

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Diplomová práce

Bc. Barbora Fellnerová

POSUZOVÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

OLOMOUC 2017

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 18. dubna 2017

Bc. Barbora Fellnerová

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D. za její podněty, podporu a cenné rady, které mi jako vedoucí mé diplomové práce poskytovala při jejím zpracování.

Děkuji také sociálním pracovnícům Úřadu práce z Hradce Králové a posudkovým lékařům z Okresní správy sociálního zabezpečení, s nimiž jsem prováděla výzkum pro tuto práci.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Barbora Fellnerová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Posuzování příspěvku na péči
Název v angličtině:	The assessing of contribution for care
Anotace práce:	Tématem diplomové práce je posuzování příspěvku na péči. Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá dávkami ÚP ČR, jednou z nich je příspěvek na péči, který se poskytuje osobám, které potřebují každodenní péči a pomoc druhé osoby, dále se zabývá procesem správního řízení, výkonem sociálních pracovníků při sociálním šetření a také rolí a náplní práce posudkových lékařů při procesu posuzování příspěvku na péči. Hlavním cílem diplomové práce je analýza sociálního šetření a následného posuzování klienta ve věci řízení o příspěvku na péči. Praktická část se zabývá empirickým výzkumem, jehož hlavním cílem je zjistit, kde vznikají nejčastější kolize a rozpory na úrovních - sociální pracovník Úřadu práce x lékařská posudková služba a dále klient x sociální pracovník v rámci sociálního šetření.
Klíčová slova:	Úřad práce ČR, agenda příspěvku na péči, správní řízení, sociální šetření, žadatel - klient, sociální pracovník, okresní správa sociálního zabezpečení, lékařská posudková služba, posudkový lékař, základní životní potřeby

Anotace v angličtině:	The theme of the dissertation is the assessment of the care allowance. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with the doses of labour office of the ČR, one of them is the care allowance, which is granted to persons who need daily care and assistance of another person, further deals with the process of the administrative procedure, the performance of social workers during the social investigation and also roles and job of the medical assessors in the process of assessing the contribution for care. The main aim of the dissertation is social investigation analysis and following client evaluation in case of the contribution care assesing. The practical part deals with the empirical research, whose main objective is to find out where they arise, the most common collision and contradictions at the levels - social worker Office job x medical advisory service and on the client x social worker in the context of social investigation.
Klíčová slova v angličtině:	Labor Office of the Czech Republic, the agenda of the care allowance, administrative proceedings, social investigation, the applicant - client, social worker, district of the social security administration, medical assessment service, the medical assessor, the basic necessities of life
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Záznam ze sociálního šetření klienta Příloha č. 2: Souhrn výzkumných otázek a odpovědí první oblasti Příloha č. 3: Souhrn výzkumných otázek a odpovědí druhé oblasti Příloha č. 4: Interní pomůcka ÚP pro sociální šetření - škrtačko Příloha č. 5: Oficiální formulář ÚP příspěvku na péči Příloha č. 6: Seznam úkonů péče o vlastní osobu Příloha č. 7: Vložená příloha - disk CD ROM obsahující diplomovou práci
Rozsah práce:	67 stran
Jazyk práce:	český jazyk

Obsah

ÚVOD	6
1 DÁVKY ÚŘADU PRÁCE SE ZAMĚŘENÍM NA PŘÍSPĚVEK NA PÉČI	8
1.1 Příspěvek na péči a jeho legislativní ukotvení	9
1.2 Sociální pracovník v roli zaměstnance na ÚP	11
1.3 Podmínky nároku na příspěvek na péči.....	13
1.4 Výše příspěvku na péči	15
1.5 Posuzování stupně závislosti	16
Posuzování posudkovým lékařem	17
Posuzování sociálním pracovníkem	20
1.6 Zvýšení příspěvku na péči.....	24
2 PRŮBĚH ŘÍZENÍ ŽÁDOSTI O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	25
2.1 Sociální šetření	25
2.2 Problematické aspekty sociálního šetření	27
2.3 Charakteristika sociálního pracovníka a typologie přístupů k praxi	29
2.4 Posuzování zdravotního stavu	32
2.5 Rozhodnutí	34
2.6 Výplata příspěvku na péči	35
2.7 Kontrola využívání příspěvku	37
3 ČINNOST OSSZ V AGENDĚ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI.....	38
3.1 Zásady posuzování stupně závislosti.....	40
3.2 Role posudkového lékaře	41
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	43
4.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky	44
4.2 Metodologie , organizace výzkumu a cílové skupiny	44
4.3 Sběr dat a podmínky pro výzkum	47

4.4 Výsledky výzkumného šetření	48
4.5 Výzkum četnosti sociálních šetření v Hradci králové	53
4.6 Sběr a analýza dat.....	54
ZÁVĚR.....	57
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
LEGISLATIVNÍ DOKUMENTY.....	65
SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	66
SEZNAM PŘÍLOH	67

ÚVOD

V životě se lidé ocitají v různých situacích, na které mnohdy jejich vlastní síly nestačí a potřebují pomoc. Jednou z forem pomoci může být peněžní podpora lidem, kteří mají zdravotní komplikace, jsou nemocní, zdravotně znevýhodnění či postižení. Se stářím přichází zdravotní komplikace a lidé si sami nejsou schopni hradit vysoké náklady na potřebnou léčbu a pomoc.

Systém v ČR umožňuje těmto lidem čerpat sociální dávky ze státního rozpočtu. Jednou z dávek je příspěvek na péči. Tato podpora člověku, například v terminálním stádiu vážné nemoci zdraví nevrátí, avšak přijaté peníze mohou alespoň z části kompenzovat a zmírnit jejich zdravotní potíže a problémy, které jsou s jejich onemocněním spojené.

Může se jednat o dítě, které je odkázáno na plnou péči svých rodičů, může se jednat o starší osobu v sociálním zařízení nebo ostatně o kohokoliv, kdo si není schopen ze svých vlastních zdrojů hradit náležitou zdravotní léčbu a péči. Lidem ve vážných problémech mnohdy nestačí jejich běžné prostředky na zakoupení vhodných kompenzačních a zdravotních pomůcek, bez kterých by se neobejdou. Nemocný, ať už dítě či dospělý nebo starší osoba, vždy potřebuje pomoc druhé osoby. Příspěvek na péči je poskytován za náležitých podmínek jedinci, který potřebuje každodenní pomoc prostřednictvím pečující osoby. V praxi se v mnoha případech setkáváme s tím, že ten kdo se stará a pomáhá druhému, nemá prostor na řádné zaměstnání a navíc ztrácí poskytováním péče o druhého svůj volný čas.

Tématem diplomové práce je posuzování příspěvku na péči. Jedním z hlavních důvodů, proč jsem se rozhodla psát práci na toto téma byla moje osobní krátkodobá pracovní zkušenost na Úřadu práce na pozici sociálního pracovníka. I přes své krátké působení na pracovišti jsem měla možnost provádět sociální šetření a více jsem nahlédla do soukromí lidí, kteří tento příspěvek ke svému zajištění potřebují a všimla jsem si i různých těžkostí, nesrovnalostí a problémů, které vznikají nejen při práci s lidmi, ale také v rámci spolupráce s druhou zainteresovanou stranou - posudkovými lékaři.

Hlavním cílem diplomové práce je analýza sociálního šetření a následného posuzování klienta ve věci řízení o příspěvku na péči.

Dílčí cíle pro teoretickou část:

- popsat metodiky oddělení příspěvku na péči a posudkové lékařské služby
- charakterizovat proces posuzování příspěvku na péči z více úhlů pohledu

Dílčí cíle pro výzkumnou část:

- zkoumat, kde vznikají nejčastější kolize a rozpory na úrovních - sociální pracovník Úřadu práce x lékařská posudková služba
- zkoumat úskalí spolupráce klient x sociální pracovník v rámci sociálního šetření
- zkoumat, jak hodnotí sociální pracovníci a posudkoví lékaři současný systém posuzování žádostí o příspěvek na péči

Diplomovou práci tvoří čtyři kapitoly. V teoretické části charakterizují příspěvek na péči, jakožto jednu ze systému nepojistných sociálních dávek, které vyplácí Úřad práce ČR. Dále vymezují legislativní ukotvení této dávky, komu a za jakých podmínek je určena. Vysvětlují, jakou roli zastává sociální pracovník státní správy v této agendě a jaké životní oblasti se posuzují. V kapitole druhé popisují jednotlivé kroky v procesu správního řízení ve věci příspěvku na péči, co vše obnáší sociální šetření, které je jeho nezbytnou složkou, dále vysvětlují, jak se posuzuje zdravotní stav žadatele a jak je příspěvek vyplácen. V kapitole třetí hovořím o činnosti a náplni práce lékařské posudkové služby, jakou zastává roli posudkový lékař a jaké jsou jeho kompetence v celé agendě. V průběhu také popisují jednotlivé metodiky, kterými se řídí Úřad práce ČR a Okresní správa sociálního zabezpečení.

Ve čtvrté kapitole se zabývám kvalitativním výzkumem. V rámci výzkumného šetření jsem zvolila tyto kvalitativní metody: polostrukturovaný rozhovor a komparativní metodu. Cílovou skupinu tvořili v rámci mého výzkumu sociální pracovnice státní správy Krajské pobočky Úřadu práce a posudkoví lékaři, kteří působí na Okresní správě sociálního zabezpečení v Hradci Králové. Součástí výzkumu jsou statistické údaje o počtu provedených sociálních šetření v Hradci Králové, kde budeme srovnávat jednotlivé čtvrtletí s předchozími roky, od ledna roku 2014 po první čtvrtletí roku 2017.

1 DÁVKY ÚŘADU PRÁCE SE ZAMĚŘENÍM NA PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Před samotným vstupem do konkrétní problematiky si objasníme základní strukturu Úřadu práce ČR a charakterizujeme systém státních dávek. Na Úřadu práce ČR (dále jen ÚP ČR) jsou zřízeny tyto odbory - odbor zprostředkování a podpor v nezaměstnanosti a odbor nepojistných sociálních dávek. Úřad práce České republiky je správním úřadem s celostátní působností a je organizační složkou státu. ÚP ČR byl zřízen dnem 1. 4. 2011, zákonem č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů. Ministerstvo práce a sociálních věcí řídí Úřad práce ČR a je jeho nadřízeným správním úřadem.¹

Popíšme si hlavní subjekty, které tvoří úřad práce, a které v něm také působí. Součástí úřadu práce je generální ředitelství, které řídí generální ředitel, dále se jedná o krajské pobočky a pobočku hlavního města Prahy, součástí krajských poboček jsou kontaktní pracoviště. V čele každého kontaktního pracoviště krajské pobočky je ředitel nebo vedoucí. Úřad práce plní úkoly v oblastech zaměstnanosti, ochrany zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele, státní sociální podpory, v oblasti dávek pro osoby se zdravotním postižením, příspěvku na péči, dále pomoci v hmotné nouzi, inspekci poskytování sociálně-právní ochrany a dávkách péstounské péče.²

Odbor nepojistných sociálních dávek se dále dělí na oddělení. Jedním z nich je Oddělení příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením, budeme se jím v úvodní kapitole zabývat podrobněji. Členění jednotlivých oddělení v rámci Odboru nepojistných sociálních dávek je následující:

- Oddělení státní sociální podpory a dávek péstounské péče
- Oddělení hmotné nouze
- Oddělení příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením

V rámci oddělení příspěvku na péči plní kontaktní pracoviště v oblasti nepojistných sociálních dávek úkoly správního orgánu prvního stupně dle zákona o sociálních službách zejména následující úkoly: rozhoduje ve správním řízení o přiznání příslušné dávky, vede evidenci žádostí o dávky v informačním systému, zpracovává údaje potřebné pro rozhodování o dávce

¹ BECK, Petr et al. *Dávky pomoci v hmotné nouzi pro osoby se zdravotním postižením*. Olomouc. 2012, s. 344-345

² ČESKO. Zákon č. 73/2011 Sb. ze dne 25. března 2011 o Úřadu práce České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*

do informačního systému, rozhoduje o případných námitkách účastníka řízení, předává nadřízenému orgánu odvolání (tímto orgánem je Ministerstvo práce a sociálních věcí), pokud ve své kompetenci neprovedl tzv. autoremeduru, neboli opravný správní prostředek, kdy správní orgán prvního stupně může rozhodnout samostatně o podaném odvolání.

Autoremeduru upravuje § 87 správního řádu a definuje ji následovně: "*Správní orgán, který napadené rozhodnutí vydal, je může zrušit nebo změnit, pokud tím plně vyhoví odvolání a jestliže tím nemůže být způsobena újma žádnému z účastníků, ledaže s tím všichni, kterých se to týká, vyslovili souhlas. Proti tomuto rozhodnutí lze podat odvolání.*"³

Dále příslušné pracoviště zpracovává výplaty dávek, má oprávnění k provádění exekuce z přiznaných dávek, vyřizuje agendu posouzení zdravotního stavu pro účely nepojistných sociálních dávek a také zabezpečuje agendu dávek pěstounské péče.⁴

1.1 Příspěvek na péči a jeho legislativní ukotvení

Příspěvek na péči (dále jen PnP) je dávka sociální péče a je vyplácena opakovaně jednou měsíčně. Náklady spojené s příspěvkem na péči jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Tato dávka slouží k uhrazení výdajů souvisejících se zabezpečením pomoci a podpory osobě, která je závislá na péči jiné osoby. Příspěvek by měl být spotřebován jako úhrada za péči a potřebnou pomoc, kterou poskytuje nemocnému pečující osoba, nejčastěji se jedná o osobu blízkou. V případě, že péče je zajišťovaná sociálním zařízením, tak je úhrada hrazena poskytovateli dané sociální služby. Příspěvek na péči zpravidla slouží k uhrazení výdajů, které vzniknou pečující osobě či jinému registrovanému poskytovateli sociálních služeb. Tyto výdaje mohou mít charakter finanční nebo věcný, dále to mohou být placené fakultativní služby v rámci sociálních služeb apod. Jakmile o nemocného osoba pečuje celodenně, nastává mnohdy situace, že nemůže souběžně s péčí o osobu blízkou vykonávat běžné zaměstnání a tím se výrazně sníží příjmy celé rodiny. Pečující se v takovýchto případech stává často bez práce a jeho veškeré příjmy činí právě daná výše příspěvku na péči.⁵

Pojem příspěvek na péči a jeho poskytování je upraveno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se

³ ČESKO. § 87 zákona č. 505/2004 Sb., správní řád. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-500#cast2>

⁴ NEŽÁDAL, Karel., *Aplikace správního řádu v sociální péči*. Praha. 2006, s. 101

⁵ ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 2. díl*. Praha. 2016, s. 209-210

provádějí některá ustanovení o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Komu je tato dávka vlastně určena? V praxi se můžeme setkat s lidmi, kteří přichází na ÚP žádat o dávku příspěvku na péči a dotazují se, zda ji mohou pobírat na své nezaopatřené děti, zpravidla se jedná o matky na rodičovské či mateřské dovolené. Samotný název "příspěvek na péči" může být tedy zavádějící, žadatelé si jej často pletou s přídavky na děti i s jinými dávkami. Proto si nyní objasníme, kterých osob se to týká.

Příspěvek na péči se poskytuje osobám, které jsou závislé na pomoci a péči jiné fyzické osoby. Hovoříme nejčastěji o osobách zdravotně postižených, dlouhodobě nemocných, jde o osoby v důchodovém věku - seniory, také o osoby na sklonku života v hospicové péči. Příspěvek se týká dále dětí, které vyžadují nadstandardní celodenní péči v důsledku své nemoci nebo jiného znevýhodnění či postižení a péče je zajišťovaná nejčastěji zákonnými zástupci. Příspěvek na péči náleží a je poskytován oprávněné osobě, v případě nezaopatřených dětí nebo osob, které jsou zbaveny svéprávnosti, je tato dávka vyplácena jejich zástupcům, opatrovníkům aj. Je-li nezletilé dítě v pěstounské péči a vznikne mu nárok na příspěvek na péči, dávka je vyplácena té pečující osobě, která byla ustanovena poručníkem. Jinými slovy, je tato dávka určena občanům, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby v oblasti péče o vlastní osobu a při soběstačnosti. Soběstačností se rozumí provádění úkonů, které umožňují lidem se účastnit sociálního a společenského života (např. úkony spojené s péčí o své zdraví a o vlastní osobu, úkony spojené s chodem domácnosti, úklidem, přípravou jídla, schopnosti komunikace, schopnost vyřizovat si své osobní záležitosti, nakládat s penězi apod.)⁶

Zdravotní postižení může mít podobu tělesného, mentálního, duševního i smyslového postižení nebo jde o postižení kombinované. Jelikož se termín postižení bude v mé práci vyskytovat opakovaně, uvedeme si jeho definici. "*Postižení jsou problémy týkající se tělesných funkcí a tělesných struktur. Tyto problémy mohou být příčinou omezení v činnostech, na této úrovni je důsledek popisován z hlediska jednotlivce, mohou být také příčinou omezení ve společenských aktivitách, čímž jsou označovány důsledky širší, sociální.*"⁷

Příspěvkem na péči se pokrývají zvýšené, nadstandardní životní náklady, které jsou vyvolány potřebou péče o závislou osobu. Termín péče můžeme v základě charakterizovat

⁶ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

⁷MATOUŠEK a kol., *Sociální práce v praxi; specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha. 2005, s. 91

jako nezbytnou pomoc a podporu druhé osoby na zajištění základních životních potřeb lidí s různými typy postižení, přičemž jejich aktivní účast a snaha nemusí být podmínkou ani pravidlem. Dělají to většinou ze své dobré vůle a mnohdy na úkor svého volného času nebo svojí kariéry. Péče se zaměřuje především na uspokojování primárních (hlavních) potřeb lidí a neodmyslitelnou snahou každé pečující osoby by mělo být maximální zkvalitnění jejich životní úrovně a být jim oporou v jejich nelehké, nepříznivé, mnohdy bolestivé životní situaci.⁸

1.2 Sociální pracovník v roli zaměstnance na ÚP

Činnost sociálního pracovníka na úřadu práce je velice rozmanitá. Předpoklady a podmínky pro výkon sociálního pracovníka jsou ukotveny v zákoně o sociálních službách. Těmito předpoklady jsou způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost dle tohoto zákona.⁹

Sociální pracovník by měl mít také pro svoji práci jisté osobnostní předpoklady, zejména pak dobré organizační a komunikační schopnosti, umění jednat s lidmi, měl by být trpělivý a v neposlední řadě by měl disponovat nutnou dávkou emoční inteligence a empatie. K lidem by neměl přistupovat jako k řadovým klientům, což se mnohdy i tak stává, ale měl by přistupovat k lidem osobně a individuálně. Zároveň je nesmírně důležité si při tom všem držet jistý odstup a nepřipouštět si každého úplně " k tělu ", nenechat se ovládnout emocemi nebo tíživou situací klienta a snažit se neztratit v osobním styku s klienty nezbytnou profesionalitu. Funkci sociálního pracovníka na ÚP přísluší zejména výkon těchto činností: zajišťování výkonu agendy pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory, poskytování příspěvku na péči osobám v nepříznivé sociální situaci, vedení spisové dokumentace, vedení evidence a zpracování žádostí o poskytnutí příspěvku na péči, průběžná aktualizace databází, vykonávání správního řízení ve věci příspěvku na péči, provádění sociální depistáže (sociální šetření v terénu) pro účely posouzení stupně závislosti na pomoci jiné osoby, provádění kontroly využívání příspěvku. Na sociální pracovníky ÚP se vztahuje zákon o státní službě (dříve služební zákon), který upravuje organizaci státní služby, právní poměry státních zaměstnanců

⁸ MATOUŠEK a kol., *Sociální práce v praxi; specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha. 2005, s. 120

⁹ ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

vykonávajících státní správu ve správních úřadech, jejich služební vztahy, odměňování a řízení ve věcech služebního poměru. Všichni státní zaměstnanci jsou povinni vykonat úřednickou zkoušku. Ve většině případů ji vykonávají až poté, co byli přijati do služebního poměru.¹⁰

Dále sociální pracovník:

- zpracovává rozhodnutí o poskytnutí příspěvku na péči
- zpracovává podklady pro výplatu příspěvku na péči
- ustanovuje zvláštního příjemce příspěvku v zákonech daných situací
- průběžně kontroluje způsob využívání poskytovaných příspěvků na péči
- zajišťuje dostupnost informací o poskytování sociálních služeb
- průběžně se seznamuje se závaznými právními předpisy souvisejícími se svěřenou agendou¹¹

Dle § 109: " Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb." ¹²

Práce sociálního pracovníka na ÚP je rozmanitá. Různorodost tkví v tom, že se sociální pracovník setkává s různou klientelou, jeho práce se nespécifikuje na konkrétní cílovou skupinu, jak tomu je v zařízeních sociálních služeb. Setkává se na pracovišti i v terénu při provádění sociálního šetření se širokou sortou lidí a jejich problémy. Rozdílnost vnímáme také v ekonomickém a sociálním statusu klientů, heterogenitě zdravotních postižení a psychických onemocnění. Sociální pracovník se také dostává do styku s lidmi různého věku, od nezletilých dětí, až po nejstarší občany. Spolupracuje s příslušnou okresní správou sociálního zabezpečení - poskytuje lékařům posudkové služby podklady pro posouzení zdravotního stavu žadatele, za účelem poskytnutí příspěvku na péči. Sociální pracovník provádí sociální šetření v přirozeném sociálním prostředí klienta (sociálním šetření se budeme

¹⁰ ČESKO. Zákon č. 234/2014 Sb., o státní službě. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-234#cast3>

¹¹ *Popis pracovní funkce - sociální pracovník* [online]. [cit. 23. října 2016]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/252269/pedf_b/Prilohy.pdf

¹² ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

podrobněji zabývat v kapitole následující). *"Přirozeným sociálním prostředím se rozumí rodina a domácnost osoby a dále pak místo, kde osoba pracuje, vzdělává se a realizuje běžné sociální aktivity. Pokud osoba žije v zařízení sociálních služeb, provádí se sociální šetření v tomto zařízení."*¹³

Od roku 2016, dle novely zákona o sociálních službách s účinností od 1.8.2016, lze provádět sociální šetření i v průběhu hospitalizace. Uvedené sociální šetření provádí příslušná krajská pobočka Úřadu práce také v průběhu hospitalizace osoby ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, jestliže je této osobě poskytována u jednoho nebo postupně u více poskytovatelů zdravotních služeb následná nebo dlouhodobá lůžková péče pro tutéž nemoc nebo úraz trvající nepřetržitě déle než 60 dnů; podmínkou je, že tato skutečnost byla oznámena a doložena podle § 21 odst. 1 písm. e).¹⁴

1.3 Podmínky nároku na příspěvek na péči

Nárok na příspěvek na péči (dále jen příspěvek) má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc druhé osoby při zvládání základních životních potřeb, a to v rozsahu takovém, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav považujeme zdravotní stav takový, který podle poznatků lékařů trvá nebo má trvat déle než jeden rok. Takový zdravotní stav omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb. Těmi se budeme věnovat podrobněji dále. Žadatelem může být osoba starší jednoho roku.¹⁵ Příspěvek musí být využit na úhradu pomoci, kterou poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb zapsaný v registru poskytovatelů sociálních služeb nebo dětský domov, nebo speciální lůžkové zařízení hospicového typu.

Potřebnou pomoc může poskytovat:

¹³ Ministerstvo práce a sociálních věcí. Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č.15/2016

¹⁴ Zákon č. 189/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

¹⁵ ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

Osoba blízká, kterou rozumíme nejbližšího člena rodiny - sourozenec, manžel, partner, členové z širších řad rodiny jako prarodiče, strýc, teta, sestřenice, bratranec, ale také i druh, družka, pěstoun, opatrovník aj.

Pomoc poskytuje dále **asistent sociální péče** - tím je zpravidla jiná fyzická osoba než osoba blízká. Nesmí však péči poskytovat jako podnikatel. Musí to být osoba, která je starší 18-ti let a je zdravotně způsobilá, tzn. že péči nemůže poskytovat osoba, která má sama nárok na PnP. Bude-li péči poskytovat asistent sociální péče, je nutné doložit smlouvu o poskytnutí pomoci mezi žadatelem a asistentem. Smlouva musí být uzavřena písemně a musí v ní být mimo jiné, i předem stanovené výše úhrady za pomoc.¹⁶

Potřebnou pomoc může poskytovat také **poskytovatel sociálních služeb** zapsaný v registru poskytovatelů sociálních služeb dle § 85 odst. 1; Do registru poskytovatelů sociálních služeb se zapisují fyzické a právnické osoby, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci, dále zdravotnická zařízení lůžkové péče poskytující sociální služby (léčebny dlouhodobě nemocných) a speciální lůžková zdravotnická zařízení hospicového typu a dětský domov. Dle zákona o sociálních službách § 52; " *Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.*"¹⁷

Dále se může jednat o **speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu** (dále jen hospic) - je takové zdravotnické zařízení, které poskytuje paliativní péči (péče o nevyléčitelně a těžce nemocné osoby) a symptomatickou léčbu osobám v terminálním stádiu jejich nemoci.

Potřebnou pomoc také poskytuje **dětský domov** - jedná se o školské zařízení pro výkon ústavní výchovy. Zajišťuje péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají však závažné poruchy chování. PnP nenáleží dítěti, kterému byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova a péče je mu poskytována v dětském domově se školou. Jedná se o

¹⁶KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči, komentář, právní předpisy*. Praha. 2012, s. 16 - 17

¹⁷ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

jiný typ zařízení, než je dětský domov. Ústavní výchova v dětských domovech nahrazuje rodinnou péči, proto je z hlediska nároku na PnP postavení dětí žijících v rodině a dětí z dětského domova rovnocenné.¹⁸

1.4 Výše příspěvku na péči

Novela z roku 2016 přináší některé změny a novinky u příspěvku na péči. Na základě novelizace zákona o sociálních službách dochází od 1. 8. 2016 k navýšení příspěvku na péči o deset procent. Úřad práce je povinen obeslat sdělení o změně výše dávky všem klientům, kteří PnP pobírají. Dle zákona č. 189/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů se stanovuje aktuální výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc takto:¹⁹

Pro osoby **do 18-ti let** věku činí výše příspěvku na péči:

- 3 300 Kč, jedná-li se o I. stupeň (lehká závislost) - jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **tři** základní životní potřeby
- 6 600 Kč, jedná-li se o II. stupeň (středně těžká závislost) - jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **čtyři nebo pět** základních životních potřeb
- 9 900 Kč, jedná-li se o III. stupeň (těžká závislost) - jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **šest nebo sedm** základních životních potřeb
- 13 200 Kč, jedná-li se o IV. stupeň (úplná závislost) - jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **osm nebo devět** základních životních potřeb

¹⁸KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči, komentář, právní předpisy*. Praha. 2012, s. 17

¹⁹ČESKO. Zákon č. 189/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Pro osoby **starší 18-ti let** věku činí výše příspěvku na péči:

- 880 Kč, jedná-li se o I. stupeň (lehká závislost) - jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **tři nebo čtyři** základní životní potřeby
- 4 400 Kč, jedná-li se o II. stupeň (středně těžká závislost) - jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **pět nebo šest** základních životních potřeb
- 8 800 Kč, jedná-li se o III. stupeň (těžká závislost) - jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **sedm nebo osm** základních životních potřeb
- 13 200 Kč, jedná-li se o IV. stupeň (úplná závislost) - jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **devět nebo deset** základních životních potřeb

Výše příspěvku na péči je závislá na věku příjemce a na míře jeho závislosti na pomoci od druhé osoby. Příspěvek je určen na úhradu pouze potřebných služeb. " *Výhodou takového systému je zvýšení autonomie jednotlivých podpořených osob, nevýhodou pak jeho vyšší fiskální náročnost a nemožnost přímé kontroly vynaložení této dávky. Často se totiž stává, že příjemci tyto dávky považují za klasický příjem a nevynaloží je na sociální služby.*"
20

1.5 Posuzování stupně závislost

Zatím neexistuje jednotná metodika posuzování pro posudkové lékaře a pro sociální pracovníky. Každý má své vlastní instrukce, dle kterých se při posuzování postupuje. V následujících tématech se budeme zabývat posuzováním závislosti, jak z pohledu posudkového lékaře, tak dle postupů a instrukcí, kterých se drží sociální pracovníci při průběhu sociálního šetření.

²⁰OCHRANA, František a kol. *Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. Praha. 2010, s. 168

Posuzování posudkovým lékařem

Níže popsané oblasti zvládání základních životních potřeb upravuje instrukce, kterou se řídí posudková lékařská služba (dále jen LPS) na OSSZ. Pro posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti platí obecné principy posudkové činnosti, vycházející ze zjištěného stavu věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. OSSZ vychází při posuzování stupně závislosti osoby ze zdravotního stavu, který je doložen nálezem vydaným obvodním lékařem posuzovaného, dále posudkový lékař vychází z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Závislost v jednotlivé základní životní potřebě a stupeň závislosti lze stanovit až v době, kdy je skončeno poskytování nezbytné zdravotní péče, pokud proběhla základní rehabilitace a zdravotní stav a funkční schopnosti jsou jistým způsobem ustálené. K uznání neschopnosti, zvládat základní životní potřebu z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, postačuje prokázání neschopnosti zvládat alespoň jednu z aktivit, které jsou obsahem každé oblasti základních životních potřeb (vymezení jednotlivých aktivit a schopností zvládat dané základní životní potřeby viz níže).²¹

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- a) mobilita
- b) orientace
- c) komunikace
- d) stravování
- e) oblékání a obouvání
- f) tělesná hygiena
- g) výkon fyziologické potřeby
- h) péče o zdraví
- i) osobní aktivity
- j) péče o domácnost

²¹ Ministerstvo práce a sociálních věcí. Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č.15/2016

Od 1. 9. 2016 nabyla účinnost novely vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Tato vyhláška je základním dokumentem hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby, pro účely přiznání jednotlivých stupňů PnP. Nyní podotkneme na změny, které nastaly ve vymezení základních životních potřeb, a podala bych k jednotlivým potřebám bližší popis. Tyto charakteristiky jsou důležité zejména pro sociální pracovníky ÚP, kteří by je měli znát a měli by být schopni, při provádění úkonů sociálního šetření, odborně posoudit samostatnost a soběstačnost klientů, při zajišťování vlastních základních potřeb.

a) Mobilita

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat: vstávání a usedání, stoj, zaujímat a měnit polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v bytě a běžném terénu v dosahu alespoň 200 metrů, a to i po nerovném povrchu, otevírat a zavírat dveře. Měli by zvládat chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je.

b) Orientace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna: poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se osobou, místem a časem a v přirozeném sociálním prostředí, orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat.

c) Komunikace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna: vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku a sociálnímu postavení, chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv, vytvářet rukou psanou krátkou zprávu, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

d) Stravování

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna: vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nalít nápoj, rozdělit stravu na

menší kousky a naservírovat ji, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim, konzumovat stravu v obvyklém denním režimu, přemístit nápoj a stravu na místo konzumace.

e) Oblékání a obouvání

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna: vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

f) Tělesná hygiena

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna: použít hygienické zařízení, dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

g) Výkon fyziologické potřeby

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna: včas používat WC, zaujmout vhodnou polohu, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

h) Péče o zdraví

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna: dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovené preventivní, léčebné a léčebně rehabilitační a ošetrovatelské postupy a opatření a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky, rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc.

i) Osobní aktivity

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna: navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami, plánovat a uspořádat osobní aktivity, být ve styku se společenským prostředím, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

j) Péče o domácnost

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna: nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádobí, obsluhovat topení, udržovat pořádek.²²

Posuzování sociálním pracovníkem

Od 1. 9. 2016 platí nová instrukce k posuzování zdravotního stavu. Ta sjednocuje některé oblasti, které byly v předchozích instrukcích rozdílné. Jako důležité zmíníme, že výstupem sociálního šetření pro účely řízení o příspěvek na péči je písemný záznam ze sociálního šetření, který slouží jako jeden z podkladů pro vypracování posudku lékařem LPS OSSZ. Znamená to tedy, že posudkový lékař musí ze sociálního šetření vycházet. Sociální šetření se provádí zpravidla co nejdříve, nejpozději však do jednoho měsíce od podání žádosti.²³

Záznam musí obsahovat komplexní informace ke schopnosti samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí. Nedílnou součástí záznamu je proto popis aktuální situace žadatele včetně jeho potřeb, které lze v rámci řízení spojovat především s účelem samotné dávky, spočívajícím v podílu na zajištění potřebné pomoci a podpory. Sociální pracovník by měl být schopen akceptace bez předsudků, což nebývá vždy jednoduché. S akceptací také souvisí nemoralizování. Je totiž velmi jednoduché vyhodnotit klienta a označit ho za neschopného, nemožného a beznadějného. Sociální pracovník by měl za každých okolností zachovávat vzhledem k situaci klienta mlčenlivost, měl by být tedy diskrétní.²⁴

Při sociálním šetření zohledňuje nejen jednotlivé aktivity, které spadají pod každou posuzovanou základní životní potřebu v rámci péče o vlastní osobu, ale také si všímá dalších sociálních složek jimiž jsou: výdělečná činnost/školní povinnosti posuzovaného, rodinné vztahy, sociální vztahový rámec (mimo členy rodiny), sleduje a zaznamenává si, jak vypadá domácnost a prostředí, ve kterém klient žije. Poté sociální pracovník zpracuje závěr z celého sociálního šetření, ve kterém mimo jiné zmíní i svůj osobní názor a pohled na celkovou situaci klienta a dle svého uvážení navrhne i výši stupně závislosti.

Nyní si pro představu popíšeme na příkladu z praxe konkrétní postup a co je obsahem zápisu sociálního šetření.

²²Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

²³CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha. 2013, s. 60

²⁴GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce pro pedagogické obory*. Praha. 2011, s. 37

JAKUB, 22 LET

Schopnost pečovat o vlastní osobu:

Jakub je mobilní, má ale často závratě, motá se mu hlava. Jiné potíže nemá, potřebuje doprovod z důvodu jeho diagnózy. Bez matky se nikde po venku pohybovat nemůže – nemá odhad, nevnímá provoz na silnici, vběhl by s klidem pod auto, neuvědomuje si následky, nevnímá silnici. S matkou se dopravuje po městě MHD, když jdou spolu nakoupit do Tesca nebo se provětrat, aby nebyli pořád doma. Vycházky mu nevadí, mezi lidmi působí normálně, nikdo by na něm nic na první pohled nepoznal, pokud nepromluví. Má často výkyvy a bývá roztěkaný (stereotypní pohyby prstů, ošívání se).

Zrak a sluch je přiměřený. Jakub nevnímá realitu kolem sebe, žije ve svém vlastním světě. Neví co je dnes, co je včera, není orientovaný, nerozumí, matka přesně nedokázala říct, do jaké míry chápe, co se kolem něho děje a co slyší. Nechal by se odvést cizí osobou, odešel by s kýmkoliv. Proto potřebuje neustálý dohled a doprovod. Neví, co jsou peníze. Soužití s rodinou funguje dobře, vychází s každým, moc se nezapojuje, pozoruje, nic moc kolem sebe nevnímá. Občas se jen tak pro nic za nic usměje. Nejeví o nic zájem. Jakub je klidný, neagresivní kluk.

Neumí smysluplně mluvit, nevyjádří se. Často opakuje, co slyší kolem sebe, „papouškuje“. Má svoji mluvu a výrazy, drmolí a slova komolí, není mu prakticky rozumět. Matka porozumí nejvíc, je na něj už zvyklá. Občas ale také nerozumí, jen mu dá za pravdu nebo mu něco odsouhlasí. V průběhu rozhovoru s matkou seděl u stolu s námi, poslouchal a díval se neustále z okna, občas řekl, že „bude bourat hotel, okna spravit, nové okno, musí spravit“. Znamenalo to, že slyšel od matky, že mají stará okna a budou je měnit. Vneslo se mu to do paměti a neustále o tom pořád mluví, stejné věty a slova používá pořád dokola. Často si doma mluví pro sebe, souvislého a kloudného nic neřekne (slova komolí, má svoji řeč a výrazy). Obsahu naší konverzace s matkou nerozuměl. Na spoustu věcí mi kývnul, ale nechápe. Symboly nechápe, na přechodu by ho zajelo auto, spotřebiče neovládá (ani rychlovarnou konvici). Matka sdělila, že by se byl schopen opářit. Jednou si přiložil na ruku horkou žehličku, viditelná stopa na předloktí. Matka při tom však byla, jen se otočila a v mžiku se tak stalo, nenechala by ho bez dozoru. Reagoval jen na to, co ho zaujalo, například když jsme se bavili o jeho „zájmech“. V obchodech si vybírá rád DVD, jaký obal se mu líbí, to chce. Matka mu

občas nějaké DVD s pohádkou nebo dětskou tematikou koupí. Poté neustále opakoval „DVDčko, Kameňák trojka“. (pravděpodobně se na film díval s matkou, líbil se mu film i obal DVD). Obsahu filmu nebo pohádek však nerozumí, jen se dívá, je u toho spokojený. Citovým projevům nerozumí, emoce nechápe. Nedovede nic napsat, podpis zvládl, jen když mu matka napsala tiskacím písmem jeho jméno na papír. On vzal tužku a dle vzoru to kostrbatě (mimo řádek a nepřiměřenou velikostí písma) opsal. Bez předlohy by nenapsal písmeno.

Stravu připravuje a podává matka. Jakub si sám od sebe nic nevezme (z lednice ani rohlík). Matka před něj musí postavit jídlo a říct, ať se nají. Drží nad ním dohled, aby se najedl. Dobře zvládá jíst lžící, příbor nepoužívá, jídlo by mu padalo a bylo by to všude kolem. Nápoj si sám nenalije, čaj neuvaří, opařil by se. Matka jídlo nakrájí. Dohlíží na Jakuba pokaždé, když jí. Není v této oblasti soběstačný.

Výběr oděvu nezvládá, vše musí přichystat matka. Rub a líc nerozezná, oblékl by si i špinavé prádlo. Sám má snahu si obléct občas tričko, ale potřebuje se vším dopomoc. Knoflíky, zipy a tkaničky nezvládne. Matka mi sdělila, že její péče je srovnatelná s tím, když měl Jakub pět let.

Ranní hygienu Jakub provede s dopomocí matky, navíc bez instrukcí, doprovodu do koupelny a pokynů by nic nevykonal. Zuby se snaží čistit sám, ale nedostatečně, matka dočišťuje. Pro celkovou hygienu platí to samé, potřebuje kontrolu a instrukce, dopomoc.

Na WC jde sám, ale matka se ho musí o potřebu ptát. Jde většinou s ním, při velké potřebě nutná dopomoc s očistou. Když jde Jakub na záchod sám, nespláchne po sobě.

Nad léčebným postupem a podáváním léků bdí matka, léky připravuje a podává mu je. Sám by se nedokázal ošetřit. Nemá míru ani hranice (na přechodu by ho srazilo auto, spálil se o žehličku apod.). Pomoc by si nebyl schopen přivolat.

Osobní aktivity omezené. Má rád barevné obrázky a obaly DVD. Na základě toho, si občas vybere, jakou pohádku chce vidět, matka mu někdy DVD koupí a dívají se spolu. Obsahu nerozumí, sleduje jen děj a obraz. Jak jsme se o tom bavily s jeho matkou, náhle vyhrkl „Čiko, Čiko“. (údajně si vybavil postavu pejska z jednoho filmu). Jiné aktivity nemá, chodí s matkou na procházky do města, jezdí na výlety v létě. S dětmi jeho starší sestry si nevyhraje. Doma mají asi tři kočky – na ty občas zavolá jménem, jedna ho ale nemá ráda, již několikrát

Jakuba sekla a poškrábala (dle slov matky, jakoby to kočka cítila, že Kuba není v pořádku, není „normální“).

Péči o domácnost zabezpečuje matka. Jakub nic neovládá, nezapne, nespláchne po sobě toaletu, mobilní telefon neovládá, nedokáže to.

Výdělečná činnost/školní povinnosti:

ID III., chodil do Danety od 7 -21 let (třída autistická, poté speciální smíšená)

Rodinné vztahy

Jakub žije v bytě se svoji maminkou a čtyřmi dalšími členy rodiny (dcera matky a její tři děti). Rodina je pospolu spokojená, vztahy fungují, ale matka Jakuba by si už přála mít s ním více soukromí a prostoru, uvažují o novém samostatném bydlení.

Sociální vztahový rámec (mimo rodiny):

Kuba s nikým kontakt nenavázal ani nenavazuje. Matčin přítel občas chodí na návštěvy, Kubu má rád, ale nežije s nimi. Jakub reaguje na všechny stejně, na matku je pravděpodobně zvyklý, ale není vázaný, dle jejích slov by Jakub na ulici odešel i s cizím.

Domácnost: Prostorný byt pro šestičlennou rodinu, 3+1, balkón. V domě je výtah.

Prostředí: V okolí domu dobrá dostupnost služeb, MHD, obchod aj. Jakub se po okolí pohybuje pouze za doprovodu.

Jiná zjištění: Jakub bude mít stanoveného opatrovníka – bude jím pravděpodobně dcera matky (Kubova starší sestra).

Závěr: Jakub je plně závislý na druhé osobě. Sám se není schopen o sebe v jakékoliv oblasti postarat. Nutný je dohled a dozor, mnohdy ani instrukce nic nevyřeší. Soběstačný je pouze v mobilitě. Matka se mu věnuje celý život, chodil i do Danety, výsledky ale prakticky mizivé. Jakubův stav je dle jeho matky pořád stejný a neměnný. IV. stupeň PnP považuji za účelný a adekvátní s neomezenou platností.

1.6 Zvýšení příspěvku na péči

Vycházíme-li ze zákona o sociálních službách, příspěvek na péči se zvyšuje o částku 2 000 ,- Kč měsíčně v případě splnění následujících podmínek.²⁵

- Z důvodu nízkého příjmu oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných: nezaopatřenému dítěti do 18-ti let věku, kterému příspěvek náleží a rodiči, kterému náleží příspěvek, a který pečuje o nezaopatřené dítě do 18-ti let věku, jestliže rozhodný příjem oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných je nižší než dvojnásobek částky životního minima oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných podle zákona o životním a existenčním minimu.
- Z důvodu podpory zdravotně postižených dětí předškolního věku: nezaopatřenému dítěti od 4 do 7 let věku, kterému náleží příspěvek ve stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost).

Pokud rodina spadá do obou kategorií (díky věku i nízkému příjmu), nárok příjemci příspěvku na péči vzniká pouze jednou, to znamená, že nemá nárok na zvýšení příspěvku o 4000 Kč, ale jen o 2000 Kč. Doposud jsme charakterizovali, co to příspěvek na péči vlastně je, komu a za jakých podmínek je tato dávka určena, v jaké možné výši je dle legislativy vyplácen a jak a podle jakých kritérií se posuzuje stupeň závislosti. V další kapitole si vysvětlíme a popíšeme, jaký je průběh správního řízení ve věci příspěvku na péči a v jakých krocích se chronologicky postupuje.

²⁵ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

2 PRŮBĚH ŘÍZENÍ ŽÁDOSTI O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

V následující kapitole se zaměříme na jednotlivé body průběhu celého procesu ve věci příspěvku na péči, od podání žádosti ze strany klienta na příslušnou pobočku Úřadu práce ČR, a jak se zpravidla dále postupuje. Mimo odborné literatury a příslušných právních předpisů budu vycházet místy také ze své osobní praxe. V následujících bodech si popíšeme, co nás čeká po řádném podání žádosti. První úkon, který správní orgán provede v zastoupení svých sociálních pracovníků, je tzv. sociální šetření.

2.1 Sociální šetření

*"Sociální šetření je jeden z postupů uplatňovaných v rámci sociální práce. Dochází při něm nejen k určitému ověření (kontrole) údajů, které osoba uvedla k dokreslení své sociální situace, ale i k posouzení sociálních poměrů, mezi něž patří především vztahy v rámci rodiny i vztahy osoby žádající o pomoc k širšímu sociálnímu okolí. Sociální šetření se musí vždy uskutečňovat se souhlasem osoby, u které bude sociální šetření prováděno."*²⁶

Sociální šetření provádí pracovník obecního či krajského úřadu, při kterém zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném prostředí z hlediska péče o vlastní osobu a soběstačnosti. O provedeném šetření vyhotovuje tento pracovník písemný záznam, který na požádání předkládá posuzované osobě.²⁷

Jednou ze součástí náplně práce sociálních pracovníků na úřadu práce je provádění pravidelných sociálních šetření v přirozeném sociálním prostředí (nejčastěji v domácím prostředí klientů). Jak již ale bylo zmíněno, dle výše uvedené novelizace zákona o sociálních službách, lze toto šetření provádět i v průběhu hospitalizace žadatele. Do 1. 8. 2016 platilo, že pracovníci úřadu práce nemohli provádět povinné sociální šetření ve zdravotnických zařízeních. Cílem sociálního šetření je *"zjišťování schopnosti samostatného života v přirozeném sociálním prostředí a to znamená, že sociální šetření je rámcově zaměřeno na získání kompletního přehledu o potřebách žadatele a jeho sociální situaci, která vypovídá o dopadech zdravotního postižení do celkového sociálního fungování. Identifikace míry podpory*

²⁶ BECK, Petr et al. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením*. Olomouc. 2012, s. 143

²⁷ KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha. 2011, s.146

v jednotlivých oblastech života rovněž napomáhá k ověření plnění podmínek nároku na příspěvek na péči a jeho výši." ²⁸

Pracovník úřadu práce oddělení příspěvku na péči telefonicky kontaktuje žadatele nebo jeho zástupce (v případě, že byl náležitě vyplněn formulář plné moci), aby se domluvil na termínu návštěvy. Sociální pracovník zjišťuje při sociálním šetření schopnost samostatného života klienta a míru jeho soběstačnosti při zvládání výše popsaných základních životních potřeb. Sociální šetření je založeno především na tom, co žadatel (klient) sociálnímu pracovníkovi sdělí ohledně svých potíží, potřeb a schopností zvládat jednotlivé posuzované oblasti svého života.

Sociální pracovník toto sdělení doplňuje o nezbytné pozorování a osobní pohled na klienta a jeho prostředí, kde žije. Pracovník pokládá klientovi jednoduché otázky týkající se toho, co je schopen či není schopen zvládat. Pokud klient z důvodu svého zdravotního stavu nemůže adekvátně komunikovat, rozhovor je veden s jeho zástupcem, který mu odpovídá. Pracovníci také sledují stav domácnosti, atmosféru v prostředí klienta a porovnávají, zda to, co klient o svém zdravotním stavu a svých schopnostech říká, je v souladu s tím, jak se v přítomnosti sociálního pracovníka projevuje. Sociální pracovník si v průběhu šetření dělá poznámky, které poté slouží k vypracování záznamu ze sociálního šetření. Tyto poznámky je povinen na požádání předložit a klient, případně další přítomné osoby, poté tyto podklady podepisují.²⁹

Na sociálním šetření musí být přítomen žadatel. Mohou se zúčastnit i další osoby, typicky se jedná o rodinné příslušníky a osoby pečující. V rámci šetření se sledují tyto oblasti: schopnost pečovat o vlastní osobu, výdělečná činnost klienta či školní činnost, rodinné vztahy, sociální vztahový rámec, domácnost a prostředí. Doba sociálního šetření není nijak limitovaná, záleží z velké míry na zdravotním stavu klienta, jeho schopnostech a ochotě s pracovníkem komunikovat. Z praxe je rozhovor zpravidla veden v obvyklém časovém rozpětí 1 - 2 hodin. Zpracovaný záznam ze sociálního šetření je součástí spisu a slouží jako podklad pro posouzení zdravotního stavu vzhledem k nároku na příspěvek lékařskou posudkovou

²⁸MPSV. Instrukce č. 5/2015. Věc: *Postup při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči* podle zákona o sociálních službách

²⁹MUSIL, Libor et al. *Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči*. Praha. 2011, s. 35

službou (LPS). Někdy je potřeba vést rozhovor (jeho část) bez účasti žadatele. Například v situacích, kdy klient projevuje agresivitu a nesouhlas se svým stavem a jeho projevy a stav popírá, vykládá jinak (např. u demencí, psychiatrických poruch či autismu).

*"Sociální šetření v rodině by mělo současně podpořit i spolupráci členů rodiny na řešení nepříznivé sociální situace žadatele. Pokud při sociálním šetření vyjdou najevo jiné problémy v sociálním fungování rodiny, je žádoucí, aby se sociální pracovník pokusil rodině nabídnout či zprostředkovat kvalifikovanou pomoc. Například dává podnět ke spolupráci se sociálními pracovníky sociálního odboru místně příslušného obecního úřadu, nebo zprostředkovává poskytování sociálních služeb apod."*³⁰

2.2 Problematické aspekty sociálního šetření

V souvislosti s realizací sociálního šetření lze hovořit i o problematických aspektech. Může se jednat o potíže, které se váží ke zjištěním skutečné podoby závislosti žadatele na pomoci druhé osoby, myslíme tím reálnou situaci žadatele. Hovoříme o míře objektivit - sociální šetření je z velké části ovlivňováno samotným žadatelem, jeho ochotou komunikovat a spolupracovat se sociálním pracovníkem a také jeho schopností odpovídat na otázky a vypovídat o tématech, která jsou předmětem zjišťování. Na straně žadatele o příspěvek na péči je důležitá důvěra v korektní jednání sociálních pracovníků, dále aby se žadatel nebál a neostýchal otevřeně hovořit o svých potížích, pokud mu v tom však nebrání jeho zdravotní stav. Důležité také je, aby přítomné osoby při sociálním šetření podávali pouze pravdivé informace. Výpovědi žadatelů nemusí být vždy objektivní. Závisí na tom několik faktorů, a těmi jsou jednak komunikační a kognitivní schopnosti žadatele, ale také jeho postoj a vůle se podrobit sociálnímu šetření, někdy se setkává praxe také s jistou strategií pečujících osob. Máme tím na mysli například žadatelův ostych či snížené zdravotní schopnosti, při čemž žadatelé prezentují sebe sama jako více soběstačné, než ve skutečnosti jsou, nebo také naopak výpovědi osob pečujících, které mohou vykreslovat závislost žadatele jako daleko vyšší, než ve skutečnosti je. Náročnost sociálního šetření je dána také tím, že sociální pracovník vstupuje do kontaktu s klientem zpravidla poprvé, je pro něj zcela neznámý a neví, jaká je jeho

³⁰MPSV. Instrukce č. 5/2015. Věc: *Postup při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči* podle zákona o sociálních službách

diagnóza. Často také záleží na tom, jak se žadatel otevře a jaká vznikne důvěra mezi pracovníkem a klientem.³¹

*"Posouzení životní situace klienta je pravděpodobně jedním z nejkontroverznějších a nejobtížnějších témat v sociální práci. Kontroverznost procesu posouzení je patrně založena snahou sociálního pracovníka uchopit pravdu o životě člověka. Potřeba posouzení životní situace je obvykle vyvolána obtížnou životní událostí, problémy či zlomovým úkolem, které vedou klienta k sociálnímu pracovníkovi. Závažnost procesu posouzení je ovšem dána nejen okolnostmi, které jeho potřebu vyvolaly, ale zejména pak tím, že na jeho výsledku závisí další postup sociálního pracovníka, a tedy i ve značné míře (přinejmenším v některých případech) osud osob, které jsou sociálním pracovníkem posuzovány. Takovéto souvislosti vzbuzují vedle otázek ohledně pravdy a poznání, také otázky související s mocí a etikou sociální práce."*³²

Ze stran pečujících osob může také docházet k manipulování - sociálnímu pracovníkovi jsou informace podány nepravdivě nebo neúplně tak, aby jednotlivé body záznamu ze sociálního šetření zahrnovaly co možná nejvíce nezvládaných úkonů a přemíru nesoběstačnosti osoby, které má být příspěvek na péči přiznán, s cílem co nejvyššího přiznaného stupně podpory. Průběh a výsledek sociálního šetření je závislý nejen na přístupu žadatele a pečujících osob, ale i na znalostech a zkušenostech konkrétního sociálního pracovníka. Zkušený kvalifikovaný sociální pracovník jistě lépe popíše celý proces a zohlední veškeré náležitosti, které do problematiky spadají než pracovník, který je na pozici krátkou chvíli a není to dlouho, co dostudoval vysokou školu a nemá patřičné zkušenosti. Záleží také na tom, na co se pracovník zaměřuje, čemu věnuje největší pozornost při sociálním šetření, a co naopak vnímá jako irelevantní. V praxi se můžeme setkat jak s nadhodnocením tak s podhodnocením závislosti, a to v situaci, kdy žadatele ani sociálního pracovníka nenapadne zaměřit se na určitou oblast zvládání péče o vlastní osobu a domácnost. Toto riziko je velmi pravděpodobné díky tomu, jaká existuje velká různorodost klientely o příspěvek na péči (děti, dospělí, senioři, metabolické poruchy, autismus, duševní onemocnění, osoby s onkologickým onemocněním, osoby s mentálním, pohybovým, smyslovým, kombinovaným a jiným typem zdravotních omezení a postižení). Jako další problematický aspekt můžeme uvést fakt, že sociální pracovníci nemají mnohdy možnost objektivně posoudit životní situaci žadatele, protože se na realizaci sociálního šetření nemůžou předem připravit. Tímto se dostáváme k

³¹ MUSIL, Libor et al. *Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči*. Praha. 2011, s. 90 - 98

³² CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha. 2013, s.56

problému již řečenému - znalost, v našem případě neznalost základních informací zejména o zdravotním stavu žadatele. Tyto informace nejsou standardní součástí žádosti o příspěvek a poskytnutí takových informací sociálním pracovníkům je tedy ze strany žadatele či jeho zástupce zcela dobrovolnou záležitostí.³³

V případě, že sociální šetření je prováděno u poskytovatele sociálních služeb se také může stát, že pracovník o žadateli před samotným sociálním šetřením nemá prakticky žádné informace. Situace není pro sociálního pracovníka vůbec lehká, protože nemá z čeho těžit, nemůže předem dobře zacílit sociální šetření tak, aby zjišťoval jen ty skutečnosti rozhodné pro každodenní život žadatele a nikoliv jen hrubou sadu nepřesných informací na to, aby v krátkém čase sociálního šetření s jistotou zachytil všechny skutečné souvislosti jeho nepříznivé zdravotní situace. Krátkým časem v tomto případě rozumíme hodinu, maximálně hodinu a půl. Zajisté by byl žádoucí, pro zvýšení míry objektivity posouzení životní situace klienta, dlouhodobější kontakt s žadatelem příp. i jeho rodinou v jeho přirozeném prostředí, a také aby sociální šetření probíhalo v sériích několika návštěv. Na druhou stranu, dle názorů některých posudkových lékařů by bylo však dobré pro zvýšení objektivity sociálních pracovníků to, aby nezjišťovali dopředu a případně ani v průběhu sociálního šetření informace o typu onemocnění žadatele. Problém, se kterým se také sociální pracovník často potýká při sociálním šetření je žadatel, který sice potřebuje intenzivní pomoc se sebeobsluhou a zajištěním chodu domácnosti, avšak typ jeho zdravotních potíží nesplňuje podmínku nároku na příspěvek, která hovoří o tom, že závislost na pomoci druhé osoby musí trvat alespoň jeden rok. Ve většině případů se jedná o osoby, které prodělaly těžký úraz, nebo osoby po mozkových mrtvicích. V této souvislosti můžeme hovořit o nevhodnosti nastavení parametrů nároků na příspěvek na péči, resp. funkci příspěvku, která zatím tuto akutní vysokou avšak přechodnou potřebu péče nepokrývá.³⁴

2.3 Charakteristika sociálního pracovníka a typologie přístupů k praxi

V následující podkapitole budeme charakterizovat osobu sociálního pracovníka, a to jakými osobnostními, sociálními a emocionálními předpoklady a vlastnostmi by měl ve své práci s lidmi disponovat.

³³ MUSIL, Libor et al. *Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči*. Praha. 2011, s. 90 - 98

³⁴ Tamtéž s. 90-98

Sociální pracovník je samostatný profesionál vzdělaný v oboru, který se řídí etickým kodexem své profese. Ve vztahu ke každému klientovi uplatňuje citlivý a individualizovaný přístup, který zahrnuje respekt k jeho právům i potřebám. Ctí princip dobrovolnosti spolupráce ze strany žadatele a nabízí odpovídající podporu a pomoc, která koresponduje s celkovým charakterem této pomáhající profese. Práva a povinnosti sociálního pracovníka jsou určeny právními předpisy, zaměstnavatelem a profesními standardy.³⁵

V kontextu řízení o příspěvku na péči, v procesu správního řízení je žadatel povinen podrobit se sociálnímu šetření. Sociální pracovník by měl umět klienta i jeho okolí dostatečně motivovat k dobrovolné spolupráci, neboť jednou z podmínek optimálního průběhu sociálního šetření je i získání kvalitního výsledku. Veškeré etické zásady sociálních pracovníků, jejich chování, přístup k lidem a osobnostní charakteristika vychází z etického kodexu sociálních pracovníků ČR. Sociální pracovník by měl za všech okolností klienta respektovat, jinými slovy by měl přijímat klienta takového, jaký je, i s jeho pozitivními a negativními stránkami. Alfou i omegou v práci s lidmi všech pomáhajících profesí je nezbytný individuální přístup ke klientovi - přistupovat k němu nezaujatě, s úctou, trpělivostí a empatií. Pracovník by měl vytvářet co možná nejvíce bezpečné prostředí pro klienty, nabízet jim důvěryhodný a profesionální spolupracující vztah v souvislosti s řešením jeho individuální situace. Nezbytná je schopnost komunikace, přiměřený odstup - tím myslíme umění rozlišovat mezi nutnou profesionalitou a osobním vztahem a inklinací ke klientovi.³⁶

Sociální pracovník by měl být klientovi schopen dále nabídnout pomoc v podobě základního sociálního poradenství a také poskytnout mu informace o návaznosti jiných sociálních služeb a o dalších možnostech, jak a kde řešit vhodně svůj aktuální problém či nepříznivou sociální situaci. Ze strany sociálního pracovníka na úřadu práce by měly být klientovi podány informace o jeho právech a povinnostech, pracovník by mu měl předat poučení, které se vztahuje na jeho práva v souvislosti s řízením ve věci příspěvku na péči a za tímto účelem by mu měl nabídnout individuální podporu.³⁷

Dále sociální pracovník spolupracuje s rodinou nebo blízkými osobami klienta se záměrem podporovat setrvání klienta v jeho přirozeném prostředí. Všichni sociální pracovníci

³⁵MATOUŠEK, O., a kol., *Metody a řízení sociální práce*. Praha. 2003.

³⁶MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha. 2011, s.55

³⁷MPSV. Instrukce č. 5/2015. Věc: *Postup při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči* podle zákona o sociálních službách

jsou vázáni mlčenlivostí (osobní údaje, informace o zdravotním stavu aj.) a výkon sociálního pracovníka z úřadu práce je spjat se spoluprací s lékařskou posudkovou službou na OSSZ.

V sociální práci všeobecně je velice důležité, jak sociální pracovník přistupuje ke klientovi. Následně uvedeme jednu z typologií, která je zajímavá tím, jakým způsobem může sociální pracovník přistupovat k praxi. Všechny níže popsané typy (přístupy) se v běžné praxi prolínají.³⁸

Angažovaný sociální pracovník - jeho práce s lidmi je založena na osobních morálních hodnotách. S klienty jedná lidsky, respektuje je jako jedinečné bytosti se svými individuálními potřebami a problémy a snaží se při práci s nimi využívat svoji empatii. Vychází z toho, že sociální pracovník by měl skutečně pečovat o své klienty se zájmem, porozuměním a mít s nimi " přátelský vztah". Sám sebe vnímá na prvním místě jako člověka, až poté jako sociálního pracovníka. Tento typ sociálního pracovníka se však může dostat do problému, že by mohl být obviňován ze stranění některým klientům. Tomu nahrává fakt, že mezi pracovníkem a klientem může snadno vzniknout osobní vztah a na straně druhé může dojít k vyhoření. Je proto důležité, aby se pracovník v ideálním případě pohyboval v institucionálním rámci práv a povinností. Oproti tomu neangažovaný sociální pracovník pojímá svoji práci jako rutinu často bez osobního přístupu ke klientovi, jeho chování provází arogance, necitlivost a lhostejnost pracovníka tváří v tvář naléhavým problémům klienta. V literatuře se dále uvádí radikální sociální pracovník - s výše uvedeným má společné to, že vkládá své osobní hodnoty do praxe. Jeho práce není založená na bezpodmínečné péči, ale zpravidla je postavená na zákonech, pravidlech, předpisech. Za další uveďme byrokraticky založeného sociálního pracovníka - cílem práce takového pracovníka je manipulace s lidmi v zájmu jejich změny. Hodnoty profesní i osobní jsou v tomto modelu oddělené. Pracovník jedná přísně v mezích zákona, nevnáší do vztahu své osobní pocity a názory. Často se s tímto typem byrokrata můžeme setkat ve státní sféře na úřadech. Kopřiva (1997) dále uvádí pracovníka profesionála, který má za hlavní priority práva a zájem klientů. Pracovník se vždy řídí etickým kodexem, je vzdělaný v oboru a řadí se do role nezávislého profesionála. V této souvislosti je vztah mezi klientem a pracovníkem založený na spolupráci. Je třeba vyvážit rovnovážnost vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem, s cílem upevnění práv klientů.

³⁸MATOUŠEK, O. a kol., *Metody a řízení sociální práce*. Praha. 2003, s. 46

Klient dostává v kontextu profesionálních vztahů větší váhu moci. Tuto moc však reguluje a kontroluje sociální pracovník.³⁹

2.4 Posuzování zdravotního stavu

V prvním kroku této fáze žadatel nebo jeho zástupce obdrží od úřadu práce dopis s názvem Usnesení o přerušení řízení. Nejedná se o žádné negativní stanovisko ve vztahu k podané žádosti. Účel dopisu je ryze administrativní. Jde o to, že vypracování lékařského posudku převyšuje běžnou délku správního řízení. Jako důležité zmíníme to, že výstupem sociálního šetření pro účely řízení o příspěvku na péči je písemný záznam ze sociálního šetření, který slouží jako jeden z podkladů pro vypracování posudku lékařem LPS OSSZ.⁴⁰

Jedná se o zápis, jehož obsahem je soupis jednotlivých zvládaných či nezvládaných úkonů soběstačnosti a samostatnosti klienta v oblasti základních životních potřeb, dále tyto informace slouží posudkové komisi jako pomocné podklady pro stanovení stupně závislosti společně s lékařskými diagnózami. U osob mladších, do 18-ti let, se hodnotí nejen schopnosti zvládat základní životní potřeby, ale také míra mimořádné péče, kde se porovnává rozsah, intenzita a náročnost péče, kterou je třeba věnovat posuzované osobě se zdravotním postižením, s péčí, kterou je třeba věnovat zdravé osobě téhož věku.⁴¹

Lékařské zprávy o zdravotním stavu klienta si vyžádá samotná OSSZ od praktického lékaře. Sociální pracovníci tyto zprávy nemohou vlastnit ani z nich vycházet, nejsou oprávněni nahlížet do jakýchkoliv lékařských záznamů. Často se v praxi můžeme setkat se skutečností, že klient toto vědomí nemá a myslí si, že sociální pracovník zná jeho zdravotní diagnózy a může tak při sociálním šetření vycházet z jeho zdravotní dokumentace. Tato představa je však zcela mylná. Je pak tedy na samotném klientovi, co a do jaké míry sociálnímu pracovníkovi na sociálním šetření sdělí nebo s čím se mu svěří. V zápisu, který se dále postoupí lékařské komisi na OSSZ, jsou záznamy jen ze zjištěné klientovi sociální situace, jinými slovy, jak je klient schopný samostatného života.

³⁹ KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha. 1997, s. 16

⁴⁰ MPSV. Instrukce č. 5/2015. Věc: *Postup při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona o sociálních službách*

⁴¹ HAVLÍČKOVÁ, Blanka, ed. *Kompendium judikatury. ZDR IV., Posudkové lékařství*. Praha. 2017, s. 192

Při posuzování se bere v úvahu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav žadatele a jeho dopad na schopnost zvládat úkony péče o vlastní osobu a být soběstačný. Lékařské výroky a termíny by v nich tedy od sociálního pracovníka neměly být zapsány. Zdravotní stav klienta tedy ve finále posuzuje lékařská posudková služba na základě žádosti obce s rozšířenou působností. Na základě nálezů praktických i odborných lékařů a výsledku sociálního šetření, lékař LPS příslušné OSSZ podklady vyhodnotí a vypracuje zdravotní posudek. Lhůta pro vydání posudku činí zpravidla 45 kalendářních dnů. Tyto posudky OSSZ zasílá zpět na příslušnou pobočku ÚP a v dalších krocích se pokračuje v doposud přerušném správním řízení. Řízení o příspěvku bude zastaveno, jestliže žadatel zemře před provedením sociálního šetření nebo je žadateli poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace.⁴²

Pro účely **dožádání** provede správní orgán úkon bez zbytečného odkladu (nebo ve lhůtě 30 dnů ode dne doručení žádosti). Dle § 13 správního řádu je v řadě případů třeba provést sociální šetření v místě skutečného pobytu osoby, které se nachází mimo obvod působení místně příslušné krajské pobočky úřadu práce. Mluvíme tedy o situacích, kdy jsou osobě poskytovány pobytové sociální služby v zařízení sociálních služeb a sociální šetření je třeba provést v tomto zařízení. Dle téhož paragrafu lze usnesením dožádat provedení sociálního šetření krajskou pobočkou ÚP, v jejímž obvodu působení se zařízení sociálních služeb nachází.⁴³

Co předchází samotnému vydání rozhodnutí? Jakmile úřad práce obdrží požadovaný posudek stupně závislosti, zasílá žadateli nebo jeho zástupci dopis s názvem Vyrozumění účastníka správního řízení. V tomto dopise správní orgán informuje o pokračování v řízení a možnosti žadatele či jeho zástupce se seznámit s podklady před vydáním rozhodnutí. Jinými slovy se jedná o skutečnost, že úřad práce obdržel posudek, na jehož základě bude vydávat rozhodnutí o příspěvku.

Žadatel či jeho zástupce zde mají možnost se s posudkem seznámit a případně se k němu vyjádřit nebo doložit doplňující dokumenty, např. nové lékařské zprávy. Jedná se pouze o právo, nikoli povinnost. Obvyklá lhůta na seznámení se s posudkem činí 8 dnů. Nedostaví-li se účastník řízení, může po uplynutí této lhůty úřad práce vydat rozhodnutí, které opět posílá žadateli či jeho zástupci. Pokud bude ÚP vydávat rozhodnutí o přiznání PnP v nejvyšším

⁴² ČELEDOVÁ,L. ČEVELA,R. a BOSÁK,M. *Posudková činnost v ordinaci praktického lékaře*. Praha,2015,s.100-102

⁴³ NEŽÁDAL,K., *Aplikace správního řádu v sociální péči*. Praha. 2006, s. 66 - 67

možném stupni závislosti s platností trvale (IV. stupně), pak se vyrozumění o možnosti seznámit se s posudkem žadateli neposílá.⁴⁴

2.5 Rozhodnutí

Jakmile se žadatel seznámí s posudkem nebo po uplynutí lhůty pro seznámení se s ním, vydává úřad práce rozhodnutí. Tohle sdělení obsahuje výrok o přiznání PnP v konkrétní výši od určitého měsíce, případně výrok o jeho nepřiznání.

Odůvodnění rozhodnutí obsahuje kromě jiného shrnutí průběhu řízení, souhrn lékařských zpráv, ze kterých vycházel posudkový lékař při vypracování posudku a výčet základních samostatně nezvládaných životních potřeb. V rozhodnutí by mělo být popřípadě i uvedeno, zda jde o osobu s úplnou nebo praktickou hluchotou, nebo o osobu hluchoslepu, anebo o osobu úplně nebo prakticky nevidomou.

Dále se v rozhodnutí nachází odůvodnění, proč orgán, který vydal rozhodnutí, považuje posudek za úplný, objektivní a přesvědčivý. V dokumentu je také uvedeno datum platnosti rozhodnutí (toto datum koresponduje s datem platnosti lékařského posudku). Příspěvek na péči může být přiznán trvale, tzn. s neomezenou platností a bez ohledu na věk žadatele, ale nárok na příspěvek může být také časově omezen. K tomuto dochází zpravidla u dětí i žadatelů, kteří nejsou v seniorském věku. Žadatel je také poučen a seznámen s tím, že proti rozhodnutí je možné podat odvolání do 15-ti dnů ode dne jeho doručení.⁴⁵

O **odvolání** hovoří také zákon o sociálních službách. Proti rozhodnutí ÚP o odvolání rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí, ovšem prostřednictvím úřadu práce. Znamená to, že odvolání se podává na krajskou pobočku úřadu práce, která napadené rozhodnutí vydala. MPSV má svou posudkovou komisi, která posuzuje a přezkoumává stupeň závislosti dané osoby. S poměrně velkou četností odvolání ze stran žadatelů se v praxi setkáváme často.

⁴⁴ ČESKO. Zákon č. 505/2004 Sb., správní řád. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-500#cast2>

⁴⁵ KRÁLOVÁ, J., Eva RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči, komentář, právní předpisy*. Praha. 2012, s. 61

Posuzovaný nejčastěji tímto krokem projevuje svůj nesouhlas vůči rozhodnutí, nevyhovuje mu navrhnutý stupeň příspěvku a snaží se tímto upozornit na jeho alarmující tíživou situaci.⁴⁶

Lhůta pro podání odvolání je 15 dnů od doručení rozhodnutí. Žadatel, který odvolání podává, by měl především dbát na řádné odůvodnění, zejména v čem spatřuje rozpor mezi skutečnostmi uvedenými v rozhodnutí a skutečným stavem věcí. Takovému žadateli se vyplatí zaměřit svoji argumentaci spíše na vlastní omezení zvládat konkrétní životní potřeby, než na záležitosti spojené s jeho nedostatečným finančním zabezpečením. Jakmile je odvolání v zákonné lhůtě řádně podáno, postupuje úřad práce celou spisovou dokumentaci nadřízenému orgánu MPSV do 30-ti dnů a písemně o tom odvolatele informuje. Samotný průběh odvolacího řízení je podobný tomu, který vedl prvoinstanční orgán, tj. úřad práce. Pouze s rozdílem, že sociální šetření zde není povinné a provádí se jen zřídka. Vypracované stanovisko posudkové komise se poté skrze referát MPSV zasílá odvolateli vyrozuměním a dále po uplynutí stanovené lhůty se zasílá žadateli nebo jeho zástupci rozhodnutí o odvolání. Proti tomuto rozhodnutí o odvolání již není možnost se odvolat. MPSV zasílá stejnopis rozhodnutí i příslušnému úřadu práce, který je povinen se jím řídit.⁴⁷

2.6 Výplata příspěvku na péči

Příspěvek na péči vyplácí krajská pobočka úřadu práce a výplaty probíhají měsíčně za každý kalendářní měsíc, za který náleží. Příspěvek je vyplácen dle místa trvalého bydliště nebo hlášeného pobytu oprávněné osoby. Způsob, jakým se příjemci příspěvek vyplácí, si určuje sám, většinou je vyplácena částka příjemci na bankovní účet či v hotovosti/složenkou. O změnu způsobu výplaty si může příjemce zažádat kdykoliv na příslušné pobočce ÚP. Příjemcem příspěvku je zpravidla oprávněná osoba, tj. osoba, které byl příspěvek přiznán.⁴⁸

Nárok na příspěvek mají i nezletilé děti nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, v takovém případě se stává příjemcem jejich zákonný zástupce. Zákonným zástupcem jsou rodiče dítěte, je-li dítě osvojeno, jeho osvojitelé a v případě, kdy tyto osoby nemohou dítě zastupovat, je soudem stanovený poručník, případně opatrovník. Soud

⁴⁶KRÁLOVÁ, J., Eva RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči, komentář, právní předpisy*. Praha. 2012, s. 62

⁴⁷ČESKO. Zákon č. 505/2004 Sb., správní řád. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-500#cast2>

⁴⁸ČESKO. Zákon č.108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*

ustanovuje opatrovníka osobám, které jsou zbavené způsobilosti k právním úkonům. V případě dětí je příspěvek vyplácen vždy pouze jednomu z rodičů.

Zastavení výplaty příspěvku na péči - výplata příspěvku se zastavuje v několika přesně stanovených případech. Zákon o sociálních službách dle § 14 a, odst. 1 říká, že příspěvek na péči se nevyplácí, jestliže je oprávněné osobě po celý kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu.

V roce 2007 se příspěvek vyplácel i do zdravotnických zařízení, k napravení této chyby došlo s **novelizací** tohoto zákona. Zákon hovoří také o povinnosti hlásit hospitalizaci. V současné době stále dochází k tomu, že známost povinnosti hlásit hospitalizaci není mezi příjemci a jejich poskytovateli rozšířena, takže se často nehlásí a v tomto případě vznikají přeplatky, které upravuje § 22 a rozhoduje o nich krajská pobočka Úřadu práce. V § 18 odst. 6 je dále uvedeno, že se výplata příspěvku zastaví v případě, že dojde ke změně trvalého pobytu. Poté krajská pobočka ÚP předá krajské pobočce ÚP příslušné podklady, podle místa nového trvalého pobytu, na jejichž základě byl příspěvek přiznán. Tato pobočka začne vyplácet příspěvek v měsíci následujícím po měsíci, v němž byla výplata příspěvku zastavena.

Podle § 14 odst. 2: *"Dosáhne-li oprávněná osoba 18 let věku, příspěvek se vyplácí od následujícího kalendářního měsíce ve výši podle § 11 odst. 2 odpovídající stupni závislosti stanovenému před 18. rokem věku. Současně krajská pobočka Úřadu práce zahájí řízení z moci úřední za účelem nového posouzení stupně závislosti."*

Zákon o sociálních službách v § 16 hovoří také o přechodu nároku na příspěvek a jeho výplatu. V případě, že žadatel zemře před pravomocným rozhodnutím a bylo již provedeno sociální šetření, vstupuje do dalšího řízení osoba blízká, asistent sociální péče, zařízení sociálních služeb, dále také zdravotnické zařízení poskytující sociální služby, dětský domov nebo speciální lůžkové zařízení hospicového typu. Podmínkou je, že poskytovali osobě pomoc a byli uvedeni v tiskopisu oznámení o poskytovateli pomoci. Jestliže se na péči podílelo více osob, nabývají nárok na příspěvek stejným dílem. To samé se týká případu, že o příspěvek bylo již rozhodnuto a žadatel zemřel.⁴⁹

⁴⁹Tamtéž

2.7 Kontrola využívání příspěvku

V odborné literatuře se setkáváme často s pojmem sociální kontrola. Dle sociologické teorie je chápána jako určitý sociální proces, při kterém se předávají lidem jisté standardy a sociální vzorce chování. Sociální kontrola je souhrnným označením všech mechanismů, které zajišťují řád a stabilitu společnosti. Význam tohoto slova je blízký tomu, který se spojuje s termínem "moc" jako možnost řídit lidi.⁵⁰

Kontrolu obecně můžeme definovat jako určitou formu zpětné vazby, s cílem získat objektivní představu o řízené realitě. Neuskutečnění kontroly může vést k tomu, že nebudou odhaleny nedostatky.⁵¹

Kontrola v našem pojetí je důležitým a nezbytným nástrojem sociálních pracovníků, kteří mohou zjišťovat pravý stav věcí a ověřovat správné využívání příspěvku na péči. Příjemce příspěvku je povinen se podrobit kontrole a sociální pracovníci zjišťují, zda byl příspěvek využit k zajištění pomoci od toho, kdo byl uveden v žádosti o příspěvek na péči, zda příspěvek plní svůj účel a peníze nejsou zneužívané na jiné potřeby jedince, než k zajištění péče a podpory. Sociální pracovníci také kontrolují, zda je osoba uvedená v žádosti zdravotně způsobilá a sama nepobírá příspěvek na péči. Krajská pobočka Úřadu práce kontroluje u poskytovatelů sociálních služeb, jestli je uzavřena smlouva o poskytování sociálních služeb, jestli je pomoc poskytována osobou blízkou nebo asistentem sociální péče, dále se prověřuje, jestli výše příspěvku odpovídá aktuálnímu zdravotnímu stavu. Kontroluje se také způsob poskytované pomoci v rozsahu odpovídajícímu stanovenému stupni závislosti.

52

V případě, že tomu tak není a sociální pracovník narazí při kontrole na problém či na neadekvátní využívání příspěvku, zahájí se řízení ve věci nového posouzení. Výsledky z kontroly zapisuje sociální pracovník do záznamu, který obsahuje nejen popis skutečností a nedostatků, ale také označení právních předpisů, které byly porušeny a záznam poté podepíše. Kontroly by měly být neohlášené.

⁵⁰ HOLÁ, Lenka a kol. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Praha. 2013, s. 291

⁵¹ SRPOVÁ, Jitka a kol. *Základy podnikání: teoretické poznatky, příklady a zkušenosti českých podnikatelů*. Praha. 2010, s. 126

⁵² ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*

3 ČINNOST OSSZ V AGENDĚ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

V předešlých kapitolách jsme popsali celý proces řízení o příspěvku na péči a jednotlivé postupy, kterými se řídí Úřad práce ČR a její pracovníci. V následující kapitole zmíníme stěžejní činnosti a jaké role zastávají posudkoví lékaři, jaké postupy volí při posuzování příspěvku z jejich pohledu v rámci agendy příspěvku na péči. V čem tedy spočívá náplň práce lékařské posudkové služby ve chvíli, po obdržení záznamu ze sociálního šetření zaslané ÚP.

Řízení o přiznání příspěvku je zahájeno na základě písemné žádosti, která je zaslána z ÚP na předepsaném tiskopisu MPSV. Krajská pobočka úřadu práce zašle na okresní lékařskou posudkovou službu (dále jen OLPS) místně příslušné OSSZ žádost o posouzení stupně závislosti osoby (žadatele). Dnem doručení žádosti z ÚP se zahajuje posudková činnost. Bez sociálního šetření nemůže posudkový lékař posudek vypracovat.⁵³

Jednotlivé úkoly, které jsou v kompetenci lékařské posudkové služby, mohou plnit pouze lékaři s atestací nebo v rámci její přípravy. V našem případě se zabýváme jedním z nich - posuzováním stupně závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči.⁵⁴

*"Posuzovat zdravotní stav pro účely provádění sociálního zabezpečení mohou jen kvalifikovaní odborníci v daném oboru, kteří splňují kvalifikační předpoklady stanovené zákonem 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 185/2009 Sb., v platném znění."*⁵⁵

Stupeň závislosti se hodnotí u osob do 18-ti let věku a osoby starší 18-ti let. Jedinou výjimkou je, že u mladších 18-ti let (u dětí) se nehodnotí oblast desátá, tj. péče o domácnost. Na žadatele o příspěvek je vždy nahlíženo ze dvou úhlů pohledů. V roli sociálního pracovníka se zaměřujeme zejména na schopnost osoby žít samostatný život v přirozeném sociálním prostředí (domov, zdravotnické zařízení s podmínkou hospitalizace déle než 60 dnů), poté sociální pracovník vyhotoví písemný záznam ze sociálního šetření.

⁵³ ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. Praha. 2012, s.73-74

⁵⁴ HAVLÍČKOVÁ, Blanka, ed. *Kompendum judikatury. ZDR IV. Posudkové lékařství*. Praha. 2017

⁵⁵ Lékařská posudková služba [online]. [cit. 25. března 2017]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba/>

Součástí žádosti o posudek je tedy jednak sociální šetření a kopie žádosti osoby o příspěvek. V žádosti krajské pobočky úřadu práce (dále jen KrP ÚP) musí být uvedeno jméno ošetřujícího lékaře osoby. OLPS zašle ošetřujícímu lékaři žádost o vyšetření zdravotního stavu společně s tiskopisem " Lékařský nález" a se stanovenými lhůty k jeho navrácení zpět na OSSZ. Posuzovaná osoba je povinna se podrobit vyšetření a doložit příp. další údaje, které jsou nezbytné pro vypracování posudku. Jakmile by se žadatel o příspěvek nepodrobil lékařskému vyšetření a nebyl by ochotný spolupracovat, OLPS tuto skutečnost sdělí ÚP, který vede řízení. Z výše uvedených důvodů nelze posudek vypracovat.⁵⁶

Ve chvíli, kdy OLPS obdrží zaslané lékařské nálezy, vypracovává posudkový lékař posudek s výsledkem stanoveným stupněm závislosti, případně nezávislosti osoby. K výrokům podává odůvodnění a zpracovává závěr. Obsahem posudku je také poznamenaná doba jeho platnosti, tzv. na jak dlouho je osobě posudek vystaven (po jeho ukončení sociální pracovník musí znovu provést sociální šetření a zasílá klientovi oznámení). Výsledkem posouzení je stanovený stupeň závislosti osoby.⁵⁷

Zákonnou lhůtou, kterou se řídí posudková lékařská služba je pro vydání posudku 45 dnů a na základě posudku je vydáno KrP ÚP rozhodnutí. Proti tomuto posudku se nelze odvolat, odvolání však může podat žadatel na rozhodnutí od ÚP, ve kterém mu byl buď přiznán některý ze stupňů závislosti, či nikoliv. O odvolání jsme hovořili v kapitole předchozí. V posudku se lékař OLPS vyjadřuje ke zdravotnímu stavu a funkčním schopnostem posuzované osoby a shrnuje v souvislosti ke stanovenému stupni závislosti základní životní potřeby, které není schopna zvládnout. Velmi obecně lze tedy říci, že zdravotnická dokumentace čili lékařské nálezy od ošetřujících a odborných lékařů klienta a dále záznam o sociálním šetření tvoří stěžejní podklady pro účely posuzování.⁵⁸

⁵⁶ SEIFERT, Bohumil a kol. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha. 2012, s. 23-25

⁵⁷ ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha. 2015, s. 144

⁵⁸ METODICKÝ POKYN VRCHNÍHO ŘEDITELE ÚSEKU LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY č. 2/2015.

3.1 Zásady posuzování stupně závislosti

V procesu posuzování je nezbytné dodržování několika zásad, kterými se řídí posudkový lékař. Jak už bylo řečeno, posudkový lékař vychází ze zdravotního stavu žadatele, doložené obvodním lékařem a ze stanovisek vyplývající ze sociálního šetření. Pokud má lékař OLPS pochybnosti v některé z těchto náležitostí, je oprávněn zapůjčit si zdravotnickou dokumentaci klienta od jeho lékaře a může též sám kontrolně vyšetřit stav posuzované osoby. Ověřuje si také jeho schopnosti zvládat základní životní potřeby. Při vlastním posudkovém zhodnocení lékař zjišťuje primárně existenci dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Nemůže - li tento stav konstatovat, hodnocení se neprovádí.

Při posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby se hodnotí a posuzuje, zda z důvodu nepříznivě dlouhodobého zdravotního stavu je rozsah funkčních schopností (mentálních, duševních, tělesných, smyslových) dostatečný k běžnému zvládání životních potřeb. " *Zvládání základních životních potřeb se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí osoby, tj. se zachovanými funkčními schopnostmi, a s využíváním běžně dostupných a obvyklých pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku (tzv. „facilitátory“), aniž posuzující lékař zjišťuje, zda je osoba má či nemá k dispozici (zdravotnická pomůcka jako brýle, sluchadlo, otvírák na šroubovací láhve, nástavec na WC, sedák ve vaně, opěrná pomůcka, nízké chodítko, madla, odstranění prahů, zábradlí apod.). Podstatné je, že posuzovaný je schopen facilitujících prostředky samostatně používat a ZŽP svede alternativním, ale vyhovujícím způsobem v přijatelném standardu.*"⁵⁹

Stupeň závislosti se stanovuje na základě schopností zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (v případě dospělé osoby nad 18 let). Závislost osoby v kterémkoliv stupni lze stanovit až v době, kdy zdravotní stav posuzovaného je ustálený, proběhla základní rehabilitace, a je zřejmé, že nedojde dle poznatků odborníků ke zlepšení nebo obnovení funkčních schopností.⁶⁰

⁵⁹METODICKÝ POKYN VRCHNÍHO ŘEDITELE ÚSEKU LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY č. 2/2015.

⁶⁰ČELEDVÁ, L. ČEVELA, R. a BOSÁK, M. *Posudková činnost v ordinaci praktického lékaře: manuál pro praxi v oblasti sociálního zabezpečení a zaměstnanosti*. Praha. 2015, s. 106-110

V konečném výsledku posouzení zdravotního stavu a stupně závislosti by měla být uvedena následující kritéria. Zda se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, v jehož důsledku jsou omezeny fyzické, smyslové nebo psychické schopnosti osoby a mají vliv na zvládání základních potřeb, dále se uvádí ty potřeby, které osoba není schopna zvládat nebo v nich potřebuje mimořádnou péči. Výsledek zahrnuje stanovený stupeň závislosti (je uveden první, druhý, třetí nebo čtvrtý stupeň, popř. že se o žádný stupeň nejedná) a posudkový lékař se vyjádří k tomu, zda se sociální šetření shoduje se zdravotním stavem plynoucím z lékařských nálezů a pokud ne, je třeba zdůvodnit veškeré nesrovnalosti a rozpory a z čeho pramení.

Posudkové lékařství je souhrn činností prováděných na vysoké odborné úrovni, kdy za kvalitu práce a rozvoj vlastních kompetencí a odborných znalostí je zodpovědný každý posudkový lékař. Při posuzování by neměl opomínat nestranný a objektivní přístup bez předsudků a s ohledem na individualitu člověka s potřebnou mírou porozumění a ochoty.⁶¹

3.2 Role posudkového lékaře

Posudkový lékař by měl být vysoce erudovaný odborník v mnoha oblastech. V osobě posudkového lékaře dochází k integraci medicínských znalostí, a to znalostí ze všech medicínských oborů, se znalostmi právními, ale také sociálními a v neposlední řadě etickými.⁶²

*"Lékařská posudková služba působí v rámci organizace okresní správy sociálního zabezpečení, České správy sociálního zabezpečení a na Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR. Posudkovou činnost vykonávají především posudkoví lékaři v rámci okresních správ sociálního zabezpečení, posudkoví lékaři v rámci České správy sociálního zabezpečení a posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Lékařská posudková služba vydává ve všech oblastech působení vždy jen posudek o zdravotním stavu, nikoliv rozhodnutí o dávce samotné."*⁶³

Na každém příslušném pracovišti SSZ můžeme v rámci agendy příspěvku na péči rozpoznat různé formální začlenění lékařů. Funkci řídicí zastávají obvykle vedoucí lékaři,

⁶¹ Etický kodex zaměstnanců České správy sociálního zabezpečení [online]. [cit. 27. března 2017]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/soubor/dokumenty-dokumenty-kodex2-doc.aspx>

⁶² SEIFERT, Bohumil a kol. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha. 2012, s. 20

⁶³ *Slovník sociálního zabezpečení 2015*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015

dále můžeme jmenovat trvalé zaměstnance příslušného pracoviště tzv. kmenové lékaře a smluvní lékaře - externisty, kteří také vykonávají posudkovou činnost. S ohledem na nejběžnější diagnózy žadatelů o PnP patří mezi nejžádanější smluvní lékaře neurologové, internisté a ortopedi. Některá pracoviště mohou spolupracovat s externím lékařem - pediatrem, který se specializuje na posuzování zdravotního stavu dětí.

Kmenoví lékaři by měli pro svou činnost získat atestaci v oboru posudkového lékařství. Kromě kvalifikace, kterou splňují spojením s dosažením vysokoškolského vzdělání v oboru lékařství by měli mít další kompetence, a to zejména praxi v oboru. Čím má lékař delší praxi a více zkušeností, tím lépe se v problematice orientuje a má výrazně lepší schopnosti nahlížet na žadatele o příspěvek na péči komplexně. S tím se pojí i fakt kvalitnějšího a přesnějšího vyhodnocování diagnóz a jiných materiálů pro proces posuzování.

Dalším důležitým zdrojem informovanosti a rozšiřování kompetencí posudkových lékařů jsou školení, různé semináře a zpracované metodické postupy. Obecné postupy a metodiky vycházejí z prováděcích vyhlášek a nařízení ze strany MPSV. První, kdo obdrží nový posudek na příslušné OSSZ zaslaný z ÚP jsou administrativní pracovníci - referenti.

Tito zaměstnanci nemusí disponovat vysokoškolským vzděláním, jedná se z pravidla o pracovníky středoškolsky vzdělané s maturitou. Po založení příchozího posudku do systému a nashromáždění všech patřičných dokumentů a doložených podkladů od žadatelů, se tato zpráva dostává do rukou posudkového lékaře, který tímto vstupuje do řízení o přiznání příspěvku na péči. Posudkový lékař má právo v případě nesrovnalostí osobně předvolat žadatele k přezkoumání jeho zdravotního stavu, zejména pokud shledává zásadní odlišnosti v lékařských zprávách nebo ve výsledku sociálního šetření. V praxi k tomu dochází pouze zřídka, protože posudkoví lékaři jsou obvykle limitováni svými časovými možnostmi.⁶⁴

Posudkový lékař stanovuje a zpracovává během lhůty 45 dnů výsledek, poté je tento výsledek postoupen zpět příslušnému pracovišti ÚP, který pokračuje v přerušeném správním řízení. Posudkový lékař vstupuje do procesu ještě ve chvíli, kdy si žadatel podává odvolání. Posuzuje a porovnává nově doložené zprávy a lékařské nálezy, nicméně stejně tak může být beze změny stanoviska posudkového lékaře celý spis předán nadřízené posudkové komisi. Nyní poukážeme na některé z problematických aspektů, které se pojí s rolí posudkového lékaře obecně. Můžeme zmínit v současné době malý zájem o tuto profesi, z důvodu

⁶⁴ MUSIL, Libor et al. *Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči*. Praha. 2011, s. 115 - 122

finančního ohodnocení posudkových lékařů (ve srovnání v jejich dřívějším povolání např. v soukromých ordinacích) a nízké prestiže. Posudkový lékař bývá zpravidla lékařem, který již sloužit svému povolání v jiné odbornosti nemůže z důvodu vyššího důchodového věku a mladší lékaři o tuto pozici takřka nejeví zájem.⁶⁵

Navíc kvůli hranici 70 let pro práci podle služebního zákona by mohlo dojít k propuštění až třetiny zaměstnanců v řadách posudkové lékařské služby. Stávající věkový průměr posudkového lékaře je 65 let. Ministerstvo práce a sociálních věcí však prosazuje, aby posudkoví lékaři mohli zůstat ve službě i po 70. roce věku. Tímto krokem chce řešit nedostatek, který vznikl a prohloubil se po zavedení již zmiňovaného služebního zákona. Ze strany MPSV jsou také plánovány změny, které se týkají odměňování posudkových lékařů a také toho, aby část jejich dosavadní práce byla převedena na lékaře ošetřující. Tímto by došlo ke zredukování zátěže posudkových lékařů, která je značná, víceméně z důvodu jejich rozsáhlé administrativní práce.⁶⁶

Dalším problematickým bodem je viditelný nárůst v počtu žadatelů nejen o příspěvek na péči, ale také velké množství lidí, kteří žádají o invalidní důchody aj. V současné době je toto zcela jistě dáno trendem stárnoucí populace. Výše popsany vývoj reflektuje naléhavé volání o rozšiřování personální kapacity pro agendu příspěvku na péči.⁶⁷

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Účelem výzkumu je zkoumat, jak probíhá proces posuzování příspěvku na péči z pohledu řadových pracovníků státního úřadu a také z pohledu posudkových lékařů okresní správy sociálního zabezpečení, kteří zastávají pozici velice zodpovědnou, protože náplní jejich práce je posuzování zdravotního stavu žadatelů a stanovení možných stupňů závislosti, který do značné míry ovlivňuje kvalitu poskytované péče při zdravotních komplikacích člověka a jeho život jako takový. Záměrem výzkumu je také zjistit, kde a v čem vnikají mezi těmito stranami nejčastější rozpory a jaká je potažmo míra jejich vzájemné spolupráce.

⁶⁵ČEVELA,R. ČELEDOVÁ,L a ZVONÍKOVÁ, A. *Posudkové lékařství: vybrané kapitoly*. Praha. 2010, s.87-90

⁶⁶MPSV chce, aby ani u posudkových lékařů neplatila hranice 70 let [online]. [cit. 27. března 2017]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/23801>

⁶⁷MUSIL, Libor et al. *Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči*. Praha. 2011, s. 115 - 122

Dále také zjišťujeme, kde v procesu sociálního šetření vznikají různá úskalí, která pociťují sociální pracovníci při kontaktu s klienty v terénu a v rámci kooperace s posudkovou lékařskou službou.

4.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Cíle pro empirický výzkum jsme si stanovili následující:

- zkoumat, kde vznikají nejčastější kolize a rozpory na úrovních - sociální pracovník Úřadu práce $\times$ lékařská posudková služba
- zkoumat úskalí spolupráce klient $\times$ sociální pracovník v rámci sociálního šetření
- zkoumat, jak hodnotí sociální pracovníci a posudkoví lékaři současný systém posuzování žádostí o příspěvek na péči

V návaznosti na výzkumné cíle si pokládáme také několik výzkumných otázek:

1. Jak reálně probíhá proces posuzování příspěvku na péči?
2. Je aktuálně nastavený systém posuzování pro pracovníky ÚP a OSSZ dostačující a uspokojující?
3. Ve kterém roce a v jakém čtvrtletí provedl ÚP Hradec Králové nejvíce sociálních šetření?
4. Do jaké míry zde sehrává roli spolupráce mezi ÚP a OSSZ a je vůbec nějaká?

Výsledky výzkumu mohou posloužit jako zpětná vazba pro sociální pracovníky na pracovištích státní správy a správy sociálního zabezpečení. Zjištěný stav jejich vzájemné součinnosti může ukázat na slabá místa, nedostatky a oblasti rozporů a současných problémů, ale také může přinést i poznatky k zamyšlení se nad celkovou problematikou posuzování a nad dalšími možnostmi vývoje spolupráce těchto dvou subjektů.

4.2 Metodologie , organizace výzkumu a cílové skupiny

Metodologie se zabývá systematizací, posuzováním a navrhováním strategií a metod výzkumu. V rámci kvalitativního výzkumu je hlavním prostředkem pro získávání dat sám výzkumník, který by měl mít ujasněný vztah k oblasti svého výzkumu. Popisuje svoji roli v

terénu, dále proces získání přístupu k účastníkům a k místu výzkumu. Výzkumník má poté popsat plán sběru dat a metody, které použije. Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Tyto situace jsou obvykle banální nebo normální, reflektující každodennost jedinců, skupin, společností nebo organizací.⁶⁸

*"Při kvalitativním přístupu k realitě získáváme konkrétní, názorný a plastický obraz skutečnosti, který ovšem vychází ze zkušeností a názorů badatele, a je proto často subjektivní."*⁶⁹

Data ve výzkumu získáváme metodami, které bývají souborně označovány jako empirické metody (např. pedagogické pozorování, dotazník, škály, rozhovor, různé typy testů, sociometrie apod.) Podle otázky volíme příslušné techniky výzkumu. Určujeme, jakým způsobem budeme shromažďovat data a následně je zpracovávat.⁷⁰

Pro sběr a zpracování dat při **kvalitativním výzkumu** byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhvoru. Při kvalitativním rozhvoru se od nás vyžaduje dovednost, citlivost, koncentrace, interpersonální porozumění a disciplína. Musíme učinit řadu rozhodnutí ohledně obsahu otázek, jejich formy i pořadí. Dále uvažujeme možnou délku rozhvoru. Tyto problémy si vyjasníme buď před ním, nebo až v jeho průběhu v závislosti na typu rozhvoru.⁷¹

Můžeme říci, že povahou i výhodou kvalitativně orientovaného výzkumu je způsob, jakým můžeme získat hloubkový popis případů. Nezkoumáme pouze povrchně, ale provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy. Zohledňujeme konkrétní situace a podmínky a získáváme podrobné informace.⁷²

Polostrukturovaný rozhovor (polostandardizovaný) - je jeden z druhů rozhvoru v rámci osobního dotazování. V takovém rozhvoru tazatel vede část rozhvoru ve stanoveném

⁶⁸ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha. 2016, s. 160-161

⁶⁹ CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha. 2016, s. 230

⁷⁰ CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha. 2016, s. 16

⁷¹ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha. 2016, s. 170

⁷² HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. str.53

pořadí a znění otázek a zbytek dotazů volně doplňuje. Náročnost spočívá zejména v časových nákladech. Obecně výhodou dotazování v rámci rozhovoru je existence přímé zpětné vazby mezi tazatelem a respondentem. Ten může respondenta motivovat k odpovědím, může upřesňovat výklad otázky a podle situace může měnit pořadí otázek.⁷³

Pro hodnověrnost svých výsledků se používá při kvalitativním výzkumu mnoho postupů. Pro účel našeho výzkumu byl zvolen postup tzv. konstantní komparace, který spočívá v hledání společných a rozdílných prvků, jež mezi sebou porovnáváme. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je pružnost v pokládání otázek respondentům, jejich doplňování a proměnlivost v průběhu výzkumu.

Zkoumaný vzorek dělíme na dvě oblasti. První oblastí zkoumání bude dotazování tří sociálních pracovníků úřadu práce z oddělení příspěvku na péči a tří posudkových lékařů z okresní správy sociálního zabezpečení. Na straně ÚP se jednalo o ženy, všechny tři splňovaly kvalifikační předpoklady (vysokoškolské vzdělání) pro výkon na pozici sociálního pracovníka a také s praxí v oboru. Dále se jednalo o dvě posudkové lékařky v předdůchodovém věku a jednoho posudkového lékaře. Posudkoví lékaři splňovali požadavky absolvované atestace v oboru posudkového lékařství, jeden z nich se na atestaci připravuje. Dva lékaři pracují na pozici pro posuzování dospělých, pouze jedna lékařka se specializuje na posuzování dětí. Osoby byly získány na základě záměrného výběru.

Záměrný výběr používáme z důvodu, aby byly vybrané osoby vhodné, tzn. aby měly potřebné znalosti a zkušenosti z daného prostředí. Jen tak může vzniknout reálný obraz o zkoumaných skutečnostech.⁷⁴

⁷³ KOZEL, Roman a kol. *Moderní marketingový výzkum*. Praha. 2006, s. 142

⁷⁴ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. str. 69.

4.3 Sběr dat a podmínky pro výzkum

Sběr dat znamená, jakým způsobem se data získávají při použití výzkumných metod. Informace byly zjišťovány během osobního setkání s jednotlivými respondenty. Téma posuzování a vzájemných vztahů mezi jednotlivými pracovníky je velmi citlivé, proto byly rozhovory realizovány vždy individuálně a také tak, aby nedocházelo ke vzájemnému ovlivňování dotazovaných respondentů mezi sebou a tím ke zkreslování odpovědí.

Výzkumné šetření jsem realizovala od počátku letošního roku 2017 do března. Výběr respondentů probíhal na dvou oddělených pracovištích v Hradci Králové. Rozhovor byl realizován osobně s každým pracovníkem zvlášť v rámci dvou týdnů na konkrétním pracovišti. Rozhovory byly předem domluveny e - mailovou korespondencí a po souhlasu s obsahem výzkumného šetření ze strany všech zúčastněných byly stanoveny termíny pro realizaci. Při každém individuálním rozhovoru byly informace pružně zaznamenávány k jednotlivým, předem připraveným otázkám. Otázky z obou oblastí mají některé společné znaky, některé se zcela liší. V prvním týdnu byly otázky pokládány posudkovým lékařům, v týdnu druhém sociálními pracovníci. Průměrná doba jednoho rozhovoru byla přibližně 1,5 hodiny. Otázky byly kladeny vždy ve stejném pořadí, některé rozhovory navíc obsahují i otázky doplňující, které nebyly předem formulované.

Výzkum nebyl anonymní, jelikož byly známy identifikační údaje jednotlivých respondentů (viz tabulka č. 1,2). Rozsah našeho vzorku činil 6 respondentů. Anonymita byla zcela zachována pouze v uvedených záznamech pro ilustraci ze sociálních šetření v přílohách práce.

Tab. 1 Identifikační údaje - sociální pracovníci ÚP

Pracovní pozice - sociální pracovník	Pohlaví	Věk	Kolik let je na dané pozici	Dosažené vzdělání
č. 1	Žena	31	4 roky	VŠ - Mgr.
č. 2	Žena	46	10 let	VŠ - Bc.
č. 3	Žena	49	3 roky	VŠ - Mgr.

První oblast otázek, které byly pokládány třem sociálním pracovním na Úřadu práce. Jména uvedena nejsou, používáme označení sociální pracovníce č. 1 - č. 3. Údaje jsou uvedené pod číslem pracovníka v tabulce č. 1. Rozhovory adresované sociálním pracovním se skládají vždy z 15cti otázek, které byly předem formulované a dotazované měly dostatek času pro své odpovědi. Jeden rozhovor trval zhruba 1,5 hodiny. Mohou se zde vyskytnout také otázky doplňující. Na závěr získaná data (odpovědi) od sociálních pracovních vyhodnotíme a provedeme shrnutí první oblasti.

4.4 Výsledky výzkumného šetření

Tato část je rozdělena do dvou oblastí, kdy v první oblasti jsou data získaná prostřednictvím rozhovorů se sociálními pracovními ÚP. Ve druhé oblasti interpretujeme data získaná od posudkových lékařů OSSZ. Na základě analýzy dat jsme provedli z odpovědí shrnutí získaných dat a uvedli jsme zvlášť z každé oblasti patřičné závěry.

A) Interpretace dat - shrnutí první oblasti

Z výpovědí od sociálních pracovních vyšly následující závěry.

Sociální pracovníce vychází ze dvou stěžejních materiálů, je jím zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006. Při své práci mají k dispozici také interní metodiky. Záznam ze šetření sepisují na předtisknutý formulář - tzv. škrtačko, kde zaznamenávají klientovi zvládané a nezvládané oblasti a činnosti soběstačnosti. Sociální šetření by mělo vždy obsahovat 10 zaznamenaných oblastí, u dětí se posuzuje pouze 9 bez oblasti péče o domácnost. Sociální pracovníce se při sociálním šetření především nejvíce zaměřují na ty oblasti, které žadatel zvládá nejméně (buď je to patrné na první pohled, nebo mají nějaké okrajové informace o diagnóze). Rozepisují také, co klient nezvládá a pokud používá nějakou kompenzační pomůcku, tak zjišťují, zda ji používá a jestli mu pomáhá. Na závěr se píše krátké shrnutí ke každé oblasti, kde také neopomínají napsat svůj subjektivní pohled na celkovou schopnost sebeobsluhy klienta a jak na ně dotyčná osoba působila.

Součástí šetření jsou také zjišťované oblasti a to sociální vztahový rámec žadatele, prostředí a domácnost, ve kterém žije a jeho výdělečná či školní činnost.

Proces posuzování příspěvku na péči je následující a u všech pracovníků stejný: Jedná se o proces správního řízení - žadatel o příspěvek si podá žádost, poté následuje sociální šetření, následně se řízení přeruší kvůli posuzování zdravotního stavu žadatele na OSSZ, jak je vydán posudek. ÚP opět obnovuje řízení, žadatelům se posílají dopisy - vyrozumění, kde se píše, že se může žadatel přijít seznámit s výsledkem posuzování, může v této fázi dokládat nové lékařské zprávy a dokumentaci, která mu může posloužit pro navýšení jeho příspěvku z důvodu změněného zdravotního stavu, dále je zasílán dopis rozhodnutí, kde sociální pracovníci na základě informací z posudku od LPS napíše, jaký stupeň závislosti byl žadateli přiznán či nikoliv.

Proti rozhodnutí se může žadatel do 15-ti dnů odvolat, odvolání řeší odvolací orgán MPSV, kde se poté jeho zdravotní stav opět přezkoumává. Dle výpovědí sociálních pracovníků si lidé odvolání podávají nejčastěji z důvodu pro ně neuspokojivého výsledku. Očekávali větší stupeň závislosti, a tím i výši přiznaného příspěvku, bývají zpravidla nespokojeni s penězi.

Na otázku jaký je rozdíl v posuzování dětí a dospělých uvedeme tyto závěry: Sociální pracovníci se shodly na tom, že velká část rodičů podává informace nadsazené, s cílem co nejvyššího možného příspěvku. Výpovědi rodičů mohou být často zkreslené, jelikož zde sehrávají roli emoce rodičů. Sociální pracovníci se zaměřují hodně na chování dětí a srovnávají si jednotlivé úkony s dětmi zdravými téhož věku. K takovému posuzování jim slouží tabulka psychomotorického vývoje, kde jsou stanovené jednotlivé úkony, které by dítě mělo v určitém věku zvládat. Z výpovědí je také patrné, že se šetření provádí nejhůře u dětí ve věku od 1 - 2 let, jelikož je obtížné stanovit, co takové dítě zvládne, když se sotva učí chodit nebo stát. Zde jsou pak výpovědi rodičů na prvním místě. Přísnější posuzování je také u dětí od 15 - 18 let věku. Takový jedinec je už často blíže dospělému člověku a pracovníci se více zaměřují na jeho samostatnost a míru potřeby v úkonech soběstačnosti.

Na otázku, co dělá pracovnícům největší problémy při sociálním šetření, odpovídaly takto: Velice často jim vadí podmínky, ve kterých klient žije (nevyhovující podmínky, zápach, neuklizená domácnost, špína), také je z výpovědí patrné, že celý průběh šetření ztěžuje omezení v komunikaci, když osoba například špatně slyší. Pracovníci také uvedly, že jim mnohdy vadí pouze jednostranné výpovědi od pečujících osob, zde je stejné riziko jako u rodičů menších dětí, odpovědi mohou být zkreslené i ne zcela pravdivé. Také jim vadí,

zejména u starších seniorek, zdlouhavé vyprávění a historky z mládí, k samotnému šetření je v takových případech kolikrát těžké se dopracovat, klienty musí pracovnice často usměrňovat, aby sociální šetření plnilo svůj účel.

Podle sociálních pracovníc vznikají nejběžnější rozpory s posudkovými lékaři v oblastech, ve kterých se obě strany mnohdy neshodují. Problémy a časté neshody jsou v oblasti osobní aktivity a stravování - tyto dvě oblasti jsou těžce uchopitelné a PL mají často jiné názory. Pracovnicím také vadí to, že posudkoví lékaři nejsou často schopni uznat chybu ve svém vlastním hodnocení nebo významněji přihlédnout k názorům sociální pracovnice. Poslední slovo mají vždy PL, s tím se potýkají pracovnice poměrně často. Někdy také vzniká rozpor ze stran PL - uznají jednu oblast, že klient nezvládá, druhou oblast, kterou by také vzhledem k té první nezvládané, neměl zvládat, zhodnotí jako oblast zvládanou. Sociální pracovnice i přes to uvedly, že v 90-ti % případů se většinou shodují a sociální šetření posudkoví lékaři při posuzování spíše zohledňují.

Pracovnice uvedly, že se jim nejhůře provádí sociální šetření u malých dětí a také u lidí s psychiatrickým a psychickým onemocněním. Časté potíže mají při sepisování v oblasti týkající se orientace (to platí také zejména u osob s poruchami autistického spektra).

Na otázku, jak vnímají sociální pracovnice spolupráci a komunikaci s posudkovými lékaři, odpověděly stejně - vzájemná spolupráce zde chybí, s OSSZ prakticky nekomunikují, pouze ve výjimečných případech (spíše s referenty OSSZ). Tato absence sociálním pracovnícím vadí, uvítaly by lepší spolupráci, mohlo by se tak předcházet různým nesrovnalostem a vzniklým kolizím. Klienta by mohli konzultovat společně a mohlo by tak docházet i ke kompaktnějším a přesnějším závěrům v celkovém posuzování.

Jak by se dal celý proces posuzování zefektivnit či zjednodušit dle sociálních pracovníc? Vycházíme-li z odpovědí, tak v první řadě tím, že by se vykonávalo méně sociální šetření, to představuje pro pracovnice ÚP nejvíce práce. Jedna z dotazovaných pracovníc s víceletou praxí na oddělení je toho názoru, že dřívější proces posuzování byl rychlejší a efektivnější - jednalo se pouze o zápis nezvládaných 36 úkonů soběstačnosti, závěry z toho plynuly jasné a nemuselo se dříve psát i několikastránkové sociální šetření jak je tomu dnes. Sociálním pracovnícím také vadí složitá byrokracie, kdy mnohdy množství papírové práce jde na úkor samotného klienta.

Tímto navážeme na poslední zkoumanou oblast, a tou je otázka, kde a v čem spatřují sociální pracovníci nejčastější problémy s klienty. Z odpovědí vyplývá, že hlavní rozpory na úrovni sociální pracovník x klient vznikají v otázce byrokratické náročnosti a délky správního řízení a financí. Žadatelé čekají na příspěvek velice dlouhou dobu, lhůty ze stran LPS jsou příliš dlouhé a žadatelé se tak obrací se stížnostmi na sociální pracovníce. Člověk potřebuje mnohdy při své nemoci (zejména u terminálních stádií nemoci) zaplatit úhrady za léčbu mnohem rychleji a praxe se setkává bohužel i s tím, že příspěvek na péči přijde žadateli na účet až v době, kdy dotyčná osoba již zemřela. Klientům přijde celý proces moc zdoluhavý a zbytečně byrokratický. Sociální pracovníci se tak mnohdy dostávají do konfliktů s klienty, kteří i přes dostatečnou informovanost často pracovnícům vytýkají dlouhé čekání a neuspokojivé reakce kvůli výši příspěvků na péči. To, jak je nám z teorie již známo, je v kompetenci posudkových lékařů a klient by se měl tedy spíše obracet se svými stížnostmi na OSSZ, tam kde se jejich zdravotní stav v konečném důsledku posuzuje.

Tab. 2 Identifikační údaje - posudkoví lékaři OSSZ

Pracovní pozice - posudkový lékař	Pohlaví	Věk	Kolik let je na dané pozici	Dosažené vzdělání
č. 1	Muž	62	2 roky, probíhá příprava na atestaci	VŠ - Doc. MUDr.
č. 2	Žena	66	16 let	VŠ - MUDr.
č. 3	Žena	63	15 let	VŠ - MUDr.

Druhou oblastí otázek, jsou otázky, které byly pokládány třem posudkovým lékařům OSSZ. Identifikační údaje jsou opět uvedeny v tabulce č. 2 a používáme označení posudkový lékař č. 1 až 3. Tyto rozhovory se skládají vždy ze 13 otázek, které byly také předem připravené, mohou se vyskytnout i otázky doplňující. Každý rozhovor trval v průměru 1 až 1,5 hodiny. Na konci vyhodnotíme odpovědi od posudkových lékařů a provedeme shrnutí druhé oblasti.

B) Interpretace dat - shrnutí druhé oblasti

Z výpovědí od posudkových lékařů vyšly následující závěry.

Všichni PL vychází při své práci ze stejných zákonů a metodik LPS. Podkladem pro vydání posudku jsou pro ně lékařské zprávy a nálezy, z toho vychází při své práci nejvíce, shodli se všichni. Poté vychází z nálezů od odborných lékařů a také ze sociálního šetření, které jim zasílá ÚP. Sociální šetření je zpravidla věcné, stává se však, že vznikají i neshody a rozpory. To dle svých výpovědí PL řeší tak, že více dají na svůj úsudek a srovnají to s lékařskou dokumentací. Ve většině případů sociální šetření sice zohledňují, ale závěr si pozmění a definují, ve finále sami. V případě posuzování zdravotního stavu dětí neměli vyhraněné názory, nemohli podat relevantní odpověď, jelikož dva ze tří respondentů posudky dětem nedělají vůbec. Pouze jedna lékařka z dotazovaných zpracovává posudky dětem. Z jejího názoru vyplývá jedna podstatná skutečnost - sociální pracovníce by si měly více při sociálním šetření všimnout chování dítěte, nezapisovat pouze výpovědi rodičů. Může se tak stát, že rodiče podají neúplné informace jen proto, aby dosáhli pro své dítě co nejvyššího možného příspěvku. K problematice posuzování dětí se ale vyjádřili relativně málo.

Na otázku, z jakých důvodů si nejčastěji žadatelé podávají odvolání, se mi dostalo odpovědí stejných. Tím nejčastějším důvodem je dle posudkových lékařů nespokojenost žadatelů s posudky a se stanoveným stupněm závislosti. Všichni se shodují na tom, že lidé chtějí vždy více peněz, nestačí jim, to co mají přiznané a mnohdy se neustále dokola odvolávají. V posuzování dětí je také četnost odvolání ze stran rodičů patrná.

Všichni respondenti také odpověděli, že rozdíl v jejich pohledu a pohledu sociálních pracovníků se víceméně nemění, rozdíly neshledali. PL však jsou toho názoru, že mnohdy záznamy ze sociálních šetření nejsou objektivní, nevypovídají o tom, co má člověk ve zdravotní dokumentaci. Shodli se také na tom, že je pro ně dobré, když se sociální pracovníce více vyjádří k celkovému stavu žadatele, jak ho vnímají osobně a jak na něj dotyčná osoba působila v domácím prostředí, podstatné jsou pro PL názory pracovníků na člověka, jak na ně působil. Nejméně přínosné je takové šetření, které je sepsané formou tlumočení nebo pouze jako výpověď od pečující osoby. Podstatné pro PL je, aby sociální pracovníce popsala konkrétní nezvládanou oblast a hlavně se vyjádřila k tomu, proč to klient nezvládne, jestli používá kompenzační pomůcky, které má a zda mu v životě pomáhají či nikoliv. To je pro posuzování z hlediska PL relevantní. Zdravotní stav klienta si sami PL dohledávají v

dokumentaci - neměli by do šetření sepisovat klientovu diagnózu, nemá to pro ně žádný význam. Sociální pracovníci jsou v oblasti lékařství laici a diagnózy žadatelů by neměli znát dopředu. Posuzování zdravotního stavu je v kompetenci PL, jejich názor bývá většinou ten poslední a platný. Celkově sociální šetření má pro posudkové lékaře velký význam a leckdy se o něj mohou opřít, avšak větší oporou pro posudkové lékaře slouží podklady v podobě lékařských nálezů.

K otázkám na vzájemnou komunikaci s ÚP měli posudkoví lékaři stejné a poměrně jasné odpovědi. Komunikace mezi nimi neprobíhá, když je třeba komunikovat, tak komunikace probíhá pouze skrze referenty na OSSZ. Posudkovým lékařům spíše tato absence nevádí, když potřebují řešit konkrétní nesoulad nebo problém, kontaktují zpravidla lékaře ošetřujícího, s tím komunikují běžně.

Na dotaz, jak by se dal celý systém pro PL zjednodušit či zefektivnit a co by ve své práci změnili, odpovídali následovně: agendu PnP by přenechali sociálním pracovníkům, posudky příspěvku jsou pro PL svým objemem zahlcují, mají mnoho jiné práce. Z názorů bylo znát, že je kapacitní situace na LPS nevyhovující, posudkových lékařů je málo a nikdo nový se na pozici nehlásí. Impuls pro změnu by měl přijít však od MPSV, musel by se změnit celkově stávající systém a s tím i legislativa. To je však dle všech zúčastněných i dle mého názoru málo reálné. Nyní je stávající systém posuzování pro posudkové lékaře zbytečně překombinovaný a složitý, nové a další změny by už neradi viděli. Obecně lze tedy říci, že aktuální systém je pro LPS dostačující. Od roku 2011 je systém posuzování PnP změněn, opustilo se od posuzování 36 oblastí ze seznamu úkonů péče o vlastní osobu, přešlo se na 10 oblastí, které se posuzují dnes a nelze proto v současné době předpokládat další legislativní úpravy a výrazné změny v agendě příspěvku na péči.

4.5 Výzkum četnosti sociálních šetření v Hradci králové

Součástí našeho výzkumu je také doplňující zjištění o počtu provedených sociálních šetření. V této práci jsme si položili výzkumnou otázku:

- Ve kterém roce a v jakém čtvrtletí provedl ÚP Hradec Králové nejvíce sociálních šetření?

4.6 Sběr a analýza dat

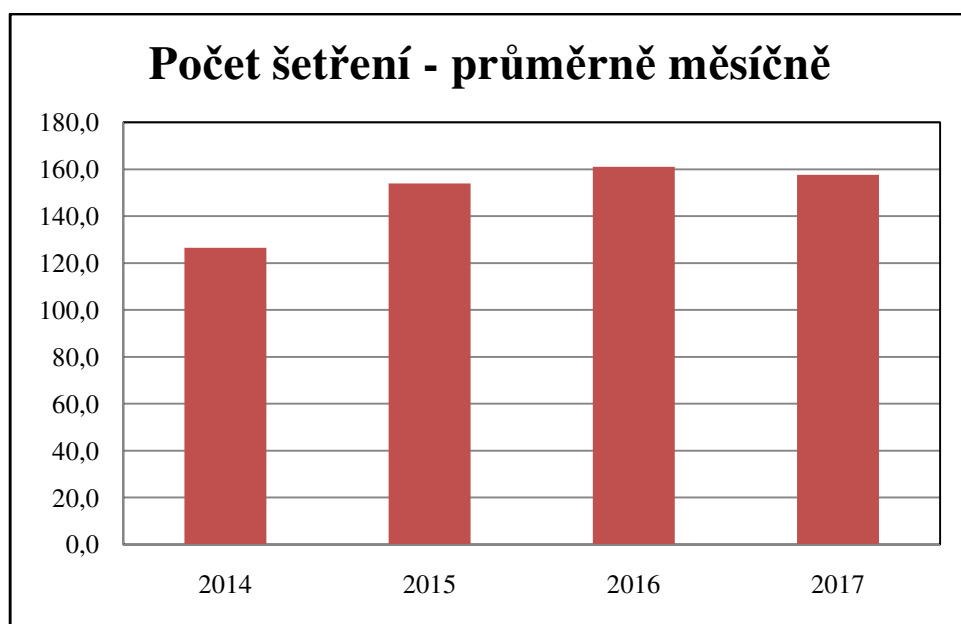
V rámci realizace rozhovorů na ÚP v Hradci Králové mi jedna z dotazovaných sociálních pracovníček poskytla (z elektronické databáze a archivu sociálních šetření) číselné údaje, které odpovídají počtu provedených sociálních šetření za každé čtvrtletí od roku 2014 po první čtvrtletí roku 2017. Ke svému výzkumu nyní uvedeme následující zjištěné informace. Četnosti jednotlivých provedených sociálních šetření jsou vyznačeny v tabulce č. 1 pod každým příslušným rokem a na konci je provedený průměr šetření za každý kalendářní rok. Srovnávat budeme pouze čtvrtletí z toho důvodu, že v letošním roce 2017 jsme získali počty sociálních šetření pouze za první čtvrtletí. V tabulce č. 2 jsou uvedeny součty sociálních šetření provedené v rámci každého čtvrtletí příslušného roku.

Tabulka č. 1

	2014	2015	2016	2017
Leden	89	154	202	126
Únor	89	169	175	146
Březen	169	165	229	201
Duben	130	164	174	-
Květen	143	135	174	-
Červen	146	138	110	-
Červenec	145	126	119	-
Srpen	115	152	155	-
Září	125	194	145	-
Říjen	123	126	173	-
Listopad	123	173	148	-
Prosinec	121	151	128	-
PRŮMĚR	126,5	153,9	161,0	157,7

Pro jednotlivé roky byl proveden průměrný počet sociálních šetření měsíčně. Tyto hodnoty byly vyneseny do grafu č.1, z kterého je zřejmé, že nejvíce sociálních šetření bylo provedeno v roce 2016. Průměrná měsíční hodnota pro tento rok je 161 šetření. Vzhledem k tomu, že data pro rok 2017 jsou prozatím nekompletní, hodnota průměrného počtu šetření měsíčně je orientační a na konci roku se změní.

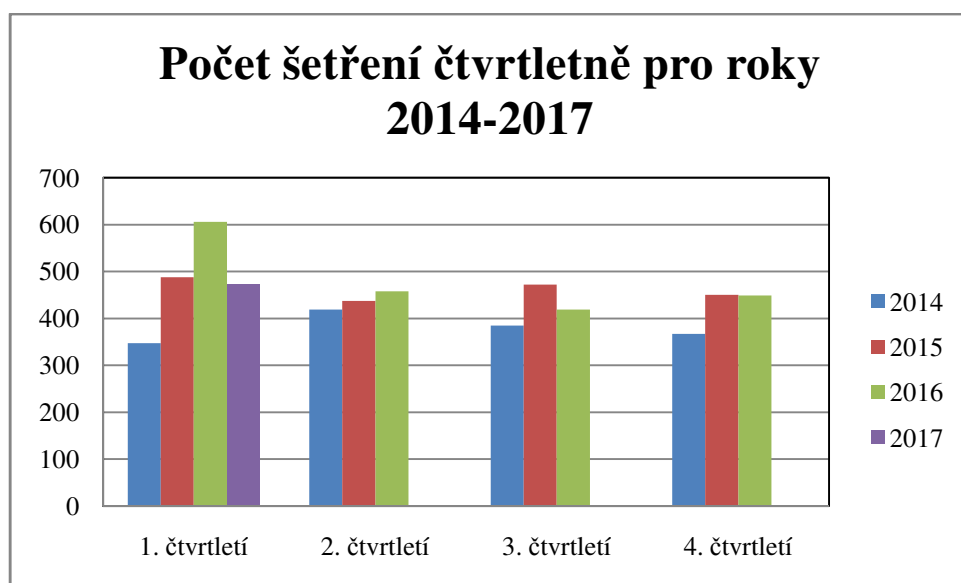
Graf č. 1



Tabulka č. 2

	2014	2015	2016	2017
1.	347	488	606	473
2.	419	437	458	-
3.	385	472	419	-
4.	367	450	449	-

Graf č. 2



V tabulce č. 2 je uveden počet sociálních šetření pro jednotlivé roky a čtvrtletí. Tyto hodnoty byly vyneseny do grafu č.2, z kterého je vidět, že nejvíce šetření bylo provedeno v roce 2016 v prvním čtvrtletí.

ZÁVĚR

Práce sociálního pracovníka ve státní sféře je velmi různorodá. Výkonně realizuje celý proces správního řízení, provádí sociální šetření v domácnostech klientů nebo pobytových zařízení a provádí kontroly. Sociální šetření je neodmyslitelnou součástí celého procesu, protože právě při osobním setkání s klientem má sociální pracovník možnost zjistit a na vlastní oči vypořádat, v jakých podmínkách člověk žije a do jaké míry se zvládá starat sám o sebe. Cílem práce sociálního pracovníka je také zachytit a popsat reálnou situaci a vyhodnotit jednotlivé zvládané či nezvládané oblasti života člověka - klienta.

Naproti tomu, lékař posudkové lékařské služby nepřichází do osobního styku s klientem v jeho reálných životních podmínkách, chybí zde možnost pozorování a hodnocení možností a schopností klienta zajistit si soběstačnost a samostatnost v základních životních situacích a činnostech. Sociální pracovník vydává rozhodnutí, které je podloženo lékařským posudkem, ve kterém posudkový lékař stanoví výši stupně příspěvku na péči. Stává se, že ne každému výše přiznaného stupně vyhovuje, a tak se někdy stává sociální pracovník terčem kritiky i nevhodného chování, jeho práce nenachází pozitivní zpětnou vazbu a ocenění. Největší odpovědnost nesou bezesporu posudkoví lékaři, kteří stanovují právě výši stupně závislosti. Často pak vznikají situace, kdy sociálním pracovníkům bývá ze stran klientů zazlíváno to, že jim byl přiznán příspěvek na péči v malé, jimi neakceptovatelné výši, nebo jim byla přiznána úplná nezávislost, a v tom případě jim nárok na peněžitý příspěvek nevzniknul. Sociální pracovník v rámci vydávání rozhodnutí prakticky jen sepíše to, co posudkový lékař v předchozí fázi posuzování rozhodl.

V teoretické části práce jsme se věnovali systému nepojistných sociálních dávek se zaměřením na příspěvek na péči. Charakterizovali jsme také jednotlivé kroky v procesu správního řízení, popsali jsme náležitosti a průběh sociálního šetření a v neposlední řadě jsme se seznámili s činností a rolí posudkových lékařů v rámci agendy příspěvku na péči v procesu posuzování.

V rámci výzkumu jsme si dali za hlavní cíl zjistit, v čem spatřují posudkoví lékaři a sociální pracovníci největší potíže a úskalí při společném procesu posuzování klienta. Můžeme říci, že nejčastější neshody, tedy různé názory na hodnocení stupně závislosti, vznikají v oblasti stravování a osobní aktivity, časté rozpory jsou i v oblasti orientace. Tato

oblast je pro sociální pracovníce při sociálním šetření hůře uchopitelná, problémy jsou častější při šetření a hodnocení malých dětí, zejména v prvním roce života.

Dále jsme zkoumali, jaká je míra vzájemné spolupráce pracovníků Úřadu práce a posudkových lékařů OSSZ a zda tato spolupráce vůbec existuje. Skrze výzkum jsme se dopracovali k těmto závěrům: z výsledků nám vyšlo, že pro větší objektivitu posuzování by bylo dobré, kdyby se posílila vzájemná komunikace a spolupráce mezi ÚP a OSSZ. V současné době lze totiž hovořit o interakci spíše ojedinělé až nepatrné. Sociální pracovníce by přivítaly častější konzultace s lékařskou posudkovou službou ve chvíli, kdy vznikne nesoulad mezi výsledkem sociálního šetření a posudkem, který vydá posudkový lékař. Realita je taková, že se mnohdy jedná o značně odlišný pohled na klienta a názory na jeho stav jsou vzájemně protichůdné, negující se. V takové chvíli má však právo rozhodnout či nerozhodnout o přiznání příspěvku pouze posudkový lékař, sociální pracovníce i přes svou snahu ztrácí pravomoc rozhodování.

Naším úkolem bylo také zkoumat úskalí spolupráce klient a sociální pracovník v rámci sociálního šetření. Klient do celého procesu vstupuje neustále, od počátku při podání žádosti, v průběhu je klient oprávněn podávat návrhy na změnu výše příspěvku, dokládá nové zdravotní dokumentace, odvolává se na rozhodnutí vydané ÚP, ve styku bývá prakticky pouze se sociálním pracovníkem. Celý systém se zdá být pro klienta zbytečně složitý a zdlouhavý, klient čeká velmi dlouhou dobu na to, než obdrží hotový posudek spolu se stanovenou výší stupně závislosti a může tak z příspěvku, na který má nárok, uhradit nutné výdaje k zajištění neodkladné péče a sociálních služeb. Stávající systém je z pohledu sociálních pracovníků, co do možnosti obstarání informací pro hodnocení, dostačující, ale také zatížený značnou byrokracií. Administrativní práce související s případem každého jednoho klienta, je pro sociální pracovníky zatěžující a rozsáhlá, často se v procesu stává, že pro nedostatek času nelze klientovi věnovat náležitou pozornost.

Z výzkumu jsme také zjistili, že agenda příspěvku na péči je náročná i pro posudkové lékaře. Na základě rozhovorů soudíme, že by rádi od tohoto systému posuzování upustili a přenechali veškeré kompetence sociálním pracovníkům. Těm však chybí k této zodpovědné činnosti patřičné vzdělání v medicínské oblasti a jejich znalosti nejsou zcela adekvátní pro posuzování zdravotního stavu klientů. Vážným problémem do budoucna se stává také nedostatek posudkových lékařů, nízká prestiž a finanční odhodnocení této odbornosti mezi lékaři. Zcela nereálný není ani budoucí kolaps celého systému, a to právě z důvodu

nedostatku posudkových lékařů, jestliže nedojde k zásadní změně systému posuzování nebo získávání a ohodnocení nových posudkových lékařů. Současně jsme při výzkumu zjistili, v jakém roce a v jakém čtvrtletí provedl ÚP Hradec Králové nejvíce sociálních šetření. Odpovědí je, že nejvíce sociálních šetření bylo provedeno ve srovnání s ostatními roky v prvním čtvrtletí roku 2016.

Částečným lékem na výše uvedené nedostatky a slabiny stávajícího systému by tedy mohly být:

- nová, efektivní úroveň komunikace mezi lékaři a sociálními pracovníky;
- vzdělávání a školení pracovníků obou stran - vzájemná kalibrace hodnotících kritérií, přístupů a postupů s cílem získání větší objektivity výsledků;
- získání větší prestiže pro práci posudkového lékaře, zejména finanční ohodnocení;
- možná také otevření možnosti pro vydávání zdravotních posudků pro školené a vzdělané experty, ale bez standardního medicínského vzdělání;
- zajímavá by bezesporu byla inspirace a získání zkušeností z jiných vyspělých zemí.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚP ČR - Úřad práce České republiky

KrP ÚP - Krajská pobočka Úřadu práce

PnP - příspěvek na péči

OSSZ - Okresní správa sociálního zabezpečení

PL - posudkový lékař

LPS - lékařská posudková služba

OLSP - Okresní lékařská posudková služba

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

Tzn. - to znamená

Apod. - a podobně

Aj. - a jiné

Atd. - a tak dále

Např. - například

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 350 s. Aktuální legislativa. ISBN 978-80-247-3724-9.

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 2. díl*. Vydání první. Praha: Grada, 2016. 320 s. ISBN 978-80-271-9308-0.

BECK, Petr et al. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením: k 1.5.2012: komentář, právní předpisy*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. 447 s. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-744-7.

ČELEDVÁ, L. ČEVELA, R. a BOSÁK, M. *Posudková činnost v ordinaci praktického lékaře: manuál pro praxi v oblasti sociálního zabezpečení a zaměstnanosti*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. 192 stran. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4844-3.

ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální a posudkové lékařství*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 159 stran. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2938-4.

ČEVELA, R. ČELEDVÁ, L. a ZVONÍKOVÁ, A. *Posudkové lékařství: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 143 s. ISBN 978-80-247-3285-5.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce pro pedagogické obory*. Vydání první. Praha: Grada, 2011. s. 208. ISBN 978-80-247-3379-1.

HAVLÍČKOVÁ, Blanka, ed. *Kompendium judikatury. ZDR IV. Posudkové lékařství*. Vydání první. Praha: Wolters Kluwer, 2017. 199 stran. ISBN 978-80-7552-525-3

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 437 stran. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLÁ, Lenka a kol. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 512 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4109-3.

CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Vydání první. Praha: Grada, 2013. 128 s. ISBN 978-80-247-4678-4.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. 254 stran. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.

KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-150-9

KOZEL, Roman a kol. *Moderní marketingový výzkum: nové trendy, kvantitativní a kvalitativní metody a techniky, průběh a organizace, aplikace v praxi, přínosy a možnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 277 s. Expert. ISBN 80-247-0966-X.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči, komentář, právní předpisy*. 4. aktualizované vydání, nakladatelství ANAG, 2012. 463 s. ISBN 978-80-7263-748-5

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3

MATOUŠEK, Oldřich., a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2

MATOUŠEK, Oldřich, ed., KODYMOVÁ, Pavla, ed. a KOLÁČKOVÁ, Jana, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 352 stran. ISBN 80-7367-002-X

METODICKÝ POKYN VRCHNÍHO ŘEDITELE ÚSEKU LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY č. 2/2015. Posuzování stupně závislosti ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č.15/2016

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Instrukce č. 5/2015. Věc: *Postup při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči* podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

MUSIL, Libor et al. *Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2011. 171, 6 s. ISBN 978-80-7416-098-1

NEŽÁDAL, Karel., *Aplikace správního řádu v sociální péči*. Vydání třetí. Praha: Linde. 2006. 142 stran. ISBN 80-86131-65-3

OCHRANA, František a kol. *Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 261 s. Expert. ISBN 978-80-247-3228-2.

SEIFERT, Bohumil a kol. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. 193 s. ISBN 978-80-246-2082-4.

Slovník sociálního zabezpečení 2015. Vydání první. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015. 130 stran. ISBN 978-80-7421-114-0.

SRPOVÁ, Jitka a kol. *Základy podnikání: teoretické poznatky, příklady a zkušenosti českých podnikatelů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 427 s. Expert. ISBN 978-80-247-3339-5

LEGISLATIVNÍ DOKUMENTY

ČESKO. Zákon č. 73/2011 Sb. ze dne 25. března 2011 o Úřadu práce České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 29. ISSN 1211-1245

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

ČESKO. Zákon č. 189/2016 Sb. ze dne 1. srpna 2016, částka 72, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

ČESKO. § 87 zákona č. 505/2004 Sb., správní řád. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-500#cast2>

ČESKO. Zákon č. 234/2014 Sb., o státní službě. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-234#cast3>

Popis pracovní funkce - sociální pracovník [online]. [cit. 23. října 2016]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/252269/pedf_b/Prilohy.pdf

Lékařská posudková služba [online]. [cit. 25. března 2017]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba/>

Etický kodex zaměstnanců České správy sociálního zabezpečení [online]. [cit. 27. března 2017]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/soubor/dokumenty-dokumenty-kodex2-doc.aspx>

MPSV chce, aby ani u posudkových lékařů neplatila hranice 70 let [online]. [cit. 27. března 2017]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/23801>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Záznam ze sociálního šetření klienta

Příloha č. 2: Souhrn výzkumných otázek a odpovědí první oblasti

Příloha č. 3: Souhrn výzkumných otázek a odpovědí druhé oblasti

Příloha č. 4: Interní pomůcka ÚP pro sociální šetření - škrtačko

Příloha č. 5: Oficiální formulář ÚP příspěvku na péči

Příloha č. 6: Seznam úkonů péče o vlastní osobu

Příloha č. 7: Vložená příloha - disk CD ROM obsahující diplomovou práci

Příloha číslo 1: Záznam ze sociálního šetření klienta

Schopnost pečovat o vlastní osobu:

Tomáš nemá výrazné potíže s mobilitou. Při jídle, při výtvarné výchově a pracovních činnostech se projevuje jeho motorická dysfunkce. Musí mít doprovod všude, kam se pohybuje. Do školy a ze školy ho vozí matka autem. Jízdu autobusem by nezvládl, byl by to pro něj neúnosný stres a ani by nevěděl, co má dělat.

Tomáš se špatně orientuje v čase i místem. Po vesnici by zabloudil, netrefil by domů od vytyčeného bodu. Všude chodí s rodiči, má ze všeho hrozný strach a je úzkostlivý. Spoléhá ve všem na rodiče, na jejich ochranu a pomoc. Sám by do školy netrefil. Před školou čeká netrpělivě každý den na matku, než pro něj přijede, jakmile se o pár minut zpozdí, je to pro něj stresující. Matka uvedla, že si vůbec nedovede představit, co by se stalo, kdyby se jí ztratil v obchodě. Tomáš by zmatkoval, nic by neřekl a nevěděl by, co má dělat. Stres u něj vyvolá pláč.

Tomáš komunikaci NEZVLÁDÁ. Projevuje se to všemi možnými a viditelnými projevy. S rodiči (zejména s matkou komunikuje v rámci možností přiměřeně (nebo spíše dostatečně), i když matka uvedla, že má mnohdy problém z něj cokoliv dostat, hlavně když je pod stresem nebo se řeší nějaký problém. S jinými členy rodiny mluví málo. Když přijde babička na návštěvu nebo teta, které důvěrně zná a pozná, ptají se ho na běžné věci – často neví, co má říct, mlčí a neodpovídá. Prarodiče má rád, ale po půl hodině návštěvy se maminky ptá, kdy už odejdou a ať už jdou. Necítí se ve větším kolektivu dobře, má rád to svoje – doma klid, mamka a taťka, žádné návštěvy nebo změny v zaběhlém denním harmonogramu.

Ve škole komunikuje neadekvátně nebo vůbec. Tomáš má u sebe osobní asistentku, která mu pomáhá, mnohdy mu věci řekne jinak (jednodušeji) když něco nepochopí od učitelky nebo má s něčím problém. Matce ani ve škole neřekne, v čem má problém, co mu nejde a co ho trápí, nedokáže to vyjádřit, říct si o něco, když chce s něčím pomoci. Stydí se, je si nejistý a bojí se zeptat (v tom spatřuje matka mimo jiné velkou komunikační bariéru). Tomáš ví, že má problém, že je jiný než spolužáci. Ti ho ale berou takový jaký je. Tom ale nedovede s nimi mluvit, nezapojí se do debaty, klukovin nebo do hry. Největší problém má se začleňováním se. Velkou roli v tomto hraje i jeho psychický stav – trpí vysoce úzkostnou poruchou, při které

převládá vnitřní panika, stres a blok. Mnohdy se ve škole (ale nejen tam, i doma) stane, že nerozumí sdělení, nechápe, co se po něm chce – často právě tohle bývá podmíněné stresem. Na společné výlety se třídou nejedí, když byl ve škole den na Halloween, tak zůstal doma (nezvládl by to v kolektivu dětí, nezapojil by se, nechápal by, co se děje a jen z té představy tam být, by ho přepadla úzkost). Ve školní jídelně se nestravuje s obdobných důvodů, proto ho matka vozí vždy o pauze na oběd domů, poté ho zpět doveze do školy (matka nemůže být proto zaměstnaná).

V jídelně mu vadí i různé pachy a dělalo se mu špatně, kdyby měl sníst něco, na co není zvyklý, udělalo by se mu nevolno a nesnědl by nic. Je zvyklý, že vaří jeho matka a jen to, co má rád. Davy dětí na chodbě nebo v jídelně v něm také vzbuzují paniku a nervozitu. Ve třídě se stává, že stačí malý rušivý podnět nebo nějaký konflikt a jiné okolní vlivy a Tomáše to vyvede z míry, začne být úzkostlivý (občas mu pomáhá být chvíli v ústraní, v izolaci s matkou). Po nějaké době se opět otevře a „rozpovídá“. Dle slov matky to trvá i několik minut. Panická hrůza u něj nastává i v zcela běžných situacích, například když doma nečekaně zazvoní zvonek nebo nahlas telefon, anebo když někdo projde pod okny domu. Tom začne panikařit a lekne se („Mami, mami...co to je a kdo to sem jde“?!). Rád chodí na procházky ven, ale jen s rodiči, mezi vrstevníky nejde, s kamarády také ne. Na hřišti by se nezapojil, neoslovil nikoho, komunikaci by nenavázal, ani kdyby byla potřeba - v případě, že by déle měl čekat před školou na matku, než přijede nebo v obchodě, kdyby se od ní odpojil a ztratil se. Matka si ani nedovede představit, co by se dělo. Pravděpodobně by Tomáše přepadl strach a úzkost, stál by a začal by brečet. Nedovedl by ani říct co potřebuje a koho hledá. Proto se matka snaží pro něj do školy jezdit po výuce vždy s rezervou, aby nemusel čekat a aby nezmatkoval. Vše vychází z toho, že Tomáš nemůže být nikdy doma sám. Stačí, aby si matka odběhla přes ulici na 5 minut na poštu, a Tom jí poté říká, kde byla tak dlouho, že byla dlouho snad hodinu a opět je stres (špatná také časová orientace). Tomáš dovede použít mobilní telefon na volání, zavolá rodičům, do školy si ale telefon nechce brát – matka nepochopila proč. SMS neumí napsat. K neznámému člověku by nepromluvil. Na sociálním šetření se zavřel po chvíli do svého pokojíčku, byl ze mě nervózní. Bylo to pro něj nepříjemné a stresující. Rozhovor byl realizován s matkou.

Stravování – Tomášovi vaří matka, ve školní jídelně se stravovat nemůže. Dělalo se mu tam zle z výparů a pachů, omdlával a sní jen to na co je zvyklý od matky. Matka ho vozí na obědy ze školy domů. Nemůže se tam stravovat také z důvodu davu dětí a hluku, není mu to příjemné

a cítí v sobě neklid a nenajedl by se. Dle slov matky si Tomáš nenachystá vůbec nic k jídlu. Má strach si ohřát jídlo v mikrovlnce, nenamaže si rohlík, nic si sám nevezme. Jogurt otevře, zašpiní se a zeptá se matky, co má dělat. Maso nenakrájí (motorická dysfunkce). Sám si neuvaří ani čaj, má strach. Pije z láhve, jelikož se ze skleničky často polije. V této oblasti není Tomáš samostatný a soběstačný (největší blok způsobuje špatná psychika – nejistota, strach a stres, fyzicky by to Tomáš zvládal).

Oblékání a obouvání – potřebuje pomoc. Má problém se zipem, tkaničky neumí zavázat. Neodhadne vhodnost oblečení vzhledem k počasí či příležitosti. Ještě do nedávna chtěl chodit do školy v letní bundě nebo jen v mikině, přitom byla venku zima. Matka mu oblečení připraví, poté se sám obleče. Tomáš vyžaduje pokaždé kontrolu, jak se oblékl a jestli vše zvládl a oblékl se správně.

Ranní hygienu provede sám, ale potřebuje povzbuzení a pokyny od matky. Zuby si sám vyčistí, ale opět jen na pokyn, potřebuje vždy instrukci. Rodiče mu musí často všechno připomínat. Celkovou hygienu provádí s pomocí matky, vlasy mu myje také. Učila ho, jak používat houbu na mytí, ale sám se umývat nechtěl nebo se umyl málo a nedostatečně.

Výkon fyziologické potřeby zvládá.

Péče o zdraví – péči zajišťují rodiče. Tomáš má slabou imunitu. Léky (homeopatické, psychiatrické) mu podává a připravuje matka, sám by si je brát nezvládal. Kdyby se mu něco stalo, nedokázal by se sám ošetřit, nevěděl by, co má dělat a zmatkoval by.

Osobní aktivity – nezvládá. Nezvládá kolektivní sporty ani hry, nezapojí se. Na školní výlety nejezdí. Neumí v kolektivu komunikovat, nechápe princip spolupráce, nezapojí se, je z toho vystresovaný. Žádné kroužky nemá, nikam nechodí, doma si hraje občas jen s rodiči stolní hry nebo hraje na PC hry. Matka sdělila, že zkoušeli Tomáše přihlásit n tenis – po prvním tréninku to vzdal, Tomáš nevěděl, co po něm trenér chce, co má dělat. Když něco dělal špatně, byl z toho nešťastný. O nic nemá zájem, ven chodí jen s matkou. S matkou se doma učí a píše úkoly, Tomášovi trvá vše mnohem déle než jeho spolužákům. Tomáš nemůže zůstat doma nikdy sám, má strach a bojí se.

Výdělečná činnost/školní povinnosti:

Tomáš chodí do 6. třídy ZŠ v obci x – asi 5 km od místa bydliště. Do školy i ze školy ho vozí matka autem, sám by autobusem jet nemohl, nezvládl by to. Nestravuje se ve školní jídelně, musí ho matka vozit na obědy domů, poté ho zase odveze zpět do školy. Z těchto důvodů matka Tomáše není zaměstnaná, s dojížděním z obce x do Hradce králové by to nestíhala a Tomáše by nemohla brát na obědy domů.

Rodinné vztahy

Tomáš žije se svými rodiči v rodinném domku. Sourozence nemá.

Sociální vztahový rámec (mimo rodiny):

S nikým nekomunikuje, není schopný navázat běžné vztahy, mluví jen s rodinou a to v omezené míře. Mluví málo i se širší rodinou (babičku rád vidí, ale po chvíli ji posílá zpět domů). Nemá rád společnost a návštěvy. Ve škole má osobní asistentku, děti ze školy ho přijali, ale Tomáš nemá zájem o kamarády, o kolektiv. Neumí s nimi mluvit, nedokáže to takřka ani s učiteli. Nedokáže se adaptovat na společnost, cítí se lépe sám nebo pouze s rodiči, nejlépe doma. Komunikace u něj zaostává, trpí psychickými bloky a každý méně známý nebo neznámý člověk v něm probouzí stres a nejistotu.

Domácnost:

Tomáš žije v rodinném domě 3+1, v malé obci x. Má svůj pokoj, ale spí společně s matkou. Sám neusne, bojí se, musí být někdo u něj. Autem do centra HK přibližně 25 minut.

Prostředí:

Obec – obchod, pošta, lékárna, lékař, MŠ, hospoda. K lékaři jej vozí matka do Hradce Králové.

Jiná zjištění:

Rozhovor byl veden s matkou. Tomáš se po chvíli zvedl a odešel do svého pokoje. Nebylo mu to příjemné, byl nervózní a nebyl schopný komunikovat.

Závěr:

Tomáš nezvládá orientaci, komunikaci, (potřebuje pomoc s přípravou stravy a oblékáním, hygienou), nezvládá také péči o zdraví a osobní aktivity. Osobně bych kladla velký apel na to, aby byla Tomášovi uznaná oblast komunikace, protože ji dle mého osobního názoru a reálného pohledu na věc, skutečně nezvládá a problém bude přetrvávat i nadále, byť se s Tomášem intenzivně (již od 7 let od stanovení diagnózy) pracuje. Komunikace ve 12 - ti letech (ve srovnání s jeho vrstevníky bez zdr. problémů) by měla vypadat zcela jinak. Tomáš bude dlouho odbourávat své psychické potíže, nedůvěru v sám sebe a strach z kohokoliv a čehokoliv nového, jiného a cizího. Tomáš není schopen se přiměřeně a adekvátně domluvit v prostředí školy, prozatím bez osobní asistence a i v domácím prostředí má výrazné komunikační potíže. Dle mého názoru Tomáš nezvládá 4 výše popsané oblasti, a proto odpovídá II. stupni PnP.

místo šetření: x

datum: x

časový rozsah: 11:30 – 12:45

Příloha č. 2: Souhrn výzkumných otázek a odpovědí první oblasti

A) první oblast otázek pro ÚP

1. Rozhovor - sociální pracovnice č. 1

1) Z jakých zákonů a metodik vycházíte při vaší práci (při posuzování PnP)?

" Čerpáme jen ze zákona č. 108/2006 Sb., z vyhlášky č. 505/2006 a máme interní metodiku k sociálnímu šetření (MPSV Instrukce č. 5/2015). Dále využíváme při své práci interní materiály a pomůcky (např. škrátka, kde si zapisujeme údaje ke každé oblasti ze sociálního šetření). "

2) Co všechno musí obsahovat sociální šetření, na co vše se osobně zaměřujete?

"Zjišťujeme 10 oblastí, důležitým obsahem šetření jsou zjišťované údaje o výdělečné činnosti klienta, zda pobírá invalidní důchod, zaměřuji se na stav domácnosti - vybavení, prostředí a podmínky, ve kterých žije. Kladu osobně větší důraz na to, jaké pomůcky osoba používá, jestli využívá pečovatelskou službu a zaměřuji se na závěr. Ten by měl vystihovat krátké shrnutí a vyjádření k tomu, co osoba zvládá, co nezvládá, jak to vnímám, a to ke každé oblasti zvlášť. Posudkoví lékaři to vítají. U starších lidí s ohledem na věk. "

3) Jaký je proces posuzování příspěvku na péči z pohledu sociálního pracovníka?

"Jedná se vlastně o celý proces správního řízení. Prvopočáteční podání žádosti, poté následující sociální šetření, dále přerušeno řízení pro posuzování zdravotního stavu, při čemž OSSZ spolupracuje zejména s ošetřujícím lékařem klienta, dále zasíláme vyrozumění - žadatel se může přijít seznámit s výsledky stanoveného stupně závislosti , v tomto kroku může podávat námítky - příp. se zdravotní stav přeposuzuje. Na závěr sepisují rozhodnutí a zasílá se žadateli ve lhůtě max. 15 dnů. "

4) Jaký je rozdíl v posuzování dětí a dospělých?

"Více se přihlíží k psychosomatickému vývoji a s ohledem na věk dítěte. Někdy je taková odchylka od vývoje na první pohled zřejmá, někdy se musím hodně doptávat rodičů. Vždy to srovnávám se zdravým dítětem stejného věku, zkrátka co by mělo už standardně zvládat. "

Komunikuji s rodiči, dítě spíše pozoruji, jak se chová a jaké je. Vliv na takové sociální šetření může zajisté mít i přílišná přecitlivělost matek, jejich emoce, kterých jsou plní v případě jejich "nemocného" dítěte. Stane se, že je na první pohled viditelné, že se rodič snaží i celkovou situaci dramatizovat, dělat ji horší než je, s cílem samozřejmě co největšího možného přiznaného příspěvku. U dětí vyvstává u mne na povrch i jakýsi soucit, nicméně v každém případě se musím snažit být co nejvíce objektivní."

5) Z jakých důvodů se nejčastěji klienti odvolávají na rozhodnutí vydané ÚP? Máte dostatečnou zpětnou vazbu v případě, že odvolací orgán MPSV rozhodnutí změnil?

"Nejčastěji z důvodu neobjektivního posouzení, např. mění se neovládané životní potřeby přičemž zdravotní stav je pořád stejný. Jednou posudkový lékař vyhodnotí situaci s neovládanými potřebami jinak než při druhém posouzení, uvede jiné neovládané oblasti. Tomu moc nerozumím, jak je to možné. U dětí mi přijde, že hrají roli nedostatečné znalosti posudkových lékařů při posuzování. Zpětnou vazbu máme od odvolacího orgánu MPSV zde na ÚP, spis se nám vrací."

6) Co dělá Vám osobně největší problémy při sociálním šetření?

"Vadí mi hodně upovídané babičky, vyprávění historek, jejich časté odbíhání od tématu, kdy nemluví k věci, mám poté problém šetření uvést na pravou míru a zaměřovat se pouze na věci potřebné. Mnohdy to i zdržuje. Často takovou konverzaci musím dosti usměrňovat, aby se žadatelka bavila o věcech, co potřebuji vědět k šetření. Vadí mi také přílišná stručnost, když mi toho řeknou málo nebo nechtějí moc říct. Takové šetření se mi také provádí hůře. Spatřuji také časovou nedostatečnost sociálního šetření, všeobecně máme málo času přesně zjistit skutečný stav osoby, např. klient uvede, že nevydrží stát na místě, ale na konci šetření jak odcházím mi jde otevřít branku. Tohle je prostě sporné. Také mi vadí nevhodné podmínky bydlení, špatný stav domácnosti, špína a zápach, vadí mi hodně provádět šetření v zakouřeném bytě. Občas mám i strach. U dětí mi někdy vadí, jak průběh šetření vyrušují křikem, běháním kolem mne, špatně se soustředím. Dokážou mě také vyvést z míry brečící seniorky, někdy to je opravdu náročné."

Doplňující otázka: A jaké je sociální šetření v průběhu hospitalizace?

"Jak můžeme vědět, jak bude člověk fungovat ve svém přirozeném prostředí, když leží na LDN. Je to zkreslené."

7) V čem a na jaké bázi vznikají nejběžnější rozpory mezi vámi (ÚP) a posudkovými lékaři (OSSZ)?

"Rozpory? Zkušenost mám asi nejčastěji v oblasti stravování - já do šetření napíšu, že si klient jídlo doma sám nepřipraví, nenachystá, nepodá si talíř s jídlem, ale z pohledu posudkového lékaře pak zjistím, že mu tuto oblast stejně neuznal jako nezvládanou, podle něj se osoba nají lžící, nemusí být třeba zrovna krmena, poté tuto oblast neuznají. Já bych to stravování uznala, jakože nezvládá, ale posudkový lékař má zcela jiný názor. S tímto se setkávám velmi často a považuji to za jeden z rozporů."

8) V čem spatřujete největší potíže/problémy ze strany posudkových lékařů? Jaké nejčastější nedostatky vnímáte? Co Vám naopak nejvíce pomáhá?

"Vadí mi, že s námi OPLS nekomunikuje, posudkoví lékaři nezavolají, to by mnohdy stačilo. Když si lékař není v něčem jistý, raději zavolá ošetřujícímu lékaři. Také mi hodně vadí, že posudky nejsou občas logicky konzistentní v rozmezí času. Myslím tím to, že v druhém posudku neuznají ty stejné oblasti jako v prvním, ale mění to. Nevím, na základě čeho prostě."

Pro šetření by bylo dobré, kdyby na něj bylo více času a celou agendu bychom dělali jenom my. Chybí zkrátka komunikace mezi námi a jimi. Pomáhá nejvíce asi to, že se můžeme jakoby vymluvit na posudkové lékaře, když si klienti chodí ztěžovat na výsledky rozhodnutí, které vydáváme. Přitom to posuzují lékaři, ne my. Ta zodpovědnost je na posudkových lékařích, my jsme tak trošku tímto krytí."

9) Co Vám osobně dělá největší problém při sepisování záznamu sociálního šetření? Co je pro Vás nejhůře uchopitelné v rámci šetření? U jakých klientů se Vám sociální šetření provádí nejobtížněji a proč? (v LDN, DD, mentálně postižení, osoby s PAS, psychiatrickí klienti, děti apod.)

"Nejtěžší je napsat šetření tak, aby postihovalo realitu. Popsat to správně. Aby byl ten můj záznam výstižný a nedocházelo ke zkreslení či nepochopení ze strany posudkového lékaře. Při sepisování šetření mi dělá asi nejvíce problém otázka orientace. To není okem vidět, nevím kolikrát, na co se ptát, abych dotyčnému třeba otázkou neublížila, nedotkla se ho, aby to ode mě nevyznělo nějak špatně. Problém mi také dělají psychiatrickí klienti a psychicky nemocní. U dětí mi občas rodiče řeknou, že dítě něco nezvládá a přitom ho po chvíli vidím v bezprostředním pohybu. Obtížné se mi šetří osoba v hospicové péči. Zde hraje roli psychika,

je to snad nejvíce citlivé téma, lidé v terminálním stádiu života. To je mi hloupé se ptát na tolik věcí, mohlo by spoustu věcí vyznít dost špatně."

10) Jak se postupuje v případě, že narazíte na rozpor – výsledné posouzení klienta nekoresponduje se záznamem ze sociálního šetření? Případně, když klient s posouzením nesouhlasí a uvede zásadní argumenty, doloží nové zprávy apod. Co se děje?

"Při rozporu mohu osobně požádat o vysvětlení k posudku od LPS nebo klient sám podá námitku v rámci podkladů pro vydání rozhodnutí. Je důležité, když doloží nové lékařské zprávy, a nebo když s něčím klient nesouhlasí a řekne mi, co mu vadí a řádně si své stanovisko odůvodní. Pokud jsou jeho argumenty adekvátní, je na místě, aby si podal odvolání."

Občas se i podívám do lékařských zpráv, když je klient s sebou přinese, ač bych neměla. To mi pomůže, aby mi byla situace jasnější a čitelnější. Slouží mi to někdy jako návod, čeho se můžu chytit nebo také se může jednat u dítěte o zprávu z SPC, do které nahlédnu."

11) Na základě jakých kritérií posuzujete soběstačnost klienta, který má diagnostikovanou poruchu autistického spektra? Je toto posuzování pro vás obtížné?

"U dětí s PAS rodiče obvykle popisují příklady z praxe, jak dítě funguje při běžných denních činnostech, uvádí mi reálné situace ze života, co dítě nedokáže a nezvládá tak, jak by mělo nebo mohlo. Na základě toho poté mohu srovnávat takové dítě s dítětem bez omezení (zdravé dítě). Takové posuzování - šetření je obtížné, ale nelze to říct obecně. Hodně dám také na svůj vlastní pohled, jak se mi dítě zdá, ale čerpám převážně z informací od rodičů."

12) Co byste udělala ve své práci jinak, ale nemůžete, jelikož jste vázána jistými potupy, pravidly a normami?

"To, že bych nechodila na šetření. Jen v případě, že by byl posudek na nějakém rozmezí, např. mezi 2. - 3. stupněm. Zkrátka na šetření bych chodila jen v nejnnutnějších případech. Taková moje vize, co by se dalo dělat jinak: u tzv. Návrhů na změnu výše bych na takové šetření nešla, měl by si prvně posudkový lékař vyžádat zdravotní nálezy od ošetřujícího lékaře žadatele, až poté bych tam šla. Někdy mi to přijde zbytečné, když si žádá mnoho lidí o navýšení, mnohdy i zbytečně, jen to zkouší, co jim vyjde."

13) Jak vnímáte komunikaci a spolupráci s OSSZ?

"Nejsme s nimi v kontaktu, chybí telefonické hovory. E-maily si nepíšeme skoro vůbec s posudkovými lékaři, když je nějaká nejasnost, tak jde spíše o formální věci ke klientovi než o konkrétní problém nebo rozpor v šetření a v posudku od lékaře."

14) Jak by se dalo dle Vašeho názoru posuzování PnP a celý proces zefektivnit a zjednodušit? Myslíte si, že stávající systém posuzování je dostačující?

"Zde bych se odkázala na otázku číslo 12. Zefektivnit by se celý systém dle mého názoru dal tak, kdyby nám bylo odebráno sociální šetření, to zabírá nejvíce práce, jsme často ve skluzu s takovým počtem nových žádostí. Je jich hrozně moc. Možná by se dalo ještě zjednodušit, kdyby se žádosti od praktického lékaře posílali rovnou na LPS ještě před provedením sociálního šetření - tímto by se ušetřil čas a zkrátily by se tak lhůty (klienti moc dlouho čekají na naše rozhodnutí, na peníze, které třeba nutně potřebují hned)."

"Jestli je systém dostačující, to nedokážu posoudit. Já osobně jsem dříve nedělala ten původní systém, jednalo se o zjišťování 36 úkonů soběstačnosti. Těchto systém, 10 oblastí, které rozepisujeme je dosti spekulativní, zdá se mi to málo, co se zjišťuje. Ale nevím. Dřívější systém více postihl reálně situaci a bylo to rychlejší pro sociální pracovníce."

15) Kde podle Vás vznikají rozpory v potřebách klienta oproti vašim možnostem (nejběžnější problémy s klienty)?

"Hlavní rozpor a problém spatřuji ve lhůtách, trvá to moc dlouho. Člověk peníze potřebuje mnohdy dříve (od podání žádosti čeká příliš dlouho) anebo nemá finance na úhradu potřebných sociálních služeb. Zkrátka z hlediska dlouhodobosti a financí."

2. Rozhovor - sociální pracovníce č. 2

1) Z jakých zákonů a metodik vycházíte při vaší práci (při posuzování PnP)?

"Používáme všechny stejné zákony a metodiky. Ty jsou naše interní."

2) Co všechno musí obsahovat sociální šetření, na co vše se osobně zaměřujete?

"Držím se toho, co chtějí posudkoví lékaři, to je těch 10 oblastí. Zaměřuji se hlavně na: záleží na tom, jak vidím, na čem je klient nejhůř. Jestli se to týká mobility, jeho pohybu, chůze apod."

anebo jak je na tom s orientací. Co na první pohled nejméně zvládá, tomu se více věnuji a podle toho také více rozepisují sociální šetření."

3) Jaký je proces posuzování příspěvku na péči z pohledu sociálního pracovníka?

"Jedná se o tentýž celý proces správního řízení. Zde bude odpověď vždy stejná od nás."

4) Jaký je rozdíl v posuzování dětí a dospělých?

"Mám zažito, že u menších dětí nechtějí obvykle moc často PL uznávat komunikaci a oblékání. Protože v těchto oblastech potřebují podporu a pomoc i dítě jako každé jiné, nedělají to v jistém věku všechny děti bez rozdílu. Kolem třetího roku života PL hodnotí jakože to zvládají. V tom vidím asi největší rozdíl oproti dospělým. U dospělého komunikaci spíš uznají jako oblast, kterou nezvládá, když je to patrné a člověk "nekomunikuje". Přísnější to je také dle mého názoru u dětí ve věku 15 - 18 let, to je blíže k posuzování dospělých (zejména u autistů nebo s mentální retardací)."

5) Z jakých důvodů se nejčastěji klienti odvolávají na rozhodnutí vydané ÚP? Máte dostatečnou zpětnou vazbu v případě, že odvolací orgán MPSV rozhodnutí změní?

"Ano, musíme mít zpětnou vazbu, dají nám rozhodnutí. Nejčastěji lidé nejsou spokojeni s výsledky posudku. U dětí se hodně často odvolávají rodiče, často menším dětem nejsou uznávané oblasti tolik, co dospělým. V některých případech, když uznám za vhodné, doporučuji rodičům, ať si odvolání podají. Časté odvolání také bývají kvůli tomu, že jim třeba neuznali nic, nezávislost. Takových případů, kdy lidé urputně chtějí alespoň první stupeň, je mnoho."

6) Co dělá Vám osobně největší problémy při sociálním šetření?

"Dělají mi problém podmínky při šetření (zápach v domácnostech, zima, nepořádek, špína), také mi vadí to, když se s někým nemůžu pořádně domluvit a dorozumět. Když je klient hluchý, měl by mít zpravidla zástupce, ne vždy tomu tak však je. Vadí mi, že nevím, do čeho jdu (do jaké rodiny, ke komu apod.)."

7) V čem a na jaké bázi vznikají nejběžnější rozpory mezi vámi (ÚP) a posudkovými lékaři (OSSZ)?

"Nejčastěji vznikají rozpory v posuzovaných oblastech. Zejména oblast osobní aktivity není přesně specifikovaná. PL to jednou uznají, podruhé ne, jak se komu hodí - někdy mi to tak

přijde. Oblast stravování je také zvláštní a častokrát se v tom naše šetření a v jejich názorech neshodujeme. Někdy přemýšlím nad tím, jak tohle PL posuzují."

8) V čem spatřujete největší potíže/problémy ze strany posudkových lékařů? Jaké nejčastější nedostatky vnímáte? Co Vám naopak nejvíce pomáhá?

"Někdy dávají PL příspěvek někomu bezdůvodně, připadá mi to tak. Nedostatky: PL nejsou ochotni uznat chybu, Uvedu na příkladu: Uznají klientovi že nezvládá mobilitu a tělesnou hygienu, ale přitom péči o domácnost mu neuznají. Zde vzniká rozpor - nechápu to. PL měl jiný názor, nechtěl uznat chybu, neustoupí. Poslala jsem tenkrát na OSSZ žádost o přeposouzení. A pořád si na tom trval. Vesměs ale mám pocit, že PL sociální šetření čtou a vychází z toho, spíš než ne."

9) Co Vám osobně dělá největší problém při sepisování záznamu sociálního šetření? Co je pro Vás nejhůře uchopitelné v rámci šetření? U jakých klientů se Vám sociální šetření provádí nejobtížněji a proč? (v LDN, DD, mentálně postižení, osoby s PAS, psychiatrickí klienti, děti apod.)

"Nejhůře se mi píše šetření u malých dětí - ve věku od 1 do 2 let. To je opravdu těžké, posuzovat tak malé dítě, když se sotva udrží na nohou. Vždy si u malých dětí беру s sebou přílohu Psychomotorický vývoj (tabulku) dle které se řídím, slouží to jako malý návod pro to, co by dítě v jakém věku mělo zvládat při normálním vývoji. U menších dětí se toho posuzuje celkově méně než u dospělých, kde to bývá zřetelnější a celá situace je více čtivá."

10) Jak se postupuje v případě, že narazíte na rozpor – výsledné posouzení klienta nekoresponduje se záznamem ze sociálního šetření? Případně, když klient s posouzením nesouhlasí a uvede zásadní argumenty, doloží nové zprávy apod. Co se děje?

"Klient přijde, by se podíval na Vyrozumění, které zasíláme. Na svůj výsledek se může podívat a když s tím nesouhlasí, pošlu na jeho popud na OSSZ novou žádost o nové posouzení, případně když klient přinese nové lékařské zprávy, které budou rozhodující při opětovném posouzení. Poté opět přeruším řízení a čekám na nový posudek od PLS."

11) Na základě jakých kritérií posuzujete soběstačnost klienta, který má diagnostikovanou poruchu autistického spektra? Je toto posuzování pro vás obtížné?

"Platí zde stále 10 oblastí, které zkoumáme a rozepisujeme. Občas se i doptám na diagnózu. Sice bychom to dělat neměli, ale zejména rodičů u dětí se ptáme, co mají za typ autismu (AS,

dětský autismus, MR..), případně jiné onemocnění. Rodiče nám to ale většinou sdělí sami od sebe. Více se při takovém šetření zaměřím na tu oblast, kterou vidím, že je nejhůře zvladatelná u dítěte s PAS."

12) Co byste udělala ve své práci jinak, ale nemůžete, jelikož jste vázána jistými potupy, pravidly a normami?

"Nejvíce mi vadí byrokracie - to papírování kolem (razítka, podpisy, čísla, administrativní věci), jsme tím vázáni a zdržuje to. Mám dojem, že práce se více ubírá papírováním a na klienta je méně času. Samotné s. šetření trvá chvíli, není čas na to poznat klienta více. Máme také málo času na kontroly. Musíme je dělat, ale nestíháme to."

13) Jak vnímáte komunikaci a spolupráci s OSSZ?

"Jako minimální. Byla bych ráda, kdybychom si s PL více volali, když by bylo potřeba, ale neděje se to tak (spíše ojediněle). bylo by to vhodné zejména ve chvíli, kdy se narazí na velký rozpor. Osobně píšu na LPS zhruba 1x za čtvrt roku, hodně málo. Hodně mi vadí tato absence v komunikaci s OSSZ. bylo by to dobré."

14) Jak by se dalo dle Vašeho názoru posuzování PnP a celý proces zefektivnit a zjednodušit? Myslíte si, že stávající systém posuzování je dostačující?

"Mě by osobně více vyhovoval ten systém, který byl před rokem 2011, při kterém se posuzovalo 36 oblastí, jednotlivé úkony se jednoduše odškrtovaly na jednom formuláři, bylo to o dost rychlejší a efektivnější (byly také 4 stupně PnP). Součtem nezvládaných oblastí, které se vyhodnotily, vyšel daný stupeň závislosti. Neslo to název: Seznam úkonů péče o vlastní osobu. Tento systém, který je teď, mi přijde zdoluhavý, zejména pak v tom, že píšeme dlouhé šetření na několik stran mnohdy. To mi zabírá asi nejvíce času, každé šetření se píše jinak, není v tom taková jednotnost. Nyní je šetření čím dál více, hlavně přibývá hospicové péče."

15) Kde podle Vás vznikají rozpory v potřebách klienta oproti vašim možnostem (nejběžnější problémy s klienty)?

"Největší rozpor vzniká podle mě v délce řízení. Často si klient myslí, že bude PnP vyřízen brzy. Když mu vysvětluji, jak bude vše probíhat, tak se mu to zdá dlouhé. V rámci řízení se posílají v průběhu tři dopisy. To je podle klienta zbytečné. Z jeho pohledu je to příliš zdoluhavé a byrokratické."

3. Rozhovor - sociální pracovnice č. 3

1) Z jakých zákonů a metodik vycházíte při vaší práci (při posuzování PnP)?

"Zákon č. 108/2006 a vyhláška č.505/2006, dále směrnice od MPSV."

2) Co všechno musí obsahovat sociální šetření, na co vše se osobně zaměřujete?

"To je u nás u všech stejné. Když se klienta zeptám, co mu je, více se zaměřuji na oblasti, které se týkají té jeho diagnózy. Když vidím v některých oblastech větší problém, to rozepíšu. Když vidím, že něco zvládá dobře, nevěnuji tomu pozornost a moc se nerozepisuji, protože to je jasné. Ptám se také na výdělečnou činnost, prostředí, ve kterém žije, jeho sociální vztahový rámec. Zkrátka to, co spadá do sociálního šetření. Používáme interní materiál k zapisování oblastí, tzv. škrtátko. U dětí používám také jedno, ale pro děti, kde je dle věku stanovené, co by dítě v jakém věku mělo zvládat. Podle toho se řídím. Je to naše pomůcka."

3) Jaký je proces posuzování příspěvku na péči z pohledu sociálního pracovníka?

"Jedná se o tentýž celý proces správního řízení."

4) Jaký je rozdíl v posuzování dětí a dospělých?

"Posuzuje se zde 9 oblastí, bez poslední péče o domácnost. Podle mě mají největší šanci na PnP děti starší, tak ve věku od 5 - 15 let, protože předtím jsou malé a péče je od rodičů větší, ať jsou zdravé či nemocné. U dětí nad 15 let se předpokládá už větší samostatnost, spíše se to podobá šetření jako u dospělých."

5) Z jakých důvodů se nejčastěji klienti odvolávají na rozhodnutí vydané ÚP? Máte dostatečnou zpětnou vazbu v případě, že odvolací orgán MPSV rozhodnutí změní?

"Zpětnou vazbu máme. z odvolacího orgánu MPSV nám celý spis včetně rozhodnutí posílají. Většinou lidem se nelíbí stupeň, který jim byl přiznán nebo se stane, že se v průběhu řízení změní zdravotní stav a chtějí to změnit, takže si podají odvolání, aby dosáhli na větší příspěvek."

6) Co dělá Vám osobně největší problémy při sociálním šetření?

"Asi zápach. Kombinace výkalů, potu klientů - to mi vadí při šetření nejvíce. Hluchá osoba se kterou je problematické se domluvit. Vadí mi, když jsou příbuzní dotyčné osoby rýpavý, nepříjemní, většinou se jedná o osoby pečující. To se také stává. Ale tohle vše s sebou práce s lidmi obnáší, tak to tak беру."

7) V čem a na jaké bázi vznikají nejběžnější rozpory mezi vámi (ÚP) a posudkovými lékaři (OSSZ)?

"Oblast osobní aktivity - jsou takové těžce uchopitelné i pro posudkáře. Tohle je pro mě oblast na jednu stranu jasná, ale přitom to posuzují u každého žadatele jinak mám dojem. Někomu to uznají, někdy někomu ne - přitom když se dívám, tak mají ti dva žadatelé přitom stejný nebo podobný zdravotní stav. Také je problematické stravování - stane se, že v tomto mají PL jiný názor než já. Já napíšu, že to osoba nezvládá, oni mu to ale neuznají. Je to vždy individuální."

8) V čem spatřujete největší potíže/problémy ze strany posudkových lékařů? Jaké nejčastější nedostatky vnímáte? Co Vám naopak nejvíce pomáhá?

"Nedostatky? Nevím, asi jen tyto oblasti, které jsem zmínila, v tom se občas neshodneme. Ale myslím si, že tak 90% mých šetření se s jejich posudkem shoduje. Ale jsou případy, kdy se narazí na velký nesoulad a to je pak problém."

9) Co Vám osobně dělá největší problém při sepisování záznamu sociálního šetření? Co je pro Vás nejhůře uchopitelné v rámci šetření? U jakých klientů se Vám sociální šetření provádí nejobtížněji a proč? (v LDN, DD, mentálně postižení, osoby s PAS, psychiatrickí klienti, děti apod.)

"Největší problém asi Parkinsonova choroba a také začínající Alzheimer, kdy mi paní třeba řekne, co zvládá, ale rodina tvrdí něco jiného. To někdy nevím jak psát, jsem sama na vážkách. Parkinson se mi také špatně píše, protože jisté oblasti někdy zvládne a jindy ne, při této nemoci jsou dny lepší a horší, to se těžko píše nějak univerzálně do šetření. U dětí mi dělají problém někdy jejich rodiče - potřebují peníze a tvrdě si za tím jdou. Rodiče jsou často přesvědčeni o tom, že to jejich dítě má nárok na PnP v každém případě a jsou hodně naléhaví. Starší děti se mi občas šetří také hůře, protože to není ani dítě, ale ani úplný dospělý. Rodiče sdělí, co vše nezvládají jejich děti (staršího věku), ale přitom si dotyčný dospívající dojede bez problému sám do školy. To je takové sporné mnohdy."

10) Jak se postupuje v případě, že narazíte na rozpor – výsledné posouzení klienta nekoresponduje se záznamem ze sociálního šetření? Případně, když klient s posouzením nesouhlasí a uvede zásadní argumenty, doloží nové zprávy apod. Co se děje?

"V případě rozporu to dám přeposoudit na OSSZ nebo doporučím, ať se klient odvolá. Při vyrozumění, které se lidem posílá, se můžou přijít seznámit s výsledky a když donesou nové zprávy, tak se můžou odvolat. Odvolání se podává až na rozhodnutí, které jim přijde hned po vyrozumění."

11) Na základě jakých kritérií posuzujete soběstačnost klienta, který má diagnostikovanou poruchu autistického spektra? Je toto posuzování pro vás obtížné?

"Platí stejná pravidla, jako u všech ostatních. Zaměřuji se spíše na to, co nezvládá. Většinou se jedná o sebeobsahu a komunikaci, to se snažím popsat více detailně. Posuzování také je náročnější, u autistů je to jiné. Kolikrát když nevím, hodně čerpám z informací od pečující osoby. Jsem ráda, když šetřím člověka s autismem, že u něj někdo je."

12) Co byste udělala ve své práci jinak, ale nemůžete, jelikož jste vázána jistými potupy, pravidly a normami?

"Jinak, to asi nevím, nic mě nenapadá. Dělán tu práci relativně krátce (3 roky), tak nemůžu moc posoudit, jak se to dělalo dříve - nemám s jiným systémem zkušenost."

13) Jak vnímáte komunikaci a spolupráci s OSSZ?

"Nekomunikujeme vůbec. Úplně výjimečně, tak 2x do roka zavolají, ale je to mizivé. Mám pocit, že nás posudkoví lékaři mají za nicky, moc nás neberou vážně, oni jsou páni doktoři, kteří rozhodují a dělají závěry ve finále."

14) Jak by se dalo dle Vašeho názoru posuzování PnP a celý proces zefektivnit a zjednodušit? Myslíte si, že stávající systém posuzování je dostačující?

"Posudkový lékař je prakticky podstatná částka v celém procesu, kdo jiný by to měl posuzovat. My asi ne s našim vzděláním. Posuzování je velká zodpovědnost, někdy jsem ráda, i přes veškeré komplikace, které bývají, že to neposuzují já, ale lékaři. Systém podle mě dostačující je. Možná bych uvítala, kdybychom měli na šetření více času a lidé by nemuseli tak dlouho na peníze čekat. Ale stejně PL má na vydání posudku 45 dnů, tak by se muselo

změnit něco se shora. Máme klientů hodně, někdy čekáme na posudek od PL i déle než je stanovená lhůta."

15) Kde podle Vás vznikají rozpory v potřebách klienta oproti vašim možnostem (nejběžnější problémy s klienty)?

"Subjektivně se lidé bojí něco udělat, někam dojít, že jim to jejich zdravotní stav neumožní - to mi říkají lidé na šetření. Je tam spíše strach psychický. Ale posudkový lékař to vidí jinak, shledává situaci tak, proč by to ten dotyčný nezvládl, neshledávají žádný důvod. Já osobně jim ale moc nepomůžu. Problém také spočívá v tom, že lidé potřebují kolikrát peníze hned, jedná se například o hospicovou péči, takoví lidé nemůžou čekat tak dlouho na to, než jim po 3 měsících přijdou nějaké peníze na péči. Stává se, že jim ty peníze přijdou na účet až po jejich smrti, když se bavíme o terminálním stádiu nemoci. V takovém případě už peníze nemají žádný smysl, přijdou na účet pečující."

Příloha č. 3: Souhrn výzkumných otázek a odpovědí druhé oblasti

B) druhá oblast otázek pro OSSZ

1. Rozhovor - posudkový lékař č. 1

1) Z jakých zákonů a metodik vycházíte při vaší práci (při posuzování PnP)

"Prakticky stěžejním zákonem je pro nás zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k tomu vyhláška č. 505/2006 Sb., vycházíme také z její přílohy, která stanovuje kritéria pro posuzování PnP. Dále se řídíme Metodickým pokynem č. 15/2006 - jde o instrukci náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů. "

2) Z čeho vycházíte při tvorbě posudků? Jaké potřebujete podklady a materiály?

"Ze žádosti pro posouzení stupně závislosti, dále vycházíme z lékařských nálezů od ošetřujícího lékaře (praktický lékař) a také z nálezů od odborných lékařů. Poté vycházíme ze záznamu ze sociálního šetření, které realizují sociální pracovníci z ÚP. "

3) Jaký je proces posuzování příspěvku na péči z pohledu posudkového lékaře?

"Z Úřadu práce se posílají žádosti o posouzení zdravotního stavu žadatele, to jde přes naše referentky, které žádost zaevidují a sepíší seznam dokumentace a poté předají vše posudkovému lékaři k posouzení. Posudkový lékař zpracovává v programu veškeré posudky, zhodnocuje zvládané či nezvládané životní potřeby žadatele a vyhotoví posudek. Lhůta na zpracování posudku je stanovena dle správního řádu, je to 45 dnů od doručení žádosti. "

Doplňující otázka: Do jaké míry komunikujete/oslovujete ošetřující lékaře žadatelů?

"Určitě častěji než s ÚP, když nám něco nesedí, zavoláme praktikovi a prokonzultujeme zdravotní stav žadatele, případně požadujeme od něj doplnění, nové zprávy apod. Ptáme se jich, jak vidí oni konkrétního člověka/žadatele, ti je znají osobně z vyšetření, tak nám mnohdy pomůže i jejich názor a pohled. "

4) Jaký je rozdíl v posuzování dětí a dospělých?

"Já osobně nedělám posudky dětem, to dělá především naše kolegyně. Ale zásadní rozdíl je v tom, že u dospělých se posuzuje 10 základních životních potřeb a u dětí pouze 9, bez desáté zjišťované potřeby a tou je péče o domácnost. Mohu říct, že u dětí se to posuzuje s

přihlédnutím nutné péče kterou potřebuje každé dítě i jako zdravý člověk, takže se to srovnává. Posudkový lékař vychází z kritérií sepsané v dokumentu pro Psychomotorický vývoj dítěte, který je součástí a přílohou Instrukce č. 15."

5) Do jaké míry posudkový lékař vychází z informací ze sociálního šetření, které realizuje sociální pracovník z ÚP?

"Je to podstatná položka, mnohdy zdravotní dokumentace je sepsaná pouze formou diagnóz, není tam nic více rozepsané. Údaje od sociálních pracovníků nejsou sice stěžejní, ale jsou významné, i když o sociálním šetření někdy polemizují. Dalo by se říci, že více zohledňují lékařské zprávy. Je třeba brát pohled ze stran pracovníků ÚP s jistým odstupem a v korelaci s lékařským nálezem. Kolikrát totiž nevypovídá sociální šetření o všech skutečnostech. Konfrontujeme sociální šetření a lékařské zprávy. "

Doplňující otázka: Nemyslíte si, že by sociálním pracovníkům mohlo pomoci, kdyby před samotným sociálním šetřením mohli nahlédnout do lékařské dokumentace a byli takto seznámeni s žadatelovým zdravotním stavem?

"Nevím, tady jde o funkční schopnosti člověka, jak ten člověk funguje ve svém prostředí, co zvládá a co nezvládá samostatně. Sociálním pracovníkům může být jedno, jestli je žadatel s nádorem, po operaci, má amputovanou končetinu, ale podstatné je zjistit, jestli má patřičnou pomůcku, jestli ji doma používá, jak často a jak s ní je schopen fungovat, jestli mu alespoň částečně kompenzuje potíže a pomáhá. "

6) Z jakých důvodů se podle Vás nejčastěji klienti odvolávají na rozhodnutí vydané ÚP? Máte dostatečnou zpětnou vazbu v případě, že odvolací orgán rozhodnutí změní?

"Nejčastěji jsou lidé nespokojeni se stupněm závislosti, nestačí jim 800Kč na I. stupeň, chtějí více. Zpětnou vazbu samozřejmě máme, poté co se žadatel odvolá na ÚP, tak nám zasílají záznam o jednání z ministerské komise (jak byl člověk posouzen u komise), to jde k nám na OSSZ a založíme to. PL už do této věci více nevstupuje. Komise MPSV si může při odvolání pozvat žadatele, který odvolání podal na rozhodnutí o PnP."

7) Jaký je podle Vás největší rozdíl ve vašem pohledu na posuzování PnP na rozdíl od pohledu sociálních pracovníků z úřadu práce?

"Byl bych nerad, kdyby tam byl výrazný rozdíl. Mnohdy sociální pracovníci nezjišťují při sociálním šetření objektivně, co člověk zvládne a co ne a víceméně popíší jen to, co jim

žadatel nebo osoba pečující řekla. Rozdíl spatřuji tedy v tom, že by si sociální pracovníce měly uvědomit, aby poskytli pro zápis do šetření více objektivní pohled na člověka, ne jen tlumočit. Zajímá mě jejich osobní názor na člověka a celou jeho situaci, jak co zvládá a co ne a v jaké míře. Jak člověk na ně prostě působil při šetření."

8) V čem spatřujete největší potíže/problémy ze strany sociálních pracovníků? Jaké nejčastější nedostatky vidíte v zápisu sociálního šetření od sociálních pracovníků z ÚP? Co Vám naopak nejvíce pomáhá?

"Potíže? Možná málo vlastního názoru sociální pracovníce na klienta, jak ho vnímala při šetření, jaký obrázek o jeho soběstačnosti si o něm udělala, jak hodnotí situaci. Stává se, že k nám přijde šetření, které je pouze sepsané formou výpovědi, ale nemusí odpovídat skutečnosti. Tomu, co je v lékařských nálezech. Důležité je, aby tam bylo napsáno jak vypadá žadatelův byt - v jakých podmínkách, co má k dispozici za pomůcky - více to specifikovat, jestli je má, jaké má, jak a jak často je používá apod. Pracovníce hodně píšou na základě pozorování a to je mnohdy málo. Co nejvíce pomáhá? Asi to, když šetření obsahuje právě tyto položky. Když se snaží všechny schopnosti nejen popsat, ale také zhodnotit a u každé jednotlivé oblasti potřeb napsat alespoň jednu shrnující větu se svým vlastním názorem. "

9) Jak se postupuje v případě, že narazíte na rozpor - záznam sociálního šetření nekoresponduje se zdravotnickou dokumentací klienta? Co se děje?

"S tím, kdo sociální šetření dělal nemám šanci komunikovat, konzultovat to, není na to čas ani prostor. Určitě by to ale nebylo od věci. Vytvářím si své závěry na základě lékařského nálezu a svého vlastního úsudku. Pokud nastane rozpor, postupuji tak, že zvažuji svůj úsudek a současně беру lékařskou dokumentaci. "

10) Na základě jakých kritérií posuzujete klienta, který má diagnostikovanou poruchu autistického spektra? Je toto posuzování pro Vás obtížné?

"Opět se vychází z lékařských nálezů, většinou jde o nálezy psychiatrické a zprávy od psychologů. Za dva roky své praxe na této pozici jsem se nesetkal s dospělým autistou v celé záležitosti PnP. Bývá to více u dětí s touto poruchou. Nemám s tím tedy žádné zkušenosti, nedokážu se k tomu více vyjádřit."

11) Co byste udělali/dělali ve své práci jinak, ale nemůžete, jelikož jste vázáni jistými potupy, pravidly a normami?

"Nevím. Jsme přetěžováni, teď navíc máme i agendu PnP. Celý systém je z hlediska administrativního kostrbatý, dříve jsme spali jen pár slov, navíc nárůst žádostí v současné době je velký ve srovnání s předchozími roky. Takže možná by bylo dobré, kdyby nám agenda PnP odpadla. "

12) Jak vnímáte komunikaci a spolupráci s ÚP?

"Já jako lékař prakticky s ÚP nekomunikuji, Veškerá komunikace jde přes naše referenty. Měla by se komunikace posílit, to ano, ale není čas. Bylo by určitě užitečné i to, kdybychom znali ty pracovníky, kteří šetření dělají, kdybychom je více znali, ale nevíme o nich téměř nic. Když nastane problém nebo rozpor, volám ošetřujícímu lékaři. S ÚP komunikuji občas přes poštu, jinak ne. "

13) Jak by se dalo dle Vašeho názoru posuzování PnP a celý proces zefektivnit a zjednodušit? Myslíte si, že stávající systém posuzování je dostačující?

"Větší smysl by to mělo, kdyby z celého procesu lékařská posudková služba vypadla, aby to celé dělali sociální pracovníci, kdyby byly schopné z nálezů posuzovat stav. Prostě bez naší práce. Ale nemají lékařské vzdělání, musel by se úplně změnit zákon. Sociální pracovníci by museli být proškoleni v lékařské oblasti, ale to není reálná představa. Stávající systém posuzování není z kapacitních důvodů udržitelný, ne nedostačující. Posudkových lékařů je málo a čím dál tím méně, nárůst žádostí větší. PL může pracovat max. do 70 let, ale pracují zde nyní i někteří přes tento věk, což je problém."

2. Rozhovor - posudkový lékař č. 2

1) Z jakých zákonů a metodik vycházíte při vaší práci (při posuzování PnP)

"Řídíme se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k tomu vyhláška č. 505/2006 Sb., vycházíme také z její přílohy, která stanovuje kritéria pro posuzování PnP. Řídíme se také Metodickým pokynem č. 15/2006 - jde o instrukci náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů. Je to stejné u všech PL."

2) Z čeho vycházíte při tvorbě posudků? Jaké potřebujete podklady a materiály?

"Vycházíme všichni ze stejných materiálů. Ze žádosti pro posouzení stupně závislosti, dále vycházíme z lékařských nálezů od ošetřujícího lékaře (praktický lékař) a také z nálezů od odborných lékařů. Poté vycházíme ze záznamu ze sociálního šetření."

3) Jaký je proces posuzování příspěvku na péči z pohledu posudkového lékaře?

"Z Úřadu práce se posílají žádosti o posouzení zdravotního stavu žadatele, to jde přes naše referentky, které žádost zaevidují a sepíší seznam dokumentace a poté předají vše posudkovému lékaři k posouzení. Posudkový lékař zpracovává v programu veškeré posudky, vyhodnocuje zvládané či nezvládané životní potřeby žadatele a udělá posudek. Lhůta na zpracování posudku je stanovena dle správního řádu, je to 45 dnů od doručení žádosti."

4) Jaký je rozdíl v posuzování dětí a dospělých?

"Já posudky dětem nedělám, to dělá jiný posudkový lékař."

5) Do jaké míry posudkový lékař vychází z informací ze sociálního šetření, které realizuje sociální pracovník z ÚP?

"Podstatný je přísun informací. Chodí nám dobré i horší sociální šetření od ÚP. Většina se však snaží to prezentovat, jak mají. Sociální pracovníce vycházejí ze svých metodických pokynů."

6) Z jakých důvodů se podle Vás nejčastěji klienti odvolávají na rozhodnutí vydané ÚP? Máte dostatečnou zpětnou vazbu v případě, že odvolací orgán rozhodnutí změnil?

"Myslím si, že jsou rozhodující v každém případě peníze. Lidem to většinou nestačí, myslí si, že mají nárok větší. Stává se, že někdy uspějí a zvýší se jim to, ale komise MPSV s námi víceméně souhlasí. Oni jsou ti, kteří žadatele při odvolání vidí osobně, my ne. Žadatelé většinou zkouší, co to jde, mnohdy ale zbytečně podávají odvolání."

7) Jaký je podle Vás největší rozdíl ve vašem pohledu na posuzování PnP na rozdíl od pohledu sociálních pracovníků z úřadu práce?

"Zde není žádný zásadní rozdíl. Nejsme v konfliktu, je to realita. Stane se, že sociální pracovníce není schopna objektivně posoudit žadatelův stav. Někdy nám chodí taková šetření, kde vypisují zdravotní stav klienta, ale více nás zajímá, když něco nezvládne udělat, tak proč, jaký má k tomu důvod klient, že něco není schopen vykonat. To nás zajímá, ne zdravotní stránka, to my víme z diagnóz."

8) V čem spatřujete největší potíže/problémy ze strany sociálních pracovníků? Jaké nejčastější nedostatky vidíte v zápisu sociálního šetření od sociálních pracovníků z ÚP? Co Vám naopak nejvíce pomáhá?

"Proti šetřením nemám ve většině případů zásadní výhrady, bývají dobře napsané. Občas mi však něco nesedí, tak si podrobně projdu dokumentaci a zohledním to sama. Líbí se mi, když sociální pracovníci v šetření více píšou svůj pohled na žadatele, jejich názor, když uvede situaci tak, jak se jí na šetření zdá. Na rozdíl od nás sociální pracovníci vidí klienta v životě, já ne. Ale nelze říct, že vše na jejich pohledu respektuji. Nemám ráda, když vypisují, jestli si klient umí zavázat tkaničky nebo zapnout knoflík, to nepovažuji za podstatné, důležité je, jestli se klient sám obleče. Nebo když SP píše, že si neotevře pet láhev, to nemám ráda. Já si kolikrát sama nedokážu láhev otevřít. To nehraje žádnou roli, tak to ať tam nepíšou."

9) Jak se postupuje v případě, že narazíte na rozpor - záznam sociálního šetření nekoresponduje se zdravotnickou dokumentací klienta? Co se děje?

"Snažím se to vždy zdůvodnit, že ze zdravotní dokumentace klienta vyplývají jiné závěry. Vypořádám se s takovým rozporem po svém, a nebo v čem spatřuji v jeho celkovém zdravotním stavu a jeho onemocnění rozdíl. Pokud mám v něčem rozpor, něco mi neladí, často komunikuji s ošetřujícím lékařem žadatele a konzultujeme toho dotyčného. Specialisté lékaře neoslovuji."

10) Na základě jakých kritérií posuzujete klienta, který má diagnostikovanou poruchu autistického spektra? Je toto posuzování pro Vás obtížné?

"U lidí s PAS je důležitá zejména oblast komunikace a orientace, to se zaměřuji nejvíce. Hodně v takovém případě záleží na psychiatrickém vyšetření a jaké má takový jedinec přidružené onemocnění (většinou mívají)."

11) Co byste udělali/dělali ve své práci jinak, ale nemůžete, jelikož jste vázáni jistými potupy, pravidly a normami?

"Asi to, abych tuhle agendu nemusela mít na starosti. Posuzujeme ještě invalidní důchody a je toho mnoho. PnP agendu, kdyby dělali pracovníci z ÚP, celý systém zraje ke krachu. Na pozice posudkových lékařů se nikdo nový nehlásí a jsme posuzováním zahlceni. Máme málo kapacity, většina je nás tu starých a je stále více žadatelů. Žádostem se meze nekladou,

někteří si podávají odvolání stále dokola, do nekonečna, to nás zatěžuje, ale nic s tím neudělám."

12) Jak vnímáte komunikaci a spolupráci s ÚP?

"Osobně moc nekomunikujeme, prakticky vůbec. Jen referentky. Při mé práci mi to nechybí. Spíše vzácně - kdysi jsem volala na ÚP. Tohle se ale neočekává, že by to bylo kdy jiné. Odvolání řeší komise."

13) Jak by se dalo dle Vašeho názoru posuzování PnP a celý proces zefektivnit a zjednodušit? Myslíte si, že stávající systém posuzování je dostačující?

"Systém je tak nastavený, nejde to změnit. Měla by přijít změna od vlády a MPSV. Předat agendu PnP sociálním pracovníkům na posuzování a tím by se to zjednodušilo."

3. Rozhovor - posudkový lékař č. 3

1) Z jakých zákonů a metodik vycházíte při vaší práci (při posuzování PnP)

"Vycházíme všichni PL ze stejných zdrojů."

2) Z čeho vycházíte při tvorbě posudků? Jaké potřebujete podklady a materiály?

"Je to stejné, lékařské nálezy a nálezy od odborných lékařů, dále sociální šetření."

3) Jaký je proces posuzování příspěvku na péči z pohledu posudkového lékaře?

"Proces je také stejný."

4) Jaký je rozdíl v posuzování dětí a dospělých?

"Rozdíl je ten, že u dětí se posuzuje oblastí jen 9. Kritéria pro posuzování jsou všude stejná, jen s ohledem na dětský věk a individuální vývoj. K tomu přihlížím, že to je dítě a ne dospělý. Většinou porovnávám posuzované dítě se stejně starým zdravým dítětem."

5) Do jaké míry posudkový lékař vychází z informací ze sociálního šetření, které realizuje sociální pracovník z ÚP?

"Přihlížím k tomu, ale dám si to vždy do kontextu z lékařských zpráv. U dětí vypovídají rodiče, tam by se sociální pracovníce měla zaměřit více na chování dětí. To je mnohdy více

vypovídající než odpovědi rodičů. Můžou být zkreslené, chtějí si přilepšit. Hodně záleží na zdatnosti a zkušenostech, jaké má sociální pracovníce."

6) Z jakých důvodů se podle Vás nejčastěji klienti odvolávají na rozhodnutí vydané ÚP? Máte dostatečnou zpětnou vazbu v případě, že odvolací orgán rozhodnutí změnil?

"Nesouhlasí v výsledkem posouzení, často se odvolávají rodiče na posudky dětí. Zpětná vazba je dostačující, jelikož komise MPSV nám posudky zasílají."

7) Jaký je podle Vás největší rozdíl ve vašem pohledu na posuzování PnP na rozdíl od pohledu sociálních pracovníků z úřadu práce?

"Z pohledu medicíny jsou sociální pracovníci laici, to jim mnohdy zkresluje náhled. Pracovníci nemusí být seznámena se zdravotní dokumentací, ale klient jim zpravidla sám řekne, s čím se léčí. Neměli by nahlížet do lékařských zpráv, měli by celou situaci zhodnotit, co zvládá a co nezvládá, bez znalosti diagnóz. Kdyby SP znaly diagnózy, bylo by to dle mého názoru spíše na škodu, docházelo by k nadhodnocování stupně."

8) V čem spatřujete největší potíže/problémy ze strany sociálních pracovníků? Jaké nejčastější nedostatky vidíte v zápisu sociálního šetření od sociálních pracovníků z ÚP? Co Vám naopak nejvíce pomáhá?

"Jsou rozdíly u jednotlivých zápisů od sociálních pracovníků. Nejméně přínosné je pro nás šetření sepsané formou výpovědi od pečující osoby, když to není ze slov klienta. Žadatel musí být sice vždy u šetření přítomen, ale pečující osoba má často tendence vést šetření a pak dochází ke zkreslení údajů. Pečující mnohdy až příliš zasahují do šetření a ovlivňují tím tak všechny zúčastněné. Pokud narazím na problém, že něco nesedí, oporu hledám v lékařských a kontaktuji ošetřujícího lékaře. Sociální šetření má pro mě ale bezesporu význam."

9) Jak se postupuje v případě, že narazíte na rozpor - záznam sociálního šetření nekoresponduje se zdravotnickou dokumentací klienta? Co se děje?

"Do hodnocení napíšu, co nesedí a co není v souladu, své stanovisko vždy řádně zdůvodním."

10) Na základě jakých kritérií posuzujete klienta, který má diagnostikovanou poruchu autistického spektra? Je toto posuzování pro Vás obtížné?

"Je to podle typu autismu, existuje celá řada onemocnění tohoto druhu. Nelze to shrnout vše do jednoho pytle. Většinou vycházím ze zpráv od psychologa nebo psychiatra, na základě

dobrého nálezu se mi to neposuzuje obtížně. Zohledním i sociální šetření, často narazím na diskrepanci od sociálních pracovníků ve srovnání z nálezu od psychiatra. Pro mě to je zvládnutelné, větší problém s takovým klientem mají podle mě sociální pracovníci."

11) Co byste udělali/dělali ve své práci jinak, ale nemůžete, jelikož jste vázáni jistými potupy, pravidly a normami?

"Já bych to zjednodušila, vrátila bych to zpátky, kdy se posuzovala bezmocnost a byly tam pouze stupně tři. Bylo to dle mého názoru srozumitelnější. Vše se ale vyvíjí, jen říkám, že to bylo předtím pro mě objektivnější. Současný systém je překombinovaný."

12) Jak vnímáte komunikaci a spolupráci s ÚP?

"Spíše komunikuji s ošetřujícím lékařem, ale také to nebývá pokaždé. Vycházíme pouze z písemného výstupu, osobně se nestýkáme. Podle mě není potřeba více komunikovat s ÚP. Když je dobré šetření, je v něm vše popsáno. To mi stačí."

13) Jak by se dalo dle Vašeho názoru posuzování PnP a celý proces zefektivnit a zjednodušit? Myslíte si, že stávající systém posuzování je dostačující?

"Stávající systém je pro mě dostačující. Nyní je systém agendy PnP rozpracovanější, zároveň je také překombinovaný. Nemuseli by už nic více zefektivňovat."

Příloha č. 4: Interní pomůcka ÚP pro sociální šetření - škrtačko

mobilita	
pomůcky, protézy	
změna poloh, polohování	
přesuny do lehu, sedu, stoje, na pomůcku	
stabilita	
posedí 30 min (i s poposedáním)	
postojí (i s oporou, 5 min)	
přejde po bytě (i s pomůckou)	
venku (200 m, i s pauzami, pomůckou)	
schody (i se zábradlím, výtah)	
otevírání, zavírání dveří	
MHD, auto – i bariér. (nástup, výstup, použití)	
hybnost rukou, ramen, úchop	
hybnost trupu	
orientace	
pomůcky	
zrak	
sluch	
mentální schopnosti	
základní orientace – osoba, místo, čas	
rozezná hodnotu peněz	
širší přehled, organizace náročnějších věcí	
přiměřenost reakcí	
reagování v obvyklých situacích	
komunikace	
ústní domluva (chápání obsahu, vyjadřování)	
vady řeči, slovní zásoba	
písemná domluva (rukou), pochopení obsahu	
telefon, počítač	
chápání symbolů, signálů (WC, semafor...)	
gesta	
stravování	
výběr vhodného nápoje, potravy	
nakrátet stravu, servírování, studené jídlo	
nalití nápoje	
přemístění nápoje a stravy	
příjem stravy	
dietní režim, jí v obvyklou denní dobu	
oblékání a obouvání	
výběr oděvu	
vrstvení, rub a líc	
oblékání, obouvání /svlékání, zouvání (i při hygieně, WC, změně teploty...)	
tělesná hygiena	
ranní hygiena	
celková hygiena včetně mytí vlasů	
dodržování hygieny	
nehty, holení, česání	
zuby	

výkon fyziologické potřeby		
WC – včasné použití, vyprázdnění		
zaujímání vhodné polohy na wc (přesuny, výdrž v poloze, pomůcky...)		
inkontinenční pomůcky		
očista		
péče o zdraví		
dodržení léčebného režimu, doporučení, nařízení....		
léky (pravidelnost, příprava, dohled)		
rehabilitace, cvičení		
ošetřování		
rozpoznání zdr. problému a přivolání pomoci		
péče o pomůcky (např. podložná mísa, cévky, sondy, katetry....)		
osobní aktivity		
navazování / udržování kontaktů a vztahů		
plánování a uspořádání osob. aktivit, denní režim		
osobní aktivity		
dřívější aktivity (srovnání k současnosti)		
vyřizování osobních záležitostí		
péče o domácnost		
manipulace s předměty (přenášení, posouvání, vyndávání, úchop, využití...)		
ovládání běžných spotřebičů		
vaření jednoduchého jídla, nápoje		
udržování pořádku v domácnosti		
běžný úklid (nádobí, prádlo, lůžko, vysávání, stírání, utírání prachu....)		
topení		
hospodaření s penězi		
nákupy		

Příloha č. 5: Oficiální formulář ÚP příspěvku na péči



ÚŘAD PRÁCE ČR

SocS

podací razítko

OSÚ
S 15

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

Žádost o příspěvek na péči

A. Žadatel:

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :
Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před: za:	Státní příslušnost:
Trvalý pobyt: Obec: Část obce: Ulice: Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:		
Skutečný pobyt ⁵⁾ : Obec: Část obce: Ulice: Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:		
Adresa pro doručování ⁵⁾ : Obec: Část obce: Ulice: Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:		
Rodinný stav ⁶⁾ :		
Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:

B. Zástupce žadatele:

Vyplňte v případě, že žádost podává zástupce žadatele (zmocněnec, rodič, opatrovník, poručník, jiná fyzická osoba, které byla nezletilá osoba rozhodnutím příslušného orgánu svěřena do péče).

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :
Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před: za:	Státní příslušnost:
Trvalý pobyt ⁷⁾ : Obec: Část obce: Ulice: Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:		
Adresa pro doručování ⁵⁾ : Obec: Část obce: Ulice: Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:		
Rodinný stav ⁶⁾ :		
Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:

1) Uveďte všechna jména osoby.

2) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

3) Kolonku **Rodné příjmení** vyplňte pouze v případě, že se liší od příjmení.

4) Pokud je místo čísla popsaného přiděleno číslo evidenční, uveďte před číslem písmeno E.

5) Nevypíňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem.

6) Do kolonky **Rodinný stav** запиšte jednu z uvedených možností ve formě: 1 – svobodný(á), 2 – ženatý/vdaná, 3 – vdovec/vdova, 4 – rozvedený(á), 5 – registrované partnerství.

7) Nevypíňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem žadatele.

Tisk: Moraviapress, a. s. Brno – vzor 2014

PROSÍM OBRAŤTE
 14 01 01 551

C. Právnícká osoba zastupující žadatele:

Vyplňte v případě, že žádost podává právnická osoba, která je zmocněncem, zástupcem pro řízení o dávce (zastupuje-li nezletilou osobu zařízení sociálních služeb) nebo opatrovníkem.

Název zařízení:	IČ:
Adresa zařízení: Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Telefon:	E-mail:
Id datové schránky:	

Osoba pověřená jednat jménem právnické osoby:

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ⁸⁾ :
Funkce:	Pověření jednat od: . . 20 do: . . 20	Titul před: za: ~
Adresa pro doručování ⁹⁾ : Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:	

D. Informace pro poskytování příspěvku na péči v rámci EU:

Informace o žadateli:

Zaškrtněte jednu z uvedených variant.

- Žadatel ☐ je osobou, která je zdravotně pojištěná v jiném čl. státě EU nebo která pobírá důchod nebo dávky v nezaměstnanosti ze systému sociálního zabezpečení jiného čl. státu EU a nebo která vykonává výdělečnou činnost v jiném čl. státě EU
- ☐ není výše uvedenou osobou

Informace o rodičích žadatele mladšího 18 let:

Vyplňte pouze v případě, že žadatel je mladší 18 let. Zaškrtněte jednu z uvedených variant.

- ☐ Alespoň jeden z rodičů žadatele mladšího 18ti let je osobou, která je zdravotně pojištěná v jiném čl. státě EU nebo která pobírá důchod nebo dávky v nezaměstnanosti ze systému sociálního zabezpečení jiného čl. státu EU a nebo která vykonává výdělečnou činnost v jiném čl. státě EU
- ☐ Žádný z rodičů žadatele mladšího 18ti let není výše uvedenou osobou

E. Ošetřující lékaři žadatele:

Vyplňte údaje, které jsou vám o ošetřujícím lékaři známy.

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Titul před: za:
Název zařízení:		
Oddělení:		
Adresa: Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:	
Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:
Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Titul před: za:
Název zařízení:		
Oddělení:		
Adresa: Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:	
Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:

⁸⁾ Údaj je nepovinný. Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uveďte v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

⁹⁾ Nevypíňujte, pokud je adresa shodná s adresou zařízení.

F. Způsob výplaty dávky:

Zaškrtněte prosím jednu z následujících čtyř variant a do příslušné tabulky uveďte doplňující informace.

☐ na platební účet u peněžního ústavu v ČR vedeném v CZK:

Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol ¹⁰⁾ :
-------------	------------	------------------------------------

☐ na platební účet zahraničního peněžního ústavu v EU, EHP nebo Švýcarsku:

Příjemce	IBAN:	Měna:
	Název:	
	Adresa:	Město:
	(uveďte alespoň město a stát) Stát:	
Banka příjemce	BIC/SWIFT:	
	Název:	
	Adresa:	Město:
	(uveďte alespoň město)	

☐ poštovním poukazem na adresu trvalého pobytu v ČR

☐ poštovním poukazem na jinou adresu v ČR:

Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:

G. Prohlášení:

Veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

Podpisem rovněž dávám svůj výslovný souhlas k tomu, aby příslušné právnické osoby a fyzické osoby sdělily OSSZ, která bude posuzovat stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, informace o zdravotním stavu.

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o příspěvku na péči rozhoduje, do 8 dnů změny ve skutečnostech, které jsou rozhodné pro trvání nároku na příspěvek na péči, jeho výši a výplatu a do 8 dnů změny poskytovatele sociálních služeb nebo osoby, která pomoc poskytuje.

Poučení:

Příjemce příspěvku je povinen na vyžádání správního orgánu, který provádí kontrolu využívání příspěvku, prokázat, že byl příspěvek využit k zajištění pomoci, a to způsobem, který osvědčí využití příspěvku nebo dokladem o vyplacení příspěvku fyzickým nebo právnickým osobám, které poskytují pomoc při zvládání základních životních potřeb, uvedeným v žádosti o příspěvek, popřípadě ohlášeným podle § 21 odst. 1 písm. d) nebo § 21 odst. 2 písm. c), a to nejvýše 1 rok zpětně.

V	dne	. 20
---	-----	------

Podpis žadatele/zástupce

K žádosti prosím doložte

- pro všechny uvedené osoby **průkaz totožnosti**, u dětí do 15 let rodný list
- pokud v průkazu totožnosti není uvedeno rodné příjmení, doložte rodný list
- **Oznámení o poskytovateli pomoci**

Údaje, pro které na formuláři nedostačuje vyhrazené místo, uveďte na volném listě a přiložte k tiskopisu.

Formuláře žádostí, potvrzení a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese <http://portal.mpsv.cz/forms> nebo si je vyzvednete na pracovišti Úřadu práce ČR. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

¹⁰⁾ Kolonku **Specifický symbol** vyplňte pouze v případě Československé obchodní banky pro účty s číslem 6699.

Příloha č. 6: Seznam úkonů péče o vlastní osobu



NAO 000 000 128 587 373

MAGISTRÁT MĚSTA HRADEC KRÁLOVÉ odbor sociálních věcí a zdravotnictví Československé armády 408/51

Seznam úkonů péče o vlastní osobu:

zvládání: Z - zvládá, D - s dohledem, P - s pomocí, N - nezvládá, X - neposuzováno

úkon	Z	D	P	N	X
a) příprava stravy			/		
b) podávání, porcování stravy			/		
c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu	/				
d) mytí těla	/				
e) koupání nebo sprchování			/		
f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení			/		
g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny	/				
h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh	/				
i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě	/				
j) stání, schopnost vydržet stát			/		
k) přemísťování předmětů denní potřeby			/		
l) chůze po rovině				/	
m) chůze po schodech nahoru a dolů				/	
n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení	/				
o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání				/	
p) orientace v přirozeném prostředí	/				
q) provedení si jednoduchého ošetření	/				
r) dodržování léčebného režimu	X	/			

Seznam úkonů soběstačnosti:

zvládání: Z - zvládá, D - s dohledem, P - s pomocí, N - nezvládá, X - neposuzováno

úkon	Z	D	P	N	X
a) komunikace slovní, písemná, neverbální	X		/		
b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase i mimo přirozené prostředí			/		
c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi	/	/			
d) obstarávání osobních záležitostí			/		
e) uspořádání času, plánování života	/		/		
f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku			/		
g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)			/		
h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla			/		
i) mytí nádobí			/		
j) běžný úklid v domácnosti			/		
k) péče o prádlo			/		
l) přepírání drobného prádla			/		
m) péče o lůžko			/		
n) obsluha běžných domácích spotřebičů	/		/		
o) manipulace s kohouty a vypínači	/				
p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří			/		
q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady			/		
r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti			/		

pre-uklad. dok. (oblast byt), po distalizaci čísel
MM HKR - OSÚ, MPSV - vda. dda. 612, 31.10.2006 strana 2 z 11/6
jed. před 1400/44m, před spávací, alergie - pylková,