

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Proces schvalování příspěvku na péči pro osoby
se zdravotním znevýhodněním**

Bakalářská práce

Autor: Eva Klausová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Ústav sociální práce

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva Klausová**
Osobní číslo: **U12119**
Studijní program: **B6731 Sociální politika a sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností**
Název tématu: **Proces schvalování příspěvku na péči pro osoby se zdravotním znevýhodněním**
Zadávající katedra: **Oddělení sociální práce a sociální politiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Teoretická část bude zaměřená na vysvětlení základních pojmů, na zdravotně postižené osoby, popis procesu správního řízení, na sociální šetření a sociálního pracovníka, bezbariérovost a supervize. Praktická část bude zaměřena na rozhovory se sociálními pracovníky, dále bude uvedena statistika ÚP Jablonec n. N. Odborné zdroje: GREGOR, Ota - Stárnout to je kumšt KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ - Sociální služby a příspěvek na péči MATOUŠEK, O. a kol. - Sociální služby, legislativa, plánování, hodnocení Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Oddělení sociální práce a sociální politiky

Datum zadání bakalářské práce: **6. února 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2015**

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
ředitel

L.S.

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Rychnově u Jablonce nad Nisou dne 15. 3. 2015

Eva Klausová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Lucii Smutkové, Ph.D. za odborné vedení a poskytnuté cenné rady. Dále bych také chtěla poděkovat všem sociálním pracovnícím, které souhlasily s rozhovorem a za získané informace, které jsem mohla využít ve svém výzkumu.

Abstrakt

KLAUSOVÁ, Eva. *Proces schvalování příspěvku na péči pro osoby se zdravotním znevýhodněním*. Hradec Králové, 2015. 96 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Bakalářská práce je zaměřena na téma procesu schvalování příspěvku na péči pro osoby se zdravotním znevýhodněním. Cílem praktické části bakalářské práce je: Jak sociální pracovníci vnímají své postavení v rámci rozhodovacího procesu?

Teoretická část se soustředí na vysvětlení základních pojmů – na stáří a stárnutí, jaká jsou období stáří, jaké jsou tělesné a psychické změny u raného a vlastního stáří, zdravotně postižené osoby (dělí se na mentální, zrakové, sluchové, tělesné a řečové postižení). V práci je uvedena statistika počtu postižených osob, vysvětlen je také pojem bariéra a bezbariérový přístup. Další kapitola vysvětluje proces správního řízení (podmínky nároku a výše příspěvku na péči), na sociální šetření, postavení sociálního pracovníka v rámci rozhodovacího procesu, syndrom vyhoření a supervizi. Dále pozornost je stručně věnována usnesení o přerušení řízení, posouzení stupně závislosti příslušnou okresní správou sociálního zabezpečení, seznámení účastníka řízení s podklady před vydáním rozhodnutí, rozhodnutí a opravnému prostředku proti rozhodnutí a poslední kapitola se zaměří na kontrolu využívání příspěvku na péči.

V praktické části je vymezen hlavní cíl a dílčí výzkumné cíle, výzkumné metody a techniky sběru dat, způsob výběru respondentů, zde je uvedena tabulka transformace dílčích výzkumných cílů, organizaci a průběh výzkumu, rizika výzkumu, a v poslední části je provedena interpretace výsledků výzkumného šetření.

Klíčová slova: zdravotní postižení, příspěvek na péči, sociální pracovník, proces schvalování příspěvku na péči.

Abstract

KLAUSOVA, Eva. *Approval Process of the Care Allowance for Disabled*. Hradec Králové, 2003. 96 p. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: Mgr. Lucie Smutkova, Ph.D.

This bachelor work is subjected to a care allowance approval process for persons with disabilities. The aim of the bachelor work is: How do social workers perceive their position in the context of the decision making process?

The theoretical part is focused on basic concepts explanation - old age and ageing, what are the periods of old age, what are physical and psychical changes during early and later old age, persons with disabilities (divided into mental, visual, hearing, speech impairment and physical disability). Number of disabled people statistics is given and also a concept barrier and concept non-barrier (wheelchair) access are explained in the work. The following part is aimed at administrative proceedings process (care allowance conditions and amount), position of the social worker in the context of the decision making process, burnout syndrome and supervision. Then the attention is briefly paid to resolution to suspend the proceedings, assessment of the degree of dependence by a competent Social Security Administration District, acquaintance the party with the documents before issuing a decision, decision and appeal against the decision and the last chapter is focused on control of the use of care allowance.

In the practical part the main aim and partial research goals, research methods and data collection techniques, and method of selecting respondents are defined. There is also given a chart of transformation of partial research goals. Furthermore, organization and conduct of research and research risks are explained. And the last part is an interpretation of the results of the research.

Keywords: disability, care allowance, social worker, care allowance approval process.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1 Stáří a stárnutí | 12 |
| 1.1 Období raného stáří – presenium | 13 |
| 1.1.1 Popis raného stáří | 14 |
| 1.1.2 Tělesné a psychické změny | 15 |
| 1.2 Období vlastního (pravého) stáří – senium | 17 |
| 1.2.1 Popis vlastního stáří | 18 |
| 1.2.2 Tělesné a psychické změny | 19 |
| 1.3 Období dlouhověkosti | 20 |
| Shrnutí | 21 |
| 2 Zdravotní postižení | 22 |
| 2.1 Mentální postižení | 25 |
| 2.2 Zrakové postižení | 26 |
| 2.3 Sluchové postižení | 28 |
| 2.4 Tělesné postižení | 29 |
| 2.5 Řečové postižení | 30 |
| 2.6 Bezbariérový přístup | 31 |
| Shrnutí | 33 |
| 3 Příspěvek na péči | 34 |
| 3.1 Podmínky nároku příspěvku na péči a jeho výše | 35 |
| 3.2 Sociální šetření | 36 |
| 3.3 Postavení sociálního pracovníka v rámci rozhodovacího procesu | 38 |
| 3.4 Další kroky ve správním řízení | 41 |
| 3.4.1 Usnesení o přerušení řízení a posouzení stupně závislosti příslušnou OSSZ – LPS | 41 |
| 3.4.2 Vyrozumění (seznámení) účastníka řízení s podklady před vydáním rozhodnutí | 42 |
| 3.4.3 Rozhodnutí a opravný prostředek proti rozhodnutí | 42 |
| 3.5 Kontrola využívání příspěvku na péči | 43 |
| 3.6 Syndrom vyhoření | 44 |

| | | |
|-----|---|-----------|
| 3.7 | Supervize | 47 |
| | Shrnutí | 48 |
| | PRAKTICKÁ ČÁST | 49 |
| 4 | Cíl výzkumu | 49 |
| 5 | Výzkumné metody a techniky sběru dat | 50 |
| 6 | Výběr souboru respondentů..... | 53 |
| 7 | Transformační tabulka dílčích výzkumných cílů | 54 |
| 8 | Organizace a průběh výzkumu | 56 |
| 9 | Interpretace výsledků výzkumného šetření | 58 |
| 9.1 | Dílčí výzkumný cíl 1 | 59 |
| 8.2 | Dílčí výzkumný cíl 2 | 64 |
| 8.3 | Dílčí výzkumný cíl 3 | 71 |
| 8.4 | Dílčí výzkumný cíl 4 | 75 |
| | Závěr a doporučení | 80 |
| | Seznam tabulek..... | 83 |
| | Seznam použitých zdrojů..... | 84 |
| | Seznam příloh..... | 89 |

Úvod

Bakalářskou práci s názvem: Proces schvalování příspěvku na péči pro osoby se zdravotním znevýhodněním jsem si vybrala z důvodu, že jsem zaměstnaná na Úřadu práce ČR, krajské pobočce Liberec, kontaktním pracovišti Jablonec nad Nisou. Pracuji na oddělení pro osoby se zdravotním postižením a k tomuto tématu mám blízko. Dalším důvodem je, že výše uvedené téma považuji za důležité, jelikož v praxi sledujeme problémy se zneužíváním příspěvku a nedostatkem pracovníků, a proto se domnívám, že by bylo zajímavé tuto problematiku blíže prozkoumat. Myslím si, že pracovníce mohou mít pocit, že jsou spíše pouhými administrátory a nemají tolik prostoru pro sociální práci s klientem. Na Úřadu práce ČR, krajské pobočce Liberec, kontaktním pracovišti Jablonec nad Nisou má každá sociální pracovníce přiděleno přibližně 539 klientů. Sociální pracovníce nemají rozdělenou agendu podle abecedy, z tohoto důvodu se jedná pouze o přibližný počet klientů. Z mého hlediska se jedná o poměrně velký počet klientů a tento fakt může v praxi negativně dopadat na kvalitu procesu schvalování příspěvku na péči.

V teoretické části práce uvádím převážně termín sociální pracovník v mužském rodě, protože tento termín je používán v odborné literatuře a také v legislativě. Naopak v praktické části používám spíše termín sociální pracovníce v ženském rodě z toho důvodu, že na Úřadu práce ČR, kde jsem výzkum prováděla, pracují pouze ženy. Pro účely provádění sociálního šetření na příspěvku na péči musí pracovník Úřadu práce ČR splňovat podmínky uvedené v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, tzn. musí se jednat o pozici sociálního pracovníka.

V badatelně Archivu UHK je možno nalézt několik prací na podobné téma. Zaměřují se především na tyto dané aspekty: problematika klienta, jeho věk, jak využívá sociální služby, úhradu za ně, výše příspěvku na péči apod. Můj přístup bude nový v tom, že výzkum je zaměřen na způsob práce sociální pracovníce nebo sociálního pracovníka, na pracovní prostředí a na spolupráci s dalšími subjekty.

Obecným cílem mé bakalářské práce je upozornit na problematiku procesu schvalování příspěvku na péči se zdravotním znevýhodněním z pohledu možností práce s klientem. Aplikačním cílem bakalářské práce je, že výsledky práce mohou sloužit, jako jeden z informačních zdrojů pro vedoucí pracovníky nebo pracovníce (například při změně pracovních podmínek) nebo k vypracování metodik.

Cílem praktické části textu je zjistit: Jak sociální pracovníci vnímají své postavení v rámci rozhodovacího procesu? Postavením sociálního pracovníka myslím: 1. Jak sociální pracovníci vnímají prostor pro provádění sociální práce a sociálního šetření?, 2. Jak sociální pracovníci vnímají podmínky své práce a vybavení pracoviště?, 3. Jak sociální pracovníci vnímají podporu vedení a 4. Jak sociální pracovníci vnímají spolupráci s dalšími subjekty? Tyto oblasti tvoří základ jednotlivých dílčích cílů v rámci praktického výzkumu.

Pro naplnění cíle praktické části textu použiji kvalitativní výzkumnou metodu a výzkumnou techniku rozhovoru. Tento druh výzkumu jsem si vybrala z důvodu, že si myslím, že je v tomto případě, s ohledem na povahu zkoumaného tématu, nevhodnější. Výhodou kvalitativního výzkumu podle Hendla (2008) mimo jiné je, že se získává podrobný popis při zkoumání v přirozeném prostředí, snaží se najít místní příčinné spojení a může se sledovat jeho vývoj.

Obsahem teoretické části práce je čtenáře seznámit se základními pojmy souvisejícími s danou problematikou a dále využívanými v praktické části textu. První kapitola vysvětluje pojem stáří a stárnutí, jaká jsou období stáří, jaké jsou tělesné a psychické změny u období raného a vlastního stáří. Ve druhé kapitole je vysvětlen pojem zdravotní postižení, které se dělí na mentální, zrakové, sluchové, tělesné a řečové postižení, dále pro informaci je uveden počet občanů s jednotlivými druhy zdravotního postižení, základní identifikace osob se zdravotním postižením, bezbariérový přístup a bariéra. Poslední třetí kapitola je zaměřena na podmínky nároku a výši příspěvku na péči, sociální šetření a postavení sociálního pracovníka v rámci rozhodovacího procesu. Dále stručně je popsána problematika usnesení o přerušení správního řízení, posouzení stupně závislosti příslušnou okresní správou sociálního zabezpečení, seznámení účastníka řízení s podklady před vydáním rozhodnutí, rozhodnutí, opravný prostředek proti rozhodnutí, kontrola využívání příspěvku na péči, syndrom vyhoření a poslední část je zaměřena na supervizi.

V praktické části podrobněji je popsán hlavní cíl a dílčí cíle, výzkumné metody a techniky sběru dat, způsob výběru respondentů, dále je uvedena tabulka transformace dílčích výzkumných cílů, organizace a průběh výzkumu, rizika výzkumu, a v poslední části je provedena interpretace výsledků výzkumného šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stáří a stárnutí

Vzhledem k tomu, že tématem této práce je proces schvalování příspěvku na péči pro osoby se zdravotním znevýhodněním, domnívám se, že je nejprve nutné věnovat pozornost tématu stáří a stárnutí. Podle oficiální statistiky z roku 2013 je osob pobírajících příspěvek na péči nejvíce ve věku do 59 let a to 27 %, dále ve věku 85 let a více, těchto osob je 26 %. „*S přibývajícím věkem počet vyplácených příspěvků na péči roste. Ze všech osob, které pobírají tento příspěvek, je 10 % 75 – 79 letých a 17 % 80 – 84 letých.*“ [www.czso.cz, cit. 23. 1. 2015] Na Úřadu práce ČR, krajské pobočce Liberec, kontaktním pracovišti v Jablonci nad Nisou, je podle odhadů sociálních pracovníků přibližně 70 % klientů ve věku nad 65 let. Ve vztahu k cílům výzkumného šetření je toto téma významné v tom smyslu, že v rámci přístupů pracovníků či pracovníků je nutno respektovat specifika této cílové skupiny v rámci komunikace i prostoru. Částečně se také týká bezbariérové úpravy vstupu a pracoviště. V této kapitole se zaměřím na vysvětlení pojmů stáří a stárnutí, poté jaká jsou období stáří, popis těchto období a závěrem se soustředím na psychické a fyzické změny.

Stáří je dle Mühlpachra (2004) poslední, přirozená etapa života, pozdní fáze ontogeneze. Kdy stáří nastupuje, je velmi složité určit, protože u každého jedince vzniká v jiném období, je to velmi individuální. Záleží na věku, fyzických a psychických změnách, samostatnosti atd. Čím je člověk starší, tím má více oslabený imunitní systém, může trpět nespavostí, únavou a dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami). Je také spojeno s významnými sociálními změnami – osamostatnění dětí, odchod do penzionů, domovů pro seniory a patří sem i další změny sociálních rolí.

Stárnutí je celoživotní proces. Otázkou je kdy stárnutí začíná, zda početím nebo narozením? Každý má jiný pohled. Dochází k chátrání tělesné schránky, složitěji se nahrazují vadné a odumřelé buňky novými. Lidé jsou náchylnější k nemocem, které mohou končit smrtí (Mühlpachr, 2004). „*Stárnutí je proces charakterizovaný strukturálními a funkčními změnami organismu a také poklesem schopnosti a výkonnosti jedince.*“ (Hrozenková in Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 12) V současné době se věková hranice stáří posouvá nahoru a je to dáno především změnou úrovně sociální, psychické, ale také somatické (Hrozenková in Hrozenková, Dvořáčková 2013).

Populace v České republice stárne, je tomu tak i v celé Evropě, v USA a Rusku (Dienstbier, 2009). Můj názor je, že tato situace není dobrá. Mělo by být více mladších lidí, kteří budou pracovat a učit se od starší generace. V případě, že se mladí nenaučí pracovním povinnostem, bude to veliký problém.

Myslím si, že staří lidé rádi opakovaně vyprávějí o své i jiné minulosti. Většinou nechtějí měnit svůj dosavadní život a bojí se nejrůznějších nových věcí (např. platebních karet, sKaret, zakoupení nové pračky – aby ji nerozbil atd.). V současné době je problém, že postoj mladších osob ke stáří a starým lidem je velmi záporný. Líbí se mi jeden citát: „*Být starý je krajně nepopulární. Lidé, jak se zdá, neberou na zřetel, že nedokázat zestárnout je stejně hloupé jako neumět odrůstat dětským botičkám.*“ (Jung in Vagnerová, 2000, s. 443) Když se člověk výše uvedeným trochu zamyslí, jistě přijde na to, že je zde ukryta pravda.

Podle Vostrovské (1998) je seniory potřeba aktivizovat například návštěvou kavárny, čajovny, muzeí, knihoven, besedami ve školách, čtením novin a časopisů. Důležitá je také jakákoliv komunikace. Dále by senior měl chodit, cvičit, docházet na přednášky, sportovat, odpočívat, relaxovat atd. Domnívám se, že aktivizace seniorů je velmi důležitá, protože lidé mají stálou motivaci k životu.

V dalších podkapitolách budou uvedeny jednotlivé vývojové etapy stárnutí. Jedná se o určité fáze lidského života, u kterých musíme brát v úvahu věk klienta. Jde již o starší osoby, které mohou pomaleji chápat, co je od nich vyžadováno. Neznamena to však, že se musí mluvit o duševních chorobách nebo, že by se jednalo o hloupé lidi, to v žádném případě. Ve stáří prostě dochází k úbytku tělesných a duševních sil a mohou se měnit i některé psychické tendence, které mají sestupný vývoj (Vágnerová, 2007).

1.1 Období raného stáří – presenium

Jedná se především o osoby ve věku od 60 do 74 let, mluvíme o mladším (raném) stáří. V této kategorii je nejvíce aktivních seniorů, kteří stále pracují. Tito senioři mohou mít obavy z odchodu do důchodu, snížení životního standardu, nemocí a ubývání sil. Mají více volného času na koníčky a záliby [www.szsemb.cz, cit. 30. 6. 2014].

Při stárnutí dochází ke ztrátě pohyblivosti (celkové nebo částečné), intelektu, paměti, lidé mají vrásčitou kůži, různé nemoci (např. artróza, demence – Alzheimer, multiinfarktová demence, Pickova choroba, cévní mozková příhoda, infarkt apod.), může docházet ke změně osobnosti a životního stylu (Stuart-Hamilton, 1999).

Myslím si, že lidé v tomto věkovém rozpětí jsou celkem ještě plní energie, ale ke konci období ji začínají ztrácet. Samozřejmě to je velmi individuální, někdo může být na pokraji sil již v šedesáti letech, jiný je velmi aktivní i ve věku osmdesáti let. Někteří podnikají různé výlety, chodí do restaurací, na procházky, do práce na brigády, taneční zábavy pro seniory, na kuželky, kulečnick, navštěvují besedy, výstavy, věnují se svým vnoučatům (chodí s nimi do kina, divadla apod.) atd. Jiným seniorům vyhovuje klid, neradi někam chodí, když k nim domů přijde návštěva, jsou rádi, ale nesmí trvat moc dlouho, mohou být dříve unavení.

1.1.1 Popis raného stáří

Ageismus vidí ve starých občanech nízké hodnoty, méněcennost, nekompetentnost, podceňování a někdy i odpor ke stáří a starým lidem. Někdy dochází až k diskriminaci jen kvůli stáří. Dříve mladší a starší generace byla soudržnější, než je tomu dnes. Bylo to dáno soužitím rodinných generací různého věku. Mladí mohou chápat staré jako podřadnější a zbytečné osoby. „Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života.“ (Vágnerová, 2000, s. 443) Pro vysvětlení pojmu: „Ageismus je nejčastěji definován jako diskriminace starých lidí; skutečnost je však často složitější.“ [www.ageismus.cz/, cit. 30. 6. 2014] Od starých osob společnost neočekává nic pozitivního, a proto někdy staré občany izoluje, aby nepřekáželi, nezdržovali. Občas dochází k rozpadu rodinných vazeb a změnám určitých rolí. Staří lidé mohou být bráni jako přítěž společnosti, kteří již nic nepřinášejí. Starý člověk se musí vypořádat, přijmout, akceptovat, smířit se a vyrovnat se svým koncem života, smrtí. Neměl by nic předstírat a měl by brát uplynulý život takový, jaký byl (Vágnerová, 2007).

Domnívám se, že někdo staré občany diskriminuje a podceňuje. Myslím si, že to není v pořádku, protože někteří senioři jsou plní zajímavých, potřebných a důležitých informací a zkušeností. Každý člověk stárne a do výše uvedené kategorie se také jednou dostane.

„Stáří přináší nové zkušenosti, s nimiž se musí každý člověk nějakým způsobem vyrovnat, a záleží na jedinci, jak tento vývojový úkol zvládne.“ (Vágnerová, 2000, s. 445) Stáří je výsledek individualizace, která může být jedinečná nebo spojená se zkušenostmi osoby. Splní-li vývojový úkol, má se zaměřit a soustředit na rozvoj vlastní osobnosti (Vágnerová, 2000). Starší člověk je zaměřen spíše na minulost a nerad něco mění. V dnešní době se neustále přizpůsobuje novým změnám (např. odchod do důchodu, smrt manžela, partnera, hospitalizace v nemocnici, přestěhování do domova důchodců atd.). Spousta osob není připravena na období stáří. Lidé se snaží zvládnout zátěž stárnutí (Vágnerová, 2007).

1.1.2 Tělesné a psychické změny

Vágnerová (2007) říká, že rané stáří provázejí tělesné a psychické změny. Při stárnutí dochází k individuálnímu zhoršení duševního, tak i tělesného stavu v závislosti na čase, rozsahu a závažnosti. Vše závisí na dědičných předpokladech a vlivu prostředí, v němž člověk žije. V genetických dispozicích má každý jedinec zakódovaný počátek a průběh života, které mohou ovlivnit rychlost a kvalitu stárnutí. DNA je nositelem těchto genetických informací. V tomto případě se jedná o primární stárnutí (tzv. primárně podmíněné stárnutí). Sekundární stárnutí (tzv. sekundárně podmíněné stárnutí) je ovlivněno různými vnějšími faktory (např. životním stylem, výživou, sportovní aktivitou atd.). Během života dochází ke změnám tělesných funkcí, které jsou individuálně specifické pro každého člověka. Tělesné změny mohou být individuální z hlediska času, rozsahu a závažnosti projevů. Staří občané mění svůj zevnějšek a okolí je začíná vnímat jako starce, mají tendence se k němu také tak chovat. U jednoho je to více zřejmé než u druhého (např. ztloustne, zhubne, shrbí se, je více vrásčitý, má šedivé vlasy apod.). Mohou o sebe přestat dbát, nedodržují základní hygienu, péči o svůj zevnějšek a domácnost. Jedná se většinou o osamělé lidi.

„Stáří není samo o sobě chorobným stavem, avšak v průběhu stárnutí dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto přibývá nemocných lidí.“ (Vágnerová, 2000, s. 448) Člověk během svého života prodělá řadu různých nemocí, které ovlivní jeho zdraví. Každý starý člověk trpí více nemocemi současně. Jedná se zpravidla o chronické onemocnění, somatické choroby a duševní potíže. Nejčastější příčinou smrti osob ve věku nad 65 let jsou kardiovaskulární, cerebrovaskulární a nádorová onemocnění (Vágnerová, 2000).

Podle Vágnerové (2000) se také mění psychické funkce. Jedná se o biologicky (např. zpomalení člověka, obtíže při zapamatování) a psychosociálně podmíněné změny (např. snížení a zhoršení adaptace, inteligence atd.). Hmotnost mozku, tloušťka mozkové kůry se snižuje, proti tomu objem mozkových komor je vyšší. Tyto změny se mohou projevit zpomalením reakcí. *„Změny prožívání, uvažování a chování starých lidí mohou být důsledkem stárnutí, ale může rovněž jít o příznaky nějakého chorobného procesu, jehož vznik je ve stáří pravděpodobnější, než byl dřív.“* (Vágnerová, 2000, s. 451)

Starí lidé jsou pomalejší, těžkopádnější, citově labilnější, unavenější, obtížně se učí, mají delší reakce, poruchy paměti, potřebují více času na zpracování informací, déle se rozhodují, mohou být rozvážnější, trpělivější. Zhoršuje se jim orientace v prostředí, zrak a sluch, proto mnohdy používají kompenzační pomůcky. Člověk špatně vidí, slyší, nevyhledává kontakt s okolím, proto se může cítit osamělý, deprivovaný. Je-li paměť trénována, jsou její funkce mnohem lepší, než u lidí s nižším vzděláním. Dochází také ke změnám intelektových funkcí, které jsou individuálně variabilní. Starým lidem se snižuje sebedůvěra, ztrácí zájem o své okolí a zaměřují se na sebepoznání (psychické i tělesné procesy). Jsou přinášeny biologické změny prožívání, chování a uvažování lidí (např. zpomalení, obtížné zapamatování a vybavování). Je velmi důležité rozpoznat, zda jde o příznaky stáří nebo nemoci, je to velmi složité. V pozdějším stádiu může dojít ke změně osobnosti, např. Alzheimerova demence (Vágnerová, 2007).

Stáří může přinést i psychosociálně podmíněné změny, které mohou být spojeny s úbytkem nároků a povinností v oblasti pracovně právních vztazích. Některé schopnosti a povinnosti senior používal v pracovním poměru, ale v období raného stáří je již nepotřebuje a nevyužije. Starí bývají pomalejší, což vede ke zhoršení kognitivních funkcí (např. paměť, koncentrace, pozornost, řečové funkce, rychlost myšlení, porozumění a rychlost zpracování informací se prodlužuje, schopnost řešit problémy, plánování, organizování, emocionální regulace, vyjadřovací schopnosti, porozumění řeči, prostorová orientace a vnímání náhledu a úsudku atd.). Mají větší obtíže s učením, odmítají nové a neověřené způsoby činností, které mají zafixované bez ohledu na jejich vhodnost, dávají přednost rutině (Vágnerová, 2007).

Dle Vágnerové (2007) je stáří vlastně poslední etapa života, proto se nemůžeme divit, že se do současného života odráží i život, který dříve prožil. V této etapě za zdravého člověka považujeme takového, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí

se nemocný a je soběstačný. Senior se musí naučit přizpůsobit se vlastním možnostem, tempu a toleranci omezení (např. zdravotní). Někteří staří lidé si nahlas a často stěžují, naříkají, pro okolí mohou být obtížní a nepříjemní. Člověk by se měl naučit akceptovat tento stav a být pozitivně naladěný, okolí bude spíš vyhledávat jeho společnost.

Na některých lidech je u raného stáří vidět více změn psychických nebo fyzických. Jistě záleží na jejich životním stylu života, stravování a péči o zdraví. Myslím si, že velmi důležitá je psychická pohoda člověka. Jakmile člověk v tomto směru není úplně v pořádku, může to ovlivnit jeho zdravotní stav. Zajisté toto platí i obráceně. Obě změny jsou propojeny. Další podkapitola je věnována období vlastního stáří.

1.2 Období vlastního (pravého) stáří – senium

V tomto období jsou lidé ve věku od 75 let až do 89 let. Jedná se o občany pokročilého pravého stáří, u kterých dochází ke zvýšenému počtu úmrtí. Senior, který dovrší 80 let věku, má okolo sebe pouze polovinu jeho původní generace naživu a většinou již žijí osaměle. Z tohoto důvodu je důležitá pozitivní podpora rodiny. Senioři pokračují ve svých zálibách a činnostech z období raného stáří, ale více času věnují svému zdravotnímu stavu. Dochází zde především k senilitě, fyziologickému a duševnímu stárnutí jedince, seniora [www.szymb.cz, cit. 30. 6. 2014].

Občas se v oblasti stáří objevuje pojem geront, gerontologie a geriatrie. „*Gerontologie je věda o stáří; lékařský obor zaměřený na stáří se nazývá geriatrie.*“ (Říčan, 1990, s. 370) Geront je stařec, stařena (Říčan, 1990).

Senior si začíná více uvědomovat ztrátu svých známých, kamarádů, kamarádek, rodinných příslušníků, což může pro něho být velmi stresující. Zvládnutí těchto stresových situací je dáno zdravotním a psychickým stavem člověka. Někdy může docházet díky těmto stresům i k plánovaným a dokonáným sebevraždám. Senioři tuto složitou situaci prostě neunesou a nevidí jiné východisko. (Vágnerová, 2007).

V současné době se stáří dožívá více osob, než tomu bylo v historii (např. v 17. století se 65 let dožívalo pouze 1 % obyvatelstva, v 19. století se hranice zvýšila na 4 %, v současné době je věková hranice okolo 15 %). Podle tohoto srovnání je vidět, že se více jedinců dožívá této věkové hranice [www.szymb.cz, cit. 30. 6. 2014].

Dle mého názoru musíme ke klientovi, seniorovi přistupovat individuálně, sdělovat mu informace srozumitelně, bez používání cizích a nových slov. Tyto informace mu raději několikrát zopakovat nebo napsat na papír a ptát se ho, zda rozumí nebo má další otázky, které by ho zajímaly. Mluvit raději pomalu, někdy více nahlas (nemusí nám rozumět) a snažit se vypořádat, zda rozuměl dobře. Tito lidé mohou mít problémy s pamětí, vybavováním, koncentrací a soustředěním. Někteří senioři mají velmi dobrou paměť, jiní jsou na tom podstatně hůř.

1.2.1 Popis vlastního stáří

V období vlastního stáří kvalita života spíše klesá, i když někteří jedinci se umí dobře přizpůsobit nejrůznějším změnám. Je pro ně velmi důležitá pohoda, udržení si životního stylu, sebeúcta, soběstačnost, udržování sociálních kontaktů s okolím atd. Je pro ně velmi důležité, aby nebyli izolováni (Vágnerová, 2000).

„Kvalita života ve stáří a s ní související subjektivní pocit pohody může být individuálně rozdílný.“ (Vágnerová, 2007, s. 399) Kvalita života seniorů pozdního stáří klesá, měli by se snažit udržet přijatelný životní styl (např. udržení autonomie, soběstačnosti, sebeúcty, znovuvytvoření sociálních kontaktů, nebýt v izolaci, osamělosti apod.). Nejčastější zátěžové situace jsou: nemoc a úmrtí partnera, příp. dalších blízkých osob, zhoršení zdravotního stavu, zhoršení tělesných i psychických kompetencí a ztráta jistoty soukromí (např. hospitalizace, umístění do ústavní péče, do domova důchodců, LDN atd.). Senioři vlastního stáří ztrácí radosti z prožívání z důvodu ztráty, zhoršení kvality života. Jsou více pasivní. Stávají se více nedůvěřiví ve svět (připadá jim cizí a zlý), negativní – jedná se o reakci na fakt, že o sobě již nemohou rozhodovat, tak jak tomu bylo dříve (Vágnerová, 2007).

Vágnerová říká (2007), že v každém období má člověk nějaký cíl, v pozdním stáří se jedná o dotvoření vlastní identity. Období pravého stáří se spojuje s růstem problémů různých tělesných a mentálních úpadků. Existuje zde i vyšší riziko vzniku a nahromadění dalších zátěžových situací, mohou mít větší nároky na adaptaci. *„Z lidí, kteří překročí 60. rok, se dožije 80 let jen 18,1 % žen a 11,2. % mužů – Statistická ročenka 2005.“* (Vágnerová, 2007, s. 398) Některé tyto zátěže jsou těžko zvládnutelné z důvodu aktuálního stavu starých lidí. Míra závažnosti zátěže pro určitého seniora může záležet na jeho osobnosti, zkušenostech, hodnotovém systému, na současném

psychickém, zdravotním a tělesném stavu. Staří lidé se mohou lišit svými zachovanými schopnostmi a dovednostmi. Někteří senioři jsou oceňováni pro moudrost, nadhled, orientaci v problematice, ale početně vyšší skupina má značný psychický a tělesný úpadek. Tyto změny bývají často patologické. Nejedná se pouze o důsledky stáří, ale mohou se projevit jako různá onemocnění člověka.

1.2.2 Tělesné a psychické změny

Osobám v pravém stáří se zhoršuje zdravotní stav, trpí obvykle polymorbiditou (přítomnost více chorob současně, ve větším počtu než tomu bylo u raného stáří, např. ICHS, hypertenze, cukrovka, artróza atd.). Při průběhu chorob dochází častěji ke komplikacím a k chronicitě (nejčastější jsou chronická onemocnění oběhové soustavy), protože organismus se hůře s běžným onemocněním vyrovnává. Zhoršení zdravotního stavu může vést k bezmocnosti a závislosti na pomoci druhých lidí či umístění do instituce, ke snížení celkové soběstačnosti, která se nejčastěji projevuje neschopností vykonávat běžné činnosti, postarat se o svoji osobu a domácnost. Vše se na člověku odráží v psychickém ladění a pocitu životní pohody. Závisí to na typu a závažnosti onemocnění. Jedná se například o choroby kardiovaskulární, cévní mozkové příhody, vaskulární demence, demence (úbytek rozumových schopností), nemoci pohybového ústrojí (obavy z pádu, může dojít k sociální izolaci a snížení soběstačnosti), depresivní rozladěnost (deprese a úzkostné stavy doprovázejí Parkinsonovu chorobu, vyskytují se u diabetiků, u seniorů s kardiovaskulárními potížemi, např. po mozkové příhodě apod.). Ve stáří jsou častější dokonané sebevraždy, na které se delší dobu připravují. Může k tomu přispět např. úmrtí partnera, někoho blízkého, pocit osamělosti nebo vážné onemocnění (Vágnerová, 2007).

Dochází ke zpomalování zapamatování, ukládání a využití informací, zhoršování zrakových i sluchových funkcí, k negativním změnám paměťových funkcí, úbytku komplexnosti uvažování, obtíže s vybavováním některých informací, ke zpomalování reakcí, zhoršení časového odhadu, snižuje se intenzita a frekvence emočních prožitků, jsou méně flexibilní. Ke snížení schopností (počtářských, slovních) dochází velmi často až po 80. roce života. Staří senioři mají úbytek sil a energie. Senioři kladou velký důraz na spolehlivost a jistotu citových vazeb, nejsou schopni ovládnout svoje reakce. Občas ztrácejí záliby, sociální kontakty, soběstačnost. „*Nuda, bezcíllost a monotonie jejich*

života vedou ke ztrátě motivace a k apatii.“ (Vágnerová, 2007, s. 413) Mají potřebu sociálního kontaktu, autonomie, uznání, akceptace, bezpečí, psychické a citové jistoty, obavu ze ztráty vlastní identity, kontaktu a vazeb (Vágnerová, 2007).

Osoby v období vlastního (pravého) stáří mají větší zdravotní i psychické problémy, než v období raného stáří. Zajisté je to dáno vyšším věkem. Většina lidí v tomto věku již užívá nějaké léky, nemají takový zájem o různé aktivity, mají spíše rádi klid a více odpočívají. Je to velmi specifické, jelikož každý jedinec je jiný a také se jinak chová. Další podkapitola se bude věnovat již poslednímu období a to dlouhověkosti.

1.3 Období dlouhověkosti

Mluvíme-li o dlouhověkosti, jde o seniory starší 90 let věku, jejich počet se zvyšuje a je to dáno lepší zdravotní péčí, léky, prevencí, zdravotním stylem atd. Samozřejmě k těmto lidem patří senioři století, ale i ti, kterým je více než sto let. Dlouhověkost podle různých studií je ovlivněna především dědičností a životním stylem. Lidé se dožívají vysokého věku, když jejich váha ve stáří je přibližně stejná jako v mladém věku, měli dobrý spánek, dostatek pohybu dříve i v pokročilém věku, žili v čistém prostředí v kontaktu s přírodou, chodili brzy spát, brzy vstávali, spali průměrně 7 hodin, jedli střídavě, skromně (spíše bílkoviny než tuky), pestře, byli celý život zdraví a zdravotní stav jim vydržel i do vysokého věku. Jedná se většinou o osoby, které byly po celý život činní, aktivní a šťastní. V tomto vysokém věku může docházet k totálnímu nezájmu o cokoli (Gregor, 1983).

Strava hraje zásadní roli, která vede k dlouhému kvalitnímu životu. Je chudá na kalorie, bohatá na živiny, zeleninu, ovoce, obilí, luštěniny, semínka, obsahuje málo rafinovaného cukru a živočišných tuků. Důležité jsou vitaminy a minerály, především zinek, vápník, vitamin E, vitamin C a vitaminy skupiny B. Dle výsledků bylo zjištěno, že dlouhověcí lidé jsou zdravější, dokáží lépe bojovat s nemocemi než lidé mladší o 20 nebo 30 let. Většina stoletých nikdy nekouřila, nebyli obézní, alkohol požívali s mírou, mají nižší hladinu antioxidantů (látek zneškodňující volné nebezpečné radikály) než lidé o 30 let mladší. Důležitá je péče o naše tělo, nestresovat se atd. [www.protistarnuti.cz, cit. 30. 6. 2014].

Souhlasím s tím, že člověk déle žije z důvodu lepší zdravotní péče. Dále je důležitá prevence, dostatek spánku, málo stresu, málo alkoholu, více pohody. Tyto i jiné faktory jistě prodlužují délku života. Zajisté je to dáno také dědičností. Senioři starší než 90 let již nemají takou sílu a elán. Většina z nich potřebuje pomoc od druhých osob. Nezvládají především větší úklid, nákupy, problémy jim dělá oblékání, stravování a hygiena. Na všechny aktivity již sami nestačí, a proto pobírají příspěvek na péči.

Většinou staří lidé již nereagují na zhoršení zdravotního stavu signalizující riziko konce života, tak jako příslušníci mladší generace. Nejčastější reakcí je smutek (Vágnerová, 2007).

Shrnutí

Kapitola věnující se stáří a stárnutí definuje tyto termíny, dále je zde uvedeno věkové rozdělení jednotlivých etap stárnutí (rané stáří, pravé stáří, dlouhověkost) a jejich popis, uvedené jsou také související tělesné a psychické změny. Stáří, stárnutí, nemoci seniorů jsou také propojeny s přiznáním a nepřiznáním příspěvku na péči. V této kapitole byla charakterizována jedna z hlavních cílových skupin klientů, kteří bývají účastníky procesu přiznávání příspěvků na péči.

Druhá kapitola je věnována zdravotnímu postižení a bezbariérovosti. Tyto termíny jsou také důležité pro proces schvalování příspěvku na péči a hlavní cíl výzkumný cíl a dílčích výzkumných cílů praktické části práce. Výše uvedené termíny jsou důležité z toho důvodu, jelikož podle sdělení sociálních pracovníc Úřadu práce ČR, krajské pobočce Liberec, kontaktním pracovišti v Jablonci nad Nisou se jedná o poměrně velký počet klientů ve věku nad 65 let, kteří pobírají nebo žádají o příspěvek na péči. Tuto informaci také potvrdila statistika z roku 2013 z Českého statistického úřadu, která je uvedena na začátku této kapitoly.

2 Zdravotní postižení

Téma zdravotního postižení je ve vztahu k cílům výzkumného šetření důležité, jelikož se jedná o téma blízce se týkající osob pobírajících příspěvek na péči. Klienti s různým typem postižení potřebují specifický přístup. Osoby, které pobírají příspěvek na péči, potřebují pomoc druhé osoby. Jedná se také ve většině případů o žadatele příspěvku na péči. V praktické části práce se tato kapitola prolíná s příspěvkem na péči, bezbariérovou úpravou vstupu, která se týká zdravotně postižených osob. Zdravotní postižení se dělí na tělesné, mentální, zrakové, sluchové a řečové. Tyto jednotlivé typy postižení budou podrobněji vysvětleny níže. V této kapitole je také uvedeno několik statistických údajů pro představu, kolik je postižených osob v České republice a s jakým druhem postižení. V poslední podkapitole je zmínka o bezbariérovosti, která je základní podmínkou vstupu do budovy Úřadu práce ČR.

Podle Michalíka a kol. (2011) se postižení dělí na: tělesné, mentální (i postižení duševní a poruchy autistického spektra), zrakové, sluchové a řečové. Dále k nim také patří postižení: kombinovaná (např. hluchoslepota) a nemocní civilizačními chorobami. Mezi nejrozšířenější kritéria patří dělení podle hloubky postižení (mírné, středně těžké, těžké postižení). Klasifikace je však velmi obecná, protože se jedná o různorodá onemocnění, stavy, postižení a různé osoby. Pro informaci níže uvádím několik statistických informací osob se zdravotním postižením.

Tabulka č. 1 Základní identifikace osob se zdravotním postižením

| Počet obyvatel ČR | Populace ČR (stav k 31. 12. 2006): 10 287 189 | Počet občanů se zdravotním postižením v ČR: 1 015 548* |
|--------------------------------|---|--|
| Pohlaví | | |
| Muži | 5 026 184 | 490 427 |
| Ženy | 5 261 005 | 525 121 |
| Věkové složení obyvatel | | |
| 0 – 14 let | 1 479 514 | 46 208 |
| 15 – 29 let | 2 175 672 | 60 621 |
| 30 – 44 let | 2 312 929 | 101 331 |
| 45 – 59 let | 2 195 646 | 245 743 |
| 60 – 74 let | 1 462 586 | 283 274 |
| 75 let a více | 660 842 | 276 744 |

Zdroj: ČSÚ: Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007, dostupné na: [www.czso.cz, cit. 22. 6. 2014]

* V celku 1 015 548 je zahrnuto i 1627 osob, u kterých nebyl uveden věk

Ve výše uvedené tabulce je vidět, že k 31. 12. 2006 je v populaci ČR více žen, než mužů a více žen se zdravotním postižením. Nejméně zdravotně postižených občanů v ČR k 31. 12. 2006 je ve věku 0 – 14 let, ale nejvíce občanů je ve věku 60 – 74 let. Se stoupajícím věkem stoupá i počet občanů se zdravotním postižením.

„Z výsledků šetření Českého statistického úřadu vyplývá odhad, že v České republice žije 1 015 548 tisíc osob se zdravotním postižením. Celkově tvoří jejich podíl 9,87 % populace ČR.“ [www.czso.cz, cit. 22. 6. 2014] Myslím si, že necelých 10 % obyvatel České republiky se zdravotním postižením je celkem vysoký počet.

Tabulka č. 2 Počet občanů s jednotlivými druhy zdravotního postižení

| Věková skupina | Zdravotní postižení | | | | | | celkem |
|----------------|---------------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|
| | tělesné | zrakové | sluchové | mentální | duševní | vnitřní | |
| 0 – 14 let | 16 687 | 7 964 | 2 902 | 11 604 | 4 846 | 22 343 | 66 346 |
| 15 – 29 let | 25 710 | 6 318 | 3 835 | 22 964 | 9 152 | 20 931 | 88 910 |
| 30 – 44 let | 43 107 | 7 597 | 4 733 | 19 306 | 22 276 | 34 990 | 132 009 |
| 45 – 59 let | 127 959 | 12 778 | 11 226 | 20 302 | 34 662 | 118 547 | 325 474 |
| 60 – 74 let | 152 860 | 18 642 | 15 205 | 13 327 | 23 662 | 186 368 | 410 064 |
| 75 let a více | 183 604 | 34 140 | 36 684 | 19 012 | 33 130 | 187 672 | 494 242 |
| Celkem | 550 407 | 87 439 | 74 700 | 106 699 | 128 065 | 571 734 | 1 519 044* |

Zdroj: ČSÚ: Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007, dostupné na: [www.czso.cz, cit. 22. 6. 2014]

* V celku 1 015 548 je zahrnuto i 1627 osob, u kterých nebyl uveden věk

V tomto přehledu je vidět, že nejvíce zdravotně postižených osob má vnitřní postižení a nejméně zrakové postižení. Nejméně zdravotně postižených osob je ve věku 0 – 14 let, nejvíce ve věku 75 let a více. Podle Českého statistického úřadu vnitřním typem onemocnění je myšleno onemocnění vnitřních orgánů. Jedná se zejména o nemoci oběhové soustavy, novotvary, nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek. Nemoci oběhové soustavy a novotvary jsou velmi častou příčinou úmrtí. Je to dáno tím, že v naší populaci se zvyšuje podíl starších osob [www.czso.cz, cit. 22. 6. 2014].

Výše uvedené údaje je nutno brát pouze orientačně. Je to dáno tím, že Český statistický úřad použil metodu kvalifikovaného odhadu, který provedl sčítací lékař. Počty osob se zdravotním postižením nemohou být přesné, protože se používají nejednotné metodologie posuzování a rozdílné klasifikační systémy (Michalík, a kol. 2011). S tímto tvrzením souhlasím a ještě bych tuto myšlenku chtěla doplnit. Myslím si, že někteří nemocní lidé nejdou k lékaři na vyšetření nebo se dostaví opožděně. Dále se může

jednat o onemocnění složitěji poznatelné (např. duševní nebo mentální postižení). Lékaři mohou stanovit diagnostiku pozdě. Z těchto důvodů nemusí být statistika přesná a úplná.

Tabulka č. 3 Míra zdravotního postižení podle pohlaví, věku a typu postižení

| | Míra postižení* | | | | | |
|----------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|------------------|
| | Lehké | středně těžké | těžké | velmi těžké | neuvedeno | celkem |
| Pohlaví | | | | | | |
| muži | 91 325 | 197 557 | 145 287 | 55 238 | 1 045 | 490 452 |
| ženy | 97 431 | 220 866 | 156 223 | 48 717 | 1 859 | 525 096 |
| Celkem | 188 756 | 418 423 | 301 510 | 103 955 | 2 904 | 1 015 548 |
| Věk | | | | | | |
| 0 – 14 let | 22 471 | 14 068 | 5 909 | 3 760 | – | 46 208 |
| 15 – 29 let | 16 829 | 16 863 | 16 726 | 10 203 | – | 60 621 |
| 30 – 44 let | 21 693 | 43 745 | 23 490 | 12 294 | 109 | 101 331 |
| 45 – 59 let | 42 323 | 112 176 | 69 590 | 21 328 | 326 | 245 743 |
| 60 – 74 let | 52 676 | 121 566 | 80 173 | 28 343 | 516 | 283 274 |
| 75 let a více | 32 764 | 109 454 | 105 200 | 27 677 | 1 649 | 276 744 |
| neuvedeno | – | 551 | 420 | 351 | 305 | 1 627 |
| Celkem | 188 756 | 418 423 | 301 508 | 103 956 | 2 905 | 1 015 548 |
| Typ postižení | | | | | | |
| tělesné | 117 247 | 235 572 | 152 000 | 42 983 | 2 605 | 550 407 |
| zrakové | 24 479 | 31 451 | 19 924 | 10 981 | 604 | 87 439 |
| sluchové | 19 948 | 28 793 | 18 061 | 7 746 | 152 | 74 700 |
| mentální | 24 036 | 33 700 | 33 034 | 15 036 | 893 | 106 699 |
| duševní | 27 719 | 56 985 | 30 705 | 11 436 | 1 220 | 128 065 |
| vnitřní** | 272 873 | 381 972 | 186 770 | 47 509 | 1 568 | 890 692 |
| Celkem | 486 302 | 768 473 | 440 494 | 135 691 | 7 042 | 1 838 002 |

Zdroj: ČSÚ: Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007, dostupné na: [www.czso.cz, cit. 22. 6. 2014]

* U osob bráno jejich nejtěžší postižení, u typů všechna postižení daného typu

** Včetně vícenásobných vnitřních

V této tabulce je názorně vidět kolik je lehkých, středně těžkých, těžkých, velmi těžkých a neuvedených zdravotních postižení. Tato postižení jsou dále členěna podle pohlaví, věku a typu postižení. Z hlediska věku je velký rozdíl mezi nejmladší věkovou kategorií do 14 let a věkovou skupinou nad 75 let. Další zobrazení podle pohlaví, věku a typu zdravotního postižení je znázorněné v tabulce č. 2 a 3.

Nejčastěji se objevují nemoci pohybového ústrojí a vnitřní onemocnění. U osob starších 65 let věku je nejčastější příčinou úmrtí nemoci kardiovaskulární, cerebrovaskulární a zhoubné nádory. Duševní a mentální onemocnění vrcholí ve věku mezi 45 – 59 lety člověka a ve vyšším věku se dále vyskytuje stařecká demence [www.czso.cz, cit 22. 6. 2014].

Hlavní kapitola obsahuje pouze obecné informace týkající se souhrnně různých typů zdravotního postižení. Dále bude rozčleněna na konkrétní zdravotní postižení, která budou blíže popsána, a poslední podkapitola bude věnována bezbariérovosti.

2.1 Mentální postižení

Lidem s mentální či jinou duševní nemocí se věnují pomáhající profese – psychiatři, psychologové, speciální pedagogové, příp. sociální pracovníci či pracovnice. Duševní poruchu lze rozdělit na mentální retardaci a jiné duševní postižení. Patří mezi nejběžnější poruchy obyvatelstva, nezáleží na rase, kontinentu, ekonomice, kultuře atd. Dříve používané termíny pro označení hloubky postižení (debilita, imbecilita, idiocie, idioimbecilita atd.) mizí, protože v současné době se humanizují obory. Také označení mentálně retardovaný (mentálně postižený) bývá nahrazeno označením osoba s mentálním postižením. U diagnostikování a zjišťování hloubky mentálního postižení se stanovuje inteligenčním kvocientem (IQ pod 70), ale také se hodnotí celá řada dalších aspektů osobnosti. Mentální retardace může být získaná nebo vrozená. „*Nejčastěji se příčiny mentálního postižení člení podle časového hlediska na **prenatální** (působící před porodem), **perinatální** (působící během porodu a krátký čas po něm) a **postnatální** (působící v průběhu života).*“ (Valenta in Michalík a kol., 2011, s. 117) Při komunikaci s osobami s mentálním postižením musíme dodržovat tato pravidla: „... *takt – tolerance – empatie – ohleduplnost – trpělivost – úcta k partnerovi.*“ (Valenta in Michalík a kol., 2011, s. 134) Lidé se většinou v komunikaci s mentálně postiženým dopouštějí několika chyb, např. jednájí s nimi jako s dětmi, nejednájí s nimi jako s rovnými, nerespektují jejich důstojnost, nedávají jim takovou úctu, jako osobám zdravým atd. (Valenta in Michalík a kol., 2011).

„Mentální retardaci lze podle **hloubky postižení** rozdělit na čtyři stupně. Kritériem členění je výše IQ, naměřeného psychologickými testy, přičemž hranicí mentální retardace jakožto duševní poruchy je 70 bodů IQ:

- F70. Lehká mentální retardace (50 – 69 IQ),
- F71. Středně těžká mentální retardace (35 – 49 IQ),
- F72. Těžká mentální retardace (20 – 34 IQ),
- F73. Hluboká mentální retardace (pod 20 IQ).“ (Valenta in Michalík a kol., 2011, s. 116)

Mezi jiné duševní poruchy patří např. organické duševní poruchy (Alzheimerova demence, demence u Parkinsonovy choroby, alkoholová demence atd.), duševní poruchy vyvolané psychotropními látkami (delirium tremens, poruchy při zneužívání drog, alkoholu atd.), schizofrenie, schizofrenní poruchy a bludy, afektivní poruchy, neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (panická, obsedantně-kompulzivní porucha atd.), poruchy chování, osobnosti, psychického vývoje, autismus atd. (Valenta in Michalík a kol., 2011).

Mentální postižení je záluďné, jelikož na první pohled většinou nebývá poznat. Jedná se také o skryté onemocnění. Někdo ho může podceňovat. Dalším druhem zdravotního postižení je zrakové, které je níže popsáno.

2.2 Zrakové postižení

Se zrakovým postižením se velmi často setkáváme, ale jedná se spíše o lehkou a střední slabozrakost. Se slepým člověkem většina lidí nemá tolik zkušeností a nevědí jak s těmito lidmi jednat a jak se k nim chovat. Text bude zaměřen na bližší seznámení s tímto druhem postižení.

Zrakově postižený člověk nemusí být zrovna nevidomý a slepý, protože se může jednat o slabozraké osoby. Jedná se o postižení zraku, které nelze napravit do normálního vidění. Lidé dále mohou být se zbytky zraku, nevidomí, s poruchou binokulárního vidění, barvoslepí, s kombinovaným postižením atd. (Krhutová in Michalík a kol., 2011).

Zrak je pro člověka důležitý, protože až 80 % různých informací přijímáme právě zrakem. Mezi poškození zraku patří např. zelený zákal (glaukom), šedý zákal

(katarakta), onemocnění spojivky, sítnice, poruchy vidění, slepota a poruchy bipolárního vidění (šilhání, tupozrakost, aj.). Zrakové postižení má projevy na fyzické (bolesti oka, hlavy, slzení, pálení a zarudnutí oka, šeroslepota aj.) a psychosociální (častá unavitelnost, větší psychická labilita, nervozita, stres aj.) úrovni (Krhutová in Michalík a kol., 2011).

„Hloubka (stupeň) zrakového postižení se pohybuje v rozmezí:

- *lehká a střední slabozrakost (medicínsky: lehká a střední slabozrakost),*
- *zbytky zraku (medicínsky: těžká slabozrakost, praktická slepota),*
- *totální slepota (medicínsky: úplná slepota, bez světlocitu).“* (Krhutová in Michalík a kol., 2011, s. 276)

Zdravotně postižení lidé mohou využívat dávky ze všech tří pilířů sociální politiky a to z důchodového pojištění (důchody), ze sociální podpory (dávky státní sociální podpory) a ze sociální pomoci (sociální dávky a sociální služby – průvodcovské, tlumočnické služby aj.). Pro osoby se zrakovým postižením existují různé kompenzační pomůcky, které se dají koupit ve specializovaných prodejnách na lékařský předpis (hradí zdravotní pojišťovna) nebo za pomoci státního příspěvku na zvláštní pomůcku (o tuto pomoc se žádá na Úřadech práce ČR a jedná se o nenárokovou sociální dávku). Pomůcky se dále dělí podle použití např. v domácnosti (hrnky, hodinky, teploměr aj.), pro snižování a odstraňování informačních a komunikačních bariér (lupy, mobilní telefony atd.), pomůcky usnadňující orientaci a pohyb (bílé hole, vodící pes aj.) a pomůcky pro volný čas (hry, sportovní náčiní atd.). Pomůcek je v současné době na trhu větší množství, než bylo v minulosti (Krhutová in Michalík a kol., 2011).

Při kontaktu s nevidomým člověkem ho nejdříve oslovíme a až poté může přijít dotek, je-li nezbytný (Krhutová in Michalík a kol., 2011). Podle Slowíka (2010) se dále chováme přirozeně, nenásilně, upozorňujeme na náš příchod a odchod, nespoleháme na gestikulaci, mimiku, ale na hlas.

Podle výše uvedeného je zřejmé, že v současné době osoba se zrakovým postižením má mnoho možností pomoci. Může se jednat o různé pomůcky (telefony, hodinky aj.) nebo finanční pomoc, ale také využívá jiné druhy pomoci. Jak je vidět jde o různá onemocnění. Některá jsou více závažná, jiná méně, ale je potřeba s nimi jednat individuálně. Po popsání zrakového postižení bude text zaměřen na sluchové postižení.

2.3 Sluchové postižení

Sluchové postižení na první pohled není poznat a první jednání s těmito osobami je složité. Pracovníci nebo pracovnice nevědí, jestli je člověk z mentálního důvodu schopen komunikovat nebo není. Osoby s tímto druhem postižení mohou být také poživateli příspěvku na péči, proto je důležité i toto postižení zmínit.

Jedná se o menší skupinu osob s postižením, ale mají nejtěžší postavení při přijímání do společnosti. Dělit vady sluchu lze podle mohutnosti ztráty na ohluchlost (vzniká většinou v období dokončovacího vývoje řeči), hluchotu (je vrozená nebo získaná v časném věku dítěte), zbytky sluchu (jsou vrozené nebo získané, ztráta sluchu není úplná), nedoslýchavost (je vrozená nebo získaná, jde o částečnou ztrátu sluchu, dále ji dělíme na velmi těžkou, těžkou, střední a lehkou nedoslýchavost). Existují tři druhy tlumočnických služeb a to artikulační tlumočení, tlumočení do znakové češtiny a tlumočení do českého znakového jazyka. Tlumočnick se má řídit etickým kodexem (Potměšil in Michalík a kol., 2011).

Míra ztráty sluchu udávaná v decibelech:

„Ztráta:

| | |
|--------------|--|
| 0 – 25 dB | <i>normální sluch</i> |
| 26 – 40 dB | <i>lehká nedoslýchavost</i> |
| 31 – 60 dB | <i>dítě – středně těžká nedoslýchavost</i> |
| 41 – 60 dB | <i>dospělý – středně těžká nedoslýchavost</i> |
| 61 – 80 dB | <i>těžká nedoslýchavost</i> |
| 81 a více dB | <i>velmi závažné postižení sluchu.</i> “ (Potměšil in Michalík a kol., 2011, s. 364) |

Osoby se sluchovým postižením mohou používat a využívat např. upravený telefon, znakovou řeč, odezírání, prstovou abecedu (pro jednu ruku nebo pro dvě ruce). Některé kompenzační pomůcky jsou hrazené zdravotní pojišťovnou a na některé přispívá stát formou státního příspěvku na zvláštní pomůcku (žádosti vyřizují Úřady práce ČR, jedná se o nenárokovou dávku). Kompenzační pomůcky jsou např. sluchadla, signalizace bytového, domovního a telefonního zvonku, světelný nebo vibrační budík, telefon, fax, videorekordér, televize s teletextem, indukční smyčka, požární signalizace apod. (Potměšil in Michalík a kol., 2011).

V případě že chceme začít komunikovat s člověkem se sluchovým postižením, musíme ho nejprve upozornit (třeba dotykem), je dobré s ním komunikovat v klidném a dobře osvětleném prostoru, v průběhu rozhovoru jsme v jeho blízkosti, neotáčíme se k němu zády, udržujeme oční kontakt, odstraníme vše, co může překážet při odezírání (žvýkačky, roušky atd.), mluvíme pomalu a zřetelně vyslovujeme, využíváme gestikulaci, při psaném projevu používáme základních tvarů slov a vynecháváme předložky (Slowík, 2010). Komunikace je trochu složitější, jelikož nás neslyší. Problém vidím také v dopravě (přechody pro chodce aj.). Další kapitola je věnována tělesnému postižení.

2.4 Tělesné postižení

Tělesné postižení zahrnuje širokou škálu onemocnění a handicapů. Může se jednat o postižení horních a dolních končetin nebo jejich kombinací. Nelze ho jednoznačně specifikovat. Některá tělesná postižení jsou viditelná na první pohled, jiná jsou skrytá. Jde o úrazy nebo vrozená postižení.

„Lidské (tj. osobní zdraví) je obecně definováno jako soulad biopsychosociálních faktorů a rovnovážný stav tělesné, duševní, spirituální i společenské pohody člověka ...“

(Novosad in Machalík, 2011, s. 183) Předpokladem je, že zdravý lidský organismus se umí vyrovnat s měnícími se vlivy vnějšího prostředí. Porucha tohoto stavu může měnit zdravotní stav či postižení v jeho znevýhodnění. Je to pro něho určitý druh handicapu a může dojít i k sociálnímu vyloučení. Zdravotní postižení je dlouhodobý nebo trvalý stav, který má orgánovou nebo funkční poruchu. Tyto poruchy nelze léčbou zcela odstranit či podstatně zmírnit (Novosad in Michalík a kol., 2011).

Zdravotní postižení se dělí na dvě skupiny. Jsou to chronická (většinou ne zcela vyléčitelná) a tělesná (jde o omezení hybnosti, znemožnění pohybu, poškození hybného aparátu, amputace atd.) onemocnění, která mohou být vrozená nebo získaná. Chronická onemocnění jsou dlouhodobá a mají většinou trvalý charakter. Mezi tento druh onemocnění patří např. kardiovaskulární (ischemická choroba srdeční, angina pectoris, infarkt myokardu, srdeční arytmie atd.), onemocnění plic a dýchacích cest (záněty, nádory, srdeční astma, plicní tuberkulóza aj.), poruchy imunity (alergie, AIDS, HIV, celiakie atd.), poruchy metabolických procesů (diabetes mellitus, dna, kloubní

onemocnění, aj.), nádorová – onkologická onemocnění (zhoubné a nezhojné nádory), epilepsie a kožní onemocnění (ekzém, lupénky, růže atd.). K tělesným postižením můžeme řadit např. centrální obrny a jiná závažná neurologická onemocnění (dětská mozková obrna, Parkinsonova choroba, cévní mozková příhoda) a amputace (Novosad in Michalík a kol., 2011).

Služby, které brání sociálnímu vyloučení, jsou např. raná péče, sociálně aktivizační služby, sociální rehabilitace, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, centrum denních služeb, domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením, pečovatelské služby, atd. Kompenzační pomůcky jsou opory (hole, berle aj.), mechanické a motorové vozíky, ortézy, protézy, speciální prostředky např. nájezdové rampy, schodolezy aj. (Novosad in Michalík a kol., 2011).

Při komunikaci s osobou na vozíku je vhodné se snížit na jeho úroveň (posadit se). V případě kdy doprovázíme člověka s tělesným (příp. i jiným) postižením nehovoříme za něj, pomoc člověku s postižením můžeme nabídnout, ale nikdy nenutit. Může také dojít k poškození mozkových funkcí, koordinaci svalstva a to může vést k narušení řečových funkcí, poruše artikulace, proto mu musíme poskytnout dostatek času na formulaci sdělení (Slowík, 2010).

U tohoto postižení je velmi mnoho různých služeb a kompenzačních pomůcek. Některé kompenzační pomůcky hradí zdravotní pojišťovna, na jiné může poskytnout příspěvek Úřad práce ČR, jiné si postižená osoba musí uhradit sama z vlastních finančních zdrojů. Předposlední podkapitola bude věnována řečovému postižení.

2.5 Řečové postižení

Tato podkapitola je věnována poslednímu typu zdravotního postižení, kterým je řečové. Je zde uvedeno, kdo může pomoci odstranit potíže, jaké jsou roviny komunikační způsobilosti a jaké kompenzační pomůcky mohou být využity pro tento typ postižení.

Lidé mohou mít narušený vývoj řeči (opožděný, odchylný, omezený nebo přerušovaný vývoj řeči), vývojovou dysfázi, narušenou plynulost řeči (koktavost, breptavost, aj.), poruchy hlasu atd. Důležitým úkolem logopeda je pomáhat odstraňovat bariéru mezi člověkem a jeho okolím. Naukou o jazyce se zabývá jazykovědec, lingvista. V logopedii je častý výskyt předpon dys- (pro označení částečné ztráty funkce – dyslalie

nebo vývojová porucha – dyslexie) a a- (pro označení ztráty něčeho – afonie). Důležitou zásadou je, že když člověku trvá chrapot déle než tři týdny, má se navštívit odborný lékař (Mlčáková in Michalík a kol., 2011).

Existují čtyři roviny při definování narušené komunikační způsobilosti, jsou to tyto: foneticko – fonologická = fonetika se zaměřuje na zvukovou stránku řeči, fonologie je nauka o funkci hlásek, lexikálně – sémantická = lexikálně je to slovník člověka – rozsah aktivní a pasivní slovní zásoby, sémantika je učení o významu slov, jak rozumíme větu, frázím atd., morfologicko – syntaktická = jedná se o gramatiku, tvoření slov a pragmatická = uplatňování komunikačních schopností, získávání řečové obratnosti aj. (Mlčáková in Michalík a kol., 2011).

Důležitá je volba logopedické pomůcky, v úvahu se musí vzít např. věk, pohlaví, typ, vzdělání apod. Pomůcky jsou stimulační (hudební nástroje, zvukové hračky, aj.), motivační pomůcky (společenské hry, stavebnice aj.), didaktický materiál (hádky, říkanky, rozpočítadla, pexesa atd.), derivační pomůcky, podpůrné pomůcky, názorné pomůcky (zrcadlo aj.), diagnostické pomůcky a počítačové programy. Při komunikaci se používají nejčastěji prvky Rogersova přístupu, neverbální a verbální komunikace (Mlčáková in Michalík a kol., 2011). U poruchy řeči je důležitý mluvní vzor blízkého okolí – podporovat dítě již v raném dětství, někdy není vhodné člověka nutit do mluvení (může mít nepřekonatelnou bariéru), děti i dospělé motivovat k ambulantní logopedické terapii (Slowík, 2010).

Řečové postižení se zjistí většinou v dětském věku. S dítětem je nutné neustále mluvit a cvičit řeč. Důležitá je návštěva logopeda. Poslední podkapitola je věnována bezbariérovosti. Zde jsou uvedeny nejdůležitější informace, týkající se této problematiky.

2.6 Bezbariérový přístup

Bezbariérový přístup je především důležitý pro seniory nebo pro osoby se zdravotním postižením. V této podkapitole je uvedeno, co je bezbariérový přístup, bariéra, co je bezbariérové užívání staveb, pro jaké osoby je bezbariérovost vhodná. Téma bariérovosti pojednává dílčí cíl č. 11 v praktické části práce.

Bezbariérový přístup jsou technické úpravy staveb, které usnadňují pohyb osob „... s omezenou schopností pohybu a orientace ...“ (Skopec, 2005, s. 7)

Bariéra ve veřejné osobní dopravě je jakákoliv překážka nebo okolnost (situace), která omezuje nebo vylučuje využití dopravy. Bariéry jsou hmotné (schody, dveře, obrubník, odpadkové koše, aj.) nebo nehmotné (nefunkční výtah atd.). Podle Matušky (2009) by se měly odstranit stávající bariéry, ale také zabránit nově vznikajícím bariérám. Výklad definice bezbariérovosti se liší v jednotlivých zemích a regionech Evropy, v jiných zemích zcela chybí. V České republice definice bezbariérovosti není v právních předpisech vymezen, přesto se tento termín používá. Předpokládá se, že splňuje požadavky stanovené ve vyhlášce č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečující bezbariérové užívání staveb, ve znění pozdějších předpisů.

Listina základních práv a svobod ochraňuje před diskriminací osob a podporuje nezávislý způsob života, vzdělání, kvalifikace, zaměstnání a to i osob s handicapem. Lidé postižení mají mít lepší dostupnost péče, pomůcek i samostatného bydlení (Šestáková, Lupač, 2010).

Zákon č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), ve znění pozdějších předpisů, v § 2 odst. 2 písm. e) uvádí bezbariérové užívání stavby jako „... *obecné technické požadavky zabezpečující užívání staveb osobami pokročilého věku, těhotnými ženami, osobami doprovázejícími dítě v kočárku, dítě do tří let, popřípadě osobami s mentálním postižením nebo osobami s omezenou schopností pohybu nebo orientace stanovené prováděcím právním předpisem ...*“ [aplikace.mvcr.cz, cit. 23. 6. 2014]

Vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečující bezbariérové užívání staveb, ve znění pozdějších předpisů, v § 1, dále říká, že musí být zabezpečeno, aby stavby mohly být užívány lidmi „... *s pohybovým, zrakovým, sluchovým a mentálním postižením, ...*“ [aplikace.mvcr.cz, cit. 22. 6. 2014]

Bezbariérové stavby by měly být například chodníky, přechody, obchody, zdravotnická zařízení, poštovní schránky, pokladny, soudy, policie, obchody, školy, toalety, úřady atd. Na parkovištích a ve veřejných garážích musí být vyznačená parkovací místa pro osoby s těžkým pohybovým postižením, které se přepravují. Bezbariérové stavby nemají mít schody, ale tento nedostatek může být nahrazen výtahem, pohyblivými schody, bezbariérovou rampou nebo zdvihací plošinou. Pro osoby se zrakovým

postižením mají být v budově vodící linie, akustické prvky, signální, varovný a hmatný pás [aplikace.mvcr.cz, cit. 22. 6. 2014].

V dnešní době je více bezbariérových míst, než před lety, ale stále jsou místa, kam se lidé s postižením nebo matky s kočárkem s obtížemi dostanou anebo nedostanou vůbec. Domnívám se, že bezbariérový přístup by měl být zabezpečen na důležitých místech (zdravotnická zařízení, pošty, úřady, dopravní prostředky aj.).

Shrnutí

Druhá kapitola je věnována tématu zdravotního postižení, dále bezbariérovému přístupu. V této kapitole jsou blíže popsána mentální, zraková, sluchová, tělesná a řečová zdravotní postižení. Lidé se zdravotním postižením tvoří větší část žadatelů o příspěvek na péči, proto jsem se těmto termínům blíže věnovala. Problém vidím především u komunikace se zdravotně postiženými lidmi a u bezbariérového přístupu na Úřad práce ČR, krajské pobočce Liberec, kontaktním pracovišti Jablonec nad Nisou. Z tohoto důvodu se této problematice věnuji v praktické části práce. Poslední kapitola teoretické části vysvětluje příspěvek na péči, správní řízení, sociální setření, postavení sociálního pracovníka a také kontrolu využití příspěvku na péči.

3 Příspěvek na péči

Kapitola týkající se příspěvku na péči bude věnována nejprve definici příspěvku a jeho smyslu, podmínkám nároku, výše příspěvku, povinnostem žadatele, řízení o příspěvku na péči, sociálnímu šetření, správnímu řízením, kontrole využívání příspěvku, syndromu vyhoření a supervizi. Důležitou částí této kapitoly je téma postavení sociálního pracovníka, které také je součástí praktické části bakalářské práce.

Příspěvek na péči je zakotven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který byl přijat v květnu 2006 a vydán ve Sbírce zákonů. Tento zákon dále využívá vyhlášku č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů a dále zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. Služby se poskytují osobám, které jsou v nepříznivé sociální situaci, nemohou ji vyřešit vlastními silami, musejí být individuální a musejí podporovat samostatnost (Koldinská in Matoušek, 2007). „*Příspěvek je určen osobě s nepříznivým zdravotním stavem, nikoliv osobě pečující.*“ (Malíková, 2011, s. 43)

Smyslem poskytování příspěvku na péči je snaha pomoc osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby a mají dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 108/2006 Sb.) v § 1 „... *upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen „osoba“)* prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“ (§ 1, zákon č. 108/2006 Sb.) Dále jsou v zákoně také upraveny předpoklady sociálního pracovníka vykonávající sociální služby, informace o bezplatném základním sociálním poradenství při řešení nepříznivých situací. Musí být zachována lidská důstojnost a služby jsou poskytnuty v zájmu osob (§ 1, § 2, § 7 zákon č. 108/2006 Sb.).

Žadatelem o příspěvek na péči bývá nejčastěji osoba s trvalým pobytem na území České republiky, dále cizinec s trvalým pobytem na území České republiky, cizinec a rodinný příslušník občana členského státu Evropské unie splňující podmínky (§ 4 zákon č. 108/2006 Sb.). Dále oprávněnou osobou může být cizinec s dlouhodobým pobytem

na území České republiky delší než 3 měsíce, osoba s uděleným azylem a další osoby. Příspěvkem na péči klienti hradí různé služby a pomoc [www.mpsv.cz, cit. 18. 6. 2014].

Orgány rozhodující o příspěvku jsou Úřady práce ČR – krajské pobočky a jejich kontaktní pracoviště, odvolacím orgánem je Ministerstvo práce a sociálních věcí. Úřady práce ČR spolupracují hlavně s Okresní správou sociálního zabezpečení (dále jen OSSZ) – Lékařskou posudkovou službou (dále jen LPS), dále mohou spolupracovat s magistráty, městskými úřady, domovy pro seniory, nemocnicemi atd.

3.1 Podmínky nároku příspěvku na péči a jeho výše

Příspěvek na péči je určen osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, která má dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí stav, který trvá anebo má trvat déle než jeden rok. Pomoc může být poskytována blízkou osobou, asistentem sociální péče nebo poskytovatelem sociálních služeb (zapsaný v registru poskytovatelů služeb). O příspěvek na péči může žádat osoba starší jednoho roku, která má omezenou duševní, smyslovou nebo fyzickou schopnost a tyto schopnosti omezují soběstačnost a péči o sebe. Příspěvek je hrazen ze státního rozpočtu (§ 3, § 7, zákon č. 108/2006 Sb.). Příspěvek na péči je přiznán jak osobám v domácím prostředí, tak v zařízení sociálních služeb. Pomoc této osobě může rodina, ale také poskytovatel služeb nebo jiná fyzická či právnická osoba (Králová, Rážová, 2007).

Příspěvek má čtyři stupně a je rozdělen pro osoby do 18 let věku a nad 18 let věku a to:

Osoba do 18 let věku:

- I. stupeň (lehká závislost) – osoba neschopna zvládat 3 základní životní potřeby,
- II. stupeň (středně těžká závislost) – osoba neschopna zvládat 4 nebo 5 základních životních potřeb,
- III. stupeň (těžká závislost) – osoba neschopna zvládat 6 nebo 7 základních životních potřeb,
- IV. stupeň (úplná závislost) – osoba neschopna zvládat 8 nebo 9 základních životních potřeb.

Osoba starší 18 let věku:

- I. stupeň (lehká závislost) – osoba neschopna zvládat 3 nebo 4 základní životní potřeby,

- II. stupeň (středně těžká závislost) – osoba neschopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb,
- III. stupeň (těžká závislost) – osoba neschopna zvládat 7 nebo 8 základních životních potřeb,
- IV. stupeň (úplná závislost) – osoba neschopna zvládat 9 nebo 10 základních životních potřeb (§ 8, zákon č. 108/2006 Sb.).

Výše uvedenými základními životními potřebami se rozumí: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, domácí aktivity a péče o domácnost. Péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let věku (§ 9, zákon č. 108/2006 Sb.).

Výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc:

Osoby do 18 let věku:

- I stupeň 3 000 Kč,
- II stupeň 6 000 Kč,
- III stupeň 9 000 Kč,
- IV stupeň 12 000 Kč.

Osoby starší 18 let věku:

- I stupeň 800 Kč,
- II stupeň 4 000 Kč,
- III stupeň 8 000 Kč,
- IV stupeň 12 000 Kč (§ 11, zákon č. 108/2006 Sb.).

3.2 Sociální šetření

Sociální šetření provádí sociální pracovník krajské pobočky Úřadu práce České republiky pro účely posouzení stupně závislosti v přirozeném sociálním prostředí a zjišťuje samostatnost osoby. O tomto sociální šetření sociální pracovník sepisuje písemný záznam, který oprávněná osoba, příp. zákonný zástupce, opatrovník podepisuje. Po provedení šetření krajská pobočka Úřadu práce ČR žádá OSSZ – LPS o posouzení zdravotního stavu pro účel posouzení stupně závislosti osoby. Součástí této žádosti jsou dvě přílohy a to kopie žádosti o příspěvek na péči a záznam ze sociálního

šetření. Sociální šetření se také provede na žádost OSSZ – LPS z důvodu kontroly původního zdravotního posudku (§ 25, zákon č. 108/2006 Sb.).

Sociální šetření se musí provést v domácím prostředí žadatele. Sociální pracovník do záznamu o sociálním šetření uvádí sdělení žadatele, příp. osoby poskytující péči, jaké má potíže, potřeby, co osoba zvládá, nezvládá nebo zvládá s obtížemi. Tento záznam také doplňuje o informace zjištěné svým vlastním pozorováním klientova prostředí. Délka sociálního šetření je různá, ale v praxi většinou trvá od 20 minut do 45 minut. Vypracované sociální šetření a lékařský posudek jsou důležité pro rozhodnutí o stanovení stupně závislosti a tím tedy i výše částky příspěvku (Musil, Hubíková, Havlíková, Kubalčíková, 2011). Sociální šetření provádí zpravidla jeden sociální pracovník. V případě možného ohrožení během cesty nebo vlastního šetření v rodině je doporučeno provádět šetření ve dvojici. Termín sociálního šetření si pracovník domlouvá předem (Normativní instrukce č. 19/2013). Klient, který má trvalý pobyt jinde než skuteční pobyt a nelze provést sociální šetření v místě trvalého pobytu, tak Úřad práce ČR může usnesením dožádat, úřad v místě skutečného pobytu (Králová, Rážová, 2007).

Vzor záznamu sociálního pracovníka je zveřejněna ve Sbírce zákonů ČR, ve vyhlášce č. 332/2013 Sb., o vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka, ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška nabyla účinnosti dne 1. listopadu 2013. Je zde uvedena doporučená doba, která by měla být při provánění sociálního šetření 105 minut až 250 minut. Tato lhůta není v praxi dodržována [aplikace.mvcr.cz, cit. 18. 6. 2014]. Výše zmiňovaný záznam sociálního pracovníka je velmi všeobecný. Sociální pracovník Úřadu práce ČR z počítačového programu vytiskne specifický záznam pro zaznamenání zjištěných informací na sociálním šetření. Je zde vedeno jméno, příjmení klienta, den provedení sociálního šetření nebo kontroly, deset oblastí zvládání základních životních potřeb (mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost), na konci tohoto záznamu je podepsán sociální pracovník a klient.

3.3 Postavení sociálního pracovníka v rámci rozhodovacího procesu

Sociální pracovník vykonává hlavně sociální šetření, ale zabezpečuje i jiné pracovní povinnosti (např. sociální agendu, poradenství, metodickou, koncepční a odbornou činnost atd.). Sociální pracovník musí být plně svéprávný, bezúhonný, se zdravotní a odbornou způsobilostí. Odbornou způsobilostí se rozumí vyšší odborné vzdělání a vysokoškolské vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci, pedagogiku, sociálně právní činnost, charitativní a sociální činnost, absolvování akreditovaných kurzů ve výše uvedených oblastech a to v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe v sociálním oboru v trvání minimálně 5 let při splnění podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání jiného oboru než výše jmenovaných nebo minimálně 10 let při středoškolském vzdělání s maturitní zkouškou v sociálně právním oboru. Sociální pracovník musí splnit další vzdělání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, při kterém si doplňuje a obnovuje způsobilost. Může se jednat o akreditované kurzy, odborné stáže, konference a školicí akce. Dokladem o absolvování dalšího vzdělání je osvědčení nebo jiné potvrzení (§ 109, § 110, § 111, zákon č. 108/2006 Sb.). Na sociální pracovníky současná společnost klade velké požadavky a nároky (Zajacová, 2014). Podle Stejskalové (2014) na jedné straně rostou nároky na pracovníky a jejich flexibilitu, ale na druhé straně je nízké finanční ohodnocení, malá prestiž oboru, nedostatečná legislativa, neustálé snižování nákladů atd., ale i tak pracovníci musejí kvalitně a profesionálně pomoci svým klientům. Důležitý je: „*Vztah nejen na úrovni sociálního pracovníka – klient, ale také na úrovni spolupracujících organizací a institucí, vztah člověka ke společnosti, sociálních pracovníků vůči své profesi, vztah k sobě samému.*“ (Stejskalová, 2014, s. 12) Sociální pracovník má dbát o svou osobnost, rozvíjet ji a využívat psychohygienu.

Podle Musila (2007) by vedoucí pracovníci měli svěřit sociálnímu pracovníku vlastní případy, protože je schopen pracovat s klientem samostatně. Někdy se od sociálního pracovníka očekává, že bude administrátor, který má agendu a ta má předepsané rozhodovací postupy. Pracovník bude komunikovat s klientem z důvodu získání potřebných informací, aby mohl administrativně rozhodnout. Vysokoškolský pracovník s vystudovaným oborem sociální práce má být nejen administrátor, ale také by měl dělat na profesionální úrovni práci s klientem. Měl by vědět o rozhodovacích postupech,

ale také pomáhat klientům. Sociální pracovník má umět pomáhat klientovi v různých situacích, i když jsou někdy velmi složité, ale přitom není ani psychologem, ani právníkem. Z výše uvedeného vyplývá dilema, zda postavení sociálního pracovníka je pomáhající nebo kontrolující (Musil, 2007). Je vymezeno sedm dilemat: „(1) dilema komplexnosti cíle intervence, (2) dilema kvality intervence, (3) dilema klientelismu, (4) dilema autoritativnosti, (5) dilema proceduralizace, (6) dilema obsahu poskytované pomoci a (7) dilema časování intervence.“ (Musil in Navrátil, 2007, s. 75) Sociální pracovník reaguje na výše uvedená dilemata (Musil in Navrátil, 2007). Sociální pracovník může mít také etické dilema, kdy je jasné, jak se má rozhodnout, ale rozhodnutí mu nevyhovuje (klientovi nemůže pomoci, jelikož nesplňuje podmínky pro získání dávky). Pro někoho rozhodnutí je jednodušší než pro druhého (Banks in Nečasová, Dohnalová, Talašová, 2010).

Nečasová a Musil (2006) říkají, že klienti někdy vyžadují od sociálního pracovníka psychickou podporu a lidský kontakt. Dále má být přítomen respekt ke klientovi, zachována lidská důstojnost a snaha vycházet z jeho potřeb. Motivací sociálního pracovníka by měla být snaha pomoci druhým lidem, dobrý kolektiv a pozitivní atmosféra v něm, různorodá pracovní náplň a svoboda při plnění pracovních povinností.

Podle Horáka (2008) postavení sociálních pracovníků ve státních organizacích je rozporuplné, protože mají konfliktní role. Pracovníci si nejsou jisti, zda dát přednost zájmům organizace, dodržovat předpisy a nařízení nebo se zajímat o určité potřeby klientů, proto někdy dochází k neosobním přístupům ke klientům. Byrokratický postup svazuje pracovníky, kteří se nemohou svobodně rozhodnout, nebo se jedná o profesionální pracovní postup, který se zaměří na životní situaci klienta. Pracovníci v praxi kombinují oba postupy nebo mají dilema, jak se k danému problému postavit. V sociálních službách je podle Střelkové (2007) nárůst byrokracie, kterou se navyšují náklady na kancelářské potřeby, ale také na pracovníky. Sociální pracovníci by měli mít přiměřené pracovní prostředí, dobrou organizační strukturu a vedení, supervizi, odpovídající finanční ohodnocení a vymezenou pracovní náplň.

Domnívám se, že sociální pracovník nebo sociální pracovníce v rámci rozhodovacího procesu má spíše administrativní postavení tzn., že přebírá a kontroluje žádosti o příspěvek na péči, hlášení změny (změna výplaty, adresy, nástup a ukončení hospitalizace, úmrtí žadatele aj.), žádá OSSZ – LPS o posouzení zdravotního stavu,

přerušuje řízení, vyrozumí účastníka řízení, vystaví rozhodnutí o příspěvku, vyřizuje odvolání a postupuje ho Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR. Na sociální práci ve smyslu sociálního šetření nezbyvá tolik času, jak určují směrnice.

Sociální pracovník by se měl řídit Etickým kodexem sociálních pracovníků ČR, který byl schválen Společností sociálních pracovníků 19. 5. 2006, ale účinnosti nabyl od 20. 5. 2006. Sociální pracovník má respektovat lidská práva a jedinečnost člověka bez ohledu na původ jedince, státní příslušnost, věk, pohlaví, sexuální orientaci, zdravotní postižení, barvu pleti atd., nediskriminovat klienty, chránit soukromé, osobní a důvěrné informace. Pracovník by měl pomáhat, ale také kontrolovat, problémy řešit s kolegy, vedoucími a dalšími odborníky [sspcr.xf.cz, cit. 28. 6. 2014]. Podle Mezinárodního etického kodexu sociální práce – principy má dále sociální pracovník podporovat lidskou důstojnost a sociální spravedlnost (Malíková, 2011). Podle Ministerstva práce a sociálních věcí ČR sociální pracovník a posudkový lékař mají společné to, že se jedná o pomáhající profesi, která bývá často ohrožena syndromem vyhoření a stresem. Po jisté době každý pracovník má určité symptomy. Sociální pracovník má dát najevo empatii a pomoc při sociálním šetření. Syndromem vyhoření se mění chování sociálního pracovníka, je duševně vyčerpaný, s nízkou empatií, depresivní, unavený, trpí bolestmi hlavy a poruchami spánku. Velmi důležité je, aby byla dobrá spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem [www.mpsv.cz, cit. 19. 6. 2014]. Osobně si nejsem jistá, zda posudkový lékař je pomáhající pracovník. Posudkový lékař při posuzování stupně závislosti klienta nevyšetřuje, jeho zdravotní stav posuzuje pouze dle zdravotní dokumentace a ze záznamu sociálního šetření.

Dobré všeobecné vzdělání pomáhá sociálnímu pracovníku rozumět metodickým postupům v práci. Musí prohlubovat své vědomosti a znalosti sebevzděláváním. Sociální pracovník má být poctivý, spravedlivý, pracovitý, důvěryhodný, citově vyrovnaný a empatický. Měl by umět jednat s lidmi (Novotná, Schimmerlingová, 1992). Malíková (2011) říká, že se sociální pracovník má řídit platnými zákony, vnitřními organizačními normami (směrnice, metodické pokyny aj.), znát organizační strukturu, provádět sociální poradenství, zachovávat mlčenlivost, respektovat práva klientů, mít zájem o supervize, vzdělávání se atd. Kompetence jsou: schopnosti rozvíjet komunikaci, orientovat se a plánovat postup, podporovat a pomáhat klientovi k jeho soběstačnosti,

poskytovat služby, pomáhat v organizaci práce a neposlední řadě také osobní růst (Havrdová in Matoušek, 2008).

Sociální pracovníci by měli poznat své klienty a působit na ně, poznat jejich sociální prostředí a snažit se poznat interakci nebo vazby mezi klienty a jejich sociálním prostředím (Musil, Hubíková, Havlíková, Kubalčíková, 2011). U sociálního pracovníka se předpokládá, že má zájem o klienta, je ochotný druhým pomoci, je otevřený, vnímavý, citlivý, empatický, slušný, odpovědný, tolerantní, naslouchá druhým, zvládá verbální a neverbální komunikaci. Bohužel sociální pracovník je veřejností vnímán jako úředník sedící za stolem a disponující se státními financemi, který má jistou moc. (Jankovský, 2007). Podle Řezníčka (1994) by sociální pracovník měl pomáhat klientům (vzhledem k onemocnění nebo postižení), snažit se předcházet krizi, pomoci při analýze a řešení různých problémů. Normativní instrukce č. 19/2013 říká, že sociální pracovník má respektovat žadatele, přistupovat k němu individuálně, získávat důvěru, seznamovat ho s jeho právy a povinnostmi, spolupracovat s rodinou, osobami blízkými a s obecním úřadem. Musí zachovat vždy mlčenlivost. Při sociálním šetření sociální pracovník shromažďuje informace, ověřuje informace uvedené v žádosti, podporuje rodinu.

3.4 Další kroky ve správním řízení

Aby byl pohled na zpracování agendy přiznávání příspěvku na péči komplexní, je nutno krátce popsat také usnesení o přerušení řízení, posouzení stupně závislosti příslušnou OSSZ – LPS, vyrozumění (seznámení) účastníka řízení s podklady před vydáním rozhodnutí, rozhodnutí a opravný prostředek proti rozhodnutí. Této problematice se budou stručně věnovat následující kapitoly.

3.4.1 Usnesení o přerušení řízení a posouzení stupně závislosti příslušnou OSSZ – LPS

Po provedení sociálního šetření, sepsání záznamu o sociálním šetření a podání žádosti o posouzení zdravotního stavu OSSZ – LPS musí Úřad práce ČR přerušit řízení o příspěvku na péči a to po celou dobu, co bude OSSZ – LPS posuzovat stupeň závislosti osoby. Proti usnesení o přerušení řízení se nikdo nemůže odvolat (§ 26, zákon č. 108/2006 Sb.). Po obdržení zdravotní dokumentace žadatele o příspěvek na péči

od obvodního lékaře posudkový lékař analyzuje a vypracovává posudek (Novosad, 2009). Posudkový lékař OSSZ – LPS při posuzování zdravotního stavu vychází ze sociálního šetření a z lékařských. Posudkový lékař vydá posouzení zdravotního stavu, které je velmi důležité při rozhodnutí o přiznání či nepřiznání (zamítnutí) dávky (§ 25, zákon č. 108/2006 Sb.). Posudkový lékař OSSZ – LPS posuzuje deset základních životních potřeb, mezi které patří mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

3.4.2 Vyrozumění (seznámení) účastníka řízení s podklady před vydáním rozhodnutí

Po obdržení posudkového závěru OSSZ – LPS Úřad práce ČR vyrozumí účastníka o obnovení řízení, jelikož již pominuly důvody přerušení řízení. Účastník řízení se může vyjádřit k podkladům před vydáním rozhodnutí podle § 36 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů, do protokolu [aplikace.mvcr.cz, cit. 11. 6. 2014]. V případě seznámení účastníka řízení s podklady a ten nemá žádnou výtku nebo se účastník nevyjádří k podkladům před vydáním rozhodnutí ve stanovené lhůtě pro vyjádření, vystavuje Úřad práce ČR rozhodnutí o přiznání nebo zamítnutí žádosti (§ 25, zákon č. 108/2006 Sb.).

3.4.3 Rozhodnutí a opravný prostředek proti rozhodnutí

Posledním krokem při správním řízení ve věci příspěvku na péči je vydání rozhodnutí, které je upraveno v zákoně č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. Rozhodnutí se vydává bez zbytečného odkladu a je doručováno do vlastních rukou. Rozhodnutí nabývá právní moci ve lhůtě 15 dnů ode dne převzetí rozhodnutí. Toto pravomocné rozhodnutí je vykonatelné a může dojít k vyplácení příspěvku [aplikace.mvcr.cz, cit. 11. 6. 2014]. Případné odvolání se podává krajské pobočce Úřadu práce ČR, ale rozhoduje o něm Ministerstvo práce a sociálních věcí (§ 28, zákon č. 108/2006 Sb.). Rozhodnutím se příspěvek buď přiznává ve výši a stupni, který je uveden v lékařském posudku nebo nepřiznává, pokud tak je uvedeno v posudku.

Rozhodnutí se vydává i v případě návrhu na změnu výše příspěvku na péči (§ 25, zákon č. 108/2006 Sb.). Klient se může odvolat pouze proti rozhodnutí [www.mpsv.cz, cit. 17. 6. 2014].

Pro příklad uvádím situaci v průběhu roku 2014 v oblasti přiznávání příspěvku na péči v Jablonci nad Nisou. V níže uvedené tabulce je uvedeno, kolik osob je v jakém stupni přiznaných příspěvků na péči. Na Úřadu práce ČR v Jablonci nad Nisou pracují čtyři sociální pracovníce a zde je vidět kolik mají dohromady klientů. V průměru má každá sociální pracovníce 539 klientů, jak je také uvedeno v úvodu. Agendu nemají rozdělenou, proto se nedá říci přesný počet klientů na jednu sociální pracovníci. Jedna sociální pracovníce může také provádět sociální šetření příspěvku na péči, ale je zaměstnaná na oddělení osob se zdravotním postižením, kde provádí sociální šetření v rámci žádosti o příspěvek na zvláštní pomůcku.

Tabulka č. 4 Počet klientů pobírající příspěvek na péči v určité výši

| Měsíc | Osoby starší 18 let | | | | Osoby do 18 let věku | | | | CELKEM |
|-----------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|------------|------------|------------|---------------|
| | 800,- | 4 000,- | 8 000,- | 12 000,- | 3 000,- | 6 000,- | 9 000,- | 12 000,- | |
| Leden | 668 | 621 | 462 | 207 | 95 | 30 | 34 | 19 | 2 136 |
| Únor | 669 | 619 | 460 | 202 | 93 | 29 | 32 | 18 | 2 122 |
| Březen | 675 | 619 | 459 | 222 | 99 | 32 | 32 | 18 | 2 156 |
| Duben | 674 | 618 | 455 | 238 | 97 | 32 | 38 | 16 | 2 168 |
| Květen | 671 | 614 | 456 | 201 | 97 | 33 | 35 | 17 | 2 124 |
| Červen | 670 | 620 | 468 | 245 | 98 | 30 | 36 | 19 | 2 186 |
| Červenec | 671 | 651 | 456 | 227 | 103 | 41 | 35 | 16 | 2 200 |
| Srpen | 674 | 622 | 470 | 223 | 104 | 33 | 36 | 20 | 2 182 |
| Září | 671 | 619 | 469 | 124 | 124 | 31 | 38 | 20 | 2 096 |
| Říjen | 666 | 629 | 420 | 227 | 103 | 37 | 38 | 22 | 2 142 |
| Listopad | 669 | 637 | 482 | 224 | 96 | 31 | 38 | 22 | 2 199 |
| Prosinec | 650 | 362 | 474 | 222 | 107 | 31 | 37 | 13 | 2 166 |
| CELKEM | 8 028 | 7 501 | 5 531 | 2 562 | 1 216 | 390 | 429 | 220 | 25 877 |

Zdroj: Vlastní výpočty

3.5 Kontrola využívání příspěvku na péči

Kontrola využívání příspěvku na péči je uvedena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v § 29. Pracovníci Úřadu práce České republiky mají povinnost kontrolovat využívání příspěvku, tím se rozumí, zda je příspěvek použit

k zajištění pomoci, zda pomoc poskytuje osoba blízká, asistent sociální péče podle § 83, jiný registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo zdravotnické zařízení se speciálním lůžkem (hospic). Při kontrole se také zjišťuje, zda ten kdo je uvedený v žádosti o příspěvek na péči poskytuje pomoc osobně a v rozsahu potřeb. V poslední řadě také kontrole podléhá, zda je smlouva o poskytování sociálních služeb uzavřena s poskytovatelem sociálních služeb (§ 29, zákon č. 108/2006 Sb.).

O provedené kontrole je písemně vyhotoven záznam do spisu, který je podepsaný osobami provádějícími kontrolu. V záznamu jsou zjištěné skutečnosti, nedostatky s uvedením porušených právních předpisů. Kontrolovaná osoba je se záznamem seznámena. V případě zjištění závažných nedostatků Úřad práce ČR informuje příslušný krajský úřad. Jestliže správní orgán, který provádí kontrolu, má možnost vyžádat si od příjemce příspěvku způsob využívání příspěvku na péči (§ 29, zákon č. 108/2006 Sb.).

V letošním roce je posílena kontrola využívání příspěvku na péči. Kontrola je z důvodu podezření na nevyužívání příspěvku. V minulých letech nebyl dostatečný počet sociálních pracovníků nebo pracovníc, kteří by kontroly prováděli. Letos se situace zlepšila. Jsou určené sociální pracovníce, které provádějí pouze kontroly, případně provedou klasické sociální šetření.

3.6 Syndrom vyhoření

Dle Maroona (2012) existuje mnoho definic syndromu vyhoření, ale většinou mají společné znaky. Mezi tyto znaky patří, že syndrom vyhoření je individuální pro každého člověka, týká se pocitů, motivů, způsobů chování, očekávání, negativního citového tlaku, nelibosti. Dále definice popisují fyzické i psychické emocionální vyčerpání, po kterém následuje lhostejnost a nedůvěra. Negativní pocity postupem času narůstají, dostavuje se odosobnění proti klientovi. Pracovník se k němu chová pohrdavě a nepřiměřeně, negativní postoj má i k sobě a svým schopnostem. „*Trpí negativními náladami, depresí a vyhýbání se odpovědností. Ztrácí tvořivost a není s to poradit si s problémy. Chová se jinak.*“ (Maroon, 2012, s. 26) Syndrom vyhoření je především spojován s pracovním prostředím, ale týká se například i vztahů v rodině a vůči přátelům. Vyhoření může být trvalé, neustupující ochablost a dočasná únava, kterou

nám pomůže vyřešit odpočinek a dovolená. Je problémem v západních zemích, kde se klade důraz na výkon a seberealizaci pracovníků, může z něho také vyplývat řada nemocí.

„Anglická slova burn-out effect, burn-out syndrome znamenají efekt, syndrom vyhoření, vyhasnutí či vypálení.“ (Švingalová, 2006, s. 46) Vývoj syndromu vyhoření můžeme popsat čtyřmi fázemi a to: fáze nadšení, fáze frustrace, fáze apatie a stagnace a fáze celkového vyčerpání. Vyvíjí se velmi pomalu a často mnoho let. Syndrom vyhoření se vyskytuje u lidí méně asertivních, více soutěživých, depresivních, neschopných odpočinku, dále při dlouhodobém pracovním stresu, především při práci s lidmi a pracovním výkonu, který má být kvalitní a kvantitativní. Nižší riziko syndromu vyhoření je u lidí asertivních, schopných správně organizovat si pracovní a mimopracovní život, schopných relaxovat, s pracovní a osobní oporou (Švingalová, 2006). Syndromem vyhoření se rozumí také ztráta energie a ideálů, dále se projevuje slabostí, pocitem nevolnosti, bolestmi zad a hlavy, změnou váhy a jídelníčku, depresivními náladami. V případě rozvinutého syndromu člověk ztrácí smysl života, který může vést k rezignaci, až k přání zemřít (Herman, Doubek, 2008).

„Vyhoření není totéž co stres. Dochází k němu v důsledku chronického stresu. Stresové faktory coby spouštěče tedy hrají při vzniku burnout syndromu zásadní roli.“ (Stock, 2010, s. 15) Hlavní příznaky syndromu vyhoření jsou vyčerpání - únava, vysílení, odcizení - člověk je odosobněný až lhostejný, ztráta sebeúcty, pocit méněcennosti atd. a pokles výkonnosti - nízká produktivita, ztráta nadšení, aj. (Stock, 2010).

Náš život přináší riziko stresu, který můžeme řešit týdenním harmonogramem, rozvrhem hodin, plánováním zájmových a pohybových akcí. V případě fungujícího a realizovaného harmonogramu nám pomáhá chránit před stupňujícím se psychickým stresem. Při plánování rozvrhu nesmíme také zapomenout na odpočinek, relaxaci a rodinu. Duševně pracující osoby mají vyšší riziko psychického stresu. Jisté je, že každá práce může být stresová. Stres prožíváme také v rodině, v práci mezi zaměstnanci, ve škole atd. *„Obrana před stresem a kvalita celkové životní pohody závisí na osobním režimu dne a stravování.“* (Dienstbier, 2009, s. 35) Podle Švingalové (2006) je stres zátěž, napětí. Stresové situace člověk někdy řeší útokem, útekem nebo se je snaží kompenzovat jinou aktivitou (pohybem, prací). Dále hledá jiné strategie řešení stresu. Stres nemusí být pouze škodlivý, ale také může zvyšovat odolnost člověka

při různém zatížení. Škodlivý stres je dlouhotrvající a opakující se. Ve vysoké míře může vést ke smrti. Pracovní stres může ovlivnit pracovní a fyzické (prach, hluk, teplota) prostředí, organizace a obsah práce. Proti stresu lze bojovat antistresovými relaxačními programy, aktivitami, humorem, správnou životosprávou a zdravým životním stylem.

„*Stres nemusí být jenom negativní.*“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 9) Jedince stres může aktivizovat, motivovat při hledání nového řešení situace, rozvíjí se mu zkušenosti a dovednosti. Stres lze tedy rozdělit na negativní (distres – smrt) a pozitivní (eustres – radost). Stres může být v životě člověka také prospěšný. Mezi nejčastější způsoby obrany při zvládnání zátěžových situací je útok, agrese a únik (Jeklová, Reitmayerová, 2006). Stres je organizační - bouře ve věcech, psychologický - bouře v hlavě a fyziologický - bouře v celém organismu (Honzák, 2013).

Stock (2010) uvádí, že rizikovými faktory je zvýšená pracovní zátěž (vyšší nároky a působení rušivých vlivů), nedostatek samostatnosti, uznání, byrokracie, špatný kolektiv, nespravedlnost, konflikt hodnot. Při pocitu vyhoření můžeme zkusit najít profesionální pomoc např. u praktického lékaře, v relaxaci, cvičení nebo změnit svůj postoj, v sociální podpoře atd. (Stock, 2010). Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků se vyskytuje především na pracovišti, kde se nadřízení nevěnují potřebám pracovníků, nejsou řádně proškoleni zkušenými spolupracovníky, neexistuje plán osobního rozvoje, neexistují supervize, vyskytují se konfliktní situace mezi pracovníky, při dosaženém vyšším vzdělání, větším počtu klientů na pracovišti, za přítomnosti soupeřivé atmosféry (Švingalová, 2006). Sociální pracovník, který prožívá vyhoření, si stanovuje menší cíle, skrývá se za jiné viníky, není moc empatický ke klientům, usiluje o zajištění si osobních výhod nebo skončí ve svém zaměstnání (Maroon, 2012). Zaměstnanci pracující s lidmi by měli dodržovat pár zásad duševní hygieny. Měli by mít jistý odstup od klientů, nepotlačovat pocity, ale s někým o nich hovořit (jít za kolegou, supervizorem), využít přestávky k odpočinku a relaxaci. Důležité je „... *oddělovat pracovní život od osobního.*“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 20)

Myslím si, že syndromem vyhoření jsou ohrožené pracovní profese jako: úředníci, zdravotnický personál, řidiči autobusů, učitelé, policisté, sociální pracovníci aj. Tato situace je velmi nebezpečná a měli bychom se proti ní bránit a vyhledat pomoc. Většina lidí si pod pojmem stres představuje spíše ten negativní než pozitivní.

Se syndromem vyhoření úzce souvisí supervize, která může být prevencí proti tomuto syndromu.

3.7 Supervize

Supervize je zajiště důležitou duševní očištěnou pro sociální pracovníky a sociální pracovnice. Tento pojem bude níže objasněný a popsáný. Úřady práce České republiky supervizi podceňují a na žádné krajské pobočce se neuskutečňuje, alespoň mi to není známo.

Jedna z definic supervizi definuje jako: „... čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem.“ (Hess in Hawkins, Shohet, 2004, s. 59) Tři hlavní funkce supervize jsou vzdělávací, podpůrná a řídicí (Kadushin in Hawkins, Shohet, 2004). Dále Proctorová popisuje podobné funkce, kterými jsou formativní, restorativní a normativní (Proctorová in Hawkins, Shohet, 2004). Podle Matouška (2008) má funkční supervize bránit, aby pracovník „vyhořel“.

Sociální pracovníci by měli mít podporu nezávislého kvalifikovaného pracovníka, kterým nejčastěji bývá supervizor. Supervize je nástrojem prevence syndromu vyhoření a měla by sociálním pracovníkům sloužit k rozvoji osobnímu, ale také profesnímu (Dvořáčková, 2013). Supervizor poskytuje podporu, pomáhá supervidovanému učit se a rozvíjet se, odpovídá za činnosti jak supervidovaného, tak vůči klientovi a má také odpovědnost vůči organizaci, která supervizi nasmlouvala. Druhy supervizí jsou výukové, výcvikové, řídicí a poradenské (Hawkins, Shohet, 2004). Mezi modely supervize patří např. individuální, týmová, skupinová supervize, supervize mezi kolegy (Bártlová, 2007). Při supervizi se dodržují základní etická práva a to: „... být prospěšný, neuškodit, nezneužívat, nemanipulovat.“ (Matoušek in Bártlová, 2007, s. 55) Jankovský (2007) uvádí, že supervize je důležitá pro vzdělání a osobní rozvoj.

Cílem supervize je odkrýt emoce a přijmout péči od terapeuta, který je schopný použít různé metody práce, rozvinout kritické myšlení, schopnost určit si vlastní směr, zlepšit osobní kvality v profesi, komunikační schopnosti a zlepšení mezilidských vztahů. Supervizor má radit, vyučovat, podporovat, řídit a hodnotit, k tomu mu slouží pedagogická, podpůrná a evaluativní funkce (Maroon, 2012). Supervizor je

specializovaný odborník a supervizant je zúčastněnou osobou. Někdy o supervizi koluje řada různých mýtů například, že je to druh kontroly, je potřebná pouze tam, kde jsou problémy a kde vše funguje, není tedy potřeba atd. (Malíková, 2011). Střelková (2007) spatřuje mezery „... v oblasti supervize, zejména pak v počtu a kvalitě vhodných supervizorů pro oblast sociální práce.“ (Střelková, 2007, s. 17) Mezery také vidí v dalším vzdělání, kterého je nedostatek z důvodu obsahového, akreditačního atd.

Pracuji na Úřadu práce České republiky, ale nikdy jsme neměli supervize. Má první zkušenost byla až na Univerzitě Hradec Králové. Byla to pro mě velmi dobrá zkušenost. Jednalo se o balintovskou skupinu. Jde o supervizi, která je zaměřená na jednotlivce, ale provádí se ve skupině (Procházková in Vodáčková, 2007). Domnívám se, že supervize může být užitečná, ale velmi důležitý je supervizor, jeho kvalifikace, zkušenosti a osobnost.

Shrnutí

Kapitola třetí je zaměřena na příspěvek na péči, který má pomáhat lidem řešit svoji nepříznivou sociální situaci z důvodu jejich zdravotního stavu nebo jejich věku. V kapitole je uvedeno, k čemu příspěvek na péči slouží, komu je určen, k čemu je určen, jak probíhá správní řízení, jaké jsou podmínky nároku, podle jakých nejdůležitějších zákonů se řídí, kdo je oprávněnou osobou, kdo je příslušný k vyplácení, kdo je poskytovatelem služeb, co je sociální šetření, kdo je kompetentní k jeho provádění, jaké jsou stupně závislosti, jak a kdy se provádí sociální šetření. Dále se zde také věnuji sociálnímu šetření, postavení sociálního pracovníka v rámci procesu rozhodování, syndromu vyhoření a supervizi.

Jak jsem již v úvodu vysvětlila, v teoretické části práce uvádím především termín sociální pracovník, jelikož je uváděn v odborné literatuře a v legislativě. Vzhledem k tomu, že respondentkami výzkumu byly pouze ženy, v praktické části, která následuje, užívám ve většině případů termín sociální pracovnice.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Cíl výzkumu

Tato kapitola a níže uvedené kapitoly budou navazovat na teoretickou část práce, která stručně objasnila pojmy (například zdravotní postižení, stáří, bezbariérovost, příspěvek na péči, syndrom vyhoření a supervize). Dále zde bude stanoven hlavní cíl výzkumného šetření, dílčí cíle, výzkumné metody a techniky sběru dat, výběr souboru respondentů, transformační tabulky dílčích výzkumných cílů, organizace a průběh výzkumu a na závěr interpretace výzkumného šetření.

Hlavním cílem výzkumu je zjistit: Jak sociální pracovníci vnímají své postavení v rámci rozhodovacího procesu? Na Úřadu práce ČR, krajské pobočky v Liberci, na kontaktním pracovišti Jablonec nad Nisou jsou bohužel zaměstnány pouze ženy. Sociální pracovníci mužského pohlaví pracují spíše na oddělení hmotné nouze. Dle mého názoru je to z důvodu, že na oddělení příspěvku na péči jsou méně problémoví a agresivní klienti, než je tomu na oddělení hmotné nouze.

Hlavní cíl jsem rozdělila do čtyř dílčích cílů:

- DVC 1 Zjistit: Jak sociální pracovníci vnímají prostor pro provádění sociální práce a sociálního šetření?
- DVC 2 Zjistit: Jak sociální pracovníci vnímají podmínky své práce a vybavení pracoviště?
- DVC 3 Zjistit: Jak sociální pracovníci vnímají podporu vedení?
- DVC 4 Zjistit: Jak sociální pracovníci vnímají spolupráci s dalšími subjekty?

Cílem mého výzkumu je snaha upozornit na problematiku v rámci procesu schvalování příspěvku na péči. Zjištěné informace mohou využít vedoucí pracovníci nebo pracovnice při svém vedení podřízených nebo při vypracovávání metodik. Vyhodnocení výzkumu mohou také využít sociální i jiní pracovníci a pracovnice.

5 Výzkumné metody a techniky sběru dat

Základní rozdělení výzkumu je kvalitativní a kvantitativní. Kvantitativní výzkum se provádí u jevů relativně jednoduchých a celkem dobře poznatelných. Jednoduchými jevy jsou myšleny takové jevy, které se dají zjistit hromadnými daty. „*Je možné tedy odhadnout, jak je definovaný jev stabilní, jakou platnost mají výroky o něm vyslovené.*“ (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 25) Kvantitativní výzkum je měřitelný, zaměřený na rozsah výskytu, frekvenci a intenzitu. Jedná se o velký počet jedinců. Kvantitativní výzkum vychází z pozitivismu, není závislý na citech, přesvědčení a postojích, je jedna realita (Chráška, 2006). „*Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování.*“ (Hendl, 2008, s. 44) Kvantitativní výzkum se skládá z těchto komponentů: teorie, hypotéza, operační (operacionalizovaná) definice, měření, testování hypotézy a verifikace. Měření má být validní (měří se to, co se měřit má) a spolehlivé. Oproti tomu se kvalitativní výzkum zabývá jevy stabilizovanými a zachycuje je v dynamice. Kvalitativní výzkum není měřitelný a neposkytuje informace matematicky a statisticky zpracovatelné. Získané informace jsou nové, proměnné a individuální (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001). Kvalitativní výzkum vychází z fenomenologie, připouští více realit a zdůrazňuje subjektivitu (Chráška, 2006).

Z výše uvedeného odůvodnění jsem si pro praktickou část práce zvolila kvalitativní výzkumnou metodu a výzkumnou techniku strukturovaného rozhoru. Myslím si, že tento druh výzkumu v tomto případě je nejvhodnější. Hendl (2008) uvádí, že jde o pružný a nestrukturovaný výzkum, pracuje s omezeným počtem dotazovaných osob a to především na jednu místě. Výhodou je, že získáme podrobný a hloubkový popis nebo informace, nejsme pouze na povrchu, můžeme sledovat vývoj případu, zkoumání probíhá v přirozeném prostředí, pružně reaguje na místní a lokální podmínky. Někdy je nevýhodou, že výsledky nelze zobecnit na všechny lidi a prostředí, je těžké testovat teorie, jde o časově náročný výzkum, výsledky výzkumu mohou být ovlivněny osobními zkušenostmi dotazovaného, jeho neprůhlednost a nepřehlednost. Z mého pohledu se omezení bude týkat i výstupů z tohoto výzkumného šetření, jelikož rozhovory budou prováděny pouze v rámci jednoho konkrétního pracoviště.

Strukturovaným dotazováním získáme širokou škálu informací. Dotazování je velmi pružné, má však určitou osnovu, účel a cíl. Sběr dat v kvalitativním rozhovoru tvoří

vztah, kdy se překrývá teorie výzkumníka a teorie respondenta. „*Výzkumník se přizpůsobuje respondentovi.*“ (Hendl, 2008, s. 166) Výhodou kvalitativního dotazování je, že můžeme vyzkoušet, zda respondent rozuměl otázkám, respondent nám může sdělit svůj osobní názor a pohled na danou situaci, problematiku a kladené otázky můžeme konkretizovat na určité situace (Hendl, 2008). Kvalitativní výzkum sbírá velké množství dat a jde do hloubky problému (Smékal in Švaříček, Šedřová a kol. 2007). Miovský (2006) říká, že u kvalitativního výzkumu je nízká strukturace výzkumu a v průběhu výzkumu může docházet ke změnám. Výzkumník není nikdy nezávislý, protože je vždy účastníkem a musí se u něho počítat s předsudky a jeho zkušenostmi. Důležité je také, kdo, kdy a kde provádí výzkum. Výhodou může také být osobní vztah s respondenty. „*Každý výzkum přímo nebo nepřímo ovlivňuje zkoumaný proces a mění jej.*“ (Miovský, 2006, s. 26) Zkoumaná data jsou bohatá, jdou do hloubky a ve většině případů nelze výzkum opakovat.

Pro svou bakalářskou práci jsem vybrala strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Podle Hendla (2008) vedení kvalitního rozhovoru je umění i vědou zároveň. „*Vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu.*“ (Hendl, 2008, s. 166) Důležitá je také délka rozhovoru, aby nebyl moc dlouhý, ale ani krátký. Výhodou rozhovoru je, že ho můžeme použít, jestliže nemůžeme použít sběr dat pozorováním, můžeme zjistit i to co bylo předtím a můžeme provést kontrolu získaných dat. Nevýhodou je to, že se jedná o nepřímé informace získané od respondenta v uměle vytvořených podmínkách, informace mohou být zkreslené a někteří lidé neumí dobře vyprávět. Strukturovaný rozhovor se využívá v případech, kdy potřebujeme „... *minimalizovat variaci otázek kladených dotazovanému.*“ (Hendl, 2008, s. 173) Tím se snižuje pravděpodobnost odlišné struktury rozhovoru, získané informace se pak lépe analyzují a srovnávají. Tento typ rozhovoru se použije v případě, kdy nemáme mnoho času na respondenta a nemáme možnost ho opakovat (Hendl, 2008). Při využití rozhovoru získáváme komplexní a detailní informace (Švaříček in Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Miovský (2006) říká, že rozhovor je jednou z nejobtížnějších a nejvýhodnějších metod získávání kvalitativních informací, který je moderovaný, má určitý cíl a účel (Miovský, 2006). Strukturovaný rozhovor je výzkumná metoda, která je na hranici mezi rozhovorem a dotazníkovou metodou (Arksey, Knight in Miovský, 2006). Při průběhu rozhovoru je úsilí zabezpečit pro všechny respondenty srovnatelné podmínky, při kterých se sleduje, jak se budou

lišit odpovědi, reakce, výrazy, gesta atd. (Denzin in Miovský, 2006). Nevýhodou strukturovaného rozhovoru je především omezený prostor respondenta pro rozvoj tématu, pro uplatnění osobitosti tazatele, které se odráží v malém prostoru pro projev respondenta. Další nevýhodou, která se může v mírné podobě objevit jako u dotazníkových metod, může také být například úzké vymezení kladených otázek, každý si je může jinak vysvětlit a jinak jim porozumět. Respondenti se musejí přizpůsobit připraveným a vytvořeným otázkám (Miovský, 2006).

6 Výběr souboru respondentů

Výzkum jsem prováděla v lokalitě, ve které žiji, bydlím a pracuji. Touto lokalitou je Jablonec nad Nisou. Rozhovor byl prováděn s pěti sociálními pracovníci Úřadu práce České republiky, krajské pobočky v Liberci, kontaktní pracoviště Jablonec nad Nisou. Nebylo možné provést více rozhovorů, protože na výše jmenovaném úřadu více sociálních pracovníků nebo pracovníc na oddělení příspěvku na péči nepracuje. Jednalo se tedy o úplný záměrný výběr. Oddělení příspěvku na péči v Jablonci nad Nisou jsem si vybrala z toho důvodu, abych zjistila, jaká je zde ve skutečnosti situace. Po úspěšném vystudování vysoké školy bych na tomto oddělení mohla pracovat.

V teoretické části a v hlavním výzkumném cíli a dílčích výzkumných cílech používám termín sociální pracovník, jelikož je uváděn v odborné literatuře a v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, ale ve výzkumu používám termín sociální pracovnice z důvodu, že na výše jmenovaném Úřadu práce ČR pracují v současné době pouze ženy, tedy sociální pracovnice. Níže je uvedena tabulka s informacemi o sociálních pracovnících.

Tabulka č. 5 Tabulka s informacemi o sociálních pracovnících

| Respondentka | Pohlaví | Délka praxe v dané problematice |
|---------------------|----------------|--|
| A | žena | 6 let |
| B | žena | 8 let |
| C | žena | 1 rok |
| D | žena | 2 roky |
| E | žena | 23 let |

Zdroj: Autor

7 Transformační tabulka dílčích výzkumných cílů

Hendl (2008) uvádí, že u kvalitativního výzkumu je nejprve důležité vybrat téma a poté určit výzkumné cíle. Otázky se mohou upravovat a doplňovat i v průběhu výzkumu, proto se někdy jedná o pružný výzkum (Hendl, 2008). Dva rozhovory nejsou nahrány na diktafon, protože si to sociální pracovníce nepřály, ale získané informace jsou zaznamenány pouze v písemné podobě. U třech respondentek je pořízen zvukový záznam. Dle Miovského (2006) má zvukový záznam velký význam pro výzkumníka, protože je to pomoc a podpora při provádění výzkumu a nemusí si dělat žádné poznámky. Zvukový záznam zachytí takové situace, které tužka ani papír nenabídne. Záznam je komplexní, autentický, nestranný, můžeme provést kontrolu informací a je na něm zachyceno vše, jak se odehrálo. Diktafon by neměl překážet a rušit pozornost respondenta, neměl by být moc vidět, a záznam rozhovoru má být co nejkvalitnější. Níže uvádím tabulku transformace dílčích výzkumných cílů do jednotlivých otázek v rozhovoru.

Tabulka č. 6 Transformační tabulka dílčích výzkumných cílů

| Hlavní výzkumný cíl | | | |
|---|-------------------|---------------------|--|
| Jak sociální pracovníci vnímají své postavení v rámci rozhodovacího procesu? | | | |
| Dílčí výzkumné cíle | Výzkumná technika | Zdroj informací | Otázky pro rozhovor |
| DVC 1: Jak sociální pracovníci vnímají prostor pro provádění sociální práce a sociálního šetření? | Rozhovor | Sociální pracovníce | 1. Jaký máte časový prostor pro provedení sociálního šetření? |
| | | | 2. Jak vnímáte časový poměr mezi prostorem pro sociální šetření a administrativou? |
| | | | 3. O co všechno se v rámci sociálního šetření zajímáte? |
| | | | 4. Jak vnímáte specifické nároky skupin klientů s různým typem postižení? |
| | | | 5. Co je podle Vás důležité na přístupu sociálního pracovníka ke klientům? |
| DVC 2: Jak sociální pracovníci vnímají podmínky své práce a vybavení | Rozhovor | Sociální pracovníce | 6. Jaké je vybavení pracoviště a pracovní podmínky před a po přechodu na Úřad práce České republiky? |
| | | | 7. Jaká je na Vašem oddělení spolupráce s kolegy? |
| | | | 8. Jak vnímáte potenciál Vašeho pracoviště z pohledu počtu pracovníků? |

| | | | |
|---|----------|---------------------|---|
| pracoviště? | | | 9. Jak hodnotíte legislativní a metodické podmínky pro přiznávání příspěvku na péči? |
| | | | 10. Co by se mělo z Vašeho pohledu změnit? |
| | | | 11. Jaký je z Vašeho pohledu přístup do budovy z pohledu klientů? |
| DVC 3: Jak sociální pracovníci vnímají podporu vedení? | Rozhovor | Sociální pracovníce | 12. Jak spolupracujete se svým přímým nadřízeným? |
| | | | 13. Jak vnímáte pozici krajského metodika? |
| | | | 14. Jakou máte spolupráci s Vaším krajským metodikem? |
| | | | 15. Potkali jste se ve své kariéře u sebe nebo u kolegů se syndromem vyhoření? |
| | | | 16. Využíváte možností supervize? Jaký má pro Vás přínos? |
| DVC 4: Jak sociální pracovníci vnímají spolupráci s dalšími subjekty? | Rozhovor | Sociální pracovníce | 17. Jaká je spolupráce se sociálními pracovníky na Městském úřadu? |
| | | | 18. Co byste na této spolupráci změnili? |
| | | | 19. Spolupracujete s nějakými dalšími organizacemi? |
| | | | 20. Jaká je ve Vašem okolí nabídka služeb pro uživatele příspěvku na péči? |
| | | | 21. Jakou máte zkušenost se spoluprací s Okresní správou sociálního zabezpečení – Lékařskou posudkovou službou? |

Zdroj: Autor

8 Organizace a průběh výzkumu

V průběhu měsíce června 2014 jsem sháněla odbornou literaturu, časopisy, zákony a webové stránky, které bych mohla použít v bakalářské práci. Teoretickou část bakalářské práce jsem měla dopsanou na konci září 2014. Poté jsem se začala věnovat praktické části práce.

V měsíci říjnu 2014 jsem vytvořila strukturovaný rozhovor. Na konci měsíce jsem oslovila sociální pracovnice Úřadu práce ČR v Jablonci nad Nisou a tím jsem si tedy provedla předvýzkum. Zjistila jsem, že položené otázky jsou vyhovující, i když situace se v poslední době trochu změnila. Při výběru tématu bakalářské práce byly na výše jmenovaném Úřadu práce ČR pouze dvě sociální pracovnice, jedna administrativní a jedna sociální pracovnice, která byla na oddělení pro osoby se zdravotním postižením. Na tomto oddělení se sociální šetření provádělo v případě podání žádosti o přiznání průkazu pro osoby se zdravotním postižením, příspěvku na mobilitu a zvláštní pomůcky. Sociálních šetření v této problematice byl velký počet a sociální pracovnice nemohla tedy příliš vypomáhat při sociálních šetřeních příspěvku na péči. Poté byly postupně přijaty dvě sociální pracovnice a z tohoto důvodu se situace na oddělení příspěvku na péči zlepšila.

Zjištěné informace z rozhovoru byly odlišné od očekávaných. Bylo provedeno celkem pět rozhovorů s respondentkami. Tři pracovnice souhlasily s nahráváním na diktafon a dvě nesouhlasily s nahráváním, proto jsem si činila v průběhu rozhovoru písemné poznámky. Snažila jsem se zachytit, co největší část jejich výpovědí, aby výzkum neutrpěl. Výběr respondentů nebyl náhodný. Jednalo se o sociální pracovnice, které splňují podmínky dané v zákoně č. 108/2006 Sb., na oddělení příspěvku na péči na Úřadě práce ČR. Sociální pracovnice byly informovány o tom, že získané informace budou sloužit jako podklad pro výzkumné cíle mé bakalářské práce.

Dne 11. 11. 2014 jsem provedla dva rozhovory se sociálními pracovnicemi, které nesouhlasily s nahráváním rozhovoru na diktafon. Poté ve dnech 14. 11. 2014, 9. 12. 2014 a 12. 12. 2014 jsem udělala další rozhovory vždy s jednou sociální pracovnicí, tyto pracovnice souhlasily s nahráváním rozhovoru na diktafon. Do 25. 12. 2014 jsem měla všechny rozhovory přeepsané do elektronické podoby. Jeden

rozhovor bude uveden v příloze č. 1 bakalářské práce. Ostatní přepisy rozhovorů jsou uloženy v mém soukromém archivu.

V lednu a únoru 2015 jsem zpracovávala tyto kapitoly - cíl výzkumu, výzkumné metody a techniky sběru dat, výběr souboru respondentů, transformační tabulku dílčích výzkumných cílů. Dále jsem prováděla interpretaci a závěry výzkumného šetření.

9 Interpretace výsledků výzkumného šetření

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit: Jak sociální pracovníci vnímají své postavení v rámci rozhodovacího procesu? Tento hlavní výzkumný cíl je rozdělen do čtyř dílčích cílů. První dílčí cíl má za úkol zjistit: Jak sociální pracovníci vnímají prostor pro provádění sociální práce a sociálního šetření? Druhý dílčí cíl zjišťuje: Jak sociální pracovníci vnímají podmínky své práce a vybavení pracoviště? Třetí dílčí cíl nás informuje: Jak sociální pracovníci vnímají podporu vedení? Poslední čtvrtý dílčí cíl zjišťuje: Jak sociální pracovníci vnímají spolupráci s dalšími subjekty

V této kapitole budou interpretovány odpovědi sociálních pracovníků z Úřadu práce ČR, krajské pobočky Liberec, kontaktního pracoviště Jablonec nad Nisou, na kladené otázky z rozhovoru. Pro lepší přehlednost je v kapitole 6 uvedena transformační tabulka dílčích výzkumných cílů.

V rámci interpretací jsou pro ilustraci na vhodných místech uvádět přímé citace respondentek, které vždy uvedu v uvozovkách a kurzívou. Jednotlivé respondentky označuji velkými písmeny A – E.

Dvě sociální pracovníce nesouhlasily s nahráváním na diktafon, protože jim to je nepříjemné a tři pracovníce s nahráváním souhlasily. U respondentek A a B, které nesouhlasily s nahráváním, jsem si dělala přímý zápis v průběhu rozhovoru. Doslovné přepisy všech provedených rozhovorů jsou uloženy v mém osobním archivu, jeden přepis rozhovoru je součástí příloh této práce (viz příloha č. 1).

V rámci hlavního a dílčího cíle hovořím o sociálních pracovnících, protože jsem věděla, že má proběhnout výběrové řízení na sociální pracovníci nebo sociálního pracovníka a nebylo v době vzniku rozhovoru jisté, zda do pracovního procesu nastoupí muž nebo žena. Při provádění rozhovoru, ale již bylo jisté, že se jedná pouze o respondentky a ne i o respondenty. V rámci teoretické části uvádím pouze sociální pracovníky z důvodu, že se toto označení uvádí v odborné literatuře, legislativě a internetových zdrojích. V praktické části sociální pracovníce ve svých odpovědích také někdy uváděly termín sociální pracovník

9.1 Dílčí výzkumný cíl 1

První dílčí výzkumný cíl zní: Jak sociální pracovníci vnímají prostor pro provádění sociální práce a sociálního šetření? Tento cíl je rozdělen do pěti otázek a to: Jaký máte časový prostor pro provedení sociálního šetření?, Jak vnímáte časový poměr mezi prostorem pro sociální šetření a administrativou?, O co všechno se v rámci sociálního šetření zajímáte?, Jak vnímáte specifické nároky skupin klientů s různým typem postižení?, Co je podle Vás důležité na přístupu sociálního pracovníka ke klientům? Na otázky ze všech čtyř dílčích výzkumných cílů mi odpovídaly sociální pracovnice z Úřadu práce České republiky, krajské pobočky v Liberci, kontaktním pracovišti Jablonec nad Nisou.

Otázka č. 1

Jaký máte časový prostor pro provedení sociálního šetření?

Podle získaných informací se sociální pracovnice shodly, že časový prostor pro provádění sociálního šetření v současné době vnímají jako dostačující. V minulých letech a měsících byla situace složitější a na sociálních šetřeních pospíchaly, jak mi sociální pracovnice B sdělila: „*Bylo bez omáčky*“. Tato situace se jistě změnila k lepšímu, protože na sociálním šetření nemusejí pospíchat. Sociální pracovnice neuvedla, proč se situace zlepšila, ale myslím si, že je to z důvodu, že na oddělení příspěvku na péči nastoupily dvě nové sociální pracovnice.

Sociální pracovnice C mi na otázku odpověděla, že si pracovní prostor sama upravuje podle potřeby, ale standard je pro ni půl hodiny. Někdy se také stává, že sociální šetření musí trochu řídit, protože někdy: „*... klient je v uvozovkách povídavý, takže musím neustále ho vracet zpátky k tématu*“ Také říkala, že „*Prostor pro provádění sociálního šetření si vždy uzpůsobím podle toho, jaký je tam se mnou klient, jo je to, je to různý.*“ Dále uvedla, že: „*Když se zhorší natolik, že prostě je ležící, jo, ale když nevidím úplně ten, když nevidím úplně to zhoršení na první pohled tam, tak vlastně se ptám opravdu jako několikrát a důkladně, a proto to trvá dýl.*“

Ze získaných informací jsem zjistila, že sociální pracovnice mají v současné době časový prostor dostatečný. V minulosti byla situace složitější. Sociální pracovnice C, D a E uvádí, že si časový prostor uzpůsobí vzhledem ke klientovi. Nemusí se tolik

pospíchat, protože nejsou časově limitovány. Nemusí strávit na sociálním šetření určitou dobu, kterou nesmějí překročit.

Otázka č. 2

Jak vnímáte časový poměr mezi prostorem pro sociální šetření a administrativou?

U této otázky některé sociální pracovnice zaváhaly, co vyžaduje větší časový prostor. Nakonec se všechny shodly na tom, že asi největší časový prostor opravdu vyžaduje administrativa. Dvě sociální pracovnice chodí na sociální šetření, ale provádějí také celé správní řízení, proto tato otázka pro ně nebyla tolik složitá. Jednoznačně se shodly na tom, že většinu času věnují administrativě, než sociálnímu šetření. Zbývající tři pracovnice chodí převážně na sociální šetření, proto se jim časový prostor pro provádění sociálního šetření a administrativu složitěji hodnotilo.

Z rozhovoru sociální pracovnice A a B vyplývá, že více času zabírá administrativa, se kterou jim pomáhá administrativní pracovnice. Domnívají se, že základem práce by mělo být sociální šetření. Sociální pracovnice B sdělila, že v současné době nepracuje tolik ve stresu, jak tomu bylo v minulosti.

Sociální pracovnice D si myslí, že někdy větší čas zabere sociální šetření a někdy zase administrativa. Záleží na případě. Někdy je složitější administrativa někdy sociální šetření. Na otázku mimo jiné uvedla, že: „... *jak kdy, jak kdy, někdy si myslím, že ta administrativa je, je jednodušší a někdy zase naopak je to náročnější, pokud je to náročnější případ, tak je prostě náročná i ta administrativa, protože je nejenom zapsat to sociální šetření, ale i potom ten výsledek i to jednání s těma lidma, takže je to možná náročnější administrativně, no. Na to šetření zas tam musíš dojít, udělat šetření, přesunout se někam jinam, že jo. Tak jako je to těžko porovnatelný, no.*“ S touto myšlenkou se ztotožňuje také pracovnice E. Jsou prý sociální šetření, která se dělají dobře, ale jsou také sociální šetření, která jsou složitější a dají větší práci.

Podle získaných informací od sociálních pracovnic se ukazuje, že více časového prostoru potřebuje spíše administrativa, než sociální šetření. Sociální pracovnice D a E se mimo výše uvedené shodly také na tom, že je to někdy obtížně porovnatelné. Záleží na případě, jak je složitý. Někdy je jednodušší sociální šetření oproti administrativě.

Otázka č. 3

O co všechno se v rámci sociálního šetření zajímáte?

Sociální pracovníce se v rámci sociálního šetření zajímají o všechny úkony uvedené v zákoně a také o to co klient zvládá, nezvládá, s čím potřebuje pomoci (umýt, obléknout se atd.), v jakém prostředí žije, zda nedochází k týrání nebo zanedbávání klienta a také mu poskytují potřebné rady.

Sociální pracovníce A odpověděla: „*V průběhu sociálního šetření získávám všeobecný přehled o tom, v čem klient potřebuje pomoc, co zvládá a nezvládá, v jakém prostředí žije, zjišťuji, zda nejde o týrání, zanedbávání, jestli může někomu říct o pomoc a jestli o nějaké pomoci ví.*“ O obdobné informace se zajímá také sociální pracovníce B. Myšlenku doplňuje tím, že se klientům snaží poskytnout různé důležité informace (například kde mohou získat madla). Dále klientovi sdělí podrobnější informace o průkazu osoby se zdravotním postižením. Sociální pracovníce D se mimo jiné snaží získat podrobnosti o zájmech, aktivitách, kamarádech, o škole atd., aby mohla lépe vyhodnotit sociální situaci klienta.

Poslední sociální pracovníce E uvádí, že se zajímá snad o všechno, o prostředí a rodinné zázemí. Sdělila mi: „*Strašně ráda poznám pečující osobu. Stává se mi, že sem mile překvapená, jak třeba lidi, jak rodina je schopná zabezpečit ty pečující nebo tomu, prostě postiženému člověku nebo člověku s handicapem zdravotním krásný zázemí.*“ Někdy také kontaktuje odborného nebo praktického lékaře, když zjistí, že klient u lékaře nebyl delší dobu, přestože rodina k lékaři nebo sestře chodí, aby klientovi napsal recepty na léky. Chce zjistit, zda by se s touto situací nedalo něco udělat.

Jak je vidět, všechny sociální pracovníce se v první řadě zaměřují na zjištění základních životních potřeb osob, které jsou stanoveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Jistě při sociálním šetření sociální pracovníce mohou odhalit různé nedostatky (např. zanedbání, týrání, absence lékařské prohlídky, a proto může být posouzený zdravotní stav neobjektivní atd.). Při zjištění závažných nedostatků mohou dopomoci k nápravě. Dále pracovníce poskytují různé důležité informace, mohou klientovi nebo rodinným příslušníkům poradit s umístěním klienta do domova pro seniory nebo jim mohou také doporučit různé služby (např. dovoz obědů, pomoc při nákupu, úklidu atd.).

Otázka č. 4

Jak vnímáte specifické nároky skupin klientů s různým typem postižení?

Sociální pracovníce A, B, C a D vnímají specifické nároky skupin klientů s různým typem postižení zejména v tom, že musí přizpůsobit komunikaci a její tempo s ohledem na to s jakým klientem jednají. Sociální pracovníce D říká, že klienty nelze paušalizovat a každý potřebuje individuální přístup. Podle pracovníce A a B se musí rozlišit, s jakým klientem jednají. Někdy klient nerozumí tomu, když se zeptá, zda si dojde na toaletu, ale musí říct „... *dojdete si na záchod?*“ Sociální pracovníce B vidí podobný problém jako pracovníce A, a to ten, že musí přizpůsobit komunikaci a každému člověku nemůže položit stejnou otázku, například osoby vzdělané se může zeptat, zda má únik moči, ale u méně vzdělané se zeptá jinak (např. „*počůráváte se*“). Občas se pracovníci stává, že ji nechce klient pustit do bytu či domu a již v tuto chvíli vycítit, jak asi šetření proběhne. Jistě je to dáno nedůvěřivostí lidí. Se sluchově postiženým člověkem doprovod většinou není, ale se zrakově postiženým člověkem bývá.

Při komunikaci s osobou s mentálním postižením sociální pracovníce C používá jednoduché, neodborné výrazy, s osobou se sluchovým postižením mluví nahlas a získané informace ověřuje u pečující osoby. U člověka s tělesným postižením nezjišťuje informace, které jsou jasné a zřejmé. Myslím si, že tento přístup je etický. Některý klient může být více citlivý na své zranění nebo postižení a nerad o tom mluví.

Ze své dlouholeté pracovní praxe v sociálním oboru sociální pracovníce E nemá problém s komunikací s klienty s různým typem postižení. Velmi rychle se dokáže přeorientovat na klienta s daným typem postižení. Rozdíl vnímá při jednání, kde handicap nebo nemoc je v rodině delší dobu anebo v dané rodině se s nemocí či postižením nikdy nesetkali (např. úraz na letním táboře, autonehoda, úraz na lyžích atd.). Jednání v mnoha případech probíhá za přítomnosti rodiny či pečující osoby.

Podle získaných informací se všechny sociální pracovníce shodly na tom, že každý člověk je individuální, musí se tak s ním jednat a komunikaci k tomu přizpůsobit. Jistě se stává, že komunikace je jednodušší či složitější. Domnívám se, že je někdy lepší účast na sociálním šetření pečující osoby, která informace může upřesnit a uvést na pravou míru. Někdy stačí pouze pozměnit otázku a říci stejnou myšlenku jinak a klient rozumí kladené otázce. Jedná se o určitou odbornost.

Otázka č. 5

Co je podle Vás důležité na přístupu sociálního pracovníka ke klientům?

Přístup sociálního pracovníka při jednání s klientem je velmi důležitý. Sociální pracovníce se shodly na jednom, a to být ke klientovi empatický. Podle sdělení sociální pracovníce A klientův problém nemáme bagatelizovat a stigmatizovat. Pracovnice mi sdělila, že se pracovník nesmí nechat zmanipulovat, protože: *„Někdy klient při provádění sociálního šetření „přehrává“ (leží, rodina ho obskakuje a klient skoro nic nezvládá), aby dávku obdržel. Pak ho za určitou dobu vidím jít po městě bez doprovodu. Je celkem samostatný.“* Sociální pracovníce B se s nálepkováním ztotožňuje s pracovnící A a ještě dodává, že by pracovník neměl jít na šetření s předsudkem, musí být slušný a nedávat najevo nadřazenost. Dále by pracovník měl umět naslouchat a neměl by být zaujatý, což se sociální pracovníci C občas stává u určité skupiny osob. Tento postoj by ráda změnila.

Podle názoru sociální pracovníce D je důležitá důvěra klienta, empatie vstřícnost při jednání, naslouchání klientovi, ale také vnímat to, co chce říci. Také dodává: *„No, a někdy je potřeba i ten respekt trošku, protože někteří klienti by zas jako na tebe namleli i to, co není pravda, jako účelově, aby třeba dostali nadhodnocenější stupeň, no, takže trošku i ten respekt, jako při tom šetření je potřeba, no.“*

Důležitý přístup sociálního pracovníka sociální pracovníce E vidí v momentě, kdy se v rodině stane úraz, přijde nemoc nebo zdravotní stav člena rodiny se zhorší a rodina je v produktivním věku. Nemají finance, nemohou tedy zůstat doma a přemýšlejí o nějakém zařízení. Pracovník by měl poskytnout základní poradenství o zařízeních a službách.

Zajisté je v přístupu sociálního pracovníka nebo pracovníce důležitá již zmíněná empatie, dále také nenálepkovat a nezveličovat problémy klienta. Pracovník by si měl dávat pozor na manipulaci, ale vždy to není možné rozpoznat na první pohled, není to vždy jednoduché. Z těchto různých životních i pracovních zkušeností si člověk může vypěstovat předsudek a jistou dávku obezřetnosti. Souhlasím také s tím, že je důležité nedávat najevo nadřazenost, protože klient poté může být nedůvěřivý a nesdělí sociálnímu pracovníkovi všechny informace. Velice se mi líbí názor pracovníce D, která říká, že máme naslouchat klientovi, ale také vnímat to, co chce říci.

Shrnutí k dílčímu cíli č. 1

U prvního dílčího cíle jsem zjistila, že sociální pracovníce vnímají časový prostor pro provádění sociálního šetření v současné době jako dostatečný. V minulosti byla situace jiná, ale nyní se zlepšila. Pracovníce již na sociálním šetření nemusí pospíchat. Podle názorů všech sociálních pracovníků je časově náročnější administrativa, než provádění sociálního šetření. Pouze malé zaváhání bylo u pracovníce D a E. Na sociálním šetření se sociální pracovníce zajímají především o zjištění základních životních potřeb (např. o mobilitu, domácnost, orientaci, komunikaci, stravování atd.), ale mimo to také zjišťují, v jakém prostředí klient žije, jestli nedochází k zanedbávání nebo týrání klienta. V neposlední řadě mu poskytují potřebné rady. Na čtvrtou otázku: Jak vnímáte specifické nároky skupin klientů s různým typem postižení? se všechny sociální pracovníce shodly na tom, že tato komunikace se musí přizpůsobit, protože každý klient je individuální. Některé sociální pracovníce také uvedly, že práci ulehčí přítomnost pečující osoby, která informace může uvést na pravou míru. Na přístupu sociálního pracovníka ke klientům je podle sociálních pracovníků důležitá empatie, neměl by nálepkovat, dávat najevo nadřazenost (klient může být nedůvěřivý), zveličovat problémy klienta a měl by být obezřetný ohledně manipulace klientem. Také by si měl dávat pozor na předsudek vůči klientovi. Velice se mi líbil výrok sociální pracovníce D, že máme klientovi naslouchat, ale také vnímat to, co chce říci.

8.2 Dílčí výzkumný cíl 2

Druhý dílčí výzkumný cíl zní: Jak sociální pracovníci vnímají podmínky své práce a vybavení pracoviště? Tento dílčí cíl je rozdělen do šesti otázek a to: Jaké je vybavení pracoviště a pracovní podmínky před a po přechodu na Úřad práce České republiky?, Jaká je na Vašem oddělení spolupráce s kolegy?, Jak vnímáte potenciál Vašeho pracoviště z pohledu počtu pracovníků?, Jak hodnotíte legislativní a metodické podmínky pro přiznávání příspěvku na péči?, Co by se mělo z Vašeho pohledu změnit?, Jaký je z Vašeho pohledu přístup do budovy z pohledu klientů? Také na tyto otázky sociální pracovníce odpověděly. Odpovědi budou níže rozpracovány.

Otázka č. 6

Jaké je vybavení pracoviště a pracovní podmínky před a po přechodu na Úřad práce České republiky?

Sociální pracovníce A, B a E mohou posoudit vybavení pracoviště a pracovní podmínky před a po přechodu na Úřad práce ČR, protože před rokem 2012 pracovaly na městském úřadu a od roku 2012 pracují na Úřadu práce ČR. Sociální pracovníce C a D tuto situaci posoudit nemohou, protože na městském úřadu nepracovaly, ale i tak vyjádřily svůj názor na současnou situaci.

Podle názoru sociální pracovníce A a B jim na chodbě chybí barevně rozlišená světélka (vstupte/nevstupte) a další problém vidí v tom, že jsou v kanceláři tři pracovníce a je tudíž menší soukromí klientů při řešení osobních problémů. Další problém dle sociální pracovníce A je v tom, že: *„Na Městském úřadě bylo lepší technické zabezpečení počítačů. Plusem je lepší bezbariérový přístup na Úřadu práce než na Městském úřadě, v kancelářích je větší teplo a okna více těsní.“*

S bezbariérovým přístupem, se soukromím pro klienty a s barevnými světélky se ztotožňuje sociální pracovníce B, ale další problém vidí v tom, že: *„... chybí bezbariérový přístup na toaletu. Toaleta pro klienty je v mezipatře, po schodech dolů nebo nahoru. V přízemí sice bezbariérový přístup je, ale je za přepážkami, kde je úzký přístup, takže se tam vozíčkář stejně nedostane. Je zde větší byrokracie (např. špatně si odpíchnu příchod nebo odchod v docházce a je na dlouho, než mi to opraví).“*

Sociální pracovníce C a D na Úřadu práce ČR nevidí větší problémy. Pracovníce C vnímá důležitost výtahu, ale problémem jsou prahy, i když nejsou moc vysoké, ale překáží. Dále je úřad v kopci a vozíčkář na mechanickém vozíku: *„... musí jakoby být hodně trénovaný, aby se sem dostal jakoby bez pomoci.“* Naproti tomu sociální pracovníce E vnímá podmínky úplně jinak. Myslí si, že pracovní prostor a přístup do kanceláře pro vozíčkáře byl na magistrátu jednodušší. Uvádí, že: *„V současné době na úřadu práce, bohužel máme budovu, která je předimenzovaná a ten prostor tady není, jo. Máme strašně stísněné podmínky.“*

Podle získaných informací některé sociální pracovníce vnímají podmínky jako horší, některé jako lepší. Především problém vidí v pracovním prostoru, který je nedostatečný. V kancelářích je málo soukromí pro klienta, který řeší citlivější otázky svého problému. Dále je také problém v zabezpečení chodu počítačové techniky IT pracovníkem.

Při vzniklém problému se někdy čeká několik hodin, než se vyřeší. To pro pracovnice bývá veliký problém. Bezbariérová toaleta s nevhodným vstupem není vůbec bezbariérová. Pracovní podmínky jsou stísněné, budova je předimenzovaná, ale v současné době není jiné řešení.

Otázka č. 7

Jaká je na Vašem oddělení spolupráce s kolegy?

Všechny sociální pracovnice se shodly na tom, že spolupráce je celkem v pořádku. Podle sociální pracovnice D a E spolupráce občas zaskřípe, ale pracovnice E vnímá, že dříve někdy byly problémy, ale v poslední době došlo ke zlepšení. Dobrá spolupráce je velmi důležitá. Negativní atmosféra může také někdy ovlivnit klienta, který nepříjemnou situaci vycítí. Poté nemusí být otevřený a upřímný.

Otázka č. 8

Jak vnímáte potenciál Vašeho pracoviště z pohledu počtu pracovníků?

Všechny sociální pracovnice vnímají počet pracovníků nebo pracovnic dostatečný. Pouze sociální pracovnice E je přesvědčena, že by bylo potřeba alespoň o tři pracovníky nebo pracovnice více, aby zaměstnanec nebyl tolik pracovně zatížen. Klientů mají velký počet. Pracovní náplň sociální pracovnice C nemůže moc posoudit, protože na oddělení příspěvku na péči nepracuje dlouho a nedělá všechny administrativní úkony, ale vnímá ji jako nikdy nekončící práci. Den je krátký a někdy si ani nestihne dojít na oběd.

V minulých letech a měsících dle sdělení sociální pracovnice A byla situace velice složitá, protože na Úřadu práce ČR, oddělení příspěvku na péči byl nedostatečný počet pracovníků nebo pracovnic. Dalším důvodem bylo také to, že na začátku roku 2014 neměly pracovnice přístup do počítačového programu a všechny klienty musely ručně migrovat. Ještě dnes nacházejí chyby, protože se práce odváděla v kvantitě, ale bylo to na úkor kvality. Sociální pracovnice B se shoduje s pracovnící A v počtu pracovníků, ale dodává, že: „*Na oddělení jsou čtyři stále pracovnice, což je celkem málo. Jedna pracovnice je na dobu určitou do července 2015 a pak se neví, co s ní bude (zůstane, nezůstane). Chtělo by to nějakou stálost. Není žádná rezerva.*“

Z výše uvedeného vyplývá, že tři sociální pracovníce vnímají počet sociálních pracovníků pozitivně, pouze jedna sociální pracovníce to cítí negativně a jedna si myslí, že již nejsou rezervy v případě výpadku pracovníka. Vypadá to, že počet pracovníků v agendě příspěvku na péči je hraniční. V případě plného počtu pracovníků lze práci zvládnout bez větších problémů, ale v případě nemoci, školení, dovolené apod. problém vzniká. V těchto případech je vidět nedostatečný počet pracovníků.

Otázka č. 9

Jak hodnotíte legislativní a metodické podmínky pro přiznávání příspěvku na péči?

Sociální pracovníce legislativní podmínky hodnotí celkem pozitivně, ale větší problémy vidí v metodických podmínkách, které jsou přeposílány ve velkém množství e-mailů, bez většího vysvětlení. Změnit by se měly podle sociální pracovníce A podmínky v oblasti úmrtí a hospitalizace v nemocnici.

K výše uvedené informaci sociální pracovníce B doplňuje to, že by pravidla měla být pružnější, měl by je dělat ten, kdo problematice příspěvku na péči rozumí a větší pozornost by měla být věnována přeplatkům. Dále se pracovníce domnívají, že by se měl příspěvek na péči započítat do příjmů (např. do příjmů u zvýšení příspěvku na péči podle § 12 zákona č. 108/2006 Sb.), vnímá to jako nespravedlnost vůči pracujícím osobám, které příjmy také přiznávají a uvádějí. V poslední řadě uvádí, že: *„První stupeň příspěvku na péči bych zrušila a nechala bych až druhý stupeň. První stupeň se zneužívá, protože to není na zaplacení pečovatelské služby. Finance si nechají jako příjem a nevyužívají je, jak se má. Například paní s rakovinou leží a má první stupeň a pak je paní celkem funkční a má také první stupeň, na co? Hraničnímu klientovi nechat dvojku.“* Podle sociální pracovníce D by se mělo na podmínkách více zapracovat. Některé věci by se měly dotáhnout, odbourat nebo zjednodušit. Celé správní řízení vidí jako složité jak pro klienty, tak i pro pracovníky.

Sociální pracovníce C tuto otázku neumí moc posoudit, protože tuto práci nedělá dlouho, ale řekla mi, že když klient na sobě pracuje a zlepší se mu zdravotní stav, sníží se mu příspěvek nebo se mu celý odebere. Klienti tedy nechápou, proč o příspěvek přišli. Další problém vnímá ve výši příspěvku na péči v prvním stupni. Naopak si myslí,

že by se výše příspěvku měla zvýšit, protože nestačí na zaplacení asistentky nebo pečovatelky.

Legislativní podmínky sociální pracovníce E hodnotí dobře, ale metodické podmínky hodnotí hůře. Na prostudování metodických pokynů je minimum času. Při vzniku problému nebo u složitého případu se musí volat krajský metodik. Vhodné by bylo absolvování školení tak jednou za čtvrt roku nebo na metodických dnech, kde by byly řečeny poznatky z kontrol Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

Podle získaných informací menší nedostatky vnímají sociální pracovníce u legislativních podmínek, ale větší nedostatky jsou u metodických podmínek. Sociální pracovníce také říkají, že by mělo být více odborných školení nebo porad. Může se také stát, že každý pracovník si informaci vyloží jinak a dochází tak ke zbytečným nedorozuměním. Podle dvou pracovníků by se měly změnit podmínky při úmrtí a nástupu do nemocnice a také stupeň závislosti nebo výše příspěvku.

Otázka č. 10

Co by se mělo z Vašeho pohledu změnit?

Sociální pracovníce neměly větší problém s odpovědí na tuto otázku a všechny se k ní vyjádřily. Některé vidí problém u prvního stupně příspěvku a jeho výši, jiné u hospitalizace v nemocnici a úmrtí, u správního řízení aj.

Sociální pracovníce A a B by změnily vyplácení příspěvku na péči při dlouhodobé hospitalizaci v nemocnici či při úmrtí osoby, kde by nevyplatily celý příspěvek, ale pouze část. Výše by se rozpočítala na deniny. Pracovnice A uvádí příklad, kdy klient je hospitalizovaný celý kalendářní měsíc v nemocnici a rodina podá žádost, tak se klientovi vyplatí celý měsíc, protože při podání žádosti se nepřihlíží k tomu, co bylo před podáním žádosti o příspěvek na péči. Deniny by také zavedla při úmrtí žadatele. V současné době je to tak, že v případě úmrtí klienta první nebo poslední den v měsíci, tak se vyplatí celá výše příspěvku.

Sociální pracovníce C by změnila výši prvního stupně, protože 800,- Kč nestačí na zaplacení služeb, i když neví, kolik si za ně organizace účtují. Správní řízení by zjednodušila sociální pracovníce D a zlepšila by způsob obdržení metodických pokynů. Všechny důležité informace chodí emaily, na které není mnoho času je pročit

a nastudovat. Materiály na prostudování si bere domů. Pokyny si každý může jinak vysvětlit a dochází k nedorozumění a nejasnostem. Vhodné by podle sociální pracovnice E bylo, kdyby se alespoň jeden pracovník účastnil jednou za čtvrt roku porady, kde by se projednaly různé záležitosti a problémy. V případě existence krajských poboček Úřadu práce ČR by sociální pracovnice měly s nimi být v bezprostředním kontaktu. Pracovnice dále říká: „*A mám zase na mysli včetně toho odvolacího řízení, který nám nachází ty chyby, aby ty chyby se celorepublikově co nejrychleji odstranily.*“ Tento jeden pracovník by informoval ostatní kolegy. Je důležité být v kontaktu s nejnovějšími informacemi.

Jak sociální pracovnice A a B vyjádřily, změnily by vyplácení dávek v situaci, kdy klient je hospitalizován nebo zemře, nevyplatila by se celá výše, ale pouze částka rozpočítaná na den. Tato myšlenka, si myslím, je logická a mohla by být provedena změna v legislativě. Dále by také mohlo dojít ke zjednodušení a zrychlení správního řízení a mělo by se dbát o lepší informovanost pracovníků ohledně změn a metodických pokynů, například formou pravidelných porad.

Otázka č. 11

Jaký je z Vašeho pohledu přístup do budovy z pohledu klientů?

Sociální pracovnice se shodly na tom, že budova je sice bezbariérová, ale i tak má své nedostatky. Větší problém vidí v přístupnosti, kdy podle sociálních pracovnic A a B je před budovou Úřadu práce ČR málo parkovacích míst, ale pracovnice E vnímá počet parkovacích míst jako dostatečný. V budově je výtah, ale je nespolehlivý, a to je pak podle sociální pracovnice A velký problém. Párkrát se pracovnícím již stalo, že musely sedět v přízemí budovy, kde neměly spisy. Byla to pro ně i pro klienty nepříjemná situace. Stejně potíže vidí sociální pracovnice B, ale výhodu vnímá v tom, že: „... *ve výtahu jsou tečky pro nevidomé. Bohužel po budově nejsou vodící pruhy.*“ Sociální pracovnice C odpověděla, že poloha budovy v kopci je bohužel pro její účely značně nevýhodná. Naopak výhodu spatřuje v přítomnosti výtahu, který však někteří klienti nevyužívají, a říká, že: „... *trochu matou patra teda.*“ Tohoto si všimla i sociální pracovnice D. Dále také poukazuje na nedostatečnou šířku chodeb, kde vozičkář neprojde, když na lavici sedí další klienti. Omezené prostory na chodbách vnímá také sociální pracovnice E. Nemale nesnáze rovněž působí zátěžový koberec při vstupu

do budovy, který se již několikrát zamotal do kol invalidního vozíku. Další obtížnou záležitostí bývá také voda v zimním období na chodbách.

Všechny pracovnice vnímají jako asi největší překážku kopec před vstupem do budovy. Tři pracovnice mi řekly, že ve výtahu matou patra, je nespolehlivý atd. Pracovnice také vnímají nevýhodu v úzkých chodbách a v zátěžovém koberci. Trochu rozpor je v počtu parkovacích míst (některé pracovnice si myslí, že je počet dostatečný, jiné mají opačný názor).

Shrnutí k dílčímu cíli č. 2

U druhého dílčího cíle v šesté otázce zaměřené na vybavení pracoviště a pracovní podmínky před a po přechodu na Úřad práce ČR jsem se dozvěděla, že některé pracovní podmínky jsou lepší, některé horší. Tři pracovnice tuto otázku mohou posoudit a dvě nemohou, protože nepracovaly na městském úřadu. Asi největší nesnáz ale vidí v nedostačujících pracovních podmínkách a v zabezpečení chodu počítačové techniky. Spolupráci mezi kolegy sociální pracovnice vnímají celkem v pořádku, ale občas se zde vyskytnou složité situace. Počet pracovníků na pracovišti je podle sdělení pracovnic dostačující. Pouze jedna měla malou výhradu, že počet pracovníků je sice dostačující, ale nejsou zabezpečeny žádné rezervy. Jen jedna pracovnice tuto situaci vnímá velmi negativně. U legislativních a metodických podmínek přiznání příspěvku na péči všechny pracovnice vidí určité větší nebo menší nedostatky. Změny podmínek přiznání příspěvku na péči by se mělo podle dvou pracovnic týkat v případě hospitalizace v nemocnici a úmrtí, kde by se neměl vyplácet celý měsíc, ale pouze dávka rozpočítaná na jednotlivé dny, za které má náležet. Jedna pracovnice si myslí, že by se mělo zjednodušit správní řízení a dvě pracovnice by byly rády, kdyby byla lepší informovanost pracovníků. V přístupu do budovy z pohledu klientů vidí největší problém v kopci před úřadem, dále také ve výtahu, v úzkých chodbách a v zátěžovém koberci. Sporný názor je u počtu parkovacích míst.

8.3 Dílčí výzkumný cíl 3

Třetí dílčí výzkumný cíl zní: Jak sociální pracovníci vnímají podporu vedení? Tento dílčí cíl je rozdělen do šesti otázek a to: Jak spolupracujete se svým přímým nadřízeným?, Jak vnímáte pozici krajského metodika?, Jakou máte spolupráci s Vaším krajským metodikem?, Potkali jste se ve své kariéře u sebe nebo u kolegů se syndromem vyhoření?, Využíváte možností supervize? Jaký má pro Vás přínos? Níže budou zpracované odpovědi sociálních pracovníků na uvedené otázky z rozhovoru.

Otázka č. 12

Jak spolupracujete se svým přímým nadřízeným?

Spolupráci se svým přímým nadřízeným sociální pracovníci vnímají pozitivně, podporuje své zaměstnance a má dobrý a vřelý přístup k podřízeným. U vedoucí oddělení je podle sdělení sociálních pracovníků A, B, a C nevýhodou, že má nadřízená hodně práce a není k zastížení, ale vedoucí referátu je vedle v kanceláři a jednání je rychlejší. Domnívám se, že dobrá spolupráce s přímým nadřízeným je velmi důležitá. Důležitost vidím také v tom, že vedoucí podpoří své podřízené a má lidský přístup. Když člověk nemá důvěru ke svému vedoucímu, není to dobře.

Otázka č. 13

Jak vnímáte pozici krajského metodika?

Sociální pracovníci A, B a C vnímají pozici krajského metodika jako potřebnou funkci. Nedostatek pracovníků A a B pocítují v tom, že je daleko. Vhodnější by bylo, kdyby byl přímo na pracovišti oddělení příspěvku na péči. Záležitosti mohou konzultovat po telefonu, ale někdy je vhodnější osobní přístup. Metodik nemusí být stále dostupný na telefonu. Podle sociálních pracovníků dále chybí odborná školení, kde by se mohli projednat problémy. Většina školení je zbytečná a pracovníci a pracovníce je absolvují pro splnění podmínky akreditovaných hodin školení. Pozici krajského metodika sociální pracovníci C nemůže moc posoudit, protože zatím s ním nemusela nic řešit.

Sociální pracovníci D se osobně s krajským metodikem setkala párkrát, nic pracovního nepotřebovala, i tak mi odpověděla: „*To je hezký, že tam je krajskej metodik,*

samozřejmě musí nějakým způsobem to zaštiťovat, ale tím, že nám vodpinká dvanáct informací během, já nevím krátký doby třeba, tak to neznamena, že, že víme, jak to aplikovat, že jo.“ Domnívají se, že by s ním byl lepší osobní kontakt. Poslední sociální pracovnice E odpověděla, že: *„Pozice krajského metodika, je to člověk, který se to učí. Je to člověk, který ty zkušenosti prostě nemá. Představovala bych si na krajském úřadě metodika, který vopravdu by měl být už někde jinde.“*

Ztížená dostupnost krajského metodika je v tom, že je daleko. Jistě by bylo výhodnější mít metodika blíže. Pracovnice ho sice mohou kontaktovat po telefonu, ale osobní kontakt je vhodnější. Dále se pracovnice domnívají, že přeposílaných e-mailů je velký počet. Někdy tyto informace a pokyny pracovník neumí v praxi aplikovat. Dvě pracovnice se nesetkaly s krajským metodikem ohledně dotazu na nějakou pracovní záležitost. Pouze jedna pracovnice si myslí, že by měl být krajský metodik více zkušený a informovaný. Vhodné jsou také jednou za čas metodické dny.

Otázka č. 14

Jakou máte spolupráci s Vaším krajským metodikem?

Všechny sociální pracovnice říkají, že spolupráce s krajským metodikem je kladná. Kontakt je ve většině případů po telefonu, což sociální pracovnice vnímají jako ne moc dobré řešení. Sociální pracovnice E říká: *„Nemám problém ve spolupráci.“* Podle sociální pracovnice A je slušný, nemusí mít strach zavolat, v případě nezastižení volá metodik zpět. Pouze sociální pracovnice C a D tuto spolupráci nemohou tolik posoudit, protože s krajským metodikem nepřišly často do styku. Zatím neměly problém, který by byl potřeba řešit s krajským metodikem.

Podle sdělených informací od sociálních pracovnic nevidí větší problémy ve spolupráci s krajským metodikem. Metodička je vstřícná, milá a ochotná. V případě že si také neví rady s problematikou, tak případ řeší na vyšších místech a závěr poté pracovnícím příspěvku na péči sdělí. Domnívám se, že tato pozitivní spolupráce je důležitá, i když by krajský metodik měl být blíže, ne pouze na kraji.

Otázka č. 15

Potkali jste se ve své kariéře u sebe nebo u kolegů se syndromem vyhoření?

Všechny sociální pracovnice se setkaly se syndromem vyhoření u svých kolegů, kromě sociální pracovnice C, ta se nikdy se syndromem vyhoření nesetkala, byla pouze na přednášce.

Sociální pracovnice A zažila jednu kolegyni se syndromem vyhoření a druhá se k němu dopracovává, jestli nezmění svůj pracovní postoj. Také sociální pracovnice B se setkala jednou se syndromem vyhoření na začátku roku 2012 (kdy agenda z měst přecházela na Úřady práce ČR). Nejdříve kolegyně byla neupravená, nedbalá, nejedla, nechtěla chodit na obědy, byla nepřetržitě nervózní, v zaměstnání dělala chyby. Jednoho úředního dne pracovnice položila tužku, rozbřečela se, odešla k lékaři a dopadlo to tak, že podala výpověď a odešla z pracovního poměru. Sociální pracovnice D se potkala se syndromem vyhoření a pověděla mi, že ten člověk neměl radost, byl ve stresu, apatický a nechtěl komunikovat. Dále mi pracovnice sdělila, že: „*Už, už byla taková, no jak se tomu říká, že jo, vyždímaná, prostě vymletá.*“ Poté také ukončila pracovní poměr. Poslední sociální pracovnice E se u sebe nesetkala se syndromem vyhoření, ale za dvaceti pětiletou praxi se setkala se dvěma kolegy, kteří pracovali v sociálním systému. Oba případy skončily ukončením pracovního poměru. Syndrom vyhoření u nich vznikl z důvodu pracovního přetížení.

Jak je podle výše zjištěných informací vidět, tak skoro všechny pracovnice se setkaly u svých kolegů se syndromem vyhoření. Pouze jedna sociální pracovnice takovou zkušenost nemá. Ve většině uvedených případů došlo k tomu, že pracovníci ukončili pracovní poměr.

Otázka č. 16

Využíváte možností supervize? Jaký má pro Vás přínos?

Možnost využití supervize měly všechny sociální pracovnice kromě pracovnice D. Negativní zkušenost se supervizí měly sociální pracovnice A a B. Na Magistrátu města Jablonec nad Nisou byla supervize přítomna vedoucí, která získané informace zneužívala. Důležité je kdo ji vede a především, aby nebyla přítomna vedoucí. Na Úřadech práce ČR není možnost využívání supervize. Problém sociální pracovnice A vnímá v tom, že by objednávka supervizora trvala dlouho, ale při vzniku problému

je ho potřeba řešit co nejdříve. Dále říká, že supervize není potřeba, je k ničemu, a že by na ní nebyla stejně otevřená. Pracovnice B byla ze supervize unavená, přišla jí nudná, nechtěla být středem pozornosti, neměla pro ni žádný význam, nemusela pracovat, ale práci za pracovníci nikdo neudělal. Problém supervize chápe sociální pracovnice E také jako sociální pracovnice A a B, že v přítomnosti nadřízeného pracovníka mohou být informace zneužitelné. Supervize by tedy měla probíhat pouze v pracovním kruhu. Za přítomnosti vedoucího pracovníka supervize nemá smysl, účastníci nejsou uvolnění, bojí se nahlas říci svůj názor apod. Všechny získané informace by měly zůstat v té pracovní skupině. Jinak supervizi vnímá kladně, jako pracovnice E. Supervizi dle zjištění nevyužívá sociální pracovnice D, jelikož je v zaměstnání nová a pracovní nasazení zatím zvládá.

Sociální pracovnice C vnímá supervizi kladně, i když na Úřadu práce ČR není, ale měla ji v předešlém zaměstnání. Na otázku, zda pro ni měla supervize nějaký přínos, mi odpověděla: „*Tak určitě, že vlastně když jsme měli nějaký problém s našimi klienty, tak tam se to dalo dobře rozebrat, dobře vyzkoušet ty situace, do kterých jsme se dostávali, nacházet řešení, takže jako určitě.*“ Dále jsem se ještě zeptala, jestli si myslí, že na Úřadu práce ČR chybí, mi odpověděla, že nad tím nepřemýšlela. Poté svoji myšlenku doplnila tím, že na Úřadech práce ČR také hrozí syndrom vyhoření a mohlo by dojít ke zlepšení komunikace na pracovišti, protože zde někdy dochází k různým nedorozuměním. Je to podle jejího názoru zbytečné.

Z rozhovorů jsem získala informace, že dvě sociální pracovnice možnost supervize vítají, dvě měly špatnou zkušenost se supervizí a jedna tuto možnost nemůže posoudit, protože se supervizí nemá zkušenosti a na pracovní pozici sociálního pracovníka je velmi krátkou dobu. Dále si většina pracovníků myslí, že vedoucí pracovník nemá být přítomen supervizi a supervizor by měl být cizí, nezávislý člověk. Člověk se v prostředí musí cítit bezpečně a lidem důvěřovat, že vše co se v místnosti odehrálo, zůstane za dveřmi. Supervize může mít přínos, ale může být také zbytečná (např. při účasti vedoucího, nevhodném supervizorovi atd.)

Shrnutí k dílčímu cíli č. 3

U třetího dílčího cíle u dvanácté otázky zaměřené na spolupráci s přímým nadřízeným odpovědi zněly, že spolupráce je v podstatě bezproblémová. Odpovědi na třináctou

otázku, která je zaměřena na pozici krajského metodika, zněly především, že je potřebný, pouze jedna pracovnice měla odlišný názor. Čtrnáctá otázka se ptá na vnímání spolupráce s krajským metodikem. Odpovědi zněly, že je bezproblémový, pouze dvě pracovnice s krajským metodikem nespolupracovaly. U otázky patnácté zaměřené na syndrom vyhoření u svých kolegů mi všechny pracovnice sdělily, kromě jedné, že se již setkaly s tímto syndromem. Poslední šestnáctá otázka tohoto dílčího cíle se týká supervize. Všechny pracovnice tuto zkušenost mají, pouze jedna sociální pracovnice supervizi nevyužívala. Podle sdělení je velice důležité, aby vedoucí pracovník nebyl přítomen.

8.4 Dílčí výzkumný cíl 4

Poslední čtvrtý dílčí výzkumný cíl zní: „Jak sociální pracovníci vnímají spolupráci s dalšími subjekty?“ Tento dílčí cíl je rozdělen do pěti otázek, které zní takto: Jaká je spolupráce se sociálními pracovníky na Městském úřadu?, Co byste na této spolupráci změnili?, Spolupracujete s nějakými dalšími organizacemi?, Jaká je ve Vašem okolí nabídka služeb pro uživatele příspěvku na péči?, Jakou máte zkušenost se spoluprací s Okresní správou sociálního zabezpečení – Lékařskou posudkovou službou? Sociální pracovnice v rozhovoru odpovídaly na výše uvedené otázky posledního dílčího výzkumného cíle.

Otázka č. 17

Jaká je spolupráce se sociálními pracovníky na Městském úřadu?

Spolupráci se sociálními pracovníky na Městském úřadu vnímají spíše negativně, se spoustou nedostatků. Sociální pracovnice A a B vidí dobrou spolupráci s opatrovníky, ale v komunikaci s terénními sociálními pracovníci jsou nedostatky. Klienta přivedou nebo za něho přinesou žádost a tím celá spolupráce končí. V případě, že se jedná o člověka bezpřístřeší nevědí, jak se sociální pracovnice z Úřadu práce ČR mají s klientem zkontaktovat a kde provést sociální šetření. Se sociálními pracovníky na Městském úřadu sociální pracovnice D se na kladenou otázku vyjádřila: „*V podstatě nijak já s nimi nespolupracuju.*“ Obdobný pocit má také sociální pracovnice E, která se sociálními pracovníky na radnici spolupracovala asi třikrát za tři roky a nevidí nutnost spolupráce. Spolupráce není v takové kvalitě, v jaké by mohla být. Myslí si,

že počet sociálních pracovníků na Magistrátu města Jablonce nad Nisou je zbytečně mnoho.

Sociální pracovnice spoluprací se sociálními pracovníci na Magistrátu města Jablonce nad Nisou párkrát využily, pouze jedna pracovnice ji nepotřebovala. Sociální pracovnice Úřadu práce ČR vnímají velké nedostatky v této spolupráci, které by bylo vhodné odstranit. Lépe fungující spolupráci vidí u opatrovníků.

Otázka č. 18

Co byste na této spolupráci změnili?

Spolupráce a komunikace by měla být mezi Magistrátem města Jablonce nad Nisou a Úřadem práce ČR lepší dle názoru sociální pracovnice A a B. Pracovnice z Magistrátu města Jablonce nad Nisou by neměly podat pouze žádost o příspěvek na péči za klienta, ale důležitá je také jejich zpětná vazba. Podle pracovnice A by sociální pracovníci měli hlásit úmrtí osob, v případě že vědí, že klient pobíral příspěvek na péči. Vhodná by také byla schůzka s vedoucí Úřadu práce ČR a vedoucí Magistrátu města Jablonce nad Nisou, kde by si měly sdělit informace o potřebě lepší spolupráce. Situaci moc dobře nemůže posoudit sociální pracovnice C a D, protože spolupráci nevyužívají a chybí jim zkušenosti. Sociální pracovnice C souhlasí s názorem pracovnice A a B, že by se měla zlepšit komunikace. Dále říká: „*Takže by ten zájem měl být oboustranný.*“

Této spolupráci nerozumí sociální pracovnice E. Nechápe, jak je tato spolupráce nastavená. Sociální práci vykonávají spíše pracovníci na Úřadech práce ČR. Sociálního pracovníka na magistrátu by spíše viděla, jako pracovníka pro občany bez přístřeší. Někdy se prý stává, že sociální pracovník z Magistrátu města Jablonce nad Nisou slíbí přiznání příspěvku na péči. Po posouzení zdravotního stavu příspěvek není přiznán a lidé jsou zklamání a vzniklé situaci nerozumí.

Tři sociální pracovnice vidí v této spolupráci větší nedostatky především v komunikaci, která by se měla změnit. Vhodná by byla pracovní schůzka vedoucích oddělení, aby se spolu domluvíly, co by bylo potřeba zlepšit. Jedna spolupráci nemůže soudit, protože ji ještě nemusela využít.

Otázka č. 19

Spolupracujete s nějakými dalšími organizacemi?

Kromě sociální pracovnice C se všechny ostatní sociální pracovnice shodly na tom, že spolupracují s OSSZ – LPS (s posudkovými lékaři), domovy pro seniory, s domy s pečovatelskou službou a se sociálními pracovníky z nemocnice a s léčebnou dlouhodobě nemocných (LDN). Sociální pracovnice uvedla ještě spolupráci s hmotnou nouzí a státní sociální podporou. Dále sociální pracovnice B mi sdělila, že spolupracuje s opatrovníky, různými asistenty, terénními pracovníky, se soudy a exekutory (při součinnosti), s policií (v případě problémových či nebezpečných klientů) a s dalšími sociálními pracovníky a pracovníky z Úřadů práce ČR. Sociální pracovnice C moc nespolupracuje s dalšími organizacemi. Uvedla, že: *„Kromě toho, že na šetření dám kontakty na to, na to, kde seženou pomůcky a na ty pečovatelské služby, že jo, tak ne.“* Pracovnice spolupracují s Diakonií Českobratrské církve evangelické, spolkovým domem (ve kterém jsou různé organizace) a se sociálními pracovníky v Domově Horní Maxov, jak uvádí sociální pracovnice D. Pracovníci a pracovnice z příspěvku na péči podle sociální pracovnice E dále spolupracují s lékaři a příspěvkovými organizacemi, kterým občas dělají přednášky ohledně poskytujících dávek Úřadem práce ČR.

Jak je vidět podle získaných informací Úřad práce České republiky, oddělení příspěvku na péči spolupracuje s vysokým počtem různých organizací a institucí. Nejčastější spolupráce je OSSZ – LPS, především s posudkovými lékaři, ale také s domovy pro seniory, s domovy se zvláštním režimem a se sociálními pracovníky v nemocnicích.

Otázka č. 20

Jaká je ve Vašem okolí nabídka služeb pro uživatele příspěvku na péči?

Dostatečná nabídka služeb pro uživatele příspěvku na péči je dostačující podle sociální pracovnice A a B. V okolí jsou terénní služby, domovy pro seniory a jeden domov pro seniory se v současné době dostavuje. Podle názoru sociální pracovnice B by bylo vhodné zřídit více domovů pro seniory. Sociální pracovnice C a D nemají velký přehled o službách, proto tuto situaci nemohou moc dobře posoudit. Pracovnice C vidí problém v tom, že: *„... mluvila s klienty, tak jako mi říkali, že spoustu věcí ta pečovatelka nesmí dělat, jo, že může jenom jednu věc, ale tu druhou, která k tomu je potřeba už dělat nemůže třeba. Takže v tom si myslím, že je nedostatek.“*

Naproti výše uvedeným informacím sociální pracovníce E vnímá situaci negativně. Nabídka služeb je nedostatečná, je málo různých zařízení, kam by bylo možné člověka umístit. Všichni žadatelé nebo zájemci čekají na umístění do těchto zařízení dlouhodobě. Velký problém vzniká při přemístění klienta z léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) do jiného zařízení (domova pro seniory, domova s pečovatelskou službou apod.). Pracovnice se těší, že v březnu letošního roku se otevře nové soukromé sociální zařízení s kapacitou 78 lůžek. Bude se jednat o dům s pečovatelskou službou, kde bude dvacet čtyř hodinová služba. Toto zařízení jistě pomůže zlepšit situaci v Jablonci nad Nisou a jeho blízkém okolí.

Z výpovědí sociálních pracovníc jsem se dozvěděla, že některé vnímají dostatečnou nabídku služeb pro uživatele příspěvku na péči, ale jsou také pracovníce, které se domnívají, že možnosti služeb jsou nedostačující. Bylo by potřeba více domovů pro seniory. Doporučují klientům služby, které poskytuje spolkový dům, Diakonie ČCE, Rodinu 24 a Centrum denních služeb.

Otázka č. 21

Jakou máte zkušenost se spoluprací s Okresní správou sociálního zabezpečení – Lékařskou posudkovou službou?

Spolupráci s Okresní správou sociálního zabezpečení – Lékařskou posudkovou službou vnímají respondentky kladně. Pracovníci a pracovníce jsou vstřícní. Pozitivní spolupráce je jak s referentkami, tak i s posudkovými lékaři, snaží se pracovnícím vyhovět. Posudkový lékař sociální pracovníci vysvětlí svůj závěr v posudku o zdravotním stavu, příp. někdy závěr také změní (většinou se jedná o klienty, kteří jsou na hranici). Diskutuje se o tom, že OSSZ – LPS by se z budovy Úřadu práce ČR měla odstěhovat do jiných prostor a z toho má sociální pracovníce C obavy, že: „... *kdyby došlo k odstěhování, kvůli prostorům, tak že tohle je takový jednoduchý a hnedka se řeší problém, když nějaký nastane a že je to ideální takhle, takže trošku se bojím toho, kdyby došlo k odstěhování.*“ Podle sociální pracovníce E jde již o dlouholetý kladný pracovní vztah.

Jak je výše vidět, tak všechny sociální pracovníce mají stejný názor na spolupráci s OSSZ – LPS a to velmi kladnou. Posudkoví lékaři, i referentky jsou vstřícní a milí. Případy sociální pracovníce mohou s lékaři individuálně konzultovat. Pouze jedna

pracovnice se obává případného stěhování OSSZ – LPS do jiných prostor. Dobrá spolupráce je velmi důležitá.

Shrnutí k dílčímu cíli č. 4

V posledním dílčím cíli mi pracovnice na otázku sedmnáct, která je zaměřena na spolupráci se sociálními pracovníky na Městském úřadu, sdělily, že spolupráce s terénními sociálními pracovníky má velké nedostatky. Na osmnáctou otázku, co by na této spolupráci změnily, mi odpověděly, že by se měla zlepšit komunikace mezi oběma úřady. Na devatenáctou otázku, s jakými dalšími organizacemi spolupracují, odpověď zněla, že nejčastější spolupráce je s posudkovými lékaři OSSZ – LPS a s dalšími organizacemi. Otázka číslo dvacet se týká nabídky služeb pro uživatele příspěvku na péči. Odpovědi byly velmi různorodé některé pracovnice se shodly, že nějaká nabídka v Jablonci nad Nisou je. Také vyslovily domněnku, že je nabídka dostačující, některé byly opačného názoru. Na poslední dvacátou první otázku, jakou mají zkušenost se spoluprací s OSSZ – LPS, sociální pracovnice reagovaly, že spolupráci vnímají velmi kladně.

Závěr a doporučení

Téma „Proces schvalování příspěvku na péči pro osoby se zdravotním znevýhodněním“ jsem si vybrala především z důvodu, že toto téma považuji za důležité, protože se domnívám, že v rámci procesu jeho schvalování může docházet k různým problematickým situacím. Dále si myslím, že pracovníků nebo pracovníc na příspěvku na péči v Jablonci nad Nisou je nedostatečný počet a měl by se zvýšit, aby pracovali méně ve stresu. Při velkém pracovním vytížení může u sociálních pracovníků a pracovníc docházet také k syndromu vyhoření. Na Úřadu práce ČR chybí možnost supervize. Pracovníci a pracovníce mohou mít pocit, že již nevykonávají sociální práci, ale pouze administrativu. V současné době oddělení příspěvku nemá rozdělenou agendu podle abecedy. Tutu situaci by do budoucna chtěly změnit, aby všechny pracovníce prováděly všechny kroky správního řízení a sociálního šetření. V současné době je praxe taková, že dvě sociální pracovníce chodí pouze na sociální šetření, šetření zapíší do programu, požádají OSSZ – LPS o posouzení zdravotního stavu a přeruší řízení. Zbylé dvě sociální pracovníce na sociální šetření nemají tolik času, protože musí administrativní pracovníci pomoci s administrativou. Situaci proto chtějí změnit, aby všechny sociální pracovníce dělaly všechno a zodpovídaly za přibližně stejný přidělený počet klientů rozdělených dle abecedy.

Obecným cílem práce byla snaha upozornit na některé problémy při procesu schvalování příspěvku na péči pro osoby se zdravotním znevýhodněním z pohledu možností práce s klientem. Aplikačním cílem je, že získané informace mohou využít vedoucí pracovníci a pracovníce nebo krajší metodici.

Cílem praktické části bakalářské práce je snaha zjistit: Jak sociální pracovníci vnímají své postavení v rámci rozhodovacího procesu? Postavením sociálního pracovníka myslím: 1. Jak sociální pracovníci vnímají prostor pro provádění sociální práce a sociálního šetření?, 2. Jak sociální pracovníci vnímají podmínky své práce a vybavení pracoviště?, 3. Jak sociální pracovníci vnímají podporu vedení?, 4. Jak sociální pracovníci vnímají spolupráci s dalšími subjekty? Tyto čtyři části vytvářejí základ jednotlivých dílčích výzkumných cílů v rámci výzkumného šetření.

Pro uskutečnění cíle praktické části textu aplikuji kvalitativní výzkumnou metodu a výzkumnou techniku rozhovoru. Podle mého názoru je tento výzkum ohledně vybraného tématu nejvhodnější.

Výzkumným šetřením jsem v prvním dílčím cíli zjistila, že v současné době je dostatečný prostor pro provádění sociálního šetření, i když neexistují žádné pracovní rezervy. Sociální pracovníce dále situaci vnímají tak, že se sociální práce částečně vytrácí a přibývá administrativa, která je více časově náročná. V rámci sociálního šetření se zajímají o všechny základní životní potřeby stanovené zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, ale i o další oblasti. Sociální pracovník by měl být především empatický, obezřetný na manipulaci klientem, přizpůsobovat komunikaci klientovi, nenálepkovat, neměl by být nadřazený a také především by pracovník měl naslouchat klientovi, ale také vnímat to, co chce říci.

Ve druhém dílčím cíli jsem se dozvěděla, že některé pracovní podmínky na Úřadu práce ČR jsou lepší, ale také horší, než na Magistrátu města Jablonec nad Nisou. Nedostatek je v zabezpečení provozu počítačových programů. Spolupráce na oddělení příspěvku na péči celkem dobře funguje, i když dříve byly větší problémy. Počet pracovníků na pracovišti je celkem přijatelný, ale překážku vnímají v tom, že v případě dlouhodobé nepřítomnosti pracovníce neexistují žádné pracovní rezervy. Některé pracovníce by změnilo přiznávání příspěvku v případě hospitalizace v nemocnici a při úmrtí. Větší potíže postřehly v metodických podmínkách, které jsou zasílány e-maily a v poslední řadě také nedostatku odborných školení. Budova Úřadu práce ČR je sice bezbariérová, ale i zde jsou překážky např. budova je v kopci, jsou zde úzké chodby a nepřilepený zátěžový koberec.

U třetího dílčího cíle se sociální pracovníce shodly na tom, že spolupráce s přímým nadřízeným a s krajským metodikem je bezproblémová. Se syndromem vyhoření se převážná většina sociálních pracovníků setkala u svých kolegů. Všichni tito kolegové nakonec ukončili pracovní poměr. Otázka ohledně supervize byla sporná, některé pracovníce měly dobrou zkušenost, některé špatnou a jedna neměla žádnou zkušenost, ale v podstatě se všechny shodly, že je důležité, aby nebyl vedoucí pracovník přítomný.

V posledním čtvrtém dílčím cíli pracovníce moc dobře nevnímají spolupráci se sociálními pracovníky na Magistrátu města Jablonec nad Nisou a změnilo by především komunikaci. Pracovníce spolupracují s různými organizacemi, ale především s OSSZ – LPS a tuto spolupráci vnímají pozitivně. Panují také obavy z přestěhování OSSZ – LPS. Nabídka služeb pro uživatele je, podle mínění, spíše neupokojivá.

Podle výsledků výzkumu by sociální pracovníce doporučily, aby při jednání s klienty sociální pracovníci poslouchali, co jim chce klient povědět, aby respektovali jejich potřeby, ale také aby sami měli u klientů respekt. Velice důležité je pozitivní pracovní prostředí, které si pracovníce a pracovníci mohou sami vytvořit. Velký význam má také naplánovat si dobře svoji pracovní náplň, aby nedošlo k syndromu vyhoření pracovníka či pracovníce.

Vedoucím pracovníkům a pracovnícím by výsledky výzkumu mohly sloužit jako doporučení, aby podporovali své podřízené a snažili se jim vytvořit co možná nevhodnější pracovní prostředí. Vhodné by zajisté také bylo zlepšit spolupráci se sociálními pracovníky na Magistrátu města Jablonec nad Nisou. Možná by také stálo za to, aby uvažovali o poskytnutí možnosti supervize. V neposlední řadě by se vedoucí mohla zamyslet nad vhodností možnosti stěhování OSSZ – LPS do jiných prostor.

Pro krajského metodika by výsledky výzkumu mohly sloužit jako doporučení, aby se pokusil o častější osobní kontakt se sociálními pracovníky, podával jasná vysvětlení k přeposlaným e-mailů, a aby nejednou pořádal metodické dny. Vhodná by byla také odborná školení, která by byla zaměřená na problematiku příspěvku na péči.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Základní identifikace osob se zdravotním postižením

Tabulka č. 2 Počet občanů s jednotlivými druhy zdravotního postižení

Tabulka č. 3 Míra zdravotního postižení podle pohlaví, věku a typu postižení

Tabulka č. 4 Počet klientů pobírající příspěvek na péči v určité výši

Tabulka č. 5 Tabulka s informacemi o respondentkách

Tabulka č. 6 Transformační tabulka dílčích výzkumných cílů

Seznam použitých zdrojů

Použitá literatura:

- BÄRTLOVÁ, Eva. *Supervize v sociální práci*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, fakulta sociálně ekonomická, 2007, 62 s. ISBN 978-80-7044-952-3.
- DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. 1. vyd. Praha: Radix, 2009, 185 s. ISBN 978-80-86031-88-0.
- GREGOR, Ota. *Stárnout to je kumšt*. 1. vyd. Praha: Olympia, 1983, 136 s. ISBN 27-005-83.
- HAWKINS, Peter; SHOHET Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Překlad Helena Hartlová. Praha: Portál, 2004, 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HERMAN, Erik; DOUBEK Pavel. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, c2008, 94 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-157-8.
- HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2013, 240 s. ISBN 978-80-7429-331-3.
- HROZENSKÁ, Martina; DVOŘÁČKOVÁ Dagmar. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1367-1.
- JEKLOVÁ, Marta; REITMAYEROVÁ Eva. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
- KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ Iva. *Syndrom vyhoření: (Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2. rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
- KRÁLOVÁ, Jarmila; RÁŽOVÁ Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, 2007. ISBN 978-80-7263-405-7.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
- MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. 1. vyd. Překlad Kateřina Lepičová. Praha: Portál, 2012, 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9.

- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd., přeprac. Praha: Portál, 2008, 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATUŠKA, Jaroslav. *Bezbariérová doprava*. 1. vyd. Pardubice: Institut Jana Pernera, 2009. ISBN 978-80-86530-62-8.
- MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-807-3678-593.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
- NOVOTNÁ, Věra; SCHIMMERLINGOVÁ Věra. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1992, 128 s. ISBN 80-7066-483-5.
- ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. dotisk 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, 80 s. ISBN 80-858-5000-1.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 440 s. ISBN 11-059-90.
- SKOPEC, Jan. *Bezbariérové řešení staveb*. 2., opr. a dopl. vyd. Praha: ABF - ARCH, 2005, 80 s. Stavební právo. ISBN 80-86165-96-5.
- SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-807-3676-919.
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 112 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-717-8274-2.
- SURYNEK, Alois; KOMÁRKOVÁ Růžena; KAŠPAROVÁ Eva. *Základy sociologického výzkumu*. 1.vyd. Praha: Management Press, 2001, 160 s. ISBN 80-7261-038-4.

ŠVAŘÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ Klára a kol.. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠESTÁKOVÁ, Irena; LUPAČ Pavel. *Budovy bez bariér: návrhy a realizace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3225-1.

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006, 82 s. ISBN 80-7372-105-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 528 s. ISBN 80-717-8308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

VOSTROVSKÁ, Helena. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby: (několik v praxi ověřených návodů k aktivní práci se staršími občany)*. 2., rozš. vyd. Ilustrace Břetislav Kovařík. Praha: České centrum zdraví, 1998, 21 s. ISBN 80-7071-093-4.

Použité časopisy:

HORÁK, Pavel. Role sociálních pracovníků v prostředí státních organizací. *Sociální práce*. 2008, roč. 8, č. 4, 106 – 123. ISSN 1213-6204.

JANKOVKÝ, Jiří. Proměny povolání sociálního pracovníka. *Sociální práce*. 2007, roč. 2007, č. 4, 42 – 44. ISSN 1213-6204.

MUSIL, Libor. Kvalifikovaný sociální pracovník je schopen s klientem samostatně pracovat. *Sociální práce*. 2007, roč. 2007, č. 1, 7 – 11. ISSN 1213-6204.

NAVRÁTIL, Pavel. Posouzení životní situace: úvod do problematiky, *Sociální práce*. 2007, roč. 2007, č. 1, 72 – 86. ISSN 1213-6204.

NEČASOVÁ Mirka; MUSIL Libor. Pracovní podmínky a dilemata pomáhajících pracovníků. *Sociální práce*. 2006, roč. 2006, č. 3, 57 – 71. ISSN 1213-6204.

NEČASOVÁ Mirka; DOHNALOVÁ Zdeňka; TALAŠOVÁ Renáta. Využití vybraných etických teorií v praxi sociální práce. *Sociální práce*. 2010, roč. 10, č. 3, 76 – 87. ISSN 1213-6204.

STEJSKALOVÁ, Jana. Krize sociální práce aneb máme to ještě ve svých rukou?. *Sociální práce*. 2014, roč. 14, č. 3, 11 - 13. ISSN 1213-6204.

STŘELKOVÁ, Monika. Úkolem sociálních pracovníků je pomáhat, nikoliv činit zázraky. *Sociální práce*. 2007, roč. 2007, č. 1, 17 – 20. ISSN 1213-6204.

ZAJACOVÁ, Melanie. Profesionální sociální pracovník v současné společnosti. *Sociální práce*. 2014, roč. 14, č. 3, 8 – 10. ISSN 1213-6204.

Použitá legislativa:

Česko. Vyhláška č. 332 ze dne 18. října 2013, o vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka. *Sbírka zákonů ČR* [online]. 2013, částka 129, s. 5942 – 5949. [cit. 2014-06-18]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=26644>

Česko. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. *Sbírka zákonů ČR*. 2006, částka 164, s. 7021 - 7048. ISSN 1211-1244.

Česko. Zákon č. 183 ze dne 14. března 2006, o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon). *Sbírka zákonů ČR* [online]. 2006, částka 63, s. 2226 - 2290. [cit. 2014-06-23]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4909>

Česko. Zákon č. 398 ze dne 5. listopadu 2009, o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. *Sbírka zákonů ČR* [online]. 2009, částka 129, s. 6621 - 6647. [cit. 2014-06-22]. ISSN 1211-1244 Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5596>

Česko. Zákon č. 500 ze dne 24. června 2004, správní řád. *Sbírka zákonů ČR* [online]. 2004, částka 174, s. 9782 - 9827. [cit. 2014-06-11]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4478>

Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. *Sbírka zákonů ČR*. 2006, částka 37, s. 1257 – 1289. ISSN 1211-1244.

Použití internetové zdroje:

Ageismus.cz [online]. 2014 [cit. 2014-06-30]. Dostupné z: <http://www.ageismus.cz/>

Český statistický úřad. *Výběrové šetření zdravotně postižených VŠPO 07* [online]. 2008 [cit. 2014-06-22]. Dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/4100269DD7/\\$File/330908j3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/4100269DD7/$File/330908j3.pdf)

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky [online]. 2006 [cit. 2014-06-28]. Dostupné z: <http://sspcr.xf.cz/code.html>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby* [online]. [cit. 2014-06-18]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Zdravotní postižení* [online]. [cit. 2014-06-17]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Syndrom vyhoření ohrožuje sociální pracovníky i posudkové lékaře* [online]. 2007, 23. 11. 2007 [cit. 2014-06-19]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/4843>

Senioři v ČR 2014 [online]. 2014, 13. 1. 2015 [cit. 2015-01-23]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/310035-14-n_2014

Proti stárnutí.cz. *Teorie genu pro dlouhověkost*. [online]. [cit. 2014-06-30]. Dostupné z: <http://www.protistarnuti.cz/anti-aging-teorie/teorie-genu-pro-dlouhovekost>

ŘEZÁČOVÁ, Monika. Střední zdravotnická a Vyšší odborná škola zdravotnická Mladá Boleslav. *Stáří*. [online]. 2010. vyd. [cit. 2014-06-30]. Dostupné z: http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/St%C3%A1%C5%99%C3%AD.pdf

Použité jiné zdroje:

ČÁSLAVA, Pavel. Ministerstvo práce a sociálních věcí – odbor sociálních služeb a sociální práce. *Normativní instrukce č. 19/2013*. Praha, 1. 12. 2013. [cit. 2014-06-30].

Seznam příloh

Příloha č. 1 Doslovný přepis rozhovoru

Přepis rozhovoru se sociální pracovnící Úřadu práce České republiky

Pořízení rozhovoru dne: 12. 12. 2014
Čas: 9:05 – 9.30
Místo: Úřad práce České republiky, Krajská pobočka v Liberci,
Kontaktní pracoviště Jablonec nad Nisou, oddělení
příspěvku na péči
Respondent: E
Zpracovatele: Eva Klausová

Souhlasíte/nesouhlasíte s nahráváním rozhovoru?

„*Souhlasím.*“

Hlavní cíl:

Jak sociální pracovníci vnímají své postavení v rámci rozhodovacího procesu?

Dílčí cíle:

1) Jak sociální pracovníci vnímají prostor pro provádění sociální práce a sociálního šetření?

1. Jaký máte časový prostor pro provedení sociálního šetření?

„*No, v současné době ten prostor vnímám poměrně kladně, poměrně kladně, protože na úřadu práce nejsme limitováni, že bysme byli nuceni při sociálním šetření strávit u klienta dvacet, čtyřicet nebo hodinu. Sociální šetření dělám u každého individuálně a prostor si vyčleňuju taky individuálně. Mám v podstatě, tady dostanu žádost hned, když jdu na sociální šetření, nevím, jak ten člověk vypadá, jakou má diagnózu, jaký má zdravotní problémy. Až na místě zjistím, jestli s tím člověkem je dobrá komunikace, jestli i ta pečující osoba zvládá tu komunikaci bez problémů se mnou apod. Pokud je to těžší, tak u mě není problém udělat sociální šetření i v době dvou hodin. Poslední sociální šetření ... Nejdelší sociální šetření, jsem dělala u jednoho pana primáře necelý tři hodiny, nemám problém. To jsem jediná asi.*“

2. Jak vnímáte časový poměr mezi prostorem pro sociální šetření a administrativou?

„Prostor mezi sociálním šetřením a administrativou v podstatě ... Já si myslím, že tam máme taky dostatečný prostor k tomu, abysme mohly kvalitně ten posudek, teda ty podklady k posudkovému lékaři zpracovat. Je to, někdy je to těžší, někdy je to jednodušší, ale zase ten prostor si myslím, že tady máme dostatečný k tomu. Není problém. Jako jsou sociální šetření, který se dělají báječně a jsou sociální šetření, při kterých skutečně ti to dá mnohem víc času. V podstatě tu administrativu při zpracování sociálního šetření mě stojí tak šedesát minut do té hodiny, ale někdy samozřejmě to může být i delší.“

3. O co všechno se v rámci sociálního šetření zajímáte?

„Tak já se zajímám asi úplně o všechno. Mě zajímá, v jakém prostředí ten člověk žije, jaký má rodinný zázemí. Strašně ráda poznám pečující osobu. Stává se mi, že sem mile překvapená, jak třeba lidi, jak rodina je schopná zabezpečit ty pečující nebo tomu, prostě postiženému člověku nebo člověku s handicapem zdravotním krásný zázemí. Někdy jsem, ale zklamaná a mnohdy se stává, že jsou i doporučení přes odborného lékaře nebo přes praktického lékaře, z mého hlediska, že mu zavolám a požádám ho, jestli by se ..., jestli by tam nešlo i nějaký zlepšení. Na mysli mám třeba, kdy mně někdo řekne z těch klientů, že obvodního lékaře viděl třeba před dvěma lety, jo. A děti nebo rodinní příslušníci nebo pečující osoba jim chodí pravidelně nechávat k obvodnímu lékaři napsat léky a evidentně při sociálním šetření vidím, že ten člověk už je na tom tak, že by měl být prostě vyšetřen svým praktickým lékařem.“

Dobře, děkuju.

4. Jak vnímáte specifické nároky skupin klientů s různým typem postižení?

„Já tu práci dělám příští rok dvacet pět let, tak tenhle problém nemám. Dokážu se během možná deseti minut, možná i pěti minut přeorientovat na tu diagnosu s klientem, s kterým jednám. Mám na mysli, že jdu třeba na pět šetření ten den a každé ten člověk, je, má jiný handicap. Nemám problém. Stojí mě to tak pět až sedm minut, aby ten sem zase jednala úplně jinak, než třeba s člověkem onkologicky nemocným, s člověkem s pohybovým, nosným a člověkem po úrazu a s rodinou. A samozřejmě je to i jednání s tou nejbližší rodinou, s tou pečující osobou, kdy třeba lidi kteří ... Velký rozdíl je, když jdu do rodiny, kde už ta nemoc je delší dobu a je velký rozdíl, když du na sociální šetření, kdy ta rodina

se nikdy nesetkala, mám na mysli třeba úrazy z letních táborů a podobně anebo autonehody anebo úrazy na lyžích v zimě a nikdy se nesetkala s tím stavem a v té rodině třeba mladý člověk přijede po půl roce hospitalizace v Itálii, v Rakousku, ve francouzských Alpách a je to třeba vozičkář. Reaguju na každou tuhle tu situaci individuálně.“

5. Co je podle Vás důležité na přístupu sociálního pracovníka ke klientům?

„Strašně moc, strašně moc je důležitější ten sociální pracovník. V momentě jak jsem zmiňovala, když se stane nějaký úraz nebo přijde do rodiny mozková příhoda z nenadání ten člověk je v plném režimu pracovním, stane se takováhle situace, tak ta rodina je úplně beznadějná, vidíme to už při vstupu na náš úřad, když ta rodina se přijde informovat, když ta rodina nám přinese vyplněný žádosti za toho postiženého člověk, ale samozřejmě to není jenom o úrazu. Je to i v momentě, kdy ta maminka, tatínek nebo ten nejbližší člověk, jeho zdravotní stav se mu velmi, velmi horší, rodina žije v produktivním věku, nemají finanční prostředky, aby mohli zůstat doma a o toho člověka nemocného se postarat a začínáme lobovat, do jakého zařízení nebo co bysme mu měli doporučit. Já si myslím, že to je obrovsky důležitý moment, a že pracovník, ať je to sociální pracovník anebo ať je to odborný pracovník, který přijde do prvního styku s touto osobou, by měl být natolik informován a vyzbrojen, že by měl profesionálně té rodině hodně, hodně pomoci, aby nemusel lítat po úřadech, aby nelítal po městě, aby se nechytal různých informací zvenčí, aby skutečně ta odbornost u nás byla poskytnuta.“

Dobře, děkuju.

„Ta osvěta prostě není. Ty lidi nevědí, ty lidi přijdou na náš úřad, choděj od dveří ke dveřím. Hrozně se mně líbí, když ty lidi ten úředník jde po chodbě a už toho člověka odchytí, co si přejete a vopravdu a jsou to třeba i tři čtvrtě hodinový pohovory v tom prvopočátku, aby ten člověk skutečně věděl, jak má postupovat. Jak bysme to nazvaly, jak se to přesně jmenuje? Poradenství a ještě jinak takovej, Evo, to je takový to ...“

Já vím, co myslíš.

„Jak ... Ježíš, já jsem to vždycky říkala na radnici v přednáškách profesionální ...“

Jako přístup nebo něco takovýho.. „No, no toho soc ... toho pracovníka, že ... Možná si vzpomenu.“

2) **Jak sociální pracovníci vnímají podmínky své práce a vybavení pracoviště?**

6. **Jaké je vybavení pracoviště a pracovní podmínky před a po přechodu na Úřad práce České republiky?**

„Tak před ... Na magistrátu ty podmínky byly úplně jiné, měli sme mnohem větší prostor pracovní a i ten přístup do té kanceláře, mluvím o těžce zdravotně postižených lidech, vozičkářích, byl mnohem jednodušší. V současné době na úřadu práce, bohužel máme budovu, která je předimenzovaná a ten prostor tady není, jo. Máme strašně stísněné podmínky.“

7. **Jaká je na Vašem oddělení spolupráce s kolegy?**

„Já ji, já ji vnímám velice dobře v poslední době. Dříve to byly problémy, který se během takovýho roku začaly vlastně zlepšovat, ale samozřejmě ještě se stává, že někdy to není úplně, tak jako jak by to mělo být, ale to zlepšení tady je velký.“

8. **Jak vnímáte potenciál Vašeho pracoviště z pohledu počtu pracovníků?**

„To vnímám negativně, protože jsem přesvědčena vo tom, že by minimálně tři lidi ještě na našem oddělení měli být, aby vopravdu ten pracovník nebyl tak strašně zatížen tou pracovní náplní, protože těch klientů máme hodně.“

9. **Jak hodnotíte legislativní a metodické podmínky pro přiznávání příspěvku na péči?**

„Legislativní podmínky hodnotím dobře. A co to tam bylo?“

Legislativní a metodické podmínky.

„Metodické podmínky už jsou horší. Prostě tu metodiku, tam vlastně toho prostoru je úplný minimum a v podstatě, když vznikne nějaký problém u příspěvku na péči, tak většinou musíme volat, ale školení, že by byly pravidelný školení pro tenhle odborný tým, minimálně si představuju jednou za čtvrt roku. Mám na mysli, že by tam měly být i poznatky z kontrol Ministerstva práce a sociálních věcí a upozorňování na těch třeba metodických dnech, kde ... Nemusí se přesně jmenovat, kde přesně, ale k jakým nedostatkům došlo, tak to nám tady chybí, ale to není jenom příspěvek na péči, ale i mobilita a zvláštní pomůcky. Nejsme ve vobraze. Myslíme si, že to děláme dobře, ale bohužel ta metodika, aby z toho krajského úřadu nebo z toho generálního úřadu s námi spolupracovali v průběhu roku, tak to je pouze, když mi si nevíme rady, že voláme a obvoláváme kde co.“

10. Co by se mělo z Vašeho pohledu změnit?

„Z mého pohledu by se mělo změnit, že ty kraje, pokud jsou krajský úřady úřadu práce, tak bysme měli být s nimi v bezprostředním kontaktu a jednou za čtvrt roku alespoň jeden pracovník z našeho oddělení by měl jet na poradu, kde bysme tydle odborné záležitosti ohledně těch všech příspěvků, ať to je příspěvek na zvláštní pomůcku nebo příspěvek na mobilitu nebo příspěvek na péči, abysme byli v kontaktu s těma nejnovějšíma informacema. A mám zase na mysli včetně toho odvolacího řízení, který nám nachází ty chyby, aby ty chyby se celorepublikově co nejrychleji odstranily. Tak je nejjednodušší ... se ten tým lidí. Mám na ... Vopravdu stačí jen jeden pracovník z toho pracoviště, který pak udělá seznámení všech těch ostatních s těma informacema, ale jinak je to fakt velice špatný tohle.“

11. Jaký je z Vašeho pohledu přístup do budovy z pohledu klientů?

„Jako budova se mně líbí, přístup do budovy je sice bezbariérový, ale trošku z kopečka a v zimním období tady máme velký zátěžový koberec, který nejsou přilepeny. Čili já, z mého hlediska kdy pracuju s vozíčkáři a těžce zdravotně postiženými lidmi, pro mě to není vůbec vhodné řešení. V zimních obdobích tady máme vodu na tý chodbě, že jo. Tak takhle to mám na mysli, ale jinak jako ty chodby jsou úzký, ale vstup jako ... I parkovací místa tady máme, takže není problém z tohohle hlediska, ale dělá mi problém vestibulová hala, kde sou volně položený zátěžový koberec. Vozíčkář, který se musí votočit v tý hale, tak bohužel prostě se mu ten koberec dá do tý ... Stalo se nám to loni asi u tří případů.“

Dobře, děkuju.

3) Jak sociální pracovníci vnímají podporu vedení?

12. Jak spolupracujete se svým přímým nadřízeným?

„Nemám problém, velice dobře.“

13. Jak vnímáte pozici krajského metodika?

„Pozice krajského metodika, je to člověk, který se to učí. Je to člověk, který ty zkušenosti prostě nemá. Představovala bych si na krajském úřadě metodika, který vopravdu by měl být už někde jinde.“

14. Jakou máte spolupráci s Vaším krajským metodikem?

„Nemám problém ve spolupráci.“

15. Potkali jste se ve své kariéře u sebe nebo u kolegů se syndromem vyhoření?

„Já jsem sama zatím po pětadvaceti letech, v únoru to budu dělat dvacet pět let, nesetkala se sebou, že bych měla vyhoření. Setkala jsem se s dvěma kolegy v životě v tom sociálním systému, co pracuji a při obou dvou případech to byly smutný příběhy, kdy ty lidi ukončili pracovní poměr v téhle sféře. A v oba případy byly, že ten pracovník byl přetížen pracovně.“

16. Využíváte možností supervize? Jaký má pro Vás přínos?

„Supervizi jsem absolvovala po dobu deseti let. Supervizi jsme na Magistrátu města Jablonce měli pravidelně jednou za čtvrt roku. Supervizi já osobně vítám, ale nevítám supervizi za přítomnosti nadřízeného pracovníka. Tam se domnívám, že by to nemělo být a že by supervize měly probíhat v tom kruhu pracovním a bez účasti nadřízeného pracovníka. Nemá ten smysl ta supervize, nemá to uvolnění, lidi se bojí říct svůj názor apod. To mám na mysli, jinak by mně ten vedoucí tam nevěděl, ale pokud prostě ten tým chce na sobě pracovat, tak je dobrý, jak se říká, co jsme si uvařili, to si i sníme.“

4) Jaká je spolupráce s dalšími subjekty?

17. Jaká je spolupráce se sociálními pracovníky na Městském úřadu?

„Spolupráci za celý tři roky, co jsme pod úřady práce. Spolupracovala jsem dvakrát, třikrát a nevidím vůbec moment nutnosti takového počtu sociálních pracovníků na radnici, jaký je, protože ta spolupráce z mého hlediska není na takové ..., v takové kvalitě, jak by měla být.“

18. Co byste na této spolupráci změnili?

„Nerozumím vůbec tý spolupráci, vůbec nerozumím tomu. V podstatě nechápu ten systém, který teď je nastavený - sociální pracovník na magistrátu, sociální pracovník tady. Myslím si, že stejně to největší gró v tý sociální práci bohužel mají úřady práce. Co se týče potom samozřejmě tý skupiny nepřizpůsobivých lidí, tak tam je to na místě, že ty magistráty nebo ty města to zastřešují, ale při příspěvku na péči, pokud je to klient, který je zbaven svéprávnosti, tam není absolutně problém. Pokud to jsou klienti, který teda ta děvčata potkají v rámci

toho bezdomovství a nabízej jim příspěvek na péči, vyplň za něj žádost, přinesou nám to a podobně, ale u spousty lidí se stává, že ten sociální pracovník magistrátu jim naslibuje a skutek utek.“

19. Spolupracujete s nějakými dalšími organizacemi?

„My tady spolupracujem s pečovatelskými domy, s domy pro seniory, spolupracujeme tady s příspěvkovými organizacemi, děláme jim přednášky. V podstatě spolupracujeme s lékaři, spolupracujeme se sociální pracovníci z nemocnice, LDN, spolupracujeme s posudkovými lékaři. Hodně velká spolupráce je kontakt mezi českou nebo okresní správou sociálního zabezpečení a naším oddělením, tam sme, tam ta spolupráce je velice kladná a jsme s nimi v bezprostřední denní blízkosti.“

20. Jaká je ve Vašem okolí nabídka služeb pro uživatele příspěvku na péči?

„Samozřejmě, že to vnímám velice negativně. V Jablonci nad Nisou ta nabídka je strašně slabá všechna zařízení po lidi, kteří jsou nebo by měli být umístěni do těchto zařízení, kdy ta rodina třeba, i jak jsem se zmiňovala, žije v produktivním věku, nemá ty finanční prostředky na to, aby zůstali doma, nejsou ohodnoceni, nejsou zaplacení jako pečující osoby. To je v momentě, kdy k 1. 1. 2007 vznikl příspěvek na péči, pokud dříve byl příspěvek o osobu blízkou, příspěvek, byl to příspěvek pečující osobě, tak to se zrušilo vod 1. 1. 2007 už je to příspěvek na péči jako takovou, ale dostává to pečující osoba, tak v Jablonci a v okolí Jablonce nemáme v současné době zařízení, které by mohlo přijímat. Všichni lidi, kteří čekají, tak čekají dlouhodobě. Je problém přesunu z LDN do dalšího zařízení, to je velký problém a čekáme v březnu, že se nám votevře nové sociální zařízení soukromý. Bude to dům s pečovatelskou službou dvaceti čtyřhodinová služba, kde bude mít kapacitu 78 lůžek. Na to čekáme jak na smilování.“

21. Jakou máte zkušenost se spoluprací s Okresní správou sociálního zabezpečení – Lékařskou posudkovou službou?

„Velice kladně máme celý léta velice kladný vztah. Řešíme, v podstatě máme možnost v Jablonci řešit, individuální případy osobně jak s posudkovým lékařem, tak s tajemnicí. Nevidím vůbec žádný problém.“

Tak jo, tak je to všechno, tak děkuju.