

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

Příprava lékařských podkladů pro potřeby posouzení stupně závislosti a role praktických lékařů v příspěvku na péči

Kvalitativní šetření praktických lékařů pro dospělé a
praktických lékařů pro děti a dorost

Tento výstup byl vytvořen s finanční podporou TA ČR.

Neprošlo jazykovou úpravou.

I. ÚVOD	3
I.1. DOSUD ZÍSKANÉ POZNATKY	3
II. METODOLOGIE ŠETŘENÍ	6
II.1. Výzkumný design a sběr dat	6
II.2. Okruhy zjišťovaných témat	6
II. 3 . Analýza dat	8
III. VÝSTUPY Z ŠETŘENÍ	10
III.1. PRÁCE S TISKOPISEM A SHROMAŽĐOVÁNÍ PODKLADŮ	10
III.1.1. Zkušenosti a postupy při vyplňování tiskopisu	10
III.1.2. Kompletace lékařských podkladů pro posudkového lékaře	13
III.1.3. Metodiky, metodické vedení, možnost konzultace	18
III. 2. OBTÍŽE A PŘEKÁŽKY PŘI PŘÍPRAVĚ PODKLADU PRO POSUDKOVÉ LÉKAŘE	21
III.2.1. Potíže s tiskopisem	22
III.2.2. Problematické diagnózy a zdravotní stavy	24
III.2.3. Lhůty	27
III. 2.4. Přeposuzování	28
III.3. ŠIRŠÍ ROLE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V PŘÍSPĚVKU NA PÉČI	29
III.3. 1. Vnímání příspěvku na péči a informovanost o této dávce	29
III.3.2. Vnímání vlastní role ve vztahu k příspěvku na péči	33
IV. ZÁVĚR: SHRNUTÍ A PŘEDBĚŽNÉ NÁVRHY SMĚŘOVÁNÍ DOPORUČENÍ.....	39

I. Úvod

Cílem provedení kvalitativního šetření mezi praktickými lékaři a lékaři pro děti a dorost bylo získat data, která z dosavadních výzkumů týkajících se různých stránek posuzování nároku na příspěvek na péči a faktorů, které ovlivňují stanovení stupně závislosti, zatím nejsou k dispozici. Jedná se o roli praktických lékařů v této oblasti zejména toho, jakým způsobem přistupují k přípravě podkladů pro posudkového lékaře a jak celkově vnímají svůj význam a svoji roli ve vztahu k příspěvku na péči.

Tato oblast nebyla dosud zkoumána, byť podklady, které lékaři posudkové službě připravují, představují zdroj informací, jež má pro posouzení stupně závislosti zásadní význam. Data, která o této problematice byla do této doby k dispozici, pocházela od jiných subjektů – tzn. jednalo se o zkušenosti a pohled sociálních pracovníků a zejména posudkových lékařů. Z výpovědí zkoumaných sociálních pracovníků a posudkových lékařů poměrně jednoznačně plynulo, že lékařské podklady jsou dominantním zdrojem informací, které jsou při posuzování stupně závislosti vyhodnocovány, nicméně z výpovědí stejných zkoumaných osob zároveň vyplývalo, že tato oblast je zatížena řadou ambivalencí, nejasností a napětí, které jsou bez výzkumu samotných tvůrců/dodavatelů těchto podkladů obtížně pochopitelné.

Rovněž je velmi obtížné navrhnout úpravy praxe poskytování informací od ošetřujících lékařů, aniž by bylo jasné, jak tato praxe vypadá, co ji ovlivňuje a kde jsou případné překážky ke zlepšení a sjednocení kvality těchto podkladů a k větší plynulosti jejich dodávání ze strany praktických lékařů, což je obojí – alespoň na základě sdělení získaných od posudkových lékařů během předchozích výzkumů - žádoucí. Na zkvalitnění a zvýšení spolehlivosti podkladů od praktických lékařů lze pak nahlížet nejen jako na cestu ke zvýšení spolehlivosti a také hodnověrnosti procesu posouzení stupně závislosti, ale též jako posílení určité interdisciplinarity v rámci medicínského pohledu (resp. posílení plurality pohledů na situaci žadatele o příspěvek). Z hlediska posuzování příspěvku na péči je to pohled odlišný, protože praktický lékař většinou zná žadatele o PnP dlouhodobě, osobně, je schopen zachytit vývoj zdravotního stavu, spolupůsobení různých dg. a zdravotních potíží a sejdou se u něj podklady od různých specialistů.

I.1. Dosud získané poznatky

Z hlediska toho, jak vnímají a popisují význam ošetřujících lékařů a podkladů, které posudkovým lékařům pro potřeby určení stupně závislosti poskytují, se sociální reformou v roce 2012 nic podstatného nezměnilo. Většina poznatků, k nimž jsme na základě výzkumu sociálních pracovníků agendy příspěvku na péči, toho času na obcích, a posudkových lékařů, byla potvrzena výzkumem realizovaným v letech 2014 – 2015, do něhož byli rovněž zapojeni sociální pracovníci agendy příspěvku na péči (při kontaktních pracovištích ÚP ČR) a posudkoví lékaři. Problematikou role ošetřujících, především praktických lékařů žadatelů o příspěvek na péči z hlediska sociálních pracovníků a posudkových lékařů jsme se částečně věnovali i ve výzkumných zprávách publikovaných z těchto výzkumů (viz. Musil et al., 2011: 148 – 155; Havlíková, Hubíková, 2015: 86 – 90) a dále v pracovním materiálu, určeném pro potřeby workshopu k vytváření metodiky sociálního šetření v příspěvku na péči.

Pokud by měly být tyto poznatky stručně shrnuty v hlavních bodech, lze říci, že:

- posudkoví lékaři i sociální pracovníci se shodují na tom, že výsledné rozhodnutí o stupni závislosti se opírá zcela či v rozhodující míře o zdravotní dokumentaci poskytnutou od ošetřujícího lékaře žadatele, což je nejčastěji praktický lékař pro dospělé či praktický lékař pro děti a dorost. Zatímco sociální pracovníci tento názor zakládají spíše na nepřímých zkušenostech např. s tím, jak posudkový lékař zohledňuje informace ze sociálního šetření, zejm. nejsou-li podle jeho názoru ve vzájemném souladu apod. Na druhé straně posudkoví lékaři hovořili o své praxi s nakládáním s různými zdroji informací přímo, a z jejich výpovědí mj. plyne, že:
 - posudkoví lékaři připouštějí více či méně výrazné nadřazování informací z lékařské dokumentace, a z toho často zejména diagnózy/diagnóz nad jinými typy informací. U posudkových lékařů často nakonec převáží přesvědčení, že popis zdravotního stavu v lékařských nálezech (které ovšem také mohou být neúplné – viz níže) je stěžejní. Někteří posudkoví lékaři jsou přesvědčeni, že na základě těchto nálezů jsou schopni přesně odhadnout individuální konsekvence popsaného stavu a sociální šetření je nadbytečný, v lepším případě „dokreslující“ podklad. *„Jestliže ta diagnóza je jasná, tak můžeš v sociálním šetření psát cokoliv. To mě už pak jako nechci říct nezajímá, ale neberu to v potaz. Jestliže... Přeženu to. Sociální šetření tam teda napíše, že WC zvládá bez problémů, že jo. A teďka praktik mi tam napíše, že má trvale močovou cévku, kterou si nezvládne obhospodařovat. Tak já nemám co řešit. Tak je to přece jasný.“ (PL)*
 - lékařskou dokumentaci považují posudkoví lékaři za celkově spíše objektivní /na rozdíl od sociálního šetření, které je podle jejich názoru zatíženo subjektivitou sociálního pracovníka/ a posudkoví lékaři mají tendenci předpokládat, že poznatky uvedené pouze v SŠ bez opory v lékařských nálezech vznikly agravací potíží žadatelem. V krajní podobě pak takovýto postoj posudkových lékařů může vést až téměř k explicitnímu odmítnutí sociálního šetření jako nadbytečného elementu v procesu rozhodování o přiznání stupně závislosti, resp. vnímání sociálního šetření jako komplikujícího nadbytečného prvku celého procesu, na který je ale při rozhodnutí nutné brát zřetel – jako (téměř) výhradní zdroj poznání klientových potřeb je pak chápána zdravotnická dokumentace.
- Na druhé straně jsou posudkoví lékaři k celkové kvalitě, a zejména pak úplnosti, aktuálnosti, spolehlivosti či sdělnosti podkladů, které dostávají od praktických lékařů, poměrně skeptičtí. Posudkoví lékaři se tak nacházejí v situaci, kdy na jedné straně považují podklady od praktických lékařů za klíčové, na straně druhé pochybují o jejich úrovni. Někteří posudkoví lékaři, kteří byli dotazováni v rámci výzkumu, odhadovali podíl špatně zpracovaných lékařských podkladů jako poměrně vysoký - jeden z nich dokonce odhadoval, že dle jeho zkušenosti je téměř polovina lékařských nálezů, se kterými pracuje, nekvalitní, tj. buď neúplná, nebo naopak neopodstatněně nadhodnocuje závažnost zdravotního stavu žadatele. Celkově posudkoví lékaři poukazovali zejména na následující typy nedostatků v podkladech od praktických lékařů, které mají k dispozici jako podklad pro rozhodnutí o stupni závislosti:

- podklady jsou často nepřehledné, případně roztříštěné. Lékař přiloží řadu dílčích zpráv bez ohledu na jejich relevanci či aktuálnost.
 - podklady často nejsou kompletní. Důležité věci někdy chybí, naopak jsou přiloženy informace redundantní.
 - podklady jsou někdy zastaralé, tzn. chybějí aktuální vyšetření. Sociální pracovníci poukazovali na to, že dle jejich zkušenosti někdy je neaktuálnost podkladů způsobena neochotou praktických lékařů navštívit své pacienty doma. *“ Donutit obvodáka někdy, aby toho člověka navštívil, to je katastrofa. Prostě pro toho obvodáka tam musí dojet svým autem ta rodina a zase ho milostivě odvézt. To mě přijde úplně tragický.” (SP)* „ Jsou praktičtí lékaři, kteří jezdí za klientama domů, takže znají ho, nepotřebují, aby se tam dostavoval. Jsou lidi, stává se nám, kteří nebyli 10 let u doktora, takže to je trošku problém.” (SP)
 - podklady jsou někdy vyplněny nepřehledně či nejednoznačně
 - nízká věrohodnost v některých případech – posudkovým lékařům se někdy zdá, že praktičtí lékaři chtějí svému pacientovi vyhovět více, než je vhodné, a zdravotní stav popíší jako vážnější, než odpovídá skutečnosti.
- Možnost posudkových lékařů dobrat se nápravy vnímají posudkoví lékaři jako spíše teoretickou. Celkově vyjadřovali posudkoví lékaři pocit, že mají málo prostředků na to, aby ošetřujícího lékaře přiměli ke kvalitnějšímu zpracování potřebných podkladů. Využívají v podstatě jen jedinou možnost, a to vrácení podkladů ošetřujícímu lékaři k doplnění nebo přepracování. Ostatní možnosti nevyužívají, mimo jiné i proto, že je to příliš zdoluhavé a časově náročné. Navíc podle zkušeností posudkových lékařů není záruka, že opravený podklad bude ve výsledku kvalitnější než ten původní a navíc tento krok znamená zdržení celého řízení o PnP, tedy další prodlevu pro žadatele o PnP.
- Lhůty - posudkoví lékaři, ale i sociální pracovníci, se shodují, že lékaři v řadě případů nedodržují správní lhůty pro odeslání podkladů příslušné správě sociálního zabezpečení. *„Kolikrát i slyšíme LPS, jaké má zkušenosti s těmi ošetřujícími lékaři, že je musí iks krát nutit, aby jim poslali ten posudek, nebo aby se jim nějak vyjádřili.” (SP & VED)*
„Bohužel teda máme tady jednu obvodní paní doktorku, která odmítá poměrně dost spolupracovat, takže některý dávky se nám třeba táhnou půl roku.” (SP)
- Celkově se zdá, že komplikace a prostoje, které vznikají tím, že ošetřující lékaři otálejí s poskytnutím podkladů či je neposkytnou kompletně, zabírají posudkovým lékařům poměrně dost času. Jejich pozornost zaměstnává především snaha získat či doplnit informace o zdravotním stavu, čímž často spotřebují hodně času, a zároveň běží lhůty. V některých případech se také může stát, že když je prodleva příliš velká a zdravotní stav posuzovaného se rychle zhoršuje, tak sociální šetření vlastně za tu dobu zastará. *„Řekla bych, že hlavní takový zdržení nastane v té části s praktickými lékaři, to je asi všude stejně, takže já se snažím, jestliže je to sociální šetření na začátku měsíce, a máme tady ty nálezy, tak v podstatě do toho měsíce dalšího je to vyřízený. Pokud ale nemusíme hledat nějaký doplňující nálezy.” (PL, obvod VIII)*

II. Metodologie šetření

II.1. Výzkumný design a sběr dat

Výzkum praktických lékařů byl navržen jako kvalitativní šetření za použití polostandardizovaných rozhovorů. Do šetření byly zahrnuti jak praktičtí lékaři pro dospělé, tak praktičtí lékaři pro děti a dorost, a to v poměru zhruba 2:1. Tento poměr byl zvolen záměrně, tzn. nelze říci, že odpovídá např. poměru, v jakém jsou vypláceny příspěvky na péči dětem a dospělým. Z tohoto hlediska, tzn. z hlediska počtu vyplacených dávek dětem/dospělým, je jasné, že hlavní objem lékařské dokumentace pro potřeby posouzení stupně závislosti pochází od praktických lékařů pro dospělé. Dle Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí za rok 2014 například bylo v roce 2014 vyplaceno celkem 331,6 tis. příspěvků na péči. Z toho bylo celých 304 tis. vyplaceno osobám nad 18 let a pouze 27,6 tis. osobám do 18 let věku. To znamená, že téměř 92% příspěvků na péči je vypláceno dospělým a něco přes 8% dětem a mladistvým do 18 let. Můžeme předpokládat, že také počet žádostí, tedy i počet připravovaných lékařských podkladů – tedy vyplněných tiskopisů pro potřeby posouzení stupně závislosti, bude rovněž odpovídat zhruba tomuto poměru. Nicméně pokud bychom v tomto poměru chtěli zahrnout praktické lékaře pro dospělé a praktické lékaře pro děti a dorost, bylo by nutné na zařazení lékařů pro děti a dorost do šetření rezignovat. To znamená, že do výzkumu byl zařazen takový počet pediatriů, aby mělo smysl si při analýzách všimnout i případných rozdílů v přístupu pediatriů a praktických lékařů pro dospělé k této problematice.

Bylo uskutečněno celkem 32 polostrukturovaných rozhovorů s 21 praktickými lékaři pro dospělé a s 11 praktickými lékaři pro děti a dorost s různých lokalit v ČR – kdy zastoupena jsou města různých velikostí a rovněž venkovské oblasti Čech i Moravy. Při interpretaci dat je třeba mít na paměti také fakt, že abychom získali celkem 32 rozhovorů, bylo nutné oslovit více než 100 praktických lékařů. Praktičtí lékaři účast ve výzkumu odmítali především s odůvodněním, že tato oblast pro ně není zajímavá či významná.

II.2. Okruhy zjišťovaných témat

Scénář polostrukturovaných rozhovorů byl koncipován především na základě poznatků z předchozích výzkumů, tj. na základě identifikování oblastí, v nichž jiní aktéři relevantní v řízení o PnP spatřovali potíže či překážky (viz výše). Dále jsme zařadili témata týkající se vlastního vnímání své role a vlastních možností praktických lékařů v rámci systému příspěvku na péči spolu s tím, jak celkově tito lékaři příspěvek na péči jako typ dávky vnímají, a jaké povědomí o něm mají. Tím jsme reagovali na to, že se jak na straně zástupců uživatelů dávky (tzn. osob se zdravotním postižením a pečujících), tak např. i na straně tvůrců politik, objevují úvahy o možnosti posílení role praktických lékařů, případně o jejich zapojení do rozhodování o stupni závislosti apod. Do scénáře rozhovoru byla tedy zapracována následující témata:

➤ Lékařský nález pro posouzení zdravotního stavu

Téma směřovalo k podchycení problémů spojených s vyplňováním příslušného tiskopisu, kdy nás v rámci našeho výzkumu zajímalo vyplňování formuláře pro „stanovení stupně závislosti a schopnosti zvládat základní životní potřeby“. V rámci tohoto tématu bylo cílem zjistit zejména:

- jak velkou zkušenost má daný lékař s vyplňováním formuláře „Lékařský nález pro posouzení zdravotního

stavu pro účelystanovení stupně závislosti a schopnosti zvládat základní životní potřeby“

- jak velkou zátěž tato povinnost pro lékaře představuje
- zda je tento formulář, jeho jednotlivé části a pojmy v něm používané pro lékaře srozumitelné a smysluplné
- na jaké potíže při vyplňování tohoto formuláře naráží
- lhůty a dodržování lhůt
- jaké podklady sám lékař pro vyplnění formuláře pro posudkového lékaře potřebuje a zda se mu se daří je shromáždit
- zda má pro přípravu tohoto formuláře pro posudkového lékaře nějakou metodickou podporu

➤ Spolupráce/komunikace s posudkovými lékaři :

- zda lékař někdy komunikuje s posudkovým lékařem
- kdo a v jakých případech tuto komunikaci zahajuje
- zda a jak často se posudkový lékař obrací na lékaře a s čím (např. doplnit dokumentaci, něco ujasnit, ověřit atd.)

➤ Zpětná vazba

Toto téma směřuje k zjištění, zda si lékař nějakým způsobem zjistí, jak a v čem byly informace v Lékařském nálezu pro posouzení zdravotního stavu pro účely „stanovení stupně závislosti a schopnosti zvládat základní životní potřeby“ , které poskytl, využity, tedy zejména zda se dozvídá :

- co bylo zohledněno při posuzování stupně závislosti, co nikoliv
- jak celé řízení dopadlo
- zda jeho pacient příspěvek dostal a v jaké výši

➤ Celkové povědomí lékaře o příspěvku na péči

Cílem tohoto části rozhovoru je ujasnit, jak dalece se daný lékař zajímá o příspěvek na péči nad rámec toho, že někdy vyplňuje pro posudkového lékaře Lékařský nález.:

- jaký význam celkově problematika příspěvku na péči pro daného lékaře má
- jak tuto dávku vnímá, co o ní ví a případně jaký má názor na její funkci
- jak dalece je o příspěvku na péči informován
- jakým způsobem se k němu informace dostávají a zda si je sám vyhledává

➤ Možnost/ochota informovat své pacienty

V tomto tématu jde o to podchytit, jak dalece lékař sdílí své informace o příspěvku na péči se svými pacienty, tedy:

- zda informaci o existenci příspěvku na péči či další podrobnější informace o této dávce někdy pacientům sděluje
- zda je přitom spíše aktivní (tzn. sám ze své iniciativy je informuje o existenci příspěvku) či pasivní (tzn. informuje jen pokud se pacient sám zeptá)
- které pacienty informuje – tzn. podle čeho se rozhoduje, že by se daný pacient o příspěvku měl dozvědět

➤ Role praktických lékařů v příspěvku na péči celkově

Téma představuje shrnutí toho:

- jak dotazovaný lékař vnímá svoji vlastní roli v příspěvku na péči
- co považuje za klíčové, jak vnímá roli praktických lékařů celkově
- zda by považoval za žádoucí nějaké změny v této oblasti.

II. 3 . Analýza dat

Všechny rozhovory byly přepsány a analyzovány s využitím programu Atlas/ti. Kódování vycházelo ze struktury scénáře jen částečně. Bylo spíše induktivní, tzn. vyplývalo z toho, o čem dotazovaní nejčastěji hovořili, na co kladli důraz, v jakých souvislostech určité věci zmiňovali apod. Jinak řečeno, byť se jednalo o polostandardizovaný rozhovor s poměrně podrobně strukturovaným scénářem, nebyl vodítkem pro kódování scénář, ale spíše obsah odpovědí dotazovaných lékařů. Otevřeným kódováním bylo takto vytvořeno 15 kódů, které byly následně rozděleny do čtyř skupin, tzv. rodin kódů (RK) , z nichž každá nese pracovní označení rámuující obsah kódu, které byly do dané rodiny kódů začleněny:

1. RK – „PŘÍPRAVA PODKLADŮ PRO POSUDKOVÉHO LÉKAŘE“ – zde se objevují kódy označující sdělení týkající se různých přístupů k vyplňování, strategií, priorit, shromažďování potřebných podkladů, toho, co lékaři považují za nutné/relevantní atd.
2. RK – „KNOW-HOW, METODIKY, PODPORA“ – zde jsou zařazeny kódy, které souvisí s tím, jaké mají lékaři s vyplňováním tiskopisů zkušenosti, jak si umějí poradit, zda mají k dispozici nějaké metodiky či návody, jak s tiskopisem pracovat, případně zda mají s kým v této oblasti konzultovat.
3. RK – „PŘEKÁŽKY A NEJASNOSTI“ – zde je zařazeno vše, co z hlediska lékařů může představovat komplikaci, překážku, zdržení, složitější vyplňování, či být naopak zdrojem nejasností či komplikací, prodlev apod.
4. RK – „ROLE A MOŽNOSTI PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ“ – zde jsou zařazeny kódy pokrývající témata, která se v širším smyslu vztahují k tomu, jakou roli praktičtí lékaři hrají či mohou hrát - od informování pacientů, přes další případnou pomoc se získáním PnP apod. Kontext tvoří to, jak lékaři příspěvek a jeho funkci celkově vnímají.

Výstup šetření je strukturován do tří obecnějších témat, která se opírají o výše nastíněné rozdělení kódů a rodin kódů. Jedná se o části týkající se práce s tiskopisem a shromažďování podkladů, dále potíží a překážek a na závěr role praktických lékařů celkově. Celá studie je zakončena nástinem oblastí, na něž by se mohla zaměřit opatření směřující k modifikaci stávající praxe praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost v oblasti participace na přípravě podkladů pro posudkové lékaře pro potřeby posouzení stupně závislosti, případně širšího angažmá praktických lékařů v této oblasti (např. role v oblasti informování pacientů).

III. Výstupy z šetření

III.1. Práce s tiskopisem a shromažďování podkladů

III.1.1. Zkušenosti a postupy při vyplňování tiskopisu

▪ doručení tiskopisu

Lékaři shodně hovoří o doručování formuláře v tištěné formě běžnou poštou. Někteří zmiňují dohodu s místním pracovištěm SZZ ohledně doručování formuláře také v elektronické formě. Při zpracování podkladů pak lékaři běžně využívají PC a někdy v podstatě přepisují údaje o pacientech, které mají v elektronické formě, do tištěného formuláře. To se týká zejména pediatriů, protože ti, jak je ještě vysvětleno níže v textu, mají častěji než praktičtí lékaři pro dospělé k dispozici ucelené a aktuální zdravotní informace o svých pacientech.

Lékaři se většinou dozvídají o tom, že pacient žádal o příspěvek na péči teprve ve chvíli, kdy přijde z příslušné správy sociálního zabezpečení žádost o vyplnění tiskopisu. Pouze u části případů vědí lékaři předem, že budou tiskopis vyplňovat, a mohou např. s předstihem připravit pacienta na to, že bude nutné obstarat aktuální lékařské zprávy od specialistů apod. Jedná se o případy, kdy pacienti o svém záměru žádat o příspěvek na péči lékaře předem zpraví, případně od něj na toto téma očekávají informace, nebo kdy naopak lékař sám pacientovi doporučí, aby si o tuto dávku zažádal.

„No, přijde poštou přímo ze sociálního úřadu. Více méně takhle. Buď je to po nějaký předchozí konzultaci se mnou a nebo ten člověk si zažádá sám.“ (DOSP II)

„V podstatě je to tak, že pacient je požádán na příslušném úřadě, třeba na úřadu práce, oni to předají potom sociální správě, sociální správa pošle zároveň ten den pozvánku tomu pacientovi, ať sem přijde a nám pošlou ten tiskopis, což je několikastránkový dokument. A my se pak s tím pacientem navzájem domluvíme, aby oni sem přišli, vyzpovídám ho, vyšetřím.“ (DOSP IV)

▪ četnost vyplňování tiskopisu

Frekvence vyplňování tiskopisu pro účely posouzení stupně závislosti se mezi jednotlivými dotazovanými lékaři značně liší. Zatímco někteří z nich hovořili o tom, že vyplňují tento tiskopis spíše sporadicky, pro jiné to byla poměrně běžná součást jejich praxe. Celkově lze říci, že větší četnost vyplňování tohoto typu tiskopisu jsme zaznamenali spíše u praktických lékařů pro dospělé. U pediatriů lze říci, že se počty pohybují měsíčně v řádu jednotek, a to v rozsahu od 2 až po 6 zpracovaných formulářů. Lékaři v této souvislosti implicitně poukazovali také na souvislost mezi charakterem lokality, ve které provozují praxi a počty žádostí o příspěvek na péči - jeden z respondentů explicitně uvádí, že má registrovaných více dětí s postižením, tedy z toho důvodu jsou žádosti čtenější.

„T: Třeba kolikrát za měsíc, za rok? R: No, já bych řekla, že...určitě si myslím, že do roka mezi deseti, patnáct už je moc, kolem deseti. Nemám zas takovou klientelu, že by to bylo tak časté, kolem těch deseti bych řekla.“ (PED II)

„R: Průměrem? Dva do měsíce“. (PED III)

„T: Jo a odhadnete třeba kolikrát za měsíc, za rok formulář vyplňujete?“

R: Pořád. (Ukazuje na haldu papírů, které leží v komínku na stole). Čtyři, pětkrát. Já mám hodně postižených dětí, takže já to jako mám měsíčně pět šest.“ (PED IX)

„T: Můžete zkusit odhadnout, jak často vyplňujete ten formulář, kolikrát za měsíc, za rok...?

R: No, to jde v takových salvách, to je zajímavé, i dva za měsíc, a někdy i pět za měsíc. Takže za rok... třeba... přemýšlím ... takových 30, 40 určitě.“ (PED V)

„Tak jeden měsíčně “ (DOSP II)

„No, nejméně třikrát za týden. Nevím přesně. Záleží to jak kdy, někdy je toho víc, někdy míň. Já si myslím, že ty dva tři za týden asi ano. Někdy samozřejmě je toho míň, nevím, ale teďka zrovna poslední dva týdny tady mám asi 5 těch formulářů.“ (DOSP VIII)

U některých lékařů také počet vyplňovaných tiskopisů zůstává v delším časovém horizontu víceméně konstantní, zatímco jiní uváděli, že počty vyplňovaných tiskopisů např. během roku značně kolísají.

"Teď bylo takové období, že jsem psala snad možná i jeden za ty tři měsíce. To je období různé, někdy píšeme i každý týden jeden, to se může stát. Nebo každý týden dva se i stalo, jsme psali." (DOSP I)

Celková zátěž praktických lékařů tímto typem administrativy je dána především celkovou skladbou jejich pacientů, zejména tím, kolik je u nich zaregistrováno seniorů, přičemž zvýšenou zátěž vyplňováním tiskopisů pociťují zejména ti lékaři, kteří zajišťují lékařskou péči např. o klienty domova pro seniory.

„Často záleží samozřejmě na.. na tom.. sektoru, nebo na tom věkovém rozložení těch lidí, které každý praktický lékař má, někdo má třeba mladší obvod, někdo starší, ale vyplňujeme to poměrně často, skoro tak jednou týdně, bych řekl.“ (DOSP XI)

„Záleží na obvodu, tady třeba jeden za měsíc, tady je to málo často. Tady jich není moc, tady je ta skladba pacientů, že to zas tak nevyžadují, ale jsou obvody, kde to může být třeba pět za týden, jo třeba. Takže tady je to tak jeden měsíčně dejme tomu, není to tak častý.“ (DOSP IV)

"No časté, hodně časté. My máme ještě domov důchodců, takže to je .My jich tak 10 měsíčně asi vyplníme." (DOSP XVII)

▪ doba potřebná k vyplnění tiskopisu

Stejně jako se liší frekvence vyplňování tiskopisu, variuje i doba, kterou podle svých odhadů lékaři k vyplnění tohoto tiskopisu potřebují. Jak ukázaly podrobnější analýzy, úzkou souvislost mezi tím, s jakou frekvencí daný lékař tiskopis vyplňuje, tzn. jakou s touto agendou zkušenost má, a kolik času mu vyplnění trvá, nelze nalézt, a to zejména u praktických lékařů pro dospělé.

"než to vyplním ... já toho člověka musím vyšetřit, a potom to píšu no.. to vyšetření může trvat já nevím, třeba 20 minut, jo i s těma dotazama, no a pak ten formulář vyplňovat, to je minimálně hodina a půl práce " (DOSP IX)

"A dlouho podle ... jak dlouho obvykle vyplnění tohoto formuláře trvá?

R: Hodinu." (DOSPX)

"R: Moje vyplnění, jo? Je to jenom vyplnění nebo to souvisí i ten čas toho vyšetření toho pacienta?

T: Asi celkově to vezměte i s tou přípravou.

R: Asi kolem tříčtvrtě hodiny.

T: I s tím vyšetřením?

R: No."(DOSP II)

"Většinou já třeba v ambulanci to nevyplňuju ty kolonky všechny, ale de facto, mám údaje v počítači, které dávám dohromady. Ten počítačový program mně to umožňuje, takže já si v podstatě všechny ty údaje, které potřebuje městská správa sociálního zabezpečení k rozhodnutí o udělení příspěvku v určité výši, tak de facto dávám všechno dohromady v tom počítači, takže vytisknutí mně trvá chvíli, takže tak, tak deset minut, než dám tu zprávu dohromady, tak 10 až 15 minut." (DOSP XI)

"Už jsem dělal dotazník, kterej sem sám dával dohromady skoro dvě hodiny. A jinak teda průměrně těch 30, 40 minut. Pokud teda ten dotyčnej má zdravotní kartu, pokud je potřeba studovat, vyhledávat kartu...ale pokud jako je to...jednak teda musím toho člověka mít tady, nebo já na návštěvu doma být, takže hodně věcí mně může jenom říct a já si to jenom ověřím, jestli jsou správný, jestli to souhlasí ve zdravotní dokumentaci." (DOSP XII).

V případě pediatrii lze jasněji rozpoznat několik faktorů, které časovou náročnost této agendy ovlivňují. Patří mezi ně délka praxe a zkušenosti s touto agendou, lékaři s déletrvající praxí přistupují ke zpracování s větší jistotou a pravděpodobně více rutinně. Dalším významným faktorem je doba evidence žadatele, resp. posuzovaného dítěte u daného lékaře. Pokud je lékař s dítětem a rodinou dlouhodobě v kontaktu a je detailně obeznámen s celkovou situací a diagnózami, tak je vyplňování formuláře méně náročné. Dobu nezbytnou pro zpracování také určuje, zda se jedná u daného pacienta o první žádost (zjišťovací tiskopis) nebo o kontrolní tiskopis, kde lékař údaje pouze aktualizuje. Výpovědi pediatrii naznačují, že zpracování podkladů usnadňuje také využívání počítače, který umožňuje rychlejší vyhledávání údajů o pacientech a současně ukládání dříve zpracovaných podkladů, které je možné rychleji aktualizovat. Celkově ale v porovnání s praktickými lékaři pro dospělé se zdá, že pediatrii nad jedním tiskopis stráví, či jsou ochotní strávit více času.

„T: Jak dlouho podle Vás obvykle to vyplnění toho formuláře trvá?

R: No tak jako pokud je to nějaká závažnější diagnóza tak myslím, že tak hodinu mně to dá.

T: Na co se nejvíc soustředíte, když vyplňujete tenhle formulář?

R: Tak záleží na tom, čeho se to týká, jestli je to příspěvek na auto nebo je to vyloženo přímo jako nějaký to první vyšetření, tak samozřejmě hlavně na ty zprávy těch odborníků, protože na tom je to si myslím hlavně hodně založený, takže na to a samozřejmě zdravotní stav toho dítěte.“ (PED II)

„T: Jak dlouho podle Vás obvykle vyplnění toho formuláře trvá?

R: No, tu půl hodinu jo. Vyhledat všechny nálezy, okopírovat, připravit, tak tu půl hodinu.“ (PED III)

„R: Podle toho, jestli máš to dítě už dlouho jako, tak toho máš strašně moc. Když máš kratší dobu, tak základní informace, většinou si to беру dom a prostě to píšu odpoledne doma v neděli. Třeba jednu tu si dám do pořádku, dohromady. Jedno to dítě. Takže třeba já nevím, tři čtyři hodiny, jak který...“ (PED IX)

„R: Poctivé vyplnění toho formuláře poprvé, pokud je to ten zjišťovací tiskopis, tak trvá dvě a půl až tři hodiny. Pokud je to tiskopis zjišťovací. Pokud je to takzvaně kontrolní tiskopis, tak vzhledem k tomu, že v posledních asi 2 letech, možná v 3 letech, používám počítač, takže tam si můžu dovolit ta data pouze aktualizovat, ale i tak, i vyplnění toho kontrolního tiskopisu trvá tak hodinu až hodinu a půl. " (PED_VI)

To, jak dlouho jednotlivým lékařům vyplnění tiskopisu trvá, záleží mimo jiné na tom, jakou důležitost celkově přisuzují lékařské dokumentaci pro úspěch řízení, jak moc považují za důležité, aby pacient příspěvek získal, ale především jaký typ, rozsah informací považují za důležité uvést a do jakých podrobností se snaží při popisu zdravotního stavu pacienta a jeho konsekvenci jít.

„T: A na co se nejvíc soustřeďujete, když to vyplňujete. Kdybyste měla říct nějakou konkrétní oblast, v čem je to jako nejvýznamnější, aby to bylo dobře vyplněný ten formulář?

R: Zdravotní postižení pacienta, aby tam byly všechny diagnózy, který tam přímo mít, objektivní nálezy, aby to bylo všechno zhodnocené, tak jak to má být. Aby ten příspěvek eventuálně dostal, že. To je asi nejpodstatnější.“ (DOSP VIII)

„T: A na co se tak nejvíc soustředíte? Co třeba považujete za nejdůležitější při vyplňování té zprávy?

R: Tak pro mě jako zdravotníka je teda nejdůležitější ten zdravotní stav. Samozřejmě tam jsou hodnoceny hodně ty sociální dovednosti nebo co je schopen obstarat ten pacient, ale já tam jako víceméně spíš dávám důraz na ty, na ty lékařské zprávy, lékařské nálezy. Na choroby.“ (DOSP XVI)

„Tak ty subjektivní potíže toho pacienta, co ho omezuje v té soběstačnosti no a potom ten stav potvrzení, že třeba má omezenou mobilitu, má poruchy paměti, schopnosti kognitivních funkcí, to znamená, že si neuvědomuje, co má dělat, neví, kdy si má vzít léky. No tu soběstačnost, ono to z toho vyplývá.“ (DOSP VII)

„A na co se musíte nejvíc soustředit, když ten formulář vyplňujete? R1: Nejvíc na tu anamnézu, abych posloupně napsala všechny nemoci, postupně, od nejvzdálenější doby až po dnešek. Takže aby to bylo chronologicky a co tam bylo a kde byl hospitalizovaný, a co měl za úrazy a operace apod. " (DOSP XV)

III.1.2. Kompletace lékařských podkladů pro posudkového lékaře

▪ využívání vlastní zdravotní dokumentace

S tím, jakou přikládají význam příspěvku na péči a důležitosti způsobu vyplnění příslušného tiskopisu pro získání příspěvku, souvisí strategie, kterou jednotliví lékaři volí při shromažďování potřebných podkladů a jejich uspořádání pro posudkového lékaře. Základ samozřejmě u všech dotázaných lékařů tvoří informace, které o svých pacientech již ve své zdravotní dokumentaci. Dotazovaní lékaři se lišili především v tom, do jaké míry považovali za důležité tyto informace dále rozšířit, aktualizovat, zpřesnit pro daný účel, případně jakým způsobem tak činí.

Část lékařů považovala zdravotní údaje, které mají již k dispozici, za dostatečné pro vyplnění tiskopisu pro potřeby určení stupně závislosti, a získávání dalších podrobností nepovažovali za důležité se věnovat.

„T: Musíte Vy sám shromáždit ještě nějaké další podklady a získat nějaké další informace než ten formulář pro posudkového lékaře můžete připravit?

R: Většinou ne, většinou ta dokumentace je bohatá. "(DOSP II)

„R: No vzhledem k tomu, že v drtivé většině tady o tuto formu příspěvku žádají většinou senioři, tak jsou to lidé, který nějakou desítku let znám, takže to samozřejmě strádám takřka půlku života. "(DOSP XIII)

V této oblasti bylo možné zaznamenat jeden z poměrně výrazných rozdílů mezi praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost. Pediatři celkově mají poměrně častý kontakt se svými pacienty a jejich přehled o aktuálním zdravotním stavu dítěte je proto větší. V případě praktických lékařů pro děti je toto dáno obvykle pravidelnými a průběžnými návštěvami rodičů s dětmi u dětských lékařů (např. v rámci očkování, stanovených pravidelných prohlídek při dosažení určitého věku, zajištění potvrzení pro školu, potvrzení pro zotavovací akce, tábory atd;

▪ vyšetření u specialistů

Většina dotázaných lékařů však hovoří o tom, že dokumentaci, kterou již mají o daném pacientovi k dispozici, je v řadě případů třeba pro účel vyplnění tiskopisu cíleně doplnit či aktualizovat, přičemž nejčastěji se jedná o získání nových zpráv od specializovaných lékařů, které dotýčný pacient navštěvuje či navštěvoval. Někdy je nutné ovšem zajistit, aby pacient absolvoval vyšetření i u speciality v oboru, kde se dříve neléčil, ale má potíže, k nimž se praktický lékař necítí fundován věrohodně vyjádřit.

„Podklady odborných lékařů zaměřené na ty jeho potíže. To znamená, když je to porucha hybnosti tak ortoped, rehabilitační, neurolog a podobně třeba. Když je to někdo onkologicky nemocný tak nějakou tu zprávu od onkologa a tak. To je potřeba sehnat. "(DOSP III)

„Musím získat teda odborné zprávy, musejí být čerstvé, takže, eventuálně třeba nějaký nový doporučení psát těm lidem psát na další vyšetření. " (DOSP V)

„Třeba nemají aktuální nález, protože třeba jsou sledovaní na neurologii, nebo byli sledovaní na neurologii a tam se ten stav uzavřel na definitivní poruchu demence a ti dotýční už nemají potřebu chodit na tu neurologii a ten neurolog je taky nepotřebuje vidět, tak potom žádají ze sociálky třeba nové aktuální vyšetření neurologický, protože mám starý třeba dva roky a to nemám, to jediné snad. "(DOSP VII)

Důraz na potřebu získat podklady od příslušných specialistů je patrný zejména u pediatriů. Z rozhovorů vyplývá, že pediatři jsou si vědomi významu zprávy z vyšetření od specialisty pro rozhodování lékařské posudkové služby a často motivují rodiče-žadatele, aby tato vyšetření s dětmi absolvovali a doložili. Průběžná návštěva jak u pediatra, tak u specialisty pak zjednodušuje zpracování podkladů pro LPS. Žadatelé i dětský lékař se takto mohou vyhnout zdržení, které nastává zejména v případě nutnosti vyšetření specialistou a souvisí s dlouhými objednávkami lhůtami termínu.

„R: No já potřebuju ty odborné nálezy, protože když to vyplním jenom já, a nebude to mít doložený, ty stupně závislosti, třeba tam nebudu mít ten neurologický nebo psychiatrický nebo psychologický posudek... tak v podstatě to ten pacient nedostane. "(PED V)„R: Určitě. Vždycky ta správa sociálního

zabezpečení klade větší důraz než na závěry toho praktika, ať už praktika pro dospělé nebo praktika pro děti a dorost, vždycky klade větší důraz na závěry odborníků. Takže já se vždycky před vyplněním toho formuláře snažím, pokud nemám aktualizovaná vyšetření, tak se snažím kontaktovat tu rodinu a doplníme tedy vyšetření, anebo aspoň dodají ty odborné zprávy."(PED_VI)

Několik lékařů v souvislosti s tím, že posílají kvůli podkladům pro posudkové lékaře své pacienty ke specialistům, připustilo, že tak začali činit až po té, co na základě zkušeností zjistili, že jejich vlastní vyjádření k některým zdravotním problémům není v očích posudkových lékařů relevantní, pacienty to znevýhodňuje a jejich šance na to, že žádost o příspěvek na péči bude úspěšná, klesá.

„Já nevím, těžkou artrózu, tak pro toho posuzovatele, pro toho doktora tý posudkový služby je důležitý aby věděl, jakého stupně... takže třeba dělat rentgen... je nezbytný. Jo že se mě stalo, že právě, když jsem napsala, že má těžkou formu artrózy v kyčli nebo v kolenou, tak to ty ... to lidi prostě nedostali. Takže to už mám zkušenost, že je potřeba prostě udělat nějaké vyšetření. Jo totéž třeba u těch demencí... můžu udělat tady obyčejný dotazník, jak na tom ten člověk je, ale zase... je lepší, když mají třeba psychiatrický vyšetření, nebo neurologický vyšetření. Takže jo." (DOSP VIII)

Ne všichni dotazovaní lékaři jsou ale s takovýmto postupem srozuměni, či nesouhlasí přinejmenším s tím, aby se uplatňoval rutinně a aby aktuální zprávy od všemožných specialistů hrály důležitou roli v tom, jak řízení o příspěvek dopadne bez ohledu na to, o jaký typ případu a o jakého pacienta se jedná. Poukazovali na to, že takovýto postup zahrnuje speciality, prodražuje se, protahuje celé řízení, neboť objednáci lhůty u některých specialistů se pohybují v řádu měsíců, a v neposlední řadě zatěžují samotné pacienty a jejich rodinné příslušníky složitou přepravou na tato vyšetření. Jako nadbytečné je to vnímáno zejména v případech, kdy se stav pacienta zůstává v dlouhodobé časové perspektivě prakticky beze změn.

„Já mám třeba pacienta, který má teda po mozkové příhodě, leží, já nevím čtyři roky na fleku...pardon já jsem trochu vulgární... leží čtyři roky na fleku a ten stav se nemění. Tak já si nebudu posílat každý rok neurologickou kontrolu... a hlavně teda z těch časových důvodů, protože já nevím na ortopedii je objednáci doba dva měsíce". (DOSP XII)

■ informace od rodinných příslušníků

Další cestou, jak doplnit do tiskopisu potřebné údaje, u nichž si lékař sám není jist, je zapojit rodinné příslušníky pacienta, kteří s ním žijí nebo kteří ho znají a starají se o něj. To je u některých praktických lékařů vhodné zejména v případech, kdy se sám pacient nemůže nebo neumí vyjádřit, není schopen svůj stav realistiky vyhodnotit atd. Lékaři také v některých případech očekávají aktivní účast rodiny při získávání zpráv od specialistů atd.

„Já vždycky, když mi to dojde, tady ty papíry z té správy, tak volám rodině nebo tomu pacientovi, podle toho, jak je na tom fyzicky, psychicky a tak, a řeknu, že mi došly tady ty papíry od správy, že to budu vypisovat, že potřebuju se s nima domluvit, kdy to spolu sepíšeme." (DOSP I)

„Většinou to řeším, tady ten příspěvek na péči, ještě přidám rodinného příslušníka, který mě objektivizuje ten zdravotní stav, protože spousta těch pacientů, co žádá o příspěvek, je na tom skutečně tak, že neví, co dělá, zapomínají vypínat vodu, zhaset sporák, oni si to ani neuvědomují, takže oni by mi

to sami neřekli. Takže proto já to potřebuju probírat s tím rodinným příslušníkem, který se o ni většinou už stará. Ten mi nahlásí, že babička je taková a maková. A že prostě tohle dělá a léky si nevezme, ona se neumyje. To ji musím umývat. Ona je mi schopna říct ta dotyčná osoba, vždyť já všechno zvládám, já jsem šikovná."(DOSP VII)

▪ vlastní vyšetření v ordinaci

Lékaři, kteří nepovažovali za dostatečné vyjít pouze z toho, jaké dosavadní záznamy o pacientovi žádajícím o příspěvek na péči mají k dispozici ve své zdravotní dokumentaci, případně jaké mají povědomí o daném pacientovi, nejčastěji uváděli, že očekávají, že pacient se v souvislosti s žádostí o příspěvek na péči dostaví do ambulance lékaře. Podle názoru části lékařů je vzhledem k tomu, jaký typ a rozsah informací je v tiskopise vyžadován, takové vyšetření nutné. Větší část lékařů měla tendenci spíše diferencovat – tzn. nevyžadovali a nepovažovali za nezbytné bezpodmínečně vyžadovat zvláštním vyšetření jen v souvislosti s vyplňováním tiskopisu.

„Anebo když je to pacient, kterého já znám docela jako podrobně, tak to asi by to tak nemělo být, asi bychom ho měli jako fakt vidět. A když já ho vidím každý měsíc a přijde mi nový formulář a dědeček, který má 85 roků, tak ho nevolám, ať přijde za mnou. Takže já si to vyplním podle sebe, jak ho znám a popřípadě, když něco nevím, nejsem si jistá, tak já jim volám i hodně kvůli tomu domů. " (DOSP XVII)

„Ale aspoň, třeba když je schopný přijít k nám, tak, jak slyší, tak zkusíme. Nebo jak vidí, nebo takhle. Vyšetřujeme opravdu objektivně, jak je pohyblivý, ty klouby, jak se hýbou, nebo projde se mi tam, předvede, jak chodí. Ale všechno my nezjistíme, oni musí, nebo jak se myje, spoléhat na tu rodinu (...) Takové ty vyšetřitelné věci kdykoliv, to určitě samozřejmě vyšetříme, ale když potom to je něco specifického, jako hygiena anebo jídlo, tak většinou nemám tu čest, že by třeba se přede mnou najedl." (DOSP I)

Jen malá část zkoumaných praktických lékařů pro dospělé na vyšetření pacienta žádajícího o příspěvek na péči trvala na tom, že tento pacient se musí dostavit do ambulance a několik z nich právě neochotu pacienta přijít včas na toto vyšetření, označovalo za hlavní příčinu zpoždění při vyplnění tiskopisu.

▪ návštěvy u pacientů doma

V souvislosti s tématem vyšetření pacientů jsme praktickým lékařům v kontextu problematiky zajišťování podkladů pro posudkového lékaře kladli otázku, zda pro potřeby vyplnění tiskopisu provádí návštěvu doma u pacienta, který o příspěvek na péči žádá. Tato otázka je relevantní z několika důvodů. Někteří lékaři sami připouštěli, že o aktuálním zdravotním stavu řady pacientů nemají přehled, protože tito lidé je pravidelně nenavštěvují, případně je nenavštívili již delší dobu, někdy i několik let. Dále si praktičtí lékaři si byli vědomi toho, že někteří lidé mají také problém kvůli svému zdravotnímu stavu se do ordinace dostat a rovněž pro jejich rodinné příslušníky to může být složitý úkol, byť ne pro všechny to byl důvod k návštěvě pacienta doma. Několik lékařů také upozorňovalo, že v některých situacích ani není vhodné s pacientem manipulovat a někam ho transportovat. Část praktických lékařů také uváděla, že některé okolnosti či důsledky zdravotního stavu pacienta, které mají v tiskopise popsat, obtížně odhadují bez návštěvy pacienta v jeho domově.

Část dotázaných praktických lékařů mluvila o tom, že je nutné některé pacienty navštívit doma, a že tyto návštěvy vykonávají, spontánně, dříve, než jim tato otázka byla položena. Několik ze zkoumaných

lékařů považovalo za důležité zdůraznit, že návštěvy v domácím prostředí nesouvisí úzce jen s vyplňováním tiskopisu pro potřeby určení stupně závislosti, ale že je to běžná součást jejich praxe. Dojde-li pak na potřebu vyplnit tento tiskopis, jsou ochotní většinu žadatelů o příspěvek na péči z řad svých pacientů za tímto účelem doma navštívit.

„ Já bych řekla tak ze dvou třetin doma no...protože jsou fakt takový lidi, kteří...možná i ze tří čtvrtin. Jako hodně, jako hodně doma no. Protože, tady dojde málokdo (....)To jsou lidi, které my známe, které my pravidelně navštěvujeme doma jako, takže to jako...to jsou málokdy, že bych ho viděla poprvé v tom domácím prostředí, to ne. To jsou, jako ještě svoje starý lidi znám a stejně jednou za čas navštěvuji tak jako. Takže i kdybychom nic nepotřebovali vyplnit. Já chci vědět samozřejmě, jak vypadají, když je člověk nevidí v té ordinaci, tak musíte aspoň vědět jak to, minimálně dvakrát ročně se určitě za nimi podíváme, když nepotřebují častěji“ (DOSP XIV).

„T: Bývá někdy potřeba, abyste některé ze svých pacientů v souvislosti s tím vyplňováním navštívil doma?

R: Často to bývá.

T: Bývá to třeba ve většině těch případů?

R: Tak řekněme třeba dvě třetiny.“ (DOSP II)

„ Dost často, mí pacienti třeba nejsou schopni, jsem vypisovala. Budu vypisovat jednu paní, která má kolem 90 let. Tak samozřejmě musím jet domů. Takže to se stává dost často.“ (DOSP VIII)

Pro zhruba polovinu lékařů nejsou návštěvy doma u pacientů běžnou součástí praxe, vykonávají je jen ve výjimečných případech. Někteří z nich možnost, že by navštívili nějakého pacienta u něj doma, považují za spíše krajní řešení pro nutný případ. Několik ze zkoumaných lékařů nechodí k pacientům domů nikdy, tedy ani v souvislosti s vyplňováním tiskopisu pro potřeby posouzení stupně závislosti.

„Výjimečně ano, ale spíše výjimečně, protože drtivá většina je schopna se sem dostat do ordinace (...) strašně dlouho jsem nebyla vyšetřovat... nebo vlastně pokud je to, že jo, vyloženě ležící, ten člověk, tak samozřejmě. A to připadá v úvahu už jen takový ty vyšší typy vlastně tady těch dávek, tak tam samozřejmě to v domácnosti musíme udělat. Takže imobilní pacient.“(DOSP XIII)

„Teoreticky jo, ale většina z nich se sem dostane jako svépomocí a když to nejde, tak můžu zařídit transport jako sanitou jako přepravní službou a samozřejmě návštěvní služba jako i v tomhle režimu se může udělat, když není zbylí.“ (DOSP IV)

„Tady návštěvní službu nedělám. No, v nouzi nejvyšší asi by se to muselo“ . (DOSP XV)

Co se pediatri týče, tak ti, s nimiž jsme mluvili, s návštěvami doma zkušenosti vesměs nemají, protože v drtivé většině případů s dětmi rodiče do ordinace sami docházejí. Většina pediatri tak v rozhovorech uvádí, že příprava podkladů pro LPS z jejich pohledu nevyžaduje, aby navštěvovali pacienty doma. Zdůvodňují to tím, že jsou s dětskými pacienty a jejich rodiči v průběžném kontaktu a také rodiče podávající žádost o příspěvek na péči obvykle dobře reagují na požadavky lékaře např. na doručení potřebných výsledků odborných vyšetření nebo návštěvu v jejich ordinaci.

„T: Bývá někdy potřeba, abyste některé ze svých pacientů v souvislosti s tím, že pro ně vyplňujete tenhle formulář, navštívila nebo vyšetřila u nich doma?

R: Zatím se mi to nestalo." (PED_II)

„T: Bývá někdy potřeba, abyste některé ze svých pacientů v souvislosti s tím, že pro ně vyplňujete tenhle formulář, navštívila nebo vyšetřila u nich doma?

R: Většinou to není potřeba, většinou ty maminky přijdou nebo teda se domluvíme a ty pacienty znám hodně dobře." (PED_III)

„T: Dobře a bývá třeba někdy potřeba, abyste některého z těch pacientů přímo navštívila vlastně u nich doma?

R: To se stává výjimečně, protože o většině těch klientů nebo můžu říct, že o všech těch klientech, kteří pobírají příspěvek, tak mám přehled. Tak se to výjimečně stává, anebo prostě tam, na ty návštěvy jezdívám často. Takže že bych musela speciálně kvůli tomu formuláři, to se nestává." (PED V)

„T: Stává se, že některého pacienta navštívíte i doma, kvůli tomu vyplnění?

R: Já určitě ne. To chodí sociální pracovnice, myslím si, že ze správy sociálního zabezpečení. Že dochází a kontrolují v tom rodinném prostředí ty děti. Já ne teda." (PED XI)

▪ potřeba využití dalších zdrojů

To, že k získání kompletního obrazu a o stavu a zejm. o míře soběstačnosti žadatele nestačí parciální pohled lékaře a často ani doplněný zjištěním sociálního pracovníka, tematizovali z dotázaných lékařů jen někteří pediatri. Praktičtí lékaři pro děti a dorost takto upozorňují, že přes lékařskou kvalifikaci a znalost diagnóz, mají při setkání s pacientem v ordinaci pouze omezenou možnost sledovat reálné projevy chorob nebo postižení při každodenním fungování dítěte. Zvažují pro zpracování podkladů pro LPS zapojení dalších odborníků, jako např., pedagogy, kteří mohou v praxi sledovat, jaká omezení nemoc dítěti přináší.

„R: Tak já se tady s nimi třeba jako setkávám v té ordinaci to je jako krátce, ale myslím si, že by se třeba k tomu měla ještě vyjadřovat škola, jak to dítě se chová ve škole. Jo, tady ohledně těch retardací si myslím, že by tam...

T: Mělo by to být...

R: Posudek ze školy, jestli to dítě tam je čtyři hodiny, tak prostě, myslím, že ta učitelka bude vědět, jestli pozná barvy nebo ví, jestli je pravá nebo levá strana a tak jo. Protože tady já je taky vidím chvíli a v té škole jestli něco hrají tak to nemůžou hrát celý rok. Podle mě.

T: Jo, takže byste byla ráda, kdyby se tam zařadily i informace tady z těch ostatních.

R: Jo já si myslím, že by to pomohlo taky v tom rozhodování." (PED VIII)

III.1.3. Metodiky, metodické vedení, možnost konzultace

▪ metodické vedení, školení

Nikdo z dotázaných lékařů pro dospělé sám od sebe neuvedl, že by při vyplňování tiskopisu a celkově při shromažďování a přípravě podkladů pro posudkové lékaře používal nějakou metodiku či metodické pokyny, existenci takových materiálů spontánně také nikdo nezmínil. Většina lékařů se domnívala, že

nic podobného neexistuje, případně připouštěli, že si nejsou jisti, zda takové metodické materiály jsou někde k dispozici.

„Žádný postup, že by nám dala sociálka nějakou máčku na způsob, jak to udělat, to nemáme.“ (DOSP VII)

„T: Takže neexistuje v této oblasti nějaký metodický vedení nebo nějaká metodická podpora?

R: Nevím o ničem. Neříkám, že neexistuje, ale o ničem nevím.“ (DOSP II)

Většina zkoumaných lékařů zároveň vyjadřovala pocit, že v této oblasti metodiku či metodické vedení nepotřebují. Vycházeli z toho, že si vystačí s vlastní zkušeností a kvalifikací, a někteří také v této souvislosti vyjadřovali názor, že tiskopis samotný je dostatečně návodný – a to navzdory tomu, že mezi praktickými lékaři panoval celkově poměrně kritický postoj vůči tomuto tiskopisu (viz níže). Podobně se stavěla naprostá většina posudkových lékařů také k otázce školení v této oblasti - nejčastěji hovořili o tom, že taková školení poskytována nejsou a zároveň nejsou nutná.

„Ale vyložene, že by bylo potřeba, já nevím, se školit v tom, jestli ten dotyčný teda si vyčistí zuby, nebo se učeše, to si myslím, že ani snad jako není potřeba, vzhledem teda k našemu vzdělání, že to snad zvládnem.“ (DOSP XIII)

„Já se s nikým moc neradím. Já tam vlastně píšu ten zdravotní stav pacienta, postupuju víceméně podle těch jejich políček, které jsou v tom formuláři a takhle pak už záleží na té sociálce, jak už to posoudí“ (DOSP XIV)

Pokud spíše ve výjimečných případech praktičtí lékaři narazí na nějaký problém s vyplňováním tiskopisu, se kterým si neví rady, upřednostní spíše konzultaci s nějakým kolegou, jiným praktickým lékařem, než by se obraceli na příslušnou správu sociálních zabezpečení či dokonce přímo na posudkového lékaře. Odborné záležitosti pak konzultují se speciality daného oboru.

„Tak jako už se snažíme, kolegové třeba „Františku, nevyplňovals tedy toto, co tam chtějí“.“ (DOSP XII)

„Asi když mám pochybnosti, tak buď zavolám... Záleží to, čeho se to týká. Jako určitě můžu zavolat nějakému tomu odborníkovi, nějakému neurologovi zrovna, jak on to vidí.“ (DOSP XVII)

O tom, že existují nějaké metodiky, se s jistotou zmiňoval pouze jediný ze zkoumaných praktických lékařů a téměř stejně ojediněle byl vyjadřován názor, že by metodiky byly vhodné, případně že by bylo žádoucí lékaře v této oblasti školit.

„T: Takže nějaké metodické vedení, nebo metodika....

R: To není potřeba... metodika je samozřejmě... metodika k tomu existuje.. .

T: Existuje...

R: jo to je asi by se dohledalo na nějaký správně sociálního zabezpečení, no, tam jsou metodický pokyny a my to probíráme taky na schůzích praktických lékařů, když máme, jo, takže jako my víme, co s tím máme dělat...“ (DOSP IX)

Pro naprostou většinu zkoumaných lékařů pro dospělé téma metodik, školení, metodického vedení v oblasti vyplňování podkladů pro posudkové lékaře nebylo tématem, ke kterému by se chtěli podrobněji vyjadřovat, případně by toto téma považovali za významné. Lze říci, že u pediatriů je v tomto ohledu situace trochu odlišná. Z výroků pediatriů lze usuzovat, že se dostávají do situací, kdy při zpracování formuláře, popř. podkladů pro LPS potřebují pomoc či podporu. Část lékařů tuto potřebu saturuje stejně jako praktiční lékaři pro dospělé konzultacemi s jinými kolegy. Někteří z respondentů spontánně zmiňují také metodickou podporu poskytnutou Sdružením praktických dětských lékařů. Z rozhovorů lze usuzovat, že se takto Sdružení snaží vypomoci lékařům zvládnout administrativní nároky spojené s agendou PnP. Z výpovědí je patrné, že pediatriům naopak není poskytována systematictější podpora ze strany Správy sociálního zabezpečení.

„R: Radit ne, ale to naše sdružení praktických dětských lékařů prostě máme takový návody, jednak máme docela dost seminářů, kde se řeší tahle sociální posudková činnost a pak máme takový manuál, do kterého můžu nahlídnout co a jak je tam potřeba, aby bylo uvedený. Takže spíš jako papírovou formu tady mám. Takže pokud nevím, tak se tam můžu podívat.

T: Takže existuje nějaká metodická podpora nebo nějaký metodický vedení?

R: Určitě, určitě. Jako naše sdružení vydává metodickou podporu, takže mám kam se podívat.“ (PED II)

„R: Nám dali jenom takovou jako základní informaci opravdu, ale jako neměli jsme nikdy třeba se sociální správou sociálního zabezpečení nějaký jako školení nebo tak. To tam jako nikdy taková komunikace nebyla. To nám víceméně to naše sdružení tak dalo ještě k tomu nějaké informace. (...) Z našeho sdružení ano, ale tak nějak, že bychom jako komunikovali s tou správou sociálního zabezpečení, to ne. Jo, že by nám k tomu udělali školení k čemu a jak nebo jak to vyplňovat tak to ne.“ (PED_VIII)

▪ možnost konzultace s posudkovým lékařem

Podobně mizivé zkušenosti, jako v oblasti metodik a školení zaměřených na přípravu materiálů pro posudkového lékaře, měli zkoumaní lékaři i konzultacemi s posudkovými lékaři. Celkové kontakty mezi praktickými lékaři a posudkovými lékaři jsou, jak plyne z výpovědí praktických lékařů, minimální a spíše formalizované, případně se odehrávají nepřímou, např. přes administrativního pracovníka. O to méně pravděpodobné a časté je, že by praktiční lékaři při nejasnostech s vyplňováním tiskopisu a celkově s přípravou podkladů pro posudkového lékaře mohli tohoto posudkového lékaře konzultovat přímo.

„Posudkářů je málo, a ti jsou zavalení prací, to tam jenom odnesem, já to tam odnáším sám, oni to pak zpracovávají sami, ten kontakt není prakticky.“ (DOSP IX)

„My se fakt moc o tom nebavíme. To je - já pošlu, on pošle, já dám razítko, je to fakt tichá pošta.“ (DOSP III)

„Že bychom vyloženě s nimi něco konzultovali.... Napíšeme, co jako ten zdravotní stav odpovídá a záleží na nich, co jim přiřknou. No někteří, když se to těm lidem teda nezdá, tak se můžou odvolat, že, ale jinak jako, tak že bychom přímo s nimi konzultovali nějak, to ne, to ne...“ (DOSP XIV)

„R: Mám pocit, že jsem snad nikdy, teď jediný co, že si třeba vyžádají podrobnou dokumentaci k nějakému bližšímu prozkoumání, ale jakoby osobní kontakt zatím ne. Nezažila jsem někdy, že by mě někdo kontaktoval nebo nevím o tom.“ (PED II)

„T: A máte možnost se s někým poradit případně, třeba s tím posudkovým lékařem, nebo s těma odborníky?

R: Ne. S posudkovým lékařem určitě ne, já ani je neznám, takže nevím. Já nevím, kdo tam je z posudkových lékařů.“ (PED XI)

K nějaké formě kontaktu mezi posudkovým lékařem či spíše mezi příslušnou správou sociálního zabezpečení a praktickým lékařem dochází ve většině případů z podnětu posudkového lékaře, a to v případech, kdy posudkový lékař shledá nějaké deficity v podkladech, které obdržel od daného praktického lékaře.

„R: Ne, jediné pokud ten posudkový lékař chce, abych něco doplnil, tak mi pošle žádost o doplnění, ale jinak spolu nekomunikujeme.

T: Takže potom ty otázky, jestli vy třeba ho nějak kontaktujete nebo on vás?

R: To vůbec není, my v kontaktu spolu nejsme. Já maximálně s tou sekretářkou, že třeba jí upřesním, kdy dodám ten posudek a proč to vážne, ale jinak ne.“ (DOSP VII)

„Spíše když je nějaký problém. Pokud nejsou problémy...ale oni třeba něco potřebují, podle mě to stačí, oni „ne pane doktore, mohl byste ještě...máte, nemám...nebo mám starý...víte co, tak mi ještě dodejte“. (DOSP XII)

Skutečnost, že v případě příspěvku na péči nedochází ke spolupráci a téměř ani k žádné komunikaci mezi praktickým lékařem a posudkovým lékařem neznamena, že k takové spolupráci, aktivnější výměně informací apod., nedochází vůbec. Zhruba čtvrtina dotázaných zmiňovala, že se do kontaktu s posudkovým lékařem dostává, někdy i z vlastní iniciativy, v některých případech s ním konzultují, ale v souvislosti s jinými oblastmi, než je příspěvek na péči. Živější kontakty mezi praktickými lékaři a posudkovými lékaři se odehrávají zejména v souvislosti s žádostmi o invalidní důchody.

„To byla žádost o invaliditu. A to jsem se s ním radila, jestli to požádat, jestli to má smysl podat ten pacient nebo ne a ... Takže tak, takže to jo, o tu invaliditu jsem mu volala asi dvakrát.“ (DOSP XVII).

„Paní doktorka posudková, tak jednou za osm...za dva měsíce zhruba, ale to projednáváme spíš takový, spíš takový ty práce neschopný a nebo spíš ty, co třeba jako už jsou dlouho neschopní a asi půjdou do nějakého toho důchodu. No tak to projednáváme, ale co se týče tady těch sociálních, tak to ne.“ (DOSP XIV)

„Ale spíš jako kvůli neschopnosti, že už třeba se jí zdá, že někdo marodí dlouho, tak. A nebo když tam někdo vlítne, že si chce zažádat o invalidní důchod.“ (DOSP VI)

III. 2. Obtíže a překážky při přípravě podkladu pro posudkové lékaře

III.2.1. Potíže s tiskopisem

Více než tři čtvrtiny dotázaných lékařů zmiňovali nějaké potíže s vyplňováním tiskopisu pro určení stupně závislosti. Celkově nebyli dotázaní lékaři v době výzkumu s novým typem tiskopisu sžití a většina z nich se k němu stavěla značně kriticky.

„To už je takovej zažitej stereotyp a tím to hasne. Změnit by se dalo jedině to, že ty formuláře by byly trošku, jak se říká přijatelný, ne jako to je teďkon, to je přece hrozný, škoda, že tu žádný nemám, abych vám to ukázal, to je něco úděsnýho teda. " (DOSP XIX)

„Prostě tam jsou zbytečný věci, ty já nepotřebuju k tomu, rozumíte... Dřív to bylo tak, že prostě zkompletoval jsem odborný nálezy, napsal jsem, jak se mi jeví ten pacient a haslo to. Dneska je to rozebraný, jestli může dělat špetku, jestli může dělat pěst, jestli může mrkat, jestli to... Blbost. (...) To si zase vymyslela nějaká skopová hlava." (DOSP XIX)

„Mě napadají potíže, že změnili tiskopis, a je horší než ten minulý. To je teď od nového roku, a ten je teda podle mě asi pětkrát horší než byl ten minulý, úplně nesmyslně v podstatě. Je hodně zaměřený na ty dospělý a právě je tam, protože to má hodně lidí i po mozkových příhodách a tak, tak je to tam hodně na tu hybnou soustavu, že tam vlastně dvě stránky popisují, co udělá pravou a levou rukou, možná že by to chtělo diferencovat, co je pro děti a to, co je pro ty dospělý." (PED V)

V době výzkumu bylo možné na straně lékařů zaznamenat zejména velké výhrady k novému typu tiskopisu, kterému vytýkali řadu věcí, obecně především délku, zbytečnou podrobnost v některých oblastech a naopak malý prostor pro vyjádření v jiných. Podle názoru řady dotázaných je nový formulář nejen nadměrně členitý, ale nedostatky původního formuláře neřeší, a má naopak mnohé další. Část dotázaných lékařů v době výzkumu s novým formulářem zatím ani pracovat nezačala s tím, že příslušná správa sociálního zabezpečení jim dosud umožňuje využívat formulář původní.

„ A tento aktualizovaný, tento nový formulář, ten mi teda potíže dělá. A já ho ani v té klasické podobě, jak je vytvořený, tak ho ani nepoužívám. V současné době tam existuje určitá taková benevolence v tom... v tady tom vyplňování, že my vlastně máme možnost používat ještě ty řekněme staré tiskopisy, ale určitá data vyplnění teda i tady do toho stávajícího nového formuláře. Ten bych řekla, že je nejhorší, úplně nejhorší za celou tu dobu. Pro mě je problematický v tom uspořádání, asi v tom grafickém uspořádání, protože tam je spousta takých kolonek, divně natvořených, to je jedna věc. A druhá věc... jedna ta stránka nebo možná dvě ty stránky toho formuláře, se týkají úzce specializovaných, řekněme vyšetření nebo posouzení, které vlastně nemám já možnost ani specifikovat. To jsou záležitosti jako odborné, dejme tomu posouzení ortopedem, neurologem, a tak, takže...nevyhovuje mně...nevyhovuje..." (PED VI)

„ (...) od ledna ty tiskopisy jsou takový komplikovanější, no ale tak to prostě vyplníme, no. Hodně obvodních lékařů teď bylo nespokojeno s tím, že už si zvykli na vyplňování jisté formy a teď jako se udělala jiná a neřek bych jako, že je jednodušší, no.

T: V čem to spočívá, že je to komplikovanější?

R: Že to má čtyři stránky, je tam asi sto křížků, který musíte odklikat a zakřížkovat a tak, no." (DOPS IV)

„ Při vyplňování toho předchozího formuláře problémy nenastaly, při vyplňování současného mně přijde, že je naprosto nepřehledný, zbytečně složitý a komplikovaný, a že nikomu práci neusnadnil, ani nám, ani posudkovým lékařům.”(DOSP XIII)

Řada lékařů vyjadřovala pocit, že navzdory tomu, že nový formulář je poměrně rozsáhlý, chybí v něm často prostor na to, k čemu by se potřebovali či chtěli vyjádřit podrobněji. Některým typům zdravotních potíží, zejména duševním onemocněním, tento formulář dle jejich dosavadních zkušeností vysloveně nevyhovuje.

„No, pak je to, že já jako každý formulář, i ty nové formuláře jsou nedostatečné, protože jsem byl tento týden dělat formulář, kde teda tam pacient byl v odborné péči psychiatra a na to je tam (ve formuláři) jeden nebo dva řádky.”(DOSP XII)

"ve starých formulářích bylo: „popište obtíže“. Tak jsme je popsali ty obtíže, který byly a to, co tam nebylo, tak se považovalo, že je adekvátní věku nebo stavu. Dneska já musím obě ruce, jestli dá, obě ruce, jestli udělá pěsti. Stejně tak na nohách jo. (...) Takže máme třeba pacienta po mozkové příhodě, má já nevím levostrannou hemiparézu, což znamená, že teda tou druhou stranou si jakš takš pomůže, ne, já musím napsat, že i když je to dobrý, ne, že je to dobrý, ale pacient udělá pěst, pacient neudělá pěst. Jinak se mu nevyhoví. To je časová ztráta. To je z mého hlediska mínus oproti těm dřívějším. Tam se prostě napsalo, jako co bylo špatný. Já jsem to musel samozřejmě podložit odborným nálezem, což teďka musím taky, ale prostě, tehdy to, šlo to rychleji. Teď je to...zbytečně píšem.” (DOSP XII)

V souvislosti s tím, že se některým lékařům zdá nový tiskopis příliš detailní a nadměrně prestrukturovaný a zároveň rozsáhlý, se část zkoumaných lékařů zabývala možností, zda by nebylo účelnější tiskopis vyplňovat diferencovaně spíše než kompletně, a to podle typu zdravotních potíží, které daný pacient má, případně zda je vůbec smysluplné, aby v souvislosti s posuzováním stupně závislosti byl lékařský tiskopis univerzální pro všechny pacienty/žadatele. Pediatři navíc poukazují na nevhodnost některých pasáží tiskopisu v případě, že se jedná o dětského pacienta. Navrhují zavedení formuláře, který by zohledňoval věkovou kategorii žadatele, tedy, že posuzovaným je dítě.

„(...) tam se musí všechno přesně vyplnit, jestli udělá špetku pravou levou, jakou má hybnost v různých kloubech a tak je to takový ty formuláře nešikovný. Protože když někdo třeba má potíže jenom nějaké psychické, ale musíte přesto vyplnit celej ten formulář, i když po té fyzické stránce je třeba úplně zdravý nebo opačně zase.” (DOSP XIV)

„Myslím si, že by stačilo, kdyby tam byly základní statě jako univerzální lékařská zpráva a s tím, že by tam jako bylo teda nějaká ta část, to funkční stav toho pacienta, kde by se jako popsaly ty konkrétní problémy, jo to by bohatě stačilo. Myslím jako anamnéza pak nějaký závěry, objektivní nález samozřejmě, subjektivní hodnocení eventuálně, co tam většinou bývá, ty specialisti, kde probíhá to léčení, nějaký funkční zhodnocení s tím dopadem na životní fungování a to si myslím, že by takhle obecný položky bohatě stačily, aby tam pak byl prostor pro to, co je opravdu významný pro toho člověka.”(DOSP II)

„Tak on je teď nový, je komplikovanější. Nevím, nenapadá mě, co by u formuláře se mělo změnit. On je situovaný jak pro děti, tak pro dospělé. Tak možná, že by mohl být ten dotazník zvlášť dělaný pro děti.

Protože tam třeba ta kolonka na vyplnění, jednak toho oblékání, tam je zacházení s penězi, umí dítě umýt nádobí ... Tak pokud je dítě tříletý, tak těžko asi umývá nádobí, že. Někdo i v 18ti neumývá nádobí. To mě přijde takový, možná by pro to dítě měl být specifičtější." (PED XI)

Někteří z dotázaných praktických lékařů také vyjadřovali přesvědčení, že v tiskopise jsou po nich vyžadovány informace, které nemohou věrohodně uvést, protože se netýkají přímo zdravotního stavu zjistitelného a doložitelného z medicínské stránky. Vyjadřovali přesvědčení, že se tak dostávají na pole spekulací, či že se jedná o oblast, v níž jsou kompetentní spíše sociální pracovníci.

„Tak samozřejmě je to na základě diagnózy a na základě i třeba rozhovoru s tím pacientem, že jo, aby, protože nemůžeme přesně vědět, co zvládá doma a nezvládá. Připadá mně to, jako беру to, že vyplňujeme diagnózy, to je v pořádku, co berou ty lidi za léky. Ale nechápu, proč máme vyplňovat, jestli si zvládne nakoupit, umýt se, tohle mně připadá zbytečný, protože si myslím určitě, že chodějí ze sociálky ty pracovnice nějaký, že jo přímo do rodiny, kde vlastně zjišťují a vidí to na vlastní oči. Tak proč ještě my máme vyplňovat tohle. To mi jako fakt vadí, jo. Nevadí mně diagnózy, lékařský zprávy, v pořádku, ale proč máme ještě i ty sociální věci vyplňovat, to mně připadá zbytečný, když tam ta sociální pracovnice chodí, že jo." (DOSP V)

„ Tak asi je takový složitý. Mně by úplně stačilo, kdybych jim poslala ne nějaký formulář, ale prostě víceméně, co mám v počítači. To znamená svoje vyšetření, tak jak když se dělá prohlídka. Stejně oni si tu soběstačnost posoudí podle sociálních pracovníků."(DOSP XVI)

„ A že si myslím, že člověk tady fakt hodinu vyplňuje nějaké dotazníky, že stejně nejvíc dá asi to, jak tam jde nějaká ta sociální pracovnice, tak toho pacienta stejně vidí. Že opravdu mi přijde, že vyplňovat u 90-letého člověka, jestli potřebuje, jestli má nějaký stupeň závislosti nebo potřebuje nějaký příspěvek na péči. Teď přesně popisovat, jestli to koleno se ohne na 30 stupňů nebo na 50, tak to mi přijde už úplně jako zbytečné." (DOSP XVII)

III.2.2. Problematické diagnózy a zdravotní stav

Mimo jiné i v souvislosti s celkovým designem tiskopisu – tzn. jeho strukturou, prostorem, který skýtají jednotlivé kolonky, možností či naopak nemožností rozepsat to, co u daného pacienta zejména považují za relevantní, uváděly téměř dvě třetiny zkoumaných lékařů potíže s poskytnutím ucelených a spolehlivých informací o zdravotním stavu pacientů s určitými typy zdravotních problémů či potíže s tím, jak tyto informace zaznamenat v dostatečně vypovídací podobě tak, aby bylo posudkovým lékařům srozumitelné, o jaké potíže a o jaký rozsah potíží u daného posuzovaného člověka jde. Jen menší část dotazovaných lékařů nevnímala žádné typy zdravotních potíží jako z hlediska poskytnutí podkladů posudkovému lékaři problematické a na základě analýzy rozhovorů lze říci, že to byli většinou ti z lékařů, kteří měli tendenci vyplnění tiskopisu pojmát spíše rutinně, upřednostňovali jeho co nejrychlejší vyplnění a nepovažovali za součást své role příliš se zabývat nuancemi zdravotního stavu jednotlivých pacientů, žádajících o příspěvek na péči.

Z praktických lékařů pro dospělé, kteří referovali o tom, že u některých typů zdravotních problémů či diagnóz se jim buď špatně pracuje s tiskopisem či narážejí na potíže v širším slova smyslu, např. že se jim tyto typy zdravotních problémů pro posudkového lékaře těžko objektivizují, apod., většina

zmiňovala především různá psychiatrická onemocnění. Přitom na tom, že je žádoucí, aby byli schopni zdravotní stav objektivizovat, se shoduje řada oslovených lékařů.

„Určitě se to hůř zpracovává u takových těch psychiatrických diagnóz, u těch dementních. Tam je opravdu nezbytná i ta rodina, aby mě řekli, a ideální jsou třeba i dva rodinní příslušníci nezávisle na sobě, protože někdy to může být zkreslené. Ale tam u toho pacienta je to těžké, získat nějaké ty validní data. Takže tam to je těžké, psychiatři a dementní.“ (DOSP I)

„těžko se objektivizují psychický stav, ale tak tam většinou žádám psychiatrický vyšetření, odborník nějakým způsobem upřesní, vyloučí, potvrdí.“ (DOSP VII)

„ (...) psychický problémy, který se dají podložit jen částečně. (...) I když jako to se dá samozřejmě doložit, nikdy to nemusí být jednoznačná diagnóza a je problém nebo ten člověk má problém, ale jako těžko se to dá něčím konkrétním podkládat.“ (DOSP XIII)

„Jsou to různé takové ty únavové a bolestivé syndromy, kdy je to hodně subjektivní a špatně objektivizovatelný, co těm lidem je. Nebo psychiatrický diagnózy, hlavně teda deprese, tak jsou dost subjektivní, že opravdu můžete mít deprese, které vás zneschopňují naprosto a potom můžete mít nějaké lehčí deprese a tam už je to na posouzení toho psychiatra.“ (DOSP VI)

V případě vyplňování tiskopisu, který se týká pacienta s demencí, pak někteří lékaři uváděli, že spoléhají na informace poskytované rodinnými příslušníky tohoto člověka, protože mají zkušenost s tím, že sami nedokážou vážnost a důsledky demence určit a informace přímo od pacientů bývají v tomto případě velmi zkreslené.

„tam právě někdy dochází k takové diskrepanci, právě u těch lidí, který jsou ... který mají prostě... jsou dementní, tak jak jsem říkala, oni tvrdí, že všechno umí, jojo, já si uvařím, já si dojdou... ale ty lidi prostě, oni.. obzvlášť starší ročníky se rádi dělají lepšími než jsou...“ (DOSP X)

„ No, hlavně někdo z rodiny říká, když ten člověk je už přes hlavu horší, tam spolupracujeme když tak s rodinou, která řekne, co zvládá přesně, tam kdyby nebyla ta rodina, tak by to bylo hodně obtížný celý vyplnit.“ (DOSP XVIII)

Další kategorie pacientů, u kterých je podle názoru některých praktických lékařů složité tiskopis vyplnit, jsou velmi starší lidé bez závažné diagnózy, u kterých je snížená soběstačnost spíše důsledkem vysokého věku a celkové křehkosti než konkrétní diagnózy či zdravotního postižení. Takových pacientů žádajících o příspěvek na péči je přitom velké množství, neboť senioři mezi žadateli i příjemci příspěvku na péči výrazně převažují.

„Tak složitý je to u starších lidí, který vlastně mají nějaký hendikepy, který jsou daný věkem, ale nemají žádný nemoci, takže tam je těžko říct, jestli mají nárok nebo nemají nárok, že ten jejich stav je takovej na hraně.“ (DOSP II)

„Jsou to třeba staří lidi, kteří jsou sami. O všechno se musí, sice s hroznýma bolestma, ale o všechno se postarají. A někdo už má na to prostě, třeba žije v rodině, tak už mu pomáhají oni. Takže si na to vezmou ty příspěvky.“(DOPS VI)

„ Jo a ještě problém je všímám si, že velkej problém je u lidí, kteří žijí sami a u lidí, kteří žijí s nějakým rodinným příslušníkem. Jestliže mám nějakýho člověka, který žije sám, měl jsem paní, která bydlela sama, jenom za ní dcera dojížděla dvakrát třikrát za týden. Ta paní byla fakt hrozně významně omezená na soběstačnosti, ale tím, že byla sama, tak si nakonec všechno musela nějakým způsobem udělat, i když to třeba dělala nějakým omezeným způsobem. Ona teda byla jakoby mobilitou omezená a hybností, nikoli však duševně. Ona všechno zvládala, psychicky věděla, ale nebyla schopna si třeba pořádně podat hrnek, přenést si ho, protože měla berle, z linky na stůl. Ale vždycky to nějak dokázala, takže tím pádem ona neměla nárok na příspěvek na péči, zatímco jsou jiní, kteří mají doma dceru, která jim to podá (...) Tak tady ty osoby, které jsou samy a osamělý, tak ty mají většinou ten příspěvek podstatně nižší, než by ho měly mít ve skutečnosti ve srovnání s těmi, kteří jsou s rodinným příslušníkem.“(DOSP VII)

Podobně jako praktičtí lékaři pro dospělé referovali i shodně pediatři náročnost popisování diagnóz spojených s hodnocením psychického stavu, mentální úrovní nebo neurologickým postižením pacientů. U pacientů s těmito diagnózami se jeví jako obtížnější rozpoznání schopností dítěte. Zde jde navíc o otázku věku dítěte. Tady je patrná jejich snaha a někdy obtíže dobře rozlišit, zda je potřeba asistence ze strany druhé osoby daná nízkým věkem nebo právě typem onemocnění či postižení. Implicitně lze z výpovědí lékařů dovodit, že roli při posuzování sehrává zkušenost lékaře s rodinou dítěte a znalost celkového kontextu péče o dítě v domácím prostředí. Někteří z dotázaných odkazují také na šetření sociálních pracovníků v přirozeném prostředí dítěte, které může lépe zachytit poměry v rodině a poskytování adekvátní péče. Naopak jako v podstatě bezproblémové na posouzení lékaři hodnotí diagnózy spojené se sníženou mobilitou nebo funkčností pohybového aparátu.

„R: Tak samozřejmě pokud tam jsou fyzický nedostatky, když to řeknu prostě tak, že někdo nemá ruku nebo nohu, tak samozřejmě tam je to jednoznačný, ale když jsou to prostě psychický poruchy, tak někdy se dost těžko a zvlášť když to dítě nekomunikuje, tak někdy dost těžko dokážete posoudit, co by to dítě dokázalo a nedokázalo.“(PED II)

„R: Je to hlavně teda u těch psychických problémů než fyzických, protože to je takový jednoznačný, nebo když je tam kombinace, ale u dětí s Aspergerovým syndromem, tam ten stupeň závislosti je tam opravdu jako jsou tam drobné nuance u těch starších dětí, u těch mladších zase to je asi bez debat, ale u těch starších školáků tam se přiznám, že občas vidím, že ty maminky si to trochu přibarví, aby ty korunky byly. Je to těžkej úkol samozřejmě vychovávat takové dítě, ale vidím to tam trošku někdy.“ (PED III)

„T: A jaký typ zdravotních potíží je pro vás vlastně nejobtížnější, co považujete za nejobtížnější při vyplňování. Třeba jaký typ diagnózy?

R. Dětská mozková obrna. To záleží i na intelektu, že tam se to prostě rozděluje, máme DMO a děčka jsou prostě inteligentní, tak je to jiné, to vypisování, než ti, co nejsou. No a potom ti autisti, že. To je prostě hrůza. Jako úplně nejhorší, bych řekla." (PED_IX)

„Takže problematické pro to vyplnění jsou zejména diagnózy neurologické, potom diagnózy řekněme ortopedické, a potom diagnózy se systémovým postižením." (PED_VI)

„ Zcela určitě je problematictější u poruch jako intelektu, než u jasných, jako fyzických chorob. Tak tam je to složitější asi. Pro psychické, psychická onemocnění dětí, poruchy vývoje." (PED_VII)

III.2.3. Lhůty

Naprostá většina dotázaných praktických lékařů pro dospělé považuje současné lhůty na vyplnění tiskopisu za neúměrně krátké. Navíc někdy dochází podle vyjádření lékařů k určitému významnému faktickému zkrácení již tak nepříliš dlouhé lhůty tím, že formuláře jsou samotnou ČSSZ zasílány s prodlevou. Někteří z lékařů připouštěli, že tyto lhůty často nedodrží, jiní je dodrží za cenu stresu či mají pocit, že někdy je dodržení lhůty na úkor kvality vyplnění tiskopisu.

„ Čtrnáctidenní lhůta mi připadá krátká. Jestli se teda nepletu, čtrnáct dní tam je, ta doba mi přijde krátká." (DOPS II)

„Občas se mě podaří to vypsát včas, většinou je to tak na hraně, že třeba den dva to přesáhnu. . Anebo to pošleme bez kompletní dokumentace s tím, že to třeba dopošlu až za 14dní." (DOSP IV)

„Jen co to přijde tak to rychle...pak to třeba pošleme to dyl po tý splatnosti, protože mu chybí vyjádření specialisty, tak pak než se dostane ke specialistovi, přijde tak pak to může prodloužit, že to je po lhůtě. Ale když jde o mně samotného, tak já rozhodně to nějak neprotahuju. "(DOPS III)

„T: A bývá pro Vás třeba někdy obtížné, když vyplňujete ten formulář, dodržet ty lhůty?

R: To bývá pro mě obtížné vždycky. Protože... a asi to má dva důvody. Ten první důvod je obsažnost toho formuláře. A pokud, pokud ho mám s čistým svědomím a pokud možno teda dobře vyplnit, tak to ten čas vyžaduje a ten čas já určitě nenajdu během normální, osmihodinové pracovní doby. A ten druhý problém vyplývá z toho, že správa sociálního zabezpečení rozesílá tyto formuláře s pětidenním, minimálně, s pětidenním zpožděním. Tam je datum vytisknutí toho formuláře. A potom datum odeslání. A mně potom vlastně mezi datem vytisknutí formuláře na správě sociálního zabezpečení a datem, než se mně dostane ten formulář na stůl, tak je minimálně 5 dnů, někdy i týden. A termínově to vyplnění formuláře, je termínované 14 dny. Takže v podstatě ta doba do toho vyplnění se zkracuje skoro o týden. Takže dodržení té lhůty je pro mě obtížné potom. "(PED_VI)

Lékaři upozorňují na to, že tyto lhůty mimo jiné nezohledňují fakt, že praktičtí lékaři jsou zahlceni spoustou další administrativy.

„No bohužel je tam krátká doba, zabere to dost času a nejsou jenom tady ty formuláře pro sociálku, ale máme další já nevím, výpisy musím dělat, pojistky, nějaká návštěva další, co si pacienti zavolají. Takže prostě fakt časově je to někdy náročné stihnout do nějaké lhůty. Většinou ji teda nedodržím."(DOSP XVI)

Dále samozřejmě záleží na tom, kolik tiskopisů pro určení stupně závislosti musí konkrétní praktický lékař vyplnit, přičemž tyto počty mezi dotázanými lékaři poměrně značně variovaly – zhruba stejný počet tiskopisů, který jeden lékař vyplňoval za měsíc, mohl u jiného lékaře připadat na týden.

„Co jsem pracoval na působišti, kde jsem tím byl zahlcen, tam bylo moc pacientů, moc posudků tak tam se to občas nestihlo, no. Tam píšou nějakou lhůtu většinou je to rozumně, že na to ten tejden mám, takže se to dá stihnout, no.“ (DOSP IV)

Lékaři také často poukazovali na to, že lhůty nezohledňují jednak specifika jednotlivých případů např. obtížnou a zdoluhavou komunikaci s některými pacienty, pro které tiskopis vyplňují, a dále pak zvýšené nároky některých období v roce. V obdobích zvýšené nemocnosti jsou lékaři vytíženi akutními pacienty a zároveň nepovažují za rozumné, aby v této době z důvodu vyššího rizika nákazy zvali na vyšetření pacienty žádající o příspěvek na péči.

„ty lhůtníky asi nejsou nastavené podle mě moc dobře v tom sociálním systému i těch úřadů, zatímco obecně úřady mají lhůtu třeba měsíc, než vám odpoví, s něčím, tak po nás chce třeba sociálka to vyšetření do 14 dnů, jinak už nás pokutuje, posílá dopis, kde je sankce dvacet tisíc, za to, že to neodešleme v té stanovené lhůtě, nebo něco... ale ten problém, jak říkám, většinou nebývá na straně lékaře, což si třeba na tom úřadě neuvědomují, ty úřednice podle mě, ale většinou ten problém bývá na straně toho pacienta, který se z nějakého důvodu na vyšetření nedostaví.“ (DOSP XI)

„Ono záleží taky na tom, kolik je třeba nemocných, v chřipkové epidemii se to hůř vyplňuje. Nemůžu pozvat takového křehkého člověka k nám do ordinace, když tam mám plno nemocných, tak to pak bývá horší. Ale jinak v zásadě se to stihnout dá.“ (DOPS I)

V souvislosti s tím, že lékaři celkově považují lhůtu na vyplnění tiskopisu za nepřiměřeně krátkou, zmiňovali také urgence, doprovázené často hrozbou finanční sankce. Byť nikomu z námi zkoumaných lékařů tato pokuta za nedodržení lhůty nebyla dosud uložena, i samotné výhrůžky ze strany ČSSZ vnímají lékaři jako nepřiměřené a spíše demotivační a nepřihlížející k aktuální situaci lékaře a přičinám zpoždění.

„No tak oni vyhrožují vždycky nějakému sankcema, že nebo tak, ale tak zatím se nám nestalo, že by jsme nějak...dycky se nějak domluvíme, no tak když víme, tak tam zavoláme, že to nestihnu do těch třech týdnů, že. Tak zavolám, že to nestihám, tak oni to třeba o měsíc posunou nebo tak. Takže se to dá domluvit.“ (DOSP XIV)

„Já jsem třeba na podzim byl v podstatě dva měsíce nemocný a za ty dva měsíce se mi nashromáždil štos papírů a paní doktore, která mě zastupovala, tak taky, protože jí...jako měla více pacientů, musela více ordinovat a už to naskakovalo, jo? Tam vám zavolá nějaký škrabák...s prominutím teda...a „pane doktore, můžeme vám dát 20.000 pokutu“, takže i takovýhle se vyskytují.“ (DOSP XII)

III. 2.4. Přeposuzování

Jako zdroj nadbytečné zátěže považovali zejména praktičtí lékaři pro děti a mládež opakované posuzování v případech diagnóz, u nichž lze objektivně předpokládat stav pacienta za neměnný. Takový postup ze strany posudkových lékařů – tzn. opakované časové omezení posudků – vnímají jako zbytečné zahlcování administrativou. Jako řešení navrhuji stanovení příspěvku na významně delší časová období. Nejedná se přitom o přeposuzování při dosažení hranice dospělosti, ale např. dvouleté opakované dokládání nových nálezů u stavů, které považují za trvalé a víceméně bez prognózy relevantního zlepšení.

„Když je to dítě jednou teda dlouhodobě postižené, tak by nemuselo mít každoročně nový nálezy. Je to těžko možná hodnotitelný, ale pokud je to dětská mozková obrna, vrozená vada těžká, tak se nezmění. Ale chápu, jako je to asi oboustranný, ale nám to přijde jako zbytečný třeba každý rok. Nevím, možná jestli každé dva roky u těžších postižení znovu ty samé papíry pořád dokládat a vypisovat, když to dítě je nevyléčitelně nemocné.“ (PED III)

„Domnívám se, že je zbytečné kontrolovat stav věcí, které jsou nezměnitelné. To jsou, to jsou těžké doživotní handicapy, tak si myslím, že je zbytečné kontrolovat řekněme co 2 roky, protože to je stav neměnný, stav doživotní, takže tam si myslím, že by měl být ten příspěvek... ten příspěvek by měl být stanoven právě na celou tu dobu toho... toho života. Takže ty frekventní kontroly v těchto případech jsou zbytečné.“ (PED VI)

III.3. Širší role praktických lékařů v příspěvku na péči

V této části jde o to blíže porozumět, jakou další roli hrají či by mohli praktičtí lékaři mít pro své pacienty, kteří žádají či mohli by žádat o příspěvek na péči, podle toho, jak své vlastní možnosti v této oblasti lékaři vnímají či co jsou nakloněni udělat. Jedná se zejména o zprostředkování informací týkajících se příspěvku na péči svým pacientům, případně ochoty být jim více nápomocni v oblasti orientace při podávání žádosti, atd.

Chápání vlastní role a také to, jak praktičtí lékaři vnímají celkově tuto dávku, může ovlivňovat ovšem i samotnou kvalitu vyplnění tiskopisu, ochotu angažovat se v shromažďování informací, aktivně se podílet na překontrolování úplnosti a aktuálnosti všech nálezů, navštívit pacienta kvůli vyplnění tiskopisu pro posouzení stupně závislosti doma atd. V úvodní části této kapitoly se tedy soustředíme nejprve na to, jaký je postoj praktických lékařů k této dávce celkově a ve spojení s tím, do jaké míry sami jsou o této dávce informováni, případně jak dobře informování se cítí být.

III.3. 1. Vnímání příspěvku na péči a informovanost o této dávce

Z výpovědí dotazovaných praktických lékařů je zřejmé, že jejich postoje k tomuto typu dávky se velmi různí. Velké rozdíly k postoji vůči této dávce bylo možné pozorovat zejména mezi praktickými lékaři pro dospělé a pediatri. Zatímco mezi praktickými lékaři pro dospělé byli ti, kteří vnímali příspěvek na péči spíše pozitivně v menšině, je možné na základě dostupných rozhovorů konstatovat, že pediatri význam příspěvku na péči vesměs nezpochybňují, vnímají tuto dávku jako přínosnou.

Z výpovědí pediatri je však patrné, že se různí představy lékařů o účelu této dávky. což je situace, kterou jsme zaznamenávali i v rozhovorech s praktickými lékaři pro dospělé (viz níže). Často lékaři pediatri i praktičtí lékaři pro dospělé význam PnP spojují s kompenzací příjmu rodiny či jednotlivce (např. seniora). Někteří lékaři naopak účel PnP spatřují v možnosti „nákupu služeb“, které mohou přispět k lepšímu rozvoji dítěte. V čem se oslovení lékaři shodují, je „zásluhovost“, kdy PnP označují jako vhodný a účelný nástroj za předpokladu, že rodiče do péče o dítě investují čas a je patrná snaha o posilování potenciálu dítěte. Současně s tím lékaři poptávají lepší kontrolu využití PnP, ve smyslu ověření, zda je dítěti věnována odpovídající péče.

T: „Jakože jestli to vidíte jako účelné pro ty lidi, kteří ho získávají. R: Tak samozřejmě. To jako určitě. No, já si myslím, že takhle jako postižený rodiny mají tak strašně málo peněz, že to opravdu, myslím si, že by mohly být i vyšší.“ (PED IX)

„R: No. Já ho vnímám jako pomoc, a sice jako v odůvodněných případech zaslouženou finanční výpomoc té rodině, která se skutečně stará. Takže takhle ho vnímám. A snažím se, v případech, kde teda je to odůvodněné a kde si myslím, že skutečně ta rodina na to ten nárok má, tak se i já snažím přímo jim to navrhnout. Přes ty peripetie, které potom s tím souvisí. T: Takže pokud to dobře chápu, tak smysl té dávky vidíte hlavně v pomoci té rodině. R: Ano, rodině, která se stará. Protože tam dost často nastávají situace, že třeba to dítě vážně onemocní a ta matka musí zůstat z práce doma" (PED VI)

"T: Můžete mi říct, jak Vy sama vnímáte celkově ten příspěvek na péči? Co je podle Vašeho, smyslem této dávky? R: Asi ulehčit trošku té rodině život, když ta matka prostě nemůže být zaměstnaná, nemůže dávat děti úplně tak do kolektivu, nebo s omezením. Tak tam si myslím, že je ten příspěvek nápomocný." (PED VII)

"R: No já si myslím, že by si měl stát víc, jako pohlídat, kam ty peníze jdou. Že existuje spousta potřebných, který pak nemá na asistenta nebo prostě nemůže s tím vyjít a myslím si, že jako existuje hodně lidí, co by to ani mít neměli a přesto ty dávky pobírají." (PED VIII)

Z analýz rozhovorů vyplývá, že zejména praktičtí lékaři pro dospělé nejsou o podstatě a účelu této dávky často dobře informováni (viz níže), a tato nedostatečná informovanost často pak výrazně ovlivňuje samotný postoj k této dávce – to se projevovalo zejm. u těch z lékařů, kteří si neuvědomovali, že jsou nedostatečně informováni, a svůj postoj k příspěvku na péči a částečně i k jeho příjemcům formovali pod vlivem nepřesných informací – např. domnívali se, že ke zneužití dochází, pokud není použit na zakoupení služby, či si mysleli, že slouží mj. k hrazení ošetrovatelské péče či nákupu inkontinenčních pomůcek apod.

„To je právě to, že a to si stěžují i ty charity a pečovatelské služby, že oni sice dostanou peníze na to, aby si ty služby jako že koupili že, protože vlastně ... jenomže to se absolutně nevyužívá a strašně málo se to využívá.(...) Jakože těch peněz, co se z té sociálky vlastně dává těm lidem, se velice málo do toho systému sociálního vrací, protože oni to použijou úplně na něco jiného." (DOSP XIV)

„ (...) Tak tam by si měli sami uvědomit, že když mají těch 12 tisíc, tak že by si z toho mohli nějaký dokoupit, že by to molo být i na to uzpůsobený.

T: Jako zvlášť to myslíte?

R: (...) že by si mohli třeba dokupovat z toho, co jim nevyjde od pojišťovny... Třeba na dva měsíce nějaký vložky nebo kalhotky, ale většinou si stěžují, že toho mají málo, ale víc toho nejde napsat za ty dva měsíce, tak tam myslím ty lidi by měli být rozumný a třeba si jich pár dokoupit z tohohle příspěvku, že by to mohli." (DOSP XVIII)

Celkově lze říci, že poměrně velká část, zhruba třetina dotazovaných praktických lékařů pro dospělé se k příspěvku na péči stavěla výrazně odmítavě či s velkými výhradami. Z těchto výhrad bylo mnohdy zřejmé, že daný lékař nemá jasnou představu nejen o tom, co příspěvek na péči je a na co ho lze využít, ale ani jakému okruhu lidí a za jakých podmínek ho lze přiznat. Přesvědčení, že je příspěvek určen pouze seniorům, a to jako jakési přilepšení k důchodu, nebylo mezi dotázanými lékaři neobvyklé, a často se pojilo s představou, že to je povinnost rodiny zajistit péči, a to bez nároku na finanční kompenzaci.

„No, říkám negativně, jo. Protože každý, obecně podle mě každý člověk, který je starý, tak je svým způsobem imobilní (...) Tak by to měl brát vlastně každý, když to tak vezmu, jo. Čili to vnímám negativně. Já si myslím, že jako ten věk, kterej člověk má, tak ještě není jakoby vstupním bránou do tady toho sociálního ráje. Podle mě není. To by měla být nějaká jakoby nemoc, která jakoby vznikne náhle nebo, ale jako že samotnej vysokej věk podle mě tomu není, že jo. Ten člověk už ví, že bude mít ten vysokej věk, už může předpokládat, že bude imobilní, tak proto si myslím, že by to nemělo být nějak zohledňovaný(...) Já jsem prostě proti. Nelíbí se mi to. Je to zneužívání." (DOSP III)

Další praktičtí lékaři lékaři vyjadřovali různé typy pochybností o smyslu této dávky či jejím využívání. To byl postoj mezi dotázaným lékaři nejčastěji vyjadřovaný – tzn. v zásadě s příspěvkem na péči souhlasili, nicméně byli přesvědčeni, že realizace této dávky v praxi se neslučuje s tím, co považovali za její účel, a domnívali se, že se v praxi mívá dávka svým určením a masově dochází k jejímu zneužívání.

„... to ty lidi použijou dost často i na něco jinýho , protože tam není tam chybí... chybí totiž ten, ta... ty doklady, ty doklady, komu ty peníze vypláceli, komu, jestli někomu dali, komu, jo, prostě to nikdo neeviduje, nikdo nezkoumá, na co ty peníze použili." (DOSP IX)

„Pro pacienty, to už se budu opakovat. Když je dobrá rodina, tak jako je to přilepšení péče. Když je ...jsou rodiny, který jako, když to přijde, tak to zabaví, použijí na jiné účely, než k čemu to slouží. Bohužel, taková je snad třetina." (DOSP XII)

„Podívejte, smysl je naprosto skvělej, perfektní a fantastický, bohužel si myslím, že v tom reále není využit na ty účely, na který je prostě poskytován. Protože si myslím, že opravdu, kdyby byl využit...využit na ty účely, na který je určený, tak že by spouště lidí tenhle život usnadnil. Bylo by všechno daleko lepší pro ty seniory, ale ta realita je mnohdy jiná."(DOSP XIII)

Jen zhruba 1/10 dotázaných praktických lékařů pro dospělé vyjadřovala pozitivní postoj k příspěvku na péči, vnímala ho v širších souvislostech, např. v kontextu rodinné péče a jejích nároků, kvality života jeho příjemce a pečujících. Tito lékaři zároveň byli o příspěvku lépe informováni a zároveň pociťovali potřebu lepší vlastní informovanosti a projevovali i větší ochotu aktivně sdílet své informace o příspěvku na péči se svými pacienty.

„T: Jaký je podle Vašeho názoru smysl téhle dávky?

R: No, smysl, no, kompenzace nebo spíše smysl pro ty pečující. Jakože je to nějaká kompenzace tý práce s tím člověkem, že se o něj svým způsobem ten stát nějakým způsobem postará, tak aspoň tady tím, finanční prostředky, no."(DOSP II)

„Tak vnímám to pozitivně, poněvadž spousta lidí, co žijí třeba sami doma, tak z těch peněz, co mají navíc díky tomu, tak si zaplatí nějakou pečovatelskou službu, která jim pomáhá tam s denními úkony tak to je asi rozumný, no. V dnešní době, kdy jsou roztržštěné rodiny a nežijí všechny generace pohromadě, tak je to zapotřebí, no. A ty důchody někdy nejsou tak velký, aby si to lidi dovolili, zaplatit nějakých 50 nebo 100 korun na hodinu nějaký pomocný síle, no. Takže asi tenhle smysl v tom vidím jako pozitivní. Nemyslím si, že by se to nějak zneužívalo." (DOSP IV)

„No já si myslím, že to má smysl... že to .. pokud se rodina třeba stará o ležícího, nemocného, starýho člověka, no tak ... je pochopitelný, že nemůžou třeba chodit do práce, že jo, takže je jasný, že tenhle

příspěvek je pro ně naprosto nezbytný, a navíc je to záslužný rozhodně. Je to pro stát levnější, než kdyby ten člověk ležel v nějaký léčebně dlouhodobě nemocných a navíc je ve svém speciálním prostředí, a ...a je to vždycky lepší varianta. Dokonce si myslím, že by to mělo být i pro zvlášť teda vážný případy, že by to mělo být... financováno líp."(DOSP X)

Celkově však, jak již bylo řečeno, převládal mezi zkoumanými praktickými lékaři pro dospělé spíše vlažný až odmítavý postoj k této dávce, který se někdy promítal i do toho, jak vnímali svoji povinnost vyplnit příslušný tiskopis. Několik z nich vyjadřovalo přesvědčení, že jsou tímto typem administrativy zahlcovaní mj. proto, že mnozí jejich pacienti víceméně bezdůvodně zkoušejí podávat žádosti o příspěvek na péči, aniž by dle názoru lékaře toto mělo opodstatnění.

„Právě, to si vždycky žádají, že jim to někde někdo poradí, nějaký soused, nějaká sousedka, která už to dávno pobírá, tak to poradí a tak, jo, ale že by to tak nějak jako vyšlo u nějakýho špatného stavu, ty lidi o to právě nežádají. (...). Právě že ne, právě že tam právě nevidím nějakou takovou souvztažnost mezi nějakým těžším zdravotním stavem, že si o to žádá. Spíš jak říkám, vyčůranost." (DOSP III)

Z výpovědí zkoumaných lékařů tedy plyne, že u řady z nich bylo celkové povědomí o příspěvku na péči poměrně mlhavé. Zájem a ochota zlepšit vlastní informovanost o této dávce mezi dotazovanými lékaři velmi kolísá, přičemž převažoval spíše rezervovaný přístup až nezájem. Někteří z dotázaných lékařů by byli ochotni prohloubit svoji informovanost o příspěvku na péči, pokud by nemuseli tyto informace sami vyhledávat, ale byly by jim ve zhuštěné podobě poskytnuty.

„No, já si myslím, že kdybych si to asi někde našla všechno, tak bych možná byla informovaná. Ale takhle jako zběžně ta moje informovanost není na nějaké extra výši (...) možná že někde na těch stránkách Správy sociálních zabezpečení to je, ale abych řekla, neměla jsem čas po tom nějak pátrat v tom a vyhledávat a tak dál, protože těch dalších administrativních úkonů je tolik, že se tím člověk ani moc nezabývá." (DOSP XVI)

„Ale co přesně znamená ta dávka a k čemu oni všemu ji můžou využít nevím úplně přesně a myslím, že i kolegové to málo ví. Jakože by to chtělo víc, abychom se mohli s tím seznámit. Možná i ze strany té správy, aby nám třeba nějaký list občas poslali, nebo nějaké školení jestli by bylo, nebo tak." (DOSP I)

„R: Já myslím, že to asi stačí, jenom taková struktura, jaký dávky existují a k čemu to slouží a kolik teda na, na kolik peněz mají nárok a to si myslím, že mě asi stačí. Zase, že bych musela tak jako do detailů. To zas tady máme jako takové jiné práce dost." (PED VIII)

„R: Tak určitě. Třeba jako já vůbec nevím ty sumy, já nemám o tom vůbec přehled, kolik lidí za co dostanou nebo na co. Mohli bychom to vědět alespoň přibližně." (PED XI)

Část lékařů ovšem považovala za nadbytečné se ohledně příspěvku na péči dále informovat. Vnímali to jako oblast, která je víceméně již mimo to, co je polem působnosti praktického lékaře a za další zbytečnou zátěž.

„T: Takže myslíte celkově, že praktičtí lékaři potřebují být o příspěvku na péči podrobně informováni?

R: No, představte si, že toho mám tolik, že ani nemám moc náladu to nějak študovat tyhle ty věci.

Ještě když s nimi moc nesouhlasím tak proč se v tom dál pitvat." (DOSP III)

Několik lékařů by podle svých slov bylo ochotno se k této problematice postavit i aktivněji, tzn. například se zúčastnit takto tematicky zaměřených seminářů či školení, zejména pokud by to pro ně

bylo prostorově dostupné. V našem vzorku praktických lékařů pro dospělé však byl takovýto postoj spíše výjimkou. V této souvislosti dva ze zkoumaných lékařů vyjádřili názor, že do seminářů či školení k posudkové problematice celkově či k příspěvku na péči konkrétně by bylo vhodné přizvat i posudkové lékaře, kteří posuzování stupně závislosti provádějí.

„ty okresní města, nebo krajská města a úřady tady ve městě měly určitě nějaký seminář určitě dělat s těmi lékaři, určitě by to přivítali si myslím, i tu vzájemnou spolupráci, tak aby se třeba některé věci třeba i vyjasnily.“ (DOSP XI).

„No víc třeba vzdělání přes tady to pro praktické lékaře, srozumitelný, nějaký semináře. Taky jsme mívávali s posudkáři nějaký (...) ale myslím ještě za minulého režimu to bylo. Teď je to všechno odborný, ty semináře a s posudkovým hlediskem nic.“ (DOSP XV)

III.3.2. Vnímání vlastní role ve vztahu k příspěvku na péči

Ze samotného převažujícího postoje praktických lékařů pro dospělé k příspěvku na péči i k otázce, zda považují za žádoucí a byli by ochotni zlepšit svoji vlastní orientaci v této problematice, lze vyvodit, jakým způsobem většina ze zkoumaných lékařů definuje svoji roli v této oblasti. Z výpovědí lékařů bylo zřejmé, že někteří z nich považují za překročení vlastní role praktického lékaře i to, že do tiskopisu mají vyplňovat informace, které nejsou úzce medicínského charakteru (viz výše). Někteří lékaři by vysloveně uvítali, kdyby jejich role byla ještě redukována, tzn. uvítali by spíše úzce pojaté podání informace o zdravotním stavu pacienta.

„Říkám, radši bych, jak jsme se o tom bavili, kdyby teda to řešil někdo jinej, kdybysme nemuseli tohleto domácí prostředí, jak jsem říkala, to by bylo úplně nejlepší. Že by to šlo mimo nás a jenom bychom prostě vyplnili diagnózu a dali odborný zprávy, to by bylo lepší pro nás“. (DOSP V)

Vnímání vlastní role v této oblasti bylo u některých zkoumaných lékařů ovlivněno i přesvědčením či zkušeností, že posudkoví lékaři nepřikládají tomu, co jim praktický lékař vypíše, dostatečnou váhu. Z toho pak někteří praktičtí lékaři pro dospělé vyvozují, že by tomu bylo vhodné přizpůsobit rozsah toho, co tedy mají posudkovým lékařům poskytovat – tzn. tento objem informací snížit. Spíše okrajově se objevovaly i názory, že naopak by bylo třeba posílit pozici praktických lékařů v tom smyslu, aby jejich informacím byla přikládána větší váha než doposud.

„Já si myslím, že posudkový doktor spíš dá na nálezy specialistů. Že toho praktika příliš neberou. Takže možná že by se měla, jak bych to nazvala... ta prestiž těch praktiků v tomhle zvýšit. Že vlastně jsme brání, jakože teda vypisovatelé papírů,... jo ale myslím si, že já jsem ten nejbližší, nebo pozorovatel toho zdravotního, mám návštěvní službu, to specialista nemá.. jo, takže já můžu říct, jo, znám jeho rodinu, vím, jak to tam prostě funguje, takže si myslím, že by se to mělo víc zohlednit. Jo, že v některých případech mi přijde zbytečný nějaký vyšetřování člověka, který prostě se k tomu specialistovi nedostane už, a když tak obtížně, (...) ten posudkář... měl by nám měl víc věřit.“ (DOSP X)

Praktičtí lékaři pro děti svoji stávající roli v procesu rozhodování o příspěvku na péči v rozhovorech neproblematizovali. Vnímají tuto roli jako důležitou pro kompletaci a syntézu všech dostupných údajů o pacientovi. Jsou si vědomi, že kvalita jejich práce následně může ovlivnit rozhodování LPS o přidělení nebo stanovení výše příspěvku. Nelze proto říci, že by svoji činnosti popisovali výhradně jako administrativní úkon. Někteří z lékařů pak zvažují, že by měli ke zpracování podkladu pro LPS k dispozici kromě výstupů od specialistů, také informace od dalších odborníků (např. výsledky sociálního šetření).

Ve výpovědích pediatriů lze zachytit povědomí o hlubším významu jejich role pro pacienty, kdy představují často zdroj poznatků a informací o PnP, ale mohou být také zdrojem zkušeností s fungováním systému pomoci.

„R: Tak jako nakládají nám to, prostě my to musíme sepsat a je to na základě nás, co my dodáme. Tak to prostě dostanou podle toho. Že my jsme jako..., bych řekla, že když to řeknu tak, že bych dala méně informací, tak ty lidi dostanou míň peněz. Tak je to dost na nás. "(PED_IX)

„R: Já si myslím, že to je součástí té práce, akorát bohužel dneska ta práce toho lékaře praktika, je nastavená tak, že on je zahlcen, on je zahlcen prací odbornou, ale zároveň tady tou administrativou a tak, a hlavní věc, hlavní problém je v tom, že my vlastně už nemáme čas, my tam nemáme kapacitu na to, abychom si mohli takhle s tím člověkem sednout a probrat s ním možnosti. Já se snažím, ale vždycky je to o tom, že to nelze v normální ordinační době, to se musíme vždycky domluvit, a potom nějak tak jako mimo." (PED VI)

„R: Tak jako praktik si myslím, že by měl mít všechny ty informace od více odborníků, že by to tady měl mít více pohromadě a udělat z toho takový nějaký ten hlavní asi... "(PED VIII)

Informování pacientů o příspěvku na péči

Z hlediska současné role praktických lékařů a zejména toho, jak oni sami mají tendenci tuto roli ve vztahu k příspěvku na péči chápat, nás zajímal především jejich postoj a jejich strategie, co se týče informování svých pacientů o této dávce. Sami lékaři, jak je patrné, většinou nemají přesnou představu o příspěvku na péči, ale o samotné existenci této dávky povědomí mají, stejně jako tuší, pro jaký typ životní situace je tato dávka určena, i když mnohdy ne zcela přesně. Limitem v potenciálu informovat pacienty o této dávce může ovšem přesvědčení některých lékařů pro dospělé, že tato dávka je určena pouze seniorům.

Totéž analogicky platí o lékařích pro děti a dorost. Z výpovědí pediatriů je celkově mnohem více než u lékařů pro dospělé patrná jejich snaha poskytnout rodičům informace o možnosti využití PnP. Podle zkušenosti lékařů je část rodičů v tomto dostatečně orientovaná a disponují informacemi od specialistů nebo poskytovatelů sociálních služeb (zejména raná péče).

„ Pokud je dítě postižené, tak po roce samozřejmě tady lidi na to upozorňuju, po roce věku toho dítěte. Když je dítě nějakým způsobem handicapované, smyslově nebo pohybově hlavně, tak upozorním. Ale většinou si myslím, že ty lidi už o tom docela ví, už ví i od těch odborných lékařů, no a někteří lidi už se spojují dál možná s nějakým centrem třeba rané péče nebo tak, kde dostanou další informace." (PED_XI)

Ale setkávají se také s rodiči, kteří o možnosti využití dávky nevědí, a pediatr v těchto případech sehrává významnou roli zprostředkovatele informací. Jedná se zejména o rodiče dětí se získanými zdravotními problémy, pro jejichž rodiče je takové situace zcela nová a v systému pomoci se teprve orientují. Z některých výroků však vyplývá, že samotní pediatri nejsou zcela dobře v systému zorientovaní, např. odkazují rodiče na podávání žádosti na Správě sociálního zabezpečení.

„Já jim poradím, aby si zašli právě na správu sociálního zabezpečení, tam kontaktovali příslušnou úřednici, radím jim, aby se nenechali odbít, aby řekli, kde je jejich problém... a na místě, pokud možno na místě, vyplnili příslušný tiskopis. A tím je ten první krok zahájený a potom ty věci už dostanou přímý spád." ((PED VI).

Pravděpodobně větší překážkou v informování svých pacientů o příspěvku na péči, než vlastní omezená informovanost, jsou předsudky či přímo negativní postoj vůči této dávce. Tomu lze pravděpodobně přičítat to, že jen menší část dotázaných lékařů byla ochotna sama od sebe své pacienty o možnosti žádat o příspěvek na péči informovat. Někteří z dotázaných lékařů toto a priori nepovažovali za součást své role praktického lékaře, neboť podle jeho názoru je to nad rámec činnosti praktických lékařů.

„T: Do jaké míry je to podle Vašeho názoru součástí role praktického lékaře poskytovat informace o možnosti a nároku příspěvku na péči?

R: Víte co, já si myslím, že tohle to by měl být hlavní úkol toho sociálního pracovníka toho sociálního odboru, že jo, našim úkolem je tak nějak se starat o zdraví toho člověka a nikoliv teda zajišťovat ještě další jiné činnosti.“(DOSP XIII)

Jak zároveň vyplývá z výpovědí lékařů, lékaři se běžně setkávají s tím, že jejich pacienti od nich informace o příspěvku na péči očekávají a občas se jim i stává, že někteří z pacientů se domnívají, že celá žádost se podává přes praktického lékaře.

N„o hlavně si třeba myslím, že oni o tom vůbec neví, že si můžou sami tím, že dojdou na sociálku. Že většina si myslí, že tady dojdou a řeknou, že by si o to chtěli jako u nás zažádat, jo. Nebo ať my to nějak zařídíme.“(DOSP XVII)

Lékaři to většinou řeší tak, že pacienty odkážou na „sociálku“, či v menším počtu případů přímo na úřad práce.

„Je to celkem dneska aktuálně důležité, protože dneska si o to fakt žádá každý a furt se ptají. Já jich samozřejmě pošlu, já je odkážu na tu sociálku. Víím, že zrovna tady na V. , že jsou šikovní, na té sociálce, oni jim dokážou i poradit i o co přesně si zažádat, jaké mají problémy. Takže většinou jim řeknu, ať si zajdou na sociálku, ať si zažádají, o co všechno možné jde (směje se) a pak se uvidí, no. Ale oni tam i poradí pěkně.“(DOSP XVII)

„R: Čekají ode mě radu, co mají pro to udělat. Já jim řeknu, že mají jít na ten úřad práce.

T: Do jaké míry je podle Vašeho názoru tohle součástí role praktického lékaře poskytování svým pacientům informace o příspěvku na péči?

R: Tak je to součástí té komplexní péče, jakože dávám rady ohledně zdraví a i v tom jak si poradit, ale tam moje role končí, já je musím jenom nasměrovat.“(DOSP IV)

Podrobnější instrukce, rady či know-how, jak žádat o příspěvek na péči, jak bude tato žádost probíhat a co bude od konkrétního žadatele nutno doložit, apod. svým pacientům praktičtí lékaři obvykle nedávají. Již to, co je vyjmenováno v níže uvedené citaci z rozhovoru s jedním ze zkoumaných praktických lékařů představuje v rámci celého vzorku těchto lékařů spíše nadstandardní rozsah informací, který tento lékař pacientům o řízení o příspěvku na péči poskytuje:

„Tak musím jim, musím jim říct, kde si mají zažádat a co si mají, většinou, když jsou to ti starší lidi, tak jako musejí mít plnou moc ty jejich, kdo to jde za ně vyřizovat, tak jim řeknu jako jak asi, kde asi, nebo co všechno k tomu potřebují. (...) Ale tak to jenom takový to, základní informace jim dáváme, jako co bude...“ (DOSP XIV)

Téměř všichni dotázaní lékaři uvedli, že jsou-li na téma příspěvku na péči svými pacienty dotázáni, alespoň elementární informaci poskytnou, např. právě v podobně odkazu na příslušný úřad. Výrazně se ale postoje lékařů lišily v tom, zda považují za součást své role pacienty o existenci příspěvku na péči

informovat, případně je dokonce povzbudit v tom, aby o tento příspěvek zažádali. Poměrně významná část, zhruba čtvrtina zkoumaných praktických lékařů pro dospělé se k možnosti, že by sami doporučovali pacientům zažádat o příspěvek na péči, stavěla dosti odmítavě. Někteří z nich v tomto směru nejsou aktivní vůbec. Od několika z nich na otázku, zda své pacienty o této dávce někdy informují, zaznělo poměrně kategorické „ne“, většinou bez ochoty se o této možnosti dále podrobněji bavit.

Část praktických lékařů pro dospělé v této souvislosti připustila, že značně filtruje, komu se o možnosti žádat o příspěvek na péči zmíní. To znamená, že u svých pacientů, kteří příspěvek na péči nepobírají a zřejmě o této možnosti ani nevědí, podle vlastních kritérií a představ o tom, kdo by měl mít nárok na příspěvek na péči, rozhodují, komu jsou ochotni o této dávce říci. Přitom je z výpovědí lékařů patrné, že uplatňují různě přísná kritéria. Někteří filtrují poměrně striktně, komu tyto informace poskytnou a impulz k podání žádosti o příspěvek dají či nikoliv. V rozhovorech bylo možné vysledovat jakou souvislost mezi tím, jak lékaři tuto dávku vnímají, a zda o možnosti o tuto dávku žádat své pacienty sami informují. Jak bylo popsáno již výše, mezi praktickými lékaři pro dospělé byl poměrně silně rozšířen názor, že dávka je často zneužívána, a lékaři měli tendenci rozlišovat, kdo podle nich si tuto dávku zaslouží a kdo nikoliv.

„T: Stává se někdy, že Vy sám svým pacientům doporučíte, aby si o tenhle příspěvek zažádali?

R: Zcela výjimečně. Mám tam jednoho pacienta, opravdu ležící, prostě má těžkou dermatomiozitu, nemůže se hýbat, sám neudělá nic, je to jako perfektní člověk. Tomu jsem poradil. Tomu jsem to poradil, ale to je fakt jeden člověk ze sta.“ (DOSP III)

Ti z dotazovaných praktických lékařů pro dospělé, kteří se lépe orientovali v problematice příspěvku na péči a měli představu, co příspěvek na péči je a k čemu slouží, a měli obvykle pozitivnější vnímání této dávky, byli také často lépe informováni o tom, kdo a jakým způsobem může tuto dávku získat a rovněž byli více nakloněni tomu, tyto informace sdílet se svými pacienty.

„Jo, určitě. Jak říkám, když tady přijde někdo, když vidím, že s nimi, s tou babičkou pokaždé chodí nějaká rodina, takže se o ni starají, tak se jí zeptám, jestli něco takového berou a když ne, tak jim fakt řeknu, ať si zajdou na tu sociálku, že stejně do ní oni ti peníze investují, musí se starat. Všechno to stojí peníze, tak jako říkám, určitě jim to doporučuju.“ (DOSP XVII)

„No, já je upozorním na tu možnost, že skutečně ten pacient je handikepovaný, fyzicky nebo psychicky, no a je to opravdu postižení, vidím, že nezvládá už ten svůj život, tak to doporučím sám, nebo příbuzným.“ (DOSP IX)

„Přijdou, nebo jim to nabízím sám. Když vidím, že dotyčný je na tom nějakým způsobem špatně, vrátí se z nemocnice. Tak řeknu a máte příspěvek, zvlášť když třeba s tím pacientem přijde nějaký doprovod, tak se ptám, jestli mají příspěvek na péči. Protože si myslím, že spousta lidí o tom třeba ani neví.“ (DOSP VII)

Lékaři, kteří jednoznačně považovali za součást své role alespoň základní informování pacientů mj. i o příspěvku na péči, byli v námi získaném vzorku v menšině. Ale ani těchto několik lékařů nebylo ochotno uvažovat o tom, že by se jejich role měla v tomto ohledu ještě posílit. Naopak názor, že by praktičtí lékaři mohli či měli hrát v příspěvku na péči významnou či možná ústřední roli, vzhledem ke své pozici toho, kdo zná pacienta, jeho zdravotní historii i aktuální stav a zároveň má ucelený přehled o všech jeho zdravotních problémech, mezi námi dotazovanými praktickými lékaři zazněl zanedbávaně.

„Nám se schází zprávy z těch odborných ambulancí nebo měly by se scházet, takže my bychom správně měli posoudit, jestli to dotyčný potřebuje nebo ne, případně ho vyzvat. Neurolog může říct, no jo, vy sice tady máte bolesti v zádech, ale nepozná, že má ještě na řešení nějakou poruchu psychickou nebo nějakou jinou. Protože on se zaobírá jenom tím svým neurologickým onemocněním, ne ortopedickým a ne jakýmkoliv jiným, zaživačima potížemi a já nevím čím vším. Takže nám se to schází ty informace, takže si myslím, že my jsme takový středobod pro tady tyhle, pro tuhle činnost. Ale řeší toto často i sociální pracovníci v nemocnicích, hodně toho vyřeší nebo doporučují, když jsou ti pacienti hospitalizováni na internát nebo na chirurgii, tak tam je sociální pracovníci, která to má na starosti. Další třeba pobyt toho pacienta po chirurgii nebo po interně, že ho přeloží na oddělení následné péče a většinou už to taky s tou rodinou řeší, takže oni potom přijdou a už jdou třeba informovaní nebo už mají rozběhlou tu žádost.“ (DOSP VII)

„R: Určitě, tak sociální politika v té primární péči, je.. to je taky jako určitě jedna.. jedna součást té práce, tak jako vyšetřování pacientů, hledání některých diagnóz, tak ta sociální stránka tam asi vždycky patří, i když samozřejmě je toho pak hodně, jako člověk je pak zahlcen jako s tou lékařskou prací, vyšetřováním lidí, stanovováním diagnóz, kontrolou a tak dále (...) takže to bychom byli moc rádi, kdyby nám, kdyby i ti úředníci toho úřadu sociálního pomohli, a měli tam třeba nějaké styčné pracovníky, kteří by třeba právě chodili do těch ambulancí, a snažili se některé věci vysvětlovat, pomoci v tom.. protože té práce je prostě čím dál víc... a tak to asi všude prostě té administrativy... a nedá se to samozřejmě přesně oddělit, tady je zdravotní stránka, Ministerstvo zdravotnictví, a odsud začíná ministerstvo práce a sociálních věcí.. prostě vždycky se to prolíná.. jo, čili to není jenom tělesná schránka, je to tak prostě.“ (DOSP XI)

Zpětná vazba

Téma zpětné vazby týkající se výsledku řízení o příspěvek na péči bylo zařazeno do části pojednávající o roli praktických lékařů a zejména o vnímání své vlastní role v rámci celého řízení o příspěvek na péči proto, že skutečnost, že žádnou systematickou a oficiální zpětnou vazbu v této oblasti lékaři nemají, někteří z nich interpretují jako signál k tomu, jak mají vlastní roli pojímat – tzn. jako spíše administrátora zdravotnických informací, který se nemusí zajímat o širší konsekvence celého řízení. Část z nich to akceptuje a několik se přímo vyjádřilo v tom smyslu, že je výsledek řízení příliš nezajímá, ale pro mnohé bylo takovéto nastavení poměrně demotivační. Vyjadřovali např. pocit neadekvátnosti situace, kdy na jedné věnují poměrně velké množství času vyplnění tiskopisu a přípravě podkladů pro posudkové lékaře, případně jsou dokonce upomínáni kvůli nedodržení lhůty, a na druhé straně se výsledek řízení nedozví. Tzn. chybí jim jednak zpětná vazba o tom, jakým způsobem byli zohledněny jejich podklady, a o tom, zda je péče o konkrétního pacienta lépe zajištěna, resp. zda má nyní více zdrojů k jejímu zajištění. Z některých výpovědí je zřejmé, že by lékaři vnímali pozitivně sdělení, jakým způsobem byly poklady, které zpracovali, využity a zda a jak přispěly k procesu rozhodování o PnP. Pediatři by tak pravděpodobně nabyli více dojem, že jsou součástí týmu, nikoli pouhými administrátory podkladů od specialistů či doručiteli soupisu diagnóz.

Naprostá většina lékařů spolehlivou zpětnou vazbu o tom, jak řízení o příspěvek na péči pro jejich pacienta dopadlo, tedy nemá .

„Vůbec. Jako pokud nám sama rodina nebo on neřekne, tak nevíme nic.“ (DOSP XVII).

Pokud se o výsledku řízení lékaři dozvídají, tak spíše nahodile od svých pacientů, pro něž příslušný tiskopis vyplňovali, či od rodinných příslušníků pacientů.

„My vlastně ani nemáme zpětnou vazbu o tom, jak, jestli dostal nebo nedostal nějaký příspěvek. To je jenom věc posudkového a pacienta.“ (DOSP II)

„Pouze nepřímou. Pouze nepřímou, když pacient nebo rodina sdělí, ale nemáme oficiální cestu.“ (DOSP II)

"Dokonce já se ani nedozvím, jaký stupeň ten dotyčný získal(...) Pokud mi to dotyčný neřekne nebo rodina nesdělí, že dostali příspěvek nebo nedostali, tak se to nedozvím." (DOSP VII)

V některých případech se lékaři o tom, že řízení o příspěvek na péči zřejmě nedopadlo podle očekávání pacienta, dozvídají pouze tím způsobem, že po určité době, pokud tento jejich pacient podá žádost opětovně, vyplňují znovu daný tiskopis.

"Většinou to rozhodnutí potom dostane do ruky ten pacient a já se to dozvím od toho pacienta, no. Když mu to nepřiznají tak on se odvolá, přijde znova, no." (DOSP IV)

Rozdíly mezi jednotlivými lékaři jsou hlavně v tom, za jak důležité by považovali dozvědět se o tom, jak řízení dopadlo, zda jeho pacient příspěvek dostal či nikoliv, případně v jaké výši. Někteří lékaři jsou pak v tomto ohledu také aktivnější a sami se svých pacientů ptají, jak řízení o příspěvek dopadlo.

„Většinou se zeptám pacienta, jaký stupeň vlastně, jak byl posouzen, jaký stupeň získal.“ (DOSP XVI)

Větší část dotázaných lékařů ale spíše vyčkává, zda se pacient sám zmíní či nikoliv a sami se po výsledku řízení nepídí, většinou proto, že to z hlediska své funkce praktického lékaře nepovažují za příliš relevantní. *"To jedině, když pak ještě přijdou následně do ordinace, tak třeba se to tak zmíní, že to bylo přiznané, ale... I když teda... Myslím, že ne, protože nám chodí jenom, že byla invalidita přiznaná, 1 - 3 stupeň ale příspěvek na péči, to myslím nám nechodí, to chodí jenom těm lidem.*

T: Takže vy se o to nějak výrazně nezajímáte, jak to vlastně u těch konkrétních lidí dopadlo?

R: Ne, aktivně ne..". (DOSP XVIII)

Část lékařů by o zpětnou vazbu stála a to jednak proto, aby byli schopni udělat si obrázek o tom, jaký je celkový vztah mezi zdravotním stavem jejich pacienta, s tím, co a jakým způsobem vyplnili v tiskopise a jak řízení nakonec dopadlo. To, že nemají zpětnou vazbu, vzbuzuje v některých z nich pocit, že se nemohou dobrat větší zkušenosti s vyplňováním tiskopisu, že spíše střílejí naslepo a celému způsobu posuzování nároku na příspěvek mají menší šanci porozumět.

"Vlastně z čeho člověk vycházel nebo respektive my vlastně jenom dáváme informace a ten člověk posudkovéj má vlastně dva zdroje, jednak to jsme my a jednak to je sociální pracovnice, která zjišťuje tu situaci v tom prostředí. Takže určitě ta informace je zajímavá, jestli se to shoduje, jestli ten člověk vypadá jinak, tak a jakým způsobem to pak vlastně rozhodne ten posudkový lékař." (DOSP II)

"To mě mrzí, ráda bych tu zpětnou vazbu měla, a kdyby třeba by to bylo možné, aby nám to taky poslali, jak to dopadlo, bych byla velice vděčná. Protože většinou se stane, že rodina neřekne nakonec, jak to dopadlo, pacient často ne, protože ten to ani nedokáže nám říct. A to si myslím, že je chyba, že nám to nepošlou. My to vypisujeme a pak nevíme, jak to dopadlo." (DOSPI)

"R: Určitě no. Měla by být že, ta zpětná vazba nějaká, když už teda pro ně děláme, celkem si myslím, že...no pro ně ne na té sociálce, ale pro ty pacienty hlavně. No tak, ale měla by být nějaká návaznost, jak to vypadá, určitě. Jo, že prostě dáte tomu tu práci, tak ať víte." (DOSP XIV)

IV. Závěr: Shrnutí a předběžné návrhy směřování doporučení

Ze získaných poznatků o zkušenostech, postojích a praxi praktických lékařů v oblasti vyplňování tiskopisu pro potřeby určení stupně závislosti a přípravě podkladů pro posudkové lékaře i v jejich širším vztahu k oblasti příspěvku na péči lze konstatovat, že za stávající situace nelze pravděpodobně počítat s tím, že by bylo možné bez doprovodných změn a přípravy uvažovat o větší angažovanosti lékařů a či se pokoušet o větší míru jejich zatížení v dané oblasti.

Jinak řečeno, pokud by se v rámci koncepce případných změn v oblasti příspěvku na péči či konkrétně v oblasti posuzování stupně závislosti, přípravy a významu různých typů podkladů apod., jevílo jako

žádoucí posílit a rozšířit roli praktických lékařů, musel by tento krok být doprovázen řadou opatření. Nicméně i za situace, kdy by měla role praktických lékařů zůstat zachována zhruba v rozsahu, v němž se pohybuje nyní, ukazují naše zjištění, že by bylo vhodné učinit některé kroky, které by mohly celkově přispět k větší kvalitě dodávaných podkladů a k větší plynulosti řízení o příspěvek na péči a v některých případech snad i k větší ochotě praktických lékařů zapojit se do informování svých pacientů o této dávce.

Doporučení týkající se opatření a kroků zaměřených na praktické lékaře by se podle poznatků našeho šetření měla týkat:

- informování praktických lékařů o příspěvku na péči – tzn. zejména poskytnutí informace „v kostce“ – rychle dostupnou formou, který není náročná na čas a vlastní aktivitu lékaře o příspěvku na péči – tzn. základní informace, která musí zahrnovat mj. to, čeho se týkaly omyly a nejasnosti na straně lékařů nejčastěji. na co je PnP určen (se zdůrazněním, že nejen na sociální služby, ale i na podporu rodinné péče), na co určen není (tzn. není určen na ošetřovatelkou péči, nákup pomůcek, hrazení léků apod.) ; komu je určen (se zdůrazněním, že to není dávka jen pro seniory); ev. jakých životních situací se typicky týká; zprostředkovat lékaři základní představu o celém průběhu řízení o PnP a roli jednotlivých aktérů;
- usnadnění poskytování informací pacientům – poskytnout praktickým lékařům letáčky se základní informací o příspěvku na péči a způsobu žádosti o ně – konkretizovanou a upravenou pro danou lokalitu – tzn. zejména s kontakty na příslušné sociální odbory a oddělení nepojistných sociálních dávek kontaktních pracovišť úřadu práce v daném území - tzn. umožnění pasivního informování pacientů lékařům, kteří se této oblasti jinak věnovat nechťejí, opora informování pacientů lékařům, kteří jsou ochotní se v této oblasti více angažovat;
- zvážit flexibilnější nastavení lhůt – např. aby lékař mohl jednoduše oznámit, že lhůta nebude dodržena - byl nemocen, bude mít dovolenou, je období zvýšené nemocnosti atd. a nebyl upomínán;
- Dodržování termínů ze strany ČSSZ, zejména eliminace rozdílu mezi časem vystavení formuláře a jeho odesláním praktickému lékaři;
- zpětná vazba – zvážit poskytování informace o tom, jak byl daný případ posouzen – praktičtí lékaři tak získají přesnější představu, jaký zdravotní stav odpovídá získání příspěvku na péči a v jakém stupni (tzn. mohou se cítit jistější při informování pacientů); postupně získají zkušenost, jaké informace jsou pro posudkové lékaře využitelné, čemu posudkoví lékaři zejm. potřebují věnovat pozornost; poskytnutí zpětné vazby je také signál pro lékaře, že v procesu zpracování žádosti o příspěvek na péči nejsou pouze administrátoři zdravotních informací, ale partneři;
- z téhož důvodu – facilitovat možnost komunikace a spolupráce mezi praktickými lékaři a posudkovými lékaři – mj. s cílem: posílit pozici praktického lékaře a informacím, které poskytne – tzn. zejména redukovat nároky, které na pacienta a celý systém zdravotní péče klade rutinní posílání k specialistům pouze kvůli žádost o příspěvek na péči – tzn. ve vzájemné spolupráci rozšířit počet případů, kdy postačí vyjádření praktického lékaře (např. doplněné o projednání případu či některých jeho aspektů mezi posudkovým lékařem a praktickým lékařem);
- zvážit diferencovanější formulář – či možnost dát praktickým lékařům větší prostor rozhodnout se, k čemu se vyjádří obšírněji a k čemu v odůvodněných případech vůbec – zejm. s poukazy řady ze zkoumaných lékařů na nevhodnost formuláře pro zprostředkování komplexní

informace o lidech s duševním onemocněním bez doprovodného fyzického handicapu. Vytvoření samostatného formuláře pro pediatrii, resp., pro posuzování dětských pacientů;

- zvážit rozšíření spolupráce sociálních pracovníků kontaktních pracovišť úřadu práce, které působí na agendě příspěvku na péči, o komunikaci/spolupráci s praktickými lékaři – několik s námi zkoumaných praktických lékařů tento aspekt zmínilo s tím, že jim vadilo na jedné straně možné dublování (poskytovaných informací), nejasně vymezené a překrývající se oblasti zjišťování informací o žadateli – několik praktických lékařů v této souvislosti potřebu větší provázanosti jejich práce s prací sociálního pracovníka v této oblasti naznačovalo. Posílení vazby mezi znalostmi a zkušenostmi pediatra a sociálním pracovníkem – možnost komplexního zachycení situace žadatele, zejména v případě diagnóz, které jsou lékaři označovány jako „náročné“ na dostatečné rozpoznání potřeby asistence ze strany druhé osoby;
- zapojení dalších specialistů z nelékařských profesí, kteří mají možnost sledovat, jaká omezení pro dítě dané onemocnění nebo postižení provází při zvládání každodenních povinností (např. učitelé);

Literatura

STATISTICKÁ ROČENKA Z OBLASTI PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ 2014, MPSV , Praha 2015,
http://www.mpsv.cz/files/clanky/22668/rocenka_prace_2014.pdf

HAVLÍKOVÁ, J., HUBÍKOVÁ, O. : Role sociální práce a uplatňování situačního přístupu v rámci řízení o příspěvku na péči. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2015. - 116 s.

MUSIL, L., HUBÍKOVÁ, O., HAVLÍKOVÁ, J. : Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na Praha: VÚPSV