

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Důsledky sociální reformy na výkon práce
sociálních pracovníků v oblasti dávek pro
občany se zdravotním postižením**

Diplomová práce

Autor: Bc. Martina Kolářová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Vedoucí práce: Mgr. Martina Macková, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Ústav sociální práce

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina Kolářová**
Osobní číslo: **U1343**
Studijní program: **N6731 Sociální politika a sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce**
Název tématu: **Důsledky sociální reformy na výkon práce sociálních pracovníků v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením**
Zadávající katedra: **Oddělení sociální práce a sociální politiky**

Zásady pro vypracování:

Hlavním cílem diplomové práce bude zjistit vliv sociální reformy, týkající se dávek pro občany se zdravotním postižením, na výkon práce sociálních pracovníků. Teoretická část bude vycházet z oblasti sociální pomoci v rámci sociální politiky a zaměří se na změny konkrétních sociálně politických opatření ve vztahu k vybrané cílové skupině klientů. Praktická část bude zpracována na základě kvalitativní výzkumné strategie, bude využito techniky studium dokumentů a rozhovor. Studijní zdroje: TOMĚŠ, I. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Praha: Portál, 2010. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. MPSV.CZ: ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ. [online]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8>.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**
Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Martina Macková, Ph.D.**
Oddělení sociální práce a sociální politiky

Datum zadání diplomové práce: **28. ledna 2014**
Termín odevzdání diplomové práce: **27. března 2015**

L.S.

Jiří Dvořák, MUDr., CSc.
ředitel

Mgr. Zuzana Chaluděrová, Ph.D.
vedoucí katedry

duo

Prohlášení

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

V Česticích dne 9. 3. 2015

.....

Bc. Martina Kolářová

Abstrakt

KOLÁŘOVÁ, Martina. *Důsledky sociální reformy na výkon práce sociálních pracovníků v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením*. Hradec Králové, 2015. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce, Vedoucí práce: Mgr. Martina Macková, Ph.D.

Diplomová práce pojednává o důsledcích sociální reformy (účinné od 1. 1. 2012) na přímý výkon práce sociálních pracovníků v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením. Jejím cílem je zjistit, zda uvedená sociální reforma měla vliv na přímý výkon práce sociálních pracovníků vykonávajících agendu dávek pro občany se zdravotním postižením. Práce je členěna na část teoretickou a část empirickou. V rámci teoretické části jsou vymezeny základní pojmy, které jsou stěžejní pro celou diplomovou práci. Poměrná část teoretické práce je věnována sociální reformě, v rámci které je dále popsána situace v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením, a to před sociální reformou, po zavedení sociální reformy a aktuální stav, včetně konkrétních příkladů. Závěr teoretické části diplomové práce se zabývá úlohou sociálních pracovníků při podpoře osob se zdravotním postižením a možnými riziky spojenými se zavedením reformních opatření. Ve výzkumném šetření je v rámci kvalitativní výzkumné strategie využita metoda dotazování a studium dokumentů a výzkumná technika individuální polostrukturované interview a obsahová analýza dokumentů. Následně je provedena analýza a interpretace získaných dat. V závěru práce jsou interpretovány výsledky výzkumného šetření a konstatování, zda byly naplněny dílčí cíle a posléze i hlavní cíl práce.

Klíčová slova: sociální reforma, sociální dávka, dávky pro občany se zdravotním postižením, sociální pracovník

Abstrakt

KOLÁŘOVÁ, Martina. Consequences of welfare reform on job performance of social workers within the field of disabled persons' benefits. Hradec Králové, 2015. Master Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Master Degree Thesis: Mgr. Martina Macková, Ph.D.

The thesis is about impact of the social reform (valid from January 1, 2012) on work performance of social workers in the sphere of benefits for disabled people. The goal of the thesis is to find out if the social reform has influenced the direct work performance of those officials who deal with processing the benefits for disabled people. The thesis is divided into two parts: academic (the theory) and empirical (the research). In the theory, there are core expressions for the whole thesis stated. Part of the thesis applies to the social reform itself. The situation concerning social benefits for disabled people, before and after the social reform, is described as well as the present situation. Particular examples are also included. At its end the thesis applies to the role of the social workers in supporting and helping disabled people and to the potential risk of taken measures which has the reform brought. In the research part of the thesis qualitative research strategies – the enquiry method and studying documents – are used. An individual half-structured interview and contents analysis are used as research techniques. Afterwards the analysis and the interpretation of gained data are made. In the conclusion of the thesis the outcomes of the research are stated. Finally, the statements about fulfilment of the previously set intermediate goals as well as the main goal of the thesis, are given.

Keywords: social reform, social benefit, benefits for disabled people, social worker

Poděkování

Mé poděkování patří v první řadě vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Martině Mackové, Ph.D., za její rady a vstřícnost při vedení diplomové práce. Dále všem osloveným informantům, kteří mi byli svou spoluprací nápomocni při sběru dat pro výzkumné šetření, a v neposlední řadě i mé rodině, která mi svou podporou a pochopením umožnila studium a vypracování diplomové práce.

Obsah

Úvod	11
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Osoby se zdravotním postižením	14
1.1 Zdravotní postižení	14
1.2 Organizační zabezpečení výplaty sociálních dávek pro občany se zdravotním postižením	16
1.2.1 Česká správa sociálního zabezpečení, Okresní správa sociálního zabezpečení a Lékařská posudková služba	18
1.2.2 Úřad práce České republiky	19
2 Sociální reforma účinná od 1. 1. 2012.....	21
2.1 Sociální politika a sociální zabezpečení v České republice	21
2.2 Východiska sociální politiky	24
2.3 Situace v oblasti sociálních dávek pro občany se zdravotním postižením před sociální reformou	25
2.3.1 Konkrétní příklady I.....	29
2.4 Období zavádění sociální reformy	33
2.4.1 Personální zabezpečení.....	36
2.4.2 Programové zabezpečení.....	37
2.5 Aktuální změny ve sledované oblasti v období po uskutečnění sociální reformy..	38
2.5.1 Konkrétní příklady II.....	40
3 Úloha sociálních pracovníků při podpoře osob se zdravotním postižením	45
3.1 Východiska sociální práce	45
3.2 Osobnostní předpoklady potřebné k výkonu profese sociálního pracovníka	47
3.3 Vliv sociální reformy na přímý výkon práce sociálních pracovníků	49
3.3.1 Konkrétní příklady III.....	50
3.3.2 Rizika spojená se zavedením reformních opatření	55
4 Příprava a realizace výzkumného šetření.....	61
4.1 Formulace hlavního výzkumného cíle a dílčích výzkumných cílů	61
4.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.....	63
4.3 Výzkumná strategie, zvolené výzkumné metody a techniky.....	65
4.4 Zdůvodnění volby výzkumného souboru a jeho charakteristika	68
4.5 Popis organizace a průběhu sběru dat	68
4.6 Reflexe možných etických rizik výzkumu a rizik zvolené výzkumné strategie.....	70

5	Analýza a interpretace dat	72
5.1	DC1: Zjistit, jak sociální pracovníci hodnotí odbornou přípravu sebe samých nadřízeným orgánem na realizaci sociální reformy v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením	72
5.1.1	Analýza webových stránek Úřadu práce ČR – SharePoint Úřad práce ČR	75
5.2	DC2: Zjistit, zda změny způsobené sociální reformou měly negativní vliv na přímý výkon práce sociálních pracovníků v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením	77
5.3	DC3: Zjistit, zda rizika uvedená v podkapitole 3.3.2 teoretické části práce se reálně projevila u pracovníků agendy dávek pro občany se zdravotním postižením v praxi, ve spojitosti se zavedením sociální reformy	79
5.4	Odpověď na hlavní výzkumný cíl	83
	Závěr	85
	Seznam použité literatury	88
	Legislativní zdroje	91
	Internetové zdroje	92
	Seznam tabulek	94
	Seznam příloh	95

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
WHO	World Health Organisation
Sb.	Sbírka

Úvod

Téma diplomové práce „Důsledky sociální reformy na výkon práce sociálních pracovníků v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením“ jsem nezvolila náhodně. Vedla mě k tomu skutečnost, že pracuji na Úřadu práce ČR jako sociální pracovnice vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením. V této oblasti jsem pracovala nejen v době, kdy tyto dávky organizačně zabezpečovali okresní úřady, ale od 1. 1. 2003 také obecní úřady obcí s rozšířenou působností a v současné době Úřad práce ČR. Z uvedeného vyplývá, že jsem spolu s dávkami prošla různými údobími, která měla své klady i zápory a poslední velkou změnou v této oblasti byla sociální reforma účinná od 1. 1. 2012. Dalším důvodem, který mě vedl k výběru tohoto tématu, je téma mé bakalářské práce „Sociální dávky pro rodiny dětí s postižením“, kde jsem se také zabývala zmiňovanou sociální reformou, ale z pohledu druhé strany, kterou byly rodiny dětí se zdravotním handicapem, kde bylo hlavním cílem zjistit spokojenost rodin dětí s postižením s novým systémem dávek pro občany se zdravotním postižením z hlediska pokrytí jejich potřeb. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že převážná část dotázaných rodin byla spíše nespokojena s novým systémem dávek pro občany se zdravotním postižením, z čehož vyplynulo, že z pohledu cílové skupiny měly důsledky sociální reformy na danou oblast spíše negativní dopad. Zajímal mě názor opačné strany, a to sociálních pracovníků, kteří vykonávají agendu dávek pro občany se zdravotním postižením, a proto jsem se rozhodla tomuto tématu věnovat svou diplomovou práci. Jelikož pracuji, jak jsem již zmínila výše, jako sociální pracovnice vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením, bude celá diplomová práce doplněna o osobní poznatky a postřehy z praxe.

V oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením byla velkým mezníkem změna organizačního zabezpečení a výplaty těchto dávek Úřadem práce ČR, a to vše pod taktovkou sociální reformy účinné od 1. 1. 2012. Zda byla sociální reforma dostatečně propracována a důsledně připravena, a zda byli sociální pracovníci vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením na tuto změnu dostatečně a odborně připraveni, to bude předmětem výzkumného šetření.

Hlavním cílem práce bude zjistit vliv sociální reformy týkající se dávek pro občany se zdravotním postižením na výkon práce sociálních pracovníků. Již samotný název

diplomové práce i hlavní cíl práce, který je totožná s výzkumným cílem diplomové práce, vybízí ke zvolení kvalitativní výzkumné strategie. Za pomoci hlavní výzkumné metody dotazování a pomocné výzkumné metody studium dokumentů a výzkumné techniky, kterou je individuální pololstrukturované interview a analýza dokumentů, budu zjišťovat názory, zkušenosti a pocity sociálních pracovníků, díky nimž se budu snažit o zodpovězení jednotlivých dílčích cílů, a to za pomoci předem připravených tazatelských otázek.

Diplomová práce bude členěna na část teoretickou a část empirickou. Záměrem práce bude vzájemné propojení teoretické a empirické části tak, aby na sebe navzájem navazovaly a aby empirická část práce mohla čerpat poznatky z části teoretické, z jejichž poznatků by měla vycházet.

Cílem teoretické části bude seznámit čtenáře se základními pojmy, které se v dané tematice vyskytují, což je důležité pro následnou empirickou část a pro pochopení tématu jako celku. Na počátku bude vymezeno organizační zabezpečení dávek pro občany se zdravotním postižením. Druhá kapitola bude věnována tématu sociální reformy účinné od 1. 1. 2012 a období zavádění sociální reformy. Bude zde také vymezena situace v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením před sociální reformou, po zavedení sociální reformy a aktuální změny ve sledované oblasti, včetně konkrétních příkladů. Závěrečná část teoretické části diplomové práce bude věnována úloze sociálních pracovníků při podpoře osob se zdravotním postižením, vymezení východiska sociální práce, osobnostní předpoklady potřebné k výkonu profese sociálního pracovníka, vliv sociální reformy na přímý výkon práce sociálních pracovníků a popis aktuálního stavu v oblasti dávek pro občany s handicapem v konkrétních příkladech. Vymezením rizik pro sociální pracovníky v souvislosti se zavedením reformních opatření je důležité pro empirickou část práce, konkrétně pro dílčí cíl 3.

Empirická část diplomové práce bude věnována přípravě a realizaci výzkumného šetření, kde bude odůvodněna a popsána zvolená výzkumná strategie, výzkumné metody a techniky, vytyčení dílčích cílů a stanovení tazatelských otázek. Shromážděná data získaná z výzkumného šetření budou podrobena analýze a interpretaci. V závěru praktické části bude interpretována odpověď na hlavní výzkumný cíl práce s potažmo i na hlavní cíl práce.

Záměrem diplomové práce bude vymežit dávky pro občany se zdravotním postižením v daných časových obdobích a popsat změny, které se vlivem sociální reformy uskutečnily a zjistit, zda měly vliv na přímý výkon práce sociálních pracovníků v dané oblasti. Tato práce by mohla být přínosná všem, kteří mají zájem o časový (historický) vývoj dávek pro občany se zdravotním postižením, studenty sociální práce, ale především pro ty, kteří se aktivně podílí na změnách v této oblasti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Osoby se zdravotním postižením

Sociální dávky pro občany se zdravotním postižením jsou již v českém porevolučním právním řádu samozřejmostí. Tyto peněžní benefity pomáhají lidem se zdravotním postižením překonávat následky svého handicapu, zkvalitnit jim osobní i společenský život, plnohodnotně se začleňovat do společnosti a překonávat úskalí, které je způsobeno jejich zdravotním handicapem.

Zde bych považovala za důležité ozřejmit pojem „**zdravotní postižení**“, aby se čtenář posléze dobře orientoval v jednotlivých dávkách pro občany se zdravotním postižením, které budou uvedeny v této práci. Dále zde bude uveden ucelený přehled a popis institucí, které byly nebo jsou kompetentní v rozhodování a výplatě dávek osob se zdravotním postižením nebo jsou důležité pro poskytování podkladů pro rozhodnutí. Důvodnost tohoto vymezení spočívá v tom, aby si čtenář uvědomil, jak změny, které se udály, zasáhly nejen do života lidí s handicapem, ale také do přímého výkonu práce sociálních pracovníků, kteří se s těmito poměrně dosti složitými změnami museli vyrovnat a zvládnout je začlenit do své práce.

Chtěla bych zde také zmínit, že v diplomové práci se budu zabývat zejména dávkami pro osoby se zdravotním postižením a příspěvkem na péči. Vzhledem k tomu, že popis těchto dávek je příliš zdlouhavý a mohl by narušovat kontinuitu textu, budu tyto dávky souhrnně nazývat dávky pro občany se zdravotním postižením.

1.1 Zdravotní postižení

Zdravotní postižení je vnímáno širokou veřejností, ale i právními předpisy v jednotlivých odvětvích sociální sféry různými způsoby. Pojem „**zdravotní postižení**“ je celkově vnímám v negativním smyslu slova. Vyvolává to v nás dojem, že s člověkem, který má nějaký zdravotní handicap, není něco v pořádku, a to po stránce zdravotní. Mnozí z nás si ale neuvědomí, že se zdravotní postižení promítá do všech oblastí života dotyčného člověka (osobního, společenského, pracovního

apod.), který se musí různými způsoby vyrovnávat s následky a nástrahami, které mu jeho zdravotní postižení přinesly.

Na první pohled se může zdát, že každý ví, co pojem **zdravotní postižení** znamená a kdo se považuje za osobu se zdravotním postižením. Ale už při samotné interpretaci se můžeme setkat s různými výklady těchto pojmů. Jedni se domnívají, že se jedná pouze o ty, kteří pobírají invalidní důchod, jiní, že se jedná o mentálně, tělesně nebo smyslově handicapované občany a někteří do této skupiny řadí lidé, kteří používají některou „viditelnou“ zdravotní pomůcku, jako je např. invalidní vozík, francouzská hůl, naslouchátko.

Pravdou je, že náš právní řád nemá jednotnou definici zdravotního postižení, a proto v případě potřeby definovat tento pojem, musíme nahlédnout do jednotlivých konkrétních právních předpisů, které „zdravotní postižení“ interpretují.

Dle slovníku sociální práce definuje Matoušek (2013) zdravotní postižení jako postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, a to zejména schopnosti navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. Matoušek dále říká, že zdravotní postižení lze vymezit jako dlouhodobý (většinou delší jak 1 rok) nebo setrvalý zdravotní stav, který se liší od běžného zdravotního stavu člověka.

Vymezením pojmu „**zdravotní postižení**“ se zabývá i Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation), která definovala vadu za jakoukoli ztrátu nebo abnormálnost psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce. Pojmem „postižení“ vymezuje jakékoli omezení nebo ztrátu, vyplývající z vady, schopnosti jednat a provádět činnosti způsobem nebo v mezích, které se pro lidskou bytost považují za normální. A za „znevýhodnění“ považuje nevýhodu, vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, která omezuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro tohoto jedince, s přihlédnutím k věku, pohlaví a sociálním a kulturním činitelům, normální (Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, 2014).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 108/2006 Sb.), se za zdravotně postiženého člověka považuje ten, který má tělesné, mentální, duševní smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby (zákon č. 108/2006 Sb.).

Pojem „**zdravotní postižení**“ lze také definovat dle dávek sociální péče pro zdravotně handicapované občany. Zdravotně postiženou osobou je ten, kdo má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, těžké zrakové postižení, těžké sluchové postižení a těžké mentální postižení (zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů).

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, považuje za zdravotně postiženého člověka toho, kdo byl orgánem sociálního zabezpečení uznán invalidním v prvním, druhém nebo třetím stupni (zákon č. 435/2004 Sb.).

1.2 Organizační zabezpečení výplaty sociálních dávek pro občany se zdravotním postižením

V sociální oblasti existuje různorodá „paleta“ **institucí**, které zabezpečují sociální politiku státu. Pod pojmem „sociální“, se ukrývá několik institucí, které spravují různá odvětví sociální oblasti. Právní předpisy určují kompetence jednotlivých orgánů, v jakých oblastech jsou věcně a místně příslušné k rozhodování a vyplácení např. důchodů, podpory v nezaměstnanosti, poskytování sociálního poradenství a také nepojistných sociálních dávek, v našem případě dávek pro občany se zdravotním postižením.

Níže popíši **organizační zabezpečení dávek pro občany se zdravotním postižením**, a to ve třech časových intervalech. Toto vymezení je důležité pro uvědomění si, že organizační zabezpečení těchto dávek bylo velmi nestabilní a neustále procházelo kompetenčními změnami, což dle mého hlediska není příliš vhodné ani pro příjemce dávek ani pro pracovníky daných agend a pokud zmíníme finanční hledisko při převádění kompetencí těchto dávek, můžeme zde hovořit o navýšení výdajů ze státního rozpočtu na jednotlivé delimitační kroky. Je zapotřebí, aby se tyto dávky institucionálně stabilizovaly a dále se mohlo pracovat na jejich zkvalitnění a pružné reakci na aktuální potřeby lidí s handicapem.

Dávky pro občany se zdravotním postižením se do právního řádu začlenily vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění účinném od

27. 5. 1991 (dále jen vyhláška č. 182/1991 Sb.), která konkretizovala jednotlivé druhy dávek. Dle zákona č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení (dále jen zákon č. 114/1988 Sb.), ve znění účinném od 1. 3. 1991 do 31. 12. 2002, byly kompetentní v rozhodování a výplatě těchto dávek okresní úřady.

Zrušením okresních úřadů k 31. 12. 2002 došlo k přesunutí kompetence rozhodování a výplaty sociálních dávek na obecní úřady obcí s rozšířenou působností, tzv. obce třetího typu. Novela zákona č. 114/1988 Sb., účinná od 1. 1. 2003, pověřovala obecní úřady obcí s rozšířenou působností k rozhodování a výplatě sociálních dávek pro zdravotně handicapované občany, a to do 31. 12. 2011. Právním předpisem, který vymezoval tyto dávky, byla nadále vyhláška č. 182/1991 Sb. a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, účinný od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2011.

Plánovaná **sociální reforma ministra Drábka** vešla v platnost 1. 1. 2012, kdy byly dávky pro občany se zdravotním postižením opět „přesunuty“, a to pod „hlavičku“ Úřadu práce. K 31. 12. 2011 byly zrušeny téměř všechny dosud stěžejní právní předpisy – zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení, zákon č. 114/1988 Sb. a vyhláška č. 182/1991 Sb. V platnosti nadále zůstal zákon o sociálních službách, který vymezuje příspěvek na péči. Zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, stanovuje plnění úkolů, mimo jiné, i v oblasti příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením.

S účinností od 1. 1. 2012 až do současnosti je pro rozhodování a výplatu dávek pro občany se zdravotním postižením kompetentní Úřad práce. V kuloárech se proslýchalo, že se mají tyto sociální dávky opět „stěhovat“, a to buď zpět na obecní úřady obcí s rozšířenou působností, nebo na okresní správy sociálního zabezpečení. To však ministrině Marksová Tominová v období konce roku 2014 odmítá a tvrdí, že současný přechod nepojistných sociálních dávek by nic neřešil. Situace se v první řadě musí stabilizovat.

Zcela souhlasím s vyjádřením ministrině Marksové Tominové. Za dobu mé praxe jsem spolu s dávkami prošla okresním úřadem, obecním úřadem obce s rozšířenou působností a nyní Úřadem práce ČR. V současné době je nutné systém sociálních dávek stabilizovat, poskytnout Úřadu práce dostatek kvalifikovaných pracovníků, tím dojde k odstranění nadměrného pracovního zatížení dosavadních pracovníků, kteří se budou moci více a systémově věnovat své profesi.

1.2.1 Česká správa sociálního zabezpečení, Okresní správa sociálního zabezpečení a Lékařská posudková služba

Česká správa sociálního zabezpečení (dále jen ČSSZ) je samostatnou rozpočtovou organizací podřízená Ministerstvu práce a sociálních věcí. Jako orgán státní správy vykonává působnost v oblasti sociálního zabezpečení (důchodového pojištění a nemocenského pojištění) a lékařské posudkové služby. Její kompetence jsou upraveny zákonem České národní rady č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 582/1991 Sb.). Strukturu ČSSZ tvoří ústředí ČSSZ, (regionální) pracoviště ČSSZ, okresní správy sociálního zabezpečení (dále jen OSSZ), Pražská správa sociálního zabezpečení a Městská správa sociálního zabezpečení Brno a jejich územní pracoviště (Česká správa sociálního zabezpečení, 2014).

Úřad práce České republiky žádá okresní správy sociálního zabezpečení o posouzení zdravotního stavu, v současné době k žádostem o příspěvek na péči, žádostem o příspěvek na zvláštní pomůcku a žádostem o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením, a to na základě zákona č. 582/1991 Sb. Na základě tohoto zákona okresní správy sociálního zabezpečení posuzují stupeň závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči, posuzování zdravotního stavu o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením a posuzování zdravotního stavu, zda jde pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku o osobu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí nebo s těžkým sluchovým postižením nebo s těžkým zrakovým postižením anebo s těžkou nebo hlubokou mentální retardací a zdravotní stav nevylučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku (zákon č. 582/1991 Sb., 14. 8. 2014).

Činnost **Lékařské posudkové služby** pro účely zákona č. 329/2011 Sb. spočívá ve vyhotovování lékařských posudků posudkovými lékaři OSSZ o zdravotním stavu žadatelů o **příspěvku na zvláštní pomůcku a průkazu osoby se zdravotním postižením**. OSSZ v řízení o dávkách nerozhodují, pouze vypracovávají podklady (posudek o zdravotním stavu) potřebné pro rozhodnutí.

Podobný průběh nalezneme v řízení o **příspěvku na péči**. V tomto případě posudkoví lékaři posuzují stupeň závislosti a to pro kategorii osob do 18 let věku a osoby starší 18 let. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat 10 základních životních potřeb: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Posouzení zdravotního stavu pro jednotlivé systémy je, jak výše vidíme, rozdílné. Posudková kritéria jsou stanovena příslušnými právními předpisy. Zdravotní postižení, která odpovídá přiznání jedné dávky, nemusí odpovídat přiznání dávky jiné (Česká správa sociálního zabezpečení, 2014).

1.2.2 Úřad práce České republiky

Úřad práce je správním úřadem s celostátní působností. Řídí se zákonem č. 73/2011 Sb. Tento právní předpis stanoví jeho organizační členění a úkoly. Působí zde generální ředitelství, krajské pobočky (shodné s územím krajů) a pobočka pro hlavní město Prahu a kontaktní pracoviště, která jsou součástí krajských poboček. V čele Úřadu práce stojí generální ředitel/ředitelka, v čele krajských poboček je také ředitel/ředitelka a kontaktního pracoviště krajské pobočky řídí buď ředitel/ředitelka nebo vedoucí, to záleží na počtu pracovníků daného kontaktního pracoviště. Úřad práce plní úkoly, mimo jiné, v oblasti dávek pro osoby se zdravotním postižením a příspěvku na péči, kde je kompetentní v rozhodování v 1. stupni správního řízení. O odvolání proti rozhodnutí vydaném v 1. stupni řízení, rozhodují detašovaná pracoviště Ministerstva práce a sociálních věcí (Úřad práce České republiky, 2014).

Shrnutí 1. kapitoly

V této kapitole byly vymezeny osoby, respektive jejich stav – zdravotní stav, které mohou čerpat benefity ve formě nepojistných sociálních dávek pro občany se zdravotním postižením. Toto vymezení jsem považovala za důležité, aby bylo zřejmé, s jakými specifickými klienty pracují sociální pracovníci vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením. To je důležité pro uvědomění si, že pracovat s lidmi, kteří mají zdravotní handicap, je velmi mnohdy náročné na psychickou stránku pracovníků, což může být umocněno i vlivem častých

organizačních změn. Vymezením organizačního zabezpečení výplaty sociálních dávek pro občany se zdravotním postižením a popis orgánů sociálního zabezpečení, které se podílely nebo podílí na procesu posuzování zdravotního stavu, rozhodování a výplatě dávek, je důležité pro praktickou část práce, a to z důvodu uvědomění si častých kompetenčních změn v organizačním zabezpečení dávek pro občany se zdravotním postižením, které by mohly mít vliv na přímý výkon práce sociálních pracovníků vykonávajících agendu dávek pro občany se zdravotním postižením.

2 Sociální reforma účinná od 1. 1. 2012

V úvodu této kapitoly bych chtěla upozornit na skutečnost, že se budu v rámci celé diplomové práce zabývat sociální reformou účinnou od 1. 1. 2012. Vymeším zde základní pojmy sociální politiky státu, které přímo podléhají změnám při realizaci sociální reformy a faktory ovlivňující vznik sociální reformy. Dále popíši situaci v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením před sociální reformou, v období zavádění sociální reformy a aktuální změny ve sledované oblasti po uskutečnění sociální reformy, včetně konkrétních příkladů. Konkrétní příklady ve formě výčtu jednotlivých dávek jsou důležité pro pochopení rozsáhlých změn, které mohly mít vliv na výkon práce sociálních pracovníků, což bude předmětem zkoumání v empirické části diplomové práce.

2.1 Sociální politika a sociální zabezpečení v České republice

Téměř každý člověk ve svém životě touží po jistotě. Když se narodíme, jistotu nám poskytuje náruč rodičů a blízké rodiny, posléze kamarádi a přátelé, partner/ka nebo manžel/ka. Později hledáme jistotu materiální a finanční a v neposlední řadě se dobře cítíme, pokud jsme chráněni jistotou **sociálního zabezpečení**.

Sociální zabezpečení poskytuje stát, jako hlavní aktér sociální politiky, prostřednictvím svých institucí, zařízení a opatření, které pomáhají předcházet sociálním událostem občanů nebo zmírňovat či odstraňovat jejich důsledky.

Sociální zabezpečení je strukturováno do třech základních systémů. Jedná se o **sociální pojištění** (odkládání části finančních prostředků za účelem pozdějšího zabezpečení v různých sociálních situacích – např. stáří, nemoc, invalidita, mateřství), **státní sociální podpora** (dávky určené převážně rodinám s nezaopatřenými dětmi) a **sociální pomoc** (je určena osobám, které potřebují pomoc vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu nebo osobám nacházejících se v nepříznivé sociální situaci). Prostřednictvím těchto systémů stát poskytuje občanům sociální jistoty a pomoc v situacích, které označil za obtížné životní situace (např. nemoc, stáří, chudoba) a jejich řešením tak zmírňuje tlak a neklid občanů ve společnosti (Duková, Duka, Kohoutová, 2013).

Sociální dávky pro občany se zdravotním postižením poskytuje stát prostřednictvím třetího systému sociálního zabezpečení - sociální pomoc. „*Sociální pomoc je určena k zabezpečení základních životních potřeb osob v situaci absolutního nedostatku hmotných prostředků a v těch sociálních situacích, kdy osoby nejsou schopny samy ani s pomocí vlastní rodiny zabezpečovat svoje základní životní potřeby.*“ (Krebs a kol., 2007, s. 267).

Dávky sociální péče poskytované z prostředků systému sociální pomoci se zaměřují na řešení obtížných životních situací, které vznikly nebo by mohly vzniknout v důsledku hmotné nebo sociální nouze. Jedná se o sociální události spojené s problémem chudoby a o sociální události vyvolané nepříznivým zdravotním stavem vzhledem k věku nebo zdravotnímu postižení příjemce. Náklady na dávky se hradí ze státního rozpočtu.

Sociální pomoc, realizovaná jako opatření státu ve smyslu lidské solidarity a dobročinnosti, pomáhá občanovi v sociálně neuspokojivé situaci, kterou je bezesporu přítomnost zdravotního postižení. Lidé se zdravotním postižením se nacházejí v situacích, kdy jim jejich dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení brání plnohodnotnému zapojení do společnosti, čímž se tyto osoby cítí znevýhodněny a mnohdy pociťují, že jejich práva nejsou na stejné úrovni oproti právům svých „zdravých“ spoluobčanů. Sociální fungování lidí se zdravotním postižením je odvislé na několika faktorech, které se mohou navzájem ovlivňovat. Jedná se např. o **prostředí**, ve kterém žijí (např. fyzické, sociální, kulturní, postojové, politické, ekonomické), dále **osobní faktory** (věk, pohlaví, druh a doba vzniku zdravotního postižení, životní zkušenosti, společenský status, aj.), **závažnost dopadů zdravotního postižení** na člověka samotného (žádný problém, lehký problém, středně těžký problém, těžký problém a úplný problém (Matoušek a kol., 2013).

Sociální politika, jejímž hlavním cílem je čelit sociálním a ekonomickým ohrožením a vytvářet příznivé podmínky pro rozvoj jednotlivců a sociálních skupin a zejména její instituce, se stále mění, což úzce souvisí s jednotlivými sociálními reformami (Potůček, 1995). Důvodů, proč tomu tak je, je dle Potůčka (1999) několik. Jedním z nich je značná obtížnost stanovit, v které oblasti sociální politiky právě proběhne sociální reforma, která nutně probíhá v interakcích s reformami politickými a

ekonomickými a také proto, že se stát stále v různé intenzitě snaží zabezpečovat (ne vždy s úspěchem) všechny stěžejní **funkce sociální politiky**, a to mnohdy i na úkor ekonomické efektivity.

Sociální politika je dle Tomeše (2010, s. 29) „*soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů ve svém zájmu udržet nebo dosáhnout změny ve fungování nebo podpořit rozvoj svého či jiného sociálního systému nebo soustavy nástrojů k realizaci své či jiné sociální politiky*“. Dále Tomeš (2010) říká, že výsledkem tohoto úsilí je **činnost** (fungování), **rozvoj** (zdokonalení) nebo **změna** (transformace) vlastního či jiného systému.

Za **hlavní funkce sociální politiky** je považována **funkce ochranná** - vztahuje se k řešení již vzniklých sociálních událostí a jejím hlavním smyslem je zmírnit důsledky, které nějakým způsobem ohrožují život člověka. Dále **funkce rozdělovací a přerozdělovací** - vztahuje se k možnostem podílu jednotlivců zejména na ekonomické činnosti a společenském bohatství, která se v praxi realizuje formou redistribuce příjmů (mezd, důchodů) a šancí (vzdělávací soustava, trh práce, zdravotní péče). **Funkce homogenizační** má za cíl dosáhnout určité stejnorodosti v uspokojování základních životních potřeb. **Funkce stimulační** se soustředí na podněcování žádoucího sociálního jednání u jednotlivců i skupin především v politice zaměstnanosti (oblast pracovního výkonu), ve vzdělávací politice, zdravotní politice, v rozvoji lidského kapitálu atd. A **funkce preventivní**, jejímž cílem je předcházet nepříznivým sociálním situacím, které mohou způsobit škody zejména na životě a zdraví občanů (Krebs a kol., 2007).

Každý dobře fungující sociální systém potřebuje definovat své priority pro dlouhodobou systematickou politiku. Soubor dlouhodobých priorit v sociální oblasti lze nazvat **sociální doktrínou**.

Sociální doktrína definuje vztah státu k sociálním potřebám osob v dané společnosti, proto z důvodů systematizace svých postupů každá společnost potřebuje sociální doktrínu jako obecně platnou uznávanou společenskou smlouvu, která je výsledkem celonárodního konsenzu. Za **zdroje sociální doktríny** se v České republice považuje především **Scénář sociální reformy** (přijatý vládou 24. 9. 1990), **Listina základních práv a svobod** a **sociální práva upravená v mezinárodních dokumentech**, která byla včleněna do ústavního práva v naší republiky. Veřejnou

doktrínou jsou také **práva lidská, sociální a práva základních evropských hodnot**. Dalším zdrojem sociální doktríny je nedávná **historická zkušenost a společenský konzervatismus** – naše společnost se zatím nevyrovnala se sociálním dědictvím doby nedávno minulé (např. neodstranění komunismu, populistické slogany politických stran). Za zdroj sociální doktríny se také považuje **společenský rozvoj**, který má v naší zemi **sociální předpoklady, úskalí, podmínky, cíle a ekonomická a demografická omezení**. V tomto výčtu je posledním zdrojem pro tvorbu sociální doktríny **sociální konsensus** ve společnosti (Tomeš, 2010).

2.2 Východiska sociální politiky

Sociální zabezpečení, jehož organizaci a provádění v ČR upravuje zákon České národní rady č. 582/1991 Sb., je součástí každého vyspělého státu a ruku v ruce se sociálním zabezpečením jde sociální reforma, kterou stát realizuje v různých časových intervalech, a to převážně z důvodů demografických, ekonomických, sociologických, a politických (Rys, 2003).

Demografický faktor se zohledňuje především při diskusích o reformě důchodového pojištění a o sociálních dávkách pro rodiny s dětmi. V rámci důchodového pojištění se nejvíce debatuje o důchodovém věku. Hranice důchodového věku nám od dob vlády komunistického režimu značně stoupla a do budoucna se předpokládá ještě její vzestup. Hranice důchodového věku se posunula směrem nahoru nejen kvůli ekonomickému hledisku, ale také kvůli stále se zvyšující délce života člověka, snižujícímu se počtu živě narozených dětí a snižujícímu se počtu hospodářsky aktivních obyvatel (Rys, 2003).

Ekonomický faktor hraje velmi důležitou roli při sociální ochraně obyvatelstva země, která právě prochází procesem změny z jednoho hospodářského systému do druhého. Je zde nutné zmínit, že ekonomický faktor je většinou vázaný na daňový systém. V minulosti se některé sociální dávky vyplácely plošně, což bylo pro stát ekonomicky náročné a ne vždy tato opatření dosáhla kýžené efektivity. Proto se již plošné vyplácení dávek neprovádí a dávky jsou vypláceny adresně, což je ekonomicky efektivnější. Vliv ekonomického faktoru na sociální reformu je závislý na úrovni, na které působí a na prioritě této úrovně pro život společnosti (Rys, 2003).

Sociologický faktor je také důležitým faktorem při jednotlivých sociálních reformách. Jedná se o společenské aktéry, které přímo ovlivňují sociální reformu. Mezi ty nejdůležitější řadíme sociální partnery, profesní organizace (např. horníci, lékaři) a zájmové skupiny (např. Liga vozičkářů). Je důležité, aby se tyto zmínění aktéři zapojili do procesu tvorby sociální reformy. Významnou roli zde hrají odbory, které se také zapojují do debaty o sociální politice. Rys se zmiňuje o faktu, že při hodnocení vlivu sociologického faktoru na sociální reformu jsou akce aktérů charakterizovány jako spíše ekonomické pohnutky se sociálním dopadem (Rys, 2003).

Politický faktor – jeho vliv na sociální reformu se mění dle toho, v jakém vztahu např. k politické organizaci státu, politické ideologii, sociálnímu programu politických stran, se stát právě nachází. „*Politické prostředí, v němž zraje sociální reforma, se mění od etapy k etapě.*“ (Rys, 2003, s. 154).

Společnost je proměnnou konstantou, což znamená, že se vyvíjí a mění svou tvář. Velkou měrou se na tomto vývoji podílí hodnoty, které jsou společností uznávané. Dále **individualizace**, která stále více „prorůstá“ společností, **demografické změny** (např. stárnutí společnosti) a nemalý význam má na změnu společnosti i **globalizace**. Keller (2005) uvádí, že mnoho problémů, které se v sociálním státě vyskytují, přímo pocházejí z vnějšku společnosti. Převážně se jedná o již zmiňované **stárnutí společnosti, oslabení rodinných hodnot, přesunutí zaměstnání do odvětví služeb s nižší produktivitou práce** a jiné. Všechny tyto problémy představují pro stát výzvu k tomu, aby učinil taková opatření (např. prostřednictvím sociální reformy), která by eliminovala „otřesy“ státu vlivem těchto faktorů. Je zde ale jeden významný faktor, který vládě zmenšuje prostor k nápravě výše uvedených problémů, a tím je **ekonomická globalizace**.

2.3 Situace v oblasti sociálních dávek pro občany se zdravotním postižením před sociální reformou

Než přejdu k popisu situace v oblasti sociálních dávek pro občany se zdravotním postižením, ráda bych zde vymezila důležitý pojem pro tuto práci, kterým je „**sociální dávka**“.

Sociální dávka je produktem sociálního zabezpečení v sociálním systému naší společnosti a slouží k odstranění bariér, které vznikají právě například u lidí se zdravotním postižením.

Nové pojetí **sociální pomoci** klade důraz na odpovědnost každého občana ČR sám za sebe a také za svoji rodinu, což není výjimkou ani u zdravotně handicapovaných osob. V rámci systému sociální pomoci se stát snaží řešit obtížné životní sociální situace zdravotně handicapovaných osob. Jedná se o takové sociální situace, kdy zdravotně handicapovaný člověk není schopen sám nebo za pomoci rodiny zvládat svou nastalou životní situaci (handicap) jako je imobilita, péče o svou osobu a domácnost apod. Sociální pomoc zdravotně handicapovaným osobám poskytuje stát nejen formou sociálních služeb a sociálně právní ochrany, ale také formou **sociálních dávek**, které se řadí, mezi tzv. **nepojistné sociální dávky** (Krebs, 2005).

Dávky sociální péče jsou nástrojem sociální politiky státu. Za nástroje sociální politiky se považují prostředky, jimiž stát působí na konkrétního jedince či skupinu osob. Jedná se především o právo, peníze a instituce, jejichž prostřednictvím se pomoc uskutečňuje. Tyto nástroje (v našem případě nepojistné sociální dávky) se používají buď **plošně**, nebo **cíleně** (Tomeš, 2001).

V základním členění rozlišujeme dva druhy dávek – **povinné** (označované jako obligatorní, mandatorní) a **dobrovolné** (označované jako fakultativní, sponzorské). **Obligatorní dávky** plynou ze systému sociálního pojištění, **fakultativní dávky** jsou uplatňovány v systému sociálního zaopatření (státní sociální podpora, sociální pomoc) a jsou hrazeny z veřejných financí.

Dále **sociální dávky** dělíme na **peněžité** a **věcné**. Zda se poskytne dávka peněžité nebo věcná, stanoví zákon. **Věcné dávky** se poskytují, jestliže nastalo důvodné podezření, že by peněžité dávka nebyla použita k účelu, pro který je poskytována (rodinné dávky pro rodinu užívající omamné látky), dále tomu, kdo nemůže peněžitou dávkou z objektivních důvodů použít k zamýšlenému účelu (např. nedostupnost na trhu) a pokud věcné plnění lépe plní účel, pro který byla dávka určena. **Peněžité dávky** se vyplácejí těm, kteří na ně mají zákonný nárok a většinou jim byly přiznány na základě správního rozhodnutí. **Peněžité dávky** se dělí na dávky **jednorázové** nebo **opakuující se**. **Jednorázová peněžité dávka** je poskytována tomu, kdo splnil podmínky stanovené zákonem. Slovo „jednorázová“ neznamená, že by konkrétní peněžitou dávkou nemohla osoba za svůj život čerpat vícekrát. Jedná se

spíše o vymezení určitého časového pásma, kdy je možné tuto jednorázovou peněžitou dávku čerpat. Pro **opakující se peněžitou dávku** je typické, že se opakuje v pravidelném časovém intervalu (měsíčně, čtvrtletně, ročně), ze stále stejného důvodu, za podmínek, které byly splněny jednou a pokud stanovené podmínky dále trvají (Tomeš, 2001).

Dávky pro občany se zdravotním postižením, kromě příspěvku na péči, byly do 31. 12. 2011 garantovány zákonem č. 100/1988 Sb. Ale konkrétní pomoc (vymezení jednotlivých druhů dávek) byla upravena v jiném právním předpise. Dávky pro občany se zdravotním postižením se po roce 1989 zařadily do právního řádu ČR, a to v roce 1991, kdy vešla v platnost vyhláška č. 182/1991 Sb. Kompetence pro poskytování těchto dávek byly upraveny zákonem č. 114/1988 Sb. Z počátku o těchto dávkách rozhodovaly okresní úřady a s účinností od 1. 1. 2003 se rozhodovací pravomoc přesunula na obecní úřady obcí s rozšířenou působností (Beck, 2012).

Po pádu komunistického režimu bylo cílem státu pomoci těmto sociálních dávek zabezpečit nemalou skupinu osob, a to osob se zdravotním handicapem s různým typem zdravotního postižení (např. tělesným, mentálním, smyslovým). Stát se snažil prostřednictvím jednotlivých dávek pokrýt situace, ve kterých je zapotřebí osobám se zdravotním handicapem pomoci. Týkalo se to **oblasti mobility** – dávka na pohonné hmoty a dávka na zakoupení motorového vozidla. Pro osoby, které neměly motorové vozidlo, se za určitých podmínek poskytovala dávka na **individuální dopravu**. Dále stát poskytoval příspěvek na **kompenzační pomůcky**, které nehradily zdravotní pojišťovny. Jednalo se o pomůcky, které osobám se zdravotním postižením pomáhaly zmírňovat důsledky zdravotního postižení a uplatnit se v běžném a pracovním životě a také při studiu.

Dále zde byla dávka, která pomáhala osobám s konkrétním typem postižení v přestavbě domu či bytu tak, aby se dotyčná osoba mohla po bytě pohybovat a nebyla limitována pro ni nevhodnými stavebními bariérami (např. úprava koupelny, rozšíření zárubní, stropní zvedací systém apod.). Zákonodárci také mysleli na osoby se zrakovým postižením, kterým byla poskytnuta dávka na vodícího psa a do vyhlášky č. 182/1991 Sb. zakotvili dávku i na krmivo pro vodícího psa.

Jak je na předcházejícím výčtu jednotlivých dávek vidět, stát se snažil do zmiňované vyhlášky začlenit různorodou paletu dávek, jež by pokryly situace, v kterých se osoby se zdravotním postižením nachází a aby jim dávky pomohly takovým způsobem, aby následky zdravotního postižení byly pro ně samotné i pro jejich rodinu lépe snesitelné a zkvalitňovaly jim život s handicapem.

Dalším benefitem byly **mimořádné výhody pro občany se zdravotním postižením**, o kterých se podrobněji zmíním níže.

V roce 2007 vstoupil v účinnost zákon č. 108/2006 Sb., který vnesl do systému dávek pro občany se zdravotním postižením novou nepojistnou sociální dávku, a to **příspěvek na péči**. Jednalo se (a dosud i jedná) o dávku, která náležela přímo osobě se zdravotním postižením. Tato dávka nahradila příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu a zvýšení důchodu pro bezmocnost, které byly zakotveny v zákoně č. 100/1988 Sb. Příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu byl poskytován osobám, které péči poskytovaly, což je zásadní rozdíl oproti příspěvku na péči, kde je oprávněnou osobou osoba se zdravotním postižením, která sama určuje, jakým způsobem příspěvek využije a jaké služby si zakoupí.

Vizí u příspěvku na péči bylo vytvoření tržního prostředí v rámci registrovaných sociálních služeb, které budou osobám se zdravotním postižením poskytovat odbornou a cílenou péči. Měl se změnit tok finančních prostředků, který doposud směřoval (formou dotací) přímo do zařízení sociálních služeb tak, že dotace budou omezeny a finance do zařízení sociálních služeb budou proudit od klientů, kteří si jejich služby koupí z přiznaného příspěvku na péči. Dle vyjádření MUDr. Mariána Hoška, náměstka ministra práce a sociálních věcí, ze dne 2. 5 2007, vyplývalo, že záměrem zákonodárců u příspěvku na péči bylo transformovat sociální služby tak, aby se osoby se zdravotním postižením nevyčleňovaly ze svého přirozeného prostředí, a to způsobem, že využijí takovou formu sociálních služeb, která jim bude vyhovovat a zároveň jim umožní setrvat v jejich přirozeném prostředí. Dále namísto výstavby nových zařízení sociální péče nebo jejich nákladných rekonstrukcí měly finanční zdroje směřovat např. k podpoře vzniku chráněných bytů a domů v přirozené zástavbě. MUDr. Hoška ve svém vyjádření zmiňoval, že až čas ukáže, zda si lidé budou sociální služby skutečně kupovat, nebo zda příspěvek na péči využijí např. na dárky pro svou rodinu (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

Domnívám se, že se jeho prognóza částečně naplnila, a to u osob, o které pečuje rodina. Zde se někdy velmi těžko zjišťuje a kontroluje, jakým způsobem, do jaké míry a za co byl příspěvek na péči využit. V praxi bohužel občas vidáme, že příspěvek na péči slouží jako „přilepšení“ pro rodinu. V některých případech není péče zdravotně handicapové osobě dostatečně poskytována nebo není poskytována vůbec.

Co se týkalo **personálního zabezpečení u příspěvku na péči**, bylo na obce přijato dostatek nových pracovníků, aby tuto agentu mohli kvalitně vykonávat. A i celkově pro agendu dávek pro osoby se zdravotním postižením bylo na obcích dostatek sociálních pracovníků. Zmiňuji se o tom proto, že v dalších kapitolách budu poukazovat na fakt, kdy při přechodu dávek pro občany se zdravotním postižením na Úřad práce, byly počty sociálních pracovníků sníženy. Zda tato skutečnost mohla mít vliv na výkon práce sociálních pracovníků, bude předmětem zkoumání v rámci výzkumného šetření.

Je také nutno, v návaznosti na další podkapitoly zmínit, že **programové zabezpečení** dávek pro občany se zdravotním postižením, si příslušné obecní úřady obcí s rozšířenou působností zajišťovaly samy. Státem nebyl stanoven jednotný počítačový software v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením.

2.3.1 Konkrétní příklady I

V rámci diplomové práce je nutné učinit alespoň stručný výčet jednotlivých dávek pro občany se zdravotním postižením před účinností sociální reformy. Vzhledem k tomu, že jednotlivé dávky procházely řadou změn, zvolila jsem zde období od 1. 1. 2008 do 31. 12. 2011, protože změny, které byly uskutečňovány v celém období platnosti dávek pro občany se zdravotním postižením, nejsou pro tuto práci podstatné. Důležité jsou změny, které byly způsobeny **sociální reformou účinnou od 1. 1. 2012** a změny následující. Výčet jednotlivých dávek před sociální reformou je pro tuto práci důležitý, aby bylo možné porovnat, do jaké míry se systém těchto dávek změnil s účinností od 1. 1. 2012.

Jak již bylo výše zmíněno, dávky byly upraveny vyhláškou č. 182/1991 Sb. (dávky pro osoby se zdravotním postižením) a zákonem č. 108/2006 Sb. (příspěvek na péči).

Kompetentní v rozhodování a výplatě těchto dávek byly obecní úřady obcí s rozšířenou působností.

Příspěvek na péči

Tato dávka se, na rozdíl od ostatních sociálních dávek pro občany se zdravotním postižením, poskytuje (jako jediná dávka nebyla k 31. 12. 2012 zrušena) dle zákona č. 108/2006 Sb. Příspěvek na péči je jedinou peněžitou dávkou, která je poskytována ze systému sociálních služeb (Tomeš, 2009).

Nárok vzniká osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci, a to ve formě měsíční opakující se dávky. Nárok na příspěvek nemá osoba mladší 1 roku. Ke zdravotnímu stavu se na základě žádosti o posouzení zdravotního stavu, vyjadřuje lékař Lékařské posudkové služby OSSZ, který vydává posudek o zdravotním stavu, jenž je pro sociální pracovníky obecního úřadu obce s rozšířenou působností závazný, jako podklad pro správní rozhodnutí.

Při posuzování nároku na příspěvek na péči se u osoby hodnotila schopnost zvládat úkony péče o osobu vlastní a úkony soběstačnosti (celkem 36 úkonů). Příspěvek na péči se člení na 4 stupně závislosti: **I. stupeň závislosti (lehká závislost)** se přiznávala tehdy, pokud osoba potřebovala každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech, u osob mladších 18 věku 5 úkonech. **II. stupeň závislosti (středně těžká závislost)** se přiznával při splnění více jak 18 úkonů, u osob mladších 18 věku 10 úkonů. **III. stupeň závislosti (těžká závislost)** se přiznával při splnění více jak 24 úkonech, u osob mladších 18 věku při 15 úkonech. **IV. Stupeň závislosti (úplná závislost)** se přiznával při splnění více než 30 úkonech, u osob mladších 18 věku při 20 úkonech. Sociální pracovník/pracovnice obecního úřadu obce s rozšířenou působností provádí sociální šetření, při kterém zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí z hlediska péče o vlastní osobu a soběstačnosti, to spolu s žádostí o posouzení zdravotního stavu předkládá posudkovým lékařům OSSZ.

Výše dávky pro osoby **mladší 18 let věku** činila za kalendářní měsíc: v I. stupni závislosti – 3.000,-Kč, ve II. stupni závislosti – 5.000,-Kč, ve III. stupni závislosti – 9.000,-Kč, ve IV. stupni závislosti – 12.000,- Kč.

Výše dávky pro osoby **starší 18 let věku** činila za kalendářní měsíc: v I. stupni závislosti do 31. 12. 2010 2.000,- Kč a s účinností od 1. 1. 2011 byla legislativní změnou snížena na 800,-Kč, ve II. stupni závislosti – 4.000,-Kč, ve III. stupni závislosti – 8.000,-Kč, ve IV. stupni závislosti – 12.000,- Kč (zákon č. 108/2006 Sb.).

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek

Jednalo se o jednorázovou nenárokovou dávku, která se poskytovala těžce zdravotně postiženým občanům, kteří zvláštní pomůcku potřebovali k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Zvláštní pomůcky byly rozděleny pro osoby s tělesným, sluchovým a zrakovým postižením dle přílohy č. 4 vyhlášky č. 182/1991 Sb., která vymezovala, na které zvláštní pomůcky lze příspěvek poskytnout, v jaké procentuální výši nebo v jaké maximální výši ceny zvláštní pomůcky. U tohoto příspěvku se nevyžadoval, jako podklad pro správní rozhodnutí, posudek o zdravotním stavu posudkového lékaře OSSZ, ale pouze doporučení odborného lékaře (např. ortopeda).

Příspěvek na úpravu bytu

Jednalo se o jednorázovou, nenárokovou dávku, která se poskytovala osobám starším 3 let, které měli těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo byli úplně nebo prakticky nevidomé nebo osobám neslyšícím. Výše příspěvku se určovala s ohledem na příjmy a majetkové poměry občana a jeho rodiny (vyhláška č. 182/1991 Sb.). Jako podklad pro vydání správního rozhodnutí byl nutný posudek o zdravotním stavu, který vyhotovoval posudkový lékař OSSZ.

Příspěvek na zakoupení a celkovou opravu motorového vozidla

Tento příspěvek se poskytoval osobě starší 3 let, která měla těžkou vadu nosného pohybového ústrojí anebo byla úplně nebo prakticky nevidomá či rodiči nezaopatřeného dítěte, které bylo mentálně postižené (vyhláška č. 182/1991 Sb.). Jako podklad pro vydání správního rozhodnutí byl potřebný posudek o zdravotním stavu, který vyhotovoval posudkový lékař OSSZ.

Příspěvek na provoz motorového vozidla

Jednalo se o jednorázovou, nárokovou dávku sociální péče, která se poskytovala osobě zdravotně postižené nebo osobě blízké, která byla vlastníkem motorového vozidla. Dávka se poskytovala na období kalendářního roku (vyhláška č. 182/1991 Sb.).

Příspěvek na individuální dopravu

Jednalo se o jednorázovou, nárokovou dávku sociální péče, která se poskytovala na období kalendářního roku. Musela zde být splněna podmínka pravidelné individuální dopravy a osobě nesměl být přiznán příspěvek na provoz motorového vozidla na pravidelnou (vyhláška č. 182/1991 Sb.). Jako podklad pro vydání správního rozhodnutí byl nutný posudek o zdravotním stavu, který vyhotovoval posudkový lékař OSSZ (Břeská, Vránová, 2007).

Příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům

Poskytoval se úplně nebo prakticky nevidomé osobě vlastníci vodícího psa. Dávka byla určena na krmivo pro vodícího psa. Jednalo se o nenárokovou dávku (Břeská, Vránová, 2007). Zde se také nevyžadoval, jako podklad pro správní rozhodnutí, posudek o zdravotním stavu posudkového lékaře OSSZ.

Považuji zde za nutné zmínit institut **mimořádných výhod**. Nejedná se sice o dávku ani službu sociální péče, ale mimořádné výhody byly navázány k přiznání některých dávek. Jednalo se o přiznání určitého statutu občanovi s těžkým zdravotním postižením, kdy výhody z nich plynoucí mohly být využívány i mimo systém sociální péče (např. slevy na jízdě hromadné dopravy, parkovací znak).

Mimořádné výhody se přiznávaly občanům starším 1 roku s těžkým zdravotním postižením. Vyhláška vymezovala 3 stupně mimořádných výhod – I. stupeň korespondoval s průkazem TP, II. stupeň s průkazem ZTP a III. stupeň s průkazem ZTP/P. Příloha č. 3 vyhlášky č. 182/1991 Sb. vymezovala, jaké mají výhody jednotlivé stupně průkazů (Břeská, Vránová, 2008). S navázáním na dávky je

důležité zmínit, že příspěvek na provoz motorového vozidla se přiznával na základě nároku na mimořádné výhody II. nebo III. stupně. Jako podklad pro rozhodování sloužil posudek o zdravotním stavu posudkového lékaře OSSZ.

2.4 Období zavádění sociální reformy

S účinností od 1. 1. 2012 se dávky pro občany se zdravotním postižením „přesunuly“ na Úřad práce. Tomuto kroku předcházela sociální reforma pod „taktovkou“ ministra práce a sociálních věcí Jaromíra Drábka.

V úvodu zmíním **legislativní změny**, které zde proběhly. K 31. 12. 2011 byl zrušen zákon č. 114/1988 Sb., který pověřoval obecní úřady obcí s rozšířenou působností k rozhodování a výplatě dávek pro zdravotně handicapované občany. Dále byl zrušen zákon č. 100/1988 Sb., kterým byly do 31. 12. 2011 garantovány dávky pro osoby se zdravotním postižením a příspěvek na péči. A k 31. 12. 2011 byla také zrušena vyhláška č. 182/1991 Sb., která vymezovala jednotlivé dávky pro osoby se zdravotním postižením, za jakých podmínek a v jaké výši byly poskytovány.

S účinností od 1. 1. 2012 byl do právního řádu začleněn zákon č. 329/2011 Sb., který upravoval jednotlivé dávky pro osoby se zdravotním postižením. Jediným právním předpisem, který zůstal zachován, byl zákon č. 108/2006 Sb., který vymezoval příspěvek na péči, ale i zde došlo ke změnám, kterým se budu věnovat níže.

Dle zákona č. 73/2011 Sb., byl s účinností od 1. 1. 2012 pověřen k plnění úkolů v oblasti dávek osob se zdravotním postižením a příspěvku na péči **Úřad práce ČR**. Úřad práce ČR s účinností od 1. 1. 2012 rozhoduje ve správním řízení o přiznání příslušné dávky, vede evidenci žádostí o tyto dávky a zpracovává údaje nutné pro rozhodování o dávkách v jednotném informačním systému a mimo jiné provádí řádné i mimořádné výplaty dávek pro občany se zdravotním postižením (Úřad práce České republiky, 2014).

Cílem sociální reformy u dávek pro občany se zdravotním postižením mělo být vytvoření efektivního systému správy veřejných prostředků určených pro sociální oblast a pomoc v samotném procesu administrace a vyplácení dávek. MPSV dále deklarovalo, že nedojde ke snížení celkového objemu vyplácených finančních prostředků na úkor příjemců dávek, tedy v tomto případě dávek pro občany se

zdravotním postižením. Úspory, které byly předpokládány a avizovány, měly být dosaženy zjednodušením systému dávek pro občany se zdravotním postižením, jeho zlevněním a celkovým zefektivněním. Toho se mělo dosáhnout efektivním zacílením a adresností konkrétních dávek, maximalizovat účelnost dávek a zefektivněním práce orgánů státní správy. Konkrétně se u příspěvku na péči jednalo o nový způsob posuzování nepříznivého zdravotního stavu a stupně závislosti. Co se týkalo konkrétních dávek pro občany se zdravotním postižením, zde mělo dojít ke zcela novému pojetí. Došlo zde k radikálnímu snížení jednotlivých dávek, a to pouze na 2 dávky – **příspěvek na mobilitu** a **příspěvek na zvláštní pomůcku** (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

Ministr Drábek se během schvalování legislativních kroků vedoucích k realizaci sociální reformy snažil vysvětlovat kroky, které ho k těmto záměrům vedly. Tvrdil, že se v žádném případě nesníží celkový objem vyplacených prostředků, natož na úkor osob se zdravotním postižením. Státní finance se ušetřit chystal, ale zejména na procesních nákladech při vyplácení jednotlivých dávek. *„Státní výdaje budou kráceny snížením nákladů na administraci dávek, nikoli na úkor příjemců dávek. Cílem navržených reformních kroků je zjednodušení systému, jeho zlevnění i zefektivnění, rozšíření možností kontroly a v neposlední řadě také komfortnější postup pro příjemce dávek,“* řekl ministr práce a sociálních věcí Drábek (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011).

Proti Drábkově sociální reformě aktivně a ostře vystupoval předseda Národní rady osob se zdravotním postižením České republiky Václav Krása. Dle jeho názoru budeme pociťovat negativní důsledky sociální reformy velmi dlouhou dobu. Domnívá se, že hlavním cílem sociální reformy bylo za každou cenu uspořit finanční prostředky, bez ohledu na důsledky těchto kroků, a že tyto reformní kroky nebyly vedeny dlouhodobou vizí. Dále trvá na faktu, že přijaté reformy v sociální oblasti narušily významným způsobem administrativně infrastrukturní systém sociálního zabezpečení – dokumentoval to paralyzováním činnosti Úřadu práce, ale především, a to bylo ze všech tvrzení nejzásadnější, velmi a zásadním způsobem se zhoršily materiální podmínky lidí ve špatné sociální situaci, kam samozřejmě patří i lidé se zdravotním postižením (Václav Krása: předseda národní rady osob se zdravotním postižením ČR, 2012).

Jak se v praxi později ukázalo, nový systém se pro státní pokladnu v žádném případě komfortnějším nestal a o úsporách státního rozpočtu se zde také nedalo hovořit. Za zmínku stojí projekt **s-Karta (karta sociálních systémů)**. S-Karta byla zavedena v druhé polovině roku 2012 a měla sloužit k přechodu na zcela nový systém výplaty a administrace nepojistných sociálních dávek. Prostřednictvím s-Karty měla být zabezpečena co největší efektivnost a komfort pro klienta v souvislosti s výplatou sociálních dávek. S-Karty byly vydávány ve dvou provedeních - **základní a speciální**. Pro účely osob se zdravotním postižením byla důležitá **s-Karta speciální**, která zároveň sloužila jako **průkaz TP, ZTP či ZTP/ P pro osoby se zdravotním postižením**. Tento projekt byl pro stát nejen ztrátový, ale v systému se také neosvědčil. Karta sociálních systémů byla klienty Úřadu práce, ale také samotnými pracovníky Úřadu práce (postřehy z vlastní praxe), považována za zcela zbytečnou. Karta sociálních systémů přestala platit a plnit svou funkci k 30. 4. 2014. Z toho vyplývá, že za necelé dva roky existence s-Karty nemohly být vynaložené finanční investice vráceny takovým způsobem, aby se dalo říci, že projekt s-Karta byl pro stát finančně výhodným projektem.

Jak již bylo výše zmíněno, dávky pro osoby se zdravotním postižením dostaly od 1. 1. 2012 tzv. nový kabát, a to v podobě zákona č. 329/2011 Sb. Tento zákon vymezuje jednotlivé druhy dávek pro osoby se zdravotním postižením. Oproti původnímu systému se jedná pouze o dvě dávky pro osoby se zdravotním postižením, a to **příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku**. Principem tohoto záměru bylo zjednodušení předešlých dávek, zjednodušení systému těchto dávek a snížení počtu typů jednotlivých žádostí (formulářů). Příspěvek na mobilitu byl v systému dávek pro osoby se zdravotním postižením zcela novou dávkou, i když do jisté míry kopíroval dávku uvedenou ve vyhlášce č. 182/1991 Sb., a to příspěvek na provoz motorového vozidla. Příspěvek na mobilitu byl také určen na dopravu osoby se zdravotním postižením, ale kritéria pro přiznání a výše příspěvku se značně lišila. Příspěvek na zvláštní pomůcku v sobě zahrnuje jednotlivé pomůcky, většina z nich byla také zakotvena ve vyhlášce č. 182/1991 Sb. Podmínky pro přiznání a výši příspěvků se opět značně lišila.

2.4.1 Personální zabezpečení

Personální zabezpečení, jak se později ukázalo, nebylo při přechodu dávek pro občany se zdravotním postižením na Úřad práce dostačující. Z obecních úřadů byla delimitována na Úřad práce pouze část pracovníků, kteří vykonávali agendu dávek osob se zdravotním postižením a příspěvku na péči. Pro představu zde uvedu číselné vyjádření počtu pracovníků v jednotlivých agendách, které byly kompetentní k vyplácení zmiňovaných dávek.

K Centralizaci Úřadu práce došlo v roce 2011, (existovalo 77 samostatných okresních úřadů práce). Celkem v nich působilo 8 136 pracovníků. Po zásadní organizační změně a převodu kompetencí v rámci zpracování a výplat nepojistných sociálních dávek práce přibylo. Počet úředníků ale naopak klesl, a to o 1 953 osob. V době, kdy dávkovou agendu vykonávaly obecní úřady obcí s rozšířenou působností, pracovalo v této oblasti více než 3 642 lidí. Když tyto dávkové agendy přešly na Úřad práce, pracovalo zde již pouhých 1 953 zaměstnanců (tisková zpráva MPSV, 2014).

Jen pro představu zde **uvedu příklad** počtu pracovníků, které pracovaly v agendě dávek pro osoby se zdravotním postižením a příspěvku na péči na obecním úřadu v Kostelci nad Orlicí a kolik jich, s platností od 1. 1. 2012, bylo delimitováno pod Úřad práce, kontaktní pracoviště Kostelec nad Orlicí. K 31. 12. 2011 vykonávaly na zmiňovaném obecním úřadu agendu příspěvku na péči 4 sociální pracovníce a agendu dávek pro osoby se zdravotním postižením 2 sociální pracovníce. Od 1. 1. 2012 vykonávaly na Úřadu práce, kontaktní pracoviště Kostelec nad Orlicí agendu příspěvku na péči pouze 2 sociální pracovníce a agendu dávek pro osoby se zdravotním postižením také 2 sociální pracovníce. Z tohoto výčtu je více než zřejmé, že došlo k značnému poddimenzování personálního zabezpečení agendy příspěvku na péči, což značně fyzicky a zřejmě i psychicky (bude předmětem výzkumného šetření) zatížilo sociální pracovníce vykonávající tuto agendu. Snižování počtu sociálních pracovníků probíhalo na všech pracovištích Úřadu práce a to nejen u agendy příspěvku na péči a agendy pro osoby se zdravotním postižením, ale také u agendy hmotné nouze.

2.4.2 Programové zabezpečení

U programového zabezpečení dávek došlo také k zásadním změnám. V první řadě byl zajištěn jednotný programový software obou agend, jehož prostřednictvím se zpracovávaly a vyplácely jednotlivé dávky. Agendu dávek pro osoby se zdravotním postižením spravoval informační systém Fujitsu Technology Solutions (dále jen Fujitsu) a agendu příspěvku na péči OK systém. Musím zde připomenout, že do 31. 12. 2011 neexistoval jednotný informační software. Jednotlivé obecní úřady uzavíraly smlouvy s libovolnými programovými společnostmi dle svého uvážení a výplata dávek probíhala z různých programových systémů.

Programové zabezpečení zmiňovaných agend se stalo velkým problémem s příchodem roku 2014. Úřad pro ochranu hospodářské soutěže rozhodnutím ze dne 18. 12. 2013 potvrdil své dřívější rozhodnutí o porušení zákona při zadávání veřejných zakázek a o bezodkladném zákazu plnění smlouvy uzavřené mezi Ministerstvem vnitra a společností Fujitsu Technology Solutions. Touto společností byl doposud zajišťován provoz a výplatu dávek pro občany se zdravotním postižením. Rozhodnutí Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže nabylo právní moci v prosinci 2013. To znamenalo, že Úřad práce s okamžitou platností nesměl využívat služby zajišťující provoz systému pro výplatu nepojistných sociálních dávek poskytované společností Fujitsu Technology Solutions. Jediným možným řešením výplaty dávek byla spolupráce se společností OKsystem, která měla s Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) na tyto služby uzavřenou rámcovou smlouvu účinnou do 31. 12. 2014. Tato společnost dne 23. 12. 2013 potvrdila MPSV svoji připravenost zajistit provoz systému nepojistných sociálních dávek pro rok 2014 a být za provoz systému odpovědná (tisková zpráva MPSV, 2014).

Tato situace způsobila sociálním pracovníkům velké problémy. Většina pracovníků neměla o tomto problému ani tušení. Po návratu z dovolených čerpaných v rámci vánočních svátků, byli sociální pracovníci konsternováni, když v lednu 2014 usedli ke svým počítačům a zjistili, že jim nejdou spustit dávkové aplikace. Několika e-maily a ústními informacemi se od svých vedoucích pracovníků dozvěděli o nastalé situaci. Nemohli zadávat nové žádosti, nemohli provádět změny v běžících dávkách, nemohli zkrátka nic. V tuto chvíli bylo nutné zabezpečit výplatu jednotlivých dávek v zákoně daném termínu. Společnost Fujitsu během ledna umožnila přístup do dávkových aplikací, aby mohla být provedena opatření k zajištění řádných výplat

dávek. Poté byl systém opět zneprístupněn. Na webovém portálu MPSV vydalo tiskové oddělení tuto zprávu: *"Do konce měsíce ledna zbývá vyplatit 17 procent dávek hmotné nouze, zejména se jedná o doplatek na bydlení. Dále zbývá vyplatit sedm procent podpory pro nezaměstnané, kteří absolvovali rekvalifikaci. U ostatních dávek jde pouze o jednotlivé případy. Máme vyřešený měsíc leden, jsou před námi i další měsíce," konstatovala generální ředitelka Úřadu práce ČR Marie Bílková.*" (tisková zpráva MPSV, 2014) .

A právě ty další měsíce, zejména měsíc únor a březen, byly pro pracovníky tím nejnáročnějším obdobím. Museli ručně „přepočítat“ (ručně zadat) veškeré „běžící“ dávky, a to jak u příspěvku na mobilitu, tak u příspěvku na péči do nového programového systému. Jednalo se o stovky spisů, které každému jednomu pracovníkovi prošlo rukama, museli prohlížet spis po spisu, kontrolovat zadávané údaje, a to vše za plného provozu. Skutečnost, že se stane při ručním zadávání dat chyba, byla veliká, což značně zatěžovalo psychiku pracovníků (vlastní zkušenost z praxe). Jak se později ukázalo, pracovníci to zvládli s minimálním množstvím chyb, a ty se později postupně odstraňovaly. Co tato změna a s ní související problémy znamenaly pro pracovníky vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením, bude předmětem výzkumného šetření.

2.5 Aktuální změny ve sledované oblasti v období po uskutečnění sociální reformy

O dávkách pro občany se zdravotním postižením nadále rozhoduje Úřad práce, který také zajišťuje řádné a mimořádné výplaty těchto dávek.

Nadále jsou v platnosti stěžejní zákony, a to zákon č. 108/2006 Sb., ve znění účinném od 1. 1. 2012 (příspěvek na péči) a zákon č. 329/2011 Sb., ve znění účinném od 1. 1. 2012 (dávky pro osoby se zdravotním postižením).

Jednotlivé dávky, postupy ve správním řízení, podmínky, za kterých jsou dávky přiznávány, se mnohdy změnilы vlivem legislativních kroků ve formě četných novel zmiňovaných zákonů.

K 30. 4. 2014 byla **ukončena platnost s-Karty** a žadatel má již pouze dvě možnosti výběru zvolení způsobu výplaty dávek – poštovní poukázkou nebo převodem na peněžní účet.

Po nástupu Michaely Marksové Tominové do funkce ministrině MPSV, se ministrině zanedlouho začala zajímat o poddimenzovaný stav zaměstnanců agend nepojistných sociálních dávek na Úřadu práce. Z čísel, která jsem již zmiňovala, bylo více než zřejmé, že jsou sociální pracovníci na Úřadu práce pracovníčně přetíženi. Počet klientů na jednoho pracovníka byl mnohdy jednonásobně překročen, což není dobré ani pro klienty (např. nedostatek času na práci s klientem, zkracování času potřebného pro sociální šetření) ani pro pracovníka samotného (např. permanentní pracovní vypětí, stres, pocit úzkosti, bezmoc, beznaděj, syndrom vyhoření).

Dne 14. 7. 2014 byla MPSV vydána tisková **zpráva o posílení pracovníků na Úřadu práce** v oblasti nepojistných sociálních dávek o 600 zaměstnanců. S tím koresponduje vyjádření ministrině Marksové Tominové: *„Výsledkem je trvalé a dlouhodobé přetěžování zaměstnanců úřadu, který nemá dostatečnou kapacitu a pro zajištění chodu musí dokonce využívat externisty. Přitom současná situace v sociální oblasti vyžaduje, aby úředníci mohli pracovat s klienty systémově a zároveň provádět kvalitní sociální šetření. To ale s ohledem na trvalý nárůst počtu a objemu vyplácených nepojistných sociálních dávek a personální poddimenzovanost prostě není realizovatelné.“* (tisková zpráva MPSV, 2014).

Změna opět proběhla také v programovém zabezpečení dávkových agend, kdy MPSV prodloužila IT (informační technologie) smlouvu s firmou OKsystém, a to po vypsání nového výběrového řízení na provozovatele systému. Smlouva byla prodloužena o 12 měsíců. Hlavním důvodem tohoto kroku je, že už začátkem roku 2014 bylo zřejmé, že pouze rok nebude dostačující k tomu, aby se stihlo uspořádat otevřené výběrové řízení na provozovatele IT systému. Důležité je, aby výběrové řízení bylo standardní a transparentní, aby nedošlo ke stejným chybám jako u společnosti Fujitsu. Jen připomenu, že systém na výplatu dávek od firmy OKsystém, nově využívá Úřad práce od ledna roku 2014. Zaměstnanci Úřadu práce se byli nuceni vrátit k původním aplikacím poté, co antimonopolní úřad zakázal používat dva roky staré produkty od firmy Fujitsu kvůli porušení zákona o veřejných zakázkách. Resort práce pod vedením někdejšího ministra Jaromíra Drábka programy a služby pořídil bez tendru, připojil se jen k rámcové smlouvě ministerstva vnitra s firmou Fujitsu (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

2.5.1 Konkrétní příklady II

Tato podkapitola se bude zabývat dávkami poskytovanými po zavedení sociální reformy, tedy a účinností od 1. 1. 2012. Jak jsem již zmínila výše, výčet a popis jednotlivých dávek je důležitý k tomu, aby čtenář pochopil, jaké zásadní změny se udály a jaký měly vliv na výkon práce sociálních pracovníků a na ně samé. Dávky budou popsány v takové formě, která byla účinná s platností od 1. 1. 2012 a před novelizacemi. Takovéto vymezení je důležité, aby čtenář pochopil, že změny, které nastaly vlivem sociální reformy, s platností od 1. 1. 2012, byly zásadní, ale v žádném případě nebyly konečné a definitivní.

Dávky pro občany se zdravotním postižením byly upraveny zákonem č. 108/2006 Sb., ve znění účinném od 1. 1. 2012 a dále nově zákonem č. 329/2011 Sb, ve znění účinném od 1. 1. 2012. Kompetentní v rozhodování a výplatě dávek byl Úřad práce ČR.

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči byl jako jediná dávka pro občany se zdravotním postižením poskytován i před 1. 1. 2012. Podstata příspěvku a nároky na jeho výplatu se oproti roku 2011 nezměnily. Změna spočívá, mimo jiné, ve výši dávky. Výše příspěvku pro osoby **mladší 18 let věku** činí za kalendářní měsíc: v I. stupni závislosti – 3.000,-Kč, ve II. stupni závislosti – 6.000,-Kč, ve III. stupni závislosti – 9.000,-Kč, ve IV. stupni závislosti – 12.000,-Kč. Příspěvek se zvýší o 2.000,-Kč v případě, že se jedná o nezaopatřené dítě do 18 let věku, kterému náleží příspěvek. Příspěvek se zvýší o 2.000,-Kč v případě, že se jedná o nezaopatřené dítě do 18 let věku, kterému náleží příspěvek. Výše příspěvku pro osoby **starší 18 let věku** činí za kalendářní měsíc: v I. stupni závislosti – 800,-Kč, ve II. stupni závislosti – 4.000,-Kč, ve III. stupni závislosti – 8.000,-Kč, ve IV. stupni závislosti – 12.000,-Kč (zákon č. 108/2006 Sb., ve znění účinném od 1. 1. 2012.).

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesné hygieny, výkonu fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. To znamená, že z předešlých 36 úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti se již nyní hodnotí pouze 10 základních životních potřeb, což je

zásadní změnou ve způsobu provádění sociálního šetření, při kterém se hodnotí pouze 7 základních životních potřeb, zbylé hodnotí posudkový lékař OSSZ.

Příspěvek na mobilitu

Jedná se o opakující se nárokovou dávku. Na tento příspěvek má nárok osoba starší 1 roku, který není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace (posudek o zdravotním stavu vydává posudkový lékař Okresní správy sociálního zabezpečení a je podkladem pro správní rozhodnutí). Nárok na příspěvek na mobilitu má také osoba, která má přiznané mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany II. nebo III. stupně. Pro splnění podmínek přiznání tohoto příspěvku se musí osoba v kalendářním měsíci opakovaně dopravovat a nesmí být po celý kalendářní měsíc umístěna ve zdravotnickém zařízení. Výše příspěvku činí 400,-Kč za každý kalendářní měsíc (zákon č. 329/2011 Sb., ve znění účinném od 1. 1. 2012).

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Tento příspěvek je možné čerpat na pořízení motorového vozidla, na úpravu bytu, na pořízení vodícího psa a na další zvláštní pomůcky uvedené ve vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění účinném od 1. 1. 2012, nebo na pomůcky srovnatelné s pomůckami uvedenými ve vyhlášce č. 388/2011 Sb. Nárok na příspěvek má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, těžké sluchové postižení nebo těžké zrakové postižení, které má charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (délka trvání delší než 1 rok). Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku je také věková hranice 3 let, je-li příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla a na úpravu bytu, dále 15 let v případě poskytnutí příspěvku na vodícího psa a 1 roku v ostatních případech přiznání tohoto příspěvku.

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku určený na **pořízení motorového vozidla** má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžkou či hlubokou mentální retardaci. Podmínkou je opakovaná doprava v kalendářním měsíci nebo být schopen převozu motorovým vozidlem. Maximální výše příspěvku

činí 200.000,-Kč. Příspěvek se poskytuje na období 10 let. O výši příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce, na základě sociálních a majetkových poměrů a příjmů žadatele a s ním společně posuzovaných osob a na četnosti a důvodu dopravy.

Příspěvek na zvláštní pomůcku se poskytuje v základním provedení, které osobě, vzhledem k jejímu zdravotnímu postižení, vyhovuje a splňuje podmínku nejmenší ekonomické závislosti (tato podmínka se nevyžaduje u pořízení motorového vozidla a jeli oprávněnou osobou dítě). Výše příspěvku se stanovuje s ohledem na pořizovací cenu zvláštní pomůcky. Pokud je pořizovací cena zvláštní pomůcky nižší než 24.000,-Kč, musí být příjem žadatele a společně posuzovaných osob v domácnosti menší než osminásobek životního minima jednotlivce nebo všech sní společně posuzovaných osob. V tomto případě činí spoluúcast žadatele 10%, nejméně však 1.000,-Kč. Pokud se jedná o zvláštní pomůcku s pořizovací cenou vyšší než 24.000,-Kč, musí být spoluúcast žadatele také 10 % pořizovací ceny zvláštní pomůcky, ale maximální výše příspěvku nesmí přesáhnout 350.000,-Kč. **Příspěvek na pořízení vodícího psa** se poskytne pouze na pořízení psa, který byl vycvičen a předán právnickou nebo fyzickou osobou, která je členem mezinárodní organizace sdružující výcvikové školy. Součet vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800.000,-Kč (zákon č. 329/2006 Sb.). Jako podklad pro vydání správního rozhodnutí byl nutný posudek o zdravotním stavu, který vyhotovoval posudkový lékař OSSZ.

Příspěvek na stropní zvedací systém, schodišťovou plošinu a na schodolez se neposkytuje. Příspěvek byl nahrazen institutem „výpůjčka zvláštní pomůcky“. Uvedené pomůcky se poskytovaly na základě smlouvy o výpůjčce osobě starší 3 let, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí uvedenou v příloze zákona č. 329/2011, ve znění účinném od 1. 1. 2012. Smlouvu neuzavírají sociální pracovníci kontaktních pracovišť, ale krajské pobočky Úřadu práce, a to jménem Úřad práce. Tyto pomůcky nejsou vlastnictvím žadatele, ale vlastníkem se stává Úřad práce.

Průkaz osoby se zdravotním postižením

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením (dále jen průkaz) má osoba, starší 1 roku, které byl přiznán příspěvek na mobilitu, osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, nebo, které byl přiznán příspěvek na péči (průkaz **TP** náležel osobám, kterým byl přiznán příspěvek na péči v I. stupni závislosti, průkaz **ZTP** náležel osobám, kterým byl přiznán příspěvek na péči ve II. stupni závislosti a průkaz **ZTP/P** náležel osobám, kterým byl přiznán příspěvek na péči ve III. a IV. stupni závislosti).

Rozlišujeme 3 druhy průkazů **TP, ZTP a ZTP/P**. Jednotlivé typy průkazů opravňují majitele k využívání výhod, které jsou uvedeny v zákoně č. 329/2011 Sb, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon uváděl, že Úřad práce vydává **kartu sociálních systémů**, která současně slouží jako průkaz osoby se zdravotním postižením (TP, ZTP, ZTP/P).

Jako podklad pro vydání správního rozhodnutí je nutný posudek o zdravotním stavu, který vyhotovoval posudkový lékař OSSZ.

Karta sociálních systémů

Karta sociálních systému nebo také s-Karta, byla projektem MPSV, který zásadně změnil způsob vyplácení dávek pro občany se zdravotním postižením.

Karta sociálních systémů sloužila k identifikaci a autentizaci občana při komunikaci se státní správou a také jako platební karta. Tato elektronická karta rovněž nahrazovala dosavadní průkazy pro osoby se zdravotním postižením - TP, ZTP a ZTP/P, a to včetně všech úlev a slev, které tyto průkazy umožňují.

Hlavním cílem tohoto projektu měla být větší účelovost a adresnost dávek a také modernizace celého nepojistného dávkového systému, a to při udržení celkového finančního objemu vyplácených dávek, což se přes veškerou snahu nepodařilo. Dávky byly prostřednictvím s-Karty vypláceny různými formami, a to od možnosti výběru na terminálu (bankomatu), přes nákup zboží v obchodě až po omezení na nákup sociálních služeb.

Ačkoli zákon č. 329/2011 Sb., ve znění účinném od 1. 1. 2012, deklaroval, že Úřad práce bude vydávat průkazy osob se zdravotním postižením ve formě s-Karty od ledna 2012, skutečný počátek vydávání s-Karty započal až od září 2012, do té doby se osobám mající nárok na průkaz vystavovaly pouze tzv. **dočasné průkazy**.

Dle tiskové zprávy Generálního ředitelství Úřadu práce se dne 29. 8. 2012 uskutečnil ověřovací provoz vydávání a distribuce karty sociálních systémů a zaměstnanců Úřadu práce na jejich vydávání. Tímto došlo ke spuštění ostrého systému zadávání a vydávání s-Karty. **Pracovníci Úřadu práce** v rámci výkonu svých agend museli do aplikace zadávat žádosti o s-Karty, které byly odesílány do České spořitelny (na základě smlouvy mezi MPSV a Českou spořitelnou) k výrobě. Česká spořitelna měla 10 pracovních dnů na výrobu a dodání s-Karty na Úřad práce ČR (tisková zpráva Úřadu práce ČR – generální ředitelství, 2012).

Mimořádné výhody, jejichž platnost neskončila, byly dle přechodných ustanovení zákona č. 329/2011 Sb., ve znění účinném od 1. 1. 2012, stále platné a jejich majitelé je mohli nadále vyžívat ke stejným účelům jako doposud, dle zákona nejdéle do 31. 12. 2015.

Informační systém od ledna 2012 spravovala, pro příspěvek na péči, firma Oksystém a pro příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku firma Fujitsu.

Shrnutí 2. kapitoly

Druhá kapitola je zásadní a klíčová v reflexi změn, které se udály s nástupem sociální reformy. Proto jsem považovala za důležité popsat situaci v oblasti jednotlivých dávek před sociální reformou, v období zavádění sociální reformy a v období aktuálních změn ve sledované oblasti, aby byly zřetelně vymezeny změny, které se udály. Zda tyto změny a jejich důsledky měly vliv na přímý výkon práce pracovníků v dané oblasti, bude předmětem výzkumného šetření.

3 Úloha sociálních pracovníků při podpoře osob se zdravotním postižením

V předešlých dvou kapitolách jsem se v převážné míře zabývala systémem dávek pro občany se zdravotním postižením, což je důležité pro pochopení procesu změn, kterými prošly nejen samotné dávky, ale především sociální pracovníci, kteří se s touto situací museli vyrovnat a přizpůsobit se jí.

Touto kapitolou bych ráda plynule navázala na předchozí kapitoly s tím, že se zaměřím na sociálního pracovníka vykonávajícího agendu dávek pro občany se zdravotním postižením. Vymezím zde základní pojmy (sociální pracovník, syndrom vyhoření, aj.) a dále se budu věnovat vlivu sociální reformy na práci sociálního pracovníka v dané oblasti, možným rizikům pro sociální pracovníky spojenými se zavedením sociální reformy a syndromem vyhoření, který se čím dál častěji v profesi sociálního pracovníka objevuje.

3.1 Východiska sociální práce

Dle Matouška (2003) je sociální práce „*součástí státem organizovaného a zabezpečovaného systému redistribuce zboží a služeb. Jejím cílem je uspokojování sociálních potřeb klientů tu a zajištění kontroly, případně změny chování, které je považováno za sociálně problematické nebo deviantní.*“ Sociální práce má výlučné postavení v tom, že se jejím prostřednictvím směřují zdroje k lidem, kteří tuto pomoc potřebují (senioři, nezaměstnaní, děti, lidé se zdravotním postižením apod.).

Vymezení pojmu „**sociální pracovník**“, specifikuje zákon č. 108/2006 Sb. Sociální pracovník je ten, kdo vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Sociální pracovník musí být dle zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, plně svéprávný, bezúhonný, zdravotně způsobilý a odborně způsobilý. Bezúhonným se pro tyto účely považuje fyzická osoba, která nebyla odsouzena pro úmyslný trestný čin, ani trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s vykonáváním činností při poskytování sociálních služeb nebo činností s nimi srovnatelných, anebo fyzická osoba, jejíž odsouzení pro tyto trestné činy bylo zhlazeno nebo se na ně z jiných důvodů hledí, jako by nebyly odsouzeny (zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Aby mohla osoba **vykonávat profesi sociálního pracovníka**, musí být pro tuto činnost **profesně způsobilý**, musí být tzv. odborně způsobilý. Musí splňovat podmínku vyššího odborného vzdělání, získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost nebo mít ukončené vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu, či musí absolvovat akreditované vzdělávací kurzy v oblastech uvedených v zákoně č. 108/2006 Sb., v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvat nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která nejsou uvedena v zákoně nebo absolvoval akreditované vzdělávací kurzy v oblastech uvedených v zákoně č. 108/2006 Sb., celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1998 (zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Mimo výše uvedené odborné předpoklady musí sociální pracovník **absolvovat** nejméně 24 hodin ročně **další vzdělávání**, které je zaměstnavatel povinen sociálnímu pracovníkovi umožnit a zabezpečit. Tímto si sociální pracovník obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Formy dalšího vzdělávání (např. kurzy s akreditovaným programem, účast na školicích akcích) jsou vymezeny v zákoně č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Sociální pracovníci na Úřadu práce ČR jsou dle zákona č. 329/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, **povinni zachovávat mlčenlivost** o skutečnostech, které se dozví při rozhodování o dávkách (výjimky jsou uvedeny v zákoně). Zachování mlčenlivosti přetrvává i po skončení pracovněprávního poměru. Údaje o příjemcích dávek a jiných osobách, mohou sdělovat jiným subjektům, pouze za podmínek stanovené tímto nebo jiný zákon, jinak mohou tyto údaje sdělit jiným subjektům jen s písemným souhlasem dotčené osoby.

Sociální pracovníci agendy dávek pro občany se zdravotním postižením mají také svá **práva**: se souhlasem žadatele o dávku nebo příjemce dávky jsou oprávněni vstupovat do obydlí, v němž tyto osoby bydlí (jsou povinni prokázat se služebním průkazem a zvláštním oprávněním), aby ověřili skutečnosti potřebné k posouzení skutečností rozhodných pro nárok na dávku (zákon č. 329/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

3.2 Osobnostní předpoklady potřebné k výkonu profese sociálního pracovníka

Jak už zde bylo mnohokrát řečeno, **sociální pracovník** začíná být veřejností vnímán jako **profese**. Aby mohl člověk tuto profesi kvalitně vykonávat, měl by být obdařen **povahovými rysy, vlastnostmi a charakteristikami**, které jsou pro výkon této profese potřebné, někdy až, dá se říci, nutné. Pravdou je, že jiné charakteristiky a povahové rysy sociálního pracovníka budou potřebné v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením, jiné v domově pro seniory a jiné např. u sociálního pracovníka pracujícího v terénu s drogově závislými lidmi.

Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR vymezuje etické zásady, pravidla etického chování sociálního pracovníka, a to ve vztahu ke klientovi, ke svému zaměstnavateli, ke svým kolegům, ve vztahu ke svému povolání a odbornosti a ve vztahu ke společnosti. Sociální pracovníci musí dbát na dodržování lidských práv skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny zejména ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou a Listinou základních práv a svobod. Sociální pracovník musí respektovat jedinečnost každého

člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti. Dále respektuje právo každého člověka na seberealizaci (nesmí dojít k omezení práv dalších jedinců), pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi, pomáhá jim při rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků. Sociální pracovník musí dát přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy (Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR).

Dle **Etického kodexu úředníků a zaměstnanců veřejné správy** musí sociální pracovník ve veřejné správě jednat **zákonně** – plnit úkoly veřejné správy v souladu s ústavním pořádkem, se zákony a ostatními právními předpisy a s právem Evropské unie, s mezinárodními smlouvami, kterými je Česká republika vázána. Při výkonu svého povolání volí nejvhodnější řešení konkrétního případu a dbá na objektivní rozhodování. Pracovník se chová profesionálně, což v sobě zahrnuje výkon své profese na vysoké odborné úrovni, kterou si zvyšuje průběžným studiem. Pracovník se chová profesionálně ke svým spolupracovníkům i zaměstnancům jiných orgánů veřejné správy, respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a chová se zdvořile, vstřícně a ochotně a bez jakýchkoli předsudků. Sociální pracovník musí být při svém jednání a rozhodování **nestranný**, své pracovní záležitosti vykonává rychle a efektivně. Chová se tak, aby při výkonu svého povolání nedocházelo ke střetu jeho osobních zájmů. Je povinen zachovávat **mlčenlivost** o skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu svého povolání (Usnesení vlády České republiky o etickém kodexu úředníků a zaměstnanců veřejné správy, 2014).

Matoušek (2003) vymezuje **předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese**, kam samozřejmě řadíme profesi sociálního pracovníka. Na první místo klade **zdatnost**, protože pomáhat druhým je těžká a často vysilující práce, proto by měl být pracovník fyzicky zdatný. **Intelligence** je dalším předpokladem, který vyjadřuje neustálé zdokonalování svých znalostí (např. seznamování s novými teoriemi). Zapotřebí je také **přitažlivost**, a to především ve smyslu, jak dalece klient vnímá názorovou příbuznost k pracovníkovi. **Důvěryhodnost** vyjadřuje, jak klient vnímá pracovníkův smysl pro čestnost, jeho sociální roli, srdečnost a otevřenost (jde

o diskrétnost, spolehlivost, využívání moci, porozumění). **Komunikační dovednosti** jsou pro sociálního pracovníka velmi důležité. Slouží k navázání vztahu s klientem i jeho okolím. A **empatie** také patří mezi základní předpoklady sociálního pracovníka. Zahrnuje naslouchání i porozumění a také sdělování klientovi, že mu rozumíme.

Řezníček (1994) přirovnává sociální práci k umění, čímž míní kombinaci **nadání, zkušeností, osobních hodnot a intuitivní tvořivosti**. Talent k sociální práci pokládá za stejně důležitý jako odborné znalosti pro výkon této profese. Sociální pracovník by měl být především **empatický, vřelý, tvořivý a flexibilní**.

Gulová (2011) mezi osobnostní předpoklady v práci sociálního pracovníka řadí na první místo **charakterové vlastnosti a předpoklady**, protože cílovými skupinami jsou lidé, kteří se ve většině případů nacházejí ve velmi složitých životních situacích a často jsou postiženi různými druhy závislostí nebo problémy. Důležité je, aby pracovník tyto lidi bez předsudků akceptoval, a za důležitou považuje i schopnost empatie. Gulová zde také uvádí zajímavou vlastnost, a to **dát šanci** všem potřebným, i v případě, kdy se jedná o velmi problematického klienta, který ve svém chování stále recidivuje.

3.3 Vliv sociální reformy na přímý výkon práce sociálních pracovníků

Sociální reforma v oblasti dávek pro občany se zdravotním mohla mít značný vliv na výkon práce sociálních pracovníků, ale také na ně samotné, což bude předmětem výzkumného šetření.

Po zavedení sociální reformy docházelo často k problémům, ze strany sociálních pracovníků (nebyla provedena dostatečná a kvalitní školení, nebyly připraveny tiskopisy žádostí nových sociálních dávek – pracovníci je museli tisknout z webových stránek MPSV, aj.), ale také ze strany programového zabezpečení jednotlivých dávek (chybějící dokumenty, které si museli pracovníci vytvářet sami tzv. na koleně, občas se vyskytl problém v podobě chybného paragrafového znění v dokumentech apod.). Nahodilý výčet nedostatků nebyl zdaleka konečný. Součet problémů, který se na sociální pracovníky „valil“ obrovským tempem, byl značně velký, což mohlo negativním způsobem ovlivnit psychiku sociálních pracovníků, ale

i přímý výkon jejich práce. Zda se tyto domněnky potvrdily, bude předmětem výzkumného šetření.

3.3.1 Konkrétní příklady III

V rámci této podkapitoly se budu věnovat změnám, které nastaly v rámci vývoje systému dávek pro občany se zdravotním postižením (od 1. 1. 2012) a popisem aktuálního stavu.

Jednotlivé dávky (příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu a příspěvek na pořízení zvláštní pomůcky) prošly až do současnosti značným vývojem a mnohdy i dosti zásadními změnami, které se dotýkaly nejen osob, kterým jsou dávky určeny, ale také sociálních pracovníků vykonávajících tyto agendy.

Nejprve bych začala tím, že počet sociálních pracovníků na Úřadu práce byl v průběhu měsíce srpna 2014 navýšen, a to o 600 pracovníků. O tento krok se zasloužila ministrině práce a sociálních věcí Michaela Marksová Tominová. Jak již bylo výše uvedeno, personální stav sociálních pracovníků byl od roku 2012 značně poddimenzovaný, což se mnohdy projevilo na kvalitě práce, a to zaměřením se pouze na nutné úkony sociálních pracovníků, ale také na jejich psychickém stavu.

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je dávkou pro osoby se zdravotním postižením, která se poskytovala i před zavedení sociální reformy do praxe. U této sociální dávky nedocházelo k tak razantním změnám jako u ostatních dávek pro občany se zdravotním postižením. Samozřejmě i zde probíhaly změny, které sociální pracovníci museli zaregistrovat a akceptovat, ale jednalo se spíše o menší změny (např. změny ve výši jednotlivých stupňů závislosti).

Také příspěvek na péči se v roce 2012 začal vyplácet prostřednictvím s-Karty, ale s účinností změn zákona č. 108/2006 Sb. se od 01. 11. 2013 využití platební funkce karty sociálních systémů zrušilo. To znamenalo, že sociální pracovníci museli u příspěvku na péči, který byl distribuován přes s-Kartu, změnit způsob výplaty, což opět zvýšilo pracovní zatížení sociálních pracovníků.

Správné řízení je u příspěvku na péči pro sociální pracovníky náročné na časovou dotaci, protože jako u jediné dávky pro handicapované občany musí být provedeno sociální šetření, které je časově náročné, uvádí se přibližně 2 hodiny na samotné sociální šetření, a další čas na provedení zápisu ze sociálního šetření.

U žádostí podaných do 31. 12. 2012 se sociální šetření musela provádět i tehdy, pokud žadatel v průběhu řízení zemřel a dosud nebylo provedeno sociální šetření (sociální šetření bylo vedeno s osobou, která byla uvedena v žádosti o příspěvek na péči jako osoba pečující). Pro sociální pracovníky byla tato sociální šetření přinejmenším nepříjemná a připadala jim neetická. Často „zpovídali“ nejbližší příbuzné žadatele a kladli otázky, které po smrti žadatele nebyly příliš vhodné (např. jaké byly jejich rodinné vztahy a vazby). S účinností od 1. 1. 2013 bylo řízení o příspěvek na péči, pokud žadatel o příspěvek zemřel před provedením sociálního šetření, zastaveno a sociální šetření se neprovádělo. Toto opatření bylo pro sociální pracovníky velmi pozitivní zprávou.

Po provedení sociálního šetření, odešle sociální pracovník zápis ze sociálního šetření na místně příslušnou Lékařskou posudkovou službu OSSZ spolu s žádostí o posouzení zdravotního stavu a současně přerušuje řízení do doby, než bude posudek o zdravotním stavu doručen na Úřad práce. Po obdržení posudku je dána žadateli možnost seznámit se s podklady potřebnými pro rozhodnutí a dále je vydáno rozhodnutí v dané záležitosti. Proti rozhodnutí je možné podat řádný opravný prostředek – odvolání, které sociální pracovník spolu s celým spisem postupuje odvolacímu orgánu, kterým je MPSV.

Příspěvek na mobilitu

Tento příspěvek se od ledna 2012 přiznával na základě platných mimořádných výhod (ZTP nebo ZTP/P) nebo osobám, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, což posuzoval posudkový lékař OSSZ. Po podání žádosti muselo být provedeno sociální šetření u klienta v domácnosti, kde sociální pracovníci zjišťovali, zda klient zvládá úkony **mobility** a **orientace**.

Novelou zákona č. 329/2011 Sb. se podmínky, za kterých se příspěvek na mobilitu přiznával, změnil, a to s účinností od 1. 1. 2014. Změna spočívala v tom, že nárok na mobilitu již nemá osoba, která není schopna zvládat základní životní potřeby v

oblasti mobility nebo orientace, nýbrž osoba, která je **držitelem průkazu** osoby se zdravotním postižením **ZTP** nebo **ZTP/P**, který byl přiznán podle předpisů účinných od 1. ledna 2014. Slovo „**držitelem průkazu**“ zde bylo zásadní, protože dokud nebyl průkaz skutečně předán, nemohlo být v řízení o příspěvku na mobilitu rozhodnuto a řízení bylo stále ve stavu „přerušeno“.

Další změna zákona č. 329/2011 Sb., ve znění účinném od 1. 1. 2015 spočívala ve výměně slova „**držitelem průkazu**“, za větu „**má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označeným symbolem ZTP nebo ZTP/P**“. Což v praxi znamená, že žadatel si již průkaz nemusí převzít (např. z důvodu onemocnění, hospitalizace, apod.) a po nabytí právní moci rozhodnutí o přiznání průkazu ZTP nebo ZTP/P je obnoveno i řízení o příspěvek na mobilitu a je vydáno rozhodnutí o přiznání příspěvku na mobilitu. Tím pádem je (po pravomocném rozhodnutí přiznání průkazu ZTP nebo ZTP/P) provedena i výplata příspěvku.

U těchto posledních změn je nutné zmínit, že zde sociální pracovník nemusí provádět sociální šetření, což časově zkrátilo správní řízení a pracovníci již nemusí vynakládat čas na provádění sociálního šetření, což se u sociálních pracovníků setkalo s pozitivní reakcí.

Příspěvek na zvláštní pomůcku

I tato dávka prošla menšími i většími změnami, které ovlivnily přímý výkon práce sociálních pracovníků.

Novelou zákona č. 329/2011 Sb. s účinností od 1. 12. 2012 došlo ke zrušení institutu „**výpůjčky**“ u pomůcek **stropní zvedací systém, schodišťová plošina a schodišťová sedačka**. Tyto pomůcky již jsou majetkem žadatele. Touto změnou ale přibyla práce sociálním pracovníkům. Dříve pouze přijaly žádost a ostatní úkony ve správním řízení vyřizovali pracovníci krajských poboček Úřadu práce. Nyní celé správní řízení provádí sociální pracovníci na kontaktních pracovištích Úřadu práce, tedy tam, kde si klient podá žádost.

Po podání žádosti o zvláštní pomůcku sociální pracovník požádá Lékařskou posudkovou službu místně příslušné OSSZ o posouzení zdravotního stavu v dané záležitosti a současně řízení usnesením přeruší. Po obdržení posudku o zdravotním stavu dle výsledku, buď v případě nesplnění zdravotních kritérií žadatele seznámí

s podklady pro rozhodnutí a v dané záležitosti vydá rozhodnutí o nepřiznání nebo v případě kladného posudku o zdravotním stavu vyzve žadatele k doložení potřebných podkladů pro rozhodnutí (např. doložení cenových nabídek zvláštní pomůcky, doložení příjmů). Po obdržení všech potřebných podkladů pro rozhodnutí dá sociální pracovník žadateli možnost se s nimi seznámit a vydá v dané záležitosti rozhodnutí. Sociální šetření zde není podmínkou, ale v některých případech např. u žádostí o dražší zvláštní pomůcky (plošiny, stropní zvedací systémy apod.) se doporučuje a v praxi také provádí.

Žadatel, který splňuje zdravotní stav pro přiznání stropního zvedacího systému, schodišťové plošiny a schodišťové sedačky, musí doložit alespoň 2 návrhy řešení odstranění bariéry, včetně ceny. To znamená, že sociální pracovník musí být s danou problematikou obeznámen a znát organizace, které se na tyto pomůcky specializují. Pracovník musí být natolik zkušený, aby mohl porovnat 2 cenové nabídky a určit, která nabídka dostatečně vyhovuje žadateli, a která nabídka odpovídá literám zákona. Dle zákona se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcky v základním provedení, musí žadateli plně vyhovovat, ale musí být také splněna **podmínka nejmenší ekonomické náročnosti**.

Dle vnitřního řídicího aktu – Rozhodnutí náměstkyně MPSV pro sociální věci Cibulkové – Usměrnění postupu Úřadu práce ČR ve správním řízení o přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku, musí sociální pracovníci při stanovování výše příspěvku porovnat ceny obdobných zvláštních pomůcek od různých výrobců nebo dodavatelů. Sociální pracovníci si musí vyžádat od jiných dodavatelů cenovou nabídku obdobné pomůcky z hlediska jejich funkcí. V praxi to vypadá následovně: sociální pracovník požádá jiného dodavatele pomůcek o vypracování nabídky na konkrétní požadovanou pomůcku se všemi jejími charakteristikami a parametry. Po obdržení této cenové nabídky vše konzultuje s žadatelem (např. v rámci sociálního šetření), aby se zjistilo, které charakteristiky a parametry jsou pro něho zásadní ve vztahu k možnosti a schopnosti tuto pomůcku využívat a také ve vztahu k jakému účelu bude pomůcka využívána.

Z tohoto postupu vyplývá, že sociální pracovníci zde mají nelehkou úlohu, pokud musí srovnávat pomůcky, kterých je dle právních předpisů několik desítek, a další jsou s nimi srovnatelné. Musí se velmi dobře orientovat v přehledu pomůcek, což je

někdy „nad lidské síly“ (vlastní zkušenost). Z časového hlediska, hlediska celkového přehledu organizací prodávajících pomůcky a různorodosti zvláštních pomůcek, je to velice náročná práce, a to je vzhledem k personální poddimenzovanosti značná zátěž pro pracovníky, kteří se touto agendou zabývají.

Průkaz osoby se zdravotním postižením

Průkaz osoby se zdravotním postižením procházel častými změnami. Zpočátku bylo jeho přiznání podmíněno přiznáním příspěvku na péči, nebo přiznáním příspěvku na mobilitu, za splnění podmínky nezávládnání úkonu mobility nebo orientace. V současné době se o průkaz osoby se zdravotním postižením žádá na samostatném formuláři a podkladem pro rozhodnutí o přiznání průkazu je posudek o zdravotním stavu vydaný posudkovým lékařem OSSZ.

Od 1. 1. 2012 se místo s-Karty, která měla dle zákona č. 329/2011 Sb. plnit funkci průkazu, vydával tzv. dočasný průkaz osoby se zdravotním postižením, později se od září 2012 začala vydávat s-Karta se speciální označením (TP, ZTP, ZTP/P), která plnila funkci průkazu pro osobu se zdravotním postižením. Karta sociálních systémů ukončila svou platnost k 30. 4. 2014 a do 30. 3. 2015 se opět vydávaly dočasné průkazy osob se zdravotním postižením, a to z důvodu, že nebyl vybrán dodavatel softwaru, jehož prostřednictvím by se vydávaly průkazy pro osoby se zdravotním postižením v provedení uvedeném ve vyhlášce č. 388/2011 Sb., v účinném znění od 1. 1. 2015.

Dne 1. 11. 2013 nabyt účinnosti zákon, který rušil s-Kartu. V praxi to znamenalo, že během následujícího půl roku, tedy do 30. 4. 2014, probíhala výměna s-Karet za dočasné průkazy osob se zdravotním postižením. V listopadu 2013 zaslal Úřad práce ČR informativní dopis osobám, které s-Kartu vlastnili s vysvětlením, jak dále postupovat. Statistiky Úřadu práce uvádí se, že se jednalo o 30. tis. klientů, kteří vlastnili speciální průkaz (tisková zpráva MPSV, 2013).

Tento krok opět znamenal pracovní zatížení sociálních pracovníků, kteří dosud do systému zadávali žádosti o s-Kartu a nyní s-Karty vyměňovali opět za dočasný průkaz.

V současné době se o průkaz osoby se zdravotním postižením žádá samostatně na příslušném formuláři Úřadu práce ČR. Lékařská posudková služba místně příslušné OSSZ opět, na základě žádosti Úřadu práce, vydává posudek o zdravotním stavu. V případě přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením (formou rozhodnutí) vydá Úřad práce ČR příslušný průkaz osoby se zdravotním postižením.

Programové systémy zabezpečující dávky pro občany se zdravotním postižením také prošly změnami. V lednu 2014 došlo k již výše zmiňovaným změnám z důvodů, které jsem již popisovala výše. Vlivem těchto změn došlo ke změně programů zajišťující tyto agendy. Vzhledem k tomu, že na to sociální pracovníci nebyli připraveni a o této změně nebyly dostatečně s předstihem informováni (ani o možnosti, že tato situace nastane), došlo k tomu, že 2. 1. 2014 přišli pracovníci do zaměstnání a zjistili, že jim příslušné programy nefungují. Při běžném provozu se museli učit pracovat v nových programech, v tomto případě ve dvou programech, protože příspěvek na mobilitu a na zvláštní pomůcky mají svůj program a u příspěvku na péči se pracuje v jiném programu. Pro pracovníky to bylo velmi náročné nejen časově, ale také psychicky. Museli vzít do ruky, a to doslovně, všechny aktivní spisy a zadat informace v nich důležité pro výplatu dávek do programu, a to za plného provozu. V tomto období většina pracovníků pracovala přes čas a do práce chodili i o víkendech. Tato opatření byla ale na úkor jejich odpočinku a psychické pohody (vlastní zkušenost).

3.3.2 Rizika spojená se zavedením reformních opatření

V této části vymezím rizikové stavy, se kterými se sociální pracovníci mohli setkat vlivem účinnosti sociální reformy při výkonu práce sociálních pracovníků v oblasti dávek občanů se zdravotním postižením.

Považuji zde za důležité vymezit pojem „**zdraví**“, aby mohl čtenář posoudit rozdíl, kdy se člověk cítí v psychické pohodě a je zdravý a kdy se nachází v níže uvedených situacích. Definic pojmu „**zdraví**“ je značné množství. Kebza (2005) uvádí pojetí zdraví jako absence nemoci, zdraví jako rezerva či záloha, zdraví jako fyzická zdatnost, zdraví je spojeno s energií a vitalitou, zdraví má vztah k sociálním vazbám nebo člověk je zdravý, když je v psychosociální pohodě.

Únava je přirozeným důsledkem po vykonání práce (fyzické i psychické), bývá spojována s námahou při výkonu pracovní činnosti. Únava se projevuje dočasnými psychickými a i fyziologickými změnami, ale také zhoršením pracovního výkonu. Projevuje se např. sníženou pozorností, špatnou koordinací projevů, ospalostí. Pokud dochází k dlouhodobému překonávání únavy, směřuje to k fyzickému i psychickému oslabení organismu, což může vést ke snížené imunitě organismu, člověk často reaguje popudlivě, agresivně a podrážděně i na maličkosti (Pauknerová, 2006).

Přetížení a vyčerpání vznikají v důsledku mimořádných nároků na člověka, a to tehdy, pokud pracovník není schopen přiměřeně zvládnout pracovní požadavky. Tyto situace mohou pramenit z přemrštěných pracovních nároků na pracovníka, ale také pokud pracovník nemá odpovídající předpoklady pro výkon dané činnosti (Pauknerová, 2006).

Frustrace dle Paulíka (In Vágnerová, 2012) nastává, pokud je určitým způsobem znemožňováno uspokojování aktuální potřeby nebo dosažení určitého cíle. Frustrace se zvyšuje o to více, o co více se zvyšuje subjektivní důležitost a naléhavost potřeby člověka. O frustraci také hovoříme, pokud neočekávaně ztratíme naději na uspokojení, což vyvolává pocit zklamání. Frustraci můžeme překonat prostým odložením uspokojení, posílením vytrvalosti a úsilí, změnou motivace či rezignací.

Stres je dle Křivohlavého (2001, s. 10) „*vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.*“.

Stres není prožitkem objektivním, nýbrž subjektivním. Osobnost a duševní i fyzická konstituce každého z nás jsou indikátory k tomu, jak jsme schopni zvládat stresové faktory. Z tohoto důvodu neexistuje pro stres a přetíženost žádné měřítko, které by nám ukazovalo na hrozící nebezpečí v podobě blížícího se stresu (Kallwass, 2007).

Slovo **stres** má mnoho významů, mezi něž patří i **pnutí** nebo **stav napětí**. O velikosti stresu rozhodují dvě veličiny, a to **zátěž** - působí na organismus a schopnost organismu člověka tuto zátěž snášet = **odolnost**. Z toho vyplývá, že čím větší má člověk zátěž, tím větší má stres a naopak, čím více je člověk odolný, o to méně na něho stres působí. Odolnost vůči stresu má každý člověk nastavenou v jiné míře, může se měnit v čase a lze ji také vědomě ovlivňovat.

Stres je většinou vnímám negativně. Nemusí tomu být ale vždy, protože **stres** rozlišujeme na **eustres** a **distres**. **Eustres** v nás vyvolává příjemné pocity, posiluje nás, pomáhá nám najít stabilitu a rovnováhu, je pro náš život přínosem a hnacím motorem. Na opačné straně stojí **distres**, který v nás vyvolává nepříjemné pocity, má na člověka neblahý vliv, vyčerpává ho, otravuje ho a ničí jeho psychiku (Plamínek, 2013). **Distres** můžeme zařadit do negativních emocionálních zážitků, které člověk zažívá (nejen) v zaměstnání (Křivohlavý, 2012).

Podněty, které přesahují odolnost člověka, se nazývají **stresory**. Stresory jsou spouštěčem stresu. Stresorů je různorodá paleta. Stresorem může být materiální faktor (nedostatek potravy), sociální faktor (působení jednoho člověka na druhého – působení protivných, netaktních, agresivních lidí), ale i nedostatek času, situace, kdy se člověk stále cítí být sám, nedostatek smyslu v životě, apod. (Ulrichová, 2012).

Důsledky stresu mohou být pro lidský organismus velkou zátěží. Lze je rozdělit na bezprostřední projevy stresu a na účinky trvalejšího rázu. Bezprostředními projevy stresu mohou být emoční reakce a nálady, únavy (snížená bdělost a ospalost), ztráta motivace, zřetelný pokles výkonnosti aj. Mezi účinky trvalejšího rázu řadíme nespokojenost, vyčerpání, somatické symptomy (respirační a oběhové problémy, dlouhodobé bolesti hlavy, poruchy duševního zdraví aj.) (Paulík, 2010).

Jedním z negativních jevů, kterému většinou předchází výše uvedené stavy, je **syndrom vyhoření** neboli **burnout**. Vzhledem k tomu, že v pomáhajících profesích, v našem případě u sociálních pracovníků, se s tímto pojmem setkáváme čím dál častěji, budu se syndromu vyhoření podrobněji věnovat níže.

Syndrom vyhoření je „strašákem“ lidí, kteří pracují převážně v pomáhajících profesích. Tito lidé jsou mnohem více náchylní ke stresu a syndromu vyhoření. Shaughnessy (Stress in the Year 2010 and Beyond, 2009) to ve své publikaci zdůvodňuje tím, že tyto profesionálové se každý den setkávají s problémy jiných osob, což je pro ně velmi emocionálně zatěžující.

Existuje mnoho definic, které se pokoušejí do jedné nebo více vět obsáhnout, co to vlastně **syndrom vyhoření** je. Některé definice se zaměřují na konečný stav syndromu vyhoření, to znamená na emoční prožívání, fyzického a mentálního

vyčerpání. Jiné jsou definovány jako proces s vlastním vývojem. Mají však společné znaky, kterými jsou: **přítomnost negativních emocionálních příznaků** (např. deprese, vyčerpání), je spojován s typickými **druhy povolání** (např. sociální pracovník, zdravotnický personál), **negativně vytvořené postoje k práci, psychické příznaky a prvky chování**, a že burnout **nesouvisí s psychickou patologií**, což znamená, že se nevyskytuje pouze u nemocných lidí, ale také u zdravých osob (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Syndrom vyhoření lze popsat různými způsoby: Burnout je reakcí na práci, která člověka mimořádně zatěžuje, burnout je ztrátou smyslu pro zaujetí pracovní činnosti, burnout je vystupňovaná nespokojenost ze ztráty iluzí, burnout je totální ztráta představy, že jsem osobnost, a že to, co dělám, má určitou hodnotu (Křivohlavý, 1998).

Jedna z nejběžnějších definic burnout popisuje stav vyhoření jako ztrátu nadšení, energie, idealismu, ztráta budoucí perspektivy a cíle. Syndrom vyhoření se projevuje jako stav duševního, tělesného a duchovního vyčerpání, což je způsobeno neustálým stresem (Minirth a kol., 2011).

Syndrom vyhoření nepřichází jako blesk z čistého nebe, předchází mu různé příčiny a symptomy. Není rozhodující stav - co to vlastně syndrom vyhoření je, ale co člověka do burnout dohnalo (Poschkamp, 2013).

Grün (2014) rozlišuje **5 příčin burnout. Perfekcionalismus a tlak**, jehož jsme původci, je první příčinou – znamená, že člověk vše dělá na 150%, dle svého uvážení musí dělat práci pouze perfektním způsobem, aby mu nikdo nemohl vytknout případné chyby. To způsobuje neustálý a zvyšující se tlak, který pramení v nás samotných. Další příčinou je „**Kdo se řídí ostatními, onemocní**“. Neustále se podřizujeme ostatním (např. nadřízenému, kolegům) a nežijeme svůj vlastní život, který by odpovídal našemu naturelu. **Stavění fasád** je třetí příčinou syndromu vyhoření. Člověk se často bojí ukázat okolí takový jaký ve skutečnosti je, a proto si vytváří tzv. fasády, za které se schovává, a to z důvodů, že se bojí pesimistického hodnocení okolí. Vytváření fasád stojí člověka mnoho energie, a když se dostane do stresové situace, tato energie mu schází. Dále se jedná o **přecházení únavy**, což v dlouhodobém horizontu není nikdy dobré. Tělo a mysl se po vykonané práci potřebuje dostatečný odpočinek, aby mohl člověk dobře vykonávat svou práci a čelit případným stresorům. Poslední příčinou burnout dle Grüna jsou **příčiny v systému**.

Pokud člověk považuje svou práci za zbytečnou, ztrácí svou energii, což napomáhá propuknutí syndromu vyhoření.

Příznaky syndromu vyhoření – je jich mnoho, proto zde dle Stocka (2010) vymezím 3 hlavní příznaky: **vyčerpání, odcizení, pokles výkonnosti**.

Při **vyčerpání** se člověk cítí fyzicky (nedostatek energie, slabost, chronická únava, svalové napětí, poruchy spánku apod.) i emočně (sklíčenost, bezmoc, beznaděj, pocit strachu a prázdnoty, aj.) vysílený.

U **odcizení** člověk trpí syndromem vyhasnutí, což se projevuje až lhostejným postojem ke své práci a okolí (např. negativní postoj k sobě samému, k životu nebo k práci).

Pokles výkonnosti (nízká efektivita) spočívá ve ztrátě důvěry člověka ve vlastní schopnosti a v profesním měřítku se považuje za naprosto neschopného. Je to subjektivní hodnocení člověka samého, ale většinou k určitému poklesu výkonnosti dochází. Člověk potřebuje k úkonům v práci i osobním životě mnohem více času, než dříve a postupně se prodlužuje doba nutná k nabrání nové energie pro další práci.

Prevenčí proti syndromu vyhoření jsou schopnosti, které by se měl naučit každý člověk, který si je vědom toho, že vykonává profesi, u níž hrozí velké riziko burnout. Těmi schopnosti se rozumí dokázat se odreagovat, motivovat k další odborné a zájmové činnosti a hlavně **dodržovat principy duševní hygieny** – odpočinout si a „vypnout“, když je člověk unavený a jeho tělo a mysl si to žádají. Dále se musí člověk naučit naslouchat signálům, které přicházejí z vnějšího prostředí (kolegové, klienti, rodina). Důležitá je **sebereflexe, sebekontrola a kontrola toho, co děláme**. V neposlední řadě jsou pro prevenci burnout důležité různé **antistresové a relaxační techniky a programy** a důležitou součástí jsou **supervize** (Novosad, 2000).

Velkou **součástí prevence burnout** je péče o pracovníky v rámci své zaměstnanecké organizace. Zaměstnavatelé si stále více uvědomují, že úspěšnost jejich organizace závisí na pracovnících a jejich schopnostech, jejich motivaci, jejich spokojenosti, a proto je jim nutné věnovat dostatečnou péči. **Péči o pracovníky** můžeme dělit na **povinnou péči** (předepsaná zákony, předpisy a kolektivními smlouvami, aj.), **smluvní péči** (kolektivní smlouvy uzavřené v rámci organizace) a **dobrovolnou péči** (jedná se o personální politiku zaměstnavatele, který si je vědom, že pokud

pracovníkům vytvoří takové pracovní prostředí, ve kterém se bude zaměstnancům dobře pracovat, bude to prospívat nejen pracovníkům samotným, ale také organizaci).

Velmi důležitou součástí prevence syndromu vyhoření je možnost **supervize**. **Supervize** je pomoc, kterou nabízí a poskytuje jeden odborník druhému. Společně se zabývají tématy, která souvisejí s pracovní náplní supervidovaného (ten, kdo přichází s problémem k řešení). Dle Českého institutu pro supervizi (2014) supervizi rozumíme bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost.

Supervize může být zaměřena na prohloubení prožívání, lepší porozumění dané situace, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování. **Cílem supervize** může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity a prevence syndromu vyhoření.

Supervize se v rámci agend dávek pro občany se zdravotním postižením poskytuje zaměstnancům pouze výjimečně, z vlastní zkušenosti nevím o pracovištích, kde by supervize probíhala. Bohužel, osobně jsem neměla tu možnost se jí v rámci plnění pracovních povinností účastnit, ani mi zaměstnavatelem nebyla nikdy nabídnuta, což považuji za velký nedostatek ze strany zaměstnavatele a velký handicap vůči sociálním pracovníkům, kteří možnost supervize mají.

Shrnutí 3. kapitoly

Sociální pracovník se řadí mezi pomáhající profese. Pro výkon této profese musí mít vzdělanostní předpoklady, ale také určité povahové vlastnosti, předpoklady a dovednosti, které ho předurčují pro výkon profese sociálního pracovníka. Sociální pracovník má svá práva i povinnosti, které je povinen dodržovat a ctít.

Každá změna, o to více změna v podobě sociální reformy, se musí zákonitě odrazit na výkonu práce sociálních pracovníků. Změny zapříčiněné sociální reformou v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením byly pro ně rozsáhlé a zásadní. Konkrétní změny, které se udály, bylo důležité vymezit a popsat, aby čtenář pochopil, jaký vliv měla sociální reforma na přímý výkon práce sociálních pracovníků dávek pro občany se zdravotním postižením a jaká rizika pro sociální pracovníky samotné s sebou mohla přinést, což je předmětem výzkumného šetření.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Příprava a realizace výzkumného šetření

Na teoretickou část práce bude navázáno výzkumným šetřením, kde budou uplatněny poznatky z teoretické části práce. Tato kapitola bude věnována přípravě výzkumného šetření, bude zde formulován hlavní výzkumný cíl práce (je totožný s hlavním cílem práce) a dále dílčí výzkumné cíle, které budou transformovány do tazatelských otázek. V rámci kvalitativní výzkumné strategie budou vymezeny zvolené výzkumné metody a techniky, popsán výzkumný vzorek, průběh sběru dat a případná rizika výzkumu. Závěrečná kapitola bude věnována analýze a interpretaci získaných dat.

4.1 Formulace hlavního výzkumného cíle a dílčích výzkumných cílů

Hlavním výzkumným cílem diplomové práce je **zjistit vliv sociální reformy týkající se dávek pro občany se zdravotním postižením na výkon práce sociálních pracovníků**. K dosažení hlavního výzkumného cíle diplomové práce, který je totožný s hlavním cílem diplomové práce, budou vytyčeny tři dílčí výzkumné cíle. Informantům budou v rámci individuálního polostrukturovaného interview kladeny tazatelské otázky směřující k zodpovězení jednotlivých dílčích cílů a v konečné fázi i k naplnění hlavního cíle práce.

V rámci diplomové práce byly stanoveny indikátory, které budou dále rozpracovány v jednotlivých tazatelských otázkách. Jednotlivé indikátory vycházely z poznatků teoretické části diplomové práce a z analýzy dokumentů.

Dílčí výzkumné cíle

K účelu naplnění hlavního výzkumného cíle diplomové práce byly vytyčeny tři dílčí výzkumné cíle:

DC 1: Zjistit, jak sociální pracovníci hodnotí odbornou přípravu sebe samých nadřízeným orgánem na realizaci sociální reformy v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením.

DC 2: Zjistit, zda změny způsobené sociální reformou měly negativní vliv na přímý výkon práce sociálních pracovníků v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením.

DC 3: Zjistit, zda rizika uvedená v kapitole 3.3.2 teoretické části práce se reálně projevila u pracovníků agendy dávek pro občany se zdravotním postižením v praxi, ve spojitosti se zavedením sociální reformy.

4.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka č. 1: Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Hlavní cíl	Dílčí cíl	Výzkumná technika	Zdroj zjištění	Indikátory	Tazatelské otázky/indikátory
Zjistit vliv sociální reformy týkající se dávek pro občany se zdravotním postižením na výkon práce sociálních pracovníků.	DC1: Zjistit, jak sociální pracovníci hodnotí odbornou přípravu sebe samých nadřízeným orgánem na realizaci sociální reformy v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením.	polostrukturovaný rozhovor	Sociální pracovníci vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením	Způsob sdělování obecných informací	TO1: Jakým způsobem Vám byly sdělovány všeobecné informace týkající se změn v oblasti dávek osob se zdravotním postižením v rámci sociální reformy?
				Časové hledisko sdělování obecných informací	TO2: S jakým časovým předstihem Vám byly sdělovány všeobecné informace týkající se změn v oblasti dávek osob se zdravotním postižením v rámci sociální reformy?
				Způsob sdělování informací o legislativě	TO3: Jakým způsobem Vám byly sdělovány informace týkající se změn v legislativě, která nabyla účinnosti 1. 1. 2012?
				Časové hledisko sdělování informací o legislativě	TO4: S jakým časovým předstihem Vám byly sdělovány informace týkající se změn v legislativě, která nabyla účinnosti 1. 1. 2012?
				Odborná školení	TO5: Byla Vám poskytnuta možnost účastnit se školení týkajících se legislativních změn způsobených vlivem sociální reformy? Pokud ano, byla pro Vás tato školení dostatečná ve smyslu časové dotace a poskytnutých informací? Prosím popište.
		analýza dokumentů	Webové stránky Úřadu práce ČR – Intranet – SharePoint	Metodická pomoc	

Zjistit vliv sociální reformy týkající se dávek pro občany se zdravotním postižením na výkon práce sociálních pracovníků.	DC2: Zjistit, zda změny způsobené sociální reformou měly negativní vliv na přímý výkon práce sociálních pracovníků v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením.	polostrukturovaný rozhovor	Sociální pracovníci vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením	Snižování počtu sociálních pracovníků	TO6: Jaký je Váš názor na snižování počtu sociálních pracovníků v souvislosti s delimitací pracovníků obecních úřadů na Úřad práce ČR v souvislosti s přechodem dávek pro osoby se zdravotním postižením?
				Ovlivnění přímého výkonu práce sociálních pracovníků	TO7: Jak se na přímém výkonu práce projevila skutečnost, že došlo ke snížení počtu pracovníků?
				Práce s klientem	TO8: Docházelo při Vašem výkonu práce k situacím, že jste se z časového hlediska nemohl/a dostatečně věnovat sociální práci s jednotlivcem? Pokud ano, jak jste tyto situace řešil/a?
	DC3: Zjistit, zda rizika uvedená v kapitole 3.3.2 teoretické části práce se reálně projevila u pracovníků agendy dávek pro občany se zdravotním postižením v praxi, ve spojitosti se zavedením sociální reformy.	polostrukturovaný rozhovor	Sociální pracovníci vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením	Přítomnost negativních psychických stavů	TO9: Pociťoval/a jste při výkonu Vaší práce v souvislosti se zavedením sociální reformy psychické stavy jako např. únava, vyčerpání, stres? Pokud ano, popište, o jaké psychické stavy se jednalo a z jakého důvodu k těmto stavům docházelo?
				Sdělování informací nadřízenému pracovníkovi	TO10: Sděloval/a jste Vašemu přímému nadřízenému pracovníkovi skutečnost, že u Vás dochází k nežádoucím psychickým stavům v souvislosti s výkonem Vaší práce? Pokud ano, jakým způsobem jste mu tyto skutečnosti sděloval/a a jaká opatření byla stanovena, aby tyto nežádoucí stavy byly odstraněny nebo eliminovány?
				Syndrom vyhoření	TO11: Domníváte se, že jste byl/a, vzhledem k situacím, které byly způsobeny změnami vlivem sociální reformy, ohrožen/a syndromem vyhoření více, než před 1. 1. 2012? Pokud ano, jaká opatření jste aplikoval/a, aby syndrom vyhoření nevznikl?

4.3 Výzkumná strategie, zvolené výzkumné metody a techniky

K řešení výzkumného úkolu je využita **kvalitativní výzkumná strategie**, která byla zvolena z důvodu charakteru zkoumaného problému. Metodolog Creswell (in Hendl, 2008, s. 48) definuje kvalitativní výzkum takto: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří kompletní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech různých účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

Dle Loučkové (2010) je kvalitativní výzkumný přístup charakterizován termíny „subjektivita“ a „význam“. Označují procesy, se kterými je spojena praxe v této výzkumné strategii, s čímž se naprosto ztotožňují. Kvalitativní výzkum nehledá čísla a nesnaží se vše převést do kvantitativně laděných tabulek a grafů, ale snaží se dle Loučkové (2010) prozkoumat sociální skutečnost prostřednictvím odhalení subjektivních významů. Obecný proces může být odvozen induktivně ze zaznamenaných zkušeností subjektů, což jsou v tomto výzkumu sociální pracovníci vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením, a to vše vztaženo k sociálním aktivitám – vyrovnání se s důsledky sociální reformy v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením.

Kvalitativní výzkum se často považuje za pružný typ výzkumu, protože otázky mohou být upravovány nebo doplňovány v průběhu výzkumu nebo během sběru dat. Pracovník, který si zvolil kvalitativní výzkum, vyhledává a analyzuje různé informace přispívající k objasnění výzkumných otázek a provádí závěry. Nezabývá se pouze čísly a statistickými daty, ale jeho práce se odehrává převážně v terénu, kde se setkává s různými lidmi – informanty, kteří mu poskytují informace, potřebné pro výzkum. Zpráva z kvalitativního výzkumu obsahuje popis místa, kde bylo zkoumání provedeno, citace informantů a i poznámky, které jsou zaznamenávány při práci v terénu. Hlavním úkolem kvalitativní výzkumné strategie je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci chovají, co se kolem nich děje, proč jednají tak, jak jednají v daných situacích a jak organizují své každodenní aktivity a interakce (Hendl, 2008).

Kvalitativnímu výzkumu je občas vytýkáno, že jeho výsledky představují pouze subjektivní dojmy, dá se jen velmi těžko replikovat, málo zobecňuje dosažené výsledky a je prý málo transparentní. Příznivci kvalitativního výzkumu ale oponují, a

to tím, že kvalitativní výzkum oplývá jinými vlastnostmi a navíc, co kritici tohoto druhu výzkumu kritizují, příznivci staví jako přednosti této výzkumné strategie. Předností kvalitativního výzkumu je získání hloubkového popisu případů, provádí se podrobná komparace případů a sleduje se jejich vývoj. Používá k tomu řadu metod a technik, které zajišťují hodnověrnost svých výsledků (Hendl, 2008).

Ještě než se zmíním o aplikované metodě a technice výzkumu, ráda bych upřesnila a uvedla terminologii těchto pojmů.

Po prostudování odborné literatury zabývající se kvalitativním výzkumem jsem zjistila, že v odborných kruzích není jednotné označení pro termíny **výzkumná metoda a výzkumná technika**.

Žižlavský (2003) označuje dotazování jako metodu, stejně tak Hendl (2008, s. 143) uvádí, že „*Hlavní skupinu metod sběru dat v empirickém výzkumu tvoří naslouchání, vyprávění, kladení otázek lidem a získávání jejich odpovědí. Dotazování obecně zahrnuje různé typy rozhovorů, ...*“

Hendl (2008) dále uvádí, že mezi nejdůležitější techniky kvalitativního dotazování je strukturovaný otevřený rozhovor, rozhovor s návodem, neformální rozhovor, epizodické interview, skupinová diskuse aj.

Strausse, Corbinová (1999) se označení pojmu metoda či technika záměrně vyhýbají a uvádějí, že nejobvyklejšími zdroji údajů v kvalitativním výzkumu je rozhovor a pozorování.

Pro účely této práce budu používat označení výzkumných metod a technik dle Hendla, tedy jako metodu budu uvádět obecně **dotazování a studium dokumentů** a jako techniku **individuální polostrukturované interview** nebo také **polostrukturovaný rozhovor a obsahovou analýzu dokumentů**.

Pomocnou metodou, která předcházela hlavní zvolené výzkumné metodě, je **studium dokumentů**. Mezi dokumenty, které byly analyzovány, patří knihy, které byly využity převážně v teoretické části práce, právní předpisy (zákony a vyhlášky), díky kterým jsem získala přehled a orientaci v systému sociálních dávek pro občany se zdravotním postižením, mohla jednotlivé dávky popsat a díky tomu jsem vymezila změny, které se během sledovaného období udály. Dalším dokumentem jsou webové stránky Úřadu práce ČR – Intranet - SharePoint – metodická pomoc. Původně jsem

zamýšlela dát metodickou pomoc do přílohy diplomové práce, ale vzhledem k její rozsáhlosti jsem od tohoto záměru upustila.

Tabulka č. 2: Tabulka indikátoru stanoveného pro analýzu webových stránek Úřadu práce ČR - Intranet - SharePoint

Indikátor	Metodická pomoc
-----------	-----------------

Za dokumenty se dle Hendla (2008) považují knihy, novinové články, deníky nebo plakáty. Za dokumenty se obecně mohou považovat všechny stopy, které zde zanechala lidská existence.

Studium dokumentů „*Otevírá přístup k informacím, které by se jiným způsobem těžko získaly. Druhou výhodou je okolnost, že data nejsou vystavena působení zdrojů chyb nebo zkreslení, jež vznikají při uskutečňování rozhovorů nebo pozorování, měření a testování.*“ (Hendl, 2008, s. 130).

Pomocná výzkumná metoda studium dokumentů, byla využita v důsledku přímé vazby na DC1, jehož cílem je zjistit, jak sociální pracovníci hodnotí odbornou přípravu sebe samých nadřízeným orgánem v rámci zavedení sociální reformy.

V této práci dokumenty doplňují data získaná z jednotlivých rozhovorů.

V rámci kvalitativního výzkumu jsem za hlavní výzkumnou metodu zvolila **dotazování** a výzkumnou techniku **individuální polostrukturované interview**. Tato metoda i technika byla zvolena dle důkladného uvážení, jako nejvhodnější nástroj kvalitativní výzkumné strategie pro zkoumanou problematiku i výzkumný vzorek. Polostrukturovaný rozhovor jsem pro daný výzkum vybrala proto, že se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu při získávání informací. V rámci otevřených otázek nejsou informanti omezováni pouze uvedeným výčtem odpovědí (jak je tomu často u dotazníků), ale mají zde možnost nahlas zapřemýšlet nad položenou otázkou a sami se rozhodnout jak ji zodpoví.

Dále bude použita **metoda analýzy, syntézy a indukce**. Prostřednictvím analýzy budou rozebírány informace získané z polostrukturovaného rozhovoru a analýzy dokumentů. Syntézou budou shrnuty poznatky směřující k určitému závěru. A za pomoci indukce budou v nashromážděných datech (z rozhovorů) nacházeny určité pravidelnosti, z kterých budou stanovovány obecné závěry.

4.4 Zdůvodnění volby výzkumného souboru a jeho charakteristika

Vzhledem k danému tématu a hlavnímu cíli diplomové práce jsem za výzkumný vzorek zvolila sociální pracovníky vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením, kteří tuto profesi vykonávali před sociální reformou (tj. před 1. 1. 2012) až do současnosti (r. 2015). Ačkoli v rámci výkonu této profese pracují převážně ženy, podařilo se mi pro rozhovor získat jednoho sociálního pracovníka – muže, což považuji za velmi důležité, a to zejména pro získání jiného možného náhledu na danou problematiku, např. i z hlediska genderu.

V rámci zachování anonymity jednotlivých informantů, kteří si nepřáli být v této práci jmenovitě uvedeni, jsem každému informantovi, pro účely výzkumného šetření, přidělila písmena 1-7, a to nejen pro jejich anonymitu, ale také pro jejich identifikaci. Informanti budou označováni I1 až I7.

Jsem si plně vědoma, že vzhledem k nižšímu počtu informantů zde může hrozit riziko nízké reliability, ale na straně druhé toto hledisko bude vyvažovat fakt, že práce bude disponovat relativně vysokou validitou.

Jak již bylo výše uvedeno, jednotliví informanti byli vybíráni s tím, aby výkon jejich profese zasahoval do doby před sociální reformou a nadále trval, to znamená, že žádný z nich v době uskutečnění rozhovoru neukončil pracovní poměr v rámci výkonu své profese.

4.5 Popis organizace a průběhu sběru dat

Data byla získána kvalitativní výzkumnou technikou, konkrétně individuálním polostrukturovaným interview. Byla shromažďována postupně, a to během měsíce listopadu a prosince 2014. Zvažovala jsem, jakým způsobem budu data zaznamenávat. Volila jsem mezi záznamovým archem a použitím diktafonu. Cílovou

skupinou jsou sociální pracovníci, někteří z nich jsou i moji kolegové. Domnívala jsem se, že nebudou chtít podstoupit rozhovor, který bude zaznamenáván za pomoci záznamového zařízení – diktafonu a moje domněnky se potvrdily. Z důvodu nesouhlasu informantů zaznamenávat rozhovory pomocí diktafonu jsem zvolila zaznamenávání jednotlivých rozhovorů do předem připravených záznamových archů.

Tři rozhovory byly realizovány mimo místo výkonu práce informantů, a to v kavárně a v bytě informantů, se čtyřmi informanty rozhovor probíhal přímo při výkonu jejich práce.

Záměrně jsem informantům nenabízela uskutečňovat rozhovor v místě výkonu jejich zaměstnání, ale později se ukázalo, že informanti, kteří této možnosti využili, byli otevřenější a snažili se co nejlépe popsat své pocity. Domnívám se, že pokud informanti při rozhovoru setrvali na místě výkonu své práce a současně odpovídali na otázky, které měly stejný tematický charakter s jejich povoláním, se dokázali lépe „naladit na strunu“, která se prolínala celým rozhovorem vážícím se k jejich práci. Informanti, se kterými byl veden rozhovor v kavárně, či v jejich bytě, se museli obrazně řečeno znovu vrátit do pracovní činnosti a navodit si atmosféru, kterou při výkonu svého povolání zažívali a zažívají.

Jednotlivé rozhovory trvaly v průměru 50 minut. Někteří informanti nebyli příliš sdílní, odpovídali stroze, jednoduchými, krátkými větami a občas jsem se musela i doptávat na určité souvislosti, které z jejich odpovědí nevyplývaly.

Po uskutečnění 7 rozhovorů jsem zjistila, že odpovědi informantů jsou stejné nebo se názory ve většině odpovědí shodují. Proto jsem usoudila, že již není nutné rozšiřovat jejich počet a ukončila jsem proces provádění interview s počtem 7 informantů.

Vždy po každém uskutečněném rozhovoru následoval proces transkripce, kdy jsem převedla všechny uskutečněné rozhovory do lépe zpracovatelné písemné podoby, konkrétně je přepsala do počítače, abych je mohla lépe analyzovat. Zvolila jsem analýzu dat za pomoci kódování, „*tedy systematickým prohledáváním dat, s cílem nalézt pravidelnosti a klasifikovat jejich jednotlivé části*“ (Hendl, 2008, s. 226). Dále jsem provedla segmentaci, která zahrnuje rozdělení dat do analytických jednotek. V tomto případě jsem za segment zvolila každou jednotlivou odpověď informanta na danou otázku. Abych získaná data mohla popsat, musela jsem zvolit druh kódování.

„Kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje.“ (Hendl, 2008, s. 228). Pro popis dat jsem použila kódování, kdy ke každému segmentu přiřadím předem zvolený kód. Kódy byly totožné s jednotlivými indikátory uvedenými v tabulce č. 1. Kódování jednotlivých úseků bylo provedeno v posloupnosti tazatelských otázek, které jsou za sebe řazeny tak, aby na sebe tematicky a systematicky navazovaly. Po těchto krocích jsem již nacházela souvislosti a vztahy mezi jednotlivými segmenty směrem k jednotlivým dílčím cílům. Po ukončení této činnosti došlo ke shrnutí veškerých zjištěných údajů.

4.6 Reflexe možných etických rizik výzkumu a rizik zvolené výzkumné strategie

Riziko v rámci kvalitativního výzkumu tkví ve velmi slabé standardizaci a z toho důvodu má kvalitativní výzkum nízkou reliabilitu. Naopak má ale vysokou validitu, která je dána volnou formou otázek a odpovědí, což nezpůsobuje vynucování určitého typu odpovědí jako je tomu u kvantitativního výzkumu. Dalším riziko kvalitativní výzkumné strategie uvádí Disman (2011) a říká, že zobecnění výsledků kvalitativního výzkumu na celou populaci je problematické, v některých případech až nemožné.

Osobně vidím rizika výzkumu v možnosti zkreslení získaných informací. To mohlo být způsobeno přímým kontaktem s informanty, kteří mohli záměrně zkreslovat poskytované informace, a to např. z obavy, že se jejich výpovědi nestanou anonymními (ačkoli byli o naprosté anonymitě ubezpečeni) nebo mají určitý ostych či obavu říci svůj názor. Tento názor je také podpořen faktem, že s většinou informantů se osobně znám nebo s nimi pracuji na stejném pracovišti. Z tohoto důvodu jsem informanty několikrát, a to i v průběhu rozhovoru, ubezpečila, že se jedná o rozhovor, který nebude v žádném případě autorizován a bude využit pouze pro účely výzkumného šetření diplomové práce. Pouze se třemi informanty nemám navázán bližší osobní kontakt, známe se pouze z profesního hlediska, konkrétně se setkáváme přibližně 2x za rok na společných odborných školeních. Musím podotknout, že jsem při rozhovorech nezaznamenala žádný rozdíl v těchto dvou skupinách informantů, který by naznačoval, že by se někteří z nich záměrně vyhýbali odpovědět na danou otázku nebo odpovídali ve všeobecném hledisku. Vždy se

jednalo o odpovědi, kterými vyjadřovali své osobní názory, což mnohdy garantovali slovy „Já se domnívám, myslím si,“ apod.

5 Analýza a interpretace dat

U jednotlivých dílčích cílů budou analyzovány a interpretovány informace, které byly získány během rozhovorů s předem vybranými informanty. Cílem rozhovorů bude zjistit jejich názory, pocity a postoje, a to za použití tazatelských otázek, které budou v této kapitole podrobeny analýze.

5.1 DC1: Zjistit, jak sociální pracovníci hodnotí odbornou přípravu sebe samých nadřízeným orgánem na realizaci sociální reformy v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením

Uvedení sociální reformy do praxe by měla předcházet řada opatření, která na změny připraví nejen občany, kterých se týkají, ale také pracovníky, kteří budou účinky sociální reformy aplikovat do praxe.

Jak už bylo zmíněno v teoretické části práce, změny v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením byly velmi rozsáhlé (změna organizačního zabezpečení a výplaty dávek, vznik nové legislativy, nové programové zabezpečení, aj.).

Aby zamýšlené účinky sociální reformy byly správně propojeny s praxí, musí být sociální reforma dostatečně připravená a promyšlená a dále musí být předem jasné stanoveno, jakým způsobem bude probíhat odborná příprava pracovníků, kterých se změny týkají. Zjištění, zda byly sociální pracovníci vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením (dále jen sociální pracovníci) řádně odborně připraveni nadřízeným orgánem na realizaci sociální reformy, to bude předmětem zjištění v rámci dílčího cíle 1.

V rámci zjišťování odpovědi na dílčí cíl 1 byly využity tazatelské otázky TO1, TO2, TO3, TO4 a TO5. Prostřednictvím těchto otázek bylo zjišťováno, zda a jakým způsobem byli sociální pracovníci odborně připraveni na rozsáhlé změny v dané oblasti, které s sebou přinesla sociální reforma v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením.

Tazatelskou otázkou č. 1 jsem zjišťovala, jakým způsobem byly sociálním pracovníkům sdělovány obecné informace týkající se změn v oblasti dávek osob se zdravotním postižením v souvislosti se zavedením sociální reformy.

Z odpovědí informantů vyplynulo, že se o změnách v souvislosti se sociální reformou začalo na jejich pracovištích závazně hovořit v půli roku 2011. Tehdy ještě probíhaly schvalovací procesy příslušné legislativy. Někteří sociální pracovníci se domnívali, že potřebná legislativa včas neprojde schvalovacími procesy a účinnost sociální reformy bude muset být posunuta. *„Myslela jsem si, bohužel naivně, že to poslanci nemůžou všechno nechat na poslední chvíli, a že nám přeci musejí nechat nějaký čas na přípravu a seznámení se s novými věcmi, jako jsou zákony, seznámení se s novými programy a tak. To jsem se ale ošklivě spletla“ (15).* Obecné informace týkající se delimitace, místa výkonu práce na Úřad práce, počítačové zabezpečení, programové zabezpečení apod. se sociální pracovníci dozvídali prostřednictvím e-mailů nebo přímo od nadřízeného pracovníka – vedoucího odboru sociálních věcí a později od vedoucího či ředitele kontaktního pracoviště krajské pobočky Úřadu práce. *„Všechny informace nám byly sdělovány e-maily nebo nám to říkala vedoucí na poradách. Někdy se ale stalo, že informaci, kterou jsme měli slyšet od vedoucího, jsme nejdříve zaslechli v médiích, hlavně teda v televizi“ (16).*

Tazatelskou otázkou č. 2 jsem zjišťovala, s jakým časovým předstihem byly sociálním pracovníkům sdělovány obecné informace týkající se změn v dané oblasti. Všichni informanti se shodli v názoru, že jim nebyla poskytnuta adekvátní časová dotace na seznámení se se změnami, které měly vejít v účinnost 1. 1. 2012. První základní kusé informace jim byly sdělovány až v druhém pololetí roku 2011. *„O časovém předstihu se tady nedalo hovořit, prostě vždy, když ti nahoře něco odsouhlasili, tak jsme se to od nadřízených dozvěděli. Ale vzhledem k tomu, že už do konce roku 2011 nezbývalo moc často, tak už tenkrát bylo pozdě“ (14).*

Tazatelskou otázkou č. 3 bylo zjišťováno, jakým způsobem byly sociálním pracovníkům sdělovány informace týkající se legislativních změn. Z odpovědí informantů vyplynulo, že schvalování legislativní opory u dávek pro občany se zdravotním postižením, konkrétně zákon č. 329/2011 Sb., který byl v daném systému dávek novým zákonem, bylo provedeno tzv. na poslední chvíli¹. *„To čekání, jestli ten zákon schválí nebo ne, bylo hrozné. Všechny jsme si uvědomovali, že nebude*

¹ Zákon č. 329/2011 Sb. byl vyhlášen ve sbírce zákonů dne 14. 11. 2011.

dostatek času na seznámení se s tímhle novým zákonem a jinými předpisy, natož aby proběhla školení k novému zákonu a byla připravena metodika“ (I3).

Dále informanti sdělili, že základní informace týkající se legislativy jim byly nadřízeným orgánem sdělovány převážně e-maily, které byly často kusé, neucelené a nepřehledné. *„To, co se začalo po nabytí účinnosti nové legislativy dít, bylo hrozné. Pošta se nám denně plnila desítkami e-mailů, které byly zasilány od různých zdrojů, např. od metodiček z kraje, z Generálního ředitelství, od vedoucí, která mnohokrát rozesílala ty samé informace, které nám už přišly třeba dvakrát. Bylo to hrozné číst všechny ty e-maily, nevědět tomu hlavu ani patu, a to všechno za plného provozu“ (II).* Někteří informanti uvedli, že v průběhu měsíce ledna a února 2012 jim bylo umožněno účastnit se videokonferencí, které jim ale neposkytovaly dostatek kvalitních informací. *„V lednu jsem měla možnost jet na videokonferenci, ale nebylo to téměř k ničemu. Snažili se nám tam ukazovat, jak pracovat s novými aplikacemi, ale když jsme to ještě neměli osaháné, tak se to těžko chápe, když na to jen koukáte a nemáte před sebou počítač, abychom si to mohli zkusit. Navíc do toho neustále vstupovaly emoce rozhořčených a našťvaných kolegyně, takže ten výklad vůbec nebyl souvislý. Málo co jsem si z toho odnesla, dá se říct, že skoro nic“ (I3).* Dále bylo informanty sděleno, že poskytované informace, zprostředkované převážně e-mailovou poštou, se měnily tzv. ze dne na den.

Tazatelskou otázkou č. 4 jsem zjišťovala, s jakým časovým předstihem byly sociálním pracovníkům sdělovány informace týkající se legislativních změn. Všechny informanti uvedli, že jim bylo pouze sděleno, že legislativní záměr byl schválen, a že nová legislativa či legislativní změny nabývají účinnosti od 1. 1. 2012. Dokonce informant č. 5 uvedl: *„Pokud se týká mě, tak já mám za to, že mi legislativní změny nebyly sdělovány v žádném časovém předstihu, vše se jelo souběžně s prací, prostě za pochodu“ (I5).*

Záměrem tazatelské otázky č. 5 bylo zjistit, zda byla sociálním pracovníkům poskytnuta možnost účastnit se školení v souvislosti s legislativními změnami v dané oblasti. A pokud ano, zda byla pro ně dostačující ve smyslu časové dotace a poskytnutých informací. Informanti uvedli, že v průběhu ledna a února 2012 jim byla nabídnuta možnost účastnit se videokonferencí, které ale měly omezenou kapacitu, takže se jich nemohl účastnit každý sociální pracovník. Ten pracovník, který se videokonference zúčastnil, musel informovat své kolegy. *„Já jsem se, tuším, v lednu*

účastnil školení, vlastně to byla videokonference. Nebylo to o ničem, skoro jsem se tam nic nedozvěděl. Mnozí z nás měli připravené otázky, ale bohužel jsme se nedočkali uspokojivých odpovědí, zdálo se mi, že sami nevědí“ (17). Z výpovědí informantů vyplynulo, že kvalita školení nebyla vysoká, alespoň v počátcích zavádění sociální reformy. Často docházelo k situacím, kdy emotivní reakce přítomných sociálních pracovníků narušovaly kontinuitu školení. Informanti dále uvedli, že jim přibližně po 3 měsících od zavedení sociální reformy byla pracovníky krajských poboček, zabývajících se metodickou pomocí, poskytnuta školení, která již byla ucelenějšího rázu, informace byly aktuální a srozumitelné, i když na některé otázky mnohdy sami neznali odpověď. To jim ale informanti příliš nekladli za vinu, věděli, že tato situace je náročná i pro ně samotné.

5.1.1 Analýza webových stránek Úřadu práce ČR – SharePoint Úřad práce ČR

Z důvodu komplexního obsáhnutí všech souvislostí spojených s dílčím cílem 1, jsem doplnila získané údaje od informantů i analýzou dokumentů. Jedná se o webové stránky Úřadu práce ČR – Intranet - SharePoint (dále jen webové stránky), kde se, mimo jiné, nachází metodická pomoc pro sociální pracovníky v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením. Analýzou metodické pomoci jsem se zabývala v průběhu prosince 2014. Vzhledem k tomu, že informanti uvedli, že jim nebyla v dostatečné míře poskytována metodická pomoc, chtěla jsem se přesvědčit, jaké informace a v jakém časovém horizontu byly sociálním pracovníkům poskytovány.

Při analýze webových stránek bylo zjištěno, že metodická pomoc v rámci legislativy účinné od 1. 1. 2012 byla sociálním pracovníkům agendy dávek pro občany se zdravotním postižením poskytnuta až ve druhé půlce února 2012. V průběhu ledna a části měsíce února 2012 byly sociálním pracovníkům poskytovány pouze kusé informace a návody, které ale nebyly metodicky ukotveny. Dále bylo z webových stránek zřejmé, že metodická pomoc byla sociálním pracovníkům poskytována vždy, když došlo ke změnám v legislativě. Ani v jednom z případů nebyla sociálním pracovníkům poskytnuta metodická pomoc dříve, než nastala účinnost konkrétních legislativních změn. Z toho vyplývá, že se cíloví sociální pracovníci nemohli

v předstihu dostatečně seznámit s metodickou oporou, což mohlo mít vliv na jejich výkon práce a také se tyto skutečnosti mohly negativně projevit na jejich psychické stránce, která zpětně mohla negativně působit na přímý výkon jejich práce. Dále z analýzy webových stránek vyplývá, že zde byly dodatečně uveřejňovány vzorové dokumenty, které chyběly v programových aplikacích jednotlivých dávek (např. vzory různých druhů správních rozhodnutí či usnesení), což dokazuje, že programové aplikace jednotlivých dávek nebyly dostatečně připraveny pro řádný výkon práce sociálních pracovníků.

Shrnutí dílčího cíle 1

Z odpovědí na otázky, které byly kladeny k zodpovězení DC1 vyplynulo, že sociální pracovníci získávali obecné informace a informace o legislativní opoře různými způsoby, nejčastěji od přímého nadřízeného pracovníka a za pomoci e-mailů, ale v některých případech i z médií. Z výpovědí informantů vyplynulo, že jim nebylo poskytnuto dostatek času na seznámení se se změnami (např. legislativa, programové zabezpečení dávek), které s sebou přinesla sociální reforma. Informace jim nebyly sdělovány s téměř žádným předstihem, pouze jim bylo na konci roku 2011 sděleno, že byl schválen legislativní záměr. Důležitou součástí zavádění nových systémů dávek, je absolvování odborných školení, a to s dostatečnou časovou rezervou. Informanti uvedli, že jim nebyla, před účinností právních předpisů (v roce 2011), poskytnuta možnost absolvovat odborná školení, která by je připravila na výkon práce po odborné i praktické stránce. První tři měsíce po účinnosti sociální reformy jim byly nabízeny pouze videokonference, které ale nebyly pro získání kvalitních informací dostačující. Až ve druhé čtvrtině roku byly sociálním pracovníkům poskytovány informace v rámci odborných školení na krajských pobočkách Úřadu práce.

Součástí DC1 byla také analýza webových stránek Úřadu práce ČR – Intranet - SharePoint, která se zaměřovala na metodickou pomoc v rámci jednotlivých dávek. Analýzou webových stránek bylo zjištěno, že metodická pomoc nebyla sociálním pracovníkům poskytována s dostatečným časovým předstihem, což v rozhovorech potvrdili i sami informanti.

5.2 DC2: Zjistit, zda změny způsobené sociální reformou měly negativní vliv na přímý výkon práce sociálních pracovníků v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením

Jakákoli sociální reforma s sebou přináší změny. Zda se jedná o změny v pozitivním či negativním slova smyslu, to vždy ukáže až čas a praxe. Tyto změny musí do praxe začlenit pracovníci, kterých se změny týkají, a to v rámci přímého výkonu práce. Pokud se jedná o změny, na které nebyli pracovníci dostatečně a kvalitně připraveni nebo pokud se s odstupem času zjistí, že nová legislativa vykazuje chyby či nedostatky, mohou mít tyto skutečnosti negativní vliv na přímý výkon práce pracovníků. Zda změny způsobené sociální reformou měly negativní vliv na přímý výkon práce sociálních pracovníků v dané oblasti, to bude předmětem zjištění v rámci dílčího cíle 2.

V rámci zjišťování dílčího cíle 2 byly využity tazatelské otázky TO6, TO7 a TO8.

Tazatelskou otázkou č. 6 jsem zjišťovala názor sociálních pracovníků na snižování počtu sociálních pracovníků v souvislosti s delimitací sociálních pracovníků agendy dávek pro občany se zdravotním postižením na Úřad práce. Každý z informantů potvrdil, že při delimitaci na Úřad práce došlo na jeho konkrétním pracovišti ke snížení počtu pracovníků, a to s rozdílnou intenzitou. *„Nás přešlo na pracák o 2 míň, než nás bylo na městě. Jsme malé kontaktní pracoviště, ale znát to teda bylo. Práce nám přibylo, ale pracovníků ubylo. Ach jo, když si na to vzpomenu....., no radši nevzpomínat“*(I2). Z odpovědí informantů vyplynulo, že žádný nesouhlasil se snižováním počtu pracovníků, a že automaticky docházelo k velkému nárůstu pracovního zatížení sociálních pracovníků agendy dávek pro občany se zdravotním postižením.

Tazatelskou otázkou č. 7 bylo zjišťováno, jak se na přímém výkonu práce sociálních pracovníků projevila skutečnost, že došlo v souvislosti s delimitací ke snížení počtu pracovníků při přechodu na Úřad práce. Z výpovědí informantů vyplynulo, že se, a to nejcitelněji v 1. polovině roku 2012, potýkali s vysokou psychickou zátěží a vypětím, které, mimo jiné, bylo způsobeno sníženým počtem pracovních míst na Úřadu práce oproti původní kapacitě na obecních úřadech obcí s rozšířenou působností. Sociální pracovníci se nemohli dostatečně věnovat klientům

a jejich individuálním potřebám. Dále z odpovědí vyplynulo, že někteří pracovníci měli strach z možného nezamýšleného pracovního pochybení, které pramenilo z nepřiměřeného pracovního zatížení. *„Navalilo se na mě a ostatní kolegyně tolik práce, že jsme myslely, že se z toho zblázníme dřív, než to stihneme zpracovat. Vůbec jsme nevěděly, kde začít, kdyby nás bylo tolik, co na městě, určitě bychom to zvládaly o něco líp. Ale nejhorší pro mě bylo, že jsem se bála, že při tom spěchu něco zkazím, to mě hodně stresovalo“ (I1).* Vzhledem k enormnímu nárůstu pracovního vytížení, a to zejména v lednu a únoru 2012, musela většina sociálních pracovníků pracovat přes čas, a to i o sobotách a nedělích. Jediným pozitivem, které informanti uvedli, byla skutečnost, že jim přesčasové hodiny Úřad práce řádně proplácel. Pokud ale sociální pracovníci pracovali i v sobotu a neděli, neměli dostatek času na odpočinek a načerpání nových sil, což se mnohdy odrazilo na výkonu jejich práce – podrážděnost vůči klientům, chyby při zadávání žádostí, odpor k práci, aj. *„Já už jsem ty lidi s téma žádostma nemohl ani vidět. Uvědomoval jsem si, že averze, kterou jsem si vůči nim za krátkou dobu vypěstoval, pramení z důsledků té sociální reformy“ (I7).*

Tazatelskou otázkou č. 8 bylo zjišťováno, zda docházelo k situacím, že se sociální pracovníci nemohli z časového hlediska dostatečně věnovat sociální práci s klientem a jak tyto situace řešili. Vzhledem ke snižování počtu pracovníků k těmto situacím docházelo velmi často. Informanti uváděli, že se vlastně ani sociální práci nevěnovali, nebyl na to čas. *„Klientům se nebylo možné věnovat. Vyřídily se pouhé formality. Sociální práce tkvěla pouze ve vypisování žádostí o dávky“ (I2).* Z výpovědí informantů vyplynulo, že řešit tuto situaci nebylo možné, nebyl na to čas ani odhodlání a chyběly i psychické síly pracovníků. Nadřícení pracovníci tuto situaci neřešili, stačilo jim, když byly jednotlivé dávky včas zpracovány a vyplaceny. *„Několikrát jsme na tuhle situaci ředitele upozorňovali, že s klienty vlastně vůbec nepracujeme a vlastně neaplikujeme sociální práci, ale bylo nám odpovězeno, že prioritou je zadat všechny žádosti a v termínu vyplatit dávky.“ (I4).*

Shrnutí dílčího cíle 2

Z odpovědí na otázky, které byly kladeny k zodpovězení DC2 vyplynulo, že sociální pracovníci hodnotí snížení počtu sociálních pracovníků agendy dávek pro občany se zdravotním postižením jednoznačně negativně. Snížení počtu pracovníků nebylo opodstatněné a účelné. Nejen, že sociální pracovníci museli převzít od svých

bývalých spolupracovníků jejich pracovní závazky, ale docházelo i k navýšení pracovní zátěže (zvýšený počet podaných žádostí a správních řízení). Snížením počtu sociálních pracovníků se projevilo na přímém výkonu jejich práce. Informanti uvedli, že se důsledky snížení počtu pracovníků nejvíce a nejcitelněji projevilo hned z počátku po zavedení sociální reformy do praxe. Největší handicap spatřovali v tom, že se nemohou, pro tzv. úřednickou činnost dostatečně věnovat sociální práci s jednotlivcem (klientem). Priority byly nastaveny pouze na přijímání a zpracování žádostí a výplatu dávek v řádném termínu.

5.3 DC3: Zjistit, zda rizika uvedená v podkapitole 3.3.2 teoretické části práce se reálně projevila u pracovníků agentury dávek pro občany se zdravotním postižením v praxi, ve spojitosti se zavedením sociální reformy

Rizika, která by mohla nastat při přímém výkonu práce sociálních pracovníků vykonávajících agendu dávek pro občany se zdravotním postižením v souvislosti se zavedením sociální reformy, jsem uvedla a popsala ve 3. kapitole teoretické části diplomové práce. Dílčím cílem, respektive prostřednictvím tazatelských otázek, budu zjišťovat, zda se tyto negativní stavy u sociálních pracovníků projevily, a pokud ano, zda měly souvislost se zavedením sociální reformy.

V rámci zjišťování dílčího cíle 3 byly využity tazatelské otázky TO9, TO10 a TO11.

Tazatelskou otázkou č. 9 bylo zjišťováno, zda sociální pracovníci při výkonu práce po zavedení sociální reformy pociťovali negativní psychické stavy uvedené v podkapitole 3.3.2 teoretické části práce, o jaké psychické stavy se jednalo a z jakých důvodů se tyto stavy u sociálních pracovníků objevovaly.

Rozhovorem bylo zjištěno, že se u sociálních pracovníků po zavedení sociální reformy skutečně objevovaly negativní psychické stavy. Následně zde uvedu výčet negativních psychických stavů od největšího výskytu po nejméně uváděné. Pracovníci uvedli, že nejvíce se u nich projevovat stres (distres – tzv. špatný stres), dále přetížení, vyčerpání a únava. U jednoho informanta byl diagnostikován syndrom

vyhoření. „Když jsem první den přišla do práce, neměli jsme ani zapojené počítače, neznali jsme programy a neměli jsme ani žádosti pro jednotlivé dávky a za dveřmi stáli desítky lidí a chtěli si žádat o dávky, myslela jsem, že je to zlý sen, no a stres se dostavil okamžitě.“ (I2). „Po měsíci usilovného zadávání žádostí do počítače, práce v novém programu, který spíše nefungoval, než fungoval, do toho přesčas a práce o sobotách a nedělích, no měla jsem toho už plný zuby. To víte, že jsem byla v permanentním stresu, unavená jak zákon káže a vyždímaná jako citron, jen ho zahodit do koše.“ (I5)

Na důvodech, proč k výše uvedeným stavům docházelo, se informanti shodovali. Uvedli, že sociální reforma nebyla dostatečně připravená a byla dokončena tzv. na poslední chvíli. Sociální pracovníci nebyli dostatečně a s adekvátním časovým předstihem seznámeni s účinky sociální reformy (např. nová legislativa, programové zabezpečení, metodická opora, odborná školení). Nebyla jim poskytnuta dostatečná časová rezerva k seznámení se s novou legislativou, programovým zabezpečením jednotlivých dávek, nebylo jim umožněno absolvovat školení, která by je připravila na změnu v legislativě i pro práci s novým programovým softwarem. Informanti uvedli, že pokud by byli na příchod sociální reformy řádně připraveni, nemuselo u nich docházet k výše uvedeným psychickým stavům nebo alespoň ne v takové míře, jak tomu bylo ve skutečnosti. „Ani se nedivím, že nás to všechny tak semlelo. Nic nebylo připravené, neměli jsme žádné informace o programech, nových žádostech, školení také přišla až s křížkem po funuse a jejich kvalita nebyla valná a další a další věci.“ (I6)

Tazatelskou otázkou č. 10 bylo zjišťováno, zda informanti sdělovali svému nadřízenému pracovníkovi, že výše uvedené negativní psychické stavy pociťují, jakým způsobem byla tato informace sdělována a jaká opatření byla učiněna, aby byly tyto nežádoucí psychické stavy odstraněny či eliminovány.

Z odpovědí informantů vyplynulo, že vedoucí či ředitelé sami věděli o velkém přetížení pracovníků a pod jakým psychickým nátlakem vykonávají svou práci. Informanti i sami informovali, převážně ústně, někdy i písemně prostřednictvím e-mailu, své nadřízené pracovníky o nepřiměřeném dlouhodobém stresu a tlaku, který je na ně vyvíjen z důvodů, které souviseli se zavedením sociální reformy. „To víte, že jsme byli za vedoucí, abychom jí řekli, že už to takhle není možné dělat, že jsem unavení, přetížení a stres nám sedí za krkem. Ona to všechno věděla, ale že prý to

musíme vydržet, že se nic nedá dělat, a že ty přesčasů nám budou proplaceny, víc prý nám nabídnout nemůže, že prý jsme na tom v celé republice všichni stejně a někde jsou na tom ještě možná hůř. Tak takhle nás povzbudila.“(17).

Sociální pracovníci chtěli tyto nežádoucí pracovní podmínky řešit, proto opakovaně upozorňovali a informovali své nadřízené pracovníky o skutečném stavu a žádali o zjednáání nápravy a eliminaci negativních dopadů důsledků sociální reformy. Informanti uvedli, že jim nebyly nabízeny žádné možnosti, které by zmírňovaly, eliminovaly či odstraňovaly negativní důsledky sociální reformy. Pouze jim bylo sdělováno, že se „v této situaci“ nedá nic dělat, že sami nevědí, jak eliminovat či odstranit negativní dopady sociální reformy. Jediné, co jim vedoucí pracovníci mohli zabezpečit, bylo proplacení přesčasů. Více jak polovina informantů uvedla, že tyto problémy byly řešeny opakovaně, cca každý měsíc. Informanti sdělili, že očekávali větší podporu, ale nebyla jim ani nabídnuta supervize, která by mohla, dle jejich slov, zmírnit již popsané nežádoucí psychické stavy. Informanti uvedli, že i nadřízené pracovníky žádali o pracovní posily, to ale bylo odmítnuto. K navýšení počtu sociálních pracovníků došlo až v druhé polovině roku 2014, tedy po více jak 2,5 letech. *„Je pravda, že jsme o tom informovali svoje vedoucí neustále a ptali jsme se, co s tím hodlají dělat, že bychom potřebovali alespoň další posily a taky supervize, že by nebyla na škodu. V tom nám ale nebylo vyhověno, na obojí prý nejsou peníze. Tak takhle to bylo řešeno.“(4)*

Tazatelskou otázkou č. 11 bylo zjišťováno, zda byli sociální pracovníci vystaveni takovým nepříznivým pracovním podmínkám, že by mohlo být zvýšeno riziko syndromu vyhoření a jaká opatření volili, aby u nich burnout nevznikl.

Vzhledem k tomu, jak sociální pracovníci popsali změny, které se udály vlivem sociální reformy a problémům, které, z počátku každodenně nastávaly při přímém výkonu práce, všichni informanti uvedli, že zcela jednoznačně bylo riziko syndromu vyhoření zvýšeno, a to nejen krátce po zavedení sociální reformy, ale i v dlouhodobém horizontu. Sociálním pracovníkům přibývalo pracovních povinností, ale k navýšení pracovníků došlo až po 2,5 letech a dále se také museli vyrovnávat s neustálými změnami v legislativě a v programovém zabezpečení jednotlivých dávek. Dlouhodobé neúměrné zatížení pracovníků, dlouhodobý stres a frustrace, nedostatek odpočinku (pracovníci chodili do práce i víkendu), nestabilita pracovního zázemí a legislativy aj., zavdávaly příčiny k propuknutí syndromu vyhoření a

mnohdy byl i burnout u těchto pracovníků diagnostikován, což bylo sděleno informantem č. 3. Informanti sdělili, že si velmi dobře uvědomovali, že dlouhodobé nadměrné pracovní zatížení může vést k negativním psychickým stavům a také k syndromu vyhoření. Dále uvedli, že si v rámci duševní hygieny neodpočinuli ani doma. „*Ani doma mi ta práce nešla z hlavy ven. Pořád jsem musela myslet na to, jak to všechno stihnu, pořád chodily nové instrukce, které popíraly ty předešlé, mě už z toho šla hlava kolem, nemohla jsem z toho ani spát, a když už jsem usnula, zdály se mi přílišné sny o práci. Došlo to až tak daleko, že jsem musela vyhledat lékařskou pomoc – psychologa, který mi řekl, že mám syndrom vyhoření. V té době už jsem nemohla moc fungovat, natož chodit do práce. Byla jsem dva měsíce doma, ale nevím, jestli to bylo dost. Radši jsem spěchala do práce, bála jsem se, že když budu dlouho doma, že bych mohla přijít o práci.*“ (I3). Dále informanti uvedli, že aby alespoň z části eliminovali příčiny burnout, záměrně se tolik nevěnovali klientům, dělali pouze to, co bylo nutné, jinak nic víc – přijali žádost, zadali do systému, pokud to zákon ukládal, provedli sociální šetření a dávku vyplatili. O sociální práci s klientem se téměř nedalo hovořit.

Shrnutí dílčího cíle 3

Z odpovědí na otázky, které byly kladené k zodpovězení DC3 vyplynulo, že sociální pracovníci po zavedení sociální reformy do praxe začali pociťovat velké pracovní zatížení, které bylo způsobeno snížením počtu sociálních pracovníků a nedostatečným pracovním zázemím, které potřebovali k výkonu práce, což mělo dlouhodobý charakter. Vlivem toho se u sociálních pracovníků začaly objevovat negativní psychické stavy jako např. únava, přepracování, stres, ale i syndrom vyhoření. Sociální pracovníci opakovaně své nadřízené pracovníky upozorňovali na negativní okolnosti, které ovlivňovali jejich výkon práce, ale nedostali žádnou odezvu v podobě aktuální a skutečné pomoci. U některých sociálních pracovníků se, vlivem nadměrného dlouhodobého pracovního vytížení, objevil i syndrom vyhoření, který neovlivňoval pouze výkon pracovní činnosti dotyčného pracovníka, ale zasahoval i do sféry soukromého života.

5.4 Odpověď na hlavní výzkumný cíl

Pomocí tří dílčích cílů:

DC1: Zjistit, jak sociální pracovníci hodnotí odbornou přípravu sebe samých nadřízeným orgánem na realizaci sociální reformy v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením,

DC2: Zjistit, zda změny způsobené sociální reformou měly negativní vliv na přímý výkon práce sociálních pracovníků v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením,

DC3: Zjistit, zda rizika uvedená v kapitole 3.3.2 teoretické části práce se reálně projevila u pracovníků agendy dávek pro občany se zdravotním postižením v praxi, ve spojitosti se zavedením sociální reformy,

jsem za pomoci jednotlivých tazatelských otázek hledala odpověď na hlavní výzkumný cíl diplomové práce, který je totožný s hlavním cílem práce.

V rámci výzkumného šetření jsem uplatnila kvalitativní výzkumnou strategii. Byla použita hlavní výzkumná metoda dotazování a hlavní výzkumná technika individuální polostrukturované interview.

Rozhovory, které byly zaznamenávány na záznamový arch, byly vedeny s celkovým počtem sedmi informantů. Rozhovory byly uskutečňovány přímo v místě výkonu práce informantů, v kavárně nebo v domácím prostředí informantů a průměrná délka rozhovoru trvala 50 minut. Bezprostředně po uskutečnění rozhovoru byla vždy provedena transkripce.

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit vliv sociální reformy týkající se dávek pro občany se zdravotním postižením na výkon práce sociálních pracovníků.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sociální reforma měla zásadní vliv na výkon práce sociálních pracovníků v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením, což vyplynulo z odpovědí na jednotlivé dílčí cíle. Sociální pracovníci nebyli s adekvátním předstihem připraveni na změny, které nastaly s účinností sociální reformy, což negativně ovlivnilo nejen přímý výkon práce sociálních pracovníků, ale také jejich psychickou pohodu a často u nich docházelo k psychickým stavům, které popisují v kapitole 3.3.2 teoretické části diplomové práce. Dále sociální pracovníci

považují za negativum snížení počtu pracovníků v lednu 2012. Tato skutečnost se projevila větším pracovním zatížením sociálních pracovníků, což vedlo k již zmiňovaným negativním psychickým stavům, ale také k nedostatku času na provádění sociální práce s klientem. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že rizika uvedená v kapitole 3.3.2 se skutečně reálně projevila se zavedením sociální reformy do praxe, a to z důvodů, které vyplynuly z DC1 a z DC2.

Závěr

Dávky pro občany se zdravotním postižením jsou pro zdravotně handicapované občany, ale také jejich rodiny velmi důležité, protože jim pomáhají překonat životní překážku v podobě zdravotního handicapu. Po mnohaleté pracovní zkušenosti vím, že tito lidé potřebují nejen samotné benefity ve formě sociálních dávek, ale také velmi oceňují vlídné, chápavé a empatické chování sociálních pracovníků, kteří se jim mohou dostatečně věnovat a mnohdy i vyslechnout jejich často nelehké životní příběhy s handicapem, i to k této práci patří. Z vlastní zkušenosti vím, jak jsou tito lidé doslova vděční za jakoukoli pomoc, vlídné slovo, ale i pouhý úsměv. Proto je důležité, aby sociální pracovník vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením měl dostatek času na práci s klientem (např. naslouchání, doprovázení, sdělování dalších potřebných informací) a mohl se dostatečně věnovat jeho individuálním specifickým potřebám.

Každá sociální reforma s sebou přináší velké změny v oblasti sociálního zabezpečení a nebylo tomu jinak i u sociální reformy účinné od 1. 1. 2012. Důsledky sociální reformy se netýkají pouze jednotlivých občanů, ale také pracovníků, kteří musí svou práci přizpůsobit změnám, které nastaly v rámci zavedení sociální reformy.

Vzhledem k tomu, že mám s danou tematikou osobní zkušenost, zajímalo mě, zda i ostatní sociální pracovníci vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením mají stejné zkušenosti a pocity jako já, což byl také jeden z mnoha důvodů, proč jsem se rozhodla věnovat tomuto tématu v diplomové práci.

Cílem diplomové práce bylo zjistit vliv sociální reformy týkající se dávek pro občany se zdravotním postižením na výkon práce sociálních pracovníků. V rámci výzkumného šetření byla využita kvalitativní výzkumná strategie, hlavní výzkumná metoda dotazování a vedlejší výzkumná metoda studium dokumentů a výzkumné techniky individuální polostrukturované interview a analýza dokumentů. V rámci hlavního výzkumného cíle byly stanoveny tři dílčí cíle, které za pomoci předem připravených tazatelských otázek odpověděly na hlavní cíl diplomové práce a na jejichž základě jsem dospěla k následujícím zjištěním.

Sociální pracovníci nebyli dostatečně odborně připraveni na důsledky sociální reformy v rámci agendy dávek pro občany se zdravotním postižením. Velkou roli zde

sehrálo časové hledisko – příslušná legislativa, která nabyla účinnosti 1. 1. 2012, byla uvedena v platnost až v listopadu 2011, což sociální pracovníci považují za velký handicap vůči nim samým. Z tohoto důvodu se jim nedostávalo, s adekvátním časovým předstihem, dostatek informací, které souvisely nejen s odbornou přípravou, ale také s obecnými informacemi, jako např. seznámení se s počítačovými programy v rámci své agendy. Krok zpět připisují sociální pracovníci snížení počtu sociálních pracovníků v oblasti dávek pro občany se zdravotním postižením. Toto opatření způsobilo značné pracovní zatížení sociálních pracovníků, a to právě v době, kdy se museli vyrovnávat s velkými změnami, které s sebou přinesla sociální reforma. Z tohoto důvodu se sociální pracovníci nemohli dostatečně věnovat práci s klientem, ale často se jejich pracovní činnost omezovala pouze na „činnost úředníka“, která spočívala v přijímání žádostí, zadávání dat do dávkových programů a výplatě dávek. Všechny tyto skutečnosti měly značný vliv na psychickou stránku sociálních pracovníků. Změny, které se vlivem sociální reformy udály, nárůst pracovního zatížení, nedostatečné informace potřebné pro výkon práce, časté změny v legislativě, programové zabezpečení dávek a jiné skutečnosti popsané v teoretické části diplomové práce, velmi negativně zatížily psychickou stránku sociálních pracovníků, kteří často pociťovali stavy dlouhodobé únavy, úzkosti, stresu, deprese a v poslední řadě se i u některých pracovníků vyskytl syndrom vyhoření.

Mohu konstatovat, že z výsledků výzkumného šetření, které vyplynuly z jednotlivých dílčích cílů, došlo, dle mého názoru, k naplnění hlavního cíle diplomové práce.

Využití hlavní výzkumné techniky – individuální polostrukturované interview hodnotím jako přínosnou techniku. Umožnila mi shromáždit dostatečné množství informací ke zkoumané problematice. Dále mi umožnila pružně reagovat na některá vyjádření informantů a možnost doptávat se na nejasnosti či nová zjištění v rámci rozhovoru.

Přínos této práce spatřuji v poskytnutí informačního přehledu o historickém vývoji dávek pro občany se zdravotním postižením v daném časovém úseku. To spočívá nejen ve výčtu jednotlivých dávek, ale také v přehledu příslušné legislativy a v přehledu změn, které se vlivem sociální reformy udály. Vzhledem k tomu, že bylo výzkumným šetřením zjištěno, že sociální pracovníci vykonávající agendu dávek pro občany se zdravotním postižením hodnotí důsledky sociální reformy negativně,

troufnu si zde diplomovou práci a zejména její výzkumnou část doporučit všem, kteří se v rámci dané sociální oblasti zabývají legislativními návrhy a změnami, aby si uvědomili, že každá taková to velká změna musí být dostatečně odborně připravena, a že pracovníci, kteří aplikují tyto změny do praxe, musí mít dostatek času se na danou změnou odborně připravit.

Chtěla bych zde zmínit skutečnost, že jsem mírně překročila rozsah diplomové práce. Důvodem je obsáhlá problematika tématu, kterou jsem považovala za nutné vymezit v teoretické části práce, aby mohly být poznatky z teoretické části využity pro účely výzkumného šetření.

Seznam použité literatury

- 1) BECK, P., HACAPERKOVÁ, H., KRÁLOVÁ, J., NIEDERLE, P. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. 447 s. ISBN 978-80-7263-744-7.
- 2) BŘESKÁ, N., VRÁNOVÁ L. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky sociální péče pro zdravotně postižené občany*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7263-478-1.
- 3) BŘESKÁ, N., VRÁNOVÁ L. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky sociální péče pro zdravotně postižené občany*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, 2007. 407 s. ISBN 978-80-7263-378-4.
- 4) DUKOVÁ, I., DUKA M., KOHOUTOVÁ I. *Sociální politika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 200 s. ISBN 978-80-247-3880-2.
- 5) GRÜN, A. *Vyhoření: jak rozproutit vlastní energii*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 163 s. ISBN 978-802-6205-876.
- 6) GULOVÁ, L. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-802-4733-791.
- 7) JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32. s. ISBN 80-86991-74-1.
- 8) KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
- 9) KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. 158 s. ISBN 80-86429-41-5.
- 10) KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů: Základy moderní personalistiky*. 4. rozšířené a doplněné vydání. Praha: Management Press, 2007. 399 s. ISBN 978-80-7261-168-3.
- 11) KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 3. vyd. Praha: Aspi, 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5.
- 12) KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. přeprac. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.

- 13) KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1.vyd. Praha: Grada, 1998. 131 s. ISBN 80-716-9551-3.
- 14) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-717-8551-2.
- 15) MATOUŠEK, O. *Encyklopedie sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- 16) MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 379 s. ISBN 80-7178-548-2.
- 17) MATOUŠEK, O. a kol. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- 18) MINIRTH, F. a kol. *Jak překonat vyhoření: naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres*. 1.vyd. Praha, 2011. 138 s. ISBN 978-807-2552-528.
- 19) NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.
- 20) PAUKNEROVÁ, D. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 2. přeprac. a aktual. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 256 s. ISBN 80-247-1706-9.
- 21) PLAMÍNEK, J. *Sebezpoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3. dopl. vyd. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4.
- 22) POSCHKAMP, T. *Vyhoření: Rozpoznání, léčba, prevence*. 1. vyd. Praha: Edika, 2013. 104 s. ISBN 978-80-266-0161-6.
- 23) POTŮČEK, M. *Křížovatky české sociální reformy*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 1999. 317 s. ISBN 80-85850-70-2.
- 24) POTŮČEK, M. *Sociální politika*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 142 s. ISBN 80-85850-01-X.

- 25) RYS, V. *Česká sociální reforma: (sociologická studie)*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 170 s. ISBN 80-246-0588-0.
- 26) ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. 80 s. ISBN 80-858-5000-1.
- 27) SHAUGHNESSY, M. F. *Stress in the year 2010 and beyond* [online]. Hauppauge, N.Y: Nova Science Publishers [cit. 10. 9. 2014]. ISBN 978-161-7285-851.
- 28) STOCK, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: PROTISK, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- 29) TOMEŠ, I. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: Sociopress, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.
- 30) TOMEŠ, I a kol. *Sociální správa*. 2. vyd. Praha: Portál. 2009. 299 s. ISBN 978-80-7367-483-0.
- 31) TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 439 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
- 32) ULRICHOVÁ, M. *Člověk, stres a osobnostní předpoklady*. 1.vyd. Ústí nad Orlicí: Oftis ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové, 2012. 100 s. ISBN 978-80-7405-186-9.
- 33) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5.vyd. rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2012. 870 s. ISBN 978-802-6202-257.

Legislativní zdroje

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění účinném do 31. 12. 2014 a ve znění pozdějších předpisů, dostupné z: <http://www.sbirka.cz>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění účinném do 31. 12. 2010 a ve znění pozdějších předpisů, dostupné z: <http://www.sbirka.cz>.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, dostupné z: <http://www.sbirka.cz>.

Zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů, dostupné z: <http://www.sbirka.cz>.

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, dostupné z: <http://www.sbirka.cz>.

Zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, dostupné z: <http://www.sbirka.cz>.

Vyhláška MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, dostupné z: <http://www.sbirka.cz>.

Internetové zdroje

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR. [online] SONS ČR [cit. 14. 8. 2014]. Dostupné z: www.sons.cz/docs/e-bariery/.

Česká správa sociálního zabezpečení [online] Lékařská posudková služba [cit. 14. 8. 2014]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba/cinnost/>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online] O Úřad práce [cit. 07. 12. 2014]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/upcr/oup>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online] Klient si vyber služby [cit. 10. 8. 2014]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/4017>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online] O Úřad práce [cit. 10. 8. 2014]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/upcr/oup>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online] Sociální poradce: Průvodce změnami sociálního systému v roce 2012 [cit. 10. 8. 2014]. Dostupné z: <http://socialniporadce.mpsv.cz/cs/269>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online] Ministr Drábek v krajích vysvětluje lidem sociální reformu [cit. 10. 8. 2014]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/10805>.

Václav Krása [online] Důsledky sociálních reforem [cit. 13. 8. 2014]. Dostupné z: <http://www.vaclavkrasa.cz/dusledky-socialnich-reforem--262.html>.

Portál MPSV [online] Tisková zpráva [cit. 10. 8. 2014]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/upcr/media/tz/2014/07/2014_07_14_tz_personalni_posileni_upcr.pdf.

Portál MPSV [online] Tisková zpráva [cit. 12. 8. 2014]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/16985/tz_010114a.pdf.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online] Výplata dávek pokračuje, na odškodnění stát nemá nárok [cit. 12. 8. 2014]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/17112>.

Portál MPSV [online] Tisková zpráva [cit. 12. 8. 2014]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/upcr/media/tz/2014/07/2014_07_14_tz_personalni_posileni_upcr.pdf.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online] Ministerstvo práce prodlouží IT smlouvu s firmou OKsystem [cit. 13. 8. 2014]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18757>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online] Tisková zpráva [cit. 19. 8. 2014]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13470/TZ_290812a.pdf.

Sociální pracovníci [online] Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR [cit. 25. 8. 2014]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online] Tisková zpráva [cit. 20. 8. 2014]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/16540/TZ_311013a.pdf.

Supervize/Stránky pro supervizory a supervidované [online] [cit. 15. 12. 2014]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka č. 2: Tabulka indikátoru stanoveného pro analýzu webových stránek Úřadu
Práce ČR – Intranet - SharePoint

Seznam příloh

Příloha č. 1: Přepis rozhovoru s informantem I3

