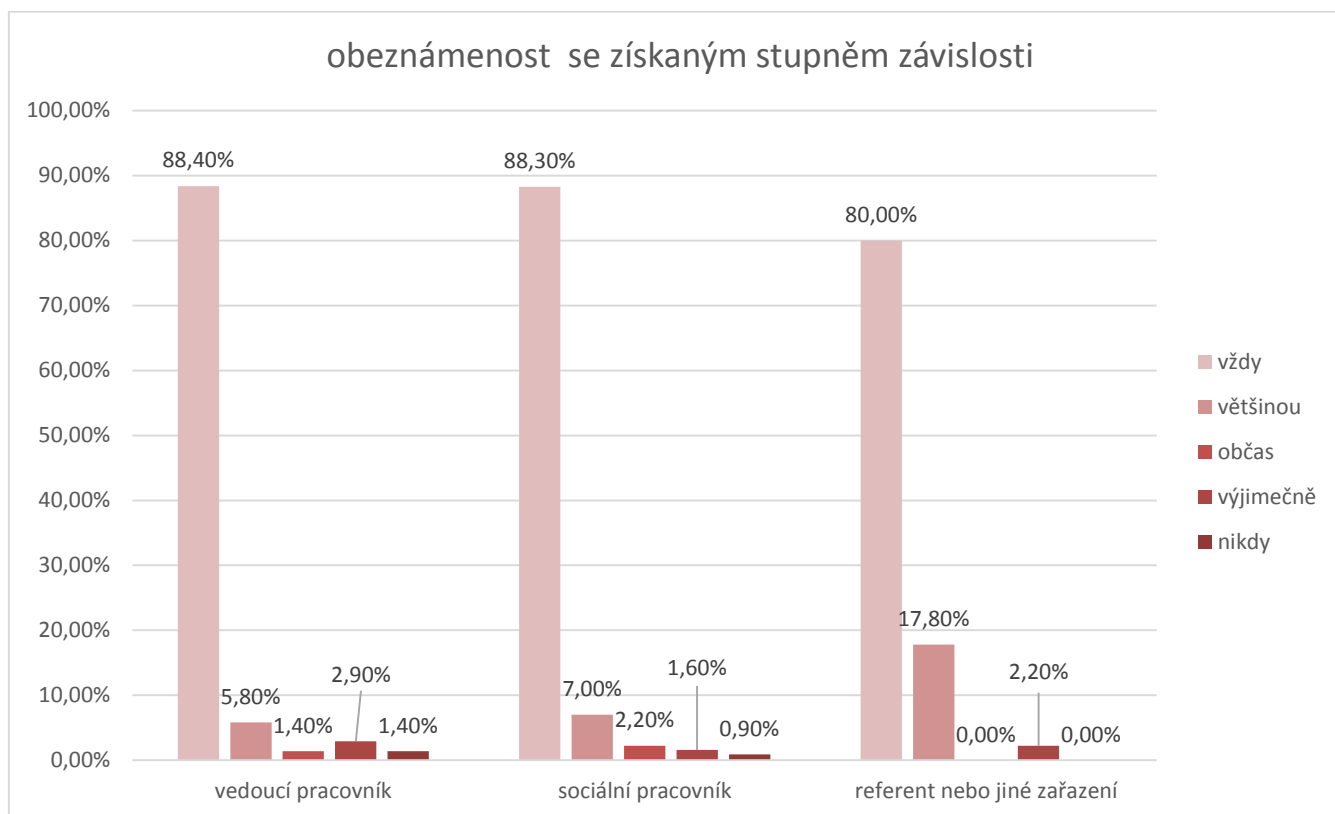
důležitost být obeznámen s:	Průměr	Medián	Modus
s celým obsahem posudkového závěru	5,37	6,0	6
s tím, jaký stupeň závislosti žadatel získal	5,77	6,0	6
s tím, zda žadatel podával námitky	5,22	6,0	6
s tím, zda se žadatel odvolal	5,32	6,0	6

Podíváme-li se na to, do jaké míry se respondenti cítí být obeznámeni s výše vyjmenovanými oblastmi zpracování žádosti o PnP po vydání posudkového závěru dle toho, jakou pracovní pozici respondent zastává, může se zdát překvapivé, že mezi sociálními pracovníky, vedoucími pracovníky a referenty nejsou v tomto ohledu výrazné rozdíly (viz grafy č. 25 – 28). Respondenti v pozici „referent“ jsou dle svých odpovědí s jednotlivými námi zkoumanými oblastmi vždy seznámeni méně často, než sociální pracovníci či vedoucí pracovníci, nicméně rozdíly nejsou výrazné. Sociální pracovníci a vedoucí pracovníci pak u těchto otázek dosahovali velmi podobného rozložení odpovědí. Co se týče povědomí o tom, zda žadatel podával námitky či odvolání, uváděli vedoucí pracovníci častěji než zbytek souboru, že o tom vědí „vždy“. Zejména v případě, že žadatel podává odvolání proti rozhodnutí, jsou o tom téměř všichni vedoucí pracovníci podle svých slov informováni „vždy“ (94%).

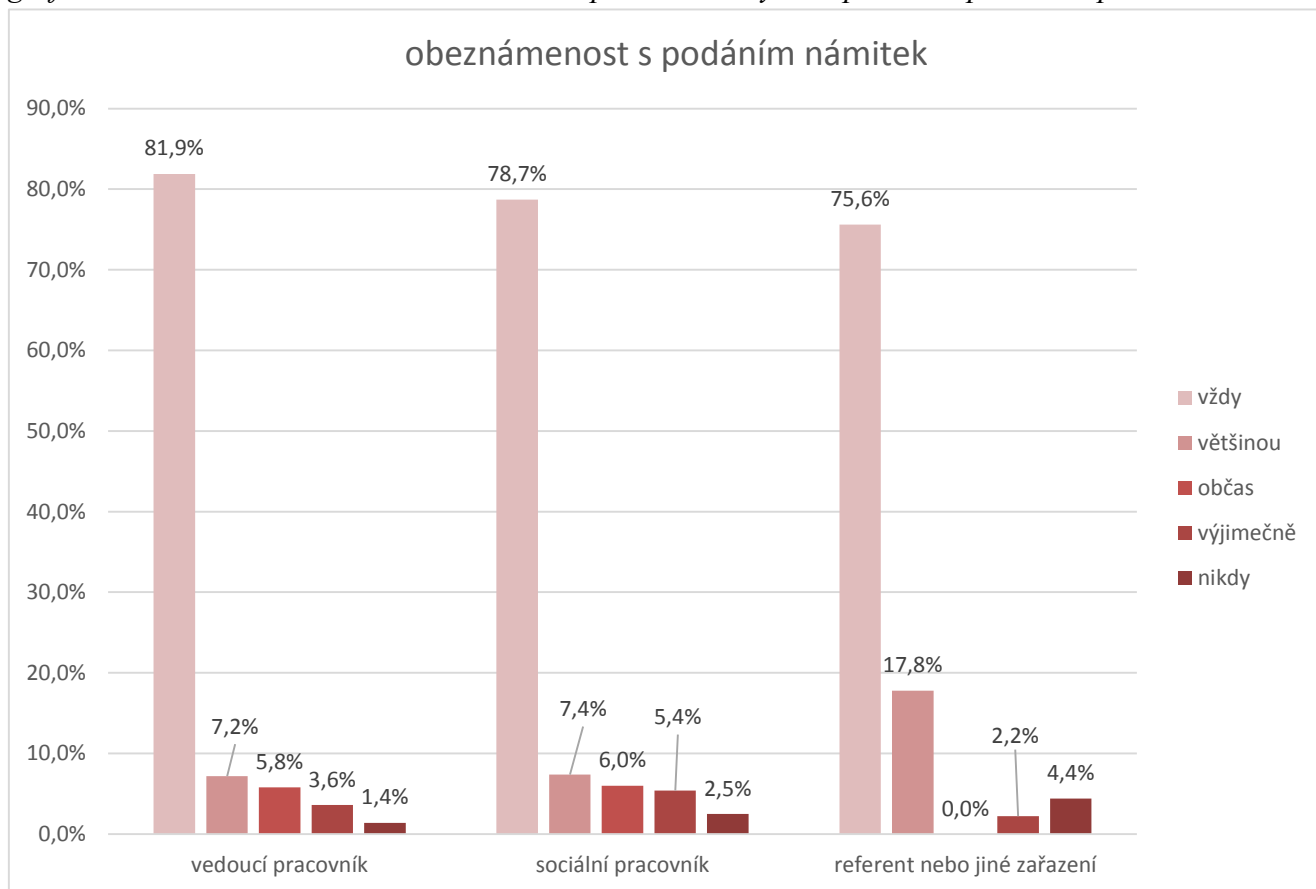
graf č. 25 Obeznamenost s obsahem posudkového závěru dle pracovní pozice respondenta



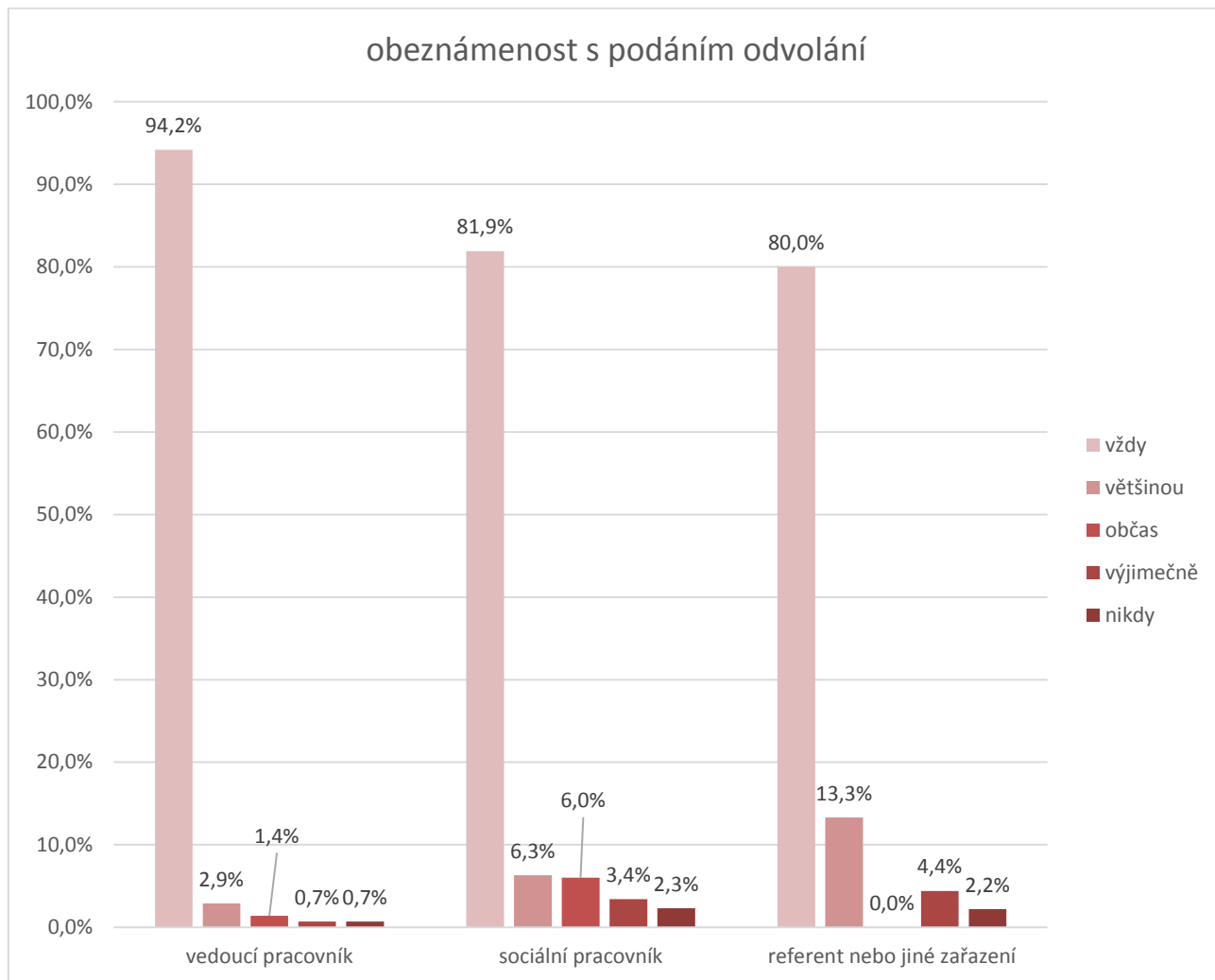
graf č. 26 Obeznamenost s tím, jaký stupeň závislosti žadatel získal dle pracovní pozice respondenta



graf č. 27 Obeznamenost s tím, zda žadatel podal námitky dle pracovní pozice respondenta



graf č. 28. Obeznamenost s tím, zda žadatel podal odvolání dle pracovní pozice respondenta



Co se týče samotného posudkového závěru, zajímalo nás, do jaké míry jsou posudkové závěry, s nimiž se pracovníci agendy PnP setkávají, pro tyto pracovníky transparentní. To pro nás znamenalo zejména to, zda mohou posudkovému závěru bez potíží porozumět a také zda z tohoto závěru pro pracovníky vyplývá, proč posudkový lékař dospěl ke stupni závislosti, který žadateli přiznal a jakým způsobem při tomto posuzování bral v potaz sociální šetření.

Je třeba říci, že za pozornost stojí především fakt, že v tomto případě vycházejí odpovědi, co se týče zohlednění sociálního šetření lépe, než jak význam sociálního šetření vycházel v porovnání s významem lékařských zpráv. To znamená, že si zřejmě řada sociálních pracovníků, byť jsou přesvědčeni, že lékařské zprávy jsou výrazně významnějším podkladem pro posudkového lékaře a posudkoví lékaři je podle jejich názoru upřednostňují (viz výše), nemyslí, že by posudkoví lékaři sociální šetření opomíjeli úplně – přinejmenším jsou dle názoru

respondentů schopni se s ním vypořádat v posudkovém závěru, ať již k němu při posuzování stupně závislosti reálně přihlížejí více či méně.

V odpovědích na otázky, zda je dle zkušeností respondentů posudkový závěr napsán tak, aby byl srozumitelný i pro příslušníky nezdravotnických oborů; zda je navrhovaný stupeň závislosti posudkovým lékařem dobře odůvodněn; zda posudkový lékař v posudkových závěrech zohledňuje závěry ze sociálního šetření, respondenti upřednostňovali kladnou ale nikoliv krajní odpověď a odpověď spíše neutrální – tzn. na tyto tři otázky odpovídali „většinou ano“ a „zhruba půl na půl“. Poměrně málo dotázaných se vyjádřilo, že posudkový závěr je srozumitelný, odůvodněný a že zohledňuje sociální šetření „vždy“, ale naprosté minimum také uvedlo, že by se tak nedělo dle jejich zkušenosti „nikdy“. Nejvíce často je pak dobře odůvodněn navrhovaný stupeň závislosti („většinou ano“ – téměř 53% a „zhruba půl na půl“ – asi 28%). Naopak nejméně často se kladné odpovědi objevovaly u otázky týkající se zohlednění sociálního šetření posudkovým lékařem – v tomto případě se zhruba 39% respondentů vyjádřilo, že je zohledněno většinou, 36% odhadovalo, že posudkový lékař sociální šetření zohledňuje „zhruba půl na půl“, ale 16% vyjádřilo pocit, že sociální šetření posudkový lékař většinou nezohledňuje (viz tab. č. 26).

Tab. 26.. transparentnost posudkového závěru z hlediska pracovníků agentury PnP

posudkový závěr (PZ) posudkového lékaře z hlediska pracovníků agentury PnP	vždy ano	většinou ano	zhruba půl na půl	většinou ne	nikdy ne	nedokážu posoudit	CELKEM
PZ je srozumitelný i pro příslušníky nezdravotnických profesí	6,8%	45,8%	33,3%	11,0%	0,6%	2,6%	100%
navrhovaný stupeň závislosti bývá v PZ dobře odůvodněn	5,2%	52,7%	28,4%	11,1%	04%	2,2%	100%
posudkový lékař v PZ zohledňuje závěry ze sociálního šetření	6,2%	38,9%	36,0%	15,7%	0,3%	2,9%	100%

Z hlediska případné užší spolupráce mezi sociálními pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři a pro uplatnění multidisciplinárního přístupu při posuzování stupně závislosti je důležité, do jaké míry jsou zúčastněné strany seznámeny s tím, jak pracuje jejich protějšek, čím se jeho práce řídí, co je v této oblasti závazné a co nikoliv atd. V našem případě jsme tedy zjišťovali, jak dobře se podle vlastního názoru pracovníci agendy PnP orientují v některých okolnostech a podmínkách práce posudkových lékařů (což nemusí znamenat, že se skutečně dobře orientují, zjišťujeme spíše, zda v dané oblasti pociťují nějaký deficit či nikoliv).

Z tabulky č. 27 je patrné, že v různých oblastech, které jsme v této souvislosti zjišťovali, pociťují respondenti značně rozdílnou míru obeznámenosti. Poměrně velký podíl dotazovaných pracovníků agendy PnP se necítil dostatečně obeznámen ani v oblastech, u nichž by bylo možné lepší obeznámenost očekávat – více než jedna třetina respondentů tak měla pocit, že nejsou dostatečně či vůbec obeznámeni s tím, jaké informace pro posouzení stupně závislosti posudkoví lékaři potřebují a dále s tím, jak tyto informace posudkoví lékaři získávají. Zároveň ale platí, že právě v těchto dvou oblastech se cítil největší podíl respondentů obeznámen dostatečně. Ve všech dalších námi zjišťovaných oblastech byl tento podíl výrazně menší. Například jen necelých 25% dotázaných respondentů má pocit, že ví, na co kladou při posuzování stupně závislosti posudkoví lékaři největší důraz a nejmenší představu mají respondenti o tom, co je obsahem metodik a metodických pokynů, které mají posudkoví lékaři pro posuzování stupně závislosti k dispozici. Za pozornost stojí zejména zjištění, že jen velmi malé podíly respondentů vyjádřily pocit, že pro svoji práci ani o dané oblasti práce posudkového lékaře informování být nemusí – nejvíce respondentů nepovažuje pro sebe důležité, aby měli představu, kolik času má posudkový lékař na vypracování posudku (12,8%) a dále 11,7% dotázaných nepovažovalo pro svoji práci v agendě za nutné mít povědomí o metodikách a metodických pokynech určených pro posudkové lékaře. Celkově se ale zdá, že dotazovaní pracovníci agendy PnP nepodceňují důležitost obeznámenosti s tím, jaké okolnosti a podmínky určují práci posudkových lékařů v oblasti stanovování stupně závislosti.

tab. č. 27. – Obeznamenost pracovníků PnP s vybranými podmínkami práce posudkových lékařů

<i>oblasti práce posudkového lékaře</i>	<i>Obeznamenost s danou oblastí</i>				<i>Celkem</i>
	<i>Jsem dostatečně obeznámen/-na</i>	<i>Jsem nedostatečně obeznámen/-na</i>	<i>Nejsem vůbec obeznámen/-na</i>	<i>Není to pro mou práci důležité</i>	
jaké informace pro posouzení stupně závislosti posudkoví lékaři potřebují	63,2%	24,3%	8,7%	3,8%	100,0%
jak tyto informace posudkoví lékaři získávají	61,5%	24,3%	8,0%	6,2%	100,0%
na co kladou posudkoví lékaři při určování stupně závislosti největší důraz	24,7%	44,5%	25,6%	5,2%	100,0%
jakými právními předpisy se posudkoví lékaři řídí při určování stupně závislosti	32,4%	41,8%	16,0%	9,8%	100,0%
co je obsahem metodik a metodických pokynů pro posudkové lékaře	16,3%	38,1%	33,9%	11,7%	100,0%
kolik času má posudkový lékař na vypracování posudku	30,3%	24,2%	32,8%	12,8%	100,0

VI. Představy o žádoucí podobě posuzování stupně závislosti

V jedné z částí dotazníků jsme připravili sady otázek, které se zaměřovaly na podchycení toho, jaké nastavení fungování v oblasti spolupráce s posudkovými lékaři, v oblasti některých parametrů posuzování stupně závislosti, v možnosti zapojení dalších odborností atd., by stávající pracovníci agendy PnP považovali za optimální či přijatelné. Celkově nám šlo především o to, abychom zjistili, jaký model posuzování stupně závislosti by z hlediska toho, co by preferovali či považovali za účelné pracovníci agendy PnP KoP ÚP, byl reálný a realizovatelný v praxi.

VI.1. Představy o spolupráci mezi pracovníky agentury PnP a posudkovými lékaři

Respondentům jsme k posouzení z hlediska toho, do jaké míry by danou věc či daný postup považovali pro proces stanovení stupně závislosti za užitečný či naopak neužitečný, dali sadu deseti možných postupů, změn či řešení v oblasti spolupráce pracovníků agentury PnP a posudkových lékařů (viz tabulka č. 28). Respondenty jsme požádali, aby u každé z uvedených položek posoudili s využitím škály v rozsahu 1 – 6, jak moc užitečné by, podle jejich názoru na daný postup či dané řešení v oblasti spolupráce mezi pracovníky agentury PnP a posudkovými lékaři, bylo z hlediska procesu stanovení stupně závislosti. Čím větší číslo, tím užitečnějším respondent dané řešení shledal, tzn. respondenti pracovali se škálou od 1 – zcela neužitečné, až po 6 – velmi užitečné.

Celkový přehled získaných výsledků naznačuje, že dotázaní pracovníci agentury PnP obecně považují za důležité sblížení své praxe v oblasti příspěvku na péči s praxí posudkových lékařů, větší spolupráci a případně i sdílení postupů či metodického vedení (viz tab.28). Tomu odpovídá také skutečnost, že opatřením či změnou, která byla vyhodnocena jako potenciálně nejvíce užitečná, se zařadil obecněji formulovaný návrh „sociální pracovníci a posudkoví lékaři by byli lépe obeznámeni se způsobem práce toho druhého“. Jinak řečeno, respondenti zřejmě celkově pociťují velký problém v tom, že jak oni, tak posudkoví lékaři jedou v rámci řízení o příspěvek na péči každý ve svých kolejích, aniž by se jejich praxe nějakým způsobem protínaly. Jako nejvíce užitečné pak respondenti označovali organizování společných metodických dnů sociálních pracovníků a posudkových lékařů a také stanovení pravidel spolupráce závazných jak pro ně, jak pro posudkové lékaře. Vysokého skóre užitečnosti také dosáhly návrhy opatření na sdílení písemných metodických materiálů a organizování společných školení. Naopak skeptičtější byli respondenti k užitečnosti ustavení osoby zodpovědné za koordinaci spolupráce či vyhrazení prostor, kde by ke společnému setkávání mohlo docházet. Jako zdaleka nejméně užitečnou pak vnímali možnost, že by měli v rozvrhu práce přímo vyhrazenou pracovní dobu, kterou by na komunikaci s posudkovým lékařem mohli využít – tzn. zdá se, že jsou určitá opatření, která by v praxi mohla být spíše na překážku flexibility spolupráce, a nejsou jako užitečná vnímána. Jako užitečné jsou naopak vnímány ty z navrhovaných možností, která přispívají k pochopení praxe protějšku a sblížení a sladění těchto praxí.

tabulka č. 28 – užitečnost vybraných opatření a postupů (na škále 1 – zcela neužitečné až po 6 – velmi užitečné)

OPATŘENÍ ČI POSTUP	PRŮMĚR	MEDIÁN	MODUS
sociální pracovníci a posudkoví lékaři by sdíleli písemné metodické materiály	4,73	5	6
sociální pracovníci a posudkoví lékaři by byli lépe obeznámeni se způsobem práce toho druhého	4,93	5	6
byla by organizována společná školení sociálních pracovníků a posudkových lékařů	4,68	5	6
byly by organizovány společné metodické dny sociálních pracovníků a posudkových lékařů	4,80	5	6
byla by stanovena pravidla spolupráce sociálních pracovníků a posudkových lékařů závazná pro obě strany	4,88	5	6
bylo v odůvodněných případech možné získat čas na spolupráci s posudkovým lékařem prodloužením správní lhůty pro vydání rozhodnutí	4,32	5	6
byl k dispozici informační systém, který by umožňovat sdílení informací mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři	4,51	5	6
sociální pracovníci a posudkoví lékaři by měli k dispozici prostory, kde by se mohli sejít k jednání	3,78	4	3
byla by ustanovena osoba zodpovědná za koordinaci spolupráce posudkových lékařů a sociálních pracovníků	3,64	4	6
sociální pracovníci by měli v rámci rozvrhu práce oficiálně vyhrazenou dobu na komunikaci a spolupráci s posudkovým lékařem	3,47	3	2

VI.2. Modely určování stupně závislosti z hlediska zapojení sociálních pracovníků a posudkových lékařů

V souvislosti s tím, jaké možnosti v natavení či přenastavení způsobu posuzování stupně závislosti vzhledem k tomu, k jakému posunu rolí sociálních pracovníků a posudkových lékařů by mohlo dojít, případně o jaké změně ve významu sociálního šetření by bylo možné uvažovat, jsme respondentům z řad pracovníků agendy PnP předložili řadu možných variant toho, jak by mohlo být posouzení stupně závislosti nastaveno (přehled všech testovaných variant uspořádání posuzování stupně závislosti viz tabulka č.29). Vyzvali jsme respondenty, aby se vyjádřili ke každé z těchto variant a označili, do jaké míry by dané řešení považovali za vhodné či naopak nevhodné. Respondenti měli opět k dispozici číselnou škálu v rozsahu 1- 6, kdy čím větší číslo, tím je daná možnost jejich názoru více vhodná - tzn. od 1 - „je to zcela nevhodné“ až 6 – „je to velmi vhodné“. Podíváme-li se na výsledky, které shrnuje tabulka č. 29, jsou na první pohled patrná dvě zjištění: nejdříve, na první pohled je zřejmé, že respondenti nebyli ochotni žádnou z uvedených variant považovat za více než středně vhodnou. Naopak, podíváme-li se na hodnoty modu, tzn. nejčastěji označované hodnoty, označovali respondenti až na výjimku jediné z nabízených variant u všech ostatních variant nejčastěji hodnotu 1, tzn. „je to zcela nevhodné“. Rovněž hodnoty mediánu ukazují, že převažovaly odpovědi tohoto typu; dále je pak ze získaných odpovědí jasné, že pracovníci si nepřejí výrazné změny a tíhnou spíše k zachování status quo.

Dotazovaní pracovníci agendy PnP tak jako nejvíce vhodnou jednoznačně označovali variantu „zachování stávajícího způsobu určování stupně závislosti bez výraznějších změn“. Z dalších testovaných variant získaly nejvyšší skóre, co se vhodnosti týče, varianty, které by nějakým způsobem spíše mírně modifikovaly stávající způsob. Jako druhá nejvíce vhodná varianta tak respondentům připadala ta, kdy by sociální pracovník a posudkový lékař by nezávisle na sobě posuzovali stejné oblasti základních životních potřeb a poté by společně museli dojít ke shodě o stupni závislosti. V pořadí třetí nejvíce vhodnou se pak jeví možnost, kdy by sociální pracovník a posudkový lékař posuzovali každý jiné předem dané oblasti života žadatele a výsledný stupeň závislosti by byl součtem jejich posouzení.

Varianty, které směřují k tomu, že by se jednostranně posílila role posudkového lékaře nebo by posudkový lékař rozhodoval zcela bez sociálního šetření či naopak jednostranně by se posílila role sociálního pracovníka či dokonce sociální pracovník by rozhodoval zcela sám, se respondentům jeví jako málo vhodné – jako v podstatě úplně nevhodné byly shledány obě krajní možnosti, tzn. že by byl z posouzení stupně závislosti zcela vyloučen posudkový lékař či naopak sociální pracovník.

Tab. č. 29 – vhodnost různých variant v posuzování stupně závislosti (na škále od 1 - „je to zcela nehodné“ až 6 – „je to velmi vhodné“)

Postup	PRŮMĚR	MEDIÁN	MODUS
zachování stávajícího způsobu určování stupně závislosti bez výraznějších změn	3,85	4	3
sociální šetření by nebylo povinné a posudkový lékař by rozhodoval, zda si ho vyžádá či nikoliv a do jaké míry k němu přihlédne. O stupni závislosti by i nadále rozhodoval posudkový lékař.	2,19	1	1
sociální šetření by bylo zcela zrušeno a posudkový lékař by rozhodoval pouze na základě lékařské dokumentace a případně vlastních vyšetření	1,66	1	1
sociální pracovník a posudkový lékař by nezávisle na sobě posuzovali stejné oblasti základních životních potřeb a poté by společně museli dojít ke shodě o stupni závislosti	3,29	3	1
sociální pracovník a posudkový lékař by posuzovali každý jiné předem dané oblasti života žadatele a výsledný stupeň závislosti by byl součtem jejich posouzení	2,73	2	1
o stupni závislosti by na základě sociálního šetření a s přihlédnutím k závěru posudkového lékaře rozhodoval sociální pracovník	2,23	2	1
o stupni závislosti by rozhodoval sociální pracovník pouze na základě sociálního šetření	1,36	1	1

Kromě výše uvedených variant uspořádání posuzování stupně závislosti z hlediska role a významu sociálních pracovníků agentury PnP a posudkových lékařů, kde se respondenti vyjadřovali k vhodnosti každé z nich, jsme na jiném místě dotazníku (taky aby předchozí a tato otázka na sebe bezprostředně nenavazovaly) položili ještě otázku, která se týká příklonu k jednomu ze tří obecněji vymezených modelů spolupráce posudkových lékařů a sociálních pracovníků. V tomto případě se tedy respondenti nevyjadřovali ke každému modelu zvlášť, ale mohli označit pouze jednu podobu spolupráce, kterou v rámci agentury příspěvku na péči tedy považují obecně za nejvíce vhodnou. Modely spolupráce, mezi nimiž mohli respondenti volit, jsme popsali takto:

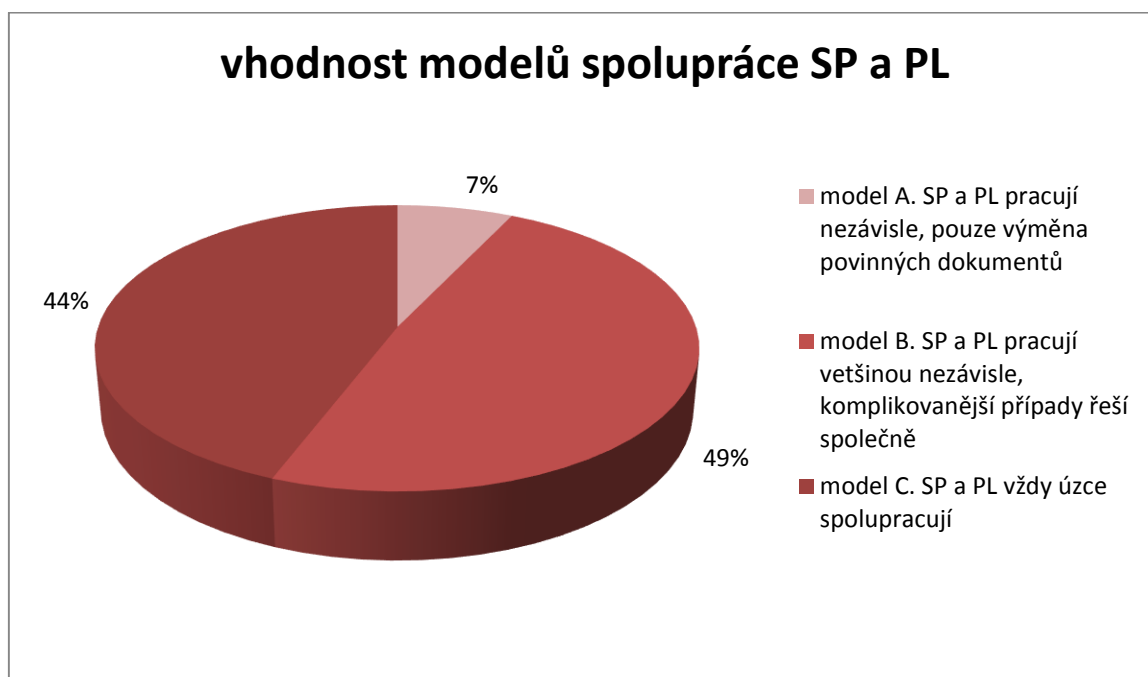
A. sociální pracovníci a posudkoví lékaři by měli pracovat na sobě nezávisle a vyměňovat si pouze povinné písemné podklady

B. sociální pracovníci a posudkoví lékaři by měli většinou pracovat nezávisle na sobě, ale komplikovanější případy by měli řešit společně

C. sociální pracovníci a posudkoví lékaři by v rámci agentury příspěvku na péči spolu měli vždy úzce spolupracovat

Je zajímavé podívat se na výsledky odpovědí na tyto otázky a přitom mít na paměti odpovědi na otázky prezentované v tabulce č. 29. Jak bylo výše řečeno a jak vyplývá z odpovědí respondentů, za nejvíce vhodnou byla označena varianta „zachování stávajícího způsobu určování stupně závislosti bez výraznějších změn“. Této variantě odpovídá model A, tzn. „sociální pracovníci a posudkoví lékaři by měli pracovat na sobě nezávisle a vyměňovat si pouze povinné písemné podklady“, což odpovídá popisu, který nejlépe vystihuje stávající fungování agentury PnP z hlediska toho, jak jsou do něho v současné době sociální pracovníci a posudkoví lékaři zasazeni. Ovšem tento model, pokud měli respondenti vybírat, byl jako vhodný označen v naprosto minimálním počtu případů. Jak ukazuje graf č. 29, preference respondentů se víceméně rovnoměrně rozdělily mezi model B a C, tzn. ty modely, které předpokládají mnohem rozsáhlejší a rovnocennější nastavení spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři, než jaké v agentuře PnP kdy fungovalo.

graf č. 29. Hodnocení vhodnosti modelů spolupráce



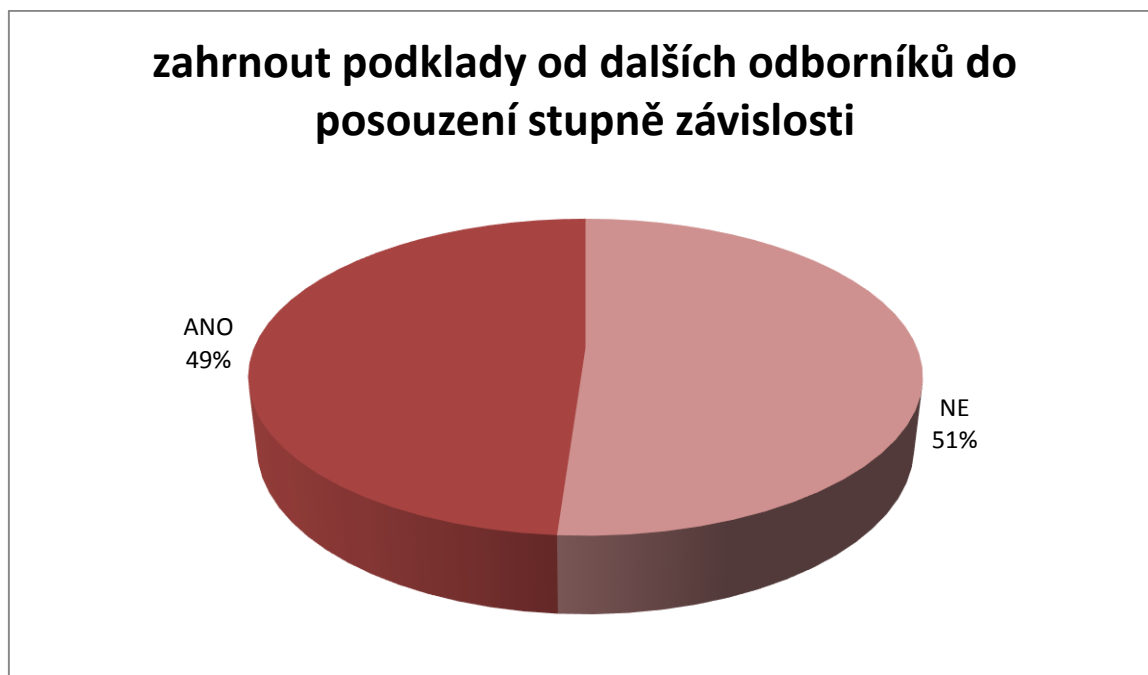
VI.3. Multidisciplinární posouzení a možnosti zapojení dalších odborností

Vedle otázek, které se týkaly toho, jak vidí vhodné a žádoucí nastavení kooperace mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři, nás také zajímalo, jak respondenti vnímají možnost zapojení i dalších odborností, jací odborníci by podle jejich názoru měli mít podíl na rozhodování o stupni závislosti a případně v jakém typu případů. V této souvislosti jsme do dotazníku zařadili několik otázek.

První se týkala toho, zda by dle názorů pracovníků agentury PnP bylo vhodné, aby posudkový lékař alespoň v některých případech rozhodoval na základě podkladů i od dalších odborníků, než jsou ošetřující lékaři a sociální pracovníci. Pojem „ošetřující lékaři“ byl zvolen záměrně, protože již víme, že kromě tiskopisu, který vyplňuje praktický lékař, jsou již nyní přikládány zprávy od lékařů-specialistů, v jejichž péči žadatel je.

Jak je patrné z grafu č. 30, výzkumný soubor se v názoru na tuto otázku rozdělil na přibližně stejné poloviny. O něco větší část dotázaných se domnívá, že žádné podklady od žádných dalších odborníků není vhodné do posuzování o stupni závislosti zahrnovat, ale rozdíl mezi oběma skupinami není výrazný.

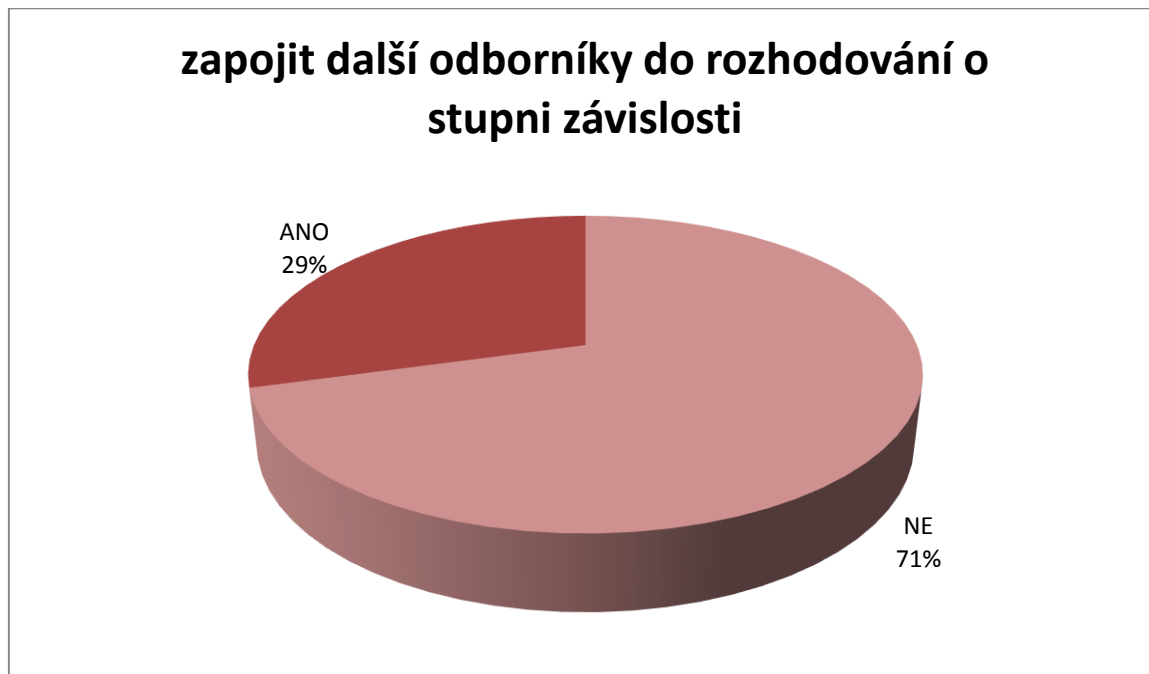
Graf č. 30– hodnocení vhodnosti zahrnutí podkladů od dalších odborníků do rozhodování o stupni závislosti



Respondenti, kteří byli toho názoru, že by bylo vhodné, aby při posuzování stupně závislosti byly brány v úvahu i podklady od jiných odborníků, měli dále možnost v otevřené otázce konkretizovat, jaké odbornosti měli na mysli. Nejčastěji respondenti uváděli, že by bylo žádoucí brát v potaz vyjádření psychologů, ergoterapeutů, pedagogů/speciálních pedagogů, logoterapeutů a pracovníků terénních či ambulantních sociálních služeb, které žadatel využívá.

Dále jsme se pracovníků agentury PnP ptali, zda by se podle jejich názoru měli alespoň v některých případech přímo na rozhodování o stupni závislosti podílet i další odborníci kromě posudkových lékařů. V tomto případě tedy již nešlo o to, zda budou informace i vyjádření od dalších odborníků podkladem pro rozhodování, ale zda by se další odborníci měli na rozhodování o stupni závislosti přímo podílet. Názory respondentů v tomto případě výrazně převážily v neprospěch této možnosti. Více než 2/3 výzkumného souboru tuto možnost nepovažuje za vhodnou, méně než 1/3 se domnívá, že by zapojení dalších odborníků do rozhodování o stupni závislosti vhodné bylo (viz graf č. 31).

Graf č. 31. hodnocení vhodnosti zapojení dalších odborníků do rozhodování o stupni závislosti



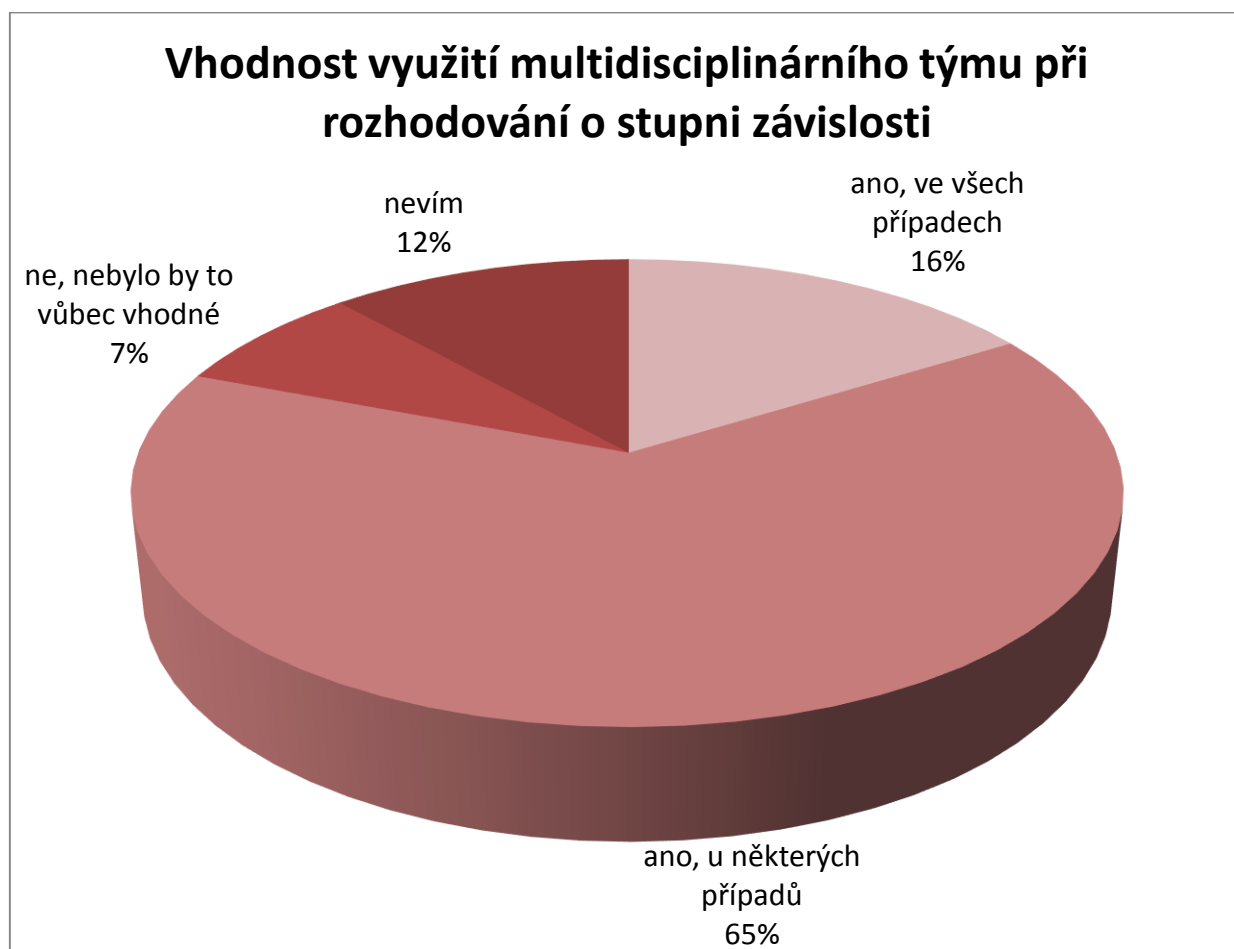
V případě, že se dotázaní přiklonili spíše k možnosti, že by bylo vhodné, aby se podíleli přímo na rozhodování o stupni závislosti i jiní odborníci, uváděli opět podobné odbornosti jako v předchozím případě. Kromě toho ale stojí za zdůraznění, že mnozí také uváděli sociální pracovníky ÚP, a někteří to konkretizovali přímo tak, že na rozhodování o stupni závislosti by se měl podílet ten sociální pracovník, který pro řízení o PnP provedl v daném případě sociální šetření.

I když tato otázka k danému tématu již sama o sobě patřila, ještě jsme se respondentů obecněji ptali, zda by podle jejich názoru bylo vhodné, aby posouzení stupně závislosti prováděl vícečlenný tým, aniž bychom specifikovali, kdo by měl být členem tohoto týmu, případně kolik členů by tento tým měl mít. Šlo nám především o to zjistit, zda se pracovníkům agendy PnP zdá vhodnější, aby byl i nadále rozhodnutím o stupni závislosti pověřen jeden člověk, či zda by podle nich bylo lepší, aby se na tomto rozhodnutí podílelo více lidí.

Rozložení odpovědí na tuto otázku ukazuje, že pracovníci agendy PnP mají tuto problematiku tendenci nahlížet diferencovaně, tzn. uvědomovat si rozdílné nároky a rozdílnou složitost jednotlivých posuzovaných případů a nekloní se tak většinou k paušálnímu řešení možností „ano, ve všech případech“ (cca 16%) či naopak „ne, nebylo by to vůbec vhodné“ (cca 7%). Zhruba desetina dotázaných také připustila, že co se týče vhodnosti či nevhodnosti využití

multidisciplinárního týmu při posouzení stupně závislosti, tak „nevědí“. Téměř dvě třetiny respondentů se však přiklonily k názoru, že využití multidisciplinárního týmu by bylo vhodné v některých případech (viz graf č. 32). Tedy celkem 81% dotázaných se přiklání k názoru, že rozhodování o stupni závislosti by měl ve všech či alespoň v některých případech činit multidisciplinární tým.

graf č. 32 – hodnocení vhodnosti využití multidisciplinárního týmu



Ti z respondentů, kteří odpověděli, že by bylo vhodné, aby se multidisciplinární tým podílel na rozhodování o stupni závislosti u některých případů, byli dále požádáni, aby se vyjádřili k různým typům případů či situací, a uvedli, do jaké míry je podle jejich názoru vhodné, aby multidisciplinární tým fungoval právě u takového typu případů. Tyto typy případů, které jsme v dotazníku takto testovali, byly vymezeny na základě poznatků získaných v průběhu ostatních výzkumných činností řešených v rámci tohoto projektu. Kromě předem vymezeného okruhu

typů případů (viz níže tabulka č. 30) jsme také respondentům nechali prostor na volnou odpověď, tzn., mohli sami napsat, jaké typy případů nebo situací by v oblasti posuzování stupně závislosti bylo podle jejich názoru a zkušeností vhodné svěřit multidisciplinárnímu týmu.

Z rozložení odpovědí, tak, jak jsou prezentovány v tabulce č. 30, plyne, že nejvíce dotázaných by považovalo za vhodné, aby o stupni závislosti rozhodoval multidisciplinární tým v případě, že žadatel o příspěvek na péči trpí vzácným onemocněním, duševní chorobou či se jedná o případ, kdy budoucí vývoj onemocnění nelze v době vyřizování žádosti dobře předvídat. Podíváme-li se na zastoupení odpovědí, kdy respondent vyjádřil názor, že by v daném typu případů měl multidisciplinární tým rozhodovat „vždy“ či „někdy“, pak právě u těchto tří typů případů je z hlediska dotazovaných pracovníků agendy PnP multidisciplinární posouzení nejvíce žádoucí.

Naopak se jen malý podíl respondentů domnívá, že samotný fakt, že platnost posudku by měla být relativně krátká, by měl být důvodem, aby o takovém posudku rozhodoval multidisciplinární tým – v tomto případě se téměř 44% respondentů, kteří se k dané otázce vyjadřovali, klonilo k názoru, že toho není potřeba vůbec.

tab. č. 30 – typy případů a vhodnost posuzování multidisciplinárním týmem

<i>Typ případů</i>	Vhodnost posuzování vícečlenným týmem				
	VŽDY	NĚKDY	NENÍ POTŘEBA	NEDOKÁŽU ODHADNOUT	CELKEM
kolísavý zdravotní stav /tzn. zdravotní potíže a míra soběstačnosti se opakovaně výrazně mění/	26,9%	52,9%	9,4%	10,8%	100%
kumulace více zdravotních potíží, více chorob či postižení	25,1%	51,3%	14,0%	9,7%	100%
vzácná onemocnění	54,9%	30,6%	6,7%	7,8%	100%
duševní onemocnění	43,7%	41,4%	9,0%	6,0%	100%
případy, kdy k přesnému stanovení diagnózy není k dispozici specialista	41,1%	35,6%	12,2%	11,0%	100%
případy výrazně nejasného budoucího vývoje onemocnění	41,1%	43,4%	5,3%	10,1%	100%
případy, kdy žadatel neúspěšně opakovaně žádá o PnP/zvýšení PnP	33,3%	43,7%	15,4%	7,6%	100%
případy, kdy by měl mít posudek platnost dva roky a méně	11,3%	32,0%	43,7%	13,1%	100%

Respondenti, kteří využili možnosti formulovat vlastními slovy situaci či typ případů, u nichž by dle jejich názoru bylo vhodné zapojit do posouzení stupně závislosti multidisciplinární tým, odpovídali na různých úrovních obecnosti.

- někteří jmenovali konkrétní diagnózy či skupiny diagnóz, u kterých by takový postup byl podle jejich názoru vhodný. V tomto případě se nejčastěji objevoval názor, že předmětem multidisciplinárního posouzení by měly být případy poruch autistického spektra.

- jiní z respondentů popisovali typ situace, často pak situaci, která vzejde ze samotného průběhu vyřizování žádosti a posuzování stupně závislosti. V tomto případě zcela nejčastěji jako důvod pro multidisciplinární posouzení byla různými slovy popisovaná diskrepance mezi názorem sociálního pracovníka a pohledem medicínským: „*když se lékařská dokumentace odlišuje od výsledku sociálního šetření*“; „*Ve všech případech, kdy sociální pracovník nesouhlasí nebo si není jistý s výsledkem posouzení LPS, dále v případech, kdy sociální pracovník na základě zkušeností má potíže s podklady praktického lékaře žadatele*“; „*kdy došlo k zásadnímu rozporu sociálního šetření a posudkového závěru*“ atp.
- samostatnou kategorii pak tvořily i odpovědi respondentů, kteří se domnívali, že vždy by mělo být posouzení stupně závislosti záležitostí multidisciplinárního týmu v případě posuzování dětí: „*u žadatelů mladších 18 let – vždy*“.

..

VII. Pomoc žadatelům a pečujícím osobám ze strany pracovníků agentury PnP

Na závěr dotazníku jsme pracovníkům agentury PnP položili sadu otázek, které se týkají vybraných oblastí další pomoci zaměřené na žadatele/příjemce, případně pečující osoby, a souvisejí s problematikou zajištění dlouhodobé péče. Tyto oblasti se týkají zejména různých aspektů sociálního poradenství a úzce či volněji souvisí s účelem a využitím příspěvku na péči. Zařazením těchto otázek se snažíme zejména podchytit, jak široce pracovníci agentury PnP chápou svoji roli a do jaké míry by byli ochotni, pokud jim to organizační nastavení agentury PnP umožní, do své činnosti v rámci agentury PnP integrovat sociální poradenství.

Dotazované pracovníky agentury PnP jsme požádali, aby uvedli, do jaké míry je podle jejich názoru potřebné, aby pracovníci agentury příspěvku na péči svým klientům (žadatelům o příspěvek na péči a příjemcům příspěvku na péči či jejich rodinným příslušníkům) pomáhali různými způsoby (jejich výčet viz tabulka č. 31). Respondenti měli za úkol každý z vybraných způsobů pomoci ohodnotit na škále 1 – 6 z hlediska toho, do jaké míry je taková pomoc, poskytovaná z jejich strany, podle jejich názoru potřebná. Čím větší číslo označili, tím je daný způsob pomoci více potřebný, tedy hodnocení probíhalo na škále od 1 - „je to zcela nepotřebné“ až po 6 - „je to velmi potřebné“.

Podíváme-li se na to, jakých středních hodnot odpovědi respondentů dosáhly, je vidět, že respondenti celkově tíhli k deklaraci značné potřeby toho, aby v daných oblastech byla pomoc pracovníky agentury PnP klientům poskytována. Jako nejvíce potřebné vnímají ty oblasti poradenství, které úzce a přímo souvisí s příspěvkem na péči či přímo s řízením o příspěvek na péči, a to „informovat o právech a povinnostech žadatele v průběhu řízení o příspěvek na péči“ a „vysvětlovat možnosti využití příspěvku na péči“. Stejně tak respondenti považovali za velmi potřebné „poskytovat informace o dostupných sociálních službách“, zatímco na druhé straně pomoc v podobě toho, že u by této oblasti šli nad rámec sociálního poradenství a potřebnou sociální službu klientovi přímo zprostředkovali, získala z hlediska hodnocení potřeby a v porovnání s tím, jaké skóre odpovědí bylo dosaženo u ostatních testovaných oblastí pomoci, nejnižší skóre. Celkově je z dat prezentovaných v tabulce č. 31 patrné, zejména podíváme-li se na průměrné hodnoty odpovědí, že v porovnání s ostatními oblastmi dosahovaly oblasti pomoci, které zahrnovaly „zprostředkování“ nižší hodnoty, tzn. respondenti je z hlediska potřeby označovali jako o něco méně důležité. Zde je potřeba připomenout, že respondenti potřebnost hodnotili vzhledem k pomoci poskytované ze strany pracovníků agentury PnP, nikoliv obecně jako pomoc poskytovanou ze strany různých subjektů. Tzn. do míry „potřeby“ zřejmě promítali i vlastní možnosti v rámci agentury příspěvku na péči (viz níže).

Tab. č. 31 – hodnocení potřeby poskytovat klientům vybrané formy pomoci (na škále od 1 - „je to zcela nepotřebné“ až po 6 – „je to velmi potřebné“)

FORMA POMOCI ze strany pracovníků agentury PnP	PRŮMĚR	MEDIÁN	MODUS
poskytovat informace o dostupných sociálních službách	5,27	6,0	6
zprostředkovat pomoc od konkrétní sociální služby	3,53	3	3
vysvětlovat možnosti využití příspěvku na péči	5,66	6,0	6
zprostředkovat další pomoc ze strany sociálního pracovníka obce	4,52	5	6
Informovat o právech a povinnostech žadatele v průběhu řízení o příspěvek na péči	5,67	6	6
Informovat o možnostech získání kompenzačních pomůcek	5,14	6,0	6
Informovat o dalších sociálních dávkách	4,86	5,0	6
Poskytovat pomoc s podáním odvolání proti rozhodnutí o přiznání či zamítnutí příspěvku na péči	4,89	5,0	6
Zprostředkovat kontakty na odborníky či další pomáhající pracovníky	4,64	5	6

O tom, že někteří respondenti zřejmě míru potřeby opravdu hodnotili z hlediska toho, jak vnímají svoje vlastní možnosti v agendě PnP, tedy jakému typu pomoci by za daných podmínek dávali prioritu, svědčí i některé volné odpovědi na tuto otázku. Respondenti měli možnost u této otázky i vlastními slovy formulovat názor na to, jaká pomoc ze strany pracovníků agentury PnP je potřebná. Zde měli někteří z respondentů tendenci vysvětlovat, jak to mysleli, pokud označili nějakou formu pomoci za méně potřebnou než jinou, případně

vysvětlovali, proč rozlišování za potřebné a méně potřebné formy pomoci považují za diskutabilní např.: „Označené jak „Méně potřebné“ by měli, dle mého názoru, zprostředkovávat sociální pracovníci obce“; „potřebný je každý z uvedených bodů, otázkou je, zda by na podávání informací měli sociální pracovníci čas, když je nás stále málo, máme neustále nenaplněný stav a pracujeme stále přes čas“; sociální služby zprostředkovávají sociální pracovníci obce - při našem vytížení by se ještě prodloužila doba provedení sociálních šetření, tak vyřizování agendy PnP; komplexní péče o klienta = například včetně poradenství při zastupování atd., takto jsme byly zvyklé pracovat na MěÚ.

VII. Shrnutí

VII. 1. Vybrané pracovní charakteristiky pracovníků/pracovišť

Jak vyplývá z výše uvedených charakteristik souboru zejména z hlediska vzdělání, doby působení v agendě příspěvku na péči i ze struktury činností, které respondenti v rámci agendy PnP vykonávají, názory a zkušenosti spojené s problematikou posuzování stupně závislosti v rámci řízení o PnP s otázkami a tématy týkajícími se spolupráce s posudkovými lékaři, případně možností zapojení dalších odborností, jsme získali od kvalifikovaných pracovníků agendy PnP, z nichž velká část působí v agendě dostatečně dlouho dobu na to, aby zkušenosti se současným způsobem posuzování příspěvku na péči a názory na to, jaké by byly vhodné či méně vhodné modifikace stávajícího způsobu posuzování, byly považovány za relevantní, podložené praxí i kvalifikací.

Většinu výzkumného souboru tvořili pracovníci agendy PnP zařazení na pozici „sociální pracovník“ (více než tři čtvrtiny všech respondentů), méně než jednu pětinu tvořili vedoucí pracovníci a zbývající malý podíl představovali respondenti na pozici „referent“. Nicméně tato rozložení pracovních pozic neodráží dobře spektrum činností, které jednotliví dotazovaní pracovníci v rámci agendy příspěvku na péči dle vlastních vyjádření vykonávají – klíčové činnosti, které lze považovat za hlavní činnosti sociální práce v rámci agendy PnP- tedy zejména provádění sociálního šetření, komunikace se žadateli v různých fázích řízení, či sociální poradenství, provádějí v různé míře nejen pracovníci zařazení na pozici „sociální pracovník“, ale také vedoucí pracovníci či referenti. Tomu odpovídá také vzdělanostní složení výzkumného souboru, kdy jsme zjišťovali, kdo z respondentů měl v době konání sběru dat ukončenou nějakou z forem vzdělání, které v současné době vyžaduje zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách jako odbornou způsobilost pro výkon povolání sociálního pracovníka. V § 110, odst. (4), pís. A – d jsou definovány formy vzdělání, kterými lze v současné době naplnit předpoklady odborné způsobilosti k výkonu povolání sociálního pracovníka¹. Podíl pracovníků

¹ a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu 40) v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

agendy PnP, kteří splňovali některou ze zákonem stanovených forem vzdělání pro výkon povolání sociálního pracovníka, činil v našem výzkumném souboru více než 90 %. To znamená, že více respondentů mělo patřičné vzdělání pro výkon sociální práce, než kolik jich skutečně bylo zařazeno na pracovní pozici „sociální pracovník“.

Co se týče úvazků pracovníků agendy PnP, které mají na kontaktním pracovišti ÚP (bez ohledu na to, kolik agend mají na starosti), lze na základě našich zjištění říci, že k „drobení“ úvazků a tendenci zaměstnávat pracovníky na nižší úvazky zřejmě na těchto pracovištích, alespoň u pracovníků, kteří se podílejí na agendě PnP, nedochází. 91% respondentů mělo dle svého sdělení v době sběru dat celý úvazek. Ke kumulaci agend na pracovištích dochází, to znamená, že celý úvazek ještě neznámá, že daný pracovník se plně věnuje pouze agendě příspěvku na péči. Nicméně kumulace agend je nižší, než jsme na základě předchozího kvalitativního šetření očekávali. Je možné, že od roku 2014², kdy bylo toto šetření realizováno, došlo v této oblasti k posunu. Zatímco tehdy se z výpovědí sociálních pracovníků zdálo, že kumulace agend je poměrně běžným jevem, dle dat získaných z tohoto dotazníkového šetření vyplývá, že ke kumulaci agend sice dochází, ale většinou jde o dvě agendy, a to agendu PnP a agendu DOZP. Více než čtvrtina respondentů měla na starosti jen agendu PnP a zhruba 59% agendy dvě. Pouze 13,6% respondentů uvedlo, že se věnují třem nebo čtyřem agendám, přičemž z valné většiny se jednalo u vedoucí pracovníky. U sociálních pracovníků k takové kumulaci agend docházelo jen ve zlomku případů.

Z dalších charakteristik nás zajímala délka působení dotazovaných pracovníků v agendě PnP. Tento údaj jsme potřebovali znát především proto, abychom měli představu, jak zkušenosti jsou v dané oblasti pracovníci, od nichž získáváme odpovědi na otázky týkající se některých aspektů stávajícího způsobu zpracování žádosti o PnP, posuzování stupně závislosti a spolupráce s posudkovými lékaři. Zároveň je z těchto dat možné do jisté míry odvodit, jak vysoká je fluktuace mezi pracovníky agendy příspěvku na péči – ale toto jen velmi přibližně, protože nevíme, kolik pracovníků, kteří působí v agendě kratší dobu (např. méně než 2 roky), nahradilo pracovníka, který agendu opustil, a kolik z nich nastoupilo nově jako další posila v agendě PnP, tzn. nikoliv na uvolněné místo. Z tohoto důvodu lze předpokládat, že fluktuace je nižší, než jak by vyplývalo z námi zjištěných údajů o délce působení jednotlivých respondentů v agendě PnP. Přičemž i na základě těchto dat samotných se zdá, že obměna pracovníků není dramatická, tzn., není tak velká, aby ohrožovala kontinuitu fungování agendy PnP, předávání zkušeností

b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu⁴¹),

c) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),

d) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1998.

² Projekt TD020037, Využívání poznatků sociálního šetření v sociální práci se žadateli o příspěvek na péči

atd. Více než pětina respondentů působí v agendě PnP od začátku fungování této dávky, naopak zcela nových pracovníků (s menší než roční praxí v PnP) bylo v našem souboru pod 7%.

Kromě toho, jaké jsou pracovní charakteristiky pracovníků agentury PnP a činnosti, které vykonávají, jsme se snažili podchytit i některé organizační aspekty vyřizování žádostí o příspěvek na péči. Šlo nám o to udělat si představu, zda a do jaké míry je vyřizování žádostí o příspěvek na péči roztržštěné mezi více pracovníků agentury PnP. Z hlediska multidisciplinárního posuzování stupně závislosti, zejm. pokud by v takovém posuzování měl sociální pracovník figurovat jako rovnocenný protějšek posudkového lékaře, se jedná o klíčový poznatek. Aby mohl sociální pracovník na takovém způsobu posuzování plnohodnotně participovat a jeho pozice nebyla oslabená tím, že nemá ucelenou představu o daném případě a situaci daného žadatele, je co nejmenší fragmentace vyřizování žádosti o příspěvek na péči zásadní podmínkou. Z odpovědí, které jsme na otázky týkající se organizace vyřizování žádosti získali, vyplývá, že na řadě pracovišť ještě k značné dělbě práce v průběhu vyřizování žádosti dochází, na některých pracovištích navíc stále přetrvává využívání externistů pro provádění sociálního šetření, nicméně se jasně ukázalo, že to zdaleka není praxe většinová. Společnou analýzou odpovědí na otázky týkající se využívání externistů na provádění sociálního šetření, využívání podatelny při přijímání žádostí a počtu pracovníků, kteří se zpracováním žádosti zabývají, vyplynulo, že relativně největší podíl tvoří pracoviště upřednostňující minimální či žádnou fragmentaci vyřizování žádosti (viz tabulka č. 14). Jinak řečeno – model vyřizování žádosti o příspěvek na péči, kdy jeden pracovník má vysoký přehled o této žádosti a většinový či úplný podíl na jejím zpracování až do vydání rozhodnutí, je nejen v praxi možné uplatňovat, ale na mnoha pracovištích funguje.

VII. 2. Kontakty a spolupráce s posudkovými lékaři

Z dat získaných od pracovníků agentury PnP jednoznačně plyne, že z jejich pohledu a dle jejich zkušeností spolupráce s posudkovými lékaři v podstatě neexistuje a míra komunikace i o zcela praktických záležitostech, jako jsou např. administrativní náležitosti vyřizování žádosti o PnP je nízká a v mnoha případech navíc zprostředkovaná referentkami/tajemnicemi LPS. Naopak k osobní komunikaci tváří v tvář mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem nedochází prakticky nikdy. Většinou se jedná o komunikaci telefonickou či písemnou. Zhruba 38% všech respondentů navíc uvedlo, že mezi nimi a posudkovými lékaři k žádné komunikaci nedochází. Jak prezentujeme výše, zjišťovali jsme, zda ke komunikaci dochází v řadě situací, o nichž jsme se domnívali, že by v nich ke komunikaci mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem docházet mohlo či mělo, případně jsme z předchozího kvalitativního výzkumu měli od sociálních pracovníků agentury PnP informace, že tyto situace jsou důvodem k zahájení komunikace s posudkovým lékařem (viz tab. č. 20). Lze říci, že ve všech z těchto případů dochází dle dotazovaných pracovníků agentury PnP ke komunikaci s posudkovým lékařem výjimečně, či k ní nedochází nikdy.

Co se týče vzájemných setkávání sociálních pracovníků a posudkových lékařů, o nichž v předchozím již zmíněném kvalitativním výzkumu někteří tehdy dotazovaní sociální pracovníci hovořili jako o sporadické, ale pro ně důležité příležitosti vyjasnit si s posudkovými lékaři řadu otázek, týkajících se posuzování stupně závislosti, kvantitativní data ukazují, že k podobným setkáváním skutečně dochází spíše výjimečně, ojediněle a většina pracovníků agentury PnP zatím nikdy neměla příležitost se takového setkání zúčastnit. Jak přitom ukazují odpovědi na jinou otázku, v níž jsme zjišťovali, do jaké míry by pracovníci agentury PnP považovali za žádoucí různá opatření a změny ve směru k větší spolupráci mezi nimi a posudkovými lékaři, právě různé formy společných setkávání byly označovány za velmi žádoucí – položky jako např. organizování společných metodických dnů či společná školení by podle respondentů byly velmi užitečné. (podrobněji viz tab. č. 28).

Ti z respondentů, kteří označili stávající míru spolupráce za nedostatečnou, pak byli dotazováni, v čem spatřují největší překážky pro to, aby míra spolupráce s posudkovým lékařem mohla být vyšší. Pracovníci agentury PnP, kteří na tuto otázku odpovídali, spatřovali největší problém ve vysoké pracovní zátěži posudkových lékařů, v chybějících organizačních předpokladech spolupráce, v tom, že podle jejich názoru nemají posudkoví lékaři a sociální pracovníci stejné pravomoci. K otázce vnímaných nestejných pravomocí sociálního pracovníka a posudkového lékaře lze ještě doplnit, že z odpovědí na jiné otázky vyplývá, že pracovníci agentury PnP mají celkově tendenci hodnotit svůj význam a zejména význam sociálního šetření jako nižší – např. téměř 80% dotázaných uvedlo že „lékařské podklady mají vždy větší význam“ či „lékařské podklady mají většinou větší význam“. Celkově lze ale konstatovat, že u téměř všech okolností, které jsme v dotazníku testovali jako z hlediska respondentů možné překážky spolupráce, bylo dosaženo vysokého skóre, tzn. téměř všechny byly vyhodnoceny jako výrazná překážka spolupráce. Největší výjimku tvořila položka, která se týkala podpory spolupráce ze strany nadřízených – v této oblasti respondenti v podstatě žádný problém neshledali.

VII.3. Představy o žádoucí podobě posuzování stupně závislosti

Důležitou součástí dotazníku byly otázky směřující k podchycení toho, jaké úpravy či změny stávající praxe posuzování stupně závislosti by z pohledu pracovníků agentury PnP byly vhodné. Hlavní zjištění této části dotazníkového šetření lze zjednodušeně shrnout do poznatku, že navzdory tomu, že respondenti měli různé výhrady ke stávající praxi, zdá se, že možnost rozsáhlé změny této praxe by spíše nepodporovali. Z odpovědí respondentů můžeme spíše odvodit, že přijatelnější by pro ně byly drobné úpravy této praxe, a to, mimo jiné, i směrem k posílení pozice sociálního pracovníka, ustavení vyšší míry spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři a k celkovému sblížení a většímu propojení práce jejich a práce posudkových lékařů. Avšak změny, či modely, které by znamenaly dominanci sociálních pracovníků, či úplné přenesení rozhodování o stupni závislosti na sociální pracovníky dotazovaní pracovníci agentury PnP jednoznačně odmítli. Pokud se měli vyjádřit k několika různým variantám nastavení posuzování stupně závislosti, kdy tyto varianty byly popsány

zejména z hlediska role a významu sociálního pracovníka a posudkového lékaře, či dominance sociálního/medicínského pohledu (viz tabulka č. 29), respondenti se jednoznačně přikláněli k variantě „zachování stávajícího způsobu určování stupně závislosti bez výraznějších změn“. Pokud měli ale v jiné otázce respondenti vybrat jeden ze tří obecněji popsanych modelů, který by podle nich byl pro posuzování stupně závislosti nejvhodnější, jenom velmi nízký počet, méně než desetina výzkumného souboru, označil model, který popisoval stávající stav. Preference se naopak rozdělily mezi modely, které předpokládají rozsáhlejší a rovnocenný způsob spolupráce mezi sociálními pracovníky agentury PnP a posudkovými lékaři (viz graf. č. 29).

Kromě způsobů nastavení spolupráce a komunikace mezi sociálními pracovníky agentury PnP a posudkovými lékaři v rámci posuzování stupně závislosti, jsme také zjišťovali názor pracovníků agentury PnP na vhodnost a způsob zapojení dalších odborníků do posuzování stupně závislosti. V tomto ohledu se pohled respondentů lišil v tom, zda zahrnout jako podklady brané v úvahu při rozhodování o stupni závislosti i vyjádření či informace jiných odborností, než dosud, tzn. než je medicína a sociální práce, a zda tyto odborníky přímo angažovat během samotného posuzování stupně závislosti. Zatímco přibližně polovina respondentů by bylo pro zohledňování vyjádření i jiných odborností, kdy jmenovali zejména psychology, pedagogy, pracovníky sociálních služeb, fyzioterapeuty atd. (viz výše kap. VI. 3), pro možnost, že by se další odbornosti měli podílet přímo na určování stupně závislosti, bylo jen třetina dotázaných (a z těch, kdo byli pro, mnozí uváděli, že tímto odborníkem přímo účastným na určení stupně závislosti by měl být sociální pracovník agentury PnP, neboť dosud to tak není).

Nezávisle na předchozích otázkách jsme pracovníkům agentury PnP kladli také otázku, zda by bylo podle jejich názoru vhodné, aby rozhodnutí o stupni závislosti prováděl multidisciplinární tým. V tomto případě převládá názor, že by to bylo vhodné v některých případech. Respondentů, kteří odpověděli, že by to bylo vhodné vždy či v některých případech, bylo více, než kolik se jich obecně přiklonilo k možnosti zapojit do rozhodování o stupni závislosti i další odbornosti. Mezi typy případů, kdy by rozhodnutí o stupni závislosti mělo být výsledkem práce multidisciplinárního týmu, pak byla nejčastěji jmenována duševní onemocnění, dále pak vzácná onemocnění a případy, kdy je prognóza dalšího vývoje onemocnění nejistá.

Zdá se tedy, že pracovníci agentury PnP celkově vidí jako přínosné multidisciplinární posouzení pouze v takovém uspořádání, kdy nebude posuzování stupně závislosti zatíženo či ztíženo nutností posuzovat jej multidisciplinárně ve všech případech, ale kdy bude multidisciplinární posouzení využíváno diferencovaně a pružně v situacích a u případů, které jsou z různých důvodů nejasné, hůře posouditelné či sporné. V souladu s tím také respondenti navrhovali, aby docházelo k multidisciplinárnímu posouzení v situaci, kdy dojde k velkému nesouladu mezi zjištěním sociálního pracovníka a posudkového lékaře.

