

**Spolupráce mezi sociálními
pracovníky a lékaři: příklad řízení
o příspěvku na péči**

Jana Havlíková
Olga Hubíková

VÚPSV, v. v. i. Praha
2017

Publikace byla schválena Ediční vědeckou radou ve složení:

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc. (VÚPSV, v. v. i. Praha)
Ing. Martin Holub, Ph.D. (VÚPSV, v. v. i. Praha)
Mgr. Miriam Kotrusová, Ph.D. (FSV UK Praha)
doc. Ing. Robert Jahoda, Ph.D. (MU Brno)
Ing. David Prušvic, Ph.D. (MF ČR)
Ing. Jan Mertl, Ph.D. (VŠFS Praha)
Ing. Jan Molek, CSc. (JU České Budějovice)
doc. Ing. Olga Poláková, CSc. (Metropolitní univerzita Praha)

Monografie je založena na datech získaných v rámci projektu „Využívání poznatků sociálního šetření v sociální práci se žadateli o příspěvek na péči (TD020037)“, na jehož financování se podílela Technologická agentura ČR v rámci programu OMEGA.

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i.
Dělnická 213/12, Praha 7
jako svou 526. publikaci
Vyšlo v roce 2017, 1. vydání, počet stran 75
Tisk: VÚPSV, v. v. i.

Recenze: Mgr. Iva Kuzníková, Ph.D.
Mgr. et Mgr. Zdeňka Dohnalová, Ph.D.

ISBN 978-80-7416-308-1

<http://www.vupsv.cz>

Abstrakt

V současné době se v českém prostředí spolupráce mezi lékařem a sociálním pracovníkem v největším rozsahu, co do počtu zapojených odborníků, uplatňuje v rámci agendy příspěvku na péči (PnP). Spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky při řízení o PnP započala v roce 2007. Cílem monografie je po sedmi letech této spolupráce, neboť monografie vychází z kvalitativních dat sesbíraných v roce 2014 v rámci projektu *Využívání poznatků sociálního šetření v sociální práci se žadateli o příspěvek na péči* (TD020037), z perspektivy sociální práce jednak zanalyzovat, jaký typ víceoborové spolupráce byl v této agendě postupně ustaven, a dále rozpoznat faktory, které tuto spolupráci ovlivňují a alespoň částečně porozumět jejich (vzájemnému) působení. Výsledky provedených rozborů naznačují, že typ interakcí, které probíhají mezi oběma obory a odborníky v rámci řízení o PnP má nejbližší k multidisciplinárnímu modelu s prvky interdisciplinarity. Současně je zřejmé, že spolupráci mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky ovlivňuje řada faktorů, přičemž jedním z nejvýraznějších se jeví být nereflektovaná profesní socializace a odborná perspektiva zapojených odborníků. V závěru navrhneme postup, kterým by bylo možné vliv tohoto faktoru usměrnit.

Klíčová slova: víceoborová spolupráce; sociální práce; posudkové lékařství; příspěvek na péči; ovlivňující faktory; kvalitativní metodologie; Česká republika

Abstract

Currently in the Czech environment cooperation between doctor and social worker has been realised to the greatest extent, in the number of participating experts, in the context of agenda on Care Allowance (CA). Cooperation between the doctors of Medical Assessment Service and social workers at the local branches of the Czech Employment Office in the eligibility assessment process of the CA began in 2007. The study is embedded in social work perspective. The aim of this study is after seven years of this cooperation, as the study is based on qualitative data collected in 2014 during research project "Utilisation of information gathered via social investigation for the purpose of comprehensive social work with the Care Allowance claimants" (TD020037), to analyse what type of multidisciplinary cooperation has been established in this agenda, and simultaneously to recognize the factors that affect this cooperation. The results of the analyses indicate that the type of interactions that take place between the two disciplines and experts under the CA eligibility assessment has the closest to a multidisciplinary model with elements of interdisciplinarity. At the same time it is clear that collaboration between the assessing doctors and social workers, is influenced by many factors, one of the most important seems to be the unreflected professional socialization and professional perspectives of involved experts. In Conclusion, we propose a procedure by which it would be possible to regulate the influence of this factor.

Key words: multidisciplinary collaboration; social work; Medical Assessment Service; Care Allowance; affecting factors; qualitative methodology; Czech Republic

Obsah

Seznam zkratk	7
Úvod	8
Použitý zdroj dat	10
1. Typologie víceoborové spolupráce	12
1.1 Multidisciplinarita	12
1.2 Interdisciplinarita	13
1.3 Transdisciplinarita	13
1.4 Shrnutí	13
2. Rozbor spolupráce sociálního pracovníka a posudkového lékaře v agendě PnP z hlediska typologie víceoborové spolupráce	16
2.1 Konceptualizace víceoborové spolupráce	16
2.2 Dimenze spolupráce sociální práce a posudkového lékařství v PnP - výsledky rozboru	17
2.2.1 Cíle spolupráce	17
2.2.2 Vzájemné interakce	20
2.2.3 Vzájemné chápání svých rolí	22
2.2.4 Míra prolínání oborů	24
2.2.5 Charakter výstupů	26
2.3 Shrnutí	28
3. Faktory ovlivňující víceoborovou spolupráci	34
4. Analýza překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP	38
4.1 Konceptualizace faktorů ovlivňujících spolupráci mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři	38
4.2 Faktory ovlivňující spolupráci sociálních pracovníků a posudkových lékařů v PnP - výsledky rozboru	39
4.2.1 Role profesního zakotvení	39
4.2.2 Osobnostní charakteristiky	47
4.2.3 Nastavení komunikace	49
4.2.4 Strukturální charakteristiky	52
4.2.5 Organizační podmínky	56
4.2.6 Předchozí zkušenost s víceoborovou spoluprací	62
4.3 Shrnutí	64
Závěr	69
Literatura	72
Výtahy z oponentských posudků	75

Seznam zkratk

KoP ÚP ČR – kontaktní pracoviště Úřadu práce České republiky

LPS – Lékařská posudková služba

MěÚ - městský úřad

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

OSSZ – okresní správa sociálního zabezpečení

PL – posudkový lékař

PnP – příspěvek na péči

SP – sociální pracovník

TA ČR – Technologická agentura České republiky

ÚP ČR – Úřad práce České republiky

Úvod

Problematika spolupráce mezi sociálními pracovníky a lékaři, případně dalším zdravotnickým personálem, se dostala do popředí zájmu odborných sociálně-vědních časopisů publikujících v angličtině v 80. letech 20. století (např. Lister, 1980; Gross, Gross, 1987; Abramson, Mizrahi, 1987; Roberts, 1989). Zájem o toto téma pokračoval i na přelomu tisíciletí (např. Cowles, Lefcowitz, 1992; Abramson, Mizrahi, 1996; Mizrahi, Abramson, 1994 a 2000; Simpkin, 2003) a pokračuje dodnes, i když již s nižší intenzitou (např. Gabrielová, Velemínský, 2014). Podle Abramson a Mizrahi (1996) přináší víceoborová spolupráce benefity nejen pro klienty, jejichž zdravotně-sociální situace je předmětem této spolupráce, neboť poskytuje lepší porozumění potřebám a zdrojům klienta, ale i pro spolupracující odborníky, kteří mají díky spolupráci více oborů a dialogu s jinou profesí možnost rozšířit svou znalostní bázi a odbornost. V rámci víceoborové spolupráce mezi lékaři a sociálními pracovníky se dle autorů také snáze řeší komplikované případy. Sdílená odpovědnost a podpora spolupracujících kolegů v neposlední řadě snižuje riziko vyhoření.

V českém prostředí lze jako sféru potenciálně intenzivní spolupráce mezi sociálním pracovníkem a lékařem vnímat proces řízení o příspěvku na péči (dále jen PnP), kde sociální pracovník ÚP ČR provádí sociální šetření v přirozeném prostředí a záznam z tohoto šetření je jedním ze zákonných podkladů, na jejichž základě stanovuje posudkový lékař Lékařské posudkové služby OSSZ stupeň závislosti žadatele na pomoci druhé osoby při zajištění běžných každodenních činností a péče o vlastní osobu. Od tohoto posouzení se pak v praxi přímo odvíjí přiznání či nepřiznání nároku na tuto sociální dávku a její výše. Diskusi na téma spolupráce či spíše kooperace mezi sociálními pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři Lékařské posudkové služby dosud vedli především sami posudkoví lékaři (např. Wernerová, 2007; Čeledová, Čevela, 2011; Ramianová, Zvoníková, 2011), méně často pak přímo sociální pracovníci (např. Lukešová, 2011; Chaloupková 2008), nicméně již v těchto publikacích lze identifikovat přítomnost některých bariér mezioborové spolupráce (srov. Gabrielová, Velemínský, 2014), např. nedostatečné uznání role sociálního pracovníka v řízení o PnP. Tendenci posudkových lékařů nepřikládat při posuzování stupně závislosti zjištěním sociálních pracovníků získaných při sociálním šetření pro účely řízení o PnP význam implicitně dokládají i relativně nedávné odborné články z pera členů Lékařské posudkové služby na téma posuzování stupně závislosti pro PnP, v nichž o výstupech ze sociálního šetření (tj. o povinném pokladu pro posouzení stupně závislosti vedle lékařského nálezu) a o sociálních pracovnících agendy PnP není zmínka vůbec žádná (srov. Čevela, Čeledová, Bienertová, Pražmová, 2014; Pastorková, 2015 a,b). Opět se však nejedná o české národní specifikum, neboť obdobný fenomén pozorovali i Abramson a Mizrahi (1996) v lékařských odborných časopisech v USA.

Výsledky dlouhodobé výzkumné činnosti pracovníků Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, v. v. i. v oblasti uplatňování sociální práce v řízení o PnP pak naznačují, že tyto bariéry mohou mít relativně trvalý charakter - viz Musil et al. (2011), Havlíková a Hubíková (2015) a Hubíková (2017). V uvedených dílech však byla pozornost překážkám a napomáhajícím faktorům mezioborové spolupráce věnována pouze okrajově. Vzhledem k tomu, že dlouhodobě v rámci svých výzkumných, metodických a vzdělávacích činností v oblasti sociální práce uplatňované v rámci řízení o PnP narážíme na poměrně zásadní komplikace při praktické realizaci mezioborové spolupráce sociálního pracovníka a posudkového lékaře, domníváme se, že této oblasti je třeba věnovat samostatnou odbornou pozornost, tj. pokusit se hlouběji porozumět tomu, o jaký typ

spolupráce mezi těmito odbornostmi vlastně jde, na jaké překážky naráží a co naopak rozvoj této spolupráce usnadňuje.

Abychom doplnili tuto mezeru, přinášíme v předkládané monografii výsledky 2. fáze výzkumu realizovaného v rámci projektu *Využívání poznatků sociálního šetření v sociální práci se žadateli o příspěvek na péči* (TD020037), řešeného s finančním přispěním TA ČR. Projekt byl mj. zaměřen na zkoumání spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři působícími v agendě PnP, konkrétně na překážky a napomáhající faktory této spolupráce. V této monografii (kapitoly 3 a 4) tak z perspektivy sociální práce usilujeme o zodpovězení následující hlavní výzkumné otázky: *Jaké faktory ovlivňují vzájemnou spolupráci mezi sociálním pracovníkem kontaktního pracoviště ÚP ČR a posudkovým lékařem OSSZ v rámci procesu posuzování stupně závislosti žadatelů o PnP?*

S ohledem na to, že některé zahraniční odborné publikace indikují úzký vztah mezi typem mezioborové spolupráce a relevantními bariérami spolupráce a napomáhajícími faktory (srov. Bronstein, 2003; Gabrielová, Velemínský, 2014; Choi, Pak, 2006), rozhodli jsme se před prezentaci výsledků 2. fáze projektu TD020037 předradit rozbor stávající posudkové praxe v oblasti PnP. V kapitolách 1 a 2 věnovaných tomuto rozboru usilujeme o klasifikaci spolupráce mezi sociálními pracovníky ÚP ČR agendy PnP a posudkovými lékaři Lékařské posudkové služby z hlediska typů mezioborové spolupráce popsanych v odborné literatuře. Rozbor je založen jednak na analýze stávajícího legislativního rámce agendy PnP, tj. zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky MSPV č. 505/2006 Sb., a dále na sekundární analýze dat shromážděných v obou fázích projektu TD020037.

Primárním účelem této monografie je napomoci profesionálům z řad sociálních pracovníků a lékařů, kteří se podílejí na zajišťování agendy PnP, reflektovat vzájemnou spolupráci v širších souvislostech uplatňování mezioborové spolupráce v praxi, a to i na mezinárodní rovině. Umožnit jim tak hlouběji porozumět situaci spolupráce, v níž se s ohledem na platnou legislativu (tj. bez ohledu na vlastní preference) nacházejí, aby následně byli schopni nejen rozlišit zdroj případných potíží, jimž při kooperaci v rámci řízení o PnP část těchto profesionálů čelí, ale také hledat způsoby, jak vzájemnou kooperaci na individuální rovině postupně zlepšovat.

Poznámka na závěr: Při konceptualizaci typologie víceoborové spolupráce a ovlivňujících faktorů a následně při analytické práci pro účely této monografie se ukázalo, že část skutečností, které charakterizují uplatňovaný model spolupráce, působí současně i jako faktory, které tuto spolupráci usnadňují, či jí spíše brání. Proto se na několika místech následujícího textu objevuje popis týchž skutečností jak v kapitole 2, věnované rozboru spolupráce mezi sociálními pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři OSSZ z hlediska typologie mezioborové spolupráce, tak v kapitole 4, zaměřené na analýzu podmínek, které tuto spolupráci ovlivňují. I když jsme se snažily tyto překryvy minimalizovat prostřednictvím vnitřních odkazů v textu, nebylo možné se těmito opakováním zcela vyhnout.

Použitý zdroj dat

Tato monografie je založena na kvalitativních datech získaných v souvislosti s řešením projektu aplikovaného výzkumu Využívání poznatků sociálního šetření v sociální práci se žadateli o příspěvek na péči (TD020037), spolufinancovaného TA ČR v rámci programu Omega. Projekt řešili pracovníci Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, v. v. i. - výzkumné centrum Brno, konkrétně Jana Havlíková, Olga Hubíková, Kateřina Kubalčíková pod vedením Libora Musila. Projekt byl řešen od ledna 2014 do prosince 2015, přičemž kvalitativní rozhovory byly uskutečněny v průběhu roku 2014.

Cílem výzkumné fáze realizované v roce 2014 bylo získat detailní a zejména validní poznatky o tom, jakým způsobem je sociální šetření pro účely PnP v současnosti prováděno, a rovněž porozumět tomu, jaké podmínky (legislativní, organizační, pracovní) ovlivňují výkon sociálního šetření a využívání takto získaných poznatků při řízení o PnP a sociální práci s klienty agendy PnP.

Za tímto účelem byla zvolena kvalitativní metodologie (Shaw, Holland, 2014), kombinující extenzivní dotazování s případovými studiemi. Cílem extenzivního dotazování bylo zmapovat uplatňovaná pojetí sociálního šetření a využívání jeho výsledků při řízení o PnP a sociální práci s klienty agendy PnP. Následné lokální případové studie pak byly zaměřeny na porozumění roli posudkového lékaře OSSZ při posuzování stupně závislosti, roli sociálních pracovníků obcí a sociálních služeb při nastavování a zajišťování komplexní péče a dále na očekávání žadatelů a rodinných pečujících, která spojují s činností SPR ÚP ČR. Tato monografie je založená na datech z extenzivního dotazování, proto dále již popisujeme pouze tuto část výzkumných prací realizovaných v rámci projektu.

Analýza spolupráce mezi sociálními pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři Lékařské posudkové služby (LPS) při okresních správách sociálního zabezpečení (OSSZ) z hlediska typologie víceoborové spolupráce a následný rozbor překážek a napomáhajících faktorů této spolupráce vychází z kvalitativních rozhovorů získaných jednak v rámci extenzivního dotazování sociálních pracovníků agendy PnP na 24 losem vybraných kontaktních pracovištích ÚP ČR. Pracoviště zařazená do výzkumu se nacházela ve 13 krajích ČR. Struktura kontaktních pracovišť (KoP) ÚP ČR zařazených losem do výzkumného vzorku byla z hlediska typu správního obvodu následující:

krajské město	3
obec s rozšířenou působností (bývalé okresní město)	10
obec s rozšířenou působností	9
obec s pověřeným obecním úřadem	2

Celkem bylo uskutečněno 25 rozhovorů, v souhrnné délce 35,5 hodiny.

Druhým zdrojem informací byly kvalitativní rozhovory ze 6 případových studií, jichž se zúčastnili sociální pracovníci příslušného obecního úřadu, lékaři Lékařské posudkové služby příslušné OSSZ, klienti agendy PnP (tj. úspěšní i neúspěšní žadatelé o PnP, příjemci PnP), rodinní pečující, sociální pracovníci služeb sociální péče zaměřených na seniory či osoby s postižením. Nicméně v rámci této analýzy byly s ohledem na její zaměření jako hlavní zdroj využívány především rozhovory s posudkovými lékaři (rozhovor poskytlo celkem 7 posudkových lékařů, v souhrnné délce 7 hodin). Rozhovory s ostatními typy respondentů byly využívány pouze doplňkově. Případy (správní obvody) byly vybrány záměrným výběrem z těch KoP ÚP ČR, jejichž sociální pracovník se zúčastnil extenzivního dotazování. Hlavním kritériem výběru případů pro případové

studie bylo to, zda dle sdělení dotazovaného sociálního pracovníka agendy PnP docházelo nebo nedocházelo na daném pracovišti KoP ÚP ČR ke spolupráci mezi sociálními pracovníky agendy PnP a příslušnými posudkovými lékaři. Konkrétní případy pak byly vybrány tak, aby pokrývaly celé prostřednictvím extenzivního dotazování identifikované spektrum spolupráce, potažmo nespolečné spolupráce mezi těmito subjekty.

Pro účely kódování a rozboru dat bylo nutné rozhovory převést do textové podoby, a to ve formě doslovného přepisu digitálního záznamu rozhovoru. Takto upravené rozhovory byly následně kódovány s pomocí softwaru Atlas/ti+ vytvořeného jako oporu pro rozbor kvalitativních dat.

Všechny rozhovory byly rovněž anonymizovány tak, aby nebylo možné identifikovat pracoviště, které se na výzkumu podílelo, ani jednotlivé mluvčí. V textu této monografie jsou dále jednotliví respondenti, je-li citováno z rozhovoru, který s nimi byl uskutečněn, označeni kódem vytvořeným podle následujícího klíče: (1) pracovní pozice respondenta (tj. PL = posudkový lékař; SP = sociální pracovník; SP & VED = sociální pracovník, který je rovněž pověřen funkcí vedoucího referátu/oddělení/kontaktního pracoviště); (2) rozlišení správního obvodu pracoviště, každý správní obvod je označen vlastní římskou číslicí, tj. I až XXIV. Obsahuje-li citát i otázku položenou tazatelem, pak tazatel je označen písmenem „T“.

1. Typologie víceoborové spolupráce

Rozlišování mezi jednotlivými typy mezioborové spolupráce má bezprostřední praktický význam, neboť různé typy či modely víceoborové spolupráce mají různé výhody a nevýhody, vyžadují odlišné nastavení podmínek pro jejich uplatňování, nabízejí různé možnosti a narážejí na různé limity atd. Cílem víceoborových přístupů je řešit komplexní problémy reálného světa, ale každý z konkrétních modelů k využití poznatků z různých oborů přistupuje jinak.

Nicméně ze studia příslušné odborné literatury (viz seznam literatury) je zřejmé, že běžně dochází k různému chápání a vzájemnému zaměňování různých typů spolupráce. Většina z námi prostudovaných statí na téma podmínek ovlivňujících spolupráci mezi lékaři a sociálními pracovníky se hlásila k interdisciplinaritě, nicméně každý ji definoval trochu jinak, případně vůbec. Vzájemné zaměňování pojmů označujících typy spolupráce však může vést k terminologickému zmatku a nepochopení.

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

1.1 Multidisciplinarita

Podle Choi a Pak (2006) je multidisciplinarita takovou formou víceoborové spolupráce, v jejímž rámci zůstávají zúčastněné obory/odborníci v hranicích svého oboru. Je to přístup, v němž každý v rámci svého oboru něco „přidá“. Jinak řečeno, odborníci vedle sebe staví poznatky z různých disciplín, různí odborníci dodají svůj pohled z perspektivy svého oboru. Integrovaný přístup není uplatňován. Většinou jednotlivé obory fungují paralelně nebo jsou při řešení daného problému angažovány po sobě. Jednotliví odborníci nejsou stejnou měrou zaangažováni na dosažení hlavního cíle spolupráce (srov. Gabrielová, Velemínský, 2014) a mohou někdy sledovat i různé dílčí cíle. Často také je angažování jednotlivých odborníků koordinováno vedoucím pracovníkem na základě jeho uvážení a jednotliví odborníci mohou fungovat i částečně nezávisle na sobě.

Couturier at al. (2008) dále rozlišují ještě pojem *pluridisciplinarita*. To je takový model, který zahrnuje spolupřítomnost (co-presence) různých disciplín, seskupených okolo daného cíle či problému, ale každá disciplína se zaměřuje na svůj výsek problému. Každý rozumí své roli a drží se jí, ale panuje vzájemné uznání toho, že daný úkol vyžaduje činnost více disciplín. Nejde vlastně o spolupráci v pravém smyslu slova. Pluridisciplinarita tak představuje předstupeň multidisciplinarity, která je podle těchto autorů již více uspořádanou, řízenou spoluprací, přičemž „kdo co dělá“ je předem dáno či vyjednáváno tak, aby bylo dosaženo optimálního výsledku, založeném na činnostech ostatních a na povaze řešeného úkolu. V případě pluridisciplinarity se tak spíše jedná o koordinaci různých oborů než o spolupráci mezi nimi. Ani v případě pluridisciplinarity, podobně jako u multidisciplinarity, není záměrem transformovat tyto obory.

1.2 Interdisciplinarita

V rámci interdisciplinární spolupráce dochází k syntéze dvou či více disciplín, ustavuje se nová úroveň debaty, nový diskurs, směřuje se k integraci poznatků. Jednotlivá zjištění, poznatky, hlediska jsou společně diskutována; odborníci pracují spolu, dohromady, ale každý přispívá ze základny své profese; cíle jsou společné, na cílech se nejprve dohodnou (Choi, Pak, 2006). Gabrielová a Velemínský (2014) dále doplňují, že společné rozhodování je standardní součástí interdisciplinární spolupráce. Dosažení těchto společných cílů je možné pouze prostřednictvím interakce mezi odborníky, tj. žádný ze zapojených odborníků nemůže těchto cílů dosáhnout sám, neboť každý je při dosahování těchto cílů závislý na interakci s druhými odborníky. Bronstein (2003) v této souvislosti hovoří o „vzájemné závislosti“ odborníků, kterou považuje za jeden z pěti charakteristických rysů interdisciplinární spolupráce. Kromě již zmíněných společných cílů to dále jsou struktury a činnosti specificky vytvořené za účelem umožnění a podpory interdisciplinární spolupráce a určitá flexibilita v pojetí role odborníka (tzn., jednotliví odborníci jsou schopni, díky spolupráci s dalšími odborníky, dle potřeby částečně zastat roli toho druhého, např. sociální pracovníci v hospici jsou schopni zodpovědět tamním klientům jednoduché otázky ohledně paliativní péče). V neposlední řadě pak podle Bronstein (2003) interdisciplinární spolupráci charakterizuje průběžná nebo ad hoc reflexe procesu spolupráce s členy interdisciplinárního týmu, která zahrnuje společné přemýšlení a sdílení zkušeností, dilemat apod., které spolupráci provázejí. Interdisciplinární model víceoborové spolupráce tedy spočívá ve sladění a propojení mezi disciplínami do koordinovaného celku a je uplatňován tam, kde určitých cílů není možné dosáhnout pouze činností jednoho člena týmu (Bruner, 1991).

1.3 Transdisciplinarita

Transdisciplinarita pak podle Choi a Pak (2006) představuje holistický model spolupráce, kdy jednotliví odborníci pracují spolu a sdílejí stejný konceptuální rámec i dovednosti a vzájemně si je předávají. Členové transdisciplinárního týmu sdílejí role každého z dalších specialistů a pomáhají kolegům získat vědomosti a dovednosti spojené s oblastí expertízy. Tento přístup od jednotlivých odborníků vyžaduje schopnost uvolnit se ze své profesní role a zároveň svoji roli rozšířit. Jedná se o model, který dokáže spojit přírodní, sociální a zdravotní vědy v „humanitním“ kontextu a překračuje jejich tradiční hranice.

1.4 Shrnutí

Choi a Pak (2006) právě na základě relevantní odborné literatury vytvořili tabulku, která je jakousi syntézou různých vymezení výše uvedených modelů víceoborové spolupráce. V mírně zestručnělé podobě zde tuto tabulku (viz tabulka č. 1) uvádíme, protože přispívá k pochopení podstaty jednotlivých typů víceoborové spolupráce a zároveň některé body této tabulky mohou sloužit jako analytický rámec pro rozbor stávající posudkové praxe z hlediska typů spolupráce mezi obory.

1. Typologie víceoborové spolupráce

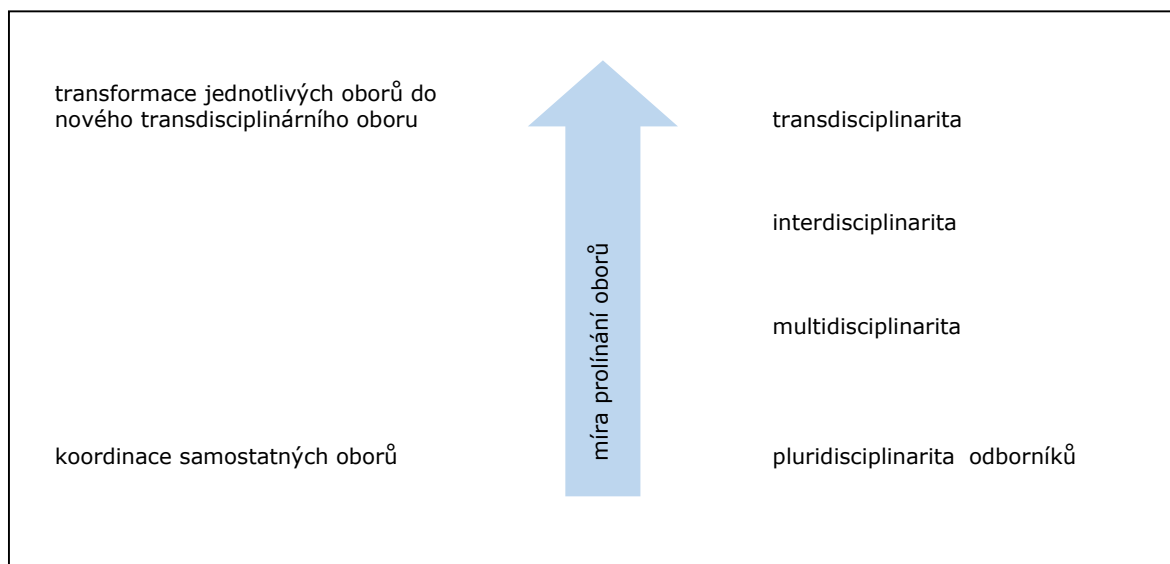
Tabulka č. 1 **Srovnání charakteristik jednotlivých typů víceoborové spolupráce**

multidisciplinarita	interdisciplinarita	transdisciplinarita
práce <u>za účasti</u> více disciplín	spolupráce <u>mezi</u> více disciplínami	práce <u>napříč</u> a za hranicemi jednotlivých oborů
příslušníci různých oborů pracují nezávisle na různých aspektech projektu, pracují paralelně nebo návazně.	příslušníci různých oborů pracují na stejném projektu společně	příslušníci různých oborů pracují společně a za využití společného konceptuálního rámce
individuální cíle v rámci jednotlivých oborů či profesí	sdílené cíle	sdílené cíle a sdílené dovednosti
účastníci mají oddělené ale vzájemně propojené role anebo: Účastníci si udržují vlastní oborové role	účastníci mají společné role účastníci se vzdávají některých aspektů svých vlastních oborových rolí, ale stále si zachovávají oborově specifickou základnu	účastníci mají rozvolněné role a zároveň svoje role rozšiřují účastníci vyvíjejí sdílený konceptuální rámec a vymezují si společnou základnu
nezpochybňuje hranice oborů	rozostřuje hranice oborů	překračuje hranice oborů
souhrn, juxtapozice oborů	integrace a syntéza oborů	integrace, slévání, asimilace, inkorporace, sladění oborů a úhlů pohledu
aditivní, integrující, spolupracující	interaktivní, syntetizující, integrující a spolupracující	holistický, transcendentální, interaktivní, spolupracující
graficky odpovídá dvěma kruhům vedle sebe	graficky odpovídá dvěma kruhům, které se částečně překrývají	graficky odpovídá třetímu kruhu, který zcela zakrývá dva částečně se překrývající kruhy
externí koherence	interní koherence	-
oddělené metodologie	společná metodologie	-
instrumentální; využívá komplementární znalosti a perspektivy při řešení otázky	epistemologický; vytváření nového vědění nebo nových perspektiv, dokonce nových oborů	-
výsledek je sumou jednotlivých částí	výsledek je více než suma jednotlivých částí	-

Zdroj: Choi, Pak (2006), upraveno autorkami.

Z výše uvedeného vyplývá, že hlavní osou, podél níž lze vymezit jednotlivé typy spolupráce a od níž se odvíjejí jejich další charakteristické rysy, je míra prolínání oborů zapojených do spolupráce či interakce. Jedná se o kontinuum tvořené dvěma krajními póly (viz obrázek č. 1). Na jedné straně „pouhou“ koordinací zapojení jednotlivých oborů a odborníků do řešení určitého úkolu (viz výše *pluridisciplinarita*), na straně druhé rozsáhlým prolínáním zapojených oborů, kdy přestává být možné původní obory jednoznačně odlišit a tyto společně vytváří nový „transdisciplinární“ útvar/obor (viz výše *transdisciplinarita*).

Obrázek č. 1 **Ilustrace pozice jednotlivých typů víceoborové spolupráce z hlediska míry prolínání jednotlivých oborů**



2. Rozbor spolupráce sociálního pracovníka a posudkového lékaře v agendě PnP z hlediska typologie víceoborové spolupráce

2.1 Konceptualizace víceoborové spolupráce

Analytická hlediska, která v této monografii slouží jako opora pro rozbor stávajících podob spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři v rámci řízení o PnP, vycházejí z výše uvedeného vymezení typů víceoborové spolupráce. Jak je patrné z výše uvedeného, víceoborová spolupráce obecně je tvořena několika dimenzemi, jejichž konkrétní obsah se liší v závislosti na tom, o který typ víceoborové spolupráce se jedná. Při analýze tedy budeme sledovat následující dimenze:

1. **Cíle spolupráce:** zda a jakým způsobem jsou cíle spolupráce stanoveny (implicitně/explicitně); jaké cíle sledují jednotlivé odbornosti, tj. sociální pracovníci agendy PnP při ÚP ČR a posudkoví lékaři Lékařské posudkové služby OSSZ; nakolik jsou jednotlivé odbornosti závislé na sobě navzájem při dosahování těchto cílů; zda, případně jakým způsobem, probíhá společné rozhodování v procesu spolupráce; nakolik jsou jednotlivé profese se společnými cíli ztotožněny atd. (srov. Bronstein, 2003; Gabrielová a Velemínský, 2014; Choi, Pak, 2006).
2. **Charakter vzájemných kontaktů:** formální a neformální setkávání; písemná a ústní komunikace mezi profesionály; míra respektu a důvěry v názor a podklady/vstupy zpracované druhým odborníkem; zda je přítomna společná reflexe procesu spolupráce (Bronstein, 2003; Choi, Pak, 2006).
3. **Vzájemné chápání svých rolí:** zda mají jednotlivé profese jasnou představu o své roli a o roli dalších zúčastněných odborníků v procesu spolupráce; nakolik jednotliví odborníci striktně setrvávají ve své roli, resp. nakolik jsou ochotni/mají možnost překročit vlastní profesní roli (srov. Bronstein, 2003; Choi, Pak, 2006).
4. **Míra prolínání oborů:** tj. míra sdílení či prolínání činností a postupů; (spolu)práce spíše mezi sebou nebo vedle sebe; včetně společné/oddělené metodologie (metodiky) či znalosti postupů, metodik a metodických pokynů druhé strany; existence struktur, které mají spolupráci umožnit/usnadnit (Bronstein, 2003; Choi, Pak, 2006).
5. **Povaha výstupů:** zda výstupy víceoborové spolupráce jsou společným výsledkem, syntézou pohledů jednotlivých odborností, nebo se spíše jedná o samostatné typy výstupů jednotlivých odborností, které stojí spíše vedle sebe a i ve výsledném výstupu nejsou integrovány; co či kdo určuje povahu výstupu atd. (Choi, Pak, 2006).

2.2 Dimenze spolupráce sociální práce a posudkového lékařství v PnP - výsledky rozboru

2.2.1 Cíle spolupráce

Nutnost interakce mezi obory sociální práce a posudkové lékařství v rámci řízení o příspěvku na péči je zakotvena legislativně, a sice v § 25, odst. 3 a 4 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ze kterého vyplývá, že záznam ze sociálního šetření vyhotovený sociálním pracovníkem Úřadu práce ČR je jedním z povinných podkladů (kromě odborných lékařských nálezů a případných vlastních vyšetření uskutečněných posudkovým lékařem) při posuzování stupně závislosti žadatele o PnP posudkovým lékařem OSSZ. Na základě tohoto posudku pak krajská pobočka ÚP ČR vydává rozhodnutí o ne/přiznání PnP ve finanční výši odpovídající posouzenému stupni závislosti. Implicitním společným cílem kooperace obou odborností by tak mohlo být objektivní rozhodování o žádosti o příspěvek na péči. Nicméně v rámci výzkumných rozhovorů jsme nezachytili, že by posudkoví lékaři či sociální pracovníci agendy PnP vnímali svoji činnost jako prostředek k uskutečnění společného cíle. V podstatě lze říci, že sociální pracovníci ani posudkoví lékaři agendy PnP v intencích sledování společného cíle vůbec neuvažují.

Většina dotázaných sociálních pracovníků a posudkových lékařů ale explicitně nepojmenovávala ani cíl, který v agendě příspěvku na péči sledují v rámci svého vlastního oboru. Spíše pouze implicitně formulovaným cílem posudkových lékařů v rámci jejich činnosti v agendě PnP bylo takové posouzení stupně závislosti, které je na základě dostupných lékařských nálezů v souladu se zdravotním stavem žadatele, sociální šetření coby další podklad při posuzování stupně závislosti je lékaři vnímán jako druhotného významu. Současně si je ale část z nich vědoma, že tohoto cíle mohou jen těžko dosáhnout, resp. jen někdy, tj. za určitých podmínek - u jednoznačných diagnóz a za předpokladu, že obdrželi relevantní a validní lékařské nálezy, o roli sociálního šetření v této souvislosti neuvažují.

No právě, to víte, že to nikdy nebude prostě, když to budou hodnotit dva lékaři jednoho člověka, tak pokud to bude jednoznačné, tak se shodnou a když bude mít 5 chorob, tak jeden bude jednu hodnotit jakože závažnější, a tudíž víc ho omezuje a druhý třeba tolik ne, no, to jako nebude úplně vždycky stejné. (PL, obvod XXII)

Něco jiného je, když to člověk sám posuzuje, tak přece jenom si to dopodrobna přečte, když to posuzuje někdo druhý, je navíc, vždycky, i když je tam legislativa, tak ten pohled může být trošku jiný, jsou tam některé věci, kdy já se na to dívám trošku jinak než ten, co to posuzuje přede mnou. (...) je to medicína, medicína není exaktní, byť si tedy rádi doktoři myslí jak je exaktní, tak není exaktní a tak jako budou angínu léčit jinak v Praze a jinak v Olomouci a jinak v Brně a jinak nevím kde anebo jiné onemocnění, tak to je úplně stejné, jo, prostě, bohužel. (PL, obvod XIII)

Druhým implicitním cílem části posudkových lékařů bylo „zodpovědné hospodaření“ s veřejnými zdroji, tj. „šetrné“ přiznávání stupně závislosti.

Snad by prý to měly posuzovat jenom ony [sociální pracovníce ÚP ČR], tak myslím, že teda to pro stát by byla výrazná finanční ztráta teda, ve srovnání s tím, když to posuzujeme my... (PL, obvod XXII)

Co se týče identifikovaných cílů sociálních pracovníků agendy PnP, část z nich usiluje prostřednictvím PnP o zajištění adekvátní péče o žadatele o PnP, většina se však soustřeďuje pouze na administrativní a technické cíle spojené s vyřízením žádosti o PnP, tj. hladké a rychlé zajištění dílčích činností v rámci agendy PnP, např. stihnout lhůty, mít v pořádku všechny formální náležitosti příslušných dokumentů, uskutečnit sociální šetření a vytvořit záznam z něho, ovšem bez zájmu o to, jak s ním posudkový lékař naloží atp.

No, snažíme se prostě, aby opravdu jsme tu situaci toho klienta vyřešili. Ale samozřejmě ta časová náročnost toho je velká, protože těch žádostí a ten počet klientů je velký.(...) Prostě když tu rodinu navštívím, tak abych věděla, že mají o všechno požádané a že o toho člověka je postaráno, že mají informace. To, jestli ty informace využijí nebo ne, to už je na nich, ale ty kontakty dostanou. (...) jak jsem ale zjistila, tak to není všude obvyklý, že na některých ÚP prostě končí tím, mám tady zjistit informace k deseti bodům, tím to pro mě končí ten příspěvek na péči a nic víc mě nezajímá. (SP ÚP, obvod XXII)

V této situaci tak nelze hovořit o tom, že by příslušníci každé ze zúčastněných disciplín, tedy sociální práce a posudkového lékařství, které se na zpracování žádosti o PnP podílejí, sledovali v rámci své činnosti jasně vymezený vlastní cíl - tzn. definovaný tak, že je srozumitelný jak příslušníkům oboru, pro který byl tento cíl definován, tak příslušníkům druhého oboru, který se rovněž na této agendě podílí, neboť cíle pokud jsou přítomny, pak pouze implicitně, a navíc různí pracovníci i jedné odbornosti inklinují k těmto implicitním cílům různou měrou.

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

Právě popsané potíže v oblasti stanovování a uvědomování si cílů své činnosti v rámci řízení o PnP sociálními pracovníky a posudkovými lékaři na straně jedné a skutečnost, že existuje legislativní zakotvení této víceoborové spolupráce zákonem o sociálních službách na straně druhé, vede k následující situaci v oblasti rozpoznání toho, nakolik jsou sociální pracovníci a posudkoví lékaři na sobě vzájemně při dosahování společných/svých cílů závislí: ačkoliv z právního hlediska je práce sociálních pracovníků ve smyslu realizace sociálního šetření a vypracování záznamu z něho pro posouzení stupně závislosti (cíle posudkových lékařů) naprosto nezbytná, pouze část posudkových lékařů si toto uvědomuje a akceptuje, část posudkových lékařů je naopak přesvědčena, že tento vklad jiného oboru nemá na posouzení stupně závislosti vliv, resp. že stupeň závislosti lze objektivně posoudit i bez sociálního šetření (ačkoliv je to v rozporu s platnou legislativou a s celkovou koncepcí sociální dávky příspěvek na péči). Z tohoto hlediska tedy lze říci, že část posudkových lékařů věnujících se posuzování pro účely stupně závislosti pracuje dokonce v interdisciplinárním modu - neboť výsledky jejich práce závisí i na vstupech jiného oboru a tito posudkoví lékaři se rovněž v některých případech se sociálními pracovníky radí o nejasných/sporných bodech v sociálním šetření, resp. schopnostech žadatele zvládat některé z posuzovaných

úkonů a nepřímo tak umožňují sociálním pracovníkům příležitostně se podílet na rozhodování o stupni závislosti.

Prostě, když to vychází mezi ne a ano ten I. stupeň a prostě nevíte se rozhodnout, k čemu se přiklonit, zda dát nebo nedat, prostě..., tak vždycky zavolám ty sociální pracovníci a ještě se tak pobavíme o těch lidech, jak to na ni působilo a takhle... (PL, obvod XVII)

Současně však existuje část posudkových lékařů, kteří i navzdory platné legislativě posouzení stupně závislosti realizují jako čistě jednooborovou činnost zcela se pohybující v rámci oboru medicína. Na základě analýzy dat pak lze dovozovat, že kromě těchto dvou krajních pojetí „víceoborové“ spolupráce posudkovými lékaři se v praxi uplatňuje ještě třetí pojetí, kdy posudkoví lékaři do určité míry, zvláště tam, kde spatřují soulad s medicínskými závěry, k výsledkům sociálního šetření přihlížejí, ale nepovažují ho za stejně důležitý podklad pro své rozhodování jako lékařské nálezy. V této souvislosti by tak bylo možné hovořit o pluridisciplinarity, kterou Couturier at al. (2008) vnímají jako předstupeň multidisciplinárního přístupu.

I když se nám někdy těžko dává do souladu ty lékařské nálezy s tím sociálním šetřením, tak je to přínos, protože někdy se ukáže, že ten lékař nemá dobré informace, někdy zase teda ty sociální pracovníci jsou ovlivněni příbuznými, takže určitě je to lepší to takhle zkompletovat. (PL, obvod XXII)

Sociální pracovníci agendy PnP si vliv činnosti posudkových lékařů na dosahování svých cílů uvědomovali zejména ve chvílích, kdy jim činnost (zejm. rychlost zpracování posudku) či výstupy (tj. přiznaný stupeň závislosti) posudkových lékařů dosahování těchto cílů komplikovala, a to jak cílů zúžených na hladkou administraci žádosti (když posudkoví lékaři nedodrželi správních lhůt pro posouzení stupně závislosti), tak cílů spojených se zajištěním odpovídající péče o žadatele (když žadatelé přiznali nižší stupeň závislosti, než který by dle posouzení situace žadatele odpovídal rozsahu potřebné péče). Sociální pracovníci, kteří sledovali pouze administrativní cíle, si tak, pokud posudkoví lékaři dodržovali zmíněné lhůty, vliv jejich činnosti na svou práci prakticky neuvědomovali. Naopak, ti sociální pracovníci, kteří usilovali o to, aby se žadatelům o PnP dostalo adekvátní péče, význam činnosti posudkových lékařů akcentovali a současně se domnívali, že svou vlastní činností (tj. zejména obsahem záznamu ze sociálního šetření a případně komunikací s posudkovými lékaři) mohou přispět k tomu, aby činnost posudkových lékařů (tj. posouzení stupně závislosti) přispívala k dosahování cílů těchto sociálních pracovníků v oblasti zajištění péče o žadatele o PnP.

T: Takže vy už mnohdy víte, co tam napsat, aby to našlo tu odezvu. Protože asi záleží na těch formulacích...

R: No určitě. Protože tam jak to napíšete, a víte, že některý posudkový lékař by mohl vůči klientovi zaujmout nějaký postoj, prostě mít předsudek, a už tím pádem by byl kritičtější, a toho klienta by si vyhodnotil trošku jinak, tak samozřejmě ty informace podávám tak, aby k tomu klientovi přistupoval bez nějakých předsudků a aby nehodnotil to, jak k tomu úrazu, nebo prostě k tomu... došlo, ale to, že ten člověk teď potřebuje pomoc. A někdo, kdo se o něj stará, tak ten příspěvek na péči potřebuje jako příjem. (SP ÚP, obvod XXII)

Současně je většina sociálních pracovníků přesvědčena, že posudkový lékař je při své činnosti závislý na kvalitě podkladů dodaných sociálním pracovníkem, část ovšem vůbec neví, nakolik posudkový lékař se záznamem ze sociálního šetření ve skutečnosti pracuje.

My jsme prostě tak už zvyklý, no tak se snažíme pořád dělat to sociální šetření poctivě, no. I když k tomu možná ten posudkář nepřihlíží... (SP & VED ÚP, obvod XXIII)

Podobně jako posudkoví lékaři, rovněž i různí sociální pracovníci uplatňují v oblasti dosahování cílů své činnosti různé modely víceoborové spolupráce, přes pluridisciplinaritu po snahu o iniciování takové spolupráce s posudkovými lékaři, která má znaky interdisciplinarity.

2.2.2 Vzájemné interakce

Interakce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky agendy PnP probíhá nejvíce intenzivně v době, kdy posudkový lékař zpracovává posudek stupně závislosti žadatele o PnP na pomoci jiné osoby a poté, co tento posudek zašle na kontaktní pracoviště ÚP ČR, které vede řízení o dané žádosti. Kontakt mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři se pak nejčastěji uskutečňuje písemnou formou - nejprve posudkový lékař obdrží písemný záznam sociálního pracovníka shrnující podstatná zjištění ze sociálního šetření. Tyto informace by měl zohlednit při posouzení stupně závislosti daného žadatele, resp. z písemného posudku stupně závislosti, který následně zašle zpět na ÚP ČR, by mělo být zřejmé, nakolik a jakým způsobem s poznatky sociálního pracovníka agendy PnP pracoval.

Výsledky výzkumu však dokládají, že tuto „korespondenci“ zúčastnění profesionálové až na výjimky nechápou jako formu komunikace s druhým odborníkem, ale pouze jako poskytnutí svého odborného stanoviska. K tomuto chápání patrně přispívá skutečnost, že sociální pracovník a posudkový lékař, kteří se podílí na zpracování žádosti daného žadatele, se často navzájem neznají, a i tam, kde se znají, tak sociální pracovník obvykle předem neví, který posudkový lékař bude žádost zpracovávat, čili neví, s kým konkrétně prostřednictvím svého záznamu ze sociálního šetření komunikuje. Posudkový lékař pak ne vždy zná jméno sociálního pracovníka, s jehož záznamem ze sociálního šetření pracuje. V neposlední řadě pak adresátem posudku stupně závislosti může být jiný sociální pracovník než ten, který zpracovával příslušné sociální šetření, takže nemá možnost zjistit, jakým způsobem vlastně s jeho podkladem posudkový lékař v procesu posuzování stupně závislosti naložil.

Často se tak spíše jedná o interakci mezi obory a nikoliv mezi odborníky. O osobní, nejčastěji telefonické, komunikaci s posudkovými lékaři v průběhu posuzování stupně závislosti hovořilo jen o něco málo více než 1/3 z námi dotázaných sociálních pracovníků a jako běžnou a rovnocennou tuto komunikaci popisovali sociální pracovníci pouze ze dvou pracovišť (tzn., komunikaci iniciovali podle potřeby jak posudkoví lékaři, tak sociální pracovníci při vzájemném respektu k názoru a kvalifikaci toho druhého). Na ostatních pracovištích buď byli sociální pracovníci pasivnější v navazování kontaktu s LPS, nebo měli pocit, že posudkový lékař nebere jejich názor či žádost o znovu zvážení svého posudku jako relevantní.

Nestalo se mně, tedka jako po té reformě vůbec, že by změnili na základě doloženého nového posudku ten svůj původní výrok. Jo, oni vždycky napíší zas, že setrvávají na tom původním. (SP ÚP, obvod II)

Obdobně ze sedmi dotázaných posudkových lékařů popisovali pouze dva komunikaci se sociálními pracovníky za účelem vyjasnění či konzultace jejich poznatků jako běžnou.

Z výsledků výzkumu dále vyplynulo, že pokud by obě profese vědomě sledovaly společný cíl v podobě snahy o objektivní posouzení žádostí o příspěvek na péči, pak by osobní komunikace mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem, kteří se věnují téže žádosti, byla více než žádoucí. Sociální pracovníci se shodovali na tom, že komunikace s posudkovým lékařem v době, než vydá posudek o stupni závislosti, je neefektivnější, neboť se minimalizuje nutnost využívat administrativně náročné opravné prostředky, jako je výše zmiňovaná žádost o opětovné posouzení stupně závislosti, či následně odvolání žadatele proti rozhodnutí o výsledku řízení o PnP.

Aspoň svého času doktorka XY z posudkové služby, tak kdykoli se jí něco nelíbilo, tak nám volala a řešila to s náma před tím, než vydala ten posudek. Což teď teda, kromě ní, snad nikdo nedělá. (...) Tak si myslím, že by byl takovej ideál, jak teda pracovat a spolupracovat. (...) Ona nemusí pak změnit, že jo, svůj názor, ona si může trvat na tom svém, ale určitě to má větší význam, než pak... Protože pak se to zas protahuje, to je minimálně další měsíc, když vlastně něco se nám nezdá a my jim to vrátíme zpátky nebo přinese ten člověk, že to chce posoudit znova z nějakýho důvodu, přinese třeba nějakou lékařskou zprávu, která na to třeba ani nemusí mít vůbec vliv, ale když nám vlastně přinese něco, tak my to musíme nechat znova přepsoudit. Zbytečně se to protahuje všechno, si myslím. (SP ÚP, obvod III)

Dále přibližně polovina dotázaných sociálních pracovníků a všichni posudkoví lékaři hovořili o tom, že se někdy zúčastnili společného setkání. Tato setkání se většinou konají příležitostně, jednou až dvakrát ročně a obvykle neslouží jako platforma pro společnou reflexi spolupráce mezi sociálními pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři (jak naznačuje druhý z níže uvedených citátů, nebylo tomu tak vždy). V době konání výzkumu měla tato setkání spíše metodický obsah. Předmětem někdy bývá obsah záznamu ze sociálního šetření, případně ladění administrativních postupů v návaznosti na legislativní změny ve společných agendách.

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

Co se týče respektu a důvěry v názor a podklady zpracované druhým odborníkem, v tomto ohledu panovala mezi zúčastněnými zástupci obou oborů výrazná nerovnováha. Zatímco sociální pracovníci měli tendenci většinou názor ve formě posouzení stupně závislosti respektovat, posudkoví lékaři ve velké většině případů vyjadřovali silnou nedůvěru vůči podkladům poskytnutým sociálními pracovníky agendy PnP a skepsi vůči jejich odbornosti.

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

Ten sociální pracovník napíše do toho sociálního šetření to, co mu řeknou příbuzní, ale vůbec ho, on toho klienta sice vidí, ale protože vidí, jsou takoví, jací jsou, tak uloží babičku do postele, že „babičko mlč a my budeme tady za tebe“,

že. Takže není validní, to sociální šetření. (...) je málo, těch sociálních pracovníků, které skutečně to objektivně popíše. Ten zdravotní stav toho klienta, jak je omezen a co potřebuje se ošetřit, jakou péči potřebuje, tak abych to řekl přesně. (PL, obvod XV)

Akademický titul ještě neznamena, že opravdu píše dobře sociální šetření. (PL, obvod XXII)

I když někteří sociální pracovníci a někteří z posudkových lékařů projevovali v rozhovorech zájem o zavedení některých prvků interdisciplinární spolupráce (jako sledování společného cíle, společná práce u vybraných případů), v komunikaci mezi sociálními pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři, pokud k ní vůbec dochází, ale jak bylo popsáno výše, o dialog mezi obory většinou nejde. Sociální pracovník spíše na základě svých zkušeností předpokládá, že posudkový lékař bude posudková kritéria i informace o situaci žadatele interpretovat/využívat monodisciplinárně, tedy pouze z hlediska medicíny. Ti sociální pracovníci, kteří chtějí zvýšit šanci, že jejich podklad bude při posouzení stupně závislosti posudkovým lékařem brán v potaz, se pak spíše než o integraci pohledu sociální práce do celkového zhodnocení situace žadatele snaží o to, aby se to, co oni jako sociální pracovníci vnímají v situaci žadatele za relevantní, vešlo do medicínského pohledu na žádost, žadatele a jeho situaci.

2.2.3 Vzájemné chápání svých rolí

V oblasti chápání svých rolí lze říci, že sociální pracovníci i posudkoví lékaři působící v agendě PnP mají každý o své roli poměrně jasno, resp. nikdo z nich nevyjadřoval nejistotu ohledně své role v procesu řízení o PnP. V oblasti pochopení role druhého oboru v rámci řízení o PnP však panovala obdobná nápadná disproporce jako v oblasti důvěry v erudici druhého z oborů (viz výše). Sociální pracovníci agendy PnP vnímali, že rolí posudkového lékaře je posouzení stupně závislosti, tuto roli neproblematizovali a chápali ji jako zásadní pro úspěšné řízení o PnP.

T: A ještě se zeptám, úřad práce nebo i MPSV vydalo nějakou zprávu, že by chtěli změnit právě to posuzování toho stupně závislosti s tím, že by to neposuzovali posudkoví lékaři, ale sociální pracovníci?

R: Ano, ano, to jsme slyšeli. My si to do určitý míry neumíme představit, my vůbec nevíme, jak by to mělo fungovat, protože sociální pracovníci na odborné..., jako že by měli být odborně zdatní na úrovni lékařské jakoby informovanosti, jo? ...nebo já si to vůbec neumím představit, jak by to mělo probíhat, jo. (SP ÚP, obvod VII)

Současně však poukazovali na neochotu posudkových lékařů překračovat mantinely čistě medicínského pohledu při posuzování stupně závislosti, ač je k tomu legislativa implicitně, tj. přes zavedení povinného podkladu ve formě sociálního šetření a perspektivy posouzení z hlediska funkčních schopností a nikoliv diagnózy žadatele, vybízí.

Jenom na základě toho šetření si myslím, že taky to není správný. Že ti lidi jsou herci. Řekla bych, že by měla být nějaká ta spolupráce, taková nějaká, ten střed. (...) A ten doktor zase, pravda je to, ten to vezme to..., to je dosavadní způsob, vezme to podle papírů a to sociální šetření, jak říká, "k tomu přihlíží." Taky si myslím, že je to chyba, že nás nebere jako partnera. (...) Proto si myslím, že by měl být takový nějaký střed tý spolupráce. Kdyby to šlo, no ale to je asi těžký.

Vymyslet nějaký pravidla, aby bylo z každého kousek. Aby doktor neviděl jenom medicínu, ale přihlížel k tomu. (SP ÚP, obvod XXI)

Posudkoví lékaři však měli pouze vágní představu o roli sociálního pracovníka i o oboru sociální práce jako takového a nepřipisovali mu až na výjimky při posuzování stupně závislosti žádný přínos. Spíše se vyjadřovali v tom smyslu, že sociální pracovník, který zajišťuje sociální šetření pro účely PnP, by neměl ani tak být sociálním pracovníkem jako spíše zdravotníkem - měl by mít zdravotnické vzdělání a jeho roli popisovali jako „oči“ posudkového lékaře, který žadatele sám navštěvovat většinou nechodí.

Prostě napíše mi fakt to jakoby takovýma těma mýma očima přímo tam v tom bydlišti, jo. (PL, obvod XIII)

Ideální by to bylo, kdyby skutečně ty pracovnice sociální byly perfektně vyškolené, měly by mít alespoň základní zdravotnické vzdělání. (PL, obvod XV)

Na druhou stranu ale někteří posudkoví lékaři odmítali, pokud sociální pracovníci, již zběhlí ve své roli, začali překračovat svůj obor směrem k medicíně. Pokud např. sociální pracovník do sociálního šetření uvedl diagnózu, pokusil-li se vyjádřit svůj názor na to, že žadatel některou z posuzovaných životních potřeb nezvládá apod., měli posudkoví lékaři tendenci se vůči tomuto negativně vymezovat.

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

Zjistili jsme, že to nemá cenu. Zkraje jsem prostě zvednul telefon, jo, ale nemá to cenu. Takže těm lidem doporučujeme rovnou, heleďte odvolejte se. (SP ÚP, obvod XVI)

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

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

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

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

Neprostopnost lékařské odborné role a obrana této uzavřenosti ze strany posudkových lékařů či reálné zkušenosti s takovou reakcí posudkového lékaře vedou

někdy, často na obou stranách, k pocitu permanentního konfliktu perspektiv sociálního pracovníka a posudkového lékaře. Sociální pracovníci se někdy pocitu, že jejich perspektiva je v konfliktu s perspektivou posudkového lékaře a že by tato situace mohla poškodit žadatele, brání tím, že převahu profese posudkového lékaře uznají.

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

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

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

2.2.4 Míra prolínání oborů

Již z předchozího popisu charakteru a účelu komunikace je zřejmé, že sociální pracovníci agendy PnP a posudkoví lékaři činnosti a postupy nesdílí a míra vzájemné provázanosti jejich práce je nízká. Z hlediska koordinace či načasování činností sociálního pracovníka se jedná o typ (spolu?) práce spíše vedle sebe než mezi sebou a spíše po sobě než paralelně.

Jednotné metodické vedení, které by nějakým způsobem zastřešovalo aktivity sociálních pracovníků a posudkových lékařů v rámci řízení o příspěvek na péči, neexistuje. Nejsou vytvořeny ucelené společné metodické postupy. Kromě toho není vyvinut způsob, jakým by se sociální pracovníci mohli systematicky seznamovat s nároky a pokyny, které řídí práci posudkových lékařů a stejně tak obráceně.

Z rozhovorů se sociálními pracovníky dále vyplývalo, že jako zdroje metodického vedení, instrukcí či doporučení působí řada subjektů, jejichž vliv není v tomto ohledu vždy koordinovaný a jednotný - jde zejména o Generální ředitelství ÚP ČR,

MPSV a Krajské pobočky ÚP. Z hlediska tématu spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky je významný zejména poznatek, že jako relevantní zdroj metodického vedení uváděla řada sociálních pracovníků i Lékařskou posudkovou službu (LPS) či přímo posudkové lékaře (Havlíková, Hubíková, 2015). Sociální pracovníci v některých aspektech své práce metodické vedení ze strany LPS a posudkových lékařů vítají a jsou v některých případech ochotni tato doporučení upřednostnit před jinými doporučeními, zejména pokud LPS a posudkoví lékaři nepostupují příliš direktivně a o svých doporučeních se sociálními pracovníky diskutují, vysvětlují je apod. (např. na společných setkáních). Rovněž někteří z dotázaných posudkových lékařů zmiňovali, že na společném setkání vysvětlovali sociálním pracovníkům agentury PnP, jaké poznatky ze sociálního šetření považují při posuzování stupně závislosti za důležité a jakým způsobem by uvítali, aby byl proveden jejich popis.

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

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

Posudkoví lékaři sice podléhají jednotnému metodickému vedení, nicméně jeví se, že svým obsahem přispívá jen částečně ke sjednocení postupů jednotlivých posudkových lékařů při posuzování stupně závislosti. Sami posudkoví lékaři se pak domnívali, že posuzování stupně závislosti je natolik komplexní činností z oboru medicíny, že ji prostě nelze postihnout jednotnými pravidly. Podle jejich názoru bude vždy docházet mezi jednotlivými posudkovými lékaři k odlišným posouzením.

Tady se pořád jakoby naráží na to, že oni strašně chtějí všechno mít jakoby jednotné, aby k tomu byla jakási jednotná pravidla. To prostě nejde, (...) Samozřejmě, že když budeme mít posudek jakoby někdo úplně, takhle, takové ty úplně krajní, to znamená první stupeň, čtvrtý stupeň, já si myslím, že ten bude posouzený stejně v Praze, stejně v Olomouci, stejně v Brně, všude, jo. Ale takové ty jemné nuance mezi dvojkou, trojkou, tam právě narazíme jakoby na ty rozdíly a tam skutečně se může stát, že někdo posoudí dvojkou, někdo dá trojku, jo, to věřím, že se může stát. Nemělo by se asi stát, že někdo dá jedničku a stejný by dal na stejný případ čtyřku. (PL, obvod XIII)

V této souvislosti jen poznamenáváme, že zatímco odlišné posouzení případu jednotlivými lékaři vnímají posudkoví lékaři jako typický rys svého oboru a známku jeho komplexity, čili jako něco nevyhnutelného až pozitivního, odlišně pojaté výstupy ze sociálního šetření, které je rovněž velmi komplexní a náročnou činností, interpretují jako důsledek nekompetentnosti sociálních pracovníků a selhávání jejich oboru. Toto diametrálně odlišné hodnocení typově stejné skutečnosti naznačuje, jak hluboce jsou posudkoví lékaři zaujati vlastním oborem a současně nakolik jsou uzavřeni vůči jinému oboru (více viz kap. 4.2.1).

Jako dílčí výjimku a zároveň dobrý příklad toho, jak by jednotné metodické pokyny mohly přispět k usnadnění praxe, uváděla řada sociálních pracovníků metodickou instrukci, která nebyla vytvořena pro ně, ale pro posudkové lékaře, nicméně část sociálních pracovníků tuto metodickou pomůcku získala a v praxi využívá. Jednalo se o poměrně podrobně a přehledně zpracovaný materiál, který se týká posuzování schopnosti zvládat různé typy aktivit u dětí různého věku. Sociální pracovníci, kteří měli tuto metodickou oporu k dispozici, s ní také většinou aktivně pracovali a shodovali se, že

byť byl tento materiál primárně určen pro posudkové lékaře k tomu, aby tito byli schopni určit stupeň závislosti u dětí různého věku, je to i pro ně jako sociální pracovníky dobrý nástroj, který jim výrazně usnadňuje provádění sociálního šetření u dětí. Někteří sociální pracovníci si již nepamatovali, jakým způsobem se k nim tento materiál dostal, jiní uváděli, že si ho sami vyžádali od posudkového lékaře, případně jim ho posudkový lékař sám z vlastní iniciativy poskytl. V každém případě bylo sdílení tohoto metodického pokynu spíše výsledkem neoficiálních postupů a rozhodnutí jednotlivých aktérů na straně sociálních pracovníků či posudkových lékařů, nikoliv výsledkem systémového rozhodnutí směřovat, alespoň v některých oblastech, ke sjednocení postupů.

Neformální postupy mohou přispět k uplatňování komplexnějších forem víceoborové spolupráce, nicméně bez existence odpovídajících formálních struktur a postupů se vždy bude jednat o spolupráci spíše ojedinělou a nahodilou. Formálně zakotvené postupy spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři v rámci řízení o příspěvku na péči v době realizace našeho výzkumu byly jednoznačně nastaveny na spolupráci oborů „po sobě“, řízení mělo tuto sekvenci: sociální pracovník zpracuje sociální šetření - to následně obdrží posudkový lékař, jako jeden z podkladů pro posouzení stupně závislosti - Úřad práce následně od posudkového lékaře obdrží posudek stupně závislosti, se kterým se ne vždy seznamuje i sociální pracovník, který uskutečnil dané sociální šetření - Úřad práce vydá na základě posouzení stupně závislosti rozhodnutí o ne-/přiznání příspěvku na péči. Formálně nastavené procedury rovněž silně podporují spolupráci oborů „vedle sebe“ - veškerá komunikace mezi obory probíhá neosobní cestou, odborníci zpracovávající jednu žádost se běžně v rámci zavedených procedur osobně nesetkají ani spolu přímo interaktivně nekomunikují, často na sebe navzájem ani nemají přímé kontakty, někdy ani neznají jméno druhého odborníka. Nastavení těchto formálních postupů tak spíše směřuje k uplatnění nanejvýše multidisciplinarity, a to navzdory tomu, že výsledek této spolupráce by měl mít, alespoň jak to naznačuje platná legislativa, interdisciplinární podobu - tj. při posuzování stupně závislosti by mělo jít o syntézu medicínských poznatků a poznatků z oboru sociální práce. Jak ukazujeme v následující kapitole, i praxe v oblasti výstupů spíše připomíná oslabenou verzi multidisciplinárního přístupu.

2.2.5 Charakter výstupů

Jak jsme již předdeslali v předchozí kapitole, výstupem víceoborové spolupráce v rámci řízení o příspěvku na péči je posudek stupně závislosti. Víceoborový přístup při jeho zpracování je zakotven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, konkrétně v § 25 odst. 3, kde se praví: *Při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře.*

Z této právní úpravy vyplývají dvě podstatné skutečnosti. Za prvé, výsledek sociálního šetření, tj. záznam ze sociálního šetření, je jedním z povinných informačních vstupů při posuzování stupně závislosti a vůči lékařské dokumentaci má rovnocenné postavení. Nejedná se tedy pouze o doplňkové či ilustrativní pojednání, jak se o něm vyjadřovali někteří posudkoví lékaři v rámci našeho výzkumu. Za druhé, posudek stupně závislosti zpracovává okresní správa sociálního zabezpečení, což v praxi znamená, že ho zpracovává posudkový lékař zaměstnán u dané OSSZ. Je to on, kdo na základě víceoborových podkladů zpracovává písemný posudek stupně závislosti a je

na tomto posudku podepsán. Zatímco tedy status vstupních podkladů pro posouzení se pohybuje v intencích interdisciplinarity, postup jejich využití při zpracování posudku již tento přístup nepředpokládá, neboť ho vytváří pouze jedna ze zapojených odborností, a to lékařská.

Není tedy překvapivé, že z rozhovorů se sociálními pracovníky i s posudkovými lékaři vyplynulo, že povaha výstupu ze sociálního šetření jednoznačně závisí na posudkovém lékaři. Posudkový lékař určuje podobu a obsah výsledku posouzení stupně závislosti především tím, že vyhodnotí, které informace z předložených podkladů je třeba považovat za relevantní, jakým způsobem je bude interpretovat a do jaké míry je zohlední ve svém rozhodnutí. Aktivní snahu komunikovat s posudkovým lékařem o jeho závěrech, pokud sociální pracovník dospěl k názoru, že jeho podklad nebyl při posuzování stupně závislosti využit korektně, či vůbec, prezentovala pouze malá část z dotázaných sociálních pracovníků. Zbylí se touto otázkou nezabývali, buď proto, že zcela respektovali autoritu posudkových lékařů, nebo na komunikaci s posudkovými lékaři po předchozích zkušenostech rezignovali, nebo proto, že k posudkům neměli vůbec přístup.

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

Schopnost sociálních pracovníků vyjádřit se k tomu, jakým způsobem bylo sociální šetření při posuzování stupně závislosti využito, byla dále limitována tím, pokud posudkový lékař v posudku své závěry argumentačně dostatečně nezdůvodnil, byť to je v rozporu s rozsudkem Nejvyššího správního soudu ze dne 18. listopadu 2011, č. j.: 4 Ads 125/2011-56, podle něhož se musí posudek stupně závislosti vypořádat se zjištěními ze sociálního šetření úplně a přesvědčivě. Podle výpovědí sociálních pracovníků se způsob, jakým posudková lékařská naplňují povinnost vyrovnat se se závěry sociálního šetření, v praxi značně liší. Někteří sociální pracovníci hovořili o tom, že tímto způsobem získají od posudkového lékaře sdělnou zpětnou vazbu v tom smyslu, že ať již se závěrem posudkového lékaře souhlasí nebo mají jiný názor a ať již se mohou ztotožnit s tím, jak posudkový lékař informace ze sociálního šetření využil či nikoliv, jsou schopni pochopit ze závěru a odůvodnění vypracovaném posudkovým lékařem, jak a proč se se záznamem ze sociálního šetření vypořádal. Na druhé straně se ale na základě rozhovorů s námi zkoumanými sociálními pracovníky jeví, že ve většině případů k takovému postupu na straně posudkových lékařů nedochází a ti se s nutností vyrovnat se se závěry sociálního šetření častěji vypořádají jen stručně a formálně - např. sdělením, že zjištění sociálního šetření „není v korelaci s lékařskými nálezy“.

Někteří posudková tam píší, že „dle ošetřujícího lékaře ujde s hůlkou dvě stě metrů, v sociálním šetření je napsáno pouze před dům na zahrádku“. A někteří to tam nepopíší, napíší jenom „není v korelaci“, v čem není v korelaci, to už se nedozvíme. (SP ÚP, obvod VIII)

Takovýto přístup k vyrovnání se se závěry sociálního šetření lze vnímat jako projev obecnější tendence, která byla v posudkové praxi v příspěvku na péči v rámci našeho výzkumu zaznamenána, a to výrazné či v některých případech zcela jednoznačné nadřazení „diagnózy“ a toho, co dle názoru posudkového lékaře z této diagnózy plyne, tomu, co na základě šetření v přirozeném prostředí zjistí sociální pracovník. Někteří posudkoví lékaři jsou přesvědčeni, že na základě těchto nálezů jsou schopni přesně odhadnout individuální konsekvence popsaného stavu a sociální šetření je nadbytečné, v lepším případě „dokreslující“ podklad.

Jestliže ta diagnóza je jasná, tak můžeš v sociálním šetření psát cokoliv. To mě už pak jako nechci říct - nezajímá, ale neberu to v potaz. (PL, obvod XIX)

K právě uvedenému přístupu řady posudkových lékařů k vypořádání se se závěry sociálního šetření v posudcích stupně závislosti přispívali i samotní sociální pracovníci. Navzdory výše citovanému rozhodnutí Nejvyššího správního soudu, si v rámci výzkumných rozhovorů byl pouze jeden z dotazovaných sociálních pracovníků vědom toho, že při kontrole posudku stupně závislosti zaslaného ÚP ČR posudkovým lékařem nemá provádět pouze kontrolu formálních náležitostí, ale posoudit i jeho obsah z hlediska toho, zda se posudek úplně a přesvědčivě vypořádal s poznatky sociálního šetření. Zmíněného sociálního pracovníka citujeme níže, současně se jedná o jednoho ze dvou dotazovaných sociálních pracovníků, kteří sami aktivně komunikovali s posudkovými lékaři před vydáním rozhodnutí o PnP (viz kap. 2.2.2)

Vlastně se pod to podepisujeme, že tak, jak to posudkový lékař zhodnotil, tak je to v pořádku a odpovídá to tomu, co my jsme zjistili. (SP ÚP, obvod XXII)

2.3 Shrnutí

S využitím vybraných teoretických konceptů víceoborové spolupráce jsme v předchozích podkapitolách provedli rozbor spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky. Tento rozbor vycházel jednak z výpovědí samotných aktérů této spolupráce, tj. sociálních pracovníků agendy PnP a posudkových lékařů, zachycujících to, jak tuto oblast sami vnímají a jak ji popisují. Dále pak byl proveden rozbor platné legislativy, resp. té její části, která upravuje víceoborový přístup při posuzování stupně závislosti pro příspěvek na péči, tj. zejména § 25 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Z hlediska základních výše popsaných typů víceoborové spolupráce, tedy *multidisciplinarity*, *interdisciplinarity* a *transdisciplinarity* má spolupráce posudkového lékaře a sociálního pracovníka podle naší analýzy jednoznačně nejbližší k multidisciplinarity, nicméně v řadě parametrů se od tohoto modelu odchyluje, a to na obě strany, tj. jak k pluridisciplinarity, tak k prvkům interdisciplinarity (srov. obrázek č. 1). Částečně tomu tak bude zřejmě i z toho důvodu, že současná právní úprava netvoří dostatečně pevný a jasný rámec pro multidisciplinarity v posudkové praxi, nicméně není to důvod jediný (viz dále kapitoly 3 a 4). V následujícím textu se tedy vracíme k parametrům modelu multidisciplinarity spolupráce vymezeným Choi a Pak (2006) a v rámci této studie uvedeným v tabulce č. 1. Jedná se o tyto charakteristiky multidisciplinarity:

1. práce za účasti více disciplín;
2. příslušníci různých oborů pracují nezávisle na různých aspektech projektu, pracují paralelně nebo návazně;

3. jednotlivé obory či profese sledují své vlastní cíle;
4. účastníci spolupráce mají oddělené, ale vzájemně propojené role, nebo si udržují vlastní oborové role;
5. hranice mezi obory se nezpochybňuje;
6. srovnání, juxtapozice poznávacích perspektiv zapojených oborů;
7. multidisciplinarita má aditivní, integrující, spolupracující charakter;
8. zapojení dvou oborů do multidisciplinární spolupráce lze graficky ilustrovat dvěma kruhy vedle sebe;
9. externí koherence;
10. zúčastněné obory mají své oddělené metodologie;
11. instrumentální - multidisciplinarita využívá komplementární znalosti a perspektivy při řešení otázky;
12. výsledek multidisciplinární spolupráce je sumou jednotlivých částí.

Nyní stručně srovnáme tyto parametry s těmi charakteristikami spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři, které jsme výše popsali na základě sekundární analýzy rozhovorů s těmito aktéry.

Práce za účasti více disciplín

Posuzování stupně závislosti pro účely rozhodování o příspěvku na péči vyžaduje dle platné legislativy účast dvou disciplín, a to sociální práce a posudkové medicíny. Řízení o příspěvku na péči tedy nelze provést ani vydat rozhodnutí bez uskutečnění zákonem stanoveného okruhu činností, které v rámci řízení o příspěvku na péči musí vykonat sociální pracovníci a posudkoví lékaři. To, jakým způsobem by měla tato účast více disciplín v praxi probíhat, není zákonem ani jinými právními předpisy podrobněji upraveno. Pro naplnění stávající právní úpravy dostačuje i minimální spolupráce v podobě písemného předávání stanoveného okruhu informací či poznatků zpracovaných z perspektivy daného oboru.

Příslušníci různých oborů pracují nezávisle na různých aspektech projektu, pracují paralelně nebo návazně

V rámci řízení o PnP pracují jednotliví odborníci spíše návazně, tzn. nejdříve sociální pracovník vykoná sociální šetření, výsledek ze sociálního šetření předá posudkovému lékaři, ten zajistí medicínskou část dokumentace, určí stupeň závislosti a posudkový závěr zašle zpět sociálnímu pracovníkovi, který na základě tohoto posudku rozhodne o ne-/přiznání PnP. Paralelní spolupráce byla v rámci výzkumu rozpoznána jako spíše nepříliš často vyskytující se jev, nicméně tam, kde probíhala, hovořili její účastníci o tom, že se jedná o více efektivní spolupráci, dosahující lepších výsledků v posouzení stupně závislosti ve srovnání s návazným typem spolupráce.

Jednotlivé obory či profese sledují své vlastní cíle

Ačkoliv by bylo možno na základě platné legislativy předpokládat, že sociální pracovníci a posudkoví lékaři budou sledovat jeden společný cíl, a sice shromáždění takových podkladů, aby mohlo dojít k objektivnímu posouzení stupně závislosti žadatele na pomoci druhé osoby, a tady přiznání příspěvku na péči ve výši, která odpovídá skutečné potřebě péče žadatele, sociální pracovníci i posudkoví lékaři sledují většinou jen vlastní dílčí cíle instrumentální a administrativní povahy (sociální pracovníci: dodržet lhůty, dodat správné podklady, mít v pořádku formální náležitosti apod.; posudkoví lékaři: „šetřit“ veřejné zdroje, hájit prestiž svého oboru, vypořádat se s lékařskou dokumentací apod.). Tyto cíle byly často implicitní, nereflektované. V rámci každého ze zúčastněných oborů tak chyběl explicitně definovaný cíl, který by byl odvozen od účelu příspěvku na péči (viz výše kap. 2.2.1).

Účastníci spolupráce mají oddělené ale vzájemně propojené role, nebo si udržují vlastní oborové role

Oba zúčastněné obory si udržují vlastní oborové role, pracují v hranicích vlastního oboru a k propojení v podstatě nedochází. Z výsledků analýzy rozhovorů se jeví, že zejm. posudkové lékaři jsou velmi citliví na to, co považují za narušení vlastní role sociálním pracovníkem (tzn. pokud dle jejich názoru sociální pracovník vstupuje na pole medicíny). Pokud k určitému „propojení“ pohledů a rolí obou odborností dochází, děje se tak na poli medicíny. Byli to výhradně sociální pracovníci, kteří byli ochotni rozšířit svou profesní roli o vědění a terminologii z oblasti medicíny, což je prvek typický pro interdisciplinarity (srov. Bronstein, 2003), ovšem za předpokladu, že toto vykročení z vlastního realizují i ostatní profesionálové zapojení do spolupráce. Sociální pracovníci toto vykročení uskutečňovali buď na základě zkušenosti, že pokud částečně uplatňují medicínskou terminologii, lékaři lépe rozumí tomu, co jim sociální pracovník v záznamu ze sociálního šetření sděluje, někteří sociální pracovníci pak byli k tomuto vykročení stimulováni přímo posudkovými lékaři.

Hranice mezi obory se nezpochybňuje

V rámci analýzy bylo silně patrná tendence posudkových lékařů „bránit“ hranice vlastního oboru a vylučnost své profese a současně „narušovat“ hranice oboru sociální práce snahou o prosazování vlastní perspektivy i do odborné činnosti sociálních pracovníků, tj. do sociálního šetření, a tendencí upírat sociálním pracovníkům nárok na to být vnímán jako odborník na svou práci. Posudkoví lékaři, resp. jejich řídící orgány mají dále tendenci od vzniku této dávky postupně omezovat vliv oboru sociální práce na celkový výsledek posouzení.

Souhrn či juxtapozice poznávacích perspektiv zapojených oborů

V současné posudkové praxi nelze výstup víceoborové spolupráce, tj. posouzení stupně závislosti, chápat ani jako souhrn poznatků více oborů ani jako juxtapozici, tzn. položení poznatků medicíny a sociální práce vedle sebe - k tomu dochází pravděpodobně jen formálně, reálně se praxe jeví tak, že posudkový lékař se sociálním šetřením pracuje nesystematicky a nahodile, případně jen pro formu.

Multidisciplinarita má aditivní, integrující, spolupracující charakter

Jak je uvedeno v předchozím bodě, je velmi obtížné zjistit, jakým způsobem je v praxi využíváno sociální šetření při posuzování stupně závislosti posudkovými lékaři. V současné době není právně zakotveno ani jinak (např. metodicky) upraveno, jaký význam a jakou váhu má mít výstup ze sociálního šetření, tzn. jakým způsobem mají poznatky ze sociálního šetření ovlivnit či se promítnout do posouzení stupně závislosti posudkovým lékařem. K přímé interakci mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem - mezi poznatky jednotlivých oborů ve fázi přípravy a vydání posudku obvykle nedochází, tento krok tak ve většině případů není doprovázen přímou oborovou spoluprací. K tomu, že výsledek práce posudkového lékaře a sociálního pracovníka obvykle nemají „aditivní charakter“ ve smyslu, že každý obor k celkovému obrazu stavu a funkčních schopností žadatele dodává své, přispívá nesourodost a nejednotnost jednotlivých podkladů - tzn. ani sociální šetření ani podklady od ošetřujícího lékaře nejsou obsahem a strukturou dostatečně přizpůsobeny posudkovým kritériím, podle nichž je stanoven stupeň závislosti - tzn. z hlediska případné interakce poznatků jednotlivých odborností a aditivní povahy víceoborové spolupráce je stávající posudková praxe velmi netransparentní.

Zapojení dvou oborů do multidisciplinární spolupráce lze graficky ilustrovat dvěma kruhy vedle sebe

Rozbor dat naznačuje, že v případě zapojení sociální práce a medicíny do procesu řízení o příspěvku na péči se jedná o dva kruhy, a to kruhy velmi nestejně velikosti, přičemž tím větším se jeví být kruh reprezentující medicínu, jež v některých případech soupeří o prostor, případně na sebe narážejí.

Externí koherence

V současné posudkové praxi se vnější i vnitřní soudržnosti právě kvůli nedostatku spolupráce a nedostatečné komunikaci různých oborových perspektiv dosahuje velmi obtížně. To znamená, že jednak je poměrně běžný nesoulad mezi závěrem posudkového lékaře a tím, jak se situace a stav žadatele jeví z hlediska sociálního pracovníka a dále dle sdělení sociálních pracovníků se často výsledné posouzení stupně závislosti nejeví jako v souladu s rozsahem různých forem péče, které žadatel potřebuje.

Zúčastněné obory mají své oddělené metodologie

Metodické vedení v oblasti řízení o příspěvku na péči se na základě rozboru dat jevílo následovně:

- metodické vedení je roztříštěné i v rámci jednotlivých zúčastněných oborů,
- sociální pracovníci a posudkoví lékaři nemají jasnou představu o metodickém vedení druhého oboru,
- sociální pracovníci jsou někdy metodicky vedeni i ze strany posudkových lékařů (rovněž ne vždy jednotně), což se ale týkalo spíše jednotlivostí ve formulacích či struktuře záznamu ze sociálního šetření.

Instrumentální charakter - multidisciplinarita využívá komplementární znalosti a perspektivy při řešení dané otázky

Při určování stupně závislosti není pohled oboru sociální práce a odbornost sociální práce vnímána jako komplementární; posudkoví lékaři mají tendenci nepohlížet na sociální práci jako na odbornost, nevnímají sociální pracovníky jako odborníky v dané oblasti a poznatky sociálních pracovníků o situaci žadatele často označují za příliš subjektivní a málo věrohodné.

Výsledek multidisciplinární spolupráce je sumou jednotlivých částí

V době výzkumu nebyl příspěvek jednotlivých oborů v podobě poznatků, na jejichž základě se dle zákona posuzuje stupeň závislosti, vnímán posudkovými lékaři, jimž je zákonem svěřena pravomoc stupeň závislosti posuzovat, jako rovnocenné. Navzdory tomu, že pro nadřazování podkladů jednoho oboru vůči podkladům druhého oboru není v zákoně opora, přesto posudkoví lékaři v rámci výzkumu uváděli, že poznatky sociálních pracovníků vnímají jako pouze doplňkové k poznatkům medicíny. Výsledek, tj. posouzení stupně závislosti, se tak většinou zakládá na diagnóze/diagnózách a vliv jednotlivých informací na konečný závěr posudkového lékaře nelze rozpoznat.

Ze shrnutí hlavních parametrů posudkové praxe vyplývá, že současná právní úprava i další podmínky posudkové praxe směřují k multidisciplinárnímu typu spolupráce, i když spolupráce spíše limitované a soustředěné především na spíše jednostranné předávání informací. Nicméně potenciál ani tohoto omezeného pojetí multidisciplinární spolupráce zúčastněných odborností není ve výsledku využit, a to zejména v tom, že bez ohledu na to, jak pečlivou práci sociální pracovník odvede, není garantováno, že bude výstup ze sociálního šetření uplatněn jako plnohodnotný vstup pro práci a závěr posudkového lékaře. Sociální pracovník navíc nemá zpětnou vazbu nad tím, co, v jakém rozsahu a jakým způsobem je při posouzení stupně závislosti zohledněno. Spíše formální než reálná spolupráce těchto dvou odborností, tedy sociální práce a posudkového lékařství, může být z širšího hlediska ale zdrojem neefektivity a komplikací provázejícím řízení o příspěvku na péči, tyto neefektivity mají podobu zejména častěji využívaných opravných prostředků, jako jsou námítky, odvolání, opakované žádosti. Jinými slovy, pokud má nejen žadatel, ale i sociální pracovník pocit, že při posuzování stupně závislosti nebyly posudkovým lékařem zohledněny všechny důležité skutečnosti, dochází na tyto prostředky - např. v našem souboru téměř všichni sociální pracovníci sdělovali, že vzhledem k tomu, že nemají možnost rozhodnutí posudkového lékaře ovlivnit, ani o něm s posudkovým lékařem diskutovat, případně s ním dojít ke shodnému pohledu na danou žádost, běžně svým klientům radí, aby se odvolali či požádali obratem znovu.

Závěrem tohoto rozboru je však třeba zdůraznit, že i když celkový obraz spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři v rámci řízení o PnP naznačuje převládání multidisciplinární spolupráce, na úrovni spolupracujících jedinců byl přítomen i eklektický přístup kombinující různé aspekty více typů spolupráce. V každodenních interakcích mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky pak byla přítomná variabilita, co se uplatňovaných modelů spolupráce týče (srov. Abramson, Mizrahi, 2003), kdy jednak posudkový lékař a sociální pracovník pracující na jednom případě mohou uplatňovat odlišný typ víceoborové spolupráce (např. lékař pluridisciplinaritu a sociální pracovník interdisciplinaritu), a dále někteří sociální pracovníci hovořili i o tom, že volí různý typ víceoborové spolupráce s ohledem na konkrétního

posudkového lékaře a jeho individuální nastavení vůči víceborové spolupráci. Čili i v rámci práce jednoho profesionála můžeme rozpoznat situační uplatňování různých modelů spolupráce, případně i různě „upravených“ modelů víceborové spolupráce.

3. Faktory ovlivňující víceoborovou spolupráci

Není pochyb, že se spoluprací mezi sociálními pracovníky a lékaři jsou neoddělitelně spjaty určité výzvy pramenící ze skutečnosti, že sociální pracovníci spolupracují s dominantní profesí vyššího sociálního statusu, jejíž priority a socializace byla a je tradičně odlišná od priorit a profesní socializace sociálních pracovníků. Sociální pracovníci by si měli uvědomit, že toto napětí je nedílnou součástí procesu spolupráce s lékaři a měli by usilovat o jiné zdroje podpory a potvrzení vlastní role.

(Abramson, Mizrahi 2003, s. 97)

Abramson a Mizrahi se tématu spolupráce mezi sociálními pracovníky a lékaři, a to z perspektivy sociální práce, věnují od 80. let 20. století. V právě uvedeném citátu postihují podstatný rys spolupráce mezi těmito dvěma profesemi, který není typický pouze pro Spojené státy americké (Abramson, Mizrahi, 1996, 2003; Bronstein, 2003), ale lze ho nalézt např. i ve Velké Británii (Carpenter, Hewstone, 1996), Kanadě (Glaser, Suter, 2016), Izraeli (Itzhaky, Zanbar, 2014) nebo i u našich slovenských sousedů (Slaná et al., 2016) a jak dále ukazují naše zjištění, tento rys je přítomen i v českém prostředí. Nicméně faktorů, které mohou ovlivňovat tuto mezioborovou spolupráci, je více.

Bronstein (2003) identifikovala čtyři hlavní faktory ovlivňující spolupráci mezi více pracovníky různých odborností, přičemž profesní status těchto oborů tvoří pouze část jednoho z nich. Podle Bronstein (2003) tedy víceoborovou spolupráci ovlivňují tyto faktory:

1. Role profese - každá profese socializuje své členy do jejich profesní role, hodnot a praxe odlišným způsobem a rozdíly mezi jednotlivými profesemi pak spočívají v tom, jak moc členové dané profese kladou důraz na vlastní autonomii, profesní identitu a schopnosti získané v procesu profesní socializace. To, jakým způsobem profesní socializace jednotlivých odborníků proběhla, pak ovlivňuje to, jakým způsobem se jednotliví profesionálové staví ke svému zapojení do víceoborové spolupráce a k ostatním účastníkům této spolupráce. Bronstein (2003) glosuje, že s ohledem na odlišnou profesní kulturu, normy a jazyk může někdy víceoborová spolupráce připomínat setkání obyvatel z různých navzájem cizích zemí. V rámci víceoborové spolupráce je proto podle Bronstein (2003) velmi důležité, aby účastníci víceoborové spolupráce porozuměli jak své vlastní profesní socializaci, tak socializaci svých kolegů, tj. reflektovali rolová očekávání spojená s jednotlivými odbornými rolemi, profesní dovednosti a postoje typické pro jednotlivé obory a rovněž jejich iniciální nastavení vůči spolupráci s jinými obory. Abramson (2002) dodává, že toto rozpoznání komplikuje fakt, že poté, co se jedinec socializuje do své odborné role, stává se pro něho jakoby neviditelnou a vše, co se s profesní socializací pojí jako internalizované hodnoty, vnímání reality, stanovování priorit, atd. najednou začne odborník vnímat jako samozřejmé a obecně platné. Odborník pracující v rámci víceoborové spolupráce by podle Bronstein (2003) měl mít silnou oddanost vůči vlastnímu oboru, ale současně by měl být i loajální vůči svým kolegům jiné odbornosti. Profese, která je schopna se zapojit do mezioborové spolupráce, musí být současně schopna vzájemného respektu bez ohledu na profesní status jednotlivých oborů zapojených do spolupráce.

2. Strukturální charakteristiky - strukturální charakteristiky podle Bronstein (2003) zahrnují:

- jasně vymezený úkol spolupracujících odborníků,

- zvládnutelný počet případů, který spolupracující odborníci řeší,
- organizační kulturu pracoviště, která podporuje interdisciplinární spolupráci, včetně podpory od managementu,
- administrativní podporu,
- profesní autonomii,
- čas a místo (prostory) vyhrazené pro spolupráci.

Pokud tyto prvky chybí, pak se stávají bariérami spolupráce.

3. Osobní charakteristiky - zahrnují zejména to, jak spolupracující odborníci vidí sebe navzájem jako lidi, tj. bez ohledu na své profesní role. Osobní charakteristiky dále podle Bronstein (2003) zahrnují důvěru, respekt, pochopení a neformální komunikaci mezi spolupracujícími odborníky. Zejména vzájemná důvěra je nezastupitelným základem pro úspěšnou spolupráci. Abramson a Mizrahi (2003) doplňují, že k osobním faktorům patří i individuálně vytvořený přístup jednotlivých aktérů ke spolupráci a k uplatňování své role v každodenní praxi.

4. Předchozí zkušenosti se spoluprací - Bronstein (2003) je v neposlední řadě přesvědčena, že předchozí dobré zkušenosti s víceborovou spoluprací přispívají k úspěchu aktuálně probíhající spolupráce a naopak.

Bronstein (2003) současně upozorňuje, že nelze předpokládat, že podmínky vhodné pro víceborovou spolupráci budou k dispozici hned od začátku. Naopak, jsou to právě účastníci této spolupráce, kdo by měl usilovat o jejich postupné vytvoření či prosazení, a to skrze průběžnou reflexi spolupráce, toho co se daří a nedaří a případně těch situací, kdy spolupráce vázne.

Přímo tématu spolupráce mezi sociálními pracovníky a lékaři se dále věnovali Gabrielová a Velemínský (2014). Ve své přehledové stati systematicky procházeli odborné články ve vybraných časopiseckých databázích na toto téma. Na základě tohoto výzkumu pak identifikovali následující podpůrné a limitující faktory interdisciplinární spolupráce mezi sociálními pracovníky a lékaři. Autoři identifikovali tyto čtyři faktory, které dle odborné literatury spolupráci podporují:

- *pozitivní komunikace*, která je operacionalizovaná jako přítomnost vzájemného předávání informací a vzájemné poskytování zpětné vazby,
- *vzájemný respekt*, který zahrnuje jednak to, že si sebe navzájem kolegové váží a respektují se, a dále také zapojení kolegů do rozhodování,
- uznání odbornosti kolegů,
- *uznání a pochopení rolí jednotlivých spolupracujících odborností*, které znamená, že spolupracující sociální pracovníci a lékaři dobře rozumí své vlastní roli i roli svých spolupracovníků, rozumí významu jejich odbornosti při dosahování cílů spolupráce a také chápou, jak kontextové faktory mohou pojetí rolí spolupracujících odborníků ovlivňovat.

Současně Gabrielová a Velemínský (2014) uvádějí i faktory, které spolupráci sociálních pracovníků a lékařů brzdí, znesnadňují a někdy přímo inhibují:

- *rozdíly v teoretickém zakotvení činnosti* - zatímco, dle zahraniční odborné literatury nesmí lékaři využívat psychologické nebo sociologické teorie jako základ své intervence, tyto teoretické koncepty tvoří základ vzdělávání sociálních pracovníků,

3. Faktory ovlivňující víceoborovou spolupráci

- s předchozím bodem souvisí i další faktor - *různost odborných perspektiv*, která se může manifestovat jako konflikt mezi rolemi a konkurenčním soutěžením mezi lékaři a sociálními pracovníky,
- *chybějící povědomí o profesi spolupracovníka*, a to jak na straně sociálních pracovníků a jejich obeznámenosti s profesní socializací lékařů, tak na straně lékařů, kteří mívají značně zúženou představu o roli sociálních pracovníků, což následně vede k tomu, že každá profese by nejraději pracovala samostatně, bez zapojení té druhé, neboť v podstatě nevědí, čím by při dosahování daného cíle mohla druhá odbornost přispět,
- *nedostatečná komunikace v procesu spolupráce* je v pojetí Gabrielové a Velemínské (2014) zúžena na neschopnost sociálních pracovníků účinně představit vlastní roli a odborné znalosti a dovednosti lékařům. Jiní autoři (např. výše Bronstein, 2003, dále Abramson, Mizrahi, 1996) nedostatečnou komunikaci pojednávají dále jako málo častou až absentující přímou komunikaci a obsah komunikace je vnímán druhou spolupracující profesí jako neuspokojivý, případně kolega jiné profese není informován o postupu/rozhodnutích apod.

Podpůrným faktorům a bariérám spolupráce mezi sociálními pracovníky a lékaři se rovněž věnovali Abramson a Mizrahi (1996), kteří v odborné literatuře identifikovali tyto bariéry spolupráce:

- konflikt mezi spolupracujícími odborníky jako důsledek různých profesních a osobních perspektiv, přičemž upozorňují, že často nedochází k rozpoznání toho, že spory a konflikty pramení z odlišné profesní perspektivy a jsou automaticky pokládány za osobní, což spolupráci dále komplikuje,
- konkurenční soutěžení mezi rolemi, zmatení rolí, problém s jejich vymezením a boj o pravomoci a „území“,
- nejen sociální pracovníci, ale i další profese i ze zdravotnické oblasti jako zdravotní sestry či lékárníci uváděli opakovanou zkušenost s tendencí lékařů dominovat v rámci spolupráce, samozřejmě se ujímat rozhodování a podceňovat profesní odbornost kolegů.

Prvky spolupráce, které mají potenciál ovlivňovat víceoborovou spolupráci kladným způsobem, pak Abramson a Mizrahi (1996) koncipovali vesměs jako opak právě uvedených bariér, např. stejné pojetí případu, vzájemný respekt mezi spolupracujícími, spolupracující dobře rozumí vlastní roli i roli svých kolegů jiné odbornosti apod.

Abramson a Mizrahi (1996) následně vlastním výzkumem zkoumali odděleně pohled sociálních pracovníků a lékařů, kteří spolu v různých nemocnicích napříč USA spolupracovali, na pozitivní a negativní prvky vzájemné spolupráce. Ukázalo se, že ty pozitivní aspekty spolupráce, které sociální pracovníci a lékaři hodnotili jako nejvíce důležité, vnímaly obě profese přibližně stejně, jednalo se o:

- respekt vůči kolegům,
- podobné vnímání situace, klientů apod.
- pozitivní charakter komunikace.

Na dalších místech v důležitosti se pak ale obě profese lišily. Sociální pracovníci vnímali jako důležité ty aspekty spolupráce, které potvrzovaly jejich roli a status - jednalo se o pochopení jejich role, uznání jejich způsobilosti danou roli vykonávat a respektování jejich vkladu (názorů, podkladů, rozhodnutí) do společného předmětu činnosti druhou profesí. Patrně vzhledem k obecně dobře zakotvenému statusu a roli

lékařů ve společnosti vnímali lékaři uznání své role a odbornosti jako samozřejmost, a tedy neměli potřebu, aby kolegové-sociální pracovníci uznali jejich odborný status. Lékaři tak spíše zdůrazňovali jako podpůrný aspekt spolupráce odbornou způsobilost spolupracovníků a to, že lékaře průběžně informovali o vývoji případu.

V rámcí negativních zkušeností spojených se spoluprací lékařů a sociálních pracovníků dominovaly ještě více než při hodnocení těch pozitivních zkušeností aspekty interakcí a vztahů s druhou odborností - zejména rozdílné vnímání případu a špatná komunikace mezi odborníky. Sociální pracovníci dále akcentovali neporozumění jejich roli lékaři a nedostatek respektu lékařů vůči nim, tedy opět potíže s rolovým a statusovým vymezením sociální práce. Lékaři pak opět zdůrazňovali negativní aspekty z oblasti způsobilosti a kompetence sociálních pracovníků a nedostatek průběžné komunikace a informování lékařů sociálními pracovníky.

Z právě uvedeného výčtu je zřejmé, že spolupráci mezi sociálními pracovníky a lékaři ovlivňují, a to jak pozitivně, tak negativně tyto kategorie faktorů:

- profese a profesní socializace zúčastněných odborníků,
- osobnostní charakteristiky zúčastněných odborníků, zejm. obecně předpoklady pro spolupráci,
- nastavení komunikace mezi zúčastněnými odborníky,
- strukturální charakteristiky,
- organizační podmínky,
- předchozí zkušenost zúčastněných odborníků s víceborovou spoluprací.

Závěrem je třeba zdůraznit skutečnost, na kterou z výše uvedených autorů upozorňují pouze Abramson a Mizrahi (1996, 2000 a 2003) a dále pak např. Carpenter a Hewstone (1996), a sice že profesní socializace ovlivňuje i vnímání a hodnocení mezioborové spolupráce zástupci různých profesí. Tedy jednak, že tutéž spolupráci při řešení jednoho případu může lékař a sociální pracovník hodnotit odlišně (Abramson, Mizrahi, 2000), a dále představy sociálních pracovníků o dobré spolupráci a o tom, co jí prospívá, se rovněž mohou lišit od představ lékařů a naopak (Abramson, Mizrahi, 1996), neboť na základě své profesní socializace mají o této spolupráci jiné představy a očekávání, zvláště pokud nejsou parametry dané spolupráce jasně vymezeny (srov. strukturální faktory výše).

4. Analýza překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

4.1 Konceptualizace faktorů ovlivňujících spolupráci mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři

V kapitole 3 jsme se věnovaly poznatkům, které na téma faktorů ovlivňujících realizaci víceoborové spolupráce a specifiky spolupráce mezi lékaři a sociálními pracovníky přináší příslušná odborná literatura. Na základě těchto studií pak pro účely našeho rozboru konceptualizujeme faktory ovlivňující mezioborovou spolupráci, tj. různé typy podmínek a okolností, které mohou spolupráci usnadňovat, či brzdit, následovně:

1. **profese a profesní socializace zúčastněných odborníků** (Abramson, Mizrahi, 1996 a 2002; Bronstein, 2003; Gabrielová, Velemínský, 2014): rozpoznání a uvědomění si vlivu profesní socializace (tj. svých profesních hodnot, jazyka, upřednostňovaných rolí, způsobů řešení problémů a stanovování priorit) jednotlivých profesí; míra shody/odlišnosti v pojetí případu (zde zejména konflikt či sladění medicínské a sociální perspektivy); společenský status zapojených oborů; porozumění své profesní roli a profesní roli kolegy; uznání kompetencí druhého oboru a profesní odbornosti spolupracujících kolegů; povědomí o profesi spolupracovníka apod.,
2. **osobnostní charakteristiky zúčastněných odborníků**, zejm. obecně předpoklady pro spolupráci (Abramson, Mizrahi, 1996, 2003; Bronstein, 2003; Gabrielová, Velemínský, 2014): vzájemná důvěra vůči podkladům a odbornosti druhého odborníka, vzájemný respekt mezi spolupracujícími kolegy, individuální přístup a pojetí spolupráce, které jednotliví odborníci při spolupráci uplatňují,
3. **nastavení komunikace mezi zúčastněnými odborníky** (Abramson, Mizrahi, 1996; Bronstein, 2003; Gabrielová, Velemínský, 2014): jednosměrná/obousměrná výměna informací; jaký typ informací; komunikace o problému; zda je komunikace průběžná; zda se druhá profese může podílet na rozhodování; komunikace osobní/neosobní/formální/neformální apod.,
4. **strukturální charakteristiky** (Abramson, Mizrahi, 1996; Bronstein, 2003): legislativní ukotvení spolupráce - jasné vymezení rolí a úkolů jednotlivých profesí či naopak konkurenční soutěžení mezi rolemi, zmatení rolí, problém s jejich vymezením a boj o pravomoci a „území“; pravomoci a povinnosti jednotlivých oborů,
5. **organizační podmínky** (Bronstein, 2003): zvládnutelný počet případů, vnitro a mezi organizační nastavení podmínek komunikace; organizační kultura pracoviště podporující mezioborovou spolupráci; hierarchie a vliv managementu; vnitřní předpisy, metodiky; čas a místo vyhrazené pro spolupráci atd.,
6. předchozí zkušenost zúčastněných odborníků s víceoborovou spoluprací (Bronstein, 2003).

4.2 Faktory ovlivňující spolupráci sociálních pracovníků a posudkových lékařů v PnP - výsledky rozboru

Výsledky rozboru kvalitativních rozhovorů s posudkovými lékaři a sociálními pracovníky agendy PnP jsou v této kapitole prezentovány podle jednotlivých faktorů, či dimenzí ovlivňujících podmínek. Nežádá přítomnost určité podmínky je napomáhajícím faktorem a současně její absence bariérou spolupráce, příkladem může být respekt, či naopak despekt vůči kolegovi jiné profese atd. Proto nepojednáváme podpůrné a bránící podmínky zvlášť, ale dohromady v rámci daného faktoru, přičemž v závislosti na empirických poznatcích může u některého z faktorů převládat spíše popis bariér spolupráce u jiného spíše napomáhajících faktorů. Nicméně vždy usilujeme o zapojení perspektivy jak sociálních pracovníků, tak posudkových lékařů.

4.2.1 Role profesního zakotvení

Pohled obou profesí zapojených do řízení o PnP na sebe navzájem se lišil. Zatímco sociální pracovníci agendy PnP většinou neměli potřebu se vůči odbornosti posudkových lékařů obsírně vyjadřovat, posudkoví lékaři paradoxně měli potřebu vyjadřovat se na adresu profesní odbornosti sociálních pracovníků poměrně hojně. Proto tato kapitola přináší zejména rozbor pohledu posudkových lékařů na profesní roli sociálních pracovníků a současně diskutuje důsledky tohoto pohledu pro spolupráci těchto dvou profesí v rámci agendy PnP.

V rámci rozhovorů zejména s posudkovými lékaři vystoupila v souvislosti s faktorem profese spolupracujících odborníků do popředí tato tři témata:

1. malé povědomí o profesi sociálního pracovníka a jeho roli v rámci spolupráce s posudkovým lékařem,
2. nedůvěra posudkových lékařů v kompetentnost sociálních pracovníků agendy PnP,
3. rozdílné odborné nahlížení situace žadatele, které mají posudkoví lékaři tendenci interpretovat nikoliv jako odlišnou profesní perspektivu, ale jako doklad nekompetentnosti sociálních pracovníků.

Nyní se budeme věnovat těmto tématům podrobněji.

Nedostatečné povědomí o profesní roli sociálního pracovníka

Z níže uvedených citátů je zřejmé, že posudkoví lékaři, či alespoň část z nich, nechápe činnost sociálního pracovníka jako činnost odbornou, a dále, že nechápu, jakým způsobem by měli pracovat se sociálním pohledem na životní situaci žadatele v rámci posouzení stupně závislosti, a (proto) mají tendenci uplatňovat pouze medicínskou perspektivu v rámci posouzení, čili pracovat monodisciplinárně, ačkoliv legislativa předpokládá mezioborovou spolupráci.

Je to nastavený tak, že by měl být zajištěnej takovej pohled ze dvou stran na toho žadatele. Tohohle laického sociálního pracovníka na to, co ten člověk může a nemůže, a pohled odborníka, který my jako posudkáři musíme pak skládat dohromady (PL, obvod VIII)

A já si nemyslím, že to je chyba sociálních pracovníků.(...) ona nemá zdravotní dokumentaci a ona neumí vyvodit, co by ten člověk dle toho měl anebo neměl

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

zvládat. (...). To by tam musel být lékař, aby to věděl, jak má směřovat diagnostiku. (PL, obvod XVII)

Jak jsme uváděli výše v kap. 2.2.4, posudkoví lékaři nejenže nemají povědomí o profesi sociální práce jako takové, ale vesměs nemají ani rámcovou představu o tom, jakými pravidly a metodikami se sociální pracovníci agendy PnP musí při sociálním šetření a vypracovávání svého podkladu pro posudkového lékaře řídit. Většina z nich například netušila, že rámcová struktura podkladu je pro sociálního pracovníka závazná, a tedy že to, jakým způsobem je záznam pojat, nevyplývá z jeho libovůle či neprofesionality, jak se někteří mylně v rámci výzkumných rozhovorů domnívali.

Právě při práci se záznamem ze sociálního šetření, které v řadě případů bývá jediným komunikačním prostředkem sociálních pracovníků vůči posudkovým lékařům, vystupuje do popředí i odlišnost jazyka užívaného oběma profesemi. Pokud, a to je obvyklý postup, má posudkový lékař k dispozici pouze písemný podklad od sociálního pracovníka bez jeho dalšího ústního vysvětlení, může kvůli nepochopení implikací skrytých v jazyce, který sociální pracovník používá ne zcela porozumět obsahu, či přímo na využití tohoto podkladu rezignovat. Někteří posudkoví lékaři i sociální pracovníci v této souvislosti hovořili o snaze posudkových lékařů příležitostně působit na sociální pracovníky (zejm. při ojedinělých společných setkáních) ve směru sjednocení jazyka odlišných profesí a o vytvoření určitého společného úzu u některých vyjádření a jejich významu. V této souvislosti bylo možné identifikovat několik námětů, které mohou vzájemnou komunikaci skrze záznam ze sociálního šetření kladným způsobem podpořit.

Posudkoví lékaři např. uváděli jako faktor, který zvyšuje pravděpodobnost využití informací ze sociálního šetření při posuzování stupně závislosti, jestliže je sociální pracovník schopen vyjadřovat se v záznamu ze sociálního šetření z hlediska posudkového lékaře přesně. To znamená, že posudkovému lékaři je jasné, co sociální pracovník chce sdělit a co z popsáných zjištění vyplývá o zdravotním stavu a funkčních omezeních žadatele.

Jako další usnadňující faktor se jeví, pokud posudkový lékař upřesní sociálnímu pracovníkovi svá očekávání vůči obsahu jeho podkladu pro posouzení stupně závislosti. Dle výsledků našeho výzkumu upřeshňovali posudkoví lékaři sociálním pracovníkům např. v jakém rozsahu a s jakými podrobnostmi má být popsána míra soběstačnosti žadatele tak, aby měla tato informace pro posudkového lékaře dostatečně vypovídací hodnotu a tento ji akceptoval jako relevantní při svém posuzování dané oblasti pro potřeby určení stupně závislosti.

Posudkoví lékaři rovněž za přínosné považovali také to, když sociální pracovník v záznamu ze SŠ vysvětlil konkrétním popisem, „proč“ danou činnost žadatel nezvládá a nespokojí se pouze s konstatováním, „že“ ji nezvládá. Z popisu „proč“ danou činnost žadatel nezvládá, může posudkový lékař přesněji odvodit souvislost se zdravotním stavem, lépe si představit popisovaný funkční dopad a je schopen vyhodnotit míru jeho souvislosti se skutečnostmi popisovanými v lékařské dokumentaci.

Tam je důležitá informace pro tu posudkovou, že si tu plenu sám nevymění. Na to nás ten posudkový upozornil, že nestačí jenom napsat, „žadatel je inkontinentní, používá pleny“. Ale popsat tam tady to. (SP ÚP, obvod XXII)

Oni třeba dřív psávali: Jezdí autem. To nám bylo naprosto k ničemu, protože nikdo nevěděl, jestli sám řídí, nebo ho někdo vozí. V případě, když on napíše: Sám řídí auto, tak víme. Vidí, myslí, slyší a nepotřebuje, de facto, když to zjednoduším, už zase moc dalších vyšetření. Jo? Čili nějaká ta činnost, když se tam třeba takhle objeví, kterou on a oni napíšou, že zvládne, tak by to tam

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

nenapsali, kdyby to ten člověk nedělal. Tak mě zase pomůže, že už vím, že si nepotřebuju vyžadovat nějaký oční vyšetření, protože tam třeba v těch tabulkách jsou hodně tvrdý parametry na ten zrak, že jo. A tak dále, jo, čili to je třeba jako jeden z příkladů, jo. Čili se v tom musíte orientovat jakoby meziřádkově, ne přímo v tomhle, čili tam až úplně tak není důležitý to, na co vy jste se mě teď ptala, ale na celej takovej ten balík, kterej vy si dáte dohromady. (PL, obvod XIX)

Tedka jsem je prosila, že fakt když napíšou, že ten člověk tvrdí, že nemůže to udělat, tak ať se zeptají na tu příčinu, ať napíšou a já si už sama posoudím, zda to sedí s tím zdravotním stavem, ta důvodnost, anebo nikoli. Ale navádí mě. Teda sociální šetření prostě, když už na něho kouknete, tak už se musíte rozhodnout, jak to uděláte. Někdy fakt pomůže. (PL, obvod XVII)

Samozřejmě komplementárně k tomu, že posudkový lékař formuluje svá očekávání vůči obsahu a struktuře záznamu ze sociálního šetření, je třeba, aby sociální pracovníci byli schopni na tato očekávání zareagovat, ale zároveň neokleštit sociální šetření jen na to, co vyžaduje lékař, ale byli schopni uplatnit a prosadit také svoji profesní odbornost.

Hlavně se snažíme podle instrukcí posudkových lékařů teď věnovat pozornost především té mobilitě. To nám jakoby zdůrazňují, že to tam chtějí víc popsat, jestli ten člověk třeba vydrží stát, jestli sám ujede pár těch metrů, takže tomu se věnujeme, to se snažíme dost podrobně tam popsat a pak je hodně zajímavá ta orientace, že se řeší vlastně. (SP & VED ÚP, obvod XXIII)

Jak už jsem vlastně taky zmiňovala, prostě když nám uvedou, že to prostě nezvládají, že to nedělají, tak abysme se konkrétně vyptali proč. Že jako samozřejmě kolikrát ten sociální pracovník vidí na té babičce, že už opravdu si asi není schopna uvařit pomalu ani ten čaj, ale aby v tom záznamu o sociálním šetření bylo uvedeno proč. Že se třeba celá třese, neudrží se na nohou, což tam třeba chybí, no, v těch záznamech. Že tam je prostě napsáno, že nezvládá, ale už není důkladně popsáno, proč to ten člověk nezvládá. (SP & VED ÚP, obvod XVII)

Nedůvěra posudkových lékařů v kompetentnost sociálních pracovníků

Zatímco sociální pracovníci v rámci výzkumných rozhovorů v základu nezpochybňovali odbornost posudkových lékařů, posudkoví lékaři měli tendenci na sociální pracovníky pohlížet nezřídka jako na laiky, což představuje významný faktor, který posudkovým lékařům brání akceptovat výstupy ze sociálního šetření jako relevantní podklady pro posuzování stupně závislosti a rovněž chápat sociální pracovníky jako rovnocenné partnery v rámci mezioborové spolupráce.

Posudkoví lékaři sice většinou uznávali, že sociální pracovník je ten, kdo žadatele o PnP vidí v jeho přirozeném prostředí. Často ale u nich nakonec převážilo přesvědčení, že popis zdravotního stavu v lékařských nálezech (které ovšem také mohou být neúplné - srov. kap. 2.2.5) je stěžejní. Někteří posudkoví lékaři byli přesvědčeni, že na základě těchto nálezů jsou schopni přesně odhadnout individuální konsekvence popsaného stavu a sociální šetření je nadbytečný, v lepším případě „dokreslující“ podklad.

R: Protože mám diagnózu. Ten člověk je ochrnutej, takže to samozřejmě nemůže zvládat.

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

T: Já se pořád snažím dobrat toho, jak důležitý je pro vás sociální šetření, když stejně máte tu diagnózu. A zvláště v zařízení, kde ta péče je dost unifikovaná a těm lidem s různým typem potřeb je nabízeno totéž.

R: Já třeba, vzhledem k tomu, že k tomu nemám nálezy z té Prahy, já vůbec nemůžu vědět, jak to ty lékaři vypsali. Musím jim věřit, že ti doktoři to napsali správně, ten člověk je starej, je mu skoro 90, má za sebou dvě mozkové příhody, má cukrovku na inzulínu, má páteř špatnou, z toho vyplývá, že to, co tady se píše, je pravděpodobný, že to je pravda a že si to sám udělat nemůže. Kdyby si to mohl udělat, není v domově důchodců. (PL, obvod VIII)

Posudkoví lékaři vesměs podkladům od sociálních pracovníků spíš nedůvěřovali. Za prvé upírali sociálním pracovníkům profesionalitu při vytváření těchto podkladů, a to profesionalitu ve smyslu schopnosti pracovat nezávisle na případných přáních, či jiném ovlivňování ze strany žadatelů. V této souvislosti se např. objevilo přesvědčení, že některé skutečnosti mohou být do záznamu ze sociálního šetření sociálním pracovníkem uvedeny pod tlakem, či pod vlivem obav z případné agresivní reakce klienta. Níže citovaný posudkový lékař vnímá práci sociálního pracovníka jako potenciálně rizikovou a zdá se, že za jednu ze strategií sociálního pracovníka, jak riziko eliminovat či snížit, považuje snahu sociálního pracovníka klientům raději vyhovět. V důsledku tohoto vyhodnocení okolností sociálního šetření má pak posudkový lékař tendenci vnímat některé záznamy ze sociálního šetření jako málo hodnověrné.

Když jdou tady do té rodiny, kde je ten cikán, nebo kde je to agresivní, tak já si myslím, že i jsou ty sociální pracovníci pod takovým tlakem, tam psát, co jim ty lidi řeknou, že se teda bojí, že by jim tam mohli i hnedka nějakou utřít. Čili tohleto by mělo bejt asi vyřešený, že do takovejch problematickejš oblastí, což se tady u nás ví, že jsou určitý čtvrti, kde ty cikáni jsou, anebo se už dopředu z toho všeho ví, že to není úplně, fakt, nemusí to bejt jenom cikáni, my jsme možná tak nějak zatížený na ty cikány, ale nejsou to jenom cikáni. Takže si myslím, že ten sociální pracovník v podstatě, je to, jako když já tady jsem a někdo na mě zaťuká. Já nevím, kdo tam je za dveřma. Může to bejt člověk slušnej, může to bejt člověk agresivní. Oni když jdou do té rodiny, tak je to to samý. A oni jsou pod takovým tlakem někdy, zřejmě, aby tam napsali všechno možný, protože mají třeba i obavy. (PL, obvod VIII)

Za druhé, posudkoví lékaři byli přesvědčeni, že sociální pracovníci nejsou dostatečně kompetentní k tomu, aby při sociálním šetření rozpoznali podstatné skutečnosti o životní situaci žadatele, neboť dle jejich názoru nedisponují takovými dovednostmi v oblasti posouzení životní situace, aby odhalili případná záměrná zkreslení ze strany žadatele či jeho blízkých. Skutečnost, že sociální šetření je prováděno formou ohlášené návštěvy, měli posudkoví lékaři tendenci spojovat s představou, že žadatel nebo jeho příbuzní, případně pečující osoby, se na sociální šetření připravují takovým způsobem, aby neoprávněně dosáhli PnP ve vyšším stupni, než by jim měl náležet. Důsledkem ohlášené návštěvy je podle jejich přesvědčení uvádění nepravdivých skutečností ze strany některých žadatelů nebo pečujících osob.

A navíc ještě co mi vadí, že oni tam jdou, nahlášení, to vám tedy dám potom něco přečíst, co psala sociální pracovnice, jak ti lidé jsou schopni to až důsledně prostě nahrát, že tam dají do koutu někde plenky, a ten děda chodil normálně do hospody. (PL 2, obvod XIII)

V neposlední řadě pak posudkoví lékaři jako příklad nekompetentnosti sociálních pracovníků a důvod, proč jejich podklady využívají pouze jako sekundární zdroj informací, pokud vůbec, uváděli to, že s ohledem na jejich úkol posoudit 10 životních potřeb v sociálním šetření nezřídka některé informace postrádají. Vzhledem k tomu, že

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

netušili, jakými pravidly a metodickými pokyny se sociální pracovník při sociálním šetření musí řídit i co se obsahu šetření týče (viz výše), nepřipisovali tento fakt strukturálním bariérám, ale opět nekompetentnosti sociálního pracovníka.

Posudkoví lékaři také vyjadřovali přesvědčení či zkušenost, že sociální pracovníci se nechtějí nebo neumějí ptát na některé věci (např. inkontinence), které jsou pro určení stupně závislosti důležité. Tyto informace pak často zcela chybí. Dle dotázaných posudkových lékařů neschopnost/neochota sociálního pracovníka přesně zjistit některá funkční omezení zdravotního stavu v některých případech komplikuje posouzení stupně závislosti, ale zejména dále snižuje důvěru posudkových lékařů v obsah sociálního šetření a jeho hodnověrnost.

Já si myslím, že by tam měly být rozepisovaný některý takový ty věci toho hodně intimního rázu, oni dost často se na to prostě nezeptají. Jestli si utře ten zadek nebo co a jak. To znamená, všichni ti sociální pracovníci vědí, na co se mají ptát, vědí, podle čeho se to hodnotí, a v tom stylu by měli dělat takovej „výslech“. Ty další jejich dojmy už, takhle, pokud to doplní ten obrázek, dobře, ale některý další věci jsou tam zbytečný, protože stejně to už k lepšimu posouzení nepomůže. (PL, obvod VIII)

Jak která. Tuhle jsem právě měla problém, že taková zkušená a vůbec se tam nevyjádřila, jestli si paní dojde na záchod, jestli se oblékne. (PL, obvod XXII)

Posudkoví lékaři dále hovořili o tom, že sociální pracovníci někdy přehlédnou okolnosti péče, které posudkový lékař považuje za relevantní. Toto riziko však souvisí i s tím, že sociální pracovníci nejsou předem obeznámeni s diagnózami žadatele a nemohou se tak po této stránce na sociální šetření připravit a sociální šetření cíleně orientovat daným směrem, v důsledku toho nemusejí sociální pracovníci některé, pro posudkového lékaře stěžejní informace, vůbec zaznamenat (viz citát níže).

A to jsem vyčetla ze zdravotní dokumentace, to v sociálním šetření vůbec nebylo, že ta dívka inhaluje, má povinné inhalace, vyplývalo to z té diagnózy, má inhalovat dvakrát až třikrát denně, po každé inhalaci má dechová cvičení. (...) a tam jsem to postrádala, že nakolik ten otec věnuje čas, nebo kolik času u toho oni musí strávit, aby to všechno absolvovalo, to dítě. Kolik jim to ubírá času během dne, aby to udělali, protože běžně to dítěti neposkytujete. To je prostě navíc péče, která se děje dokonce dvakrát denně, to máte stejně jako Vojtovku, tohle je vysloveně diagnóza, která je nutná, aby se to dělalo. (...) To by mě docela zajímalo, prostě, že jo, že dvakrát denně, že 15 nebo 30 minut inhaluje a pak dechová cvičení, které fakt musí dodržet 15 minut. A kdyby vám to aspoň napsali, jo? Rozebrat to víc. (PL, obvod XVII)

To prostě ona, i kdyby mohla něco zjistit, tak jí to nedojde, protože ona nemá k dispozici zdravotní dokumentaci. I kdyby něčemu rozuměla, rozumíte, aby nám pomohla. Tam vám vždycky něco bude chybět, to jsou takový věci, který mě napadnou v souvislosti se zdravotní dokumentací pak. (PL, obvod XVII)

Posudkoví lékaři často svoji tendenci využívat poznatky ze sociálního šetření jen omezeně a upřednostňovat lékařskou dokumentaci odůvodňovali nutností zachovat co nejvyšší objektivitu posouzení stupně závislosti. S ohledem na to, že posudkoví lékaři popisovali, že lékařské podklady, ze kterých mají rovněž při posuzování stupně závislosti vycházet, téměř v polovině případů trpí buď neúplností, nebo neaktuálností, lze tendenci většiny posudkových lékařů upřednostňovat lékařské nálezy jako a priori objektivní před zjištěními ze sociálního šetření, která vnímají jako potenciálně

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

neobjektivní, jako další projev nerefektovaného nadřazování vlastní profese vůči profesi spolupracujícího odborníka.

...takže jsem volala, jak ten pán je na tom. Tak ten pán fakt byl slepej. Jenže, jdete do zdravotní dokumentace, protože sociální pracovníce uvedla, že pán nevidí. Hledáte to ve zdravotní dokumentaci - ani čárka. Takže jsem si zjistila telefon na dceru, volala jsem dceři. Zjistila jsem, kam pán chodí a že jedno oko nemá, že má náhradu, a že na druhý nevidí, že tam je těžká slabozrakost. Tak jsem jí poprosila, ať mi řekne jméno lékaře, že si vytáhnu zprávu. A o tom ani čárka u praktika. Napsal, že má zakalené pravé oko a ani nevěděl, že pán má po odstranění bulbu.(...) Ale většinou přijdu na to, že to je horší, z toho sociálního šetření, než z tý zdravotní dokumentace, jo, když to je fakt horší. (PL, obvod XVII)

Tam jsou samozřejmě dost velké rozdíly v tom přístupu těch ošetřujících lékařů, no. Některý lékař, vyloženě třeba víme o tom nebo tam i napíše, že prostě šetření bylo provedeno doma, protože člověk je imobilní, tak prostě za ním jede, no některý to udělá z dokumentace, taky už jsem jednou měla, že tam bylo opravdu toho dost výrazné, že podle lékařského nálezu ten člověk byl lepší, podle sociálního šetření byl ležící, no tak jsem volala panu doktorovi, no a ono se ukázalo, že to psal v době, když paní už byla po smrti. Takže je možné vše. (PL, obvod XXII)

Vždyť to je každéj druhej, který nemá kompletní lékařskou dokumentaci. (PL, obvod XVII)

Ty lidi, ne že by chtěli lhát, oni zagravujou, oni to trošku prostě jakoby přitlačí na závažnosti tímhle způsobem. Ale zjistíte, že to vůbec není pravda. Ale takovýhle hlouposti by mě napadly. Mě by to napadlo na místě, hned, ale ty sociální pracovníky ne. (PL, obvod XVII)

Tento postoj však současně představuje závažnou bariéru spolupráce, neboť jím posudkoví lékaři legitimizují sklon využívat poznatky ze sociálního šetření při posuzování stupně závislosti omezeně, nahodile, či vůbec. Současně brání iniciování přímé osobní konzultace se sociálním pracovníkem, či pokud tuto konzultaci snaží iniciovat sociální pracovník, nepřikládá jí posudkový lékař příslušný význam.

Pokud neprobíhá vyjasnění případných nesrovnalostí mezi sociálním šetřením a lékařskými nálezy mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem v průběhu posuzování stupně závislosti, vzniká riziko, že za takových okolností bude řada posudkově rozhodných skutečností opominuta. V krajní podobě pak takovýto postoj posudkových lékařů může vést až téměř k explicitnímu odmítnutí sociálního šetření jako nadbytečného elementu v procesu rozhodování o přiznání stupně závislosti, resp. vnímání sociálního šetření jako komplikujícího nadbytečného prvku celého procesu, na který je ale při rozhodnutí nutné brát zřetel - jako výhradní zdroj poznání klientových potřeb je pak chápána zdravotnická dokumentace, popř. vlastní vyšetření lékaře.

T: To znamená v podstatě pro vás to sociální šetření, jakoby není moc podklad k tomu vašemu rozhodování.

R: Ne, ne, pro nás jsou podkladem odborné lékařské nálezy a naše vlastní vyšetření, pokud ho provedeme. (PL, obvod XV)

Odlíšné odborné nahlížení životní situace žadatele v závislosti na profesi

V rámci našeho výzkumu jsme narazili na to, že některé okolnosti životní situace žadatele o PnP interpretují ve vztahu ke stupni závislosti sociální pracovníci agendy PnP a posudkoví lékaři naprosto odlišně. Jestliže posudkový lékař interpretuje konkrétní informaci v záznamu ze sociálního šetření jinak, než jak to sociální pracovník zamýšlel (např. sociální pracovník chce popisem zdravotního stavu žadatele versus uspořádání domácnosti/bydlení zdůraznit akutní potřebu intenzivní a rozsáhlé péče a posudkový lékař totéž interpretuje zcela opačně, tzn., že pokud žadatel dosud v dané domácnosti/bytě přežil, nemůže přece být v tak špatném zdravotním stavu, jak se to jeví z lékařských nálezů ale i samotného sociálního šetření), stává se to překážkou mezioborové spolupráce, neboť podklady vytvořené sociálním pracovníkem jsou v některých případech v důsledku těchto odlišných odborných perspektiv využívány zcela k formulování zcela opačných závěrů. Současně, pokud neprobíhá přímá osobní komunikace mezi oběma odborníky nad jednotlivými žádostmi, ke sladění profesních perspektiv nemůže dojít ani v budoucnu.

Ty rodinný poměry jsou třeba důležitý proto, protože jestliže člověk žije sám, tak nemůže být ve stupni závislosti čtyři, že jo. Jestliže žije sám, a pak má třeba diagnózy nebo napsaný, teď to třeba vyhrotím, jo, aby to bylo jasný. Tak není jedna z věcí pravda. Buď nežije sám a je tam chyba, anebo není tak nemocnej, že jo. Čili tam samozřejmě ty vzájemný korelace se musej posuzovat. Ve skutečnosti je to třeba o ty nižší stupně, ale já to říkám jako příklad, aby to bylo jako jasný, jo? Čili myslím si, že to, co tam je, v jakých poměrech ty lidi žijou, jak to vypadá, že jo, protože tam třeba se napíše, že nemůžou chodit, ale on si dojde sám na záchod, kterej je na chodbě o patro níž, tak to mi třeba stačí, že prostě jedno z toho je špatně. Já neříkám, že je šetření špatně, nebo já neříkám, že to lékař napsal špatně, ale už je tady ten rozpor, kterej právě si vyžádá teď v uvozovkách tu detektivní službu, abychom zjistili, jak to teda je, že jo. Buď se někam teda musí zavolat, nebo zkusíme třeba zavolat nějakýho specialistu, kterej, ke kterému ten člověk chodí, a ten nám to řekne, protože je to vlastně jakoby nestranně. Nebo si toho člověka pozvem, nebo prostě nějakým způsobem, čili tím, jak ono se to vlastně potkává, to nám nahrazuje to, že my ty lidi nevidíme. (PL, obvod XIX)

Co je důležité tedy, nebo co opravdu se díváme na prvním místě, jestli bydlí sám, nebo bydlí s tou rodinou, kde bydlí ta pečující osoba. To je podstatné, protože když napíše, že nic nezvládne a bydlí sám, tak je to zvláštní, tak už tedy... (...) Ale co je v podstatě fakt to bydlení, to je tedy základ, to už nám dělá takovou tu, potom jestli tam jsou nějaké kompenzační pomůcky, madla a takové, tak to zase jako, nevím, ale když jsme tam byli sami a viděli, tak to bylo zase úplně něco jiného. (PL 2, obvod XIII)

Ano, tohle mi hodně pomohlo při jednom setkání právě s paní doktorkou, že ona docela měla zaškatulkovaný, když je ta babička sama v domě, tak maximálně jednička. A já jsem se jí snažila, říkám: „Opravdu denně tam z té rodiny jezdí syn nebo dcera, kteří ani jeden bohužel nebydlí ve stejné vesnici, ale bydlí na tolik krátkou vzdálenost, že to můžou denně absolvovat a ta bez nich by byla úplně - musela by být v zařízení. Nesoběstačná absolutně, jen co má nachystané po ruce, tak to opravdu ona zvládne si podat. (...) tak to paní doktorka až z toho celého příběhu, kterej jsem jí vyprávěla, když člověk jaksi do toho záznamu nemůžete napsat všechno, píšete tam ty body, že jo, z kterých oni musí vycházet, ale když jsem jí to takhle všechno dopodrobna..., tak ona potom trošku jinak začla nahlížet na ty jedničky jaksi v uvozovkách, které rozdávala, když prostě byl člověk sám v tom domě. Takže to si myslím, že i trošku pomohlo těm lidem a nebýt toho vyřikání, tak možná že by se to tak ani nestalo. (SP MĚÚ 2 - před 4 měsíci ještě dělala PnP na ÚP, obvod XXII)

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

K obdobným odlišným pohledům na potřeby a situaci žadatele docházelo dle zkušeností respondentů také v závislosti na tom, zda žadatel bydlel ve své domácnosti, nebo byl klientem pobytové sociální služby. Posudkoví lékaři měli dle zkušenosti sociálních pracovníků i dle vlastních vyjádření tendenci hodnotit dodané podklady, tedy i sociální šetření, skrze filtr faktu, zda je žadatel ve vlastní domácnosti či zda je v pobytové službě, přičemž žadatelé o PnP z pobytových zařízení měli obvykle větší úspěšnost při dosahování vyšších stupňů závislosti, ačkoliv trpěli obdobnými potížemi jako žadatelé ve vlastní domácnosti. Z pohledu sociálních pracovníků agendy PnP však to byli právě spíše žadatelé s rozsáhlejší potřebou péče bydlící ve vlastních domácnostech, kdo potřebovali podpořit i skrze vyšší PnP, neboť zajistit a zkoordinovat intenzivnější péči v rámci domácnosti je časově i finančně náročnější než v pobytovém zařízení.

Zkušenost mám takovou, že pokud ty lidi jsou doma, tak mají menší šanci ten příspěvek získat. Protože mě se zdá, že ten člověk, jak je nucen být soběstačnej, tak se bere automaticky, že tu službu nepotřebuje. Ale tady jde o to, že se mi zdá, že když ten člověk jde do zařízení, automaticky se bere, že už fakt není schopnej. Ale kolikrát jsou to právě lidi, který jsou v takovýhle domech zvláštního určení, kdy teda nějakou tu službu chtějí čerpat, a ten stav odpovídá i tomu, že by mohli čerpat, ale není jim přiznán. Stává se taky, že když se odvoláme, tak potom ten příspěvek je přiznaný. To se děje dost často. (SP domova pro seniory, obvod XIX)

Pokud jako bydlí sám, tak většinou první stupeň, maximálně ten druhý. Už jenom z toho, když bydlí sám. Tak jako někdy opravdu tam je vidět, že chodí několikrát denně ta rodina, no, nebo aspoň je to tam napsané teda, takže tu dvojku, ale jako víc ne určitě. (PL, obvod XXII)

R: Je pravda, že když jsou třeba v nějakém zařízení, tak tam v podstatě za ně dělaj i to, co by si třeba udělali. Třeba když neberou tolik léků, jako že většina jich bere víc, tak by si je třeba i vzali. Ale prostě tam už to daj automaticky pečovatelky, tudíž jaksí tam ani nemůžeme jim to neuznat.

T: Takže to jakoby uznáváte?

R: No já aspoň jo. (PL, obvod XXII)

T: Takže, když je ten člověk v ústavu, takže ta domácnost už se uznává většinou.

R: V tom ústavu tam vždycky teda. (PL, obvod XXII)

V neposlední řadě byly v některých případech překážkou k využití jakýchkoliv informací ze sociálního šetření nereflektované předsudky některých posudkových lékařů vůči lidem, kteří si dle jejich názoru za svůj stav mohou sami - zejména pokud se někde objeví informace o alkoholu, morbidní obezitě atd., a to bez ohledu na to, že příčina dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není posudkově relevantní skutečnost. A opět, z hlediska sociální práce se jedná o žadatele, jemuž je třeba věnovat zvýšenou pozornost a nikoliv ho ze systému vytlačovat.

Jakmile se v posudcích objeví, že je to nějaká souvislost s alkoholem, tak to ti naši posudkáři shoděj, nepřiznaj. To je naše osobní zkušenost. Že si za to ten člověk může sám. Takže takovej člověk, když zůstane na tý ubytovně, demence tam prostě je a fungovat sám úplně na ubytovně, to asi není to nejlepší. (SP městského úřadu, obvod VIII)

* * *

Dodejme, že tendence posudkových lékařů nadřazovat vlastní obor oboru, s nímž v rámci agendy PnP spolupracují, tedy sociální práci, je přítomná v této agendě dlouhodobě a dokonce je možno doložit, že posudkoví lékaři, resp. jejich řídicí orgán v rámci MPSV, je při prosazování medicínské perspektivy na úkor sociální úspěšný. Když byl příspěvek na péči v roce 2007 zaveden, vyjadřovali se sociální pracovníci v rámci záznamu ze sociálního šetření ke stejným položkám, na základě kterých dle tehdy platné legislativy posudkový lékař posuzoval míru závislosti žadatele na pomoci druhé osoby. Sociální šetření pak bylo dle tehdy platné legislativy „podkladem pro přiznání příspěvku na péči“, což v praxi znamenalo, že sociální pracovník vydávající rozhodnutí o příspěvku na péči mohl rozhodnout o výši tohoto příspěvku nikoliv na základě výsledku posouzení stupně závislosti, ale na základě výsledků sociálního šetření, aniž by provedl další dokazování o zdravotním stavu (Tomeš, Veselý, 2009). Řídicí orgány Lékařské posudkové služby usilovaly o změnu ve smyslu snížení váhy sociálního šetření tím, že se stane pouze „podkladem pro posouzení stupně závislosti“, kdy posudkový lékař je nazýván expertem a sociální pracovník „správním orgánem“, tedy úředníkem (Čeledová, Čevela, 2011). Ke změně legislativy v právě popsanych intencích skutečně v roce 2011 došlo (Ramianová, Zvoníková, 2011). Současně došlo, rovněž od roku 2011 ke změně obsahu sociálního šetření, nově má záznam ze sociálního šetření takovou strukturu, která se již nekryje s kritérii posouzení závislosti na pomoci druhé osoby, což v praxi dle vyjádření některých posudkových lékařů snižuje nutnost, aby se posudkový lékař zevrubně sociálním šetřením zabýval, a tento stav byl oslovenými posudkovými lékaři chápán jako příznivý.

Takže navíc ještě teda u těch třicetišesti úkonů ty sociální pracovnice žadatelům při šetření už dost často sdělovaly, jak to jako vypadá. A když my jsme to pak posoudili jinak, tak to vedlo jako k nepříjemnostem. No takže teď přece je to lepší. (PL, obvod XXII)

4.2.2 Osobnostní charakteristiky

Jak jsme právě popsaly v předchozí podkapitole, většina dotazovaných posudkových lékařů měla sklon vnímat podklady poskytnuté pro jejich rozhodování sociálními pracovníky agendy PnP jako a priori méně důvěryhodné a jako druhotného až podružného významu vůči podkladům lékařského charakteru, které také na základě platné legislativy do jejich rozhodování vstupovaly. Současně většina posudkových lékařů projevovala nedůvěru ke kompetentnosti sociálního pracovníka získat relevantní poznatky při sociálním šetření, neboť jak mnozí poukazovali, by toto bylo možné pouze, pokud by disponoval i zdravotnickým vzděláním. Jeví se tak, že v rámci rozhovorů projevovaný despekt řady posudkových lékařů vůči sociálním pracovníkům, se kterými se podíleli na zpracování žádostí o PnP a o kterém hojně hovořili i samotní sociální pracovníci, nepramení primárně z osobnostních rysů posudkových lékařů, kteří se na výzkumu podíleli, ale z jejich uzavřenosti v profesní socializaci a striktně medicínskému pohledu.

Podobně na straně sociálních pracovníků se jeví, že osobností charakteristiky měly ve většině případů spíše omezený vliv na jejich spolupráci s posudkovými lékaři. Jak jsme uvedly dříve, mezi sociálními pracovníky výrazně převládá spíše pasivní či rezignovaný postoj vůči osobní spolupráci s posudkovými lékaři (viz výše - mezi 24 dotazovanými sociálními pracovníky z 24 různých pracovišť ÚP ČR se tomuto postoji vymykali jen dva). Proto dovozujeme, že významnější roli hrály jiné faktory než osobnostní rysy jednotlivých sociálních pracovníků, a to konkrétně následující faktory - vlastní slabá profesní socializace, kdy někteří sociální pracovníci a priori uznávali

rozhodnutí lékaře jako kompetentní, zatímco vlastní pohled jako pohled laika; dále rovněž nízká vzájemná dostupnost přímých kontaktů a nastavení managementu obvykle dle slov sociálních pracovníků přímé kontakty mezi oběma profesemi nepodporovali; v neposlední řadě nezanedbatelná část sociálních pracovníků odkazovala na svou negativní zkušenost se snahou o spolupráci s posudkovými lékaři, kterou zdůvodňovali stávající pasivitou (srov. kap. 4.2.6).

Je možné, že osobnostní charakteristiky některých lékařů mohly zamítavý postoj vůči spolupracujícím sociálním pracovníkům ještě posilovat, to však nebylo možné právě kvůli pozorované dominantní roli profesní socializace rozlišit. Rovněž osobnostní charakteristiky některých sociálních pracovníků mohly ještě více prohloubit jejich někdy až apatii vůči tomu, jakým způsobem posudkový lékař s jejich podklady nakládá, to ale rovněž nelze z dostupných dat doložit. Co naopak na pozadí tohoto poměrně jednolitého obrazu u obou profesí vystupovalo zřetelně do popředí, byly odchylky vůči tomuto obrazu, tj. odchylky směřující k více aktivní spolupráci obou profesí.

Na příkladu oněch dvou sociálních pracovníků, kteří spolupráci s posudkovými lékaři aktivně prosazovali ve své každodenní praxi, se jeví, že to, jak sám pracovník chápe svou vlastní roli v rámci agendy PnP mít vliv na to, zda sociální šetření a záznam z něj bude proveden způsobem, který zvýší pravděpodobnost zohlednění poznatků ze sociálního šetření při stanovení stupně závislosti. Sociální pracovník citovaný v následující citaci je dále přesvědčen, že prosazení sociálního pohledu na situaci žadatele do výsledného posouzení stupně závislosti posudkovým lékařem by mělo být profesionální ambicí všech sociálních pracovníků agendy PnP, neboť jedině tak mohou být ztotožněni s rozhodnutím o nároku na PnP, které na základě posouzení stupně závislosti vydávají.

Prostě ten zápis má zásadní vliv na to, jak to dopadne. Víím, že když to tam napíšu stroze, že by to tomu klientovi mohlo ublížit. Já sice si ušetřím čas, ale víím, že by to nedopadlo dobře, tak prostě mám zájem na tom, aby ta situace vyzněla tak, jak opravdu je. Aby se to odrazilo v tom posudku, aby to bylo v souladu, ty dvě věci. (SP ÚP, obvod XXII)

Ačkoliv by se mohlo na první pohled jevit, že zaangažovanost sociálního pracovníka na tom, jakým způsobem je s jeho podklady nakládáno druhou odborností, a zejména výsledku jeho činnosti lze vnímat jako projev profesní socializace, s ohledem na to, že takto silná „profesionální hrdost“ byla přítomna pouze u dvou ze 24 do výzkumu zapojených sociálních pracovníků přičítáme ji spíše osobnostnímu nastavení daných pracovníků než jejich profesní přípravě.

Na straně posudkových lékařů byly známky profesního respektu vůči sociálním pracovníkům agendy PnP rozpoznány zejména u jednoho ze sedmi do výzkumu zapojených posudkových lékařů, ostatní ho podle svých vyjádření uplatňovali jen sporadicky u některých případů nebo vůbec. Profesní respekt vůči sociálním pracovníkům se projevoval zejména ochotou akceptovat to, jak sociální pracovník vnímá a hodnotí situaci žadatele z perspektivy své profese a jak s ohledem na to, že navštěvuje žadatele v jejich přirozeném prostředí, vnímá a v záznamu ze sociálního šetření prezentuje situaci a stav žadatele. Pro tohoto posudkového lékaře byl současně typický aktivní přístup při posuzování stupně závislosti, což v praxi znamenalo např. to, že dle potřeby (nejasnosti, rozpory s lékařskou dokumentací, neúplné informace v sociálním šetření atd.) telefonoval sociálnímu pracovníkovi, který sociální šetření dělal a chtěl např. doplnit některé informace, znát názor sociálního pracovníka, případně ho i žádal, aby provedl doplňující sociální šetření. V některých případech to může být právě snaha důsledně využít informace ze záznamu ze sociálního šetření, co přivede posudkového lékaře k objevení nesrovnalostí v lékařské dokumentaci, a tedy k nenadřazování

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

medicínských podkladů těm sociálním a rovněž k uznání přínosů mezioborové spolupráce.

Prostě lékaři neumí psát zprávy. Spousta lidí trpí za to, že lékaři neumí psát zprávy. Ono možná i v dobrý vůli by sociální pracovníci nebo kdo má s nimi kontakt, by dal mnohem lepší informace než lékařské zprávy. (PL, obvod XVII)

Já to vždycky беру stejně, pro mě má výpovědní hodnotu víc prostě sociální šetření než zdravotní dokumentace, kterou já si na základě sociálního šetření doplním. Že zjistím, že tam je něco navíc. Někdy. Nebo si ho [žadatele] musíte pozvat (...) A taky jsem zjistila, že máte někdy ten šestý smysl, já když mám někdy takový pocit, že mi to nesedí, tak raději té sociální pracovníci zavolám. (PL, obvod XVII)

V rámci výzkumu se také ukázalo, že důležitým podnětem k osobní spolupráci se sociálními pracovníky a dalšími lékařskými profesemi může být, pokud si posudkový lékař uvědomí limity své vlastní odbornosti, případně vliv osobních rysů na posuzování stupně závislosti, pak je rovněž schopen „objevit“ přínosy mezioborové spolupráce. Pokud si posudkový lékař tedy uvědomuje, že může být v některých případech ovlivněn vlastními předsudky či stereotypy, vlastními životními zkušenostmi, či že není expert na všechny posuzované zdravotní stavy, že nemusí být obeznámen s tím, co obnášejí či mohou obnášet některé diagnózy, může i toto být faktorem, který ho vede k tomu, aby využíval sociální šetření jako relevantní zdroj informací, případně jako impulz k dojištění či verifikaci určitých informací.

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

A nevíte, teďka jsou diagnózy, které běžně neposuzujete, a vyskytne se vám jeden člověk a teďka potřebujete hledat články. Takže nám tady námitková doktorka vždycky, abyste nemuseli hledat, mám jednu zajímavou diagnózu, připravila jsem vám dokumentaci o tom. A takhle to mám poschovávaný a vždycky to někdy vytáhnu, protože nemůžu umět celou medicínu. (PL, obvod XVII)

4.2.3 Nastavení komunikace

V rámci podkapitoly o strukturálních faktorech pojednáváme mj. o tom, že legislativně je komunikace mezi sociálními pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři ustavena ve formě výměny povinných písemných dokumentů. Přímá osobní komunikace mezi oběma odbornostmi není legislativně ošetřena vůbec, tzn. legislativa ji nezakazuje, ale ani nevytváří rámec pro její rozvoj, což se v kontextu stávajících organizačních podmínek (viz kap. 4.2.5) a vzhledem k postoji posudkových lékařů k profesní odbornosti sociálních pracovníků (viz kap. 4.2.1) ukazuje být bariérou mezioborové spolupráce.

Už se nákej ten rok známe a oni nám svým způsobem věří, že to, co tam napíšeme je taky správně, ale přesto, když to v té dokumentaci nemá, tak to shodí a nezabývá se tím. Místo, aby zvedl telefon a heleďte se, nebo napsal, nebo... "Fakticky to bylo takhle?" (SP ÚP, obvod XVI)

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

Nicméně v některých případech, jak popisujeme níže, byla osobní komunikace dle výpovědí dotázaných pracovníků agendy PnP ustavena a v takových případech působila jako podpůrný faktor této spolupráce.

Z hlediska dosahování cíle mezioborové spolupráce mezi sociálním pracovníkem agendy PnP a posudkovým lékařem, kterým by mělo být dle smyslu platné legislativy zajištění objektivitu posouzení stupně závislosti a následného rozhodnutí o přiznání či zamítnutí PnP, se jeví jako stěžejní přímá osobní komunikace mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem. Tedy ne pouze komunikace realizovaná prostřednictvím povinných písemných dokumentů je s ohledem na tento cíl dostačující. Komunikace mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem, kdy posudkový lékař např. může sociálnímu pracovníkovi agendy PnP kdykoliv zatelefonovat a domluvit se s ním na záležitostech týkajících se posuzovaného případu či na způsobu zpracování sociálního šetření apod., přispívá k rozsahu informací poskytnutých sociálním pracovníkem, které jsou při posuzování stupně závislosti využity.

Nevím, jak to funguje jinde, ale když já tam třeba narazím na něco, co si myslím, že, třeba například s tím autem, ať to nějak neto, no tak se domluvíme. Tak já tam zavolám a řeknu: Prosim vás, nepište mi to takhle, ale když napíšete, jestli řídí, nebo je vožen, tak už to pro nás má velkou výpovědní hodnotu. A když takhle přijdem třeba zase na jinou věc, tak jim taky zavolám, oni si to řeknou a musím říct, že to funguje. (PL, obvod XIX)

Přímou vzájemnou komunikací lze totiž podle dotázaných sociálních pracovníků zmírnit negativní dopady buď nekompletní lékařské dokumentace, neúplného záznamu ze sociálního šetření, či jeho nedostatečné vyžití nebo pochopení posudkovým lékařem. Výsledkem takovéto komunikace může být buď vysvětlení nebo doplnění sociálního šetření sociálním pracovníkem, či doplnění lékařské dokumentace a specializovaných vyšetření.

Stalo se mi, že třeba to bylo u pána, ten měl Alzheimeru, a právě že některé ty body byly popsány praktickým lékařem a nebyly doloženy tou odbornou zprávou. (...) No ale právě tady ta posudková lékařka si dožádala od nás sociální šetření. I když v tom šetření jsem popisovala, že tam se to týkalo i myslím inkontinence, a nestačilo jí vyjádření toho praktického lékaře, i vyjádření k jiným bodům, i když jsem to tam napsala, tak mě poslala znova do té rodiny to znova ověřit. A já jsem to stvrdila svým vlastním zjištěním, že to tak skutečně je a to jí úplně stačilo a ta rodina nemusela jezdit za tím odborným lékařem znova na vyšetření, protože to u toho člověka vzhledem k tomu onemocnění nebylo vhodné. (SP ÚP, obvod XXII)

Když jim třeba něco není jasný, nebo se jim něco nelíbí, tak oni nám třeba zavolají a ještě se dotáží, jo? (SP & VED ÚP, obvod X)

Třeba je situace, kdy to [posudkový lékař] vidí v tom sociálním šetření a ten praktický lékař tam o tom nemá ani zmínku, takže si to vysvětlíme a potom na to šetření třeba dají. (SP ÚP, obvod XXI)

Rovněž někteří posudkoví lékaři vnímají sociální šetření jako důležitý zdroj informací v případě, že naráží na nekonzistence v dokumentaci, kterou mají k dispozici, případně mají pochybnosti, zda mají dost podkladů ke spolehlivému posouzení stupně závislosti. V takovém případě je usnadňujícím faktorem proaktivní přístup posudkového lékaře v komunikaci se sociálním pracovníkem.

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

Já jim i zavolám, já se jich vždycky ptám, když tam se mi něco nezdá, něco tam nevidím, nebo bych prostě tam chtěla vědět něco navíc, tak si volám na úřad práce a nechávám si tu, která dělala to sociální šetření, a prostě ptám se. Oni si to pamatují. Tohle je malé město, tohle si pamatují... a některý jsou známí k tomu ještě... jakoby známé osobnosti, takže oni [SP] mi potom ještě sdělují dodatečně a já pak tam zapisuju, že jsem ještě volala a mluvila s tou a s tou a prostě zjistili jsme, anebo „ptala jsem se ještě na to a na to“. (PL, obvod XVII)

Nám třeba už volají, že máme v sociálním šetření to a to, ale že oni to neshledávají, a buďto se zjistí, že nemají kompletní tu zdravotní dokumentaci, anebo že ten člověk si to přimyslel, vymyslel, domyslel nebo nadhodnotil, že my jsme to prostě nedokázali posoudit. (SP ÚP, obvod IV)

My máme dobrou spolupráci s naší posudkovou lékařkou, tak jí zpětně volám. Já jí vlastně zavolám a říkám: „Já ho viděla tak a tak. A co tam chybí jako, co tam nemá?“ A třeba posudková mi řekne: „Ale vy tam třeba popisujete to a to, ale on tam nemá tyhle ty lékařské zprávy.“ Tak já mu říkám: „Vám chybí tohle a tohle, je potřeba to jako doplnit, protože posudková lékařka tam nemá vlastně ty lékařské zprávy.“ (SP ÚP, obvod XIX)

Pokud neprobíhá vyjasnění těchto nesrovnalostí v době, kdy posudkový lékař zpracovává posouzení stupně závislosti, ať už proto, že sám rozpor neshledal, nebo jak byla přesvědčená část sociálních pracovníků, protože záznam ze sociálního šetření nebere jako podklad rovnocenný lékařským nálezům.

Pak ji by ji měli iniciovat sami sociální pracovníci poté, co od posudkového lékaře obdrží posudek stupně závislosti. Ti ze sociálních pracovníků, kteří hovořili o tom, že sami telefonicky kontaktují posudkové lékaře, tak činí obvykle v situaci, kdy žadatel nebo oni sami, případně oba, jsou přesvědčení, že vydaný posudek o stupni závislosti neodpovídá skutečné závislosti žadatele na pomoci druhé osoby, resp. že poznatky ze sociálního šetření nebyly využity odpovídajícím způsobem.

Když se mi třeba vrátí..., vrátí posudek, a takže můžu ještě vlastně, kolikrát ještě komunikujeme, máme teda dobrou posudkovou lékařku, která s náma komunikuje, že kolikrát vykomunikujeme, že, a zjistím, co tam třeba chybí. (SP ÚP, obvod XIX)

Sociální pracovníci agendy PnP pak většinou vyjadřovali pocit, že možnost komunikace a domlouvání se mezi nimi a posudkovými lékaři závisí hlavně na postoji posudkového lékaře ke vzájemné komunikaci, přičemž celé 2/3 dotázaní sociální pracovníci si nevzpomínali, že by kdy sami osobní komunikaci s posudkovým lékařem iniciovali. Nicméně ti, kteří tuto zkušenost měli, považovali za usnadňující faktor, pokud s nimi posudková lékařka spíše vedou diskusi a vnímají je jako partnery, než když jednostranně vyjadřují svůj názor a prosazují svůj vlastní pohled na daného žadatele, či určité aspekty jeho životní situace. Sociální pracovníci jsou totiž v takovém případě stanovisku posudkového lékaře přístupnější a posudkový lékař může rovněž být otevřenější argumentům sociálních pracovníků a jejich pohledu na význam sociálního šetření při posuzování stupně závislosti u daného žadatele.

Před dvěma měsíci jsme měli sezení tady s okresní správou sociálního zabezpečení, kdy tam byla vlastně ředitelka a i jednotliví posudková lékařka, krom asi jedné paní doktorky, takže jsme měli možnost si to tak různě vydiskutovávat, a tam právě bylo vidět, že ta paní doktorka, (...) říkala takové ty podněty, co třeba by po nás chtěla, jestli by jsme mohli ještě víc zapracovat do toho sociálního šetření. A takže tam to si myslím jako, že ten prostor na to určitě byl a nebylo to poslední setkání. (SP & VED ÚP, obvod XVII)

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

Dále, jedna z dotázaných posudkových lékařek hovořila o pokusech ustavit pravidelnou komunikaci se sociálními pracovníky agendy PnP v době, kdy byla tato agenda PnP nově zavedena. Tvrdí, že nejenže k tomuto nebyla podpora, ale že tomu bylo údajně bráněno poukazem na nedostatek oprávnění (strukturální faktory).

Když jsme my začínali v tom 2006, tak já jsem krátce taky zase byla vedoucí, a my jsme měli takovou snahu si tady ty naše sociální pracovníky zvát čas od času na porady a trošku je dávat dohromady. A pak nám bylo řečeno, že my k tomu nemáme právo. Takže já bych si myslela, že jeden z těch výstupů by měl být ten, že by měla existovat taková spolupráce, nejenom já, stejně já volám těm sociálním pracovníkům, ale bylo by dobře, když by se zařizovaly, já nevím, třeba takový nějaký setkání, kde by přišli sociální pracovníci, my jsme si jako posudkáři nachystali nějaký takový případy, problematický, a že bysme to s nima probírali. (PL, obvod VIII)

Ovšem zdá se, že v některých správních obvodech se nakonec popisovanou spoluprací ustavit podařilo, tato však po Sociální reformě I. v roce 2012 skončila.

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

My jsme tady v okrese našem měli několik schůzek, což bylo vždycky velice plodné. To jsem byla za to vždycky vděčná, zpočátku dokud byly ještě na městě, tak to bylo vyloženě neformální, jenom ty konkrétní pracovníce a jenom ti lékaři, několik jich přišlo, několik jich nepřišlo a to byla vždycky opravdu čistě pracovní schůzka. Pak, když přešli pod úřad práce, tak to bylo už s paní ředitelkou zdejší a tak už to bylo takový formálnější, ale stejně jako určitě význam to mělo. (PL, obvod XXII)

4.2.4 Strukturální charakteristiky

Legislativní zakotvení spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky agendy PnP jsme popisovali zejména v úvodu kapitoly 2.3.1, ale toto téma se v podstatě prolíná celou kapitolou 2. Zde jen stručně připomínáme, že mezioborová spolupráce v rámci agendy PnP je vymezena pouze jedním paragrafem zákona o sociálních službách, a to § 25, kde je popsáno, jaké podklady si navzájem sociální pracovník a posudkový lékař vyměňují. Dále je zde stanoveno, že zatímco podklad směřující od sociálního pracovníka posudkovému lékaři je „podkladem pro posouzení stupně závislosti“, posudek stupně závislosti, který posudkový lékař zasílá zpět na ÚP ČR často právě sociálnímu pracovníkovi je „podkladem pro rozhodnutí o žádosti o PnP“. To v praxi znamená, že posudkový lékař v podstatě rozhoduje svým posudkem o ne-/přiznání PnP a jeho výši, zatímco sociální pracovník pouze dodává jeden z typů podkladů, jež je třeba dle zákona při posouzení stupně závislosti shromáždit.

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

Zákon však již neupravuje další důležité aspekty mezioborové spolupráce, jako zejm.:

1. to, jakým způsobem má posudkový lékař s podklady od sociálního pracovníka při posuzování stupně závislosti pracovat a jak má tyto poznatky zohlednit/začlenit do posudku stupně zavislosti,
2. zda vůbec, případně jak má probíhat komunikace/spolupráce mezi oběma profesionály, vyjma povinně vyměňovaných písemných dokumentů (viz kap. 4.2.3),
3. obsah a strukturu podkladu, který zpracovává sociální pracovník pro posudkového lékaře (ty jsou upravovány pouze instrukcí příslušného ministerstva, konkrétně instrukcí č. 19/2013).

Jak ukazují výsledky našeho výzkumu, chybějící legislativa pro tyto oblasti v praxi významně přispívá k vzájemnému nepochopení rolí a činnosti druhé profese, čímž se stává zdrojem konfliktů mezi spolupracujícími profesionály a překážkou jejich efektivní spolupráce. V následujících dvou podkapitolách se budeme detailněji věnovat praktickým dopadům 1. a 3. bodu; druhý bod je pojednán výše v kapitole 4.2.3. Kromě toho níže pojednáváme ještě další dvě identifikované strukturální podmínky.

Chybějící legislativní zpřesnění využívání podkladů od sociálních pracovníků posudkovými lékaři

V důsledku toho, že neexistuje závazný rámec pro práci s poznatky sociálních pracovníků, jednotliví posudkoví lékaři s nimi v praxi pracují dost různorodě.

No, je to prostě těžký. Kolik je lékařů, tolik je náhledů, takže jedno sociální šetření může několik lékařů vyhodnotit úplně jinak. Určitě. (PL, obvod XVII)

Je poměrně pochopitelné, že v situaci, kdy posudkoví lékaři nemají ani metodický návod, jakým způsobem začlenit do své činnosti poznatky jiného odboru, tj. sociální práce, mají tendenci tyto poznatky buď interpretovat z pozic medicíny, nebo je nevyužívat vůbec. Rovněž sami sociální pracovníci agendy PnP z vlastní zkušenosti, která je však spíše fragmentovaná a poměrně nahodilá a zakládá se často pouze na tom, co sociální pracovníci vyčtou ze závěrů posudkových lékařů, vědí či tuší, že jednotliví posudkoví lékaři z „jejich“ pracoviště OSSZ zacházejí s jejich zprávami ze sociálního šetření odlišně a shledávají jako relevantní odlišné typy informací.

Myslím si, že je to stejně jako všechno hodně individuální. Protože nepochybuju o tom, že ta paní doktorka, která opravdu má tu snahu to řešit důkladně, tak že si přečte celý ten záznam a snaží se o tom přemýšlet, co a jak by mohlo mít jaký konsekvence. Ale pochybuju, že jeden pan doktor, kterého já jsem tam zase viděla, s tím jeho přístupem, tak ten, si myslím, že si přečte ten první odstavec toho sociálního šetření, kde je prostě co zvládne, nezvládne paní, nebo co uvádí, a myslím, že tím končí, že možná už to ani nečte celý. A že je to prostě jejich individuální přístup, no. Prostě člověk od člověka. (SP & VED ÚP, obvod XVII)

Setkali jsme se dále i s případem, kdy protichůdné požadavky zaznamenal tentýž sociální pracovník, a to v rámci jednoho regionu. V daném případě se jednalo o metodika Lékařské posudkové služby a posudkového lékaře, kteří dle výpovědi sociálního pracovníka nezávisle na sobě sdělovali zcela odlišné představy o tom, co by mělo být obsahem záznamu ze sociálního šetření. Informace, o kterých se metodik domníval, že posudkové lékaře spíše zahrnují a jsou pro posouzení stupně závislosti nadbytečné, naopak posudkový lékař výslovně požadoval a naléhal na jejich podrobnější zpracování. Jednalo se o otázku relevance popisu domácnosti žadatele o PnP při

posuzování stupně závislosti. Jestliže jednotliví posudkoví lékaři, ať již ze stejného či z různých pracovišť, provádí posouzení stupně závislosti odlišně a neexistují stejná kritéria vyhodnocování jednotlivých zjištěných skutečností, pak jsou informace ze sociálního šetření využívány posudkovými lékaři nahodile a nepředvídatelným způsobem, a to bez ohledu na jejich kvalitu.

To, že zákon neposkytuje žádný rámec proto, jak má posudkový lékař s poznatky sociálního pracovníka nakládat při svém posouzení stupně závislosti daného žadatele v kombinaci s dalšími dvěma faktory, a sice snahou posudkových lékařů „edukovat“ sociální pracovníky, jak mají tuto svou odbornou činnost vykonávat, a dále slabým metodickým vedením sociálních pracovníků, vede ke zmatení role sociálních pracovníků a k oslabování jejich profesní odbornosti. Neboť, i kdyby sociální pracovníci ustoupili ze svého odborného pohledu (což dělají jen někteří, a to ještě jen částečně) na to, jak je žádoucí záznam ze sociálního šetření zpracovat a nechali se zcela v tomto ohledu „vést“ posudkovými lékaři, přesto by v praxi vždy narazili na to, že část posudkových lékařů bude jejich podklad hodnotit jako laický, příliš dlouhý, s irelevantními informacemi apod.

Chybějící legislativní zpřesnění obsahu a struktury podkladů vytvářených sociálními pracovníky pro posudkové lékaře

Obsah a strukturu podkladu, který zpracovává sociální pracovník pro posudkového lékaře, tedy záznamu ze sociálního šetření, upravuje pouze interní instrukce příslušného ministerstva. Tuto instrukci však podle našich zkušeností z výzkumu posudkoví lékaři neznají a jsou přesvědčeni, že je věcí každého sociálního pracovníka, jakým způsobem tento záznam zpracuje. Jak jsme již uváděli na jiném místě, posudkoví lékaři v záznamech od sociálních pracovníků hledali informace k tomu, jakým způsobem žadatel uskutečňuje 10 základních životních potřeb, a netušili, proč většinou sociální pracovníci záznam strukturují podle jiné logiky, než řídka tuto „nešikovnost“ spojovali s upíráním odborné způsobilosti sociálních pracovníků. Posudkoví lékaři tak shledávali řadu informací od sociálního pracovníka jako irelevantní, nadbytečnou.

Je takových těch 10 úkonů základních životních potřeb, ve kterých ti sociální pracovníci by měli být velmi kovaní, a mít v hlavě tu osnovu a ptát se, aby to šlo do těch kolonek. Jestliže tam píše, že bydlí ve třetím patře, no dobře, to ještě má smysl, ale má příbuzné v Americe a v Africe, ty za nima jezdí, občas si dopisují, to je pro mě úplně k ničemu. Takže myslím si, že ten posudkový lékař musí pracovat s různě kvalitním sociálním šetřením. (PL, obvod VIII)

Zrovna minulý týden jsme byli v rámci krajské pobočky, bylo školení pro DOZP a příspěvek na péči, a na jednu část tam dorazil metodik z lékařské posudkové služby, a tam se ukázalo, jak jsou rozpory. My máme prostě stanoveno, co musíme zpracovat do toho záznamu ze sociálního šetření, a lékařskou posudkovou službou, že půlka věcí, co my tam píšeme, je vůbec nezajímá a jako úplně je až obtěžuje to číst, jo. (...) tam popisujeme různě prostředí a popis té domácnosti a on prostě říkal, že to je pro ně nadbytečné, že oni, když to stejně nemají v lékařské zprávě, tak že je to takové to... (SP & VED ÚP, obvod XVII)

Jedna, tady speciálně jedna sociální pracovnice píše: v bytě se procházela hezká kočička. No, tak to je teda fakt na hodně. Tak jako některé ty údaje jsou opravdu nesmyslné, no ale. (PL, obvod XXII)

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

Nesoulad mezi 6bodovou strukturou sociálního šetření a 10 posuzovanými oblastmi životních potřeb působí u posudkových lékařů i sociálních pracovníků jako zdroj nepřehlednosti a zdržení a snižuje pravděpodobnost, že posudkový lékař bude v sociálním šetření třídit a hledat informace k 10 oblastem života, které posuzuje on. Sociální pracovníci jsou si často této komplikace vědomi a někteří se snaží orientaci v záznamu ze sociálního šetření lékařům usnadnit kreativním začleněním 10 životních potřeb do šestibodové struktury záznamu a jejich zřetelným vyznačením.

Zábavná je jedna věc, to, že je metodika, která jde z ministerstva přes úřad práce přes generální ředitelství, jak má vypadat záznam ze sociálního šetření. A pak druhá metodika, která jde z ministerstva přes Českou správu sociálního zabezpečení a na lékařské posudkové služby. Ta metodika je každá jiná. A tady Vám řeknou na úřadě práce, na každém školení, když jsem teď byl na školení, jak má vypadat zápis ze sociálního šetření, já nemám psát do sociálního šetření těch 10 základních životních potřeb, já se zabývám 6 okruhy (...) Takže momentálně je to tak, že já do schopnosti pečovat o vlastní osobu poznačím mobilita, stravování, oblékání atd., vypíši to tam takhle a dám to tam pod schopnost pečovat o vlastní osobu a tam sociální vztahy mimo rodinu nebo ještě tam je potom prostředí, domácnost. Tak dobře, tak je tady péče o domácnost, tak já to dám. Posudkoví lékaři prostě vyžadují, aby to tam bylo, takže v těchto 6 okruzích my vypíšeme těchto 10 základních životních potřeb, jinak je problém. Je zajímavá 10 základních životních potřeb. (SP ÚP, obvod V)

Formálně snadné doplnění podkladů pro rozhodování o stupni závislosti

Jako napomáhající strukturální prvek spolupráce mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem lze vnímat formálně snadné doplnění pokladů od sociálního pracovníka, pokud posudkový lékař požádá o jejich doplnění. Zatímco prvotní písemný podklad od sociálního pracovníka musí být posudkovému lékaři zaslán buď datovou schránkou nebo doporučenou poštou, případně přes podatelnu úřadu, dle sdělení posudkových lékařů, pokud není podklad od sociálního pracovníka agendy PnP kompletní, stačí, aby sociální pracovník poskytl doplňující informace telefonicky a posudkový lékař si nové údaje sám do dokumentace doplní. Tuto jednoduchost, tedy že není nutné, aby sociální pracovník sepisoval dodatky k prvotnímu podkladu s číslem jedním apod. a posílal je poštou posudkovému lékaři, lze vnímat jako podpůrný faktor, neboť snižuje administrativní náročnost mezioborové spolupráce.

Takže oni [SPR] mi potom ještě sdělují dodatečně a já pak tam zapisuju, že jsem ještě volala a mluvila s tou a s tou a prostě zjistili jsme, anebo „ptala jsem se ještě na to a na to“. (...) Jde to doplnit, jde. Oni mi to řeknou a já to dám do záznamu, že prostě vycházím z toho..., že jsem si doplnila ještě tyhle údaje. (PL, obvod XVII)

Nedůvěra k PnP jako K nástroji sociální politiky

Na závěr bychom chtěli zmínit jeden z obecných faktorů, který může v podstatě na straně všech aktérů limitovat efektivitu celého systému PnP, včetně mezioborové spolupráce při posuzování stupně závislosti. Tímto faktorem je nedůvěra, případně nepochopení role samotného příspěvku na péči, která je v rámci systému sociálních služeb od této dávky očekávána. V našem výzkumu byla tato nedůvěra nejsilněji patrná u posudkových lékařů. Kromě role nadřazeného a v pojetí některých posudkových lékařů i jediného odborníka (srov. kap. 4.2.1) se tak ještě část posudkových lékařů vnímala jako ti, kdo mají odhalovat z jejich hlediska podvodné žádosti o PnP.

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

Tato role může pak nezdůvodně kolidovat s profesním pohledem sociálních pracovníků agendy PnP na životní situaci a potřeby péče jednotlivých žadatelů.

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

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

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

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

R: Já to řeknu, lidi to mají jako zdroj peněz. Já si nemyslím, že to je vždycky opravdu, na tu péči, kdo jim konkrétně co dělá, že to platí. Co jsem viděla, třeba, nebo co tady slyším, tedy byť ten příspěvek bere ten pacient, nebo ten klient, ale dává ho jedné dceři a druhá se stará. (...) jako většinou si myslím, že ty peníze často zůstanou těm klientům, jo že neplatí ani těm, co tu péči poskytují. (PL 2, obvod XIII)

4.2.5 Organizační podmínky

Nejen počty, kvalifikační složení, ale i způsob organizace práce v agendě PnP na jednotlivých kontaktních pracovištích ÚP (dále KoP) a další organizační prvky mohou mít vliv na provádění sociálního šetření a další využití poznatků sociálního pracovníka o životní situaci žadatele při posouzení stupně závislosti posudkovým lékařem.

Vysoká pracovní zátěž spolupracujících odborníků

Vysoká pracovní zátěž posudkových lékařů může podporovat tendenci k rutinnímu zpracovávání posouzení stupně závislosti, bez možnosti hlouběji zkoumat předložené dokumenty (lékařské nálezy, záznam ze sociálního šetření) a zvažovat vzájemnou souvislost a individuální konsekvence popsanych skutečností. Nedostatečný počet posudkových lékařů může být jednou z příčin dlouhých lhůt pro zpracování posudku, neobjektivního posouzení stupně závislosti.

A myslím, že docela ta zatíženost kolísá v průběhu toho roku, některý situace jsou potom, že najednou se to jakoby nahromadí, ale třeba já sama mám udělat těch 120 případů za měsíc a ty udělám. (PL, obvod VIII)

Že s těmi úřady práce určitě problém není, ale asi by mělo být víc lékařů posudkových na těch okresních správách, tam se to vždycky zadrhne. (SP hospic, obvod XVII)

Rovněž normované počty posudků, jejichž zpracování je očekáváno od posudkového lékaře s určitou velikostí úvazku, se jeví jako vysoké vzhledem k náročnosti posouzení stupně závislosti pro účely PnP, má-li toto posouzení být kvalitní a objektivní.

Tam se jde na počet posudků. Počítá se to nějakým koeficientem, jako invalidita je 1 celej kus... dejme tomu na ten 0,4 úvazek mám mít 46 posudků na 100 %, jo, jakoby splněno za ten měsíc... a ten nepojistný systém, jako průkazy a

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

příspěvek na péči, se přepočítává nějakým koeficientem, takže jich musíte udělat víc... to neznámá, že za jeden máte jeden, jo, ale tam jich musíte udělat 3 nebo kolik, abyste měla 1 celej. Ale to mě nezajímá. Já to dělám prostě, kde jsou lhůty, co je nutno udělat, tak se prostě dělá. (PL, obvod XVII)

Také sociální pracovníci agendy PnP celkově vyjadřovali pocit, že je jich málo. Většina se cítila přetížená. Referovaný vysoký počet klientů a spisů na jednoho sociálního pracovníka, který podle zkušenosti řady dotázaných sociálních pracovníků umožňuje realizovat činnosti sociální práce s žadateli o PnP jen velmi omezeně nebo vůbec, přivedl tyto sociální pracovníky k přesvědčení, že na ÚP ČR se od nich v podstatě výkon sociální práce v pravém slova smyslu neočekává. Přetížení sociálních pracovníků pak vede k tendenci realizovat sociální šetření rychle, což v řadě případů vede k povrchním zjištěním a nekvalitním záznamům ze sociálního šetření.

800 spisů je naprosto nemožný. (SP ÚP, obvod XVI)

PnP dřív dělalo na městě 8 lidí a teď to děláme 4. Ale ti dělali jenom PnP. My děláme ještě ty pomůcky. Tak si to vezte, jak to vypadá. (...) Že fakt jako jdeme jak ti roboti, aby byly vyřízeny žádosti, jsme jako roboti. (SP ÚP, obvod XXI)

Nejde opravdu zpracovávat spoustu žádostí a jet jak stroj. (...) To si myslím, že je základní, že tady ta sociální práce byla potlačena opravdu jenom na zjištění těch základních věcí při sociálním šetření. (SP ÚP, obvod II)

Dostatečný časový prostor pro sociální šetření má pak naopak pozitivní dopady pro kvalitu řízení o PnP, neboť umožňuje pečlivý přístup k sociálnímu šetření i zpracování detailního popisu klientovy situace, což jsou faktory zvyšující pravděpodobnost, že se podkladem sociálního pracovníka bude posudkový lékař zabývat. Tato pečlivost se jako důležitá nejvíce ukazuje v případech, kdy stav klienta není zjevný na první pohled, tj. např. v případě kolísavých stavů, hůře zachytitelných projevů potíží, počínající demenci atd.

Podmínky pro osobní komunikaci mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři

Facilitovat nebo vzájemnou spolupráci naopak brzdit mohou i organizační podmínky týkající se přímé osobní komunikace mezi zúčastněnými profesionály. Například, pro přímou komunikaci je nezbytná dostupnost telefonních kontaktů, a to jak na posudkové lékaře, tak na sociální pracovníky. V praxi však na některých pracovištích ÚP ČR a OSSZ tyto kontakty k dispozici mají, na některých ne a v některých případech sociální pracovníci uváděli, že ani když usilují o získání přímého telefonu na posudkového lékaře, který daný posudek vypracoval, jsou opakovaně neúspěšní a s posudkovým lékařem mohou komunikovat pouze prostřednictvím jeho administrativní pracovnice. Někteří sociální pracovníci dále upozorňovali na to, že tuto komunikaci může brzdit i případná vysoká pracovní zátěž, a to jak na straně sociálních pracovníků, tak samotných posudkových lékařů.

T: A pak, jestli vy vlastně vůbec s těmi sociálními pracovníky, jestli vy třeba nějak s nimi koordinujete tu činnost jako, bavíte se.

R: Na to není čas. (PL, obvod XV)

V některých případech sociální pracovníci uváděli, že v rámci jejich úřadu ani nedisponují vhodnými prostorami pro skupinové setkávání s jejich místně příslušnými posudkovými lékaři.

Organizace zpracování žádosti o PnP na jednotlivých pracovištích ÚP ČR

Podle našich zjištění se na KoP ÚP ČR vyskytují tři hlavní modely organizace výkonu agendy PnP:

Za prvé, sociální pracovník většinou zajišťuje celé správní řízení. Vykonává tedy všechny činnosti nutné v rámci řízení o PnP, jako je přijetí žádosti o PnP, uskutečnění sociálního šetření v přirozeném prostředí žadatele, zpracování záznamu z tohoto šetření a jeho zaslání posudkovému lékaři na příslušnou OSSZ, kontrola formálních náležitostí posudku stupně závislosti, který vypracoval příslušný posudkový lékař a na jehož základě vydává sociální pracovník rozhodnutí o ne-/přiznání PnP a jeho výši, vyrozumění žadatele o posudku a spolupráce s ním při případném podávání „námitky“, případně pomoc žadateli při podávání odvolání. Jediné, co sociální pracovník v tomto organizačním uspořádání nezajišťuje, je pouze samotné posouzení stupně závislosti, které přísluší výhradně posudkovým lékařům, a ověření rozhodnutí o PnP, které musí zkontrolovat jiný pracovník než ten, který ho vydal, tj. tzv. metodik či ověřovatel. Pracoviště s takovou organizací řízení o PnP bylo v našem výzkumném vzorku 15. Tento model organizace řízení o PnP plasticky popisuje jedna ze sociálních pracovníků v citátu uvedeném níže.

Od klienta převezmu žádost, že, tak pokud přijde, většinou chodí rodinní příslušníci, on sám nechodí, takže se vyptám trošku, abych věděla, do čeho pudu, udělám si poznámky, zkontroluju žádost, jestli je tam teda všechno, co má být, a dám to zaevidovat. Jakmile to dostanu zpátky, zařadím, udělám si trasy, protože máme jenom jedno auto na oddělení, takže máme rozpis jízd, musím si naplánovat trasy a domlouvám se s pečujícíma osobama, kdy přijedu na sociální šetření. Provedu sociální šetření, po sociálním šetření to zpracuji do toho záznamu, pak je celá ta agenda po usnesení o přerušení řízení, no a potom teda, až je to posouzeno, tak zase zaevidovat ten výsledek toho posouzení z OSSZ, odesílá se posouzení na klienta, pokračuju v řízení možností seznámit se s podklady, poslední dobou to lidi teda dost často využívají. (...) Oni se dost starají, jak to dopadlo, no a tak většinou ti klienti, málokdo přijde sám, někoho dovedou, ale většinou je to přes plný moci, takže všechno zase zaevidovat, že, komplet vedení spisové agendy a pak teda to rozhodnutí, no, komunikace s OSSZ a tak (...) Když se podávají ty žádosti a pokud jsou tam nějaká ta onkologická onemocnění a podobně, tak to už si člověk značí a preferuje to. (...) že když by mně ty šetření vyšly na stejnou dobu, tak upřednostním toho, kdo je v tom kritickým stavu. (SP ÚP, obvod II)

Druhý model byl uplatňován na 3 z námi zkoumaných pracovišť a spočíval v tom, že sociální pracovník agendy PnP zajišťoval v rámci řízení o PnP především administrativní úkony související se správním řízením. Sociální šetření, tj. jedinou činnost, kterou dle zákona č. 108/2006 Sb. skutečně musí vykonávat pracovník s kvalifikací sociálního pracovníka, vykonával pouze příležitostně, nebo vůbec, neboť sociální šetření byla zajišťována s pomocí externích sociálních pracovníků. Samotní dotázaní sociální pracovníci tento model chápali jako nouzové řešení nedostatečných interních kapacit pracoviště, ale současně ho hodnotili kriticky. Uplatňování tohoto modelu vnímali jednak jako degradaci vlastní role sociálního pracovníka na pouhého úředníka a dále někteří hovořili i o riziku nespravedlivého posouzení žádosti o PnP díky

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

vyčlenění sociálních šetření z ostatních činností realizovaných v rámci řízení o PnP a potenciálně nízké kvalitě externě zajišťovaných sociálních šetření.

Ta rozsekanost, nenávaznost je prostě špatně. (...) To sociální šetření, které vám dělá externista, může mít důsledky takové, že se jim i sníží ta výše PnP, protože když někdo nemá jakoby ty zkušenosti... Třeba, jdete na šetření a někdo vám bude tvrdit, že všechno zvládá. Chce to se taky dívat na to: Tak on má tady... mám spis předtím, on má tady takovýhle diagnózy, nezvládá... jak to, že mi teď tvrdí, že zvládá? Jo? I se tak dívat, jestli je vůbec možný, aby to zvládal, protože jsou lidi, co si opravdu odmítají připustit, že něco nezvládnou. (...) Teď nevíte, jestli to ten externista bude vidět taky tak. Jestli to udělá. Jestli vůbec bude vědět, co má udělat. Jestli ho to napadne vůbec. (SP ÚP, obvod IX)

Já jsem to šetření, já jsem ho dělávala, ale pak paní vedoucí naše rozhodla, že takhle to bude lepší, nebo respektive my jsme to tady ve čtyřech osobách nebyly schopný zvládnout. Od začátku podání žádosti, provést šetření a nějaký to výstupní rozhodnutí, to prostě nebylo v našich silách, my jsme tady na to byly čtyři osoby. Na městských úřadech, tam nás bylo asi šest. Tak proto jsou tu dvě děvčata terénní, externí. (SP ÚP, obvod XXIV)

A i s tím já osobně, teď mluvím osobně za sebe, mám trošku pocit degradace téhle práce s tím, že mi může jít šetřit externista, kdejaká holka po vysoký škole s nulovejma zkušenostma, která to má jako brigádu. A vy musíte mít x let praxi, odbornou způsobilost, školení všechna za sebou, vysokou dostudovanou na to, abyste kopírovala cizí šetření. To myslím, že je docela blbý. (SP ÚP, obvod IX)

A já se spíš přikláním k tomu, že by bylo lepší, kdyby to bylo tak, že opravdu u jedné osoby si ten žadatel tu žádost podá a ta to s ním vyřídí až do konce. Aby se navzájem znali trochu. A aby vždycky věděl, za kým jít. Ale prostě bylo by potřeba, aby na tu sociální práci bylo víc času. (SP&VED ÚP, obvod XXIII)

Třetí typ organizace řízení o PnP je přesně opačný. Sociální pracovník působí výhradně jako terénní pracovník a vykonává pouze sociální šetření pro PnP, vytváří záznam ze sociálního šetření, odesílá žádost o posouzení stupně závislosti na posudkového lékaře příslušného pracoviště OSSZ a následně kontroluje formální náležitosti posudku, který zašle posudkový lékař. Tento model byl uplatňován na 6 ze zkoumaných kontaktních pracovišť. Sociální pracovníci těchto pracovišť model neproblematizovali a považovali ho za efektivní v situaci, kdy je třeba zvládat velký objem práce s omezenými personálními kapacitami.

My to máme rozdělený, že je x referentek a x sociálních pracovníků. Oni si ty žádosti berou podle abecedy a my už si to rozdělujeme podle oblastí. (...) My jenom chodíme do terénu. My vlastně zpracujeme ten záznam, přepíšeme to, pošleme to na okresní správu, přerušíme řízení, čekáme na posudek. Jakmile nám přijde posudek, zkontrolujeme, zda souhlasí platnost, od kdy jsme žádali ten posudek, ty oblasti, jestli ten text v tom výroku je správně napsaný, jestli odpovídá s tím, co tam je napsáno, já nevím, počet těch oblastí, nebo se třeba ty pracovnice spletou do osmnácti let, nad osmnáct let, že u starších seniorů píšou do osmnácti let, že se jedná o osobu do osmnácti let, takže kontrolujeme znění toho výroku a předáváme to referentkám, které dělají vyrozumění, rozhodnutí, odvolání. (...) Stihne se to, stihne se to spíš, než kdybysme dělali úplně všechno. (SP ÚP, obvod VII)

Z výpovědí sociálních pracovníků agendy PnP při ÚP ČR lze vyvodit, že zásadní překážku mezioborové spolupráci klade zejména takový způsob fragmentace zpracování žádosti o PnP, kdy ten sociální pracovník, který uskutečnil sociální šetření, není

následně seznámen s výsledným posudkem stupně závislosti, který na základě jeho poznatků a lékařské dokumentace zpracoval posudkový lékař. Takový sociální pracovník jednak vůbec nemá zpětnou vazbu o tom, jak byl jeho podklad využit, a dále se nemůže aktivně podílet na procesu posouzení stupně závislosti prostřednictvím vysvětlování či obhajování svých poznatků, či dotazování posudkového lékaře, proč zvolil určitý způsob interpretace jeho poznatků apod. I když formální kontrolu posudku stupně závislosti provádí rovněž sociální pracovník, tento již není schopen posoudit soulad posudku se zjištěními učiněnými při sociálním šetření, protože toto šetření sám neprováděl.

A když hlavně nešetříte, tak pak nevidíte tu návaznost. Tak vy si nepředstavíte toho člověka. Vidím, že mu dají dvojku nebo jedničku, tak mu dají dvojku, jedničku... Já nevím, jestli to odpovídá, já ho neviděla. Takže nemůžete ničím argumentovat, nemůžete diskutovat. Když jste toho člověka neviděla, tak nevíte. (SP ÚP, obvod IX)

Postoj managementu kontaktních pracovišť ÚP ČR k sociální práci jako profesi

Sociální pracovníci agendy PnP nečelili nepochopení své role a despektu vůči své profesi pouze ze strany posudkových lékařů (srov. kap. 4.2.1), ale často i v rámci svých vlastních pracovišť, což mj. vedlo i k výše popsané organizaci zpracovávání žádosti o PnP a k nastavení pracovních podmínek těchto pracovníků - viz výše neúměrně vysoké počty klientů na jednoho pracovníka či omezená dostupnost aut pro realizaci sociálních šetření v přirozeném prostředí žadatelů, tj. v terénu. Omezená dostupnost aut, nutnost složité koordinace jejich využívání, případně nutnost pro auto jezdit na jiné kontaktní pracoviště ÚP ČR dle sociálních pracovníků zvyšují časovou náročnost realizace terénních šetření. Dále tyto skutečnosti ovlivňují i kvalitu samotného sociálního šetření, protože nutí sociální pracovníky plánovat na den, kdy mají auto k dispozici, vysoký počet sociálních šetření (šest a více), což znamená, že samotné sociální šetření je třeba provést rychle a někdy i ve spěchu a nutí je tedy pracovat mimo odborné zásady jejich vlastní profese.

Pro to auto jezdíme na jiný KoP, takže my odsud jedeme tam, což není úplně za rohem, odtamtud si půjčíme auto, jedem sem na šetření a pak ho tam zase odvážíme, no. (...) Ale bylo by to samozřejmě jednodušší mít prostě jedno auto tady a k dispozici a jet, kdy potřebujem. (SP ÚP, obvod III)

Management pracovišť ÚP ČR měl dále tendenci ztotožňovat sociální práci pouze se sociálním šetřením, v tom smyslu, že za činnost, kterou by měli vykonávat sociální pracovníci na ÚP z titulu své kvalifikace, se považuje pouze sociální šetření. Není rozpoznáno, že celý kontakt s klientem v rámci řízení o PnP by měl být veden v režimu sociální práce. Odtud patrně pramení i tendence k fragmentaci procesu řízení o PnP a k rozsáhlému využívání nekvalifikovaných referentů. Důsledků tohoto pojetí je řada: žadateli o PnP není pro něho pochopitelným způsobem vysvětlen proces řízení o PnP (včetně významu lékařských nálezů), sociální pracovník vykonávající sociální šetření jako izolovanou činnost není schopen toto šetření zacílit potřebným směrem, případně nemá zpětnou vazbu o tom, jak s jeho poznatky posudkový lékař naložil, takže v důsledku je dále oslabována profesní role a identita těchto sociálních pracovníků.

Já jsem dřív pracoval na městském úřadě a dělal jsem tuto agendu a tam nebylo.... Úřad práce má tzv. kontrolu 4 očí, tady je problém ten, že je to takhle nastavené. Na tom městském úřadu to bylo od začátku, já jsem měl danou agendu a od toho člověka jsem vzal žádost, jel jsem k němu na sociální šetření a

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

požádal jsem o zdravotní posouzení a vydal jsem rozhodnutí, takže to jsem dělal všechno. Z těchto organizačních důvodů je tady nějaká ta kontrola 4 očí, tady je prostě takový zavedený systém. Chvilí jsme si třeba brali ty žádosti sami a byli jsme tady vlastně jenom 2 ty články, teď přibyl ten třetí, že je kolegyně, která přebírá všechny žádosti, potom jsme my sociální pracovníci a potom je tzv. metodik, který vydává rozhodnutí. (SP ÚP, obvod V)

Na některých pracovištích byla dokonce pozorována tendence nepovažovat ani sociální šetření za odbornou činnost či akcentovat především jeho kontrolní funkci. To se může projevat např. názorem, že zákonem požadované vzdělání sociálního pracovníka je zbytečné.

Já si myslím, že tam je stanovená kvalifikace dost striktně. Myslím si, že na činnost toho terénního sociálního šetření by to nemuselo být vymezeno v tom zákoně až tak striktně. (ředitel KoP, obvod XVII)

V neposlední řadě někteří manažeři ÚP ČR zcela přebírali pojetí role sociální práce v rámci PnP tak, jak je většinově prezentovali posudkoví lékaři, tj. rezignovali na objektivitu a profesionální zpracování sociálního šetření, vnímali ho jen jako administrativní akt, který musí formálně proběhnout, a rovněž uznávali zásadní a prioritní význam lékařských zpráv při posouzení stupně závislosti.

Pokud je management přesvědčen, že poznatky ze sociálního šetření v rámci řízení o PnP je nutné získat pouze pro formální naplnění litery zákona, nikoliv pro objektivní posouzení žádosti o PnP, a naopak za dostačující pro toto posouzení považuje pouze lékařskou dokumentaci, je nasnadě, že ze své pozice nebude vytvářet takové pracovní podmínky pro sociální pracovníky, aby byli schopni realizovat kvalitní sociální šetření a navazovat přímou spolupráci s posudkovými lékaři.

Opět si myslím, že při těch žádostech, který tam běží, by měla rozhodovat zdravotní stránka a ta sociální ... u péenpěčka, by měla rozhodovat ta zdravotní stránka a nikoliv to šetření. Protože my jsme velmi ovlivnění tím prostředím, který tam je a v podstatě nemůžeme to ověřit objektivně, musíme dát buď na tvrzení toho klienta, protože, no ujde 200 metrů, pokud je tam, že jo, že po rovině, no, tak jak já, tak řeknu - „tak babičko, tak vemte hůl a já jsem vám tady nalajnoval 200 metrů, tak to ujdete?“, tak takhle se to nedá dělat, že jo, pochopitelně. (ředitel KoP, obvod XVII)

Vnitřní pravidla a organizační kultura Lékařské posudkové služby

V rámci výzkumu jsme zachytili pouze malou výseč vnitřních pravidel a organizační kultury LPS, a sice tu, která se úzce pojí přímo se zpracováváním posudků stupně závislosti. Dle těchto pravidel tak, jak o nich referovali dotázaní posudkoví lékaři, by měl posudkový lékař usilovat o maximální objektivizaci všech posudkově rozhodných skutečností. Což přímo vede k nutnosti osobní komunikace se sociálními pracovníky, kteří vypracovali sociální šetření v případech, kdy lékař zcela nerozumí, co vlastně sociální pracovník chce vyjádřit, potřeboval by nějakou informaci doplnit, či lékařská dokumentace líčí jiný obraz situace žadatele než sociální šetření. Objektivizace pak dále znamená nezřídka nutnost nejen doplnit sociální šetření, ale i lékařské nálezy a vyšetření. To vše však obvykle vyžaduje čas a peníze (nová vyšetření) a naráží na normy LPS v oblasti předepsaného objemu práce, kterou má posudkový lékař v daném úvazku stihnout a limity pro úhrady požadovaných vyšetření. Podle vyjádření většiny dotázaných sociálních pracovníků agendy PnP i samotných posudkových lékařů se však zdá, že LPS spíše v praxi akcentuje „výkonové normy“ než „normy dobrého posudku“.

Ovšem ne všichni dotázaní posudkoví lékaři byli s touto organizační kulturou ztotožnění, jak naznačuje citát níže.

Ale než já to zdůvodním, proč si nevyžaduju nový podklady, protože posudek má být kompletní, vypovídající, srozumitelný a nevím co, má se vypořádat se všema námitkami, se všema skutečnostma, které jsou uvedené všude, a já to tady mám, ale já se na to musím odvolat, aby někdo, kdo po tom půjde, pak věděl, kde jsem to brala, kde to bylo, takže musím napsat, řízení, už tam bylo tohle, tohle, anebo napíšu, jak to postupně šlo, aby bylo jasné, že se to zlepšovalo, nikoliv horšilo. (...) Pak jste po lhůtách. Ale já říkám, já to nepustím, já jsem za to zodpovědná. Já řeknu, když je čas, že je to dostatečně udělaný. Ano, může to kolega šéf vzít a říkne: „kolegyně, mě to stačí, já to udělám.“ Tak klidně, ať si to vezme na stůl, ať si to udělá, ale je tam jeho jméno. (PL, obvod XVII)

Metodiky a metodické vedení

Rozbor uplatňovaného typu spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky v rámci agendy PnP provedený v kapitole 2 naznačil, že v době výzkumu byl uplatňován především multidisciplinární model víceoborové spolupráce. Tento model nepředpokládá prolínání spolupracujících oborů, a tedy ani společné metodické postupy (srov. kap. 1.4), v tomto ohledu byla tedy podoba oficiálního metodického vedení těchto oborů zcela konzistentní s multidisciplinárním modelem. Nicméně, jak pojednáváme v kapitole 2.2.4, někteří posudkoví lékaři a někteří sociální pracovníci usilovali o přiblížení svých oborových perspektiv prostřednictvím využívání metodického vedení či přímo metodických materiálů posudkových lékařů, čili docházelo k obohacování sociální práce medicínskou perspektivou. K opačnému ovlivňování, tj. pohledu posudkových lékařů o metodiky z oblasti sociální práce dle našich zjištění nedocházelo. Posudkoví lékaři ani neměli povědomí o tom, zda činnost sociálních pracovníků agendy PnP vůbec nějaký vlastní metodický materiál upravuje, či nikoliv.

4.2.6 Předchozí zkušenost s víceoborovou spoluprací

Jeví se, že kladné předchozí zkušenosti prezentované zejm. posudkovými lékaři z doby před sociální reformou I, kdy se na některých pracovištích scházeli společně se sociálními pracovníky agendy PnP k diskusi obtížných či sporných žádostí, nemají na současnou spolupráci těchto lékařů se sociálními pracovníky agendy PnP vliv. Tito lékaři popisovali v rámci výzkumu stejnou nedůvěru vůči odborné kompetenci těchto pracovníků jako posudkoví lékaři, kteří výše uvedenou pozitivní zkušenost neprezentovali. Dále je z rozhovorů se sociálními pracovníky i lékaři patrné, že o obnovení této praxe nijak zvlášť neusilují a ani neuplatňují možnost, kterou má alespoň část z nich již nyní ve stávajících organizačních podmínkách, a sice přímé, nejčastěji telefonické, kontaktování sociálního pracovníka, který danou žádost na ÚP ČR zpracovával, tj. realizoval příslušné sociální šetření.

Sami sociální pracovníci, pokud výše uvedenou zkušenost s případovým setkáváním měli, postupovali podobně - zpětně ji hodnotili kladně, ovšem uváděli, že současné organizační podmínky, tj. velká vytíženost jak posudkových lékařů, tak jich samých a rovněž absence vhodných prostor neumožňuje tato setkávání obnovit.

Moc hezky jsme spolupracovali s posudkářema před reformou. My jsme se třeba jednou za měsíc scházeli k takovým krátkým poradčkám na to dopoledne, kdy jsme si řekli, co oni mají nového, posudkáři, co máme nového my. Jako i jsme třeba jednotlivé případy, který byly sporný, jsme spolu jakoby vykomunikovali a

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

řekli jsme si k tomu já to vidím takhle, ale ty diagnózy jsou takový. A třeba jsme přišli na to, že tam chybí nějaká zpráva lékaře. (...) i jsme se docela poslouchali navzájem. Myslím si, že to opravdu nebylo špatný a že i posudkáři měli zájem s náma jakoby spolupracovat. (...) Příklad. Já nevím. Řekl pan doktor: „Já bych s váma chtěl zrovna projednat... teď jste tu všichni, tak já bych se chtěl zeptat na toho a toho člověka.“ No a na to už vůbec není prostor. (...) To zaniklo s tou delimitací. Já si myslím, že i ti posudkáři toho mají nějak hrozně hodně. (SP ÚP, obvod IX)

Část sociálních pracovníků pak v rámci výzkumných rozhovorů akcentovala v době výzkumu přítomnou zkušenost se spoluprací s některými posudkovými lékaři, kterou hodnotili jako jednoznačně negativní, a sice to, že dle jejich zkušenosti tito posudkoví lékaři nikdy nezměnili svoje rozhodnutí na základě zákonného opravného prostředku, který sociální pracovníci pracovně nazývali „námitka“. Tuto námitku vůči posouzení svého stavu posudkovým lékařem mohl žadatel prostřednictvím daného sociálního pracovníka podat s doložením skutečností, které podle jeho názoru nebyly dostatečně zohledněny, ještě před vydáním rozhodnutí o jeho žádosti. Po vydání rozhodnutí pak již mohl podat pouze odvolání. Námitka tak má roli více méně interní formální komunikace za účelem změny rozhodnutí posudkového lékaře, pokud je sociální pracovník, ale zejména žadatel s podporou sociálního pracovníka neshledává adekvátním. Zkušenosti prezentované částí sociálních pracovníků dokládají, že posudkoví lékaři „námitku“ spíše než jako formu komunikace chápou jako vměšování do svého odborného teritoria a nikdy na jejím základě svůj posudek nemění.

Vím, že jsme to pak vykomunikovali s lékařskou posudkovou službou, ale myslím, že nikdy se nestalo, že by oni ten názor změnili. (SP & VED ÚP, obvod XVII)

Když jí to vracím, že je tam tenhle rozpor, tak ona píše, se sociálním šetřením nesouhlasím. (...) Tak jí to posílám zpátky, ale zase musím znovu přerušit řízení, což je administrativa jako kráva. (...) No napíše, že sociální šetření není v korelaci s lékařskými nálezy. To je její odůvodnění. A že nevidí důvod. (...) Tak jste bezmocná. (SP ÚP, obvod XVIII)

Samozřejmě ne vždy musí být námitka oprávněná, nicméně podle sociálních pracovníků posudkoví lékaři trvali na svém původním posouzení i v případech, kdy následné odvolání vedlo ke změně posudku, a tedy i rozhodnutí o PnP. Tato zkušenost vedla tyto sociální pracovníky k tomu, že již námitku jako vnitřní opravný prostředek přestali používat a žadatelům rovnou radí, aby se ve sporných případech odvolali.

A když ten posudkář to dostane zpátky - tak známe lékaře - tak on je doktor a on rozhodl, tak proč by to měnil, že jo, většinou. A já těm lidem taky říkám, heďte nechte to, my vám pošleme rozhodnutí - odvolejte se na rozhodnutí a to bude posuzovat jinej doktor, bude na to mít jinej názor, jo. (...), protože ty doktoři většinou to nezmění. No, takže je fakt lepší, když se to pustí rovnou až po tom rozhodnutí k tomu odvolání. (...) dejme tomu ze 100 % odvolání, který pošleme, tak takovejch 85 % to ta odvolací komise změní. (...) Většinou přiznávají vyšší, ano. (SP ÚP, obvod XVI)

Z uvedeného se jeví, že kladný vliv určitých pozitivních zkušeností z předchozí spolupráce, a to u obou odborností, může být velmi oslaben stávajícími organizačními podmínkami, naopak nedávné negativní zkušenosti sociálních pracovníků z přístupu některých posudkových lékařů k legální možnosti „námitky“ vůči jejich rozhodnutí, a tedy k určitému podílu sociálního pracovníka na jejich rozhodování, má dlouhodobý negativní vliv vedoucí k rezignaci na využívání tohoto legálního prostředku meziobo-

rové komunikace, tj. bez ohledu na mezioborovou spolupráci příznivě nastavený strukturální faktor.

4.3 Shrnutí

V předchozích podkapitolách jsme provedly zevrubný rozbor faktorů, které ovlivňují podobu, průběh i výsledky spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři při zajišťování agendy PnP. V návaznosti na předchozí odborné studie na toto téma jsme se zaměřily na těchto 6 oblastí (viz kap. 3 a 4.1):

1. profese a profesní socializace zúčastněných odborníků,
2. osobnostní charakteristiky zúčastněných odborníků, zejm. obecně předpoklady pro spolupráci,
3. nastavení komunikace mezi zúčastněnými odborníky,
4. strukturální charakteristiky,
5. organizační podmínky,
6. předchozí zkušenost zúčastněných odborníků s víceoborovou spoluprací.

Při rozboru těchto oblastí jsme identifikovaly jak prvky, které spolupráci usnadňují, tak prvky, které ji v praxi spíše brzdí.

Mezi podmínkami a okolnostmi spolupráce, které spolupráci mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři v rámci agendy PnP napomáhají, lze jmenovat zejména:

- v oblasti profesního zakotvení, pokud je posudkový lékař schopen reflektovat limity své odbornosti a medicínských podkladů pro posouzení stupně závislosti a pokud obě profese společně usilují o vyjednání společného jazykového úzu pro popis situace žadatele o PnP; případně v průběhu spolupráce sladují svůj odborný pohled na situace žadatelů o PnP a skutečnosti rozhodné pro posouzení;
- v oblasti osobnostních charakteristik aktivní postoj sociálního pracovníka a profesní ambice, aby jeho podklady byly posudkovým lékařem adekvátně využity a stupeň závislosti byl stanoven v souladu se situací žadatele, a rovněž aktivní postoj posudkového lékaře k posuzování stupně závislosti, snaha o objektivní posouzení;
- v oblasti nastavení komunikace pokud sociální pracovník i posudkový lékař disponují navzájem přímým telefonním číslem;
- v oblasti strukturálních charakteristik legislativní zakotvení mezioborové spolupráce při posuzování stupně závislosti v PnP a administrativně snadné doplnění podkladů vytvořených sociálním pracovníkem pro posudkového lékaře;
- oblasti organizačních podmínek takové organizační uspořádání řízení o PnP na kontaktních pracovištích ÚP ČR, kdy jeden sociální pracovník zajišťuje celý proces řízení o PnP, včetně sociálního šetření a kontroly posudku stupně závislosti.

Jako faktory, které spolupráci mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky agendy PnP naopak znesnadňují či ji téměř inhibují, pak byly identifikovány např.:

- v oblasti profesního zakotvení:
 - o nereflektované odlišné odborné pohledy sociálních pracovníků a lékařů na potřeby žadatelů o PnP;

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

- oslabená profesní identita sociálních pracovníků ÚP ČR;
- nereflktovaný dominantní profesní status posudkových lékařů;
- nedůvěra posudkových lékařů v profesní kompetenci sociálních pracovníků;
- nepatrné povědomí posudkových lékařů o oboru sociální práce a profesi sociálního pracovníka;
- v oblasti osobnostních charakteristik:
 - nevstřícný až odmítavý postoj některých posudkových lékařů k využívání podkladů od sociálních pracovníků, i k přímé spolupráci;
 - pasivita řady sociálních pracovníků v oblasti iniciování osobní spolupráce s posudkovým lékařem;
- v oblasti nastavení komunikace:
 - situace, kdy posudkový lékař nemá informaci o tom, který sociální pracovník dané sociální šetření uskutečnil, a tedy ani kontakt na něj, a naopak sociální pracovník nedisponuje informací, o tom, který posudkový lékař skutečně posudek stupně závislosti vypracoval, anebo není schopen získat telefonní kontakt na daného posudkového lékaře;
- v oblasti strukturálních charakteristik:
 - systémově nekompatibilně nastavený záznam ze sociálního šetření a oblasti posuzované posudkovými lékaři při posuzování stupně závislosti;
 - legislativa upravuje využití podkladů od sociálních pracovníků při posuzování stupně závislosti pro účely PnP vágně;
 - osobní spolupráci mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem v rámci agendy PnP neupravuje legislativa vůbec;
- v oblasti organizačních podmínek:
 - velké pracovní vytížení až přetížení jak posudkových lékařů, tak sociálních pracovníků;
 - s časem potřebným pro osobní komunikaci není počítáno v rozvrhu práce obou profesionálů;
 - na některých pracovištích nejsou prostorové podmínky pro společná setkávání obou profesí;
 - nepatrné povědomí managementu ÚP o oboru sociální práce a profesi sociálního pracovníka;
- v oblasti předchozích zkušeností se vzájemnou spoluprací:
 - negativní zkušenosti na straně obou profesí.

Na obrázcích č. 2 a 3 jsou právě popisované prvky, které mezioborovou spolupráci usnadňují a které jí naopak činí obtížnou, schematicky znázorněny. To, že se z obrázku 2 jeví, že podpůrné faktory působí poměrně přímočaře, zatímco překážky spolupráce jsou navzájem často propojené a mohou se vzájemně ovlivňovat (obrázek č. 3), je způsobeno tím, že podpůrné a omezující faktory jsou znázorněny odděleně a také tím, že těch podpůrných bylo identifikováno méně. Pokud bychom chtěli v jenom diagramu znázornit oba typy faktorů i s jejich vzájemnými vazbami, pak by se s ohledem na výzkumem identifikované interakce mezi podpůrnými a omezujícími faktory výsledný obrázek dosti zkomplikoval. Tato komplexita faktorů a podmínek

4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

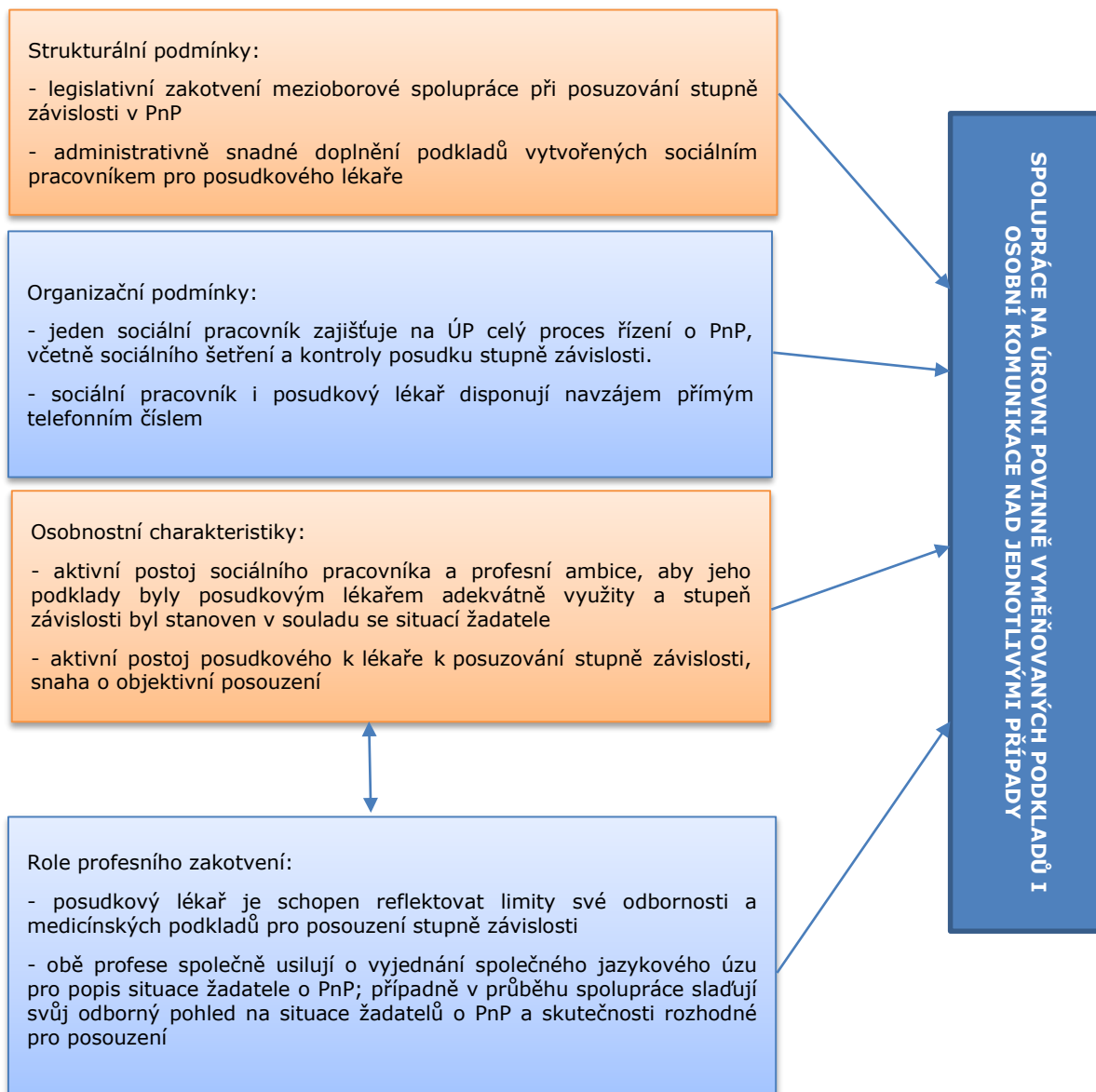
ovlivňujících spolupráci mezi sociálními pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři OSSZ je také jednou z příčin, proč je případné působení na omezení vlivu překážek vzájemné spolupráce relativně obtížným úkolem s obtížně predikovatelnými dopady určitého opatření na celek praxe. Toto by však nemělo být důvodem pro ponechání této agendy tzv. vlastnímu osudu. Kroky směřující k posílení podpůrných faktorů a oslabení překážek spolupráce by měly být činěny postupně a jejich dopad by měl být průběžně zjišťován, vyhodnocován a tyto poznatky by měly sloužit jako východisko při formulaci a implementaci změn a opatření v dalším kroku.

Z povahy výše popsaných faktorů je dále zřejmé, že pouze část podmínek a okolností spolupráce bude vhodné řešit na centrální úrovni (např. zakotvení prvků interdisciplinarity v legislativě, organizační podmínky pro spolupráci na ÚP ČR a OSSZ), nicméně samotné nastavení spolupráce mezi konkrétními sociálními pracovníky ÚP ČR a posudkovými lékaři OSSZ bude nutné budovat přímo v jednotlivých správních obvodech.

V neposlední řadě změny a opatření formulovaná na úrovni centrálního řídicího orgánu by měly být diskutovány a konzultovány i se zástupci pracovníků první linie, tj. se zástupci sociálních pracovníků agendy PnP při kontaktních pracovištích ÚP ČR a se zástupci lékařů věnujících se agendě PnP při odděleních lékařské posudkové služby jednotlivých OSSZ, resp. MSSZ či PSSZ.

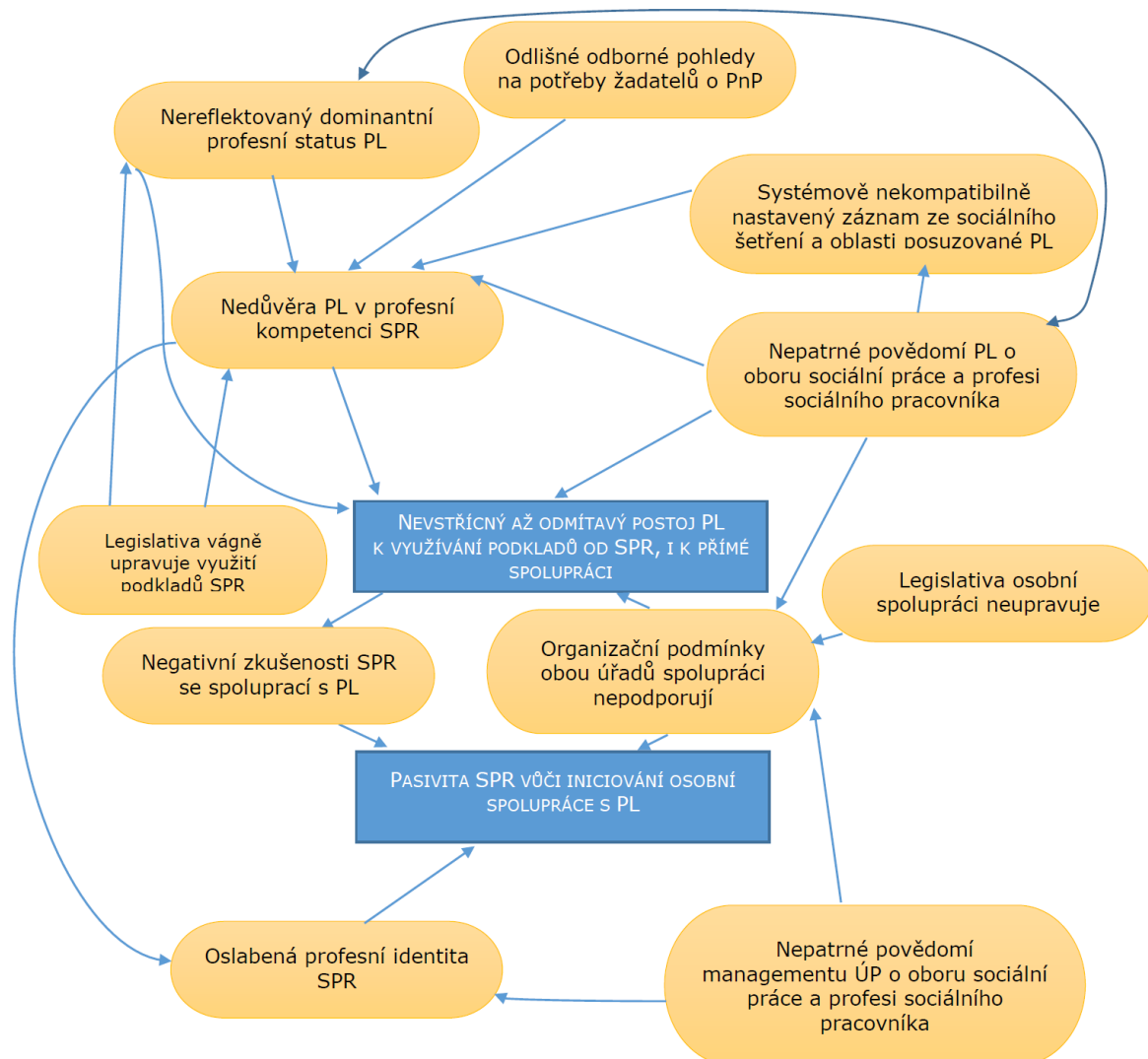
4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

Obrázek č. 2 **Podmínky podporující spolupráci mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři v rámci agendy PnP**



4. Rozbor překážek a napomáhajících faktorů multidisciplinární spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v agendě PnP

Obrázek č. 3 **Překážky spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři v rámci agendy PnP**



Pozn.: PL = posudkový lékař; SPR = sociální pracovník

Závěr

Spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky agentury PnP se datuje od roku 2007, tedy o počátku zavedení sociální dávky příspěvek na péči. V kontextu zjištění Kuzníkové (2017), která se jako jedna z mála věnuje tématu sociální práce ve zdravotnictví v ČR, lze jednoznačně říci, že právě agenda příspěvku na péči je prostorem, kde se v současné době v českém prostředí spolupráce mezi lékařem a sociálním pracovníkem uplatňuje, co do počtu zapojených odborníků, v největším rozsahu.

Cílem této monografie bylo pokusit se po sedmi letech této spolupráce, neboť monografie vychází z kvalitativních dat sesbíraných v roce 2014 v rámci projektu *Využívání poznatků sociálního šetření v sociální práci se žadateli o příspěvek na péči, TD020037*, (viz kap. *Použitý zdroj dat*) jednak zanalyzovat, jaký typ víceoborové spolupráce byl v této agendě postupně ustaven, a dále rozpoznat faktory, které tuto spolupráci ovlivňují a alespoň částečně porozumět jejich (vzájemnému) působení. Vzhledem k tomu, že autorky jsou oborově zakotveny v sociální práci, nahlížíjí danou problematiku primárně optikou tohoto oboru.

Rozbor spolupráce mezi sociálními pracovníky agentury PnP a posudkovými lékaři zaměřená na identifikaci uplatňovaného modelu spolupráce se soustředila na tyto dimenze:

- cíle spolupráce,
- charakter vzájemných kontaktů,
- vzájemné chápání svých rolí,
- míra prolínání oborů,
- povaha výstupů spolupráce.

Na základě tohoto rozboru se jeví, že typ interakcí, které probíhají mezi oběma obory a odborníky v rámci řízení o PnP, má nejbližší k multidisciplinárnímu modelu s prvky interdisciplinarit (kap. 2). Multidisciplinární pojetí sice klade menší nároky na společné metodické vedení zúčastněných odborníků, nicméně proto, aby taková spolupráce dosahovala vytčených cílů, v daném případě objektivního posouzení stupně závislosti žadatele o PnP, by bylo žádoucí v porovnání se současným stavem přesněji formálními pravidly upravit to, jakým způsobem má být s poznatky obou odborností, tj. medicíny a sociální práce, v rámci posouzení stupně závislosti nakládáno. Nicméně z hlediska podpory efektivního dosahování zmíněného cíle a za daných strukturálních podmínek by bylo nejvhodnější podpořit zejména rozvoj osobní komunikace mezi oběma profesionály v těch případech, kdy vstupy obou odborností nejsou zcela v souladu, nebo se jedná o komplikovaný případ.

I přesto, že spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky agentury PnP je v praxi namnoze spojena s řadou faktorů, které ji znesnadňují (viz kap. 4), narazili jsme v rámci výzkumu i na příklady spolupráce, v jejímž rámci posudkoví lékaři a sociální pracovníci uplatňovali prvky interdisciplinarit - zejména osobní telefonickou komunikaci za účelem vzájemného vyjasnění pohledu jednotlivých odborností na situaci a potřeby žadatele o PnP, společná setkávání za účelem vysvětlení a uznání perspektiv a postupů jednotlivých odborností apod.

Nezastupitelnými přínosy takové spolupráce, jichž by nemohlo být dosaženo, pokud by agendu zajišťoval buď pouze posudkový lékař, nebo pouze sociální pracovník, bylo:

- takové posouzení stupně závislosti, které obě odbornosti považovaly za odpovídající zjištěnému stavu, tedy skutečně odrážející komplexní situaci žadatele,
- postupné rozvinutí schopnosti obou odborností, resp. zapojených odborníků, rozšířit svůj pohled na případ o perspektivu druhého oboru, uznat poznatky druhého oboru jako relevantní a v podstatě si navzájem porozumět,
- efektivní podpora žadatele při zvládnutí jeho životní situace a účelném čerpání dávky PnP k zajištění odpovídající pomoci, tedy přínosy jak pro klienty systému, tak pro systém samotný.

Na základě našich dat se jeví, že alespoň z hlediska sociálních pracovníků a posudkových lékařů zkoumaných pracovišť (viz výše kap. o zdroji dat) sice převažují spíše bariéry spolupráce nad podpůrnými faktory, v jejichž důsledku probíhá mezioborová spolupráce zejména prostřednictvím neosobní výměny povinných písemných dokumentů, přesto se i v našem souboru objevily výjimky, případy a zkušenosti, které mají nakročeno k příkladům dobré praxe rozvinutější spolupráce týkající se přímo i věcných otázek posouzení stupně závislosti v daných případech, nikoliv jen formalit. Znamená to tedy, že být je rovnocenná spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem jako součást praxe uskutečňována jen v ojedinělých případech, strukturální podmínky takové spolupráci zřejmě zásadně nebrání - pokud by tomu tak bylo, nebylo by zřejmě možné ji uskutečňovat vůbec. Jinak řečeno, stávající strukturální podmínky vzájemnou spolupráci nepodporují ani ji explicitně nevyžadují a neupravují, nicméně nejsou přímou překážkou jejího uplatňování. To znamená, nebrání (ale ani přímo nepodporují či nenařizují) vytvoření takových organizačních podmínek, které by spolupráci mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři facilitovaly. Na druhou stranu by zřejmě neměl být podceňován vliv dalších faktorů, zejména vliv vlastní profesní socializace a její reflexe či obeznamenost dalších zúčastněných (zejm. posudkových lékařů a řídicích pracovníků kontaktních pracovišť ÚP ČR) s oborem sociální práce, které na konečnou míru a podobu spolupráce mohou mít větší vliv než zdánlivě „robustnější“ podmínky strukturální a mohou se promítat i do toho, jakým způsobem se nakonec ustálí některé z organizačních podmínek spolupráce.

Rozbor překážek a napomáhajících faktorů mezioborové spolupráce odhalil jako jeden z výrazných faktorů, který ovlivňuje i řadu dalších podmínek, poměrně výraznou uzavřenost posudkových lékařů ve svém oboru a profesní socializaci (viz kap. 4.2.1). Skutečnost, že tato situace je srovnatelná s řadou jiných vyspělých zemí (viz úvod kap. 3), neoslabuje výrazný negativní vliv tohoto faktoru na praxi. Proto si na závěr dovolíme uvést námět Abramson (2002), který se tématu spolupráce mezi sociálními pracovníky a lékaři věnuje již od 80. let 20. století, jak v rámci mezioborové spolupráce vliv tohoto faktoru zmenšit. Zásadním krokem je vůbec rozpoznání a uvědomění si svých odlišných profesních zakotvení spolupracujícími odborníky a následná alespoň částečná reflexe vlivu vlastní profese a profese kolegy na společnou práci. Podle Abramson (2002) jsou pro dosažení této reflexe nezbytná osobní setkávání spolupracujících profesionálů zaměřená právě na tento úkol, ideálně moderovaná externím supervizorem. V průběhu společné diskuse je pak vhodné se postupně věnovat otázkám jako např.: V čem spočívá studium zaměřené na dosažení kvalifikace posudkového lékaře a v čem sociálního pracovníka? Jakými hlavními etickými zásadami se řídí posudkové lékařství a jakými sociální práce? Jaké hodnoty byly zúčastněným odborníkům při studiu nejvíce zdůrazňovány? Jak jednotliví odborníci vidí nyní svou roli vůči klientům agendy PnP?

Na vzájemné obeznámení se s oborem a profesní socializací spolupracujících profesionálů by následně měla navázat společná diskuse a vyjednání cílů spolupráce a role jednotlivých profesí při jeho dosahování tak, aby tyto cíle a role byly všem zúčastněným známy a aby se s nimi byli schopni ztotožnit (srov. kap. 2.2.1, 2.2.3).

I když je rovina osobní komunikace a vztahů mezi spolupracujícími profesionály stěžejním faktorem efektivní mezioborové spolupráce, jak ukazují výsledky naší monografie, působí na její podobu další faktory, které je rovněž nutné brát v úvahu při snaze o podporu rozvoje spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři v rámci řízení o PnP. Jedním z těchto faktorů je vzájemná mezioborová informovanost. Tuto lze podpořit takovými nástroji, jako je zpracování společných metodických materiálů či organizací společných setkávání a školení. Významným faktorem jsou rovněž pravidla a organizační podmínky, v nichž se spolupráce odehrává. Tyto jsou v současné době vymezeny velmi minimalisticky či vůbec. Vzhledem k velikosti agendy PnP, každoročně je zpracováváno kolem 140 tisíc žádostí o PnP, a jejímu prostorovému rozmístění ve všech okresech ČR nelze předpokládat jednotné ustavení podoby této spolupráce „ze zdola“. Určité rámcové zpřesnění těchto pravidel a současně stanovení základních organizačních podmínek pro uplatňování spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři v rámci agendy PnP by se mělo uskutečnit na legislativní rovině, tj. prostřednictvím novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky MSPV č. 505/2006.

Literatura

ABRAMSON, J. S. Interdisciplinary team practice. In ROBERTS, A. R. - GREEN, G. J. (Eds). *Social workers' desk reference*. Oxford: Oxford University Press, 2002, pp. 44-50.

ABRAMSON, J. S. - MIZRAHI, T. Strategies for enhancing collaboration between social workers and physicians. *Social Work in Health Care*, 1987, Vol. 12, No. 1, pp. 1-21.

ABRAMSON, J. S. - MIZRAHI, T. When social workers and physicians collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences. *Social Work*, 1996, Vol. 41, No. 3, pp. 270-281.

ABRAMSON, J. S. - MIZRAHI, T. Understanding collaboration between social workers and physicians: Application of a typology. *Social work in health care*, 2003, Vol. 37, No. 2, pp. 71-100.

BRONSTEIN, L. R. A model for interdisciplinary collaboration. *Social work*, 2003, Vol. 48, No. 3, pp. 297-306.

BRUNER, C. Thinking Collaboratively: Ten Questions and Answers To Help Policy Makers Improve Children's Services. Washington: The Education and Human Services Consortium, 1991.

CARPENTER, J. - HEWSTONE, M. Shared learning for doctors and social workers: Evaluation of a programme. *British Journal of Social Work*, 1996, Vol. 26, No. 2, pp. 239-257.

COUTURIER, Y. - GAGNON, D. - CARRIER, S. - ETHERIDGE, F. The interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field: A theoretical standpoint. *Journal of Interprofessional Care*, 2008, Vol. 22, No. 4, pp. 341-351.

COWLES, L. A. - LEFCOWITZ, M. J. Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting. *Health & Social Work*, 1992, Vol. 17, No. 1, 57-65.

ČELEDOVÁ L. - ČEVELA, R. (2011). Úloha posudkového lékaře a sociálního pracovníka v řízení o příspěvku na péči. *Kontakt*, 2011, roč. 13, č. 1, s. 48-53.

ČEVELA, R. - ČELEDOVÁ, L. - BIENERTOVÁ, J. - PRAŽMOVÁ, V. Results of the assessment of the degree of dependence for granting the personal care allowance based on the functional evaluation of the basic living needs of persons older than 18 years. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*, 2014, No. 3-4, pp. 125-132

GABRIELOVÁ, J. - VELEMINSKY Sr, M. Interdisciplinary collaboration between medical and non-medical professions in health and social care. *Neuroendocrinology Letters*, 2014, Vol. 35 (Suppl 1), pp. 59-66.

- GLASER, B. - SUTER, E. Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care. *Social work in health care*, 2016, Vol. 55, No. 5, pp. 395-408.
- GROSS, A. M. - GROSS, J. Attitudes of physicians and nurses towards the role of social workers in primary health care: what promotes collaboration?. *Family practice*, 1987, Vol. 4, No. 4, pp. 266-270.
- HAVLÍKOVÁ, J. - HUBÍKOVÁ, O. Role sociální práce a uplatňování situačního přístupu v rámci řízení o příspěvku na péči. Praha: VÚPSV, v. v. i., 2015.
- HUBÍKOVÁ, O. Multidisciplinarita v příspěvku na péči. *FÓRUM sociální politiky*, 2017, roč. 11, č. 1, s. 28-30.
- CHLOUPKOVÁ, S. Hodnota sociálního pracovníka v procesu rozhodování o příspěvku na péči, *Sociální práce/Sociální práca*, 2008, roč. 8, č. 2, s. 30-31.
- CHOI, B. C. - PAK, A. W. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and investigative medicine*, 2006, Vol. 29, No. 6, pp. 351-364.
- ITZHAKY, H. - ZANBAR, L. In the Front Line: The Impact of Specialist Training for Hospital Physicians in Children at Risk on Their Collaboration With Social Workers. *Social work in health care*, 2014, Vol. 53, No. 7, pp. 617-639.
- KUZNÍKOVÁ, I. The Practice of Social Work in Health Care in the Czech Republic: How to Identify Understanding the Practice of Social Work in Health Care through Research?. *Czech & Slovak Social Work/Sociální Práce/Sociálna Práca*, 2017, roč. 17, č. 1, s. 5-22.
- LISTER, L. Role expectations of social workers and other health professionals. *Health & social work*, 1980, Vol. 5, No. 2, pp. 41-49.
- LUKEŠOVÁ, M. Sociální šetření u příspěvku na péči. *FÓRUM sociální politiky*, 2011, roč. 5, č. 2, s. 27.
- MIZRAHI, T. - ABRAMSON, J. S. Collaboration between social workers and physicians: Perspectives on a shared case. *Social work in health care*, 2000, Vol. 31, No. 3, pp. 1-24.
- MIZRAHI, T. - ABRAMSON, J. S. Collaboration between social workers and physicians: An emerging typology. In SHERMAN, E. - REID, W. J. (Eds.). *Qualitative research in social work*. New York: Columbia University Press, 1994, pp. 135-151.
- Musil, L. - Hubíková, O. - Havlíková, J. - Kubalčíková, K. Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči. Praha: VÚPSV, v. v. i., 2011.
- NORMATIVNÍ INSTRUKCE č. 19/2013 upravující postup při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o dávkách nepojistných sociálních systémů podle zákona č. 108/2006 Sb. MPSV.
- PASTROKOVÁ, R. Funkční přístup k posuzování stupně závislosti. *Revizní a posudkové lékařství*, 2015a, roč. 18, č. 1, s. 3-7.

PASTROKOVÁ, R. Posuzování stupně závislosti z pohledu věkového rozdělení žadatelů. *Revizní a posudkové lékařství*, 2015b, roč. 18, č. 3, s. 67-70.

RAMIANOVÁ, J. - ZVONÍKOVÁ, A. Zkušenosti lékařské posudkové služby se sociálním šetřením při posuzování stupně závislosti. *Revizní a posudkové lékařství*, 2011, roč. 14, č. 1, s. 7-9.

ROBERTS, C. S. Conflicting professional values in social work and medicine. *Health & Social Work*, 1989, Vol. 14, No. 3, pp. 211-218.

SHAW, I. - HOLLAND, S. *Doing Qualitative Research in Social Work*. London: Sage, 2014.

SIMPKIN, M. Holistic Health Care and Professional Values. In SHARDLOW, S. (Ed.). *The Values of Change In Social Work*. London and New York: Tavistock/Routledge, 2003, pp. 57-76.

SLANÁ, M. - SLANINKA-DINEVA, M. - DOBRÍKOVÁ, P. - HROMKOVÁ, M. - LETOVANCOVÁ, K. Social work in hospitals in slovakia: current working conditions and difficulties in the view of the professionals. *Analele Științifice ale Universității Alexandru Ioan Cuza «din Iași. Sociologie și Asistență Socială*, 2016, Vol. 9, No. 1, pp. 81-98.

TOMEŠ, I. - VESELÝ, J. Sjednocení posudkové činnosti pro veřejnoprávní rozhodování o dávkách a službách podmíněných změnou zdravotního stavu. *Zdravotnictví a právo*, 2009, roč. 13, č. 1-2, s. 7-15.

WERNEROVÁ, J. Význam sociálního šetření pro posudkovou službu úřadu práce při posuzování stupně závislosti. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2007, roč. 7, č. 1, s. 40-42.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Výtahy z oponentských posudků

Mgr. Iva Kuzníková, Ph.D.

Vzhledem k typu výzkumu je kvalita i rozsah zpracovaných dat adekvátní, (pozn.: jistě by bylo přínosem získat četnější zastoupení komunikačních partnerů, především pro saturaci některých zjištění - především týkajících se poznatků o "dobré praxi spolupráce").

Text má jistě ambici iniciovat změnu současné situace v procesu řízení PnP a způsobů komunikace, potažmo kooperace na cílech zúčastněných profesí.

Jako klíčové vnímám využití výsledků ve prospěch podpory vzájemné mezioborové informovanosti. Ta by měla být stěžejní pro vzájemné pochopení oborů i jejich činností a cílů v procesu posuzování PnP. Rovněž výstupy mohou aspirovat na podporu legislativního ukotvení absentující společné "metodiky" organizace "spolu-práce" SP a LP.

Předpokladem je (pravděpodobně) zdůraznění její potřeby v závěrech. Pokud by se závěry omezily pouze na význam podpory osobní komunikace mezi SP a LP, byla by to škoda. Autorkám se totiž podařilo identifikovat faktory ovlivňující spolupráci mezi uvedenými obory a bariéry, kterým lze předcházet.

Mgr. et Mgr. Zdeňka Dohnalová, Ph.D.

Získaná data mají značnou vypovídající hodnotu, jsou předkládány strukturovaně a oceňují vhodný výběr citací respondentů. Způsob zpracování dat je v souladu se standardními metodologickými postupy.

Závěry jsou překládány ve srozumitelné, strukturované podobě. Jsou korektně podloženy získanými daty a přesvědčivě vyargumentovány v souladu se stanoveným cílem.

Domnívám se, že tato hloubková studie do profesních pohledů sociálních pracovníků a posudkových lékařů má velký potenciál. Obě skupiny pomáhajících profesionálů se zde mohou dozvědět o zázemí a východiscích druhého z oborů. Někteří lékaři nejsou informováni o agendě sociálních pracovníků a redukuje jejich působení na oblast sociálního šetření; sociální práci rovněž považují za laickou činnost. To, co odlišuje profesní zaměření sociálních pracovníků od činnosti pracovníků ostatních pomáhajících profesí (včetně medicíny) je holistický, komplexní, pohled na životní situaci, který se projevuje v posouzení životní situace klienta. Nelze než souhlasit s autorkami, že zpřesnění pravidel a současně zakotvení základních organizačních podmínek pro uplatňování spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři v rámci agendy PnP by se mělo uskutečnit na legislativní rovině.