

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

Sekundární analýza : rozbor podmínek a charakteristik stávající praxe posuzování stupně závislosti v řízení o příspěvek na péči z hlediska víceoborové spolupráce

Tento výstup byl vytvořen s finanční podporou TA ČR.

Neprošlo jazykovou úpravou.

OBSAH

I. Úvod – význam analýzy stávající praxe z hlediska parametrů víceoborové spolupráce	3
II. POJMOVÁ VÝCHODISKA.....	4
II. 1. Typy víceoborové spolupráce.....	4
II. 2. PODMÍNKY SPOLUPRÁCE.....	8
III. Rozbor současné situace v posuzování nároku na příspěvek na péči z hlediska spolupráce mezi obory sociální práce a posudkového lékařství.....	9
III. 1. Metodologie	9
III.2. Analytická hlediska	10
III.3. Charakteristiky a podmínky spolupráce	11
III.3.1. Parametry spolupráce z hlediska typů víceoborové spolupráce	11
III.3.2. Podmínky spolupráce.....	21
III.3.2.1. Systémové podmínky	21
III.3.2.2. Organizační podmínky.....	26
III.3.3. Interakční podmínky	30
III.4. Shrnutí – parametry současné spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem z hlediska charakteristik multidisciplinárního typu spolupráce	31
III. 5. Posudková praxe vzhledem k variabilitě zdravotních stavů a jejich dopadů na funkční potenciál žadatele.....	36
IV. Předběžné návrhy směřování doporučení úprav posudkové praxe a jejích podmínek s ohledem na zlepšení uplatnění multidisciplinárního přístupu k posuzování stupně závislosti..	42

I. Úvod – význam analýzy stávající praxe z hlediska parametrů víceoborové spolupráce

Z hlediska problematiky víceoborové spolupráce je třeba si nejprve uvědomit, že ne každá činnost, která vyžaduje zapojení více oborů, se tím automaticky stává oblastí víceoborové spolupráce. Vždy je potřeba se na způsob, jakým se do této činnosti jednotlivé obory zapojují, podívat z hlediska dílčích charakteristik způsobu zapojení těchto oborů do provádění dané činnosti. Teprve takovou analýzou lze zjistit, zda se vůbec o víceoborovou spolupráci jedná, případně určit, o jaký typ víceoborové spolupráce jde. Tato analýza není samoučelná. Popis a pojmenování způsobu zapojení se jednotlivých oborů/odborníků do provádění konkrétní činnosti může vést:

1. k pochopení některých nedostatků či problémů stávající praxe provádění dané činnosti, např. :

- proč daná činnost /vždy/ nevede k žádoucímu cíli;
- proč a v čem různí účastníci, kteří mají na této činnosti podíl, mají různá očekávání, a jak se to promítá do samotné praxe a výsledku dané činnosti;
- proč se např. daná činnost zpožďuje;
- proč a v čem průběh a výstup z dané činnosti neodpovídá původním předpokladům;
- proč různé dílčí pokusy o úpravu této praxe či změny ve způsobu, jakým způsobem se jednotlivé obory/odborníci na této praxi podílejí, často selhávaly, zůstávaly na půli cesty, či výsledek činnosti se významně nezměnil, ačkoliv došlo k určitým změnám v postupech a dílčích činnostech zapojených oborů/odborníků.

2. k úpravám či změně stávající praxe – pokud je jasně popsáno, jak z hlediska zapojení jednotlivých oborů tato praxe funguje a zároveň je explicitně určeno, jaká forma víceoborové spolupráce je žádoucí – tedy zejm.:

- žádoucí model spolupráce je předem koncipován
- jeho parametry definovány – např. právě zvoleným typem víceoborové spolupráce, tedy takovým typem, který vykonávané činnosti a žádoucímu cíli ale i dalším okolnostem – zejm. obtížněji změnitelným podmínkám výkonu této činnosti, nejlépe odpovídá.
- všichni zúčastnění – od tvůrců koncepce až po aktéry příslušných oborů, kteří spolupráci v konkrétních činnostech realizují, mají šanci se uceleně seznámit zejména:
 - v rámci jakého typu víceoborové spolupráce se budou pohybovat;
 - v čem tento typ spolupráce spočívá;

- a jak tento typ víceborové spolupráce bude vtělen do konkrétního modelu spolupráce realizované v jejich specifické praxi;
 - jaké jsou v rámci zvoleného modelu jejich role, co mohou od sebe představitelé jednotlivých oborů vzájemně očekávat/vyžadovat;
- Lze lépe identifikovat, které podmínky víceborové spolupráce lze a je nutné změnit a jakým způsobem, aby byl umožněn/usnadněn výkon zvoleného způsobu spolupráce.

II. POJMOVÁ VÝCHODISKA

II. 1. Typy víceborové spolupráce

- Spolupráce či součinnost různých oborů může nabývat různých podob a mít různý průběh
- vždy je nutné si ujasnit zejm.:
 - které obory mají spolupracovat (a tím související otázka – zda jeden ze své „tradice“ nedominoval nad jiným; do jaké míry se jejich pohledy mohou překrývat; jazyk atd. – viz dále)
 - s jakým cílem - např. něco jiného je dlouhodobé řešení komplexního problému, něco jiného je řešení dílčího problému, něco jiného je spolupráce, jejímž výsledkem je nějaké rozhodnutí anebo jejímž výsledkem je návrh řešení, návrh postupu atd.
 - časový, rámec, nezbytná míra standardizace; nezbytná míra kontrolovatelnosti, opakovatelnosti, jasného rozdělení kompetencí.
- existují různé podoby spolupráce či spolu-působení či součinnosti různých oborů a přestože je spolupráce mezi obory využívána v řadě oblastí – zdravotnických službách, vzdělávání atd. – často se pojmy užívají vágně, bez jasného vymezení, jak kdo povahu spolupráce chápe, co očekává, a co tedy může/nemůže být výstupem takové víceborové spolupráce.

Choi, Pak (2006) upozorňují na to, že běžně dochází k různému chápání a vzájemnému zaměňování různých typů spolupráce. Podle jejich názoru vzájemné zaměňování pojmů označujících typy spolupráce může vést k terminologickému zmatku.

Domníváme se, že se rozlišování různých typů víceoborové spolupráce není teoretickým konceptem, ale má bezprostřední praktický význam, proto je vhodné mu věnovat pozornost dříve, než dojde na samotné řešení konkrétního obsahu a nastavení spolupráce. Po prostudování literatury jsem došla k názoru, že různé typy či modely víceoborové spolupráce mají různé výhody a nevýhody, nabízejí různé možnosti a narážejí na různé limity, a nelze a priori některý z nich označit za lepší či horší. Cílem víceoborových přístupů je řešit komplexní problémy reálného světa, ale každý z konkrétních modelů k využití poznatků z různých oborů přistupuje jinak.

Vzhledem k zde řešenému problému, tedy spolupráci oborů v rámci posuzování nároku na příspěvek na péči (případně další pomoci žadatelům) je velmi relevantní předem se dohodnout na modelu víceoborové spolupráce, protože každý model vyžaduje jiné podmínky, mantinely, řízení a také je žádoucí, aby ti, kterých se zajištění /reálný výkon této spolupráce týká, věděli, o jaký model se jedná a jak jej naplnit.

Choi a Pak (2006) na základě rozsáhlého studia literatury na téma víceoborové spolupráce a víceoborových přístupů navrhli rozlišení, jaké modely víceoborové spolupráce lze popsat a jak v základních parametrech tyto modely fungují, resp. jaký typ fungování je charakterizuje. Rozlišili Multidisciplinaritu, interdisciplinaritu a transdisciplinaritu. Pokud není jasné, o jaký typ spolupráce se v daném případě jedná, navrhnou tito autoři vzdát se těchto pojmů a používat pouze pojem „víceoborová spolupráce“.

Obecně tyto tři přístupy definují takto:

- **Multidisciplinarita** – znamená, že zúčastněné obory/odborníci zůstávají v hranicích svého oboru. Je to přístup, v němž každý v rámci svého oboru něco „přidá“. Jinak řečeno, odborníci vedle sebe staví poznatky z různých disciplín, různí členové týmu dodají svůj pohled z perspektivy svého oboru. Integrovaný přístup není uplatňován. Většinou jednotlivé obory fungují paralelně nebo jsou při řešení daného problému angažovány po sobě; jednotliví odborníci mohou někdy sledovat i různé dílčí cíle, mohou fungovat i částečně nezávisle na sobě. Často také je angažování jednotlivých odborníků koordinováno vedoucím týmu na základě jeho uvážení.
- **Interdisciplinarita** – V interdisciplinárním týmu dochází k syntéze dvou či více disciplín, ustavuje novou úroveň debaty, nový diskurs, směřuje se k integraci poznatků. Jednotlivá zjištění, poznatky, hlediska jsou společně diskutována. Odborníci pracují v týmu spolu, dohromady, ale každý přispívá ze základny své profese. Cíle jsou společné, na cílech se nejprve dohodnou. Společně vyvíjejí např. řešení problému. Interdisciplinární model víceoborové

spolupráce tedy spočívá ve sladění a propojení mezi disciplínami do koordinovaného a koherentního celku.

- **transdisciplinarita** – Je to přístup, kdy jsou jednotlivé obory podřízeny snaze podívat se na dynamiku celku. Je to holistický model spolupráce. Jednotliví odborníci pracují spolu a sdílejí stejný konceptuální rámec i dovednosti, vzájemně si je předávají. Členové transdisciplinárního týmu sdílejí role každého z dalších specialistů a pomáhají kolegům získat vědomosti a dovednosti spojené s oblastí expertízy. Tento přístup od jednotlivých odborníků vyžaduje zároveň schopnost uvolnit se ze své profesní role a zároveň svoji roli rozšířit. Tento model dokáže spojit přírodní, sociální a zdravotní vědy v „humanitním“ kontextu a překračuje jejich tradiční hranice.

Choi a Pak (2006) právě na základě řady zdrojů vytvořili tabulku, která je jakousi syntézou různých vymezení těchto modelů víceoborové spolupráce. V mírně zestručnělé podobě zde tuto tabulku uvádím, protože přispívá k pochopení podstaty jednotlivých typů víceoborové spolupráce a zároveň některé body této tabulky mohou – spolu s dalšími hledisky (viz níže) složit a/ jako analytický rámec stávající posudkové praxe z hlediska spolupráce mezi obory b/ jako opora či vodítko, na co se zaměřit při navrhování modifikací ve stávající praxi či alternativ k této praxi.

Tab. č. 1. Srovnání charakteristik jednotlivých typů víceoborové spolupráce

Multidisciplinarita	Interdisciplinarita	Transdisciplinarita
Práce <u>za</u> účasti více disciplín	Spolupráce <u>mezi</u> více disciplínami	Práce <u>napříč</u> a za hranicemi jednotlivých oborů
Příslušníci různých oborů pracují nezávisle na různých aspektech projektu, pracují paralelně nebo návazně.	Příslušníci různých oborů pracují na stejném projektu společně,	Příslušníci různých oborů pracují společně a za využití společného konceptuálního rámce
Individuální cíle v rámci jednotlivých oborů či profesí	Sdílené cíle	Sdílené cíle a sdílené dovednosti
Účastníci mají oddělené ale vzájemně propojené role <i>A nebo :</i> Účastníci si udržují vlastní oborové role	Účastníci mají společné role Účastníci se vzdávají některých aspektů svých vlastních	Participantů mají rozvolněné role a zároveň svoje role rozšiřují Účastníci vyvíjejí sdílený konceptuální

	oborových rolí, ale stále si zachovávají oborově specifickou základnu	rámec a vymezují si společnou základnu
Nezpochybňuje hranice oborů	Rozostřuje hranice oborů	Překračuje hranice oborů
Souhrn, juxtapozice oborů	Integrace a syntéza oborů	Integrace, slévání, asimilace, inkorporace, sladění oborů a úhlů pohledu
Aditivní, interaktivní, spolupracující	Interaktivní, interaktivní, spolupracující	Holistický, transcendentální, interaktivní, spolupracující
Graficky dva vedle sebe	Dva částečně se překrývající kruhy	dva částečně se překrývající kruhy ohraničené třetím
Externí koherence,	Interní koherence	-
Oddělené metodologie	Společná metodologie	
Instrumentální; využívá komplementární znalosti a perspektivy při řešení otázky	Epistemologický; vytváření nového vědění nebo nových perspektiv, dokonce nových oborů	
Výsledek je sumou jednotlivých částí	Výsledek je více než suma jednotlivých částí	

Couturier at al. (2008) obohacují terminologii spojenou s víceoborovou spoluprací o další pojmy. Jednak upozorňují na to, že koncept interdisciplinarit je často opouštěn ve prospěch „profesionální spolupráce“, přičemž tyto koncepty jsou dle těchto autorů odlišné komplementární zároveň. Zavádějí také další pojmy, přičemž přitom zužovali a upřesňovali pojem multidisciplinarit tím, že z něj vyčlení jiné formou víceoborového přístupu. Rozlišují pojem pluridisciplinarita. To je takový model, který zahrnuje spolu-přítomnost /co-presence/ různých disciplín, seskupených okolo daného cíle či problému, ale každá disciplína se zaměřuje na svůj výsek problému. Každý rozumí své roli a drží se jí, ale panuje vzájemné uznání toho, že daný úkol vyžaduje činnost více disciplín. Nejde vlastně o spolupráci v pravém smyslu slova. Multidisciplinarita je podle těchto autorů již více uspořádaná, řízená spolupráce, a „kdo co dělá“ je předem dáno či vyjednáváno tak, aby bylo dosaženo optimálního výsledku, založeném na činnostech ostatních a na povaze řešeného úkolu. Jedná se o koordinaci oborů. Ani v případě pluridisciplinarit ani u multidisciplinary není záměrem transformovat tyto obory.

II. 2. PODMÍNKY SPOLUPRÁCE

V jednom ze svých navazujících textů Choi a Pak (2007) se Pak snaží vymezit, jaké okolnosti mohou přispět a jaké mohou ohrozit úspěšnou víceoborovou spolupráci. Této otázce a snaze vytipovat vhodné podmínky a bariéry víceoborové spolupráce se věnují i další autoři. Nicméně vzhledem k tomu, o jaký úkol jde a že je do značné míry předem dáno, kdo se bude na spolupráci podílet, nejsou pro problematiku posuzování stupně závislosti v příspěvku na péči (případně i při zajišťování další pomoci) všechny poznatky týkající se víceoborové spolupráce relevantní. Mnohé z nich se vztahují spíše k vytvoření víceoborového týmu pro řešení konkrétního dlouhodobého projektu a vycházejí spíše z potřeb vědecké práce. Proto považují za vhodné tyto faktory dobrého fungování mezioborové spolupráce, které Choi a Pak (2007) určili víceméně teoreticky, na základě studia odborné literatury, zkombinovat s těmi, které jiní autoři identifikují v souvislosti s výzkumem konkrétních procesů s dynamiky spolupráce mezi profesionály.

První z využitých zdrojů je studie determinant spolupráce v rámci řešení problémů na úrovni komunity (Korazim-Korösy at al, 2014). Tato studie se týká spolupráce celkem šesti oborů, a to právníků, sociálních pracovníků, zdravotních sester, psychologů, pracovníků veřejného zdraví a lékařů. Zkoumají přitom mj. status a další charakteristiky každé ze šesti profesí, jak se odráží v jejich stávajících etických kodexech a profesních standardech atd. Dále čerpáme ze studie, která se týká spíše intra-profesní spolupráce, ale obsahem této spolupráce je především strukturovaná výměna informací mezi dvěma typy lékařů - lékařem ze systému sociálního pojištění a závodním lékařem. Výměna informací se vztahuje k různorodým případům dlouhodobé (či někdy výhledově trvalé) pracovní neschopnosti zaměstnanců. V tomto případě autoři sledovali jednak směr komunikace mezi lékaři, jednak obsah této komunikace, a také v jakých případech se sociálně pojistný lékař rozhodoval o větší výměnu informací či přímo spolupráci se závodním lékařem příslušného zaměstnance (Mortelmans, 2007).

Mezi faktory ovlivňující proces a výsledky mezioborové spolupráce různí autoři jmenují zejm.: způsob výběru členů týmu; vlastnosti vedoucího týmu; zralost a pružnost členů týmu; skupinová dynamika; způsob (fyzického, elektronického) shromažďování členů týmu; institucionální podpora; nezbytné změny na pracovišti; jasnost rolí; sdílené cíle; komunikace mezi členy týmu; existence měřítek posouzení úspěchu; evaluace; oborové konflikty (stres, problém dominantních a izolovaných členů týmu, atd.); nestejně kompetence jednotlivých oborů; respekt/nedostatek respektu vůči ostatním disciplínám, rivalita (Choi, Pak, 2007); profesní socializace; jazyk oboru; status oboru (Korazim-Korösy at al, 2014; organizace mezioborových setkávání; organizování případových diskusí; změna legislativního rámce směrem k posílení kooperace; výcvik ve spolupráci;

Korazim-Korösy at al, 2014 navrhuje vyjít z následujícího rozdělení determinant ovlivňujících víceoborovou spolupráci: systémové - faktory mimo organizaci – atributy společenského, kulturního, profesního, vzdělávacího systému; organizační; interakční;

Z tohoto hlediska se lze pokusit výše vyjmenované faktory do těchto tří typů determinant rozdělit, využít je při analýze a také k následnému návrhu, jak přispět ke zlepšení/změně spolupráce v rámci posuzování stupně závislosti pro příspěvek na péči. Toto rozdělení je spíše orientační, protože jednotlivé položky se vzájemně ovlivňují a bylo by možné některé z nich zařadit k více typům determinant, stejně tak jako je možné další přidávat. Cílem není vytvořit pevný a úplný výčet, ale spíše načrtnout základní analytický rámec.

- Systémové determinanty: nestejně kompetence jednotlivých oborů; profesní socializace; status oboru; legislativní rámec; atd.
- Organizační determinanty: způsob (fyzického, elektronického) shromažďování členů týmu; institucionální podpora; nezbytné změny na pracovišti; existence měřítek posouzení úspěchu;

evaluace; organizace mezioborových setkávání; organizování případových diskusí; výcvik ve spolupráci; atd.

- Interakční determinanty: způsob výběru členů týmu; vlastnosti vedoucího týmu; zralost a pružnost členů týmu; skupinová dynamika; jasnost rolí; sdílené cíle oborové konflikty; respekt/nedostatek respektu vůči ostatním disciplínám, rivalita; jazyk oboru; komunikace mezi členy týmu – zde je třeba zejm. rozlišovat, zda se jedná o :
- jednosměrnou výměnu informací
 - obousměrnou výměnu informací
 - skutečnou komunikaci (sejít se či jinak v součinnosti řešit problém)

III. Rozbor současné situace v posuzování nároku na příspěvek na péči z hlediska spolupráce mezi obory sociální práce a posudkového lékařství

III. 1. Metodologie

Tato sekundární analýza vychází z dat, z získaných v obou fázích řešení výzkumného projektu TD020037 „Využívání poznatků sociálního šetření v sociální práci se žadateli o příspěvek na péči“ a jedná se o poměrně robustní soubor kvalitativních dat. Jedná se jednak o kvalitativní rozhovory získané v rámci extenzivního dotazování sociálních pracovníků agentury PnP na 24 losem vybraných kontaktních pracovištích ÚP ČR a dále pak o kvalitativní rozhovory z celkem 6 případových studií. V první fázi se jednalo o pracoviště z celkem 13 krajů ČR, přičemž struktura kontaktních pracovišť ÚP ČR zařazených losem do výzkumného vzorku byla z hlediska typu správního obvodu následující: 3 krajská města; 10 obcí s rozšířenou působností, které byly původně okresní města; 9 obcí s rozšířenou působností; 2 obce s pověřeným obecním úřadem. Celkem bylo v této fázi uskutečněno 25 rozhovorů, v souhrnné délce 35,5 hodiny, tj. v přepsané podobě 966 normostran textu.

Do druhé fáze výzkumu byli v rámci šesti případových studií zahrnuti do výzkumu sociální pracovníci příslušného obecního úřadu, lékaři Lékařské posudkové služby příslušné OSSZ, klienti agentury PnP (tj. úspěšní i neúspěšní žadatelé o PnP, příjemci PnP), rodinní pečující, sociální pracovníci služeb sociální péče zaměřené na seniory či osoby s postižením. Případy (správní obvody) byly vybrány záměrným výběrem z těch KoP ÚP ČR, jejichž sociální pracovník se zúčastnil extenzivního dotazování. Hlavním kritériem výběru případů pro případové studie bylo to, zda dle sdělení dotazovaného sociálního pracovníka agentury PnP docházelo nebo nedocházelo na daném pracovišti KoP ÚP ČR ke spolupráci mezi sociálními pracovníky agentury PnP a příslušnými posudkovými lékaři. Konkrétní případy pak byly vybrány tak, aby pokrývaly celé prostřednictvím extenzivního dotazování identifikované spektrum spolupráce, potažmo nespolupráce mezi těmito subjekty. V rámci realizace případových studií bylo uskutečněno celkem 43 tematických kvalitativních rozhovorů (z toho se v některých případech jednalo

o skupinové rozhovory) s celkem 49 osobami. Celková délka všech rozhovorů je 33,5 hodin, což v přepsané textové podobě představuje více než 900 normostran textu.

Sekundární analýza těchto rozhovorů poslouží jako jeden ze zdrojů hledání odpovědí na otázky zadané v souvislosti s řešením aktuálního projektu, a to zejm. na otázky zadané v projektu týkající se: analýzy současné praxe v ČR; na posuzování různých typů disabilit; pojetí multidisciplinarity zejména ve smyslu spolupráce medicíny a sociální práce v posudkové praxi; Sekundární analýza dat poslouží: I. ke zřehlednění, utřídění a sumarizaci poznatků o současné praxi posuzování nároku na příspěvek na péči na základě již existujících dat; II. k navržení témat a otázek k prohloubení těchto poznatků při dalších výzkumných činnostech a fázích řešení aktuálního projektu.

III.2. Analytická hlediska

Analytická hlediska, která v tomto materiálu slouží jako opora pro rozbor stávajících podob spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři v posudkové praxi, vycházejí z výše uvedeného vymezení pojmů a kategorizace podmínek a typů víceoborové spolupráce. Ne všechny z nich jsou stejně relevantní vzhledem ke specifikům posudkové praxe (viz níže). Často je také obtížné i při analýzách, natož v praxi samotné, odlišit charakteristiky víceoborové spolupráce a podmínky této spolupráce. Někdy může být vazba mezi podmínkami a charakteristikami této spolupráce poměrně jasná a jednosměrná, tzn. určité podmínky vedou k ustavení určitých charakteristik spolupráce. Jindy ovšem na sebe podmínky a charakteristiky spolupráce působí navzájem, případně způsoby spolupráce, které zúčastnění aktéři ustaví či preferují, mohou vést k úpravě podmínek tak, aby právě tyto způsoby spolupráce byly usnadněny. Jinak řečeno, ne vždy změna podmínek spolupráce vede ke změně praxe, zejména pokud se určité postupy v praxi zažily dříve, než byly ustáleny podmínky, a podmínky pak byly nastavovány dle zažité praxe – taková praxe může být resistantní vůči změnám podmínek, zejména budou-li tyto změny pouze dílčí.

Budeme-li tedy v analýze zohledňovat dílčí parametry spolupráce a zkoumat jednotlivé podmínky spolupráce, je třeba stále o jednotlivých parametrech i o jednotlivých podmínkách třeba uvažovat jako o vzájemně se ovlivňujících faktorech. Na problematiku víceoborové spolupráce v rámci systému příspěvku na péči se budeme dívat z následujících hledisek:

- vybrané parametry spolupráce relevantní z hlediska jednotlivých typů víceoborové spolupráce :
 - cíle spolupráce – zda a jakým způsobem jsou stanoveny cíle (implicitní/explicitní), případně jaké cíle; zda jde o společný cíl/dílčí cíle sociálních pracovníků agendy PnP a posudkových lékařů;
 - charakter a účel vzájemných kontaktů sociálních pracovníků agendy PnP a posudkových lékařů;
 - Chápání svých rolí a setrvávání v roli/ochota, možnost, překročit vlastní profesní roli na straně sociálních pracovníků a posudkových lékařů;

- míra provázanosti, prostupnosti, sdílení činností, postupů (tzn. (spolu)práce spíše mezi sebou/vedle sebe);
 - společná/oddělená metodologie (metodiky) či znalost postupů, metodik a metodických pokynů druhé strany;
 - povaha výstupu –(např. spíše syntéza či spíše vedle sebe různé typy výstupů/co či kdo určuje povahu výstupu atd.)
- podmínky spolupráce /determinanty/ – různé typy podmínek a okolností, které mohou spolupráci, resp. různé typy víceoborové spolupráce usnadňovat, či brzdit:
- systémové podmínky – zejm.: legislativní ukotvení; obecné nastavení systému přímých plateb v ČR a související posudkové praxe; status jednotlivých oborů; pravomoci a povinnosti jednotlivých oborů; informační systém.
 - organizační podmínky – zejm.: - vnitro a mezi organizační nastavení podmínek komunikace; hierarchie a vliv managementu; vnitřní předpisy, metodiky atd. další podmínky, které mohou ovlivňovat rozhodnutí zahájit spolupráci – pracovní zatížení, dostupnost komunikačních prostředků; personální vybavení agendy a pracovní zátěž;
 - interakční podmínky – zejm. vztah zúčastněných oborů; jazyk; respekt/rivalita; dominance/partnerství; komunikace (jednosměrná/obousměrná výměna informací; jaký typ informací; komunikace o problému); atd.

III.3. Charakteristiky a podmínky spolupráce

III.3.1. Parametry spolupráce z hlediska typů víceoborové spolupráce

Cíle

Ani posudkoví lékaři ani sociální pracovníci agendy příspěvku na péči nevnímají svoji činnost či činnosti v rámci řízení o příspěvek na péči jako něco, čím by sledovali společný cíl. Lze říci, že na rovině sledování společného cíle sociální pracovníci agendy příspěvku na péči a posudkové lékaři vůbec neuvažují. Většina dotázaných sociálních pracovníků a posudkových lékařů ale explicitně nepojmenovává ani cíl, který v agendě příspěvku na péči sledují v rámci svého vlastního oboru. To znamená, že nelze hovořit o tom, že by příslušníci každá ze zúčastněných disciplín, tedy sociální práce a posudkové lékařství, které se na posouzení stupně závislosti podílejí, sledovala v rámci své činnosti jasně vymezený vlastní cíl – tzn. definovaný tak, že je srozumitelný jak příslušníkům oboru, pro který byl tento cíl definován, tak příslušníkům druhého oboru, který se rovněž na této agendě podílí.

Jak zkoumaní sociální pracovníci, tak i posudkoví lékaři sledovali spíše řadu dílčích cílů, většinou jen implicitně vymezených ve vztahu k jednotlivým fázím a krokům, které jsou součástí řízení o příspěvku na péči. Cíle, které by se odvíjely od určení dávky typu příspěvku na péči, chyběly úplně, sociální pracovníci obvykle hovořili maximálně o tom, že jejich cílem je dosažení vyplacení dávky. Jinak jak o sociálních pracovnících. Tak i u posudkových lékařů převažovali dílčí cíle administrativní a technické povahy typu stihnout lhůty, mít v pořádku všechny formální náležitosti příslušných dokumentů, které řízení o příspěvek na péči doprovázejí, shromáždit informace potřebné pro posouzení stupně závislosti atp.

Sociálním pracovníkům agendy příspěvku na péči i posudkovým lékařům tak schází společný obecnější cíl, na němž by se mohli příslušníci obou oborů shodnout a který by spojoval smysl jejich práce se smyslem a účelem příspěvku na péči. Chybí ale i vydefinování dílčích cílů každého z oborů v rámci agendy příspěvku na péči zvlášť, a to takových cílů, které by byly vzájemně slučitelné, komplementární a byly srozumitelné i druhé druhému oboru – tzn. včetně toho, že by bylo zřejmé i to, jak spolu tyto cíle souvisejí. Situace zamlžení či nevyřčenosti cílů vede pak mimo jiné i k různým nedorozuměním, kdy se sociální pracovníci a posudkoví lékaři někdy spíše domnívají, o co jde druhé straně a v některých případech se i domnívají, že cíle sociální práce a posudkové medicíny v příspěvku na péči nejenže nejdou slučitelné, ale někdy je vnímají jako částečně protichůdné.

Charakter komunikace a účel vzájemných kontaktů, příp. komunikace

Sociální pracovníci KoP vyjadřovali pocit, že možnost komunikace a domlouvání se mezi nimi a posudkovými lékaři závisí hlavně na postoji posudkového lékaře ke vzájemné komunikaci. Sociální pracovníci považují za usnadňující faktor, pokud s nimi posudkoví lékaři spíše vedou diskusi, než když jednostranně vyjadřují svůj názor. Sociální pracovníci jsou totiž v takovém případě stanovisku posudkového lékaře přístupnější a posudkový lékař může rovněž být otevřenější argumentům sociálních pracovníků a jejich pohledu na význam sociálního šetření při posuzování SZ u daného žadatele. Dobrou komunikací lze podle dotázaných sociálních pracovníků zmírnit negativní dopady buď nekompletní lékařské dokumentace, neúplného záznamu ze sociálního šetření, či jeho nedostatečného využití nebo pochopení posudkovým lékařem. Výsledkem takovéto komunikace může být buď vysvětlení nebo doplnění sociálního šetření sociálním pracovníkem, či doplnění lékařské dokumentace a specializovaných vyšetření. Rovněž někteří posudkoví lékaři vnímají sociální šetření jako důležitý

zdroj informací v případě, že naráží na nekonzistence v dokumentaci, kterou mají k dispozici, případně mají pochybnosti, zda mají dost podkladů ke spolehlivému posouzení SZ. V takovém případě je usnadňujícím faktorem proaktivní přístup posudkového lékaře v komunikaci se sociálním pracovníkem.

Na základě analýzy rozhovorů se sociálními pracovníky agentury PnP a posudkových lékařů lze říci, že většina jimi popisovaných vzájemných kontaktů ale odpovídá výše uvedeným nejasnostem a nedostatečnému vymezení cílů. Celkově kontakty jsou kontakty mezi sociálními pracovníky agentury příspěvku na péči a posudkovými lékaři spíše sporadické a obvykle telefonické (viz níže, organizační podmínky). O tom, že alespoň občas dochází ke komunikaci s posudkovými lékaři hovořilo jen o něco málo více než 1/3 z námi dotázaných sociálních pracovníků agentury PnP. Jako běžnou součást své práce takovou komunikaci popisovali sociální pracovníci z pouze dvou pracovišť a ti jediní ze všech zkoumaných sociálních pracovníků vnímali tuto komunikaci jako rovnocennou. Komunikaci v těchto dvou případech iniciovali podle potřeby jak posudkoví lékaři, tak sociální pracovníci při vzájemném respektu k názoru a kvalifikaci toho druhého. Na některých pracovištích zkušenost s nulovou odezvou posudkových lékařů na námítky sociálních pracovníků přivedla sociální pracovníky v tomto směru k rezignaci.

Pokud ke kontaktům mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři dochází, týká se většina z těchto kontaktů administrativních záležitostí, spojených se řízením o příspěvek na péči, zejména formálních nedostatků v příslušných formulářích. V některých případech, ale spíše výjimečně, se komunikace týká i nutnosti či potřeby doplnit údaje ze sociálního šetření – obvykle v dílčích aspektech.

Z některých výpovědí sociálních pracovníků vyplývá, že většina z nich vypracování záznamu ze sociálního šetření chápou jen jako jednostranné poskytnutí informace posudkovému lékaři - to znamená, že sociální šetření pojmají tak, že získají příslušný soubor informací o žadateli, zpracují jej do záznamu ze sociálního šetření a tento záznam odešlou lékařské posudkové službě, aniž by očekávali, že se dozvědí, jak bylo s tímto záznamem naloženo, které informace byly vzaty v úvahu apod. Jednosměrnost poskytování informací a jednostrannost komunikace v podstatě přetrvává i v případech, kdy posudkový lékař sociálního pracovníka kontaktuje a vyžádá si doplnění sociálního šetření. Jen výjimečně sociální pracovníci hovořili o tom, že by takovýto kontakt měl charakter např. skutečné debaty nad tím, jak například některá zjištění sociálního pracovníka interpretovat, jaký pohled na určité prvky situace žadatele o příspěvek na péči má posudkový lékař a jaký sociální pracovník a dalo by se říci, že dochází ke společné snaze dobrat se závěru.

Ve většině případů nedochází v souvislosti s posuzováním stupně závislosti u konkrétních žadatelů k žádné komunikaci a sociální pracovník akceptuje pohled, či rozhodnutí lékaře. Někteří sociální pracovníci hovořili o tom, že v případech, kdy podle jejich názoru posudkový lékař některé informace ze záznamu ze sociálního šetření vyhodnotí výrazně jinak, než jak oni sami tyto informace interpretují, volají posudkovému lékaři a zjišťují, proč k takové interpretaci dané informace na jejich straně došlo. K tomuto typu kontaktů ohledně významu informací obsažených v záznamu ze sociálního šetření dochází zřídka, obvykle z iniciativy sociálního pracovníka, a ve většině případů se v rámci takového kontaktu nejedná o vyjasnění či vyjednání daného problému z perspektivy obou oborů.

„Já to řeším tak, když se mi tam něco nezdá, tak většinou přijde i klient, že se mu něco nezdá, takže se domluvíme na tom, že napíšeme námitku nějakou nebo podnět, aby se to ještě... a uvedeme tam to, co se nám tam nezdá, ale myslím, že se mně ještě nestalo, aby to ten posudkář přehodnotil.“ (SP)

Sociální pracovník spíše zjišťuje, proč posudkový lékař určité informace využil/nevyužil konkrétním způsobem, a následně zváží, zda by bylo možné pohled a rozhodnutí posudkového lékaře změnit dodáním dalších informací, upřesněním, daním do souvislostí atd. Pokud sociální pracovník dojde k závěru, že takováto strategie nemá naději na úspěch – zejm. když z komunikace s posudkovým lékařem vyrozumí, že lékař bude na svém pohledu trvat, v další komunikaci nepokračuje a žadateli doporučí buď odvolání či častěji akceptaci rozhodnutí s následným podáním nové žádosti. Méně často se stává, že sociální pracovník si od lékaře nechá vysvětlit jeho perspektivu na situaci žadatele a pokusí se s ním debatovat nikoliv přímo, ale pomocí dodatečných informací.

„Pak tam volám a posudkový lékař mi to vysvětluje, co si představuje pod tím stravováním, a jako jejich argument byl, že třeba pán si může ke kuchyňské lince postavit židli a na té židli si tam něco připravovat. Tak už vím, co musím dál..., my jsme k tomu podávali námitku..., co musím teda ještě dál doplnit, v jakém pán je stavu, že nemá ještě ty rány po té operaci zhojené, že má bolesti a že pro něj ani tahleta eventualita, že si přistaví židli k lince, není možná.“ (SP XXII).

V několika případech z popisu sociálních pracovníků toho, jakým způsobem postupují při přípravě podkladů pro posudkového lékaře a zejména toho, jakým způsobem při tom uvažují, lze říci, že sociální pracovníci samotný záznam z sociálního šetření chápou jako formu komunikace s posudkovým lékařem, nikoliv jako pouhé předání souboru informací. Sociální pracovníci se v takovém případě snaží nejen předjímat, co posudkový lékař očekává, ale především odhadnout, jak by mohl informace posudkový lékař interpretovat, a tomu sociální pracovníci pak přizpůsobují formulace svých nálezů ze sociálního šetření. Jsou mimo jiné přesvědčení, že mají-li tímto komunikačním kanálem dosáhnout toho výsledku, který považují za žádoucí, tak musí volit takový komunikační kód, aby mu posudkový lékař rozuměl stejným způsobem, jako daná sociální pracovnice.

„Třeba když některý způsob toho zvládnutí některého úkonu mi přijde jako nedůstojný, tak už v tom šetření ho popisuju, že to ten člověk nezvládá. Protože někde, třeba jak jsme se bavili o tom mytí, tak berou jako, když ten klient je schopný třeba na té židli sedět u toho umyvadla, a vykonávat tak osobní i celkovou hygienu, jim přijde v pořádku, protože nějak to zvládá, takže hotovo „zvládá“. Ale pokud já vyhodnotím, že to je nedůstojný a nedostatečný, tak že já to tak podám. Hodně ten pracovník musí s těma informacemi naložit tak, že jo, je to hodně individuální, a prostě tím, jak to napíšete, tak toho klienta postavíte do určitého světla, a vy musíte vědět, jak to napsat, aby ten posudkový lékař to uznal jako nezvládaný úkon...“ (SP)

V komunikaci mezi sociálními pracovníky agentury PnP a posudkovými lékaři, pokud k ní vůbec dochází, tedy o dialog mezi obory nejde. Sociální pracovník spíše na základě svých zkušeností předpokládá, že posudkový lékař bude posudková kritéria i informace o situaci žadatele interpretovat/využívat monodisciplinárně, tedy pouze z hlediska medicíny. Ti sociální pracovníci, kteří chtějí zvýšit šanci, že jejich podklad bude při posouzení stupně závislosti posudkovým lékařem brán v potaz, se pak spíše než o integraci pohledu sociální práce do celkového zhodnocení situace žadatele snaží o to, aby se to, co

oni jako sociální pracovníci vnímají v situaci žadatele za relevantní, vešlo do medicínského pohledu na žádost, žadatele a jeho situaci.

Role a setrvání v roli či překračování hranic vlastní role

Agenda vyřizování žádosti o příspěvek na péči je v současné době prostoupena spíše snahou setrvat v poměrně úzce chápaných a navíc spíše implicitně stanovených hranicích své role, případně, jak bylo patrné u některých posudkových lékařů a ze zkušeností sociálních pracovníků s posudkovými lékaři, se na straně posudkových lékařů projevuje tendence hranice své role bránit.

„Já když potom mluvím s tou šéfovou jejich, řekne: „No, ale co já mám dělat. Je to druhoatestované plně odborné lékař, já nebudu měnit jeho rozhodnutí.“ (SP)

Pokud mají posudkoví lékaři pocit, že se sociální pracovník pokouší vstoupit do sféry, kterou považují za oblast své kvalifikace a svého působení, mají tendenci se vůči tomuto vymezovat – např. pokud sociální pracovník do sociálního šetření uvede diagnózu, pokusí-li se vyjádřit svůj názor na to, že žadatel některou z posuzovaných životních potřeb nezvládá apod.

Sociální pracovníci většinou poměrně silné sebevymezení se posudkových lékařů více či méně ochotně akceptují. Je otázka, do jaké míry obecnou neochotu posudkových lékařů ustoupit ze svého úzce medicínského pohledu a rozšířit ho o některé sociální aspekty spíše předjímají a do jaké míry se toto předjímaní zakládá na konkrétních zkušenostech, a o jaké zkušenosti se jedná. Někteří sociální pracovníci o takových zkušenostech hovořili s tím, že nakonec pokusy ovlivnit posudkové rozhodnutí vzdali a začali hledat jiné strategie.

Zjistili jsme, že to nemá cenu. Zkraje jsem prostě zvednul telefon, jo, ale nemá to cenu. Takže těm lidem doporučujeme rovnou, heďte odvolat se.“ (SP)

Někteří sociální pracovníci jsou schopni mezi jednotlivými posudkovými lékaři na základě vlastních zkušeností diferencovat.

„Jak s kým, no, jak s kým. S některými lékaři to je dobrý a některý jsou... Nedá se s nimi moc hovořit. Protože oni mají zdravotní vzdělání a my ne. A my jsme moc sociální a jsme moc velký cítí a na všechno jim skočíme.“ (SP).

Celkový nedostatek komunikace a vzájemné výměny zkušeností s prací a povinnostmi a očekáváními, které jsou na jednotlivé obory v rámci řízení o příspěvek na péči kladeny, pak vede některé sociální pracovníky spíše k dohadům než pochopení důvodů proč prostupnost perspektiv a překračování hranic vlastních rolí nefunguje.

“Ale já si myslím, že většina doktorů prostě si myslí - já jsem doktor a nějaká sociální pracovnice mi tady nebude do toho povídat, jo. I když si myslím, že jako od nás to není povídání, že jo, prostě je to další věc k posouzení, jo. Ale prostě ten doktor, to, myslím si, nedokáže spolknout, zkousnout tohle. Prostě já jsem doktor a hotovo“ (SP)

Vzájemná neprostupnost rolí a očekávání této neprostupnosti až obrany role ze strany posudkového lékaře či reálné zkušenosti s takovou reakcí posudkového lékaře vedou někdy, často na obou stranách, k pocitu permanentního konfliktu perspektiv sociálního pracovníka a posudkového lékaře. Sociální pracovníci se někdy pocitu, že jejich perspektiva je v konfliktu s perspektivou posudkového lékaře a že by tato situace mohla poškodit žadatele, brání tím, že převahu profese posudkového lékaře uznají.

„Co se týče posudku, jako že bych měla jinej pohled na to, tak taky někdy ty lidi znám, že jo, už z dřívějška, takže si někdy řeknu, když na to kouknu, že si myslím, že by tu dvojku nebo tu trojku teda mohl mít ten člověk, protože už ho znám dřív. Na druhou stranu si říkám, že zas ten posudkář tam má informace od toho obvodního lékaře, já prostě respektuju to, co ten posudkář napsal.(SP).

Někteří sociální pracovníci se snaží svoji roli překročit, resp. překročit hranice role tak, jak jim je stanovují posudkoví lékaři, tím, že se snaží způsob podávání informací přizpůsobit tomu, co je posudkový lékař ochoten akceptovat. Jinak řečeno – někteří sociální pracovníci chápou svoji roli šířeji, než jak jim ji ohraničují posudkoví lékaři, tedy například jako součást své role berou i nezbytnost postarat se, aby posudkový lékař něco nepřehlédl, nepodcenil apod. – např. měl všechny dostupné informace o stavu žadatele, tedy i o jeho zdravotním stavu. Pokud mají tedy z nějakého důvodu obavy, že se veškerá dokumentace o všech zdravotních potížích k posudkovému lékaři nedostane a bylo by dobré, aby si posudkový lékař uvědomil, že si má další lékař dokumentaci ještě vyžádat, snaží se mu tuto informaci vtělit do záznamu ze sociálního šetření, aniž by zároveň uváděli diagnózy, neboť toto posudkoví lékaři odmítají. Někteří sociální pracovníci v této souvislosti uváděli, že např. popisují, že si pacient píchá inzulin, zdůrazňují potíže s inhalátorem atd. Je to případ přístupu, který není u aktivnějších sociálních pracovníků až tak neobvyklý.

“Lékaři nemají moc rádi, když se jim tam ta diagnóza přesně píše. Že vždycky říkají, my to vidíme v papírech. Ale i my si trošičku musíme pomoci tím. Tím, že víme, co tam za tu diagnózu je, takže já se na ni třeba ptám. Když je to diabetes, tak to třeba opisuju tím, kolikrát si píchá inzulin, jestli si ho píchá sám, jestli se teda dohlíží na ten stravovací režim a zase, co s tím prostě souvisí” (SP).

Tzn., že na straně sociálních pracovníků lze často zaznamenat uznání převahy lékařského pohledu, přinejmenším proto, že legislativně slovo lékaře platí, ale sociální pracovník v rámci možností zintegruje do své práce perspektivu, která odpovídá způsobu, jakým posudkový lékař čte a využívá sociální šetření. Sociální pracovníci se tak snaží pozměnit pohled lékaře na situaci žadatele tím, že respektují profesní roli lékaře, nesnaží se o to, aby lékař na situaci žadatele nahlédl i optikou sociální práce, ale způsobem, který odpovídá roli, formuluje záznam ze sociálního šetření či některé jeho části (viz výše o charakteru komunikace).

Míra provázanosti, prostupnosti, sdílení činností, postupů

Již z předchozího popisu charakteru a účelu komunikace je zřejmé, že sociální pracovníci agentury PnP a posudkoví lékaři činnosti a postupy nesdílí a míra vzájemné provázanosti jejich práce je nízká. Z hlediska koordinace či načasování činností sociálního pracovníka se jedná o typ (spolu?) práce spíše vedle sebe než mezi sebou a spíše po sobě než paralelně. Jinými slovy, míra provázanosti a prostupnosti činností je determinována převažujícím administrativním a procedurálním přístupem k řízení o příspěvek na péči, kdy je kladen důraz především na formálně správně zvládnutí jednotlivých

kroků, a to navíc pod tlakem na vysokou kvantitativní výkonnost – tzn. zvládnutí vysokého počtu žádostí.

Výsledkem toho, že činnosti sociálních pracovníků a posudkových lékařů probíhají do značené míry vzájemně izolovaně, je mimo jiné i poměrně nízká předvídatelnost výsledku celého řízení pro sociální pracovníky. Stejně tak mají sociální pracovníci i velmi malou a spíše nahodilou zpětnou vazbu o tom, do jaké míry a jakým způsobem jsou jejich zjištění ze sociálního šetření v posudku zohledněna.

“Jo, takhle, co i máme zkušenost, že třeba v sociálním šetření je ten a ten popis, ale potom posudek zní úplně jinak, než bysme třeba podle toho sociálního zjištění z toho šetření, bysme očekávali, jo. A je to odůvodněno tak, že třeba v lékařské zprávě toto vůbec není uvedeno” (SP).

I když tedy, jak bylo řečeno výše, se někteří sociální pracovníci aktivně snaží s posudkovým lékařem prostřednictvím sociálního šetření “komunikovat”, své poznatky mu předávat v záznamu ze sociálního šetření takovým způsobem, který je pro posudkového lékaře relevantní a jednoznačný, nedostatek zpětné vazby jim brání tento způsob komunikace s posudkovým lékařem rozvíjet. Jinými slovy, řada z námi zkoumaných sociálních pracovníků se zdá být nakloněna k větší provázanosti postupů a činností, a to i za podmínek, že uznají dominantní pozici lékaře a svoje postupy a svůj pohled tomu přizpůsobí, ale mnohým i k takové strategii chybějí podmínky.

Metodiky a metodické postupy

Jednotné metodické vedení, které by nějakým způsobem zastřešovalo aktivity sociálních pracovníků a posudkových lékařů probíhající v rámci řízení o příspěvek na péči, neexistuje. Nejsou vytvořeny ucelené společné metodické postupy. Kromě toho není vyvinut způsob, jakým by se sociální pracovníci mohli systematicky seznamovat s nároky a pokyny, které řídí práci posudkových lékařů a stejně tak obráceně. Z rozhovorů se sociálními pracovníky vyplývalo, že ani samotná činnost sociálních pracovníků v agendy příspěvku na péči nemá jednotné metodické vedení, a že metodické pokyny dostávají z více stran, často nejednoznačné, případně si i protiřečí. Z výpovědí zkoumaných sociálních pracovníků plyne, že jako zdroje metodického vedení, instrukcí či doporučení působí řada subjektů, jejichž vliv není v tomto ohledu vždy koordinovaný a jednotný – jde zejména o Generální ředitelství ÚP ČR, MPSV a Krajské pobočky ÚP.

Z hlediska tématu spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky je významný zejména poznatek, že jako relevantní zdroj metodického vedení uváděla řada sociálních pracovníků i Lékařskou posudkovou službu (LPS) či přímo posudkové lékaře (Havlíková, Hubíková, 2015:70-72). Sociální pracovníci v některých aspektech své práce metodické vedení ze strany LPS a posudkových lékařů vítají a jsou v některých případech ochotni tato doporučení upřednostnit před jinými doporučeními, zejména pokud LPS a posudkoví lékaři nepostupují příliš direktivně a o svých doporučeních se sociálními pracovníky diskutují, vysvětlují je apod. (např. na společných setkáních). V době výzkumu sociální pracovníci považovali za nejvíce relevantní pokyny a doporučení lékařů ke způsobu, jakým se v záznamu vyrovnat se nesouladem v mezi 6 bodovou strukturou sociálního šetření a 10 posuzovanými oblastmi životních potřeb. Sociální pracovníci jsou si vědomi toho, že pro posudkové lékaře je tento nesoulad často zdrojem zdržení případně i příčinou, že něco v záznamu ze sociálního šetření přehlédne, a jsou tak nakloněni vyjít vstříc požadavku posudkových lékařů, aby v záznamy

sociálního šetření strukturovali způsobem, který usnadní posudkovým lékařům rychleji dohledávat informace k deseti oblastem, které posuzují oni.

Absence jednotného metodického rámce pak může mj. vést také k tomu, že sociální pracovníci a posudkoví lékaři konkrétní zjištění týkající se životní situace žadatele o příspěvek na péči někdy interpretují odlišně. To je samozřejmě i důsledek nízké intenzity komunikace, skutečnosti, že nedochází ke sdílení postupů a činností a také toho, že role posudkového lékaře a sociálního pracovníka jsou ve stávajícím systému posudkové praxe vymezeny vzájemně neprostopupně a někdy dokonce spíše než „vedle sebe“ mají sociální pracovníci i posudkoví lékaři pocit, že fungují „proto sobě“. Nicméně nepřítomnost společných metodik rizika z této situace plynoucí ještě umocňuje, protože jak sociálním pracovníkům tak posudkovým lékařům chybí písemná opora, který by jim umožnila orientovat se mj. i v tom, jakým způsobem a z jakých důvodů pracuje druhá strana, tedy by jim umožnila vyhnout se tomu, že svoji práci budou v krajním případě vzájemně „negovat“, protože nemají přesné a společné pokyny a metodická doporučení, jak určité věci řešit, interpretovat atd. V rámci našeho výzkumu jsme tak poměrně často naráželi na to, že některé okolnosti životní situace žadatele o PnP interpretují ve vztahu ke stupni závislosti sociální pracovníci KoP a posudkoví lékaři naprosto odlišně. Jestliže posudkový lékař interpretuje konkrétní informaci v záznamu ze sociálního šetření jinak, než jak to sociální pracovník zamýšlel (např. sociální pracovník chce popisem zdravotního stavu žadatele versus uspořádání domácnosti/bydlení zdůraznit akutní potřebu intenzivní a rozsáhlé péče, a posudkový lékař totéž interpretuje zcela opačně, tzn., že pokud žadatel dosud v dané domácnosti/bytě přežil, nemůže přece být v tak špatném zdravotním stavu, jak se to jeví z Dg., lékařských nálezů ale i samotného sociálního šetření), stává se to překážkou využívání informací ze sociálního šetření při posouzení stupně závislosti.

Sociální pracovníci celkově hodnotili jako jedno ze slabých míst posuzování stupně závislosti to, že ve většině případů nemají posudkoví lékaři a sociální pracovníci jednotné vodítko, které by jim usnadnilo dospět ke konsensu, k čemu vůbec sociální šetření slouží.

„My tady máme trochu problém s posudkovou lékařskou službou s nima se domluvit, co si my představujeme pod sociálním šetřením a co si oni představují pod sociálním šetřením, takže to máme problém“ (SP).

Jako dílčí výjimku a zároveň dobrý příklad toho, jak by jednotné metodické pokyny mohly přispět k usnadnění praxe, uváděla řada sociálních pracovníků metodickou instrukci, která nebyla vytvořena pro ně, ale pro posudkové lékaře, nicméně část sociálních pracovníků tuto metodickou pomůcku získala a v praxi využívá. Jedná se o poměrně podrobně a přehledně zpracovaný materiál, který se týká posuzování schopnosti zvládat různé typy aktivit u dětí různého věku. Sociální pracovníci, kteří měli tuto metodickou oporu k dispozici, s ní také většinou aktivně pracovali a shodovali se, že bytí byl tento materiál primárně určen pro posudkové lékaře k tomu, aby tito byli schopni určit stupeň závislosti u dětí různého věku, je to i pro ně jako sociální pracovníky dobrý nástroj, který jim výrazně usnadňuje provádění sociálního šetření u dětí. Někteří sociální pracovníci si již nepamatovali, jakým způsobem se k nim tento materiál dostal, jiní uváděli, že si ho sami vyžádali od posudkového lékaře, případně jim ho posudkový lékař sám z vlastní iniciativy poskytl. V každém případě bylo sdílení tohoto metodického pokynu spíše výsledkem neoficiálních postupů a rozhodnutí jednotlivých aktérů na straně sociálních

pracovníků či posudkových lékařů, nikoliv výsledkem systémového rozhodnutí směřovat, alespoň v některých oblastech, je sjednocení postupů.

O tom, že sociální pracovníci a posudkoví lékaři by, navzdory výše opsaným tendencím k obraně vlastních rolí, limitované komunikaci apod., přinejmenším do jisté míry uvítali a akceptovali sjednocení metodických pokynů, svědčí i to, že kromě faktu, že sociální pracovníci používali jeden z metodických materiálů určených pro posudkové lékaře, objevovaly se i jiné snahy hledat průnik a možnosti sjednocení postupů. Jak již bylo řečeno výše, sociální pracovníci často akceptují posudkového lékaře jako formu metodického vedení, a nejlépe v případech, kdy s nimi posudkový lékař komunikuje partnerským způsobem, nikoliv direktivně. V několika případech tak sociální pracovníci popisovali v podstatě společnou snahu jejich a posudkových lékařů upřesnit a ujednotit, co má sociální šetření přinést, jaké informace by mělo obsahovat, případně jak tyto informace formulovat a strukturovat atd., byť v některých případech to znamenalo potlačení perspektivy sociální práce.

„On chtěl na nás vlastně, abychom mu jenom posílali "schopnost o sebe se postarat" a ostatní ne. Že ho to zdržuje, když otáčí stránky a takovýhle až věci říkal. (...) on tam chtěl jenom jakoby tu první část toho šetření, té sebeobsluhy a další už ho nezajímala.... on něco říkal: Jestli paní dojde ke králíkům nebo nedojde, jestli čte nebo... (...) Ale tak nějak, ten by z toho býval udělal... stačily by mu čtyři řádky a konec. Že ho to zdržuje jakoby takhle..." (SP).

V rámci výzkumu jsme se setkali i s případy, kdy jeden a tentýž spolupracovník zaznamenal protichůdné požadavky ze dvou zdrojů zastupujících LPS. Jedna ze sociálních pracovníc např. popisovala situaci, kdy metodik LPS a posudková lékařka nezávisle na sobě formulovali zcela odlišné představy o tom, co by mělo být obsahem záznamu ze sociálního šetření. Informace, o kterých se metodik domníval, že posudkové lékaře spíše zahrnují, jsou pro posouzení stupně závislosti nadbytečné a sociální pracovníci by se měli vyvarovat přílišné pozornosti těmto oblastem v záznamu ze sociálního šetření, naopak posudková lékařka výslovně požadovala a naléhala na jejich podrobnější zpracování. Jednalo se o otázku relevance popisu domácnosti žadatele o PnP při posuzování stupně závislosti.

Povaha výstupu

Z rozhovorů ze sociálními pracovníky i s posudkovými lékaři vyplynulo, že povaha výstupu ze sociálního šetření jednoznačně závisí na posudkovém lékaři – a to nejenom tím, že je to jeho úkol posoudit, kolik oblastí základních životních potřeb žadatel o příspěvek na péči sám nezvládá a potřebuje k jejich zajištění pomoc jiné fyzické osoby. Podle toho, jak o svých zkušenostech sociální pracovníci hovoří, nejenom různá pracoviště LPS, ale i jednotliví posudkoví lékaři z „jejich“ pracoviště LPS zacházejí s jejich zprávami ze sociálního šetření odlišně a shledávají jako relevantní různé typy informací. Posudkový lékař určuje podobu a obsah výsledku posouzení stupně závislosti především tím, že vyhodnotí, které informace z předložených podkladů je třeba považovat za relevantní, jakým způsobem je bude interpretovat a do jaké míry je zohlední ve svém rozhodnutí. V neposlední řadě také to, zda se sociální pracovník dozví, resp. zda se může v Závěru lékaře OSZZ, které posudkový lékař napíše, dočíst, co ze záznamu ze sociálního šetření, který pro posudkového lékaře připravil, bylo zohledněno.

„V posudku ho zmíní, jako jeden z podkladů pro svoje rozhodnutí a posudkoví lékaři píší do toho posudku: ze sociálního šetření vyplývá. Píší to tam, ale máme hodně často problém, že tam píší něco, co není pravda. Vy jim tam pošlete žádost, přílohou té žádosti je ten zápis, který vy napíšete, a stává se nám dost často, že v posudku oni napíší, že ze sociálního šetření vyplývá, že klient zvládá stravování. Když vezmete tu žádost, kterou jste jim tam poslali, tak ke stravování máte asi 6 vět napsaných, kde popisujete, jak toho člověka krmí, že ten člověk není schopen si vzít talíř a ani si ho přendat, ale najednou se Vám objeví, tak teď nevíte, jestli to četli, nebo nečetli nebo je to jenom administrativní chyba, že to někdo přepsal špatně. Nepoznáme. Jako jestli se mě zeptáte, zda myslím, že to čtou nebo nečtou, já nevím.“ (SP)

Podle výpovědí sociálních pracovníků se způsob, jakým posudkoví lékaři naplňují povinnost vyrovnat se se závěry sociálního šetření, v praxi značně liší. Někteří sociální pracovníci hovořili o tom, že tímto způsobem získají od posudkového lékaře sdělnou zpětnou vazbu v tom smyslu, že ať již se závěrem posudkového lékaře souhlasí nebo mají jiný názor, a ať již se mohou ztotožnit s tím, jak posudkový lékař informace ze sociálního šetření využil či nikoliv, jsou schopni pochopit ze závěru a odůvodnění vypracovaném posudkovým lékařem, jak a proč se se záznamem ze sociálního šetření vypořádal. Na druhé straně se alespoň na základě rozhovorů s námi zkoumanými sociálními pracovníky jeví, že ve většině případů k takovému postupu na straně posudkových lékařů nedochází, a ti se s nutností vyrovnat se se závěry sociálního šetření častěji vypořádají jen stručně a formálně – např. sdělením, že zjištění sociálního šetření neodpovídá zdravotnímu stavu.

„No napíše, že soc. šetření není v korelaci s lékařskými nálezy. To je její odůvodnění. A že nevidí důvod.“ (SP)

Takovýto přístup k vyrovnání se se závěry sociálního šetření lze vnímat jako projev obecnější tendence, která byla v posudkové praxi v příspěvku na péči v rámci našeho výzkumu zaznamenána, a to výrazné či v některých případech zcela jednoznačné nadřazení „diagnózy“ a toho, co dle názoru posudkového lékaře z této diagnózy plyne, tomu, co na základě šetření v přirozeném prostředí zjistí sociální pracovník. 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 cokoli. To mě už pak jako nechci říct nezajímá, ale neberu to v potaz.“ (PL) .

Posudkoví lékaři často svoji skepsi vůči nálezům ze sociálního šetření odůvodňují nutností zachovat co nejvyšší objektivitu sociálního šetření. Z tohoto hlediska mají sklon nahlížet výstup ze sociálního šetření jako nedostatečně věrohodný. Záznam ze sociálního šetření vnímají jako příliš zatížený subjektivním pocitem sociálního pracovníka. Na straně posudkových lékařů tak často vzniká dilema, kdy na jedné straně posudkoví lékaři zdůrazňují nutnost, aby soc. pracovník žadatele v jeho přirozeném prostředí viděl, na straně druhé se ale domnívají, že sociální pracovník není z takové návštěvy vždy schopen zprostředkovat spolehlivé informace – posudkoví lékaři se někdy domnívali, že perspektiva sociální práce pro to ani není vhodná, neboť jsou pro ni relevantní i takové okolnosti života žadatele, které podle jejich názoru nemají do posouzení stupně závislosti vstupovat. 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 výhradní zdroj poznání klientových potřeb je pak chápána zdravotnická dokumentace, popř. vlastní vyšetření lékaře.

Dále posudkoví lékaři upozorňovali na to, že v řadě záznamů ze sociálního šetření není jasný původ uvedených informací - co sociální pracovník viděl a co mu bylo jen sděleno, a dále která z uvedených sdělení a jak ověřoval, kdo co řekl, zda se měl žadatel možnost vyjádřit a k čemu, či hledisko nakonec v záznamu ze sociálního šetření převážilo. Posudkoví lékaři vyjadřovali v některých případech názor, že sociální pracovník v rámci sociálního šetření nekomunikuje vždy přímo s žadatelem, případně, že se s žadatelem osobně nesetká nebo setká jen okrajově a poznatky do zápisu ze sociálního šetření čerpá na základě sdělení příbuzných nebo osob blízkých. Posudkoví lékaři hodnotili jako problematické, pokud sociální pracovníci pouze zaznamenávají to, co jim řekl žadatel, či pečující osoba, a málo využívají další možnosti objektivizace řečeného jako je vlastní pozorování, vyzkoušení nějaké činnosti, případně triangulací zdrojů informací (např. od pečovatelky PS, školy, romského asistenta apod.)

Tendence některých posudkových lékařů upřednostňovat lékařské nálezy jako a priori objektivní před zjištěními ze sociálního šetření, která vnímají jako potenciálně neobjektivní, představuje důležitý faktor, který předurčuje celkovou povahu výstupu posouzení stupně závislosti, a to nejenom v tom, jaký stupeň závislosti bude žadateli přiznán, ale také, jak již bylo zmíněno výše, i v tom, do jaké míry se posudkový lékař písemně vypořádá se závěry sociálního šetření a zda je tato zpětná vazba pro sociálního pracovníka sdělná. Pokud neprobíhá vyjasnění případných nesrovnalostí mezi sociálním šetřením a lékařskými nálezy mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem v průběhu posuzování stupně závislosti, vzniká riziko, že za takových okolností bude řada posudkově rozhodných skutečností opominuta.

III.3.2. Podmínky spolupráce

III.3.2.1. Systémové podmínky

Právní rámec

Hlavní systémovou podmínkou, která určuje hranice toho, jak lze v rámci činností a procesů spojených s posuzováním stupně závislosti nastavit způsob, intenzitu a postupy spolupráce zejména mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky agendy příspěvku na péči, je platný právní rámec, kterým se agenda příspěvku na péči řídí. Od doby, kdy byl příspěvek na péči do systému sociální péče v ČR zaveden, se tento právní rámec několikrát změnil a kromě kritérií, na jejich základě je určen stupeň závislosti, došlo i k dalším změnám, které vedly mimo jiné i ke změnám rozložení pravomocí a určitému posunu v pozici jednotlivých odborů v rámci posuzování stupně závislosti a rozhodování o příspěvku na péči. Sociální pracovníci, kteří měli dlouholeté zkušenosti s působením v agendě příspěvku na péči, případně v této oblasti působili od samého zavedení této dávky od samého začátku, tyto změny často pociťovali a popisovali jako oslabování pozice sociální práce a sociálního pracovníka a určitý posun do podřízeného postavení vůči posudkovému lékaři.

„V úvodu, když začala účinnost zákona o sociálních službách, tak jsme byli v podstatě jako rovnocennější, že. Teďka jako jedem, ani nemáme šanci nějak, říkám to, jedině musí člověk, když už to, třeba pokud se mně to zdá opravdu, že to tam nesedí, nebo chtěla bych to... Dřív jsme měli možnost, šlo to celkem dobře, že jsem se domluvila s posudkovým lékařem“ (SP)

Otázkou je, do jaké míry jsou důvodem toho, co mnozí sociální pracovníci vnímají jako snižování významu sociálního šetření v rámci posuzování stupně závislosti a jejich vlastní nerovné postavení vůči posudkovému lékaři, jen změny v právní úpravě týkající se posuzování stupně závislosti pro nárok na příspěvek na péči. Právní opora pro to, že výstup ze sociálního šetření je méně významný podklad, k němuž posudkový lékař přihlíží jen libovolně, neexistuje. Posudkoví lékaři si to tak ale běžně vykládají a někteří z nich na tomto základě považují sociální šetření za víceméně nadbytečné, případně roli šetření chápou jako podpůrnou, pokud to, co je v nález ze sociálního šetření, podle jejich názoru odpovídá lékařskému nález. Pokud lékařský nález a výstup ze sociálního šetření nejsou v některých bodech v souladu, většina posudkových lékařů se automaticky přiklání k tomu, co podle jejich názoru z lékařského nález pro funkční omezení plyne s tím, že od informací ze sociálního šetření, které s tímto nejsou v souladu, odhlíží – toto ale není postup, který by měl v právní úpravě oporu.

Pojetí příspěvku na péči a posuzování stupně závislosti

Mezi systémové podmínky lze zahrnout i celkovou koncepci příspěvku na péči. Tato koncepce samozřejmě souvisí s právní úpravou, která této koncepci odpovídá, resp. je snaha právní úpravu vyladit tak, aby odpovídala koncepci této dávky. Určité pojetí příspěvku na péči vytváření/úpravám příslušné legislativy předcházelo, resp. bylo vyjednáno a lze také očekávat, že spíše bude docházet k dalším změnám v legislativě v rámci stávajícího pojetí příspěvku na péči, než že by došlo k významné změně koncepce této dávky. Způsob, jakým je tato dávka koncipována, částečně předurčuje jak některé parametry řízení o tuto dávku včetně posuzování nároku a do určité míry vysvětluje nejen praxi, která se v rámci daných právních mantinelů v této oblasti ustavila, ale také problémy či někdy přímo kontroverze, které tato praxe vyvolává.

Příspěvek na péči byl zaveden jako jednotná dávka pro všechny osoby závislé na péči jiné osoby téměř bez ohledu na jejich věk a nezávisle na tom, o jaký typ či typy zdravotního postižení se jedná i na tom, kdo se o tuto osobu stará. Jedinými podmínkami je věk žadatele o příspěvek nad jeden rok a délka trvání nepříznivého zdravotního stavu alespoň jeden rok, či dle poznatků lékařské vědy očekávaná délka trvání nepříznivého zdravotního stavu alespoň jeden rok. Podat žádost, která musí být přijata a standardně vyřízena, si může každý, kdo má pocit, že jeho zdravotní stav již vyžaduje péči jiné osoby, a žádost může být podávána opakovaně. Navíc, jak vyplynulo i z rozhovorů se zkoumanými sociálními pracovníky, řada žádostí je podávána účelově, pod tlakem jiných podmínek, zejm. u seniorů podmínka mít při podání žádosti o přijetí do domova pro seniory podanou také žádost o příspěvek na péči. Jedná se tedy o rozsáhlou agentu, velké množství nových žádostí, dále žádosti o zvýšení příspěvku na péči a dále přeposouzení po době uplynutí platnosti posudku.

Všichni žadatelé o příspěvek na péči procházejí stejným řízením a jednotným způsobem posuzování podle univerzálních kritérií. Řízení o příspěvek na péči včetně posuzování stupně závislosti je tedy vysoce standardizováno a zároveň ho doprovází požadavek na velkou míru transparentnosti a objektivity. Zároveň je ale zdravotní stav a situace všech klientů, žadatelů i příjemců, velmi individuální, a jako takovou je třeba ji posuzovat. K tomu je třeba získat poměrně velký rozsah informací, které je třeba vyhodnotit optikou platných posudkových kritérií. Tento stav vytváří tlaky, které různí aktéři vnímají různě a různě na ně reagují. V jedné z našich předchozích analýz jsme např. analyzovali, jak dalece jsou sociální pracovníci v rámci agendy příspěvku na péči schopni či ochotni uplatňovat vůči klientům situační přístup, či naopak do jaké míry převažuje spíše administrativní a procedurální přístup v rámci jednotlivých fází řízení o příspěvek na péči. Ukázalo se, že byt lze na různých pracovištích či u jednotlivých řešených případech či na straně některých ze zkoumaných sociálních pracovníků zaznamenat snahu o situační přístup či uplatňování prvků situačního přístupu, celkově převažuje inklinace k přístupu procedurálnímu a k akcentaci formálních a administrativních stránek řízení o příspěvek na péči včetně provádění sociálního šetření. (Havlíková, Hubíková, 2015). Toto má samozřejmě bezprostřední vliv i na povahu a intenzitu spolupráce sociálních pracovníků s dalšími obory a profesionály – nejen s posudkovými lékaři v rámci posuzování stupně závislosti, ale v případě potřeby další pomoci žadateli i např. se sociálními pracovníky obcí či sociálních služeb apod.

Dále to, jakým způsobem sociální pracovníci i posudkoví lékaři uskutečňují v praxi řízení o příspěvek na péči včetně posuzování stupně závislosti, a jak dalece jsou ochotni do této praxe začlenit i vzájemnou spolupráci, event. v jakých případech, závisí do značné míry i na tom, jakým způsobem oni sami vnímají a hodnotí příspěvek na péči, tzn. mimo jiné do jaké míry jsou nejenom obeznámeni ale i ztotožnění s koncepcí příspěvku na péči, účelem této dávky atd. U některých sociálních pracovníků, ale výrazněji

u posudkových lékařů, jsme zachytili tendenci vyjadřovat nedůvěru k příspěvku na péči jakožto nástroji sociální politiky. Tato nedůvěra byla podložena obvykle jednak normativním pojetím rodinné solidarity – tzn. zjednodušeně řečeno - rodina má povinnost se postarat, aniž by za to dostávala „zapláceno“, je to normální, je to zdravé, a dále přesvědčením o široce rozšířeném sklonu zneužívat sociální dávky, v případě příspěvku na péči zveličovat zdravotní potíže a potřebu péče. Posudkoví lékaři byli také častěji přesvědčeni, že řada žádostí o příspěvek na péči byla podána z jiných důvodů, než je bezprostřední potřeba péče.

„R: Mám takový dojem, že těch seniorů nepřibývá, jako těch žadatelů o příspěvek na péči, že spíš je to taková ta generace, která je v předdůchodovém věku.

T: Aha, jinými slovy, že ten příspěvek hraje jinou roli, než ten příspěvek na péči.

R: Přesně tak. Je to otázka ekonomická. (...) Rozhodně to má smysl, ale musí se to používat na to, k čemu je to určeno, čili skutečně na tu péči a ne přilepšovat tou finanční částkou dětem a příbuzným. (...) Není efektivní kontrola, ale to je můj subjektivní názor. „(PL)

„T: Jaký význam má z vašeho pohledu ten příspěvek na péči? Jestli v tom systému, ten příspěvek na péči jakoby je přínosný, jo, nějakým způsobem.

R: Já to řeknu, lidi to mají jako zdroj peněz. Já si nemyslím, že to je vždycky opravdu, na tu péči, kdo jim konkrétně co dělá, že to platí. Co jsem viděla, třeba, nebo co tady slyším, tedy byť ten příspěvek bere ten pacient, nebo ten klient, ale dává ho jedné dceři a druhá se stará. (...) jako většinou si myslím, že ty peníze často zůstanou těm klientům, jo že neplatí ani těm, co tu péči poskytují.“ (PL)

Nedůvěra, nepochopení, případně zobecnění dílčích negativních zkušeností a přenesení tohoto postoje vůči příspěvku na péči může limitovat efektivitu celého systému posuzování nároku na příspěvek na péči, či vést k znevýhodnění určitých typů žadatelů. Lze očekávat, že takovýto postoj bude výrazně předznamenávat i vstřícnost co se spolupráce týče, ochotu akceptovat perspektivu druhé strany a brát v úvahu její stanovisko, s tím, že toto může být limit zejména na straně posudkových lékařů. Ti poměrně často vyjadřovali pocit, že sociální pracovník je manipulaci ze strany žadatelů a jejich rodinných příslušníků přístupnější, že má větší sklon nechat se ovlivnit i těmi okolnostmi života žadatele, které pro posouzení nároku na příspěvek na péči nejsou relevantní, a že jeho pohled na žadatele je příliš subjektivní.

Současná forma a struktura záznamu ze sociálního šetření

Jeden z důvodů, proč posudkoví lékaři často vnímají výstup ze sociálního šetření jako příliš subjektivní, málo průkazný a nepřesvědčivý, může být současný způsob záznamu ze sociálního šetření. Jak již byl řečeno výše, zejména u tématu povahy komunikace mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem a dále u metodik, je jedním z problematických rysů vzájemného vyladění pohledu na situaci žadatele částečná nekompatibilita posuzování deseti základních životních potřeb a šesti oblastí, které popisují v záznamu ze sociálního šetření sociální pracovníci, přičemž sociální pracovníci často dle instrukcí posudkových lékařů tento nesoulad kompenzují tím, že šestibodový záznam ze sociálního šetření dále vnitřně strukturují tak, aby usnadňoval posudkovým lékařům orientaci v relaci k deseti posuzovaným základním životním potřebám.

Nicméně nesoulad struktury záznamu ze sociálního šetření a posuzovaných deseti oblastí není jediným důvodem, proč posudkoví lékaři nemusí být schopni či ochotni se tímto záznamem důkladněji zabývat. Způsob, jakým má být sociální šetření provedeno a informace z něj zaznamenány – tzn. v jakém rozsahu a struktuře má být záznam ze sociálního šetření proveden, jaký typ informací má obsahovat, jak dalece a jakým způsobem se tyto informace mají vztahovat k deseti posuzovaným základním deseti potřebám, z jakých zdrojů tyto informace sociální pracovník má či může čerpat, jakým způsobem má tyto zdroje uvádět atd., to vše je v současné době otázkou metodik a metodického vedení, vlastních zkušeností a vlastní praxe konkrétního sociálního pracovníka, případně zvyklostí konkrétních pracovišť. V praxi má takto nesjednocený způsob zpracování informací ze sociálního šetření ten dopad, že se posudkovým lékařům schází záznamy ze sociálního šetření velmi rozdílné kvality – z hlediska rozsahu, výpovědní hodnoty informací, jednoznačnosti informací, přehlednosti uspořádání atd. Pro potřeby výzkumu, jehož data jsou zde předmětem sekundární analýzy, jsme shromáždili zhruba 20 anonymizovaných sociálních šetření z různých kontaktních pracovišť úřadů práce, přičemž jsme požádali o taková sociální šetření, která byla na těchto pracovištích považována za kvalitně provedená, tedy příklady dobré praxe záznamu ze sociálního šetření.

Na základě našich analýz těchto záznamů bylo mimo jiné zjištěno, že různé záznamy jsou poměrně značně nekonzistentní, co se uvedených informací týče – tzn. bez přinejmenším dalšího vysvětlení se zdálo, že se některé informace vzájemně vylučují; dále běžně docházelo k opakování stejných informací na více místech záznamu a některé informace, které lze z hlediska posuzování stupně závislosti vnímat jako podstatné, chyběly – bylo zřejmé, že v rámci volně psaného málo prestrukturovaného sdělení mají sociální pracovníci nedostatečnou kontrolu nad tím, jaké informace už do sociálního šetření uvedli/jaké naopak stále chybí. Dále z takto poměrně volně pojatých záznamů ze sociálního šetření bylo obtížně zjištělné, případně nebylo vůbec patrné, jak sociální pracovník danou informaci získal – např. zda to, co popisuje (např. že žadatel ujde/neujde nějakou vzdálenost, vydrží sedět/nevydrží atd.) sám, viděl, případně kdo mu tuto informaci sdělil (potvrdil) apod. Dále se rozbořením těchto záznamů ze sociálního šetření ukázalo, že stejné typy informací se často nacházejí na jiných místech, tzn. u jiné ze šesti popisovaných oblastí – např. schopnost zvládnutí chůze po schodech se v některých záznamech objevovala u popisu přirozeného prostředí žadatele, v jiných případech např. u oblasti osobních aktivit, jindy v péči o domácnost atd. To se týkalo mnoha dalších aktivit, které mohou být posudkově významné, ale pro posudkového lékaře v záznamu ze sociálního šetření obtížně dohledatelné. V popisech obsažených v sociálním šetření se také často ztrácela vazba mezi tím, že dle zjištění sociálního pracovníka sociálního pracovníka má žadatel se samostatným zvládnutím některých aktivit potíže, a příčinou či příčinami těchto potíží – ty vyplývaly ze záznamu ze sociálního šetření často pouze implicitně, případně bylo nutné domýšlet si příčiny z jiných sdělení uvedených na jiných místech záznamu ze sociálního šetření.

Z analýzy rozhovorů s posudkovými lékaři agentury PnP vyplynuly podobné bariéry snadného využití záznamu ze sociálního šetření, které byly identifikovány vlastní analýzou vzorku záznamů ze sociálních šetření. Posudkoví lékaři se shodovali v tom, že záznam by byl lépe využitelný, pokud by kopíroval strukturu 10 posuzovaných základních životních potřeb. Posudkoví lékaři se přikláněli spíše ke slovnímu popisu, ale s tím, že je důležité, aby popis potíží žadatele sociální pracovníci dávali do souvislosti s konkrétními aktivitami a zároveň uváděli důvody, proč žadatel danou aktivitu samostatně nevykonává. To mimo jiné posudkovým lékařům umožňuje zhodnotit, nakolik udávané příčiny ladí

nebo neladí s lékařskou dokumentací a pokud neladí, tak vědí, jakým směrem mají objektivizaci zdravotního stavu zacílit. Dále posudkoví lékaři považují za důležité, aby bylo v záznamu ze sociálního šetření patrné, z jakého zdroje daná informace pochází, jako např. „žadatel uvádí...“, „matka uvádí...“ či popis pozorování „žadatel přišel otevřít dveře“. Dále je dle posudkových lékařů užitečné, pokud záznam ze sociálního šetření obsahuje některé detaily prostředí žadatele, např. v jakém typu bytu žadatel bydlí, v jakém patře, zda sám či s někým atd. Naopak, nadbytečné detaily, které nejsou pro posouzení stupně závislosti využitelné, posudkové lékaře zdržují a odrážejí od podrobného pročítání záznamu ze sociálního šetření. Jako příklady uváděli citace typu: „dětí žadatele žijí v Austrálii“, „po bytě se procházela kočička“ apod. Stejně jako z našich analýz vzorku reálných sociálních šetření, i z rozhovorů s posudkovými lékaři vyplývalo, že podle jejich zkušeností si někdy informace obsažené v záznamu ze sociálního šetření protirečí (např. žadatel nevyjde schody, ale dojde si sám na WC v jiném patře), popis výkonu některých aktivit je vágní či nejednoznačný („žadatel jezdí autem“ (je myšleno, že řídí auto, nebo že je vozen?), těžiště sociálního šetření spočívá v tom, co sdělí žadatel případně pečující osoba, a nejsou využívány další zdroje informací, které by zvýšily objektivitu zjištění, jako je pozorování sociálního pracovníka, u dětí informace ze školského zařízení, u sociálních služeb apod.

Posudkoví lékaři, pokud se chtěli záznamem ze sociálního šetření zabývat, byli často nuceni si sami záznam zpřehlednit, podtrhávat si v něm, označovat relevantní informace, propojovat fragmentované informace k jednotlivým základním životním potřebám obsažené na různých místech záznamu. Takový postup je pro posudkové lékaře pracný, časově náročný, a hrozí, že posudkový lékař bude ze sociálního šetření vybírat informace pouze selektivně – ať již záměrně či bezděčně, či některé informace v nestrukturovaném textu prostě přehlédne.

Z hlediska dosažení většího využívání záznamu ze sociálního šetření konkrétně, ale i obecněji v zájmu plynulejší, smysluplnější a pravidelnější spolupráce sociálního pracovníka agentury příspěvku na péči a posudkového lékaře a efektivnější komunikace mezi těmito obory v rámci posudkové činnosti, se jeví jako žádoucí systémová změna v oblasti způsobu provádění a formy záznamu ze sociálního šetření tak, která by zajistila vyšší kvalitu sociálního šetření a větší kredibilitu záznamu ze sociálního šetření a informace ze sociálního šetření bezprostředněji a v záznamu ze sociálního šetření zřetelněji provázala s posudkovými kritérii, která jsou závazná pro posudkové lékaře. Takto systémově upravená a sjednocená podoba sociálního šetření je vhodnou platformou nejen pro diskusi mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem, pokud dojde na nesoulad mezi záznamem ze sociálního šetření a lékařskou dokumentací, ale také pro vyjasnění nesouladu, případně příčin nesouladu a skutečného stavu žadatele i s dalšími aktéry, např. ošetřujícím lékařem žadatele. Na některých z námi zkoumaných pracovišť hovořili o tom, že míru námitek a odvolání snižuje, pokud případy, kde je disproporce mezi lékařskými nálezy a sociálním šetřením, jsou objektivizovány prostřednictvím diskuse mezi sociálním pracovníkem, který sociální šetření dělal, tak s ošetřujícím lékařem, který vypracoval lékařský nález, a případně je pro ověření některé skutečnosti kontaktována přímo rodina žadatele.

III.3.2.2. Organizační podmínky

Personální obsazení pracovišť

Prostor pro spolupráci a intenzitu a formu této spolupráce formují také organizační podmínky, které se mohou na jednotlivých kontaktních pracovištích úřadů práce a pracovištích lékařské posudkové služby lišit. Jednou z klíčových podmínek je personální vybavení těchto pracovišť, co do počtu pracovníků zabývajících se agendou příspěvku na péči vzhledem k počtu žádostí, které jsou na těchto pracovištích vyřizovány. Tyto poměry se na různých pracovištích liší, tedy různí se i míry tlaku na kvantitativně pojatou efektivitu práce. Co se týče posudkových lékařů, vzhledem k rozsáhlosti jejich agendy a nízkému počtu těchto lékařů na většině pracovišť LPS, je jejich vysoká pracovní zátěž zřejmě v ČR nyní spíše pravidlem. V případě sociálních pracovníků kontaktních pracovišť úřadů práce se míra pracovní zátěže na různých námi zkoumaných pracovištích lišila, ale i zde spíše převládal pocit, že počet žádostí na jednoho sociálního pracovníka je příliš vysoký na to, aby bylo možné se každým ze žadatelů zabývat zevrubněji, většina sociálních pracovníků se cítila přetížena. Vysoká pracovní zátěž posudkových lékařů i sociálních pracovníků může podporovat tendenci k rutinnímu zpracovávání celé žádosti, tzn. na straně sociálních pracovníků k formalizovanému a spíše administrativnímu vedení sociálního šetření včetně zpracování záznamu, na straně posudkového lékaře spíše k povrchnímu posouzení stupně závislosti, bez možnosti hlouběji zkoumat předložené dokumenty.

Časové dotace

Na obou stranách pak vysoký počet zpracovávaných žádostí a velká pracovní zátěž spolu s nedostatkem času na každý z vyřizovaných případů může vést nejen k neochotě řešit komplikovanější či méně jasné případy ve spolupráci, ale může jim i bránit takové případy včas identifikovat. Na straně sociálních pracovníků v této souvislosti hraje roli i celková časová dotace na provedení sociálního šetření, která se ale neodvíjí pouze od poměru pracovníků a počtu žádostí, ale závisí i na dalších organizačních podmínkách daného pracoviště – v případě nutnosti provádět sociální šetření v odlehlejších lokalitách byla výrazným faktorem zejména dostupnost služebního automobilu – v některých případech hovořili sociální pracovníci o tom, že mohou mít automobil k dispozici jen po předchozím objednání a jen některé dny v týdnu či dokonce měsíci a jsou nuceni do daného dne vtěsnat i pět sociálních šetření. Náš výzkum přitom jednoznačně ukázal, že ochotu a schopnost posudkového lékaře akceptovat výsledek sociálního šetření jako plnohodnotný podklad při rozhodování o stupni závislosti zvyšuje pečlivý přístup k sociálnímu šetření, detailní popis klientovy situace ze strany sociálního pracovníka. Tato nezbytnost se nejvíce ukazuje v případech, kdy stav klienta není zjevný na první pohled, tj. např. v případě kolísavých stavů, hůře zachytitelných projevů potíží, počínající demenci atd.

Fragmentace vyřizování žádosti

Dalším organizačním aspektem na straně některých pracovišť KoP ÚP, který výrazně ovlivňuje možnosti spolupráce sociálních pracovníků a posudkových lékařů, je využívání externistů na provádění sociálních šetření. Z hlediska možnosti zvýšení využívání poznatků ze sociálního šetření pro posuzování stupně závislosti, se využívání externích pracovníků pro provádění sociálního šetření, jako řešení problému vysoké pracovní zátěže kmenových sociálních pracovníků, jeví jako jednoznačně kontraproduktivní, protože vede k fragmentizaci celého řízení, kdy není kontinuita a zpětná vazba mezi přijetím žádosti, provedením sociálního šetření, vydáním rozhodnutí a není ani jasné, s kým by

měl posudkový lékař komunikovat. Pracovník, který má na starosti vydání rozhodnutí, ale na sociálním šetření sám nebyl a nevypracoval podklad pro posudkového lékaře, zase nemusí zjistit, že např. došlo k nějakým nesrovnanostem při zohledňování výsledků sociálního šetření atd.

Společná setkávání posudkových lékařů a sociálních pracovníků

Z rozhovorů s posudkovými lékaři, ale ještě zřetelněji se sociálními pracovníky vyplývalo, že to, zda dochází k společným setkáváním posudkových lékařů a sociálních pracovníků agentury PnP jako institucionalizované formě spolupráce a také to, jaký charakter tato setkávání mají, významně ovlivňuje to, do jaké míry bude práce sociálních pracovníků a posudkových lékařů sladěna.

„A teď záleží, my teda, jak jsme s posudkovými lékaři probírali na té poradě, co si pod tím bodem představují, tak to, aby uznali, že ten člověk je omezen na těch osobních aktivitách, tak oni potřebují vědět, že předtím, než došlo k tomu onemocnění, on třeba jezdil na kole, chodil do práce, byl nějak společensky aktivní.“(SP)

Společná setkávání také mohou motivovat obě strany k tomu, že mezi nimi dle potřeby dojde i ke komunikaci na individuální úrovni, tzn. otevře se větší prostor domluvám či spolupráci mezi konkrétním sociálním pracovníkem a konkrétním posudkovým lékařem.

„My jednou dvakrát do roka s nima máme i sezení, abysme si vyjasnili nějaký, teď zrovna nedávno jsme měli, protože s těma průkazama, jak byla ta, ten zmatek nad zmatek, tak vždycky tak jednou, dvakrát do roka s nima máme sezení, takže tam si řeknem, co nás jako tak jako pálí, co potřebujem, co potřebují oni, co, co by se třeba líbilo nám, ale většinou my s nima spolupracujeme, takže my většinou, když jsou nějaký problémy, tak je řešíme okamžitě, hned telefonem, jo. A většinou to i vyřešíme.“(SP)

Dle sdělení posudkových lékařů a sociálních pracovníků KoP v některých správních obvodech příležitostné společné schůzky probíhají. Z některých výroků posudkových lékařů i sociálních pracovníků se zdá, že obecně se k tomuto modelu komunikace přiklání (s limitem daným pracovním vytížením). Předmětem někdy bývá obsah záznamu ze sociálního šetření, případně ladění administrativních postupů v návaznosti na legislativní změny ve společných agendách, nicméně přesný účel a benefity, které by od takových setkávání očekávali, však explicitně neformulovali. Bylo ale zřejmé, že se nejedná o „případová“ setkání, potenciál těchto setkání ve snaze objektivizovat situaci konkrétního žadatele prostřednictvím zhodnocení předložených podkladů tak zůstává v současné době nevyužit.

Z rozhovorů ze sociálními pracovníky je patrné, že společná setkávání, pokud k nim dochází, včetně těch spíše metodických, vlastně nejsou pokaždé vedena myšlenkou multidisciplinarity – tzn. že v podstatě nejde o to, aby jednotlivé disciplíny pracovaly každá ze své základny a v rámci metodologie svého oboru a pak vedle sebe položily dva výstupy, ale jde spíše o to, aby byl medicínský pohled posílen od začátku, tzn. ta část práce sociálního pracovníka, která je nad rámec toho, co je PI ochoten pojmout, je předem vyloučena. Jinak řečeno, v praxi nejen že nejde často o víceoborovou spolupráci pod vedením jednoho z oborů, ale jde o potlačení vlivu jednoho z oborů.

„zrovna minulý týden jsme byli v rámci krajské pobočky, bylo školení pro DOZP a příspěvek na péči a na jednu část tam dorazil metodik z lékařské posudkové služby, a tam se ukázalo, jak jsou rozpory. My máme prostě stanoveny, co musíme zpracovat do toho záznamu ze sociálního šetření, a bylo zjištěno, že..., lékařskou posudkovou službou, že půlka věcí, co my tam píšeme, je vůbec nezajímá a jako úplně je až obtěžuje to číst, jo. Takže tam mi přijde, že asi zvážít, co je opravdu důležitý konkrétně pro příspěvek na péči, kde zas až tak se neřeší nějaká rodinná situace (...) tam bylo uváděno, že třeba sociální situace toho člověka je naprosto nezajímá a obtěžuje je to číst vůbec, jo. Nevím jestli..., byl to teda tuším hlavní metodik, krajský, té lékařské posudkové služby, takže asi snad věděl, o čem mluví. A taky mě překvapilo, že teda tam..., nebo tam popisujeme různě prostředí a popis té domácnosti a on prostě říkal, že to je pro ně nadbytečné, že oni, když to stejně nemají v lékařské zprávě.“ (SP)

Organizace předávání informací

Stávající organizace předávání informací je spíše odosobněná, informace se předávají, případně se komunikuje přes datové schránky, asistenty atd. Sociální pracovníci nemají často ani představu, u koho přesně informace skončí, např. kdo z posudkových lékařů záznam ze sociálního šetření dostane a případ bude posuzovat.

„My, když pošleme datovou schránkou na LPSku tu žádost, ty asistentky to z té datové schránky, jim to ta pošta, ten systém, každá ta organizace má systém nějaké té podatelny, oni to dostanou a přidělí těm posudkovým lékařům. Já mám dojem, že jedna posudkárka dělá vyloženě děti. Ale to jsou potom, my tady máme potom takové externí ty posudkové lékaře. Oni ty posudky dělají třeba doma a tady v té kanceláři jsou třeba jednou za týden. Takže v pondělí je tam jedna, ve středu je tam jiná, ve čtvrtek je tam jiná.“ (SP)

Sociální pracovníci a posudkoví lékaři se navzájem neznají, většinou se nikdy neviděli a mnohdy na sebe ani nemají přímý kontakt, například telefonický.

„To nemáme. My máme jenom na sekretariát na sekretářku, která jim vyřizuje právě jakoby tu administrativu k těm žádostem. Na posudkového lékaře nelze zjistit číslo. Nedostupný jsou.“ (SPXXIII)

Lokalita od lokality se také liší praxe posuzování posudků, tzn. zda je podepsán lékař, který konkrétně posouzení prováděl či nikoliv. Většinou však sociální pracovníci uváděli, že ať již tam jméno lékaře naleznou či nikoliv, kontakt mají většinou pouze na referentku, jejímž prostřednictvím případné nesrovnalosti, obvykle však jen administrativní povahy, řeší.

„Ne, u nás je napsáno, že vyřizuje tu administrativu, která ta osoba, takže my více méně kontaktujeme tu osobu, která toho lékaře doplňuje, která to všechno dělá, a když je nějaký problém, tak se stane, že buď volá ta osoba, nebo přímo ten lékař, že si potřebuje něco ujasnit, ale vždy je podepsaný lékař.“ (SP)

„Aspoň kdybychom měli k těm posudkářům užší vazbu, užší kontakt. Bylo by možné to s nima třeba konzultovat. Takhle my s tím posudkářem vůbec o něm nic nevíme, ten posudek, tam je zase vesměs uvedeno to jméno té referentky administrativní, která ten posudek zpracovává, takže když je nějaký problém, tak se obracíme na ni, ta zase to referuje zvlášť tomu lékaři, takže my s nimi do styku skoro vůbec nepřijdeme.“ (SP)

Rovněž neexistuje žádné „zastřešení“ informačním systémem. To znamená, že posudkoví lékaři a sociální pracovníci nemají k dispozici vzájemně prostupný informační systém, kde by mohli alespoň část informací sdílet, případně společně podklady pro posouzení doplnit, doladit atd.

„T: Toto Vy pak zanesete do toho systému nebo oni?“

R: Jo.

T: Čili oni do toho Vašeho systému vlastně vůbec nevstupují?

R: Ne, oni vůbec do našeho a my do jejich taky ne. A oni to nevidí ani my jejich taky ne.“ (SP)

III.3.3.3. Interakční podmínky

Profesní respekt

Profesní respekt posudkových lékařů vůči sociálním pracovníkům agentury PnP se může projevovat zejména ochotou akceptovat to, jak sociální pracovník vnímá a hodnotí situaci žadatele z perspektivy své profese a jak s ohledem na to, že navštěvuje žadatele v jejich přirozeném prostředí, vnímají a v záznamu ze sociálního šetření prezentují situaci a stav žadatele. Z hlediska zkušeností, o kterých sociální pracovníci hovořili, jde spíše o okrajový jev, kdy by posudkový lékař vůči sociálnímu pracovníkovi vystupoval takovýmto způsobem, který by byl zároveň projevem respektu k druhému oboru a tak snahou dosáhnout vzájemně komplementárního pohledu na situaci žadatele a na tom založit posouzení stupně závislosti.

„ U jedné paní jsem popsala situaci tak, že ona nikdy k lékaři by dobrovolně nešla, neměla ani zubní náhradu, neměla brýle, brýle používala po manželovi, na psychiatrii by v životě nešla, to by nebylo možné. Paní prostě uvedla při šetření, že chce dožít, chce mít klid a chce, aby se rodina o ni postarala. (...) Takže tam třeba posudkové lékařce stačil jenom tady ten popis, že paní nikdy nebyla zvyklá navštěvovat lékaře, paní to odmítá a chce v klidu dožít, že ten její zdravotní stav je takový, že opatrovnu chce být v klidu a chce si ten život dožít. A nebylo vhodné to vyšetření. Takže tam mi to ta posudková lékařka takhle uznala tady s tím odůvodněním.“ (SP)

Sebereflexe posudkových lékařů ohledně vlastních limitů při posuzování stupně závislosti

Pokud si posudkový lékař uvědomuje, že může být v některých případech ovlivněn vlastními předsudky či stereotypy, vlastními životními zkušenostmi, či že není expert na všechny posuzované zdravotní stavy, že nemusí být obeznámen s tím, co obnášejí či mohou obnášet některé Dg., může i toto být faktorem, který ho vede k tomu, aby využíval sociální šetření jako relevantní zdroj informací, případně jako impuls k dojištění či verifikaci určitých informací.

„My jsme podjatý všichni, de facto, někdy. Takže já někdy, když už nevím, ty psychiatrický lidi, protože fakt nevíte. Zda je to hysterka, většinou ženský, nebo je to pravda, tak si posílám nezávisle potom je vyšetřit. A už se mi stalo, že psycholožka několikrát mě přesvědčila, nezávislá, která taky není zaujatá, pro ně. Ale našla to tam. Tak to tam dám. Takhle to tam je.“ (PL)

„A nevíte, teďka jsou diagnózy, které běžně neposuzujete, a vyskytne se vám jeden člověk a teďka potřebujete hledat články. Takže nám tady námitková doktorka vždycky, abyste nemuseli hledat, mám

jednu zajímavou diagnózu, připravila jsem vám dokumentaci o tom. A takhle to mám poschováváný a vždycky to někdy vytáhnu, protože nemůžu umět celou medicínu.“ (PL)

Pochybnosti o odbornosti sociálních pracovníků

Na ochotě posudkových lékařů ke komunikaci a spolupráci se sociálními pracovníky se velmi často projevovaly postoje posudkových lékařů vůči sociálním pracovníkům a oboru sociální práce, které jim bránily v plné šíři se zabývat výstupem ze sociálního šetření, případně se sociálním pracovníkem konzultovat, vést s ním partnerskou komunikaci atd. Posudkoví lékaři měli sklon domnívat se, že provádění sociálního šetření není dostatečně odborná činnost. K tomu je třeba dodat, že takto bylo dle našich poznatků sociální šetření vnímáno na samotných kontaktních pracovištích ÚP. To se může projevat např. názorem, že zákonem požadované vzdělání sociálního pracovníka je zbytečné. Jak vyplývá ale z našeho výzkumu, nekvalifikované provedení sociálního šetření přináší výsledky často nevyužitelné ani pro posudkové lékaře, natož pak pro zprostředkování další pomoci.

Dále bylo možné u posudkových lékařů zaznamenat tendenci nevnímat sociální pracovníky jako profesionály a nepřiznávat jim erudici. Na sociálního pracovníka pohlíží posudkoví lékaři nezdědka jako na laika, což představuje další faktor, který posudkovým lékařům brání akceptovat výstupy ze sociálního šetření jako relevantní.

„ Já bych asi, v tomhle případě, chtěla nějaký další psychiatrický nález, i když bych si myslela, že tenhle nález je docela čerstvě, protože je to v červenci, sociální šetření bylo za tři neděle, tak bych to zase brala, že pouze na ten první stupeň, protože tady, na rozdíl od toho obvodáka, psychiatrický nález je docela pečlivý, jednak je tady ten psychický stav, jak to vypadá, i tady je jak se pohybuje, co všechno si může udělat, co si nemůže udělat, myslím si, že tímhle způsobem by měl být zajištěný takový pohled ze dvou stran. Tohle laického sociálního pracovníka na to, co ten člověk může a nemůže, a pohled odborníka, který my jako posudkáři musíme pak skládat dohromady.“ (PL)

„A já si nemyslím, že to je chyba sociálních pracovníků.(...) ona nemá zdravotní dokumentaci a ona neumí vyvodit, co by ten člověk dle toho měl anebo neměl zvládat. (...). To by tam musel být lékař, aby to věděl, jak má směřovat diagnostiku.“ (PL)

Část posudkových lékařů také zpochybňovala věrohodnost výstupu ze sociálního šetření s tím, že podle jejich názoru nejsou sociální pracovníci agendy PnpP nezávislí a některé skutečnosti mohou být do záznamu ze sociálního šetření sociálním pracovníkem uvedeny pod tlakem, či pod vlivem obav z případné agresivní reakce klienta.

III.4. Shrnutí – parametry současné spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem z hlediska charakteristik multidisciplinárního typu spolupráce

V předchozích částech byla s využitím některých teoretických konceptů víceoborové spolupráce a klasifikace typů podmínek spolupráce rozebrána spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky z jejich vlastního hlediska, tzn. jakým způsobem tuto oblast sami vnímají, jaké mají

zkušenosti a jak je popisují, z jakých názorů a východisek v této oblasti vycházejí a v jaké podmínky tvoří kontext i mantinely této spolupráce.

Z hlediska základních výše popsaných typů víceoborové spolupráce, tedy „multidisciplinarita“, „interdisciplinarita“ a „transdisciplinarita“ má spolupráce posudkového lékaře a sociálního pracovníka jednoznačně nejbližší k „multidisciplinaritě“, nicméně v řadě parametrů se od tohoto modelu reálná praxe spolupráce sociálního pracovníka a posudkového lékaře odchyluje. Částečně tomu tak bude zřejmě i z toho důvodu, že současná právní úprava netvoří dostatečně pevný a jasný rámec pro multidisciplinaritu v posudkové praxi, nicméně není to důvod jediný. Řadu identifikovaných rysů spolupráce či nespolečné spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem a způsobů, jakými se k sobě vztahují, lze spíše přičíst interpretaci právního rámce, zavedeným zvyklostem v posudkové praxi, určitým vzájemným předpoklady, zažitým představám o vlastní roli a roli druhé profese v posudkové praxi atd.

Na základě našich dat se jeví, že alespoň z hlediska pracovníků zkoumaných pracovišť (viz výše kap. o metodologii), sice převažuje model, kdy spolupráce je minimální či k ní téměř nedochází, nebo se týká spíše formálních a administrativních náležitostí žádosti o PnP a jejího vyřizování, avšak i v našem souboru se objevily výjimky, případy a zkušenosti, které mají nakročeno k příkladům dobré praxe spolupráce, či dokonce v několika případech hovořili např. sociální pracovníci o tom, že určitá forma spolupráce s posudkovými lékaři i v oblasti meritorní, tzn. týkající se přímo otázek posouzení stupně závislosti v daných případech, nikoliv jen formalit, je součástí jejich práce a praxe. Znamená to tedy, že byť je rovnocenná spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem jako součást praxe uskutečňována jen v ojedinělých případech, systémové podmínky takové spolupráci zřejmě zásadně nebrání – pokud by tomu tak bylo, nebylo by zřejmě možné ji uskutečňovat vůbec. Jinak řečeno, stávající systémové podmínky vzájemnou spolupráci nepodporují ani ji explicitně nevyžadují a neupravují, nicméně nejsou přímou překážkou jejího uplatňování. To znamená nebrání (ale ani přímo nepodporují či nenařizují) vytvoření takových organizačních podmínek, které by spolupráci mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři facilitovaly. Na druhou stranu by zřejmě neměl být podceňován vliv interakčních podmínek, které na konečnou míru a podobu spolupráce mohou mít větší vliv než zdánlivě „robustnější“ podmínky systémové, a mohou se promítat i do toho, jakým způsobem se nakonec ustálí některé z organizačních podmínek spolupráce (např. zda budou sociální pracovníci komunikovat přímo či skrze asistentky, apod.).

V následující tabulce se vracíme v teoretickém rámci k vymezeným parametrům modelu multidisciplinární spolupráce a v kostce je srovnáváme s těmi charakteristikami spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři, k nimž jsme dospěli a které jsme výše popsali na základě sekundární analýzy rozhovorů s těmito aktéry.

Tab. č. 2. Nastavení současné posudkové praxe vzhledem k vybraným charakteristikám multidisciplinárního typu víceoborové spolupráce

Multidisciplinarita	Identifikované rysy stávající praxe spolupráce mezi sociálními pracovníky agentury PnP a posudkovými lékaři
---------------------	---

Práce <u>za účasti</u> více disciplín	<ul style="list-style-type: none"> posuzování příspěvku na péči de jure vyžaduje účast dvou disciplín, a to sociální práce a posudkové medicíny. Bez zákonem stanoveného okruhu činností, které v rámci řízení o příspěvek na péči musí sociální pracovníci a posudkoví lékaři vykonat, nelze řízení o PnP dokončit a rozhodnutí vydat jakým způsobem má de facto tato účast více disciplín v praxi probíhat není zákonem ani jinými právními předpisy podrobněji upraveno. Na naplnění zákona stačí minimální spolupráce v podobě předávání stanoveného okruhu informací.
Příslušníci různých oborů pracují nezávisle na různých aspektech „projektu“, pracují paralelně nebo návazně.	<ul style="list-style-type: none"> v tomto případě pracují spíše <u>návazně</u>, tzn. nejdříve sociální pracovník vykoná sociální šetření, posudkový lékař, předá všechny potřebné podklady posudkovému lékaři, ten zajistí medicínskou část dokumentace, určí stupeň závislosti a posudkový závěr zašle zpět sociálnímu pracovníkovi <u>paralelní způsob (spolu)</u> práce <u>není</u> nikde formálně <u>zakotven</u> ani pro něj nejsou vytvořeny vhodné organizační podmínky – tzn. není k dispozici platforma, na které by byli sociální pracovníci a posudkoví lékaři mohli průběžně sdílet informace potřebné pro paralelní spolupráci (např. vhodný IS); nejsou ustaveny komunikační kanály, které by paralelní spolupráci umožňovaly; není stanoveno, v jakých případech/situacích/u jakého typu problémů je paralelní situace vhodná či žádoucí; nejsou ustanoveny modely paralelní spolupráce, nejsou pro ni ustaveny potřebné systémové, organizační ani interakční podmínky (viz výše) – tzn. jak konkrétně by měla probíhat, kdo by ji měl iniciovat, co by mělo být výsledkem atd.; pro paralelní spolupráci pravděpodobně chybí na řadě, možná většině pracovišť i interakční podmínky (viz výše), zejm. vzájemný profesní respekt, podmínky rovnocenné spolupráce; atd. Tzn.: případy paralelní spolupráce, či pokusy o paralelní spolupráci, tzn. snaha řešit nějaký případ spolu, byly v našem výzkumu zachyceny, ale nebyla to systémové záležitost, ale ojedinělá a častí i nahodilá (tzn. ne vždy na pracovišti, kde k takové spolupráci došlo, toto bylo pravidlem) a záležela na osobním přístupu a osobních postojích jak daného sociálního pracovníka tak především příslušného posudkového lékaře. na příkladu těchto ojedinělých případů paralelního řešení problému a dále na základě analýzy případů disabilit, které se mohou v rámci návazné spolupráce jevit jako obtížné či zbytečně zdlouhavě řešitelné (viz níže) lze demonstrovat, že <u>paralelní způsob spolupráce mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem by bylo vhodné institucionalizovat</u> <u>absence institucionalizovaného paralelního způsobu spolupráce</u> posudkových lékařů a sociálních pracovníků může řízení v některých případech prodlužovat (např. opakované podávání námitek), případně přispívat k celkovému zahlcování agendy PnP a <u>zvyšování pracovní zátěže</u> (odvolání, opakované žádosti, okamžitě podávané žádosti o zvýšení příspěvku atd.).
Individuální cíle v rámci jednotlivých oborů či profesí	<ul style="list-style-type: none"> sociální pracovníci i posudkový lékař sledují jen dílčí cíle instrumentální a administrativní povahy (dodržet lhůty, dodat správné podklady, mít v pořádku formální náležitosti), často implicitní – tzn. i

	v rámci každého ze zúčastněných oborů chybí explicitně definovaný cíl, který by byl odvozen od účelu příspěvku na péči . (viz výše o cílech)
Účastníci mají oddělené ale vzájemně propojené role <i>A nebo :</i> Účastníci si udržují vlastní oborové role	<ul style="list-style-type: none"> oba zúčastněné obory si udržují vlastní oborové role, pracují v hranicích vlastního oboru a k propojení v podstatě nedochází. Z výsledků analýzy rozhovorů se jeví, že zejm. posudkové lékaři jsou velmi citliví na to, co považují za narušení vlastní role sociálním pracovníkem (tzn. pokud dle jejich názoru sociální pracovník vstupuje na pole medicíny); pokud k určitému „propojení“ pohledů a rolí obou odborností dochází, děje se tak na poli medicíny, resp. snahou sociálních pracovníků přimět zejm. způsobem záznamu ze sociálního šetření opatrně „expandovat“ do teritoria posudkového lékaře a snažit se dosáhnout toho, aby lékař ze své pozice k některým věcem přihlédl (viz výše o charakteru komunikace a držení/překračování rolí)
Nezpochybňuje hranice oborů	<ul style="list-style-type: none"> posudkoví lékaři mají tendenci omezovat vliv oboru sociální práce na celkový výsledek posouzení tím, že určují, co má být pro sociálního pracovníka relevantní, případně z toho, co považuje sociální pracovník za relevantní filtrují to, co jsou ochotní akceptovat – tzn. <u>obrana vlastní role a zužování role druhého ze zúčastněných oborů</u>
Souhrn, juxtapozice oborů	<ul style="list-style-type: none"> v současné posudkové praxi nelze výstup chápat ani jako souhrn poznatků více oborů ani jako juxtapozici, tzn. položení poznatků medicíny a sociální práce vedle sebe – k tomu dochází pravděpodobně jen formálně, reálně se praxe jeví tak, že posudkový lékař se sociálním šetřením pracuje nesystematicky a nahodile, případně jen pro formu.
Aditivní, interaktivní, spolupracující	<ul style="list-style-type: none"> viz předchozí bod. V současné době není právně zakotveno ani jinak (např. metodicky) upraveno, jaký význam a jakou váhu má mít výstup ze sociálního šetření, tzn. jakým způsobem mají poznatky ze sociálního šetření ovlivnit či se promítnout do závěru posudkového lékaře. K interakci mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem/ mezi poznatky jednotlivých oborů ve fázi přípravy a vydání závěru posudkového lékaře obvykle nedochází, tento krok ve většině případů není doprovázen oborovou spoluprací. K tomu, že výsledek práce posudkového lékaře a sociálního pracovníka obvykle nemají „aditivní charakter“ ve smyslu, že každý obor k celkovému obrazu stavu a funkčních schopností žadatele dodává své, <u>přispívá nesourodost a nejednotnost jednotlivých podkladů – tzn. ani sociální šetření ani podklady od ošetřujícího lékaře</u> nejsou obsahem a strukturou dostatečně přizpůsobeny posudkovým kritériím, podle nichž je stanoven stupeň závislosti – tzn. <u>z hlediska případné interakce poznatků jednotlivých odborností</u> a aditivní povahy víceoborové spolupráce je <u>stávající posudková praxe velmi netransparentní</u>.
Graficky dva kruhy vedle sebe	<ul style="list-style-type: none"> spíše dva kruhy velmi nestejně velikosti, jež v některých případech soupeří o prostor, případně jdou proti sobě
Externí koherence	<ul style="list-style-type: none"> v současné posudkové praxi se vnější i vnitřní soudržnosti právě kvůli nedostatku spolupráce a nedostatečné komunikaci různých perspektiv dosahuje velmi obtížně. To znamená, že jednak je poměrně běžný nesoulad mezi závěrem posudkového lékaře a tím, jak se situace a stav žadatele jeví z hlediska sociálního pracovníka a dále se často výsledné posouzení stupně závislosti nejeví jako smysluplné a v souladu se

	reálným zdravotním stavem a jeho funkčními dopady a rozsahem různých forem péče, které žadatele potřebuje /viz níže k variabilitě zdravotních stavů/
Oddělené metodologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>metodické vedení je roztržštěné</u> i v rámci jednotlivých zúčastněných oborů ▪ sociální pracovníci a posudkoví lékaři nemají jasnou představu o metodickém vedení druhého oboru ▪ sociální pracovníci jsou někdy metodicky vedeni i ze strany LPS /rovněž ne vždy jednotně/, což se ale týká spíše jednotlivostí ve formulacích či struktuře záznamu ze sociálního šetření, či uvedení do toho, co posudkový lékař z perspektivy svého oboru považuje od sociálního pracovníka za relevantní
Instrumentální; využívá komplementární znalosti a perspektivy při řešení otázky	<ul style="list-style-type: none"> ▪ při určování stupně <u>závislosti není pohled oboru sociální práce a odbornost sociální práce vnímána jako komplementární</u>; posudkoví lékaři mají tendenci nepohlížet na sociální práci jako na odbornost, nevnímat sociální pracovníky jako odborníky v dané oblasti a poznatky sociálních pracovníků o situaci žadatele často označují za příliš subjektivní a málo spolehlivé (viz podrobněji interakční podmínky)
Výsledek je sumou jednotlivých částí	<ul style="list-style-type: none"> ▪ v současné době není a ani pro takový výsledek není opora v zákoně, v posudkových kritériích, v podílu jednotlivých oborů na konečném výstupu atd. Výsledek se většinou zakládá na diagnóze/diagnózách a vliv jednotlivých informací na konečný závěr posudkového lékaře nelze rozpoznat.

Ze shrnutí hlavních parametrů posudkové praxe v tab. č. 2. vyplývá, že současná právní úprava i další podmínky posudkové praxe směřují k multidisciplinárnímu typu spolupráce, i když spolupráce spíše limitované a soustředěné především na spíše jednostranné předávání informací. Nicméně ani tento potenciál tohoto omezeného pojetí spolupráce zúčastněných odborností není ve výsledku využit, a to zejména v tom, že bez ohledu na to, jak pečlivou práci sociální pracovník odvede, není garantováno, že bude výstup ze sociálního šetření využit jako plnohodnotný vstup pro práci a závěr posudkového lékaře a sociální pracovník navíc nemá zpětnou vazbu nad tím, co, v jakém rozsahu a jakým způsobem je při posouzení stupně závislosti zohledněno. Spíše formální než reálná spolupráce těchto dvou odborností, tedy sociální práce a posudkového lékařství, může být v z širšího hlediska ale zdrojem neefektivity a komplikací. Jak již bylo zmíněno v tabulce, čas a úsilí aktérů, které nevydají na vzájemnou bližší spolupráci, jsou často nuceni věnovat námitkám, odvolání, opakovaným žádostem. Jinými slovy, pokud má nejen žadatel, ale velmi i sociální pracovník pocit, že při posuzování stupně závislosti nebyly posudkovým lékařem zohledněny všechny důležité skutečnosti, dochází na tyto prostředky – např. v našem souboru téměř všichni sociální pracovníci sdělovali, že vzhledem k tomu, že nemají možnost rozhodnutí posudkového lékaře ovlivnit, ani o něm s posudkovým lékařem diskutovat, případně s ním dojít ke shodnému pohledu na danou žádost, běžně svým klientům radí, aby požádali znovu, či v brzké době podali žádost o zvýšení příspěvku na péči.

III. 5. Posudková praxe vzhledem k variabilitě zdravotních stavů a jejich dopadů na funkční potenciál žadatele

Nedostatek či nenaplnění potenciálu multioborové spolupráce v konečném důsledku poškozuje a ohrožuje především žadatele o příspěvek na péči a jejich pečující osoby, tím, že je zatěžuje nutností zabývat se právními a administrativními věcmi, zdlouhavě a opakovaně jednat s úřady, vyhledávat další pomoc s vyřizováním žádosti atd. Může to být i tím, že v rámci řízení o příspěvek na péči se často ze žadatele hlavních aktérů, tedy posudkových lékařů ale běžně i sociálních pracovníků, vytrácí hlavní účel celého řízení a dávky, o níž jde, tedy poskytnout člověku závislému na péči zdroje nezbytné pro zajištění této péče. Vzhledem k tomu, že stávající posudková praxe – tzn. všechny postupy a činnosti, které vedou k určení stupně závislosti – jsou koncipovány jako jednotné pro různé typy disabilit a zároveň je tento jednotný rámec posuzování uplatňován většinou velmi rutinně, řada věcí je prováděna spíše administrativně, důraz je kladen na proceduru, a mnoho důležitých specifik situace jednotlivých žadatelů může být přehlédnuto, podceněno, nedostatečně zohledněno, atd.

Z výpovědí sociálních pracovníků bylo možné identifikovat určitý okruh situací či zdravotních potíží a omezení, které sociální pracovníci považují z hlediska stávající posudkové praxe za obtížné, složité na provedení sociálního šetření např. v tom ohledu, jak závěr sociálního šetření zformulovat tak, aby se posudkový lékař zabýval všemi dle sociálního pracovníka důležitými okolnostmi životní situace žadatele, případně jsou to situace a zdravotní potíže, které by dle sociálního pracovníka vyžadovaly užší spolupráci mezi jím a posudkovým lékařem. Většinou se tedy jedná o situace či typy situací žadatelů, kdy se sociální pracovník nedokázal s pohledem a závěrem posudkového lékaře ztotožnit, měl pro to své důvody, ale neměl či nemá příležitost v takových situacích své argumenty a svůj náhled na situaci žadatele s posudkovým lékařem diskutovat. Problémy v oblasti posuzování různého typu zdravotních stavů, získávání informací se z pohledu sociálních pracovníků týkají hlavně:

▪ některých typů zdravotních potíží:

- duševní onemocnění - mezi zkoumanými sociálními pracovníky se velmi často objevoval názor, že posudková kritéria, která tvoří rámec posuzování stupně závislosti a způsob jejich aplikace posudkovými lékaři není adekvátní pro osoby s duševním onemocněním. Stávající způsob posuzování životní situace klienta v rámci sociálního šetření (vyjádřeno 10-ti položkami) nemá dle řady dotázaných potenciál dostatečně vyjádřit potřeby klienta a pro následné stanovení stupně závislosti se jeví jako nedostačující.

„Já si myslím, že tam by opravdu jako těch bodů mělo být víc, ne jenom těch deset.“(SP)

V této souvislosti byla nejčastěji zmiňována problematika klientů s duševním onemocněním – zejm. to, že posuzovaná kritéria akcentují potřeby spojené s mobilitou, orientací, zajištěním péče o vlastní osobu, hygienou apod. Nejsou tedy vhodně nastavena pro osoby s duševním onemocněním, kde nejvýznamnějším aspektem životní situace je potřeba dohledu (nad medikací) a osobní asistence (zprostředkování kontaktu s okolím, pomoc s vyřizováním záležitostí, podpora při komunikaci s institucemi apod.). Posuzování je momentální stav, kdy klient využívá péči, nikoli potenciální ohrožení. Lidé s duševním onemocněním pak systémem snadno „propadávají“, tedy buď se na příspěvek na péči vůbec nekvalifikují, nebo získají jen nižší stupně závislosti, nejčastěji první stupeň.

„Tady ti psychiatrický pacienti, to je opravdu extrém. Protože ta péče je náročná, hodně náročná, vyžaduje celodenní dohled, což u některých zdravotních postižení tak víte, v kterém čase, jak toho člověka... já nevím, kdy probíhá mytí, kdy je potřeba mu nachystat jídlo, a podobně, tak tam máte dané časové intervaly, kdy víte, že ta péče bude probíhat. U toho psychiatrického pacienta prostě nevíte a ten dohled tam musí být trvalý a ta péče, je to náročnější. Takže tam je to ten zásadní problém. Ta skupina těch klientů se absolutně vymyká.“

Tak já si myslím, že problémy jsou s tím duševním onemocněním. Protože je i rozdíl, pokud ty příbuzní omezí způsobilost anebo pokud ji neomezí, u schizofreniků. Tak tam si myslím...Schizofrenik s omezenou způsobilostí mívá většinou dvojku, schizofrenik bez opatrovníka mívá jedničku.(SP IX)

Sociální pracovníci si přitom uvědomují, že péče o člověka s psychiatrickou diagnózou je dlouhodobě velmi náročná, a že dohledová složka péče musí být u mnoha žadatelů o PnP nezbytně poskytována i v obdobích, kdy tento žadatel s duševním onemocněním vykazuje zlepšení stavu. To, že lidé s duševním onemocněním s žádostí o příspěvek na péči často neuspějí, pak sociální pracovníci vnímají jako výsledek řízení o PnP naprosto neúměrný zdravotnímu stavu a celkové životní situaci těchto žadatelů.

„Psychiatrický, psychický problémy, který jsou, tak ty se těžko nějakým způsobem hodnotí. Ale kdy jsme u toho, včera jsme byli taky u pána, byl úplně, úplně... Jedenáct let je na psychofarmakách, ta paní si žádá až teď pro pána, úplně vyřízená, za ty léta vycucaná, jo. Je to hrozný potom s takovými lidmi.“

Ve spojení s posuzování stupně závislosti u lidí s duševním onemocněním také sociální pracovníci nejčastěji vyjadřovali pocit, že obvyklé podklady nejsou dostatečné, a to ani jejich sociální šetření ani lékařská dokumentace poskytnutá ošetřujícím lékařem. Ze samotné povahy tohoto typu zdravotních omezení plyne, že žadatel není s to reálně odhadnout vlastní omezení a často je míra závažnosti onemocnění těžko určitelná i pro okolí žadatele – např. žadatel nemusí odhadnout, že potřebuje navštívit ošetřujícího lékaře, případně může mít potíže návštěvu lékaře absolvovat atd.

„... a samozřejmě, že jsou problémy, když třeba ty lidi s tím duševním onemocněním nechtějí chodit k doktorovi, nezvládají to, není tam prostě... pak ten lékař nemá podle čeho posuzovat. A nevím, jak ti obvodní lékaři, ale myslím si, že oni jsou taky docela zahlcený a jako jsou lékaři, o kterých je teda vyloženě známo, že teda odsouvají, dělají to dlouho nebo to ani není tak propracovaný. A odborný lékař vám domů ani většinou nepřijde“. (SP).

„Akorát teda pán, který má 20 let maniodepresivní psychózu, docela ten stav je závažný, a tam jsem musela popisovat, jak probíhá... ty fáze v tý mánii a v tý depresi, takže to odlišit.

(...) A pak u té pečující osoby si zjišťuju, jak to v té domácnosti probíhá, když ten pán je v mánii nebo depresi. Prostě v každém tom stavu on zvládá trošku něco jiného a jiným způsobem. Vždycky se snažím detailním způsobem popsat tu situaci, aby ten posudkový lékař si o tom udělal obrázek a posoudil toho člověka, tak asi tak, jak to odpovídá. (SP)“

▪ rannější fáze demencí

Obdobná situace je také u klientů v ranějších fázích demence, kdy se jako jediné omezení jeví zhoršená orientace a stav klienta není posuzován v kontextu péče poskytované v pobytové službě, která je komplexní a zahrnuje také pomoc v dalších oblastech potřeb (hygiena, zhoršující se mobilita), tzn. (příznivý) stav klienta je ovlivněn působením této intervence, přičemž toto není zohledněno. Podobné postupy se dotýkají také posuzování situace klientů se smyslovým postižením, zvláště pokud bylo získáno ve vyšším věku a adaptace klienta na postižení je pomalá a limitovaná. Péče poskytovaná pobytovým zařízením pak musí být nastavena vzhledem k potřebám klienta, bez ohledu na to, jestli byly rozpoznány v rámci sociálního šetření pro PnP anebo zhodnoceny posudkovým lékařem jako významné pro snížení soběstačnosti.

„Samozřejmě demence, tam už je ta péče samozřejmě vyšší, tam by ten člověk opravdu nemohl být sám doma, protože by si mohl ublížit, nebo by se mohlo něco stát. Mohlo by být nějaké nebezpečí, třeba úrazu, nebo zapálení něčeho, nebo prostě že se ztratí, že někde odejde z domu, takže tam už jako ta rizika jsou vyšší. A zrovna u té schizofrenie konkrétně, nebo u těch alkoholových demencí, jo, tam jsou příspěvky, to mají uživatelé osm set korun, opravdu první stupeň, ale my vlastně tím, že jim tady tu péči poskytujeme, tak jim dáváme mnohé i víc. Jako že by ty stupně, nebo ta kritéria toho posuzování měla být jinak nastavena.“ (SP DpS)

„Máme demenci i s Alzheimerem, máme jednoho pána, který prostě už si opětovně žádá a pokaždé dostane jen ten první stupeň. Jo, jenže ten pán není prostě schopen se už o sebe postarat. (...) Takže právě myslím, že třeba ti lidé s tou demencí, to je jedna skupina, která prostě na ten příspěvek tak jako trošku nedosahuje, jo. My jsme tady měli i jiného pána, ten také byl vlastně diagnostikován s Alzheimerem a interní nemoc a ten nedostal nic. A už je po smrti.“ (SP PS)

„Ale opravdu takový ty, tydle hraniční, jo, a kdy ta demence je, ještě není jakoby tolik navenek vidět, jo, tak to jsou opravdu složité šetření. Anebo u těchhle psychiatrických diagnóz.“ (S)

▪ Nemoci, kde hrozí nebezpečí akutních stavů/situací

Dalším typem diagnóz, kde je dle sociálních pracovníků často podceňován význam a rozsah potřebného dohledu, jsou nemoci, u nichž hrozí riziko rychlého rozvoje akutního stavu, a to zejména u dětí. V tomto případě je často obtížné vystihnout stav žadatele a rozsah potřebné péče a dohledu pomocí kategorií, které tvoří posudková kritéria.

„A ona s tím v podstatě třeba s tím diabetem částečně u těch dětí souvisí i mobilita. Ony samozřejmě jsou fyzicky ty děti naprosto v pořádku, ale mají omezení. Může vám to dítě jít někde do hypa, omdlít, jestli teda tu hladinu cukru... jestli je to dítě stabilizovaný, nestabilizovaný, inzulinový pumpy mají třeba ty dětičky nestabilizovaný a tak podobně. Jaký mají omezení v tom běžném životě, ve škole... I na kroužky se ptám, na zájmy, co třeba dítě dělalo před nemocí a najednou to dělat nemůže...“(SP)

▪ faktická úplná bezmocnost navzdory zachovaným dílčím schopnostem v určitých oblastech

Dalším typem zdravotních omezení jsou nemoci a typy zdravotních postižení, které sice ponechávají žadateli určitý rozsah zachovaných schopností, ale to ve skutečnosti nesnižuje potřebu neustálé a intenzivní péče a reálnou úplnou odkázanost na péči jiné osoby to nijak neumenšuje. Sociální pracovníci se kloní k názoru, že v tomto ohledu je oblast zvládání základních životních potřeb posudkovými lékaři interpretována příliš striktně, úzce bez ohledu na celkový kontext životní situace a míry zdravotního omezení daného žadatele.

„Máme takovej případ, zrovna včera jsme tam byli na šetření - holčička, která má svalovou dystrofii. Nepřiznali nám prostě čtyrku u ní - a ta prostě leží. (...) Ta maminka bojuje o každý den, jo. Ale doktorka řekne, ona komunikuje a je orientovaná. K čemu jí to je, když se v životě z té postele nezvedne, aniž by ji někdo nezved. K čemu jí to je? No, teď jí ještě udělali tracheostomii, takže, říkám, už nemůže ani mluvit, nemůže komunikovat. A to, jestli budeme brát to, že na tabletu napíše... Tak to přece není komunikace normálního člověka, ne. Jo, takže máme prostě takovýhle třecí plochy“(SP)

„T: To znamená, že kdo podle vašich zkušeností dostane čtverku?

R: Ležák, kterej se podělavá a nekomunikuje a je pořád mimo. Prostě takový, kdo už je skoro v agonii.

T: Takže ty čtverky výjimečně, jo?

R: Hm. To už prostě je ten člověk třeba myt na posteli, převáží ho, nebo vůbec vás nevnímá, je mimo. To dávají. Protože tady ona paní má dva body, tu komunikaci a tu orientaci, čili ona je orientovaná v čase, mluví s váma, takže vlastně má jenom těch 8 bodů. (...) To je díky tomu, že je to takhle, protože je orientovaná v čase a prostoru. Ale podle mě je to komplexní péče (...) To jsem tady psala. Tady píšu, jiné zjištění: zdravotní stav paní vyžaduje komplexní péči 24 hodin denně. (SP)“

▪ kolísavé stavy

Z obecnějších typů zdravotních stavů, které podle názorů sociálních pracovníků mají posudkoví lékaři sklon nahlížet bez dostatečného přihlédnutí k nárokům péče jsou případy, kdy celkový zdravotní stav žadatele či zvládání některých konkrétních oblastí výrazně kolísá a to např. v řádu dnů či týdnů. Kolísavý zdravotní stav se může vázat na řadu diagnóz či kombinaci různých diagnóz. Pokud posudkový lékař dostatečně nezohlední, že k těmto výkyvům u konkrétního

žadatele dochází, nezjišťuje podrobněji frekvenci a míru těchto výkyvů a jako výchozí stav pro posouzení stupně závislosti bere výhradně ten, kdy žadatel je schopen své životní potřeby zajistit sám a od kolísání stavu a tedy soběstačnosti odhlíží, může se dle sociálních pracovníků stát, že celková potřeba péče je velmi podhodnocena, resp. přiznaný stupeň závislosti neodpovídá tomu, do jaké míry je žadatel v dlouhodobějším časovém horizontu skutečně odkázán na pomoc jiné fyzické osoby.

„Mě právě u pána neuznali fyziologickou potřebu tím, že v jedné fázi to pán nezvládal, a v jedné ano, tak už to brali, že to není trvalý stav, že to pán zvládá. (....) Nebyl to pro posudkového lékaře stabilní nebo trvalý stav, že by to dennodenně probíhalo, ale probíhá to 3 týdny ano, 2 týdny ne, takže 3 týdny ano, že teda pán ani jednou neudrží velkou ani malou potřebu, a je na plenách a pečující osoba očišťuje a podobně, tak ta situace v té rodině je hodně náročná, a těžko pak tomu klientovi, nebo té pečující osobě vysvětlovat tady to, že by pán tohle musel mít denně.“ (SP)

▪ míra adaptace a doba potřebná na adaptaci na dané zdravotní omezení

Z vyjádření sociálních pracovníků vyplývá, že další oblast, v níž by preferovali jemnější rozlišování a podrobnější zvážení situace žadatele s větším přihlédnutím k individuálním okolnostem a dispozicím je otázka míry adaptace na daný zdravotní handicap. To se týká různých zdravotních omezení a postižení, u nichž se obecně předpokládá, že s délkou trvání může či měl by být člověk s tímto handicapem schopen se naučit zvládat větší množství konkrétních aktivit sám, postupně se danému handicapu přizpůsobit mj. i za pomoci kompenzačních pomůcek a úpravy svého prostředí a nácviku různých dovedností tak, že se jeho závislost na pomoci jiné osoby bude snižovat.

Dle sociálních pracovníků posudkoví lékaři často spojují otázku adaptace s otázkou dlouhodobosti zdravotního stavu a období zvýšené závislosti odmítají akceptovat jako důvod přiznání příspěvku na péči, protože podle jejich názoru se o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav nejedná, či není jasné, zda tento stav bude přetrvávat rok či déle. Podle názorů sociálních pracovníků tak posudkoví lékaři mají tendenci podceňovat intenzitu a délku péče v období, které vnímají jako období rehabilitace a adaptace a zbytečně přísně předjímají, že nejde o dlouhodobý stav.

„Protože ten člověk... nebo jsme k tomu tak podávali námitky jak k tomu stravování, tak k té hygieně, aby aspoň, než ten člověk se naučí s tím handicapem nějak zacházet a nějak se naučí to postižení kompenzovat, tak nějakou dobu to trvá, než se s tím sžije, a ze začátku ti klienti, jsou opravdu třeba na vozíku. Takže bych byla pro, aby ten posudek byl stanovený na rok, aby se zjistilo po zahojení pahýlu, jestli bude možná nějaká protéza nebo ne, jestli ten člověk se s tím naučí zacházet a po tom roce to přehodnotit. Ale ti posudkoví lékaři jsou speciálně tady u toho postižení striktní a posuzují to až krutě.“ (SP)

„Protože většinou po té amputaci tam probíhá rehabilitace, a tam už je stanovený nějaký termín, kdy ten člověk se musí dostavit na vyzkoušení té protetiky a většinou ještě nemají zahojený ten pahýl a už má stanovený termín na nácvik s tou protézou a vyzkoušení protézy. Takže ten posudkový lékař to

vyhodnotí takhle. A jak jsem vám říkala s tím stravováním, tak pán že může si připravovat stravu vsedě a spoustu úkonů neuzná, protože ano, zvládal by to, pokud by třeba byl po dvou, po roce, po té amputaci a už se naučil.... Takhle ti lidi mají problém se naučit jenom přesehnout z toho vozíku na postel, ale oni ho berou jako člověka, který má amputovanou jednu nohu a je s tím postižením sžitý.“ (SP)

Podle názoru a zkušeností sociálních pracovníků přistupují posudkoví lékaři k posuzování těchto případů často málo diferencovaně (např. nezohledňují dostatečně přidružená onemocnění, kromě toho, které např. náhlý pokles soběstačnosti primárně způsobilo).

„Protože pro toho posudkového to je jednoduché, pokud ví, že člověk má amputované obě končetiny, tak je to jasné a nemusí nad tím uvažovat, toho člověka si někam zařadí. Ale tady u toho je problém. A potom třeba u těch čerstvých amputací, když ten klient je cukrovkář a dojde k amputaci končetiny, tak ti klienti nám taky třeba spadnou do prvního stupně toho příspěvku na péči...“(SP)

- Málo zavedené diagnózy

Část sociálních pracovníků také upozorňovala na to, že stávající posudková praxe je zatížena tím, že někteří posudkoví lékaři jsou málo obeznámeni s určitými typy diagnóz a jejich projevy, případně mají problémy akceptovat některé diagnózy, zejména jedná-li se o zdravotní postižení či omezení, která se začala systematictěji diagnostikovat až v relativně nedávné době. Může jít o takové diagnózy, jako je např. autismus, ADHD ve spojení s jinými potížemi atd.

„Nebo problém s dětma - ADHD a všechno. Tak ti doktoři zrovna, když jsme tady byli posledně, tak říkali - no, to je hrozný, každý dítě je hyperaktivní. (...) Oni to prostě neberou: "Za nás to nebejvalo..."(SP).

IV. Předběžné návrhy směřování doporučení úprav posudkové praxe a jejích podmínek s ohledem na zlepšení uplatnění multidisciplinárního přístupu k posuzování stupně závislosti

Pokud tedy výše rozebíráme mimo jiné i řadu konkrétních podmínek vzájemné spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky, nelze z tohoto rozboru jednoznačně vyvodit, zda platí, že podmínky více utvářejí praxi spolupráce mezi těmito obory v rámci posudkové praxe v agendě příspěvku na péči, případně předurčují možnosti spolupráce, či naopak, do jaké míry a jakým způsobem stávající praxe vede k ustavení či zakonzervování určitých podmínek, zejména organizačních. Pouze na základě sekundární analýzy lze také těžko říci, jaký je konkrétní vztah a vzájemné působení jednotlivých typů identifikovaných podmínek fungování mezioborové spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři. To znamená, že lze např. těžko odhadnout, do jaké míry a jakým způsobem a zejména za jak dlouho by se změny některých systémových podmínek, např. právního rámce, projeví v konkrétních organizačních podmínkách spolupráce. Stejně tak je těžké odhadnout, zda např. některé interakční podmínky, kupř. vzájemné postoje obou oborů, v tomto případě dominance jednoho z nich a tendence nahlížet na ten druhý jako na méně kompetentní působit v posudkové praxi, nemají na organizační podmínky silnější vliv, než podmínky systémové. Přitom se může stát, že změnit interakční podmínky bude mnohem složitější, než např. provést legislativní úpravu.

Lze tedy očekávat, že má-li v nastavení multioborové spolupráce v rámci posuzování nároku na příspěvek na péči dojít k výraznějším změnám ve smyslu posílení této spolupráce a její smysluplnosti, je nutné působit na více oblastí této spolupráce zároveň a to jak co se týče konkrétních charakteristik této spolupráce, tak i v oblasti podmínek spolupráce.

Na základě výše prezentovaných výsledků sekundární analýzy dat můžeme uzavřít, že je třeba směřovat ke změnám, rozšíření či zpřesnění stávající praxe spolupráce mezi zúčastněnými (případně do budoucna dalšími) obory zejména v následujících oblastech:

➤ **co se týče charakteristik spolupráce:**

- explicitní vymezení cílů práce - výslovně vymezit, co je v rámci posuzování stupně závislosti pro příspěvek na péči cílem práce jednotlivých odborností, přičemž tyto cíle nebudou vyplývat z administrativních a procedurálních potřeb agendy příspěvku na péči, ale půjde o meritorní cíl/cíle - tedy vyplývající ze smyslu a účelu dávky příspěvek a jejího poskytnutí. Takto definovaný cíl může být stejný či odlišně definovaný pro

různé zúčastněné obory, ale budou-li různé odbornosti sledovat různé cíle, budou tyto cíle definovány tak, aby byly vzájemně komplementární a druhý (další) ze zúčastněných oborů bude vědět a chápat, jaké cíle druhé (další) odbornosti naplňují.

- jasné vymezení rolí jednotlivých oborů a odborností - tzn. nikoliv jen implicitně, nevycházet z rolí z činností, které jednotliví aktéři v rámci řízení o PnP mají, ale spíše naopak. Vymezení rolí tak, aby roli ostatních aktérů rozuměli všichni zúčastnění a bylo mj. jasné, proč některé činnosti dělají, co se od nich očekává atd.
- metodiky a metodické vedení – vytvoření jednoznačných a srozumitelných metodik a přehledného metodického vedení. Některé oblasti metodik a metodického vedení mohou posudkoví lékaři a sociální pracovníci sdílet, jiné mohou být v závislosti na cílech, činnostech a rolích a typu odbornosti odlišné, nicméně nesmějí se vzájemně vylučovat. Zároveň je žádoucí, aby všichni byli alespoň rámcově obeznámeni s tím, jaké metodické pokyny a vedení se vztahuje na další v posuzování stupně závislosti zúčastněné obory, a aby metodiky byly vzájemně dostupné.
- institucionalizace paralelního způsobu spolupráce – tzn. zavedení do posudkové praxe takových způsobů spolupráce, které umožní řešit konkrétní případy či konkrétní problémy společně z pozic každého ze zúčastněných oborů, nikoliv se k nim vyjadřovat pouze následně.
- zajistit větší komplementaritu výsledků právě jednotlivých oborů a aditivní povahu konečného výstupu z posouzení - větší vzájemná komplementarita dílčích výsledků práce jednotlivých odborností bude pravděpodobně dosažena už jasným vymezením cílů a rolí a vytvořením adekvátních metodik a metodického vedení. Nicméně aby potenciál komplementarity byl reálně využit v konečném výstupu, tzn. mj. aby daný výstup skutečně měl tu povahu, že se v něm adekvátně odráží přínos a perspektiva jednotlivých zúčastněných odborností a aby se zároveň s tím dosáhlo větší vnitřní a vnější koheze tohoto výstupu (tzn. jednotlivé „nálezy“ a „závěry“ nejsou v rozporu a celkový posudkový závěr není v rozporu se zdravotním stavem, mírou funkčních deficitů a potřebou péče u daného žadatele) je nutné jasně formálně stanovit parametry posudkového závěru z těchto hledisek. (tzn. jak má být posudkový závěr formulován, strukturován a odůvodněn, co má být bráno v úvahu, jak se řeší případné nesoulady hledisek různých odborností atd.)

➤ **co se týče podmínek spolupráce:**

- **systémové podmínky, zejm.:**
 - právní rámec a jeho interpretace/aplikace - změna legislativního rámce směrem k posílení kooperace; k povinnosti kooperovat; k vyrovnání pozic jednotlivých odborností;
 - forma a struktura záznamu ze sociálního šetření - sjednotit a strukturovat záznam ze sociálního šetření tak, aby jeho obsah a uspořádání odpovídalo uplatňovaným posudkovým hlediskům, tedy ZŽP, jednotlivým aktivitám v rámci ZŽP, vyhláškou stanovenému způsobu hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby.

- vymezení typů případů, které vyžadují užší spolupráci -- systémové vymezení typů případů či charakteristik případů a situací, u nichž je povinné zahrnout názor dalšího odborníka/dojít k týmovému rozhodnutí (viz. výše např. otázka adaptace na postižení, dlouhodobosti, určitých typů dg. atd.)
- pravidla a povinnosti v oblasti spolupráce - jasná jednotná úprava formálních pravidel a rámce spolupráce (zahájení, povinnost reagovat, ev. lhůty).
- **organizační podmínky , zejm.:**
 - personální vybavení a pracovní zátěž - zvýšit personální obsazení pracovišť; dostatečná minimální časová dotace na jedno sociální šetření/na vypracování posudkového závěru a tomu odpovídající počty sociálních pracovníků a posudkových lékařů; posílení počtu administrativních pracovníků, kteří zajistí formální a administrativní správnost řízení; na pracovištích LPS zvážit obnovení institutu smluvních lékařů;
 - organizace vyřizování žádosti - to se týká především agendy PnP na kontaktních pracovištích ÚP, zejména omezení či zrušení využívání externích pracovníků na provádění sociálního šetření; zajištění kontinuity vyřizování žádosti s tím, že se jeden pověřený pracovník bude žádostí zabývat od jejího přijetí, přes provedení sociálního šetření, po vydání rozhodnutí, zajistí i nezbytnou kooperaci s posudkovým lékařem, zapojení dalších odborností, apod. a bude zodpovídat za správnost a úplnost posouzení.
 - organizační nastavení vzájemné komunikace - je nezbytné vytvořit uživatelsky jednoduchý způsob komunikace a možnosti výměny/projednání informací, podkladů, problémových aspektů konkrétního případu/žádosti. Především – nutnost adresného a přímého nezprostředkovaného kontaktu mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem, kteří mají danou žádost na starosti – tedy vždy musí být jasné, kdo ze sociálních pracovníků vyřizování žádosti řídí a kdo prováděl sociální šetření a na druhé straně , kdo z posudkových lékařů provádí posouzení stupně závislosti – telefonní kontakt, email – přímo.
Dále by byla žádoucí platforma v podobě společného informačního systému, kde by část informací mohli posudkoví lékaři sdílet/ladit/doplňovat paralelně. Dále – možnost a institucionální podpora případových setkání, kdy by komplikovanější či nejasné a nejednoznačné aspekty konkrétních žádostí byly řešeny na osobních setkáních sociálního pracovníka a posudkového lékaře/případně v širším týmu.
 - institucionalizace společných setkávání - zavedení pravidelných společných porad/metodických setkání/školení atd.
 - evaluace průběhu, efektivity a výsledků multidisciplinární spolupráce.
- **interakční podmínky**
 - posilování vzájemného profesního respektu - systémově a organizačně oslabovat možnosti uplatňování dominance jednoho z oborů, směřovat ke kultivaci rovnocenné spolupráce a omezování rivality mj. snahou o to, aby každý z aktérů chápal roli, význam, cíle a smysl činností ostatních zúčastněných odborností. Zavedení supervize.

- jazyk oborů – vyhnout se v maximální možné míře žargonům daných oborů, vyjadřovat se vzájemně srozumitelně; snažit se předcházet používání jazyka, termínů, zkratk atd., o nichž je možné předpokládat, že jim druhý obor může mít potíže porozumět; vést příslušníky jednotlivých odborností k tomu, aby neměli sklon demonstrovat odbornost nadužíváním specifického profesního jazyka;
- standardy mezioborové komunikace - V rámci kultivace multidisciplinární spolupráce a vzájemné komunikace by bylo vhodné formulovat principy a vytvořit standardy dobré spolupráce a komunikace a ustavit příklady či modely dobré praxe v této oblasti.

Zdroje:

CHOI, Bernard CK; PAK, Anita WP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and investigative medicine*, 2006, 29.6: 351.

CHOI, Bernard CK; PAK, Anita WP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clinical & Investigative Medicine*, 2007, 30.6: 224-232.

COUTURIER, Yves, et al. The interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field: A theoretical standpoint. *Journal of Interprofessional Care*, 2008, 22.4: 341-351.

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

HUBÍKOVÁ, Olga; HAVLÍKOVÁ, Jana; MUSIL, Libor; KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. *Pracovní podmínky výkonu sociální práce v rámci agendy příspěvku na péči*. - In: Sociální práce/Sociálna práca. Roč. 15, č. 2 (2015), s. 3124 (22 s.).

KORAZIM-K'ORÖSY, Yossi, et al. Professional determinants in community collaborations: Interdisciplinary comparative perspectives on roles and experiences among six disciplines. *Journal of Community Practice*, 2014, 22.1-2: 229-255.

MUSIL, Libor; HAVLÍKOVÁ, Jana; HUBÍKOVÁ, Olga; KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. *Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2015. - 144 s.