

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

POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI V PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

VÝSTUPY Z KVANTITATIVNÍHO DOTAZNÍKOVÉHO POSUDKOVÝCH LÉKAŘŮ POSUZUJÍCÍCH STUPEŇ ZÁVISLOSTI V RÁMCI ŘÍZENÍ O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Tento výstup byl vytvořen s finanční podporou TA ČR.

Neprošlo jazykovou úpravou.

OBSAH

I. ÚVOD	3
II. POPISNÉ CHARAKTERISTIKY SOUBORU	4
II.1. Složení souboru z hlediska délky praxe	5
II.2. Celková výše úvazku , objem agendy posuzování stupně závislosti	7
III. PRACOVNÍ ZÁTĚŽ NA AGENDĚ PNP	12
III.1. Počty posudků a čas na vypracování posudků	12
III.2. Vnímaná pracovní zátěž	15
IV. PODKLADY PRO POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI	19
IV. 1. Záznam ze sociálního šetření	19
IV.2. Podklady od praktických lékařů	26
V. SPOLUPRÁCE POSUDKOVÝCH LÉKAŘŮ A SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ AGENDY PŘÍSPĚVKU NA PÉČI	29
VI. VHODNÉ ZPŮSOBY FUNGOVÁNÍ VYBRANÝCH ASPEKTŮ AGENDY PNP A POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI	37
VI. 1. Podmínky spolupráce se sociálním pracovníkem a role posudkového lékaře a sociálního pracovníka	37
VI.2. Spolupráce s dalšími odborníky	43
VII. SHRNUTÍ	49

I. ÚVOD

Dotazníkové šetření zacílené na posudkové lékaře, kteří se věnují v rámci své praxe posuzování stupně závislosti pro potřeby agendy PnP, bylo uskutečněno jako jedna z plánovaných výzkumných činností v rámci řešení výzkumného projektu TB05MPSV007 Multidisciplinarita v posuzování nároku na příspěvek na péči. Jedná se o projekt, který v období březen – listopad 2016 realizuje Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., výzkumné centrum Brno. Zadavatelem výzkumu a odběratelem jeho výstupů je MPSV ČR.

Dotazníkové šetření bylo uskutečněno s podporou a ve spolupráci s vedením odboru lékařské posudkové služby ČSSZ. S tímto odborem byl jednak konzultován obsah a rozsah dotazníku a také nejvhodnější forma dotazování, a dále byly od tohoto odboru získány kontakty na všechny posudkové lékaře jednotlivých pracovišť LPS. Z databáze kontaktů ovšem již nebylo možné odečíst, kteří posudkoví lékaři se v současné době posuzování stupně závislosti věnují a v jakém rozsahu. Bylo to proto předmětem prvních dotazníkových otázek a také doprovodného dopisu, v němž jsme posudkové lékaře oslovili se žádostí o spolupráci a objasnili zaměření a cíle dotazníkového šetření.

Kvantitativní dotazníkové šetření navazovalo na předchozí výzkumné aktivity, tzn. slouží k ověření a rozšíření poznatků získaných v rámci předchozích výzkumných aktivit, uskutečněných v rámci řešení tohoto projektu, a rovněž k získání poznatků nových, které nejsou kvalitativními výzkumnými metodami dosažitelné, a bylo koncipováno jako komplementární k dotazníku, který byl využit k provedení šetření mezi sociálními pracovníky agendy PnP, rovněž v rámci uvedeného projektu. Tato šetření probíhala paralelně a porovnání některých výstupů a pohledů sociálních pracovníků a posudkových lékařů a vybrané aspekty stávající praxe řízení o PnP a o posuzování stupně závislosti bude jednou ze součástí závěrečného výstupu z celého projektu.

Dotazníkové šetření bylo provedeno elektronicky a probíhalo v období 15. 8. – 11. 9. 2016. Během této doby byly všem osloveným posudkovým lékařům zaslány dvě opakované žádosti o vyplnění dotazníku, z čehož druhá zároveň obsahovala doplňující informace k dotazníkovému šetření, které byly sestaveny na základě telefonických a emailových dotazů posudkových lékařů v průběhu období sběru dat. Celé dotazníkové šetření bylo plně anonymní, tzn. dotazník neobsahoval žádné identifikační údaje, ani nebyly shromažďovány jiné typy informací, např. od koho dotazník přišel - dotazník bylo možné vyplnit kdykoliv a odkudkoliv – v jakoukoliv denní dobu a jakýkoliv den a rovněž z libovolného počítače s připojením na internet a z jakékoliv emailové adresy. Vzhledem k tomu, že dotazníkové šetření bylo anonymní, nebyla omezena možnost vyplnění pouze na emailové adresy, kam byla žádost zaslána. Vyplněné dotazníky se elektronicky vracely Výzkumnému ústavu práce a sociálních věcí, kde byla data zpracována a jsou prezentována v agregované podobě. Celkově byly získány 194 vyplněné dotazníky, jejichž posudková činnost v současné zahrnuje v nějaké

míře i posuzování stupně závislosti, a mohly tedy vyplnit všechny otázky týkající se zkoumané problematiky. V této zprávě prezentujeme deskripci hlavních poznatků z celého uvedeného dotazníkového šetření.

II. POPISNÉ CHARAKTERISTIKY SOUBORU

II.1. Složení souboru z hlediska délky praxe

V souvislosti s otázkou délky praxe posudkových lékařů jsme zjišťovali jednak celkovou délku praxe v medicíně, dále délku praxe v posudkovém lékařství a specificky pak počet let, po které se daný respondent věnuje posuzování stupně závislosti v příspěvku na péči.

Z hlediska rozložení výzkumného souboru dle celkové délky praxe v medicíně převažují respondenti s praxí tří dekád a více. Celkové rozložení délky praxe v medicíně, které posudkoví lékaři uváděli, se pohybovalo v rozmezí 10 – 59 let. Při podrobnějším pohledu na data, z přibližně z hlediska kvartilového rozložení, lze zjistit, že zhruba ¼ respondentů má v medicíně praxi do 29 let, další cca ¼ 30 -35 let praxe, další ¼ respondentů uvedla délku praxe v medicíně cca 36 – 43 a poslední kvartil tvořili lékaři s uváděnou délkou praxe 44 – 59 let. Tomuto rozložení odpovídají také naměřené míry centrální tendence, kdy průměrná délka praxe v medicíně dosáhla hodnoty 35,46 let, hodnota mediánu i modu 35 let (viz tabulka č. 1).

Celková délka posudkové praxe, kterou respondenti uváděli, svědčí o tom, že do lékařské posudkové služby, přinejmenším tedy do oblasti posuzování stupně závislosti, vstoupilo v poslední dekádě poměrně dost nových lékařů – přesně 50% lékařů má délku posudkové praxe 1 – 10 let. Dalších 25% lékařů uvedlo délku praxe v posudkovém lékařství 11 – 20 let a poslední ¼ tvoří lékaři, kteří uvedli délku doby působení v posudkovém lékařství v rozmezí 21 – 42 let. Průměrná doba působení v posudkovém lékařství byla u lékařů v našem výzkumném souboru 14,32 let, hodnota mediánu dosáhla 10,5 a nejčastěji uváděná hodnota, tedy modus, 10 let (viz tab. č. 1).

Spočítáme-li odečtem těchto dvou proměnných u každého z respondentů počet let praxe v medicíně před tím, než zahájili svoje působení v posudkovém lékařství, pak zjistíme, že zhruba ¼ respondentů měla předchozí praxi v medicíně 12 let a méně, u další cca ¼ dotázaných vychází předchozí délka praxe v medicíně 13 – 20 let, další zhruba ¼ souboru měla předchozí délku praxe v medicíně 21 – 27 let a u poslední přibližně ¼ dotazovaných lékařů vychází délka předchozí praxe v medicíně v rozmezí 28 – 49 let. Průměrná délka praxe v medicíně před tím, než se respondent začal věnovat posudkovému lékařství, byla 20,1 let, hodnota mediánu dosáhla 20 let a nejčastěji uváděná hodnota, tedy modus, byla 14 let. (viz tabulka č. 1).

Tab. č. 1. Délka praxe v medicíně a délka praxe v posudkovém lékařství (míry centrální tendence)

Míry centrální tendence	počet let v medicíně celkově	počet let v posudkovém lékařství	počet let praxe před vstupem do posudkového lékařství
PRŮMĚR	35,46	14,32	12,14
MEDIÁN	35,00	10,50	20,00
MODUS	35	10	14

tab. č. 2. Počet let v praxi v posuzování stupně závislosti

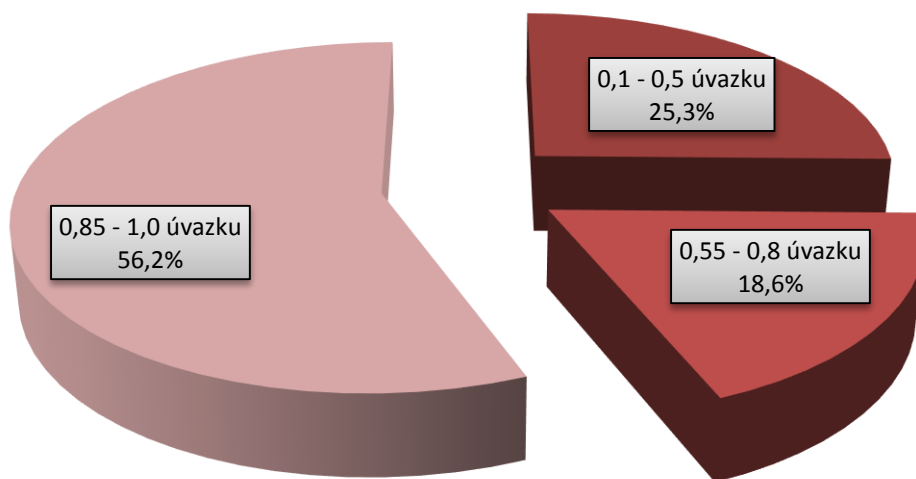
Délka praxe v posuzování stupně závislosti		Podíl v procentech
	méně než 1 rok	,5%
	1 rok	,5%
	2 roky	6,7%
	3 roky	5,2%
	4 roky	7,7%
	5 let	4,6%
	6 let	6,2%
	7 let	7,7%
	8 let	6,7%
	9 a více let	54,1%
	CELKEM	100,0

II.2. Celková výše úvazku , objem agendy posuzování stupně závislosti

Co se týče složení výzkumného souboru z hlediska toho, jakou celkovou výši svého úvazku na LPS posudkoví lékaři uváděli, pak nadpoloviční většinu tvořili respondenti, kteří mají celý úvazek (54,1%) a druhou největší skupinu pak respondenti s úvazkem polovičním (cca 13%). Z grafu č. 1 je patrné, že zhruba 25% respondentů má úvazek poloviční a nižší, 18,6% respondentů pracuje na LPS na úvazek od 0,55 do 0,8, a téměř celý či celý úvazek jako posudkoví lékaři, tedy v rozmezí 0,85 – 1,0 úvazku, má více než 56% respondentů z našeho výzkumného souboru.

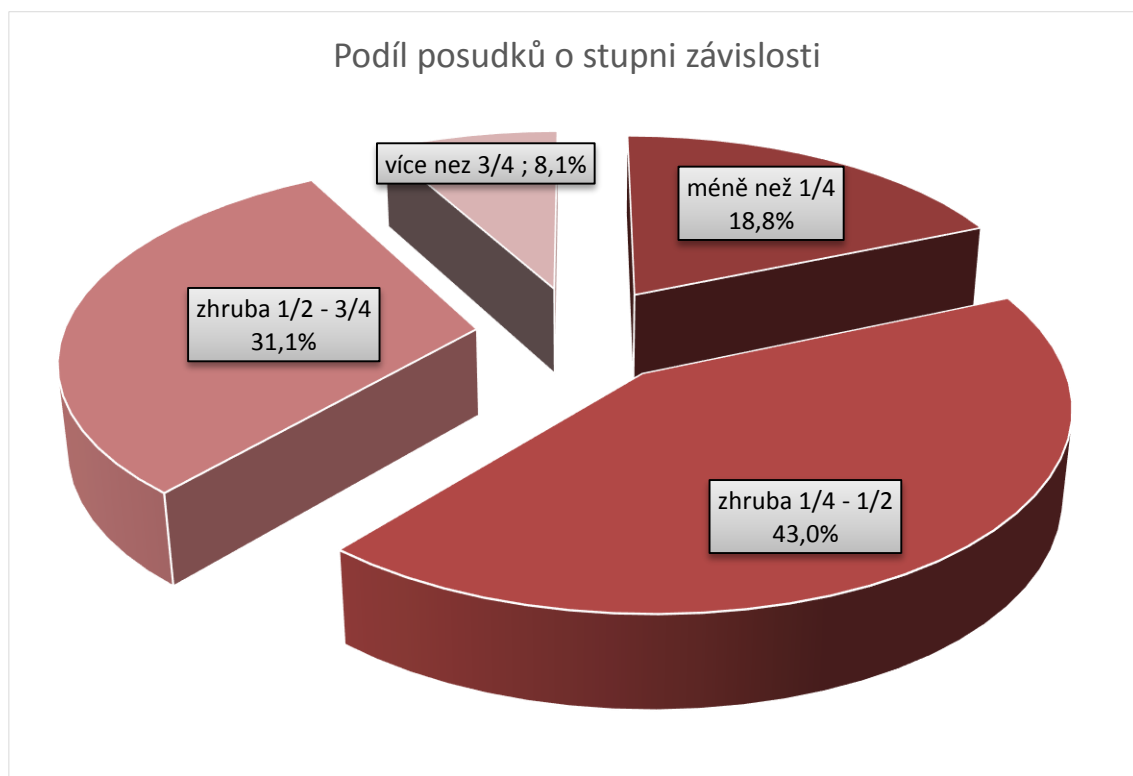
Graf č. 1 – rozložení souboru z hlediska výše úvazku

složení respondentů podle výše úvazku



Kromě samotné výše úvazku jsme také žádali respondenty, aby se pokusili odhadnout, jaký podíl ze všech posudků, které vypracují, se týká posouzení stupně závislosti. Dle takto získaných odhadů respondentů se zdá, že pro většinu z nich, tj. zhruba 43% všech respondentů, tvoří posudky týkající se stupně závislosti $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ celé jejich agendy. Naopak jen malý počet posudkových lékařů, přibližně 8%, uvedl, že by posudky o stupni závislosti tvořily dominantní podíl jejich práce, tj. více než $\frac{3}{4}$ všech posudků, které vypracují. (viz graf č.2).

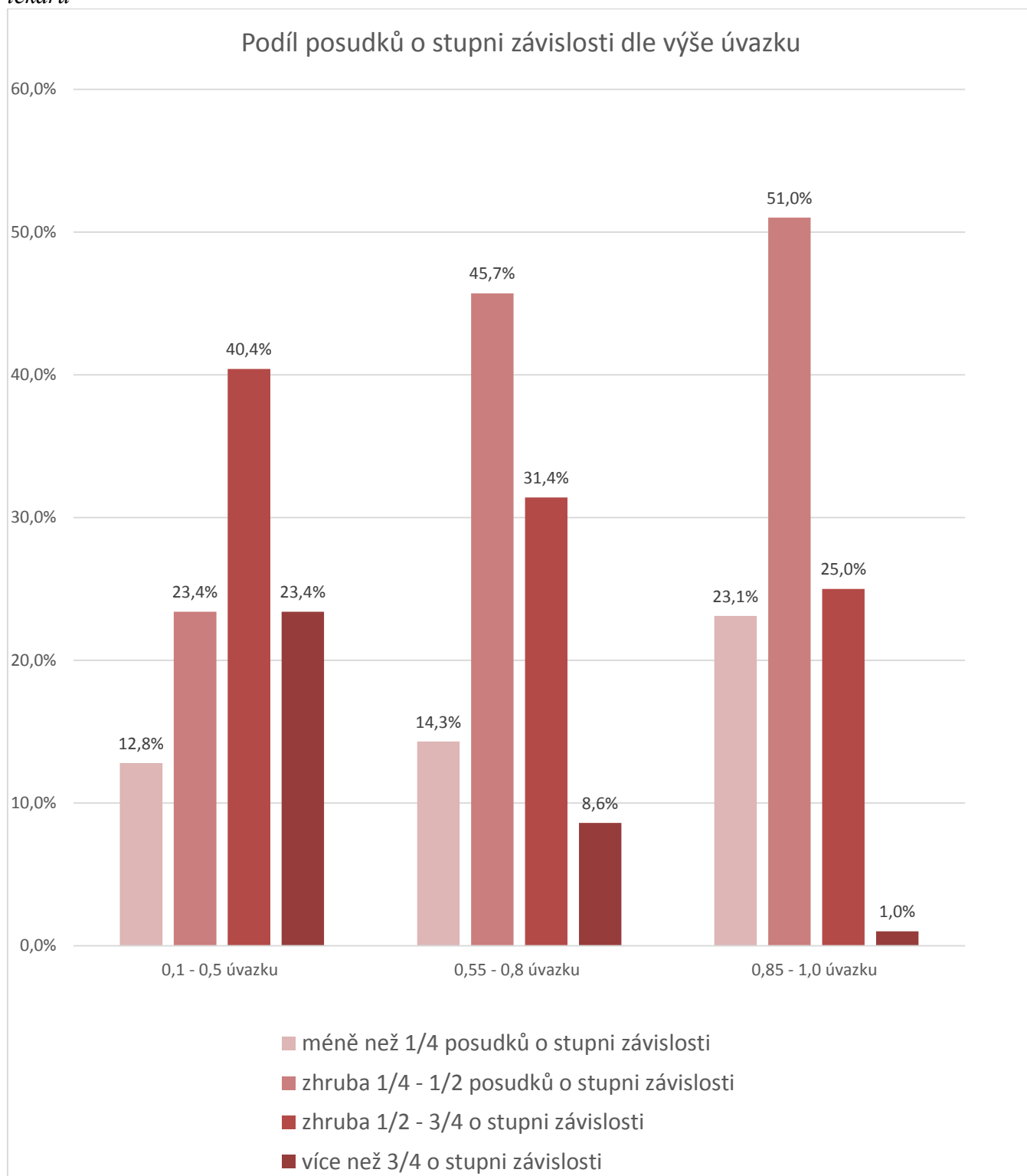
graf č. 2 – Podíl posudků o stupni závislosti na posudcích, které posudkový lékař zpracovává



Podíváme-li se na to, jaký podíl na celkovém objemu posudků, které vypracují, tvoří dle odhadů jednotlivých posudkových lékařů posudky týkající se posouzení stupně závislosti, dle toho, jaký celkový úvazek daný posudkový lékař má, pak se ukazuje, že u lékařů s menším úvazkem zřejmě dochází častěji k větší specializaci na určité typy posudků. V našem souboru zaměřeném na lékaře, kteří se věnují posuzování stupně závislosti pro příspěvek na péči, se u lékařů s menším úvazkem projevuje větší zaměření na příspěvek na péči, než u lékařů, kteří mají úvazek větší. Respondenti, jejichž úvazek se pohybuje v rozmezí 0,1 – 0,5 výrazně častěji uváděli, že podíl posudků týkající se stupně závislosti tvoří na celkovém počtu posudků, které vypracují, $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ (cca 40% respondentů z této kategorie) či dokonce je podíl těchto posudků větší než $\frac{3}{4}$ (zhruba 23%). Naopak respondenti, kteří mají nadpoloviční úvazek, nejčastěji uváděli, že podíl posudků o stupni závislosti v jejich případě tvoří $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ všech posudků. Nevýraznější je tato tendence u posudkových lékařů, kteří mají téměř celý či celý úvazek (tzn. 0,85 a více úvazku), z nich to byla více než polovina, která odhadovala, že podíl posudků o stupni závislosti tvoří $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ všech posudků. U této kategorie se naopak mezi našimi respondenty téměř nevyskytovaly případy, kdy by posuzování stupně závislosti tvořilo zcela dominantní část práce daného posudkového lékaře – pouze naprosto ojediněle (viz níže graf. č. 3). V absolutních hodnotách počtů vypracovaných posudků týdně se ale samozřejmě

mohou jevit kategorie podílů agendy posudků o stupni závislosti srovnatelné – tzn. 3/4 podíl těchto posudků u lékařů s malým úvazkem může v absolutních počtech těchto posudků být samozřejmě stejný či dokonce menší než kolik jich představuje ¼ podíl této agendy u lékařů s celým nebo téměř celým úvazkem. Proto jsme kromě odhadu podílu posudků o stupni závislosti respondenty také žádali, aby se pokusili odhadnout, kolik asi posudků o stupni závislosti vypracují týdně (viz níže). Tabulka č. 3 přináší srovnání průměrných počtů a mediánu uváděných počtů posudků o stupni závislosti týdně pro jednotlivé skupiny respondentů, rozdělené podle odhadovaného počtu podílu agendy posuzování stupně závislosti na všech posudcích.

graf č. 3 – Podíl posouzení stupně závislosti na všech posudcích dle výše úvazku posudkových lékařů



III. PRACOVNÍ ZÁTĚŽ NA AGENDĚ PNP

III.1. Počty posudků a čas na vypracování posudků

Jak již bylo předesláno výše, v jedné z položek dotazníku jsme žádali respondenty, aby se pokusili odhadnout, kolik asi vypracují týdně posudkových závěrů o stupni závislosti, přičemž nám stačil přibližný odhad – cílem bylo udělat si představu, v jakých počtech se na jednoho posudkového lékaře tento typ posudků zhruba pohybuje. Jak se ukázalo, tyto počty varíují v obrovském rozpětí, přičemž velký rozptyl odhadovaného týdenního počtu těchto posudků lze zaznamenat i u lékařů, kteří mají podobnou výši úvazku či kteří odhadovali podíl agendy posuzování stupně závislosti na celkové agendě, kterou mají na starosti, cca stejně. Průměrný počet posudků týdně, kteří lékaři uváděli, je 13,3, hodnota mediánu činila 10,0; stejně jako modální kategorie – 10.

Tyto údaje za celý soubor jsou však, právě vzhledem k vysokému rozptylu a také vzhledem k různým výším úvazkům a různým podílům posuzování stupně závislosti na všech posudcích, které jednotliví posudkoví lékaři vytvoří, jako velmi orientační. Lze se ale podívat, kolik posudků týdně v průměru představuje situace, kdy lékař odhaduje podíl posudků o stupni závislosti na všech posudcích, které vypracuje, jako poměrně nízký, a kolik v situaci, kdy je pro daného lékaře posuzování stupně závislosti spíše dominantní agendou. Tabulka č. 3 přináší srovnání průměrných počtů a mediánu uváděných počtů posudků o stupni závislosti týdně pro jednotlivé skupiny respondentů, rozdělené podle odhadovaného počtu podílu agendy posuzování stupně závislosti na všech posudcích. Z uvedených údajů je nejvíce zajímavé, že posudkoví lékaři, kteří odhadují podíl agendy posudků o stupni závislosti jako $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ uvádějí v průměru stejně posudků o stupni závislosti týdně, jako lékaři, u nichž je podíl této agendy $\frac{3}{4}$ a více – k tomu dochází zřejmě v důsledku toho, že právě lékaři, kteří uváděli nejčastěji, že jejich agenda je ze $\frac{3}{4}$ a většího podílu tvořena posuzováním stupni závislosti, měli často nízké úvazky, tzn. v rozmezí 0,1 – 0,5 – tedy celkově nižší objem práce na posudkové činnosti.

Tab. č. 3 – střední hodnoty počtu posudků týdně dle podílu agendy posuzování stupně závislosti na celkové agendě posudkového lékaře

odhadovaný podíl agendy posouzení SZ na všech posudcích	odhadovaný počet posudků o SZ týdně	
	Průměr	Medián
méně než 1/4	6,11	5,00
přibližně 1/4 - 1/2	13,94	11,31
přibližně 1/2 - 3/4	17,88	15,88
více než 3/4	18,27	15,60

Podíváme-li se podrobněji na to, jaký počet posudků o stupni závislosti lékaři v průměru týdně vypracují z hlediska toho, jaký podíl agendy posuzování stupně závislosti mají vzhledem ke všem svým agendám, a zároveň z hlediska toho, jakou výši úvazku na LPS mají, lze z tabulky č. 4 vyvodit, že celý úvazek pouze na agendě posuzování stupně závislosti by mohl znamenat vytvoření v průměru minimálně kolem 35 posudků o stupni závislosti za týden, ale spíše více.

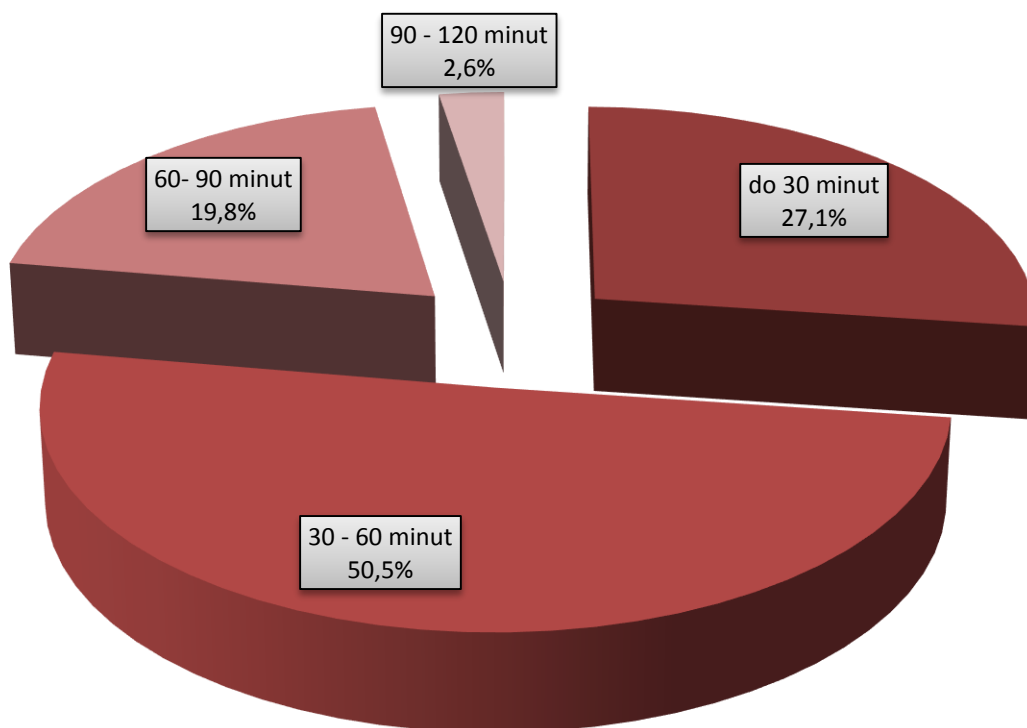
Tab. č. 4. – střední hodnoty počtu posudků týdně dle podílu agendy posuzování stupně závislosti a úvazku posudkového lékaře

podíl posudků posouzení SZ na celé agendě	Výše úvazku	Počet posudků týdně	
		průměr	medián
<i>méně než 1/4</i>	0,1-05	2,67	2,50
	0,55-08	5,60	5,00
	0,85 - 1,0	7,08	5,56
<i>přibližně 1/4 - 1/2</i>	0,1-05	11,09	9,57
	0,55-08	11,63	10,80
	0,85 - 1,0	15,23	12,20
<i>přibližně 1/2 - 3/4</i>	0,1-05	10,42	10,00
	0,55-08	15,82	15,33
	0,85 - 1,0	24,19	24,63
<i>více než 3/4</i>	0,1-05	14,64	13,80
	0,55-08	29,33	20,00
	0,85 - 1,0	25,00	25,00

Vedle počtu posudků nás zajímalo také, jaký čas posudkovým lékařům obvykle zabere posouzení stupně závislosti a vypracování posudkového závěru s tím, že jsme je žádali, aby do svého odhadu zahrnuli běžné případy, tzn. nikoliv ty, které se nějakým způsobem komplikují. Celá polovina respondentů uváděla, že doba k tomu potřebná se obvykle pohybuje v rozmezí 30 – 60 minut. Nicméně více než ¼ respondentů stačí, či musí stačit doba maximálně půl hodiny a zhruba 1/5 respondentů naopak vypracovává posudek hodinu až hodinu a půl (viz graf č. 4). Toto rozložení odhadů času potřebného na zpracování posudku o stupni závislosti pravděpodobně odráží stav, kdy některá pracoviště LPS jsou personálně poddimenzována výrazněji než jiná.

Graf. č. 4 – Doba potřebná na vypracování posudku o stupni závislosti

čas na vypracování jednoho posudku o stupni závislosti



III.2. Vnímaná pracovní zátěž

Z hlediska subjektivně vnímané pracovní zátěže spojené s výkonem agendy posuzování stupně závislosti pro příspěvek na péči převažovali v našem výzkumném souboru respondenti, kteří označili tuto pracovní zátěž na „spíše vysokou“ – téměř polovina dotazovaných lékařů. Za

velmi vysokou ji označila třetina souboru a zbytek, necelých 20% ji vnímá jako přiměřenou (viz graf č. 6.).

Graf č. 6 – pracovní zátěž na agendě posuzování stupně závislosti



V souvislosti s pracovní zátěží posudkových lékařů jsme také zjišťovali, v jakých oblastech mohou posudkovým lékařům ulehčit práci administrativní pracovníci a zejména zda v některé oblasti mají posudkoví lékaři pocit, že i když dosud nelze takovou pomoc od referentů LPS očekávat, bylo by to žádoucí. Jednoznačným výstupem je, že referenti mají především dvě úlohy – kontrolu formálních náležitostí vypracovaného posudku o stupni závislosti a asistenci při zajišťování podkladů od praktických lékařů – tzn. komunikaci s praktickými lékaři, pokud posudkový lékař potřebuje doplnit lékařskou dokumentaci a zejména upomínání praktických lékařů, pokud podklady nedodají včas. Posudkoví lékaři se také nedomnívají, že by bylo

žadující činnost referentů rozšířit - u jednotlivých položek volili variantu „není to možné, ale bylo by to potřeba“ jen velmi sporadicky (viz tabulka č. 5.)

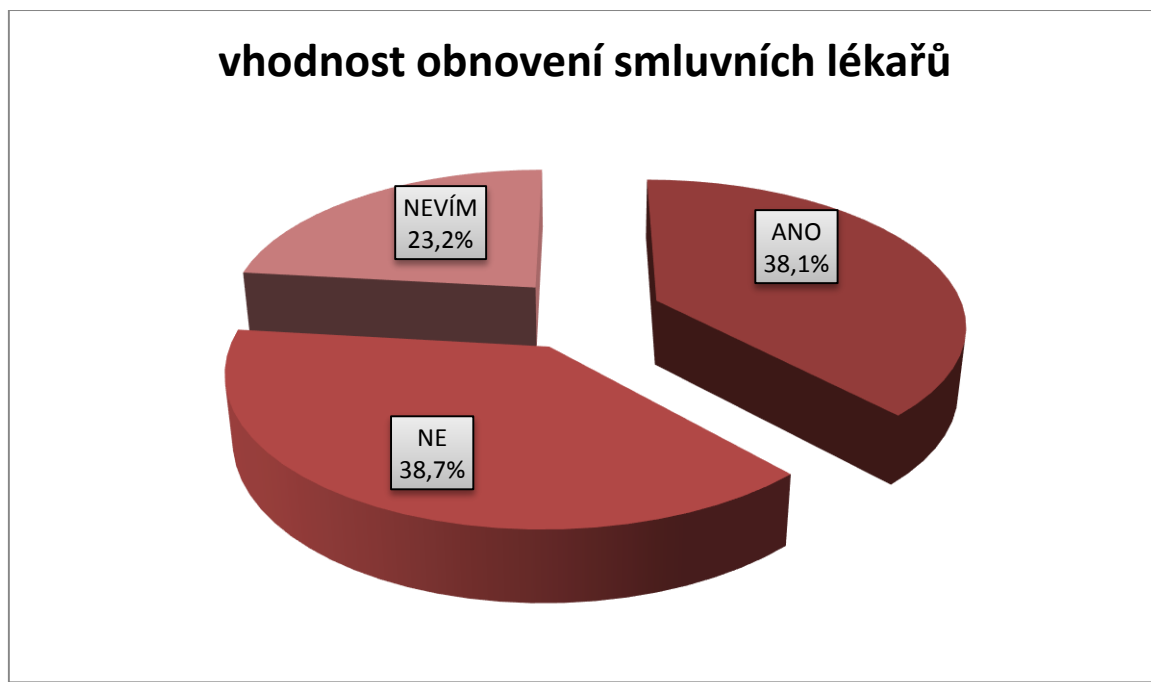
Tab. č. 5 – oblasti, které zajišťují referenti LPS

JAK ČASTO PRO VÁS V SOUVISLOSTI S AGENDOU POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI ZAJIŠŤUJE REFERENT/-KA LPS NÁSLEDUJÍCÍ ČINNOSTI:	Vždy nebo většinou	Často	Občas	Výjimečně nebo nikdy	Není to možné, ale bylo by to potřeba	Není to možné, ale není to ani potřeba	CELKEM
kontrola formálních náležitostí posudku stupně závislosti	53,6%	14,4 %	14,9%	12,4%	2,6%	2,1%	100%
komunikace se sociálním pracovníkem, který prováděl sociální šetření, pokud jsou v sociálním šetření nejasnosti	6,7%	7,2%	38,1%	36,1%	6,2%	5,7%	100%
komunikace s kontaktními pracovišti úřadu práce	14,4%	7,2%	50%	23,2%	3,1%	2,1%	100%
komunikace s lékaři - specialisty, pokud potřebují žadatele odeslat na specializované vyšetření	5,7%	14,9%	38,1%	33,0%	3,1%	5,2%	100%
komunikace s praktickými lékaři, pokud je třeba, aby doplnili lékařskou dokumentaci	13,9%	34,5%	35,1%	13,9%	1,0%	1,5%	100%
upomínání praktických lékařů, pokud nedodrží lhůtu pro vyplnění tiskopisu „Lékařský náález pro posouzení zdravotního stavu...“	27,8%	34,0%	28,9%	7,2%	1,0%	1,0%	100%
komunikace s žadatelem o příspěvek na péči	14,4%	17,0%	38,1%	26,8%	2,1%	1,5%	100%

Nikoliv pouze v souvislosti s problematikou současné vysoké pracovní zátěže posudkových lékařů byla posudkovým lékařům položena také otázka, zda by považovali za vhodné, aby došlo v agendě posuzování stupně závislosti k obnovení institutu smluvních lékařů. Nicméně jak ukázalo rozložení odpovědí na další otázku týkající se smluvních lékařů, která byla položena těm z respondentů, kteří by obnovení smluvních lékařů uvítali, tito spojovali možnost znovuobnovit smluvní lékaře právě především s pracovní zátěží stávajících kmenových lékařů lékařské posudkové služby. Z grafu č. 7 je dobře patrné, že názory posudkových lékařů na tuto

otázku jsou tak půl na půl, tzn. stejný počet našich respondentů by obnovení smluvních lékařů považoval za vhodné jako je počet těch, kteří by to za vhodné nepovažovali. Necelá čtvrtina výzkumného souboru však nemá na otázku smluvních lékařů názor, resp. volila variantu „nevím“.

graf č. 7 – Vhodnost znovuzavedení institutu smluvních lékařů z hlediska posudkových lékařů



Posudkoví lékaři, kteří by viděli znovuzavedení smluvních lékařů jako vhodné, by největší přínos tohoto kroku viděli ve snížení pracovní zátěže stávajících kmenových lékařů LPS. Z tabulky č. 6 můžeme vyčíst, že variantou, že „smluvní lékaři by měli být využiti především ke snížení pracovní zátěže kmenových posudkových lékařů“, souhlasí všichni tito respondenti – většina označila u této možnosti variantu „zcela souhlasím“, ostatní pak variantu „spíše souhlasím“. U dalších potenciálních přínosů či způsobu využití institutu smluvních lékařů již taková jednoznačná shoda nenastala, nicméně i v těchto dvou variant převažovaly kladné odpovědi.

Tab. č. 6- potenciální přínosy znovuzavedení smluvních lékařů z hlediska kmenových lékařů LPS

MOŽNÉ VYUŽITÍ SMLUVNÍCH LÉKAŘŮ						
	<i>zcela souhlasím</i>	<i>spíše souhlasím</i>	<i>spíše nesouhlasím</i>	<i>zcela nesouhlasím</i>	<i>nevím</i>	<i>CELKEM</i>
<i>smluvní lékaři by měli být využiti především ke snížení pracovní zátěže kmenových posudkových lékařů</i>	78,4%	21,6%	0%	0%	0%	100

<i>pokud by to bylo možné, mělo by být využito specializací posudkových lékařů a měly by jim být přidělovány především případy v oblasti jejich odbornosti</i>	48,6%	29,7%	12,2%	5,4%	4,1%	100
<i>institut smluvních lékařů by měl být využit k tomu, aby lékaři pro dospělé posuzovali dospělé žadatele a lékaři pro děti a dorost žadatele do 18 let</i>	52,7%	28,4%	9,5%	6,8%	2,7%	100

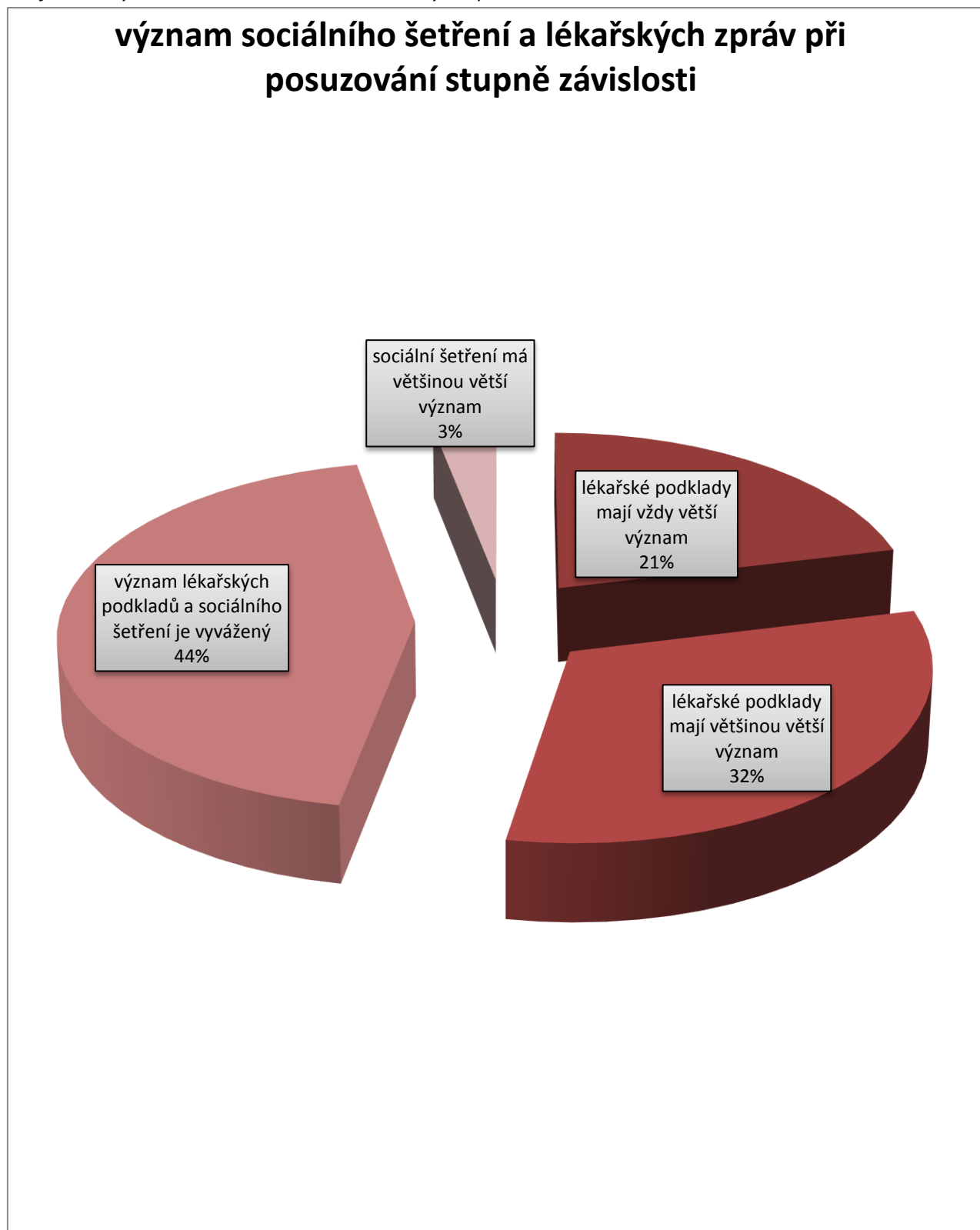
IV. PODKLADY PRO POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI

IV. 1. Záznam ze sociálního šetření

Jednou z otázek, kterou jsme posudkovým lékařům kladli a která se týká jak záznamu ze sociálního šetření, tak informací z lékařských zpráv (přičemž jsme nespecifikovali, o jaké zprávy jde, tj. nezúžili jsme tuto otázku jen na tiskopis od praktického lékaře), bylo, jak hodnotí význam těchto dvou typů podkladů – tj. sociálních a medicínských, při posuzování stupně závislosti. Z grafu č. 8 lze vyčíst, že dotazovaní posudkoví lékaři o něco více přikládají význam lékařským informacím – dohromady více

než polovina z nich uvedla, že lékařské podklady mají vždy nebo většinou větší význam. Za vyvážený význam sociálního šetření a lékařských práv pro posouzení stupně závislosti označilo zhruba 44% dotázaných.

Graf. č. 8 – význam sociálního šetření a lékařských zpráv



Zkušenosti posudkových lékařů se záznamy ze sociálního šetření, které jim v souvislosti s posuzováním stupně závislosti procházejí rukama, nás zajímaly podrobněji. Zaměřili jsme se proto na vybrané parametry těchto záznamů, z nichž lze odvodit, jak kvalitním a spolehlivým podkladem jsou pro posudkové lékaře záznamy ze sociálního šetření. Tyto parametry – viz jejich seznam v tabulce č. 7 – měli posudkoví lékaři jednotlivě ohodnotit – tzn. jak často podle jejich zkušeností využívají záznamy ze sociálního šetření, která dostávají od sociálních pracovníků jako jeden z podkladů pro posouzení stupně závislosti, sociální šetření splňují daný parametr – na škále od „vždy nebo většinou“ až po „nikdy“. Z níže uvedené tabulky je patrné, že ve všech testovaných parametrech nemají posudkoví lékaři obvykle problém se srozumitelností a orientací v záznamech v sociálním šetření. Srozumitelnými je vždy nebo většinou shledává zhruba polovina dotázaných a často dalších cca 43%. „Vždy“ nebo „většinou“ se v záznamech rychle orientuje téměř 56% dotazovaných posudkových lékařů a 35% „často“. U většiny dalších testovaných parametrů pak ovšem posudkoví lékaři ve větším procentu označují odpověď „často“ spíše než odpověď „vždy nebo většinou“. To se týkalo položek „úplnost informací, věrohodnost, jednoznačnost, konkrétnost a schopnost záznamu zprostředkovat posudkovému lékaři dobrou představu o situaci žadatele“. Nejslabší stránkou sociálního šetření je v očích posudkových lékařů podloženost informací, kdy parametr „Důležité informace obsažené v záznamech ze sociálního šetření jsou podloženy z více zdrojů“ považuje za splněný „vždy“ nebo „většinou“ jen 4,6% respondentů a naopak „pouze občas“ skoro 34% a „výjimečně“ dalších téměř 28% posudkových lékařů.

Tab. č. 7 – hodnocení kvality záznamů ze sociálního šetření na základě vybraných parametrů

<i>Parametr</i>	<i>Hodnocení</i>
------------------------	-------------------------

	VŽDY NEBO VĚTŠINOU	ČASTO	OBČAS	VÝJIMEČNĚ	NIKDY	NEDOKÁŽU ODHADNO UT	CELKEM
Záznamy ze sociálního šetření jsou zpracovány srozumitelně	49,5%	43,3%	6,2%	0,0%	0,0%	1,0%	100%
V záznamech ze sociálního šetření se rychle orientuji	55,7%	35,1%	6,7%	1,5%	0,0%	1,0%	100%
Záznamy ze sociálního šetření obsahují všechny informace, které potřebuji	22,2%	51,0%	19,1%	6,2%	0,0%	1,5%	100%
Informace v záznamech ze sociálního šetření mohou považovat za věrohodné	19,6%	42,8%	26,8%	5,2%	0,5%	5,2%	100%
Informace jsou v záznamech ze sociálního šetření formulovány jednoznačně	18,6%	49,5%	22,2%	7,7%	0%	2,1%	100%
Důležité informace obsažené v záznamech ze sociálního šetření jsou podloženy z více zdrojů	4,6%	19,1%	33,5%	27,8%	7,2%	7,7%	100%
Informace v záznamech ze sociálního šetření jsou dostatečně konkrétní	17,5%	52,6%	21,1%	5,2%	0,5%	3,1%	100%
Záznamy ze sociálního šetření mi celkově zprostředkovávají dobrou představu o situaci jednotlivých žadatelů o příspěvek na péči	22,7%	41,8%	29,9%	2,6%	1,0%	2,1%	100%

Pokud bychom z výše uvedených jednotlivých položek měli vytvořit celkové hodnocení, celkovou vnímanou úroveň či kvalitu sociálního šetření, pak lze odpovědi „nedokážu odhadnout“ zařadit jako chybějící a s ostatními převést na číselné hodnocení /analogie známkování ve škole, tzn. „vždy nebo většinou =1; často =2; občas =3; výjimečně = 4; nikdy = 5). Hodnocení jednotlivých osmi položek je pak sečteno a čím nižší výsledné hodnoty je

dosaženo, tím lépe celkově daný posudkový lékař záznamy ze sociálního šetření ohodnotil – přičemž lze dosáhnout rozmezí hodnoty 8 – 40. Výpočet celkového hodnocení ukázal, že ve skutečnosti se rozsah hodnocení pohybuje v rozmezí 8 – 31, kdy tři dotázaní lékaři označili u všech položek „vždy nebo většinou“ a součet jejich hodnocení byl 8 a nikdo z dotázaných lékařů neoznačil u všech položek samé odpovědi „nikdy“ či „výjimečně“. Nejvíce výsledků se pohybovalo v rozmezí 14 – 20 a nejčastěji zastoupeným součtem všech hodnocení bylo 16, tedy „čistá dvojka“.

Takto vytvořenou novou součtovou proměnnou lze dále kategorizovat podle toho, jakou průměrnou „známku“, průměrné hodnocení jednotliví lékaři sociálnímu šetření takto „dali“. To znamená, že např. součet hodnocení v rozmezí 8 – 15 se rovná průměrnému hodnocení 1 až cca 2, tedy velmi dobré celkové hodnocení úrovně sociálního šetření; součet hodnot v rozmezí 16 – 23 se rovná průměrnému hodnocení 2, tedy jedná se ještě o dostačující kvalitu záznamu ze sociálního šetření; součet hodnot 24 – 40 znamená, že daní posudkoví lékaři označovali u jednotlivých položek zejména odpovědi „občas“, „výjimečně“ a „nikdy“, toto hodnocení v průměru odpovídá „známce“ 3 a horší, tzn. tito posudkoví lékaři vnímali kvalitu záznamu ze sociálního šetření jako velmi nízkou. V grafu č. 9 lze pak vyčíst, jaké bylo rozložení takto přepočítaného celkového a kategorizovaného hodnocení úrovně záznamu ze sociálního šetření. Z tohoto grafu vyplývá, že posudkoví lékaři hodnotí úroveň záznamu ze sociálního šetření poměrně dobře, nejčastěji jako dostatečnou.

Graf č. 9 – celková vnímaná úroveň záznamů ze sociálního šetření /přepočet/



Vedle toho, jak vnímají posudkoví lékaři kvalitu záznamu ze sociálního šetření, jsme také zjišťovali, jakou relevanci pro ně mají jednotlivé oblasti, které jsou v současné době do sociálního šetření zaznamenávány. U každé z oblastí, do kterých v současné době mají sociální pracovníci členit záznam ze sociálního šetření, jsme žádali posudkové lékaře, aby se pokusili odhadnout, do jaké míry jsou pro ně informace z daného okruhu při posuzování stupně závislosti obvykle důležité. Z tabulky č. 8 můžeme vyčíst, že jako jednoznačně nejdůležitější lékaři považují informace z okruhu „péče o vlastní osobu“ a poměrně důležitými shledávají také informace z okruhu „domácnost“. Naopak nejmenší význam mají pro posudkové lékaře informace týkající se rodinných vztahů a sociálního vztahového rámce mimo rodinu.

Tab. č. 8 – Význam jednotlivých typů informací ze sociálního šetření pro posudkové lékaře

Okruh informací v záznamu ze sociálního šetření	Míra relevance					Celkem
	Velmi důležité	Spíše důležité	Spíše nedůležité	Zcela nedůležité	Nedokážu odhadnout	
péče o vlastní osobu	82,5%	13,9%	1,0%	1,0%	1,5%	100%
výdělečná činnost / školní povinnosti	21,1%	41,2%	24,7%	8,8%	4,1%	100%
rodinné vztahy	12,4%	44,8%	34,0%	5,7%	3,1%	100%
sociální vztahový rámec (mimo rodiny)	12,9%	45,9%	31,4%	4,1%	5,7%	100%
domácnost	48,5%	40,7%	7,7%	1,5%	1,5%	100%
prostředí	38,7%	45,4%	11,3%	1,5%	3,1%	100%

IV.2. Podklady od praktických lékařů

Podobně jako v případě záznamu ze sociálního šetření nás i u podkladů, které posudkoví lékaři mají k dispozici pro posouzení stupně závislosti od praktických lékařů, zajímalo, jak hodnotí jejich kvalitu. Vzhledem k tomu, že záznam ze sociálního šetření a podklady od praktických

lékařů mají samy o sobě jinou povahu a jsou různě prestrukturované atd., zjišťovali jsme kvalitu těchto záznamů pomocí souboru opět osmi ale trochu jinak definovaných parametrů (viz tabulka č. 9). Z této tabulky lze na první pohled zjistit, že z hlediska zkušeností posudkových lékařů podklady od praktických lékařů vysokou kvalitu spíše nevykazují. U žádné z osmi testovaných parametrů se nadpoloviční většina posudkových lékařů nevyjádřila, že by podklady takové byly „vždy nebo většinou“. Relativně nejlépe byla hodnocena aktuálnost /26,3% - „vždy nebo většinou“; 57,7% - „často“/ a srozumitelnost /23,2% - „vždy nebo většinou“; 51,0% - „často“/ těchto podkladů. Odpověď „často“ převládala u všech zkoumaných položek, v některých případech ale jen s malým náskokem před „občas“. Celkově se zdá, že z hlediska posudkových lékařů mají podklady od praktických lékařů největší slabiny v ucelenosti a jednoznačnosti. (viz tab. č. 9).

Informace a podklady jsou :							
	Vždy nebo většinou	Často	Občas	Výjimečně	Nikdy	Nedokážu odhadnout	Celkem
AKTUÁLNÍ	26,3%	57,7%	14,4%	0,5%	0,0%	1,0%	100%
PŘESNÉ	12,4%	52,6%	30,9%	2,6%	0,0%	1,5%	100%
UCELENÉ	8,8%	47,9%	34,5%	7,2%	0,5%	1,0%	100%
PODLOŽENÉ	12,4%	40,2%	38,7%	6,7%	0%	2,1%	100%
SROZUMITELNÉ	23,2%	51,0%	23,7%	1,0%	0%	1,0%	100%
DOSTATEČNĚ ODBORNĚ FUNDOVANÉ	20,1%	47,4%	27,3%	2,1%	0%	3,1%	100%
PŘEHLEDNÉ	12,4%	48,5%	35,6%	2,6%	0%	1,0%	100%
JEDNOZNAČNÉ	9,3%	46,4%	37,1%	5,2%	0%	2,1%	100%

Podíváme se nyní na hodnocení kvality podkladů od praktických lékařů také způsobem, jaký byl proveden výše u hodnocení úrovně záznamu ze sociálního šetření, tzn. převedením slovního hodnocení na číselné / tzn. „vždy nebo většinou =1; často =2; občas =3; výjimečně = 4; nikdy = 5/ a vytvořením nové součtové proměnné. Celkový rozsah, kterého hodnocení úrovně podkladů od praktických lékařů dosáhlo, je 1 – 29 a nejčastější hodnota je 16, tzn. na úrovni „známky“ 2, podobně jako výše u sociálního šetření. Na druhé straně se ale v tomto případě objevovaly častěji součty hodnocení, které dosahovaly hodnot přes 20, (nejčastěji 22 a 24), což se u sociálního šetření tak často nevyskytovalo.

Následným kategorizováním této nové součtové proměnné opět stejným způsobem, jako to bylo výše u hodnocení záznamu ze sociálního šetření /tedy: 8 - 15 „velmi dobrá“; 16 – 23 „dostatečná“; 24 – 40 „nízká“) si můžeme udělat představu, jaký je celkový pohled

posudkových lékařů na úroveň podkladů od praktických lékařů (viz graf č. 10). Z tohoto grafu je zřejmé, že posudkoví lékaři ve své většině vnímají podklady od praktických lékařů pouze jako dostatečné a více než desetina posudkových lékařů je jejich úroveň hodnotila dokonce jako nízkou. Z tohoto hlediska ze srovnání vycházejí podklady od praktických lékařů hůře, než záznamy ze sociálního šetření (srov. graf č. 9 a graf č. 10).

Graf č. 10 - celková vnímaná úroveň podkladů od praktického lékaře /přepočet/

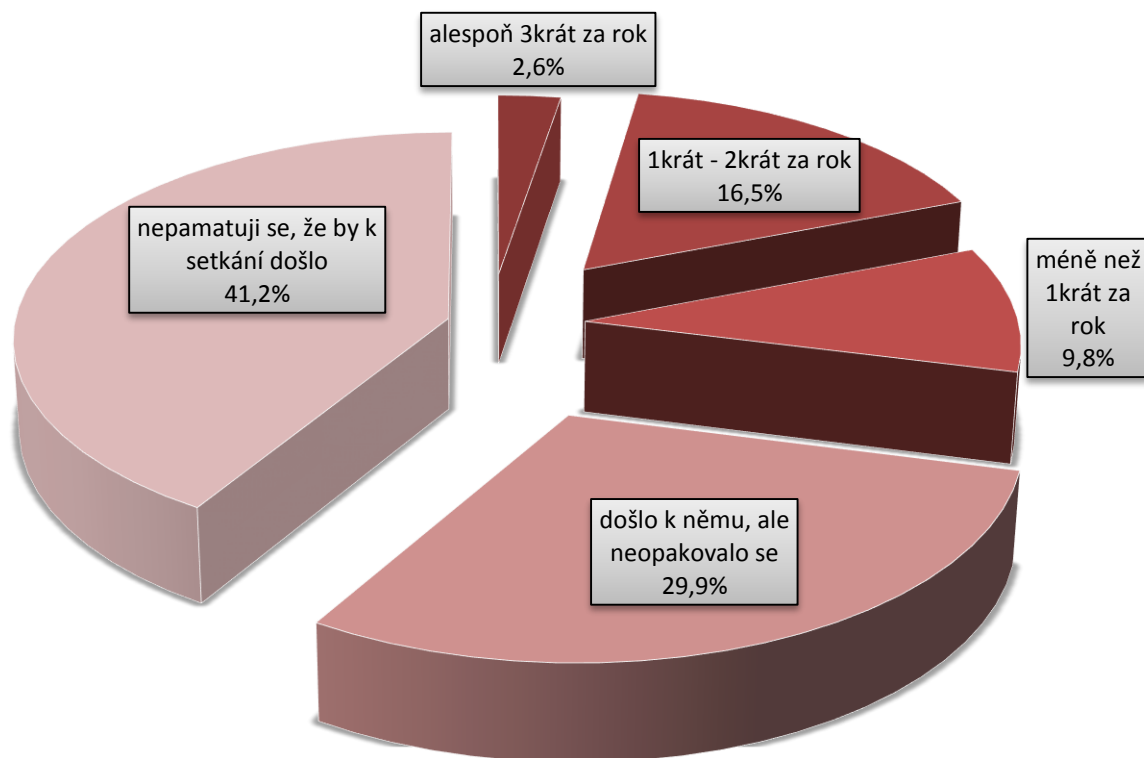


V. SPOLUPRÁCE POSUDKOVÝCH LÉKAŘŮ A SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ AGENDY PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

V jedné části dotazníku jsme se zaměřili také na spolupráci a možnosti spolupráce posudkových lékařů se sociálními pracovníky kontaktních pracovišť Úřadu práce ČR. Jednou z oblastí, která nás zajímala bylo, zda mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky kontaktních pracovišť Úřadu práce někdy dochází ke společným setkáváním, takovým jako jsou např. společná školení, společné porady, metodické dny apod. Z odpovědí respondentů jednoznačně plyne, že podobná setkání mezi nimi a sociálním pracovníky jsou naprosto ojedinělá. Velká část dotázaných s podobným setkáním nemá zkušenost nebo to byla čistě jednorázová záležitost, která se již neopakovala (viz graf č. 11)

Graf č. 11 – frekvence společných setkávání posudkových lékařů a sociálních pracovníků

společná setkávání posudkových lékařů a sociálních pracovníků



Kromě otázky vzájemných setkávání jsme také zjišťovali, jak často jednotliví posudkoví lékaři komunikují se sociálními pracovníky ohledně různých typů záležitostí týkajících se posuzování stupně závislosti v příspěvku na péči. Výsledky odpovědí, které jsou pro jednotlivé položky, které jsme v souvislosti s tímto testovali, shrnujeme v tabulce č. 10. Z této tabulky je patrné, že nejčastější odpověď u každé ze sledovaných oblastí komunikace, bylo „výjimečně“, event. „občas“. Velmi zřídka považovali tyto oblasti posudkoví lékaři za běžný důvod komunikace se sociálním pracovníkem. Relativně nejčastěji pak dle odpovědí respondentů dochází ke komunikaci mezi nimi a sociálními pracovníky agendy PnP KoP ÚP v případě, kdy je tato komunikace v podstatě iniciována z venku – tedy jsou-li např. vzneseny námitky.

Tab. č. 10. Frekvence komunikace posudkových lékařů a sociálních pracovníků

OBLAST KOMUNIKACE se SP	Jak často ke komunikaci dochází				
	BĚŽNĚ	OBČAS	VÝJIMEČNĚ	NIKDY	CELKEM

<i>vyjasňování či doplňování informací ze sociálního šetření</i>	6,7%	40,7%	37,1%	15,5%	100%
<i>diskuse o konkrétním posuzovaném případě, pokud se pohled sociálního pracovníka a posudkového lékaře liší</i>	5,7%	30,9%	37,6%	25,8%	100%
<i>v souvislosti s žádostí Úřadu práce, aby posudkový lékař doplnil posudek kvůli sladění posudku s výsledkem sociálního šetření</i>	2,6%	25,8%	40,2%	31,4%	100%
<i>úprava administrativních a formálních náležitostí písemností, spojených s vyřizováním žádosti o příspěvek na péči</i>	1,0%	34,0%	44,3%	20,6%	100%
<i>další jednání, pokud není žadatel spokojen, vznáší námitky apod.</i>	11,3%	45,4%	33,0%	10,3%	100%

Z hlediska formy komunikace převažuje jednoznačně telefonický rozhovor (viz tab. č. 11). Druhý nejvíce často uváděný způsob komunikace vlastně ani nezahrnuje přímou interakci mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem, ale komunikace je zprostředkována administrativními pracovníky LPS. Naopak co se týče osobního jednání, z výpovědí dotazovaných posudkových lékařů se jeví, že tento způsob komunikace mezi nimi a sociálními pracovníky agentury PnP KoP ÚP je neobvyklý.

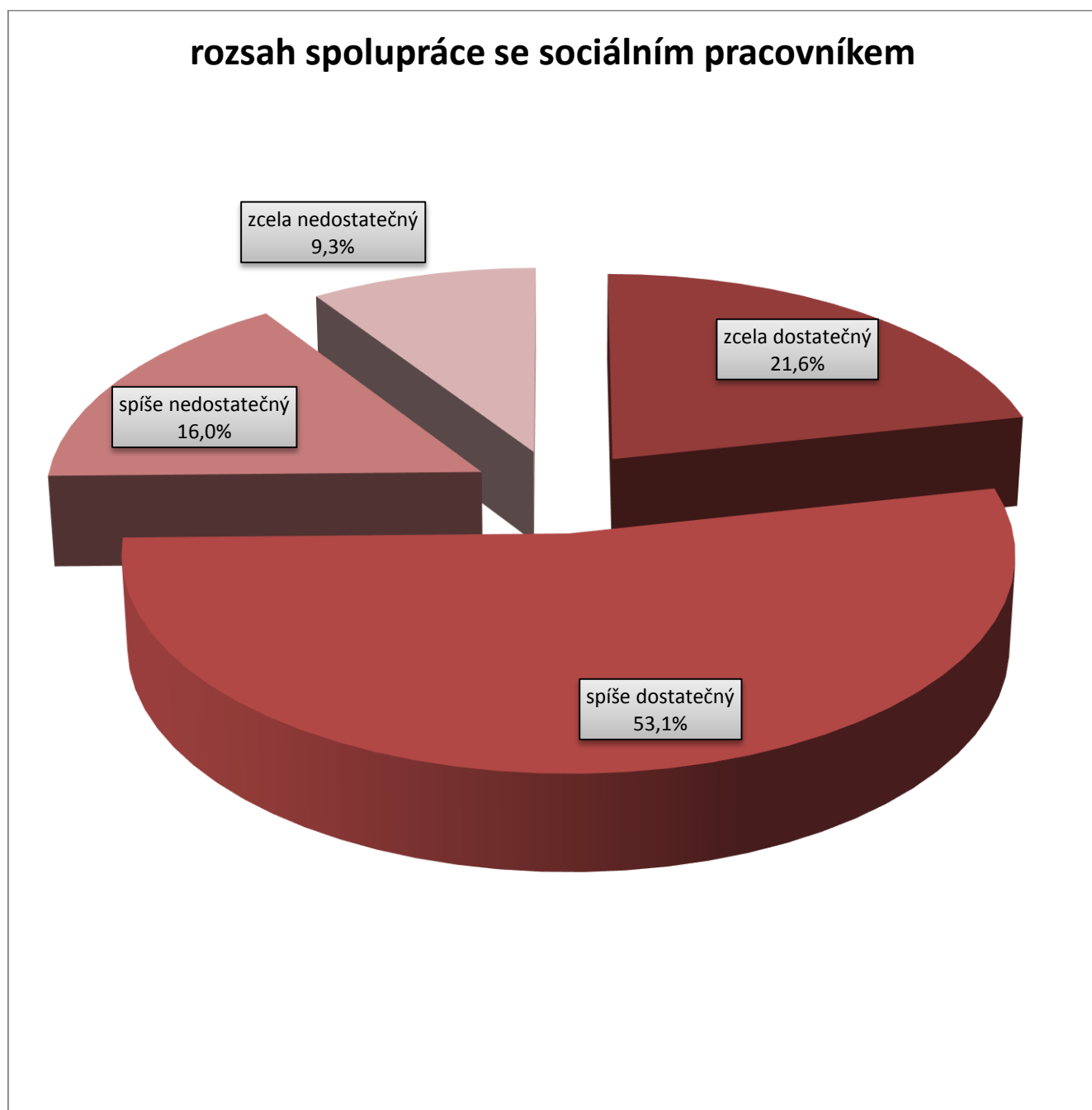
Tab. č. 11 Formy komunikace mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem

	<u>Jak často probíhá komunikace tímto způsobem</u>
--	---

<u>způsob komunikace</u>	<u>BĚŽNĚ</u>	<u>OBČAS</u>	<u>VÝJIMEČNĚ</u>	<u>NIKDY</u>	<u>CELKEM</u>
osobní jednání	4,1%	10,8%	29,4%	55,7%	100%
telefonický rozhovor	26,8%	36,1%	24,2%	12,9%	100%
e-mailem	7,7%	16,5%	35,6%	40,2%	100%
prostřednictvím někoho jiného (např. referentky)	13,4%	37,1%	29,4%	20,1%	100%

Vedle toho, zjistit, jaký je zhruba rozsah komunikace a spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky a čeho se případně týká, jsme se posudkových lékařů také ptali, jak celkově hodnotí svůj současný rozsah spolupráce se sociálním pracovníkem v oblasti posuzování stupně závislosti. Navzdory tomu, že, jak ukazují výše uvedená data, je spolupráce a komunikace mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky minimální a zkušenosti s ní má malý podíl respondentů, většině těchto respondentů i tak připadal tento rozsah spolupráce „spíše dostatečný“ či zcela dostatečný“. Jen cca čtvrtina výzkumného souboru stávající rozsah své spolupráce jako dostatečný nevnímala (viz graf č. 12).

Graf č. 12 Hodnocení rozsahu spolupráce se sociálními pracovníky agentury PnP



Ti z posudkových lékařů, kteří považovali stávající rozsah spolupráce se sociálními pracovníky agendy PnP za nedostatečný, byli dále požádáni, aby zvážili různé okolnosti, které mohou působit jako překážka větší vzájemné spolupráce (seznam testovaných okolností, viz tabulka č. 12). Hodnocením na škále 1 – 6 respondenti vyjadřovali názor na tyto okolnosti z hlediska jejich vlivu na vzájemnou spolupráci se sociálními pracovníky. Čím větší číslo, tím větší překážku pro vzájemnou spolupráci daná okolnost dle jejich názoru představuje, tzn. 1 - není vůbec žádná překážka až 6 – velmi výrazná překážka. To znamená, že čím větší hodnoty průměru (a mediánu a modu) bylo u dané okolnosti dosaženo, tím silněji posudkoví lékaři tuto okolnost vnímali jako překážku spolupráce se sociálními pracovníky. Z tabulky č. 12 lze pak vyčíst, že jako výrazně největší překážku spolupráce vnímají posudkoví lékaři to, že sociální pracovníci a posudkoví lékaři působí pod různými organizacemi. Druhou největší překážkou pak podle posudkových lékařů je jejich vlastní velká pracovní zátěž a třetí v pořadí pak fakt, že způsob spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři není formálně upraven. Naopak téměř vůbec nespátřují překážku spolupráce v podpoře nadřízených, ale nepociťují, že by sociální pracovníci nebyli ochotni spolupracovat a rovněž pracovní zátěž sociálních pracovníků není dle posudkových lékařů zásadní překážka větší míry spolupráce (viz tab. č. 12).

Tab. č. 12 – Překážky spolupráce posudkových lékařů a sociálních pracovníků agentury PnP

Okolnost	Průměr	Medián	Modus
malá ochota sociálních pracovníků spolupracovat	2,51	2,0	1
velká pracovní zátěž sociálních pracovníků	3,04	3,0	3
naše vlastní velká pracovní zátěž	4,61	6,0	6
způsob spolupráce není dostatečně formálně upraven	4,8	5,0	6
není jasné, kdo má spolupráci zahájit	4,02	5,0	6
není jasné, v jakých případech má ke spolupráci dojít	3,86	4,0	6
není jasné, co má být výsledkem spolupráce mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem	3,51	3,0	1
chybí organizační předpoklady pro spolupráci /přímá telefonní čísla, čas vyhrazený pro spolupráci, prostory pro vzájemné setkávání apod./	4,39	5,0	6
pro spolupráci chybí na našem pracovišti dostatečná podpora ze strany nadřízených	2,39	1,0	1
chybí dostatečné metodické vedení zaměřené na spolupráci	4,12	5,0	6
délka správní lhůty pro vydání rozhodnutí	3,65	3,0	3
zařazení sociálních pracovníků a posudkových lékařů pod dvě různé organizace	4,92	6,0	6

VI. VHODNÉ ZPŮSOBY FUNGOVÁNÍ VYBRANÝCH ASPEKTŮ AGENDY PNP A POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI

Jedním z důležitých cílů provádění dotazníkového šetření bylo zmapovat, jaké jsou názory a postoje posudkových lékařů k případným změnám v nastavení posudkové praxe, a to zejména v oblasti míry a způsobu nastavení spolupráce se sociálním pracovníkem a v oblasti případného zapojení dalších odborníků do posuzování stupně závislosti. Snažili jsme se podchytit, jaká z možných uspořádání by posudkovým lékařům přišla vhodná či přijatelná a co naopak shledávají jako nežádoucí.

VI. I. Podmínky spolupráce se sociálním pracovníkem a role posudkového lékaře a sociálního pracovníka

V souvislosti s otázkou možností dosažení užší kooperace sociálních pracovníků agentury PnP a posudkových lékařů jsme definovali do dotazníku řadu různých typů podmínek (v podobě různých organizačních, procesních, metodických opatření, viz tabulka č. 13) a zjišťovali jsme, do jaké míry by dle dotazovaných posudkových lékařů bylo pro proces stanovení stupně závislosti užitečné či žádoucí takové podmínky v agendě posuzování stupně závislosti zajistit.

Respondenti byli požádáni, aby se k jednotlivým opatřením či postupům vyjádřili z hlediska toho, do jaké míry by je vnímali jako užitečné či neužitečné v procesu řízení o příspěvek na péči. Respondenti užitečnost jednotlivých opatření hodnotili na škále 1 – 6, kdy čím větší číslo, tím užitečnější by dle jejich názoru dané opatření bylo; tzn. 1 – je to „zcela neužitečné“ až 6 – „velmi užitečné“.

Z tabulky č. 13 je patrné, že téměř všechna z tímto způsobem hodnocená opatření by posudkoví lékaři považovali za spíše či dosti užitečná. Ve všech z nich kromě posledních dvou je hodnota modální kategorie 6, tzn. nejčastěji zastoupená odpověď byla „velmi užitečné“. Podíváme-li se takto na hodnoty mediánu a průměrů, pak tři nejvíce žádoucí opatření směřují ke sblížení ideového a k praktické proveditelnosti provázání práce – tzn. za nejvíce užitečné posudkoví lékaři označovali sdílení písemných metodických materiálů mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky, dále obecně vzájemnou obeznámenost s prací s toho druhého a společný informační systém. Jako velmi málo užitečné či neužitečné naopak respondenti označovali vyhrazování prostor pro společné setkávání či ustavení osoby, která by byla za koordinaci spolupráce zodpovědná.

Tab. č. 13 Hodnocení užitečnosti vybraných postupů či opatření

OPATŘENÍ ČI POSTUP	PRŮMĚR	MEDIÁN	MODUS
posudkoví lékaři a sociální pracovníci sdíleli písemné metodické materiály	4,66	5,0	6
posudkoví lékaři a sociální pracovníci by byli lépe obeznámeni se způsobem práce toho druhého	4,24	5,0	6
byla by organizována společná školení posudkových lékařů a sociálních pracovníků	3,79	4,0	6
byly by organizovány společné metodické dny posudkových lékařů a sociálních pracovníků	3,73	4,0	6
byla by stanovena pravidla spolupráce posudkových a sociálních pracovníků lékařů závazná pro obě strany	4,12	4,0	6
bylo v odůvodněných případech možné získat čas na spolupráci se sociálním pracovníkem prodloužením správní lhůty pro vypracování posudku	3,67	4,0	6
posudkoví lékaři i sociální pracovníci byli zaměstnání v rámci jedné organizace	3,95	4,5	6
byl k dispozici informační systém, který by umožňovat sdílení informací mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky	4,27	5,0	6
posudkoví lékaři a sociální pracovníci by měli k dispozici prostory, kde by se mohli sejít k jednání	3,17	3,0	1
byla by ustanovena osoba zodpovědná za koordinaci spolupráce posudkových lékařů a sociálních pracovníků	2,66	2,0	1

Vedle různých typů opatření na posílení spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem jsme obdobným způsobem jako v předchozím případě zjišťovali názory posudkových lékařů na možné (pře)nastavení rolí, pravomocí a významu sociálních pracovníků a posudkových lékařů v procesu posuzování stupně závislosti. Dotazovaní posudkoví lékaři byli požádáni, aby se vyjádřili k sedmi možným variantám toho, jakou roli by posudkoví lékaři a sociální pracovníci mohli mít v posuzování stupně závislosti a jaký význam by mohl mít pohled posudkových lékařů a sociálních pracovníků – z hlediska jeho váhy a případně toho, zda by tyto dvě odbornosti sledovaly stejné či rozdílné oblasti životní situace a stavu žadatele. Všechny tyto možnosti, které jsme takto testovali, jsou spolu s hodnocením posudkových lékařů uvedeny níže v tabulce č. 14. Respondenti na škále 1 – 6 hodnotili, za jako vhodnou či naopak nevhodnou možnost dané nastavení považují – čím větší číslo, tím je daná možnost podle názoru respondenta více vhodná – tzn. 1 - „je to zcela nehodné“ až 6 – „je to velmi vhodné“.

Z tabulky č. 14 lze vyčíst, že dotazovaní posudkoví lékaři žádnou z variant jiného nastavení posudkové praxe ve smyslu posunu v rolích sociálních pracovníků a posudkových lékařů nevnímají jako vhodné. Kromě varianty „zachování stávajícího způsobu určování stupně závislosti bez výraznějších změn“, u níž většina odpovědí (modus) představovala hodnotu 6 (tedy „velmi vhodné“) a průměr dosáhl hodnoty 4,1, se hodnoty dosažené u všech ostatních variant držely v první nižší polovině škály, tzn. v hodnotách, které označují málo vhodná či zcela nevhodná řešení. Z hlediska posudkových lékařů se pak jako nevhodné varianty jeví zejména ty, u kterých by rozhodnutí o stupni závislosti spočívalo více či výhradně na sociálním pracovníkovi.

Tab. č. 14 hodnocení vhodnosti vybraných variant nastavení posuzování stupně závislosti

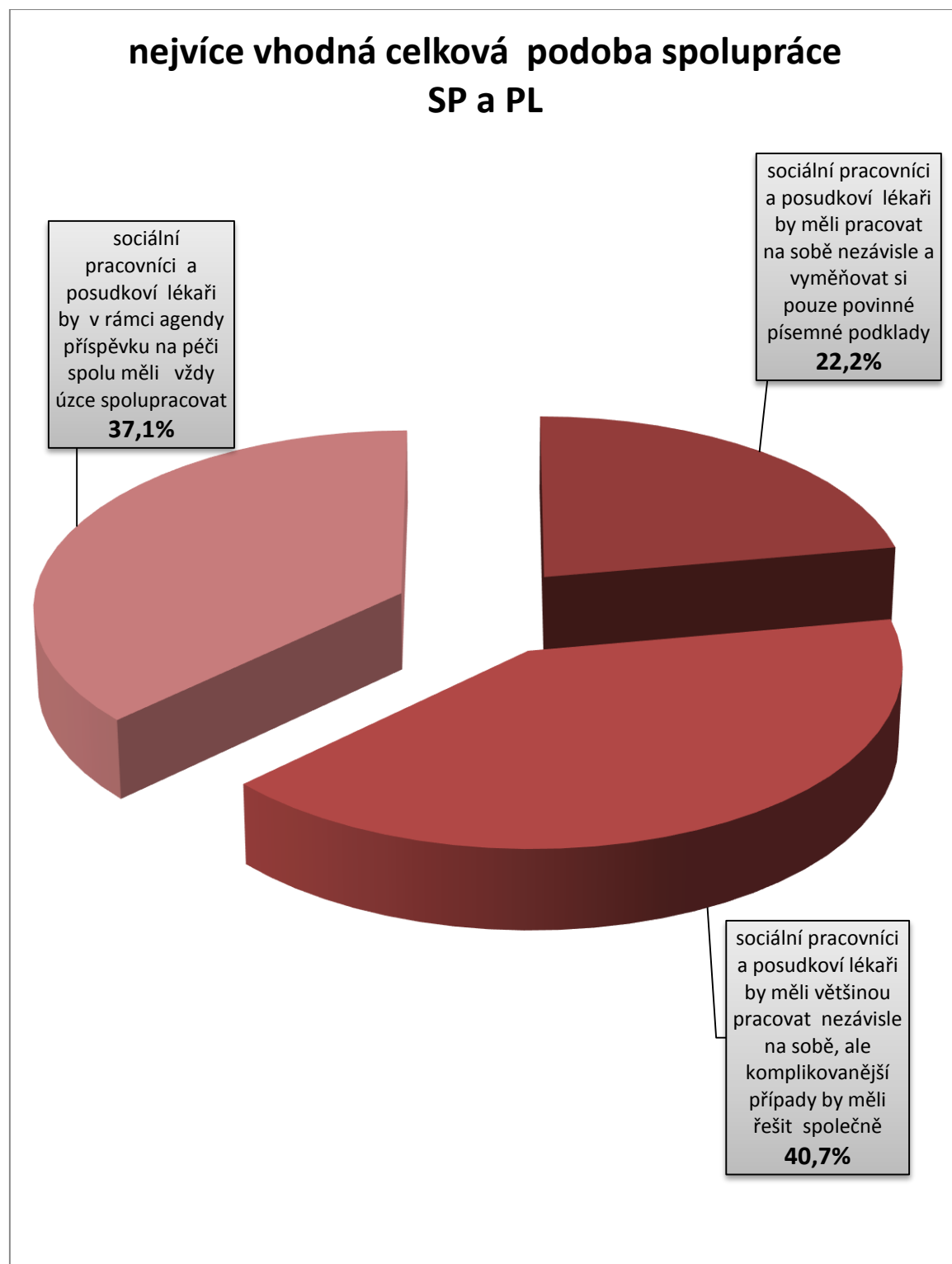
Postup	PRŮMĚR	MEDIÁN	MODUS
zachování stávajícího způsobu určování stupně závislosti bez výraznějších změn	4,01	4,0	6
sociální šetření by nebylo povinné a posudkový lékař by rozhodoval, zda si ho vyžádá či nikoliv a do jaké míry k němu přihlédne. O stupni závislosti by i nadále rozhodoval posudkový lékař.	2,61	2,0	1
sociální šetření by bylo zcela zrušeno a posudkový lékař by rozhodoval pouze na základě lékařské dokumentace a případně vlastních vyšetření	2,05	1,0	1
sociální pracovník a posudkový lékař by nezávisle na sobě posuzovali stejné oblasti základních životních potřeb a poté by společně museli dojít ke shodě o stupni závislosti	1,68	1,0	1
sociální pracovník a posudkový lékař by posuzovali každý jiné předem dané oblasti života žadatele a výsledný stupeň závislosti by byl součtem jejich posouzení	1,75	1,0	1
o stupni závislosti by na základě sociálního šetření a s přihlédnutím k závěru posudkového lékaře rozhodoval sociální pracovník	1,45	1,0	1
o stupni závislosti by rozhodoval sociální pracovník pouze na základě sociálního šetření	1,44	1,0	1

Kromě toho, že jsme posudkovým lékařům předložili k ohodnocení sedm výše uvedených variant s tím, že se vyjadřovali ke každé z nich zvlášť, požádali jsme je také o to, aby z obecněji definovaných tří modelů míry spolupráce mezi posudkovými lékaři vybrali jeden, který na základě svých zkušeností považují za nejvíce vhodný. Respondenti v tomto případě měli volit jeden z následujícím způsobem popsanych modelů týkajících se míry spolupráce: A. „sociální pracovníci a posudkoví lékaři by měli pracovat na sobě nezávisle a vyměňovat si pouze povinné písemné podklady“; B. „sociální pracovníci a posudkoví lékaři by měli většinou pracovat nezávisle na sobě, ale komplikovanější případy by měli řešit společně“; C. „sociální pracovníci a posudkoví lékaři by v rámci agendy příspěvku na péči spolu měli vždy úzce spolupracovat“.

Současné praxi nejvíce odpovídá model A, to znamená takový postup, kdy sociální pracovníci spolupracují minimálně a málokdy nad rámec výměny povinných písemných podkladů. To ostatně dokládá i řada výše prezentovaných dat, která se týkají právě frekvence kontaktů mezi

posudkovými lékaři a sociálními pracovníky a současné míry jejich vzájemné spolupráce. Navzdory tomu, že i takto nízkou míru spolupráce s minimem vzájemných kontaktů považovalo téměř 75% respondentů za „spíše dostatečnou“ či „zcela dostatečnou“ (viz výše graf č. 12), pokud se totiž respondenti měli rozhodnout pro jeden z uvedených modelů spolupráce, rozložení získaných odpovědí vypadá jinak. Pro model, který odpovídá současné praxi se vyslovilo jen cca 22% dotázaných. Zbytek respondentů se téměř rovnoměrně přiklonil k jedné z následujících dvou možností, které obě zahrnují vyšší míru spolupráce sociálních pracovníků a posudkových lékařů, než jak je dnes obvyklým standardem. Z grafu č. 13 vyplývá, že necelých 41% dotazovaných posudkových lékařů by chtělo řešit komplikovanější případy v užší společně se sociálním pracovníkem a zhruba 37% respondentů se vyslovilo pro celkově úzkou spolupráci mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky.

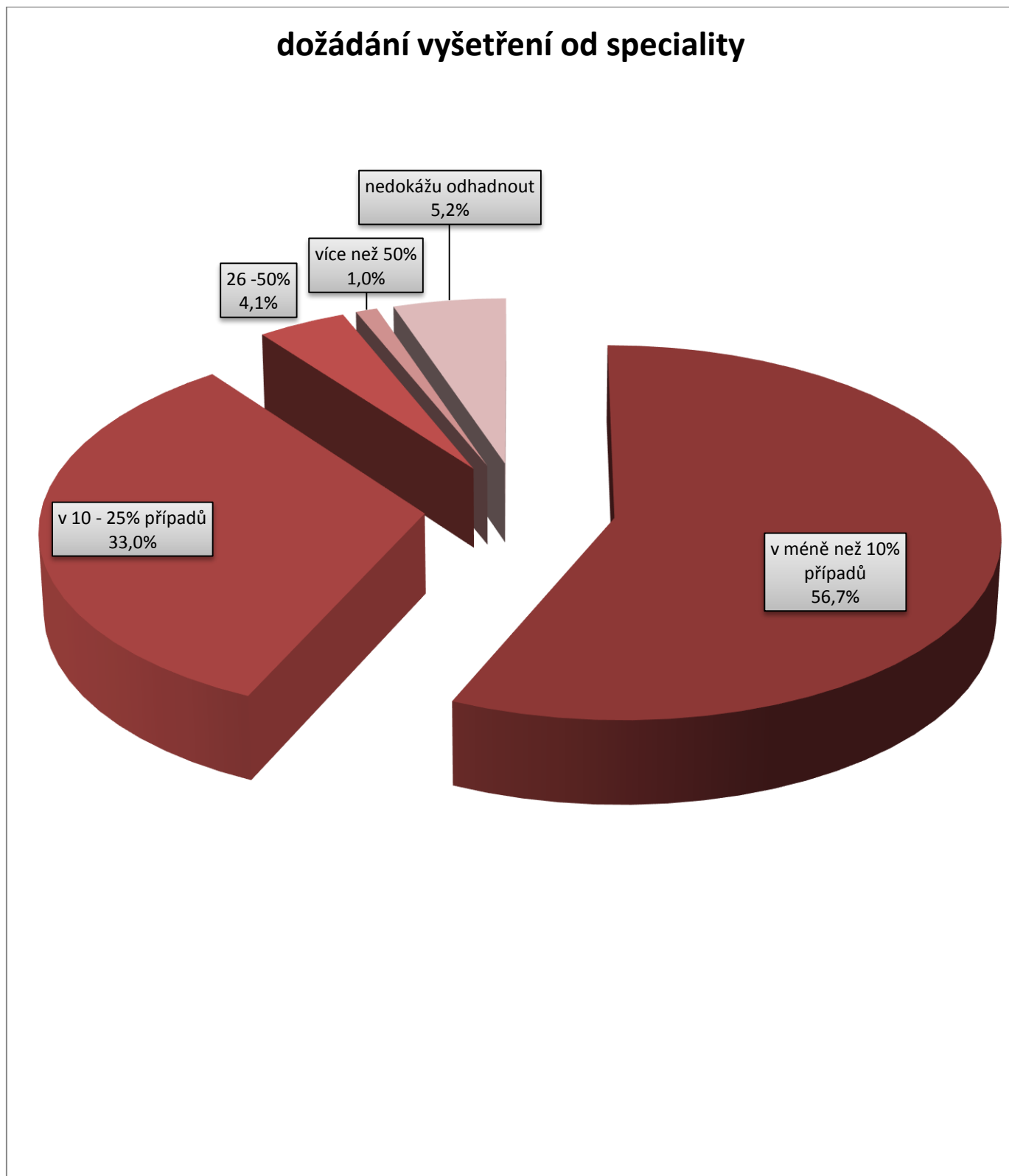
graf. č. 12 – hodnocení vhodnosti míry spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálním pracovníky



VI.2. Spolupráce s dalšími odborníky

Kromě otázek spojených s problematikou spolupráce posudkových lékařů a sociálních pracovníků agendy PnP jsme se zaměřili také na téma zapojení dalších odborníků, a jak se tato možnost posudkovým lékařům jeví. Co se týče zapojení dalších specialistů z řad lékařů, k tomu dochází v určité formě již ve stávající posudkové praxi. Kromě toho, že žadatelé mohou sami dokládat a dokládají svůj zdravotní stav zprávami od příslušných lékařů-specialistů, může si i posudkový lékař takové vyšetření vyžádat přímo v souvislosti s posuzováním stupně závislosti a pro tyto potřeby. V této souvislosti žádali jsme dotazované posudkové lékaře, aby se pokusili odhadnout, jak často, resp. v jakém podílu posuzovaných případů žádají pro potřeby posouzení stupně závislosti o další vyšetření posuzovaného lékařem – specialistou, abychom si udělali představu, jak rozšířená tato praxe v současné době je. Z odpovědí, které nám dotazovaní lékaři na tuto otázku poskytli, se jeví, že žádat o vyšetření specialitou není běžný postup, rozhodně ne rutinní praxe. Více než polovina dotázaných uvedla, že tak činí v méně než 10% případů (viz graf č. 13).

graf č. 13 – odhadovaný podíl posuzovaných případů, kdy je žádáno posudkovým lékařem vyšetření specialisty



Další otázky se týkaly možností zapojit do posuzování další odborníky a odbornosti, případně využít při posuzování stupně závislosti multidisciplinární tým, resp. názorů posudkových lékařů na tuto možnost. Zajímalo nás, jak posudkoví lékaři na základě svých zkušeností vnímají možnost, že by posudkový lékař alespoň v některých případech rozhodoval na základě podkladů i od dalších nelékařských odborníků, jiných, než jsou sociální pracovníci. Ti z respondentů, kteří by toto považovali za vhodné, pak mohli uvést, o jaké odbornosti by se podle jejich názoru mohlo jednat.

Většina posudkových lékařů však nepovažuje za vhodné rozšířit, byť v některých případech, podklady, na jejichž základě rozhodují, i o podklady od dalších nelékařských odborníků. Více než $\frac{3}{4}$ respondentů tuto možnost zamítlo – viz graf č. 14.

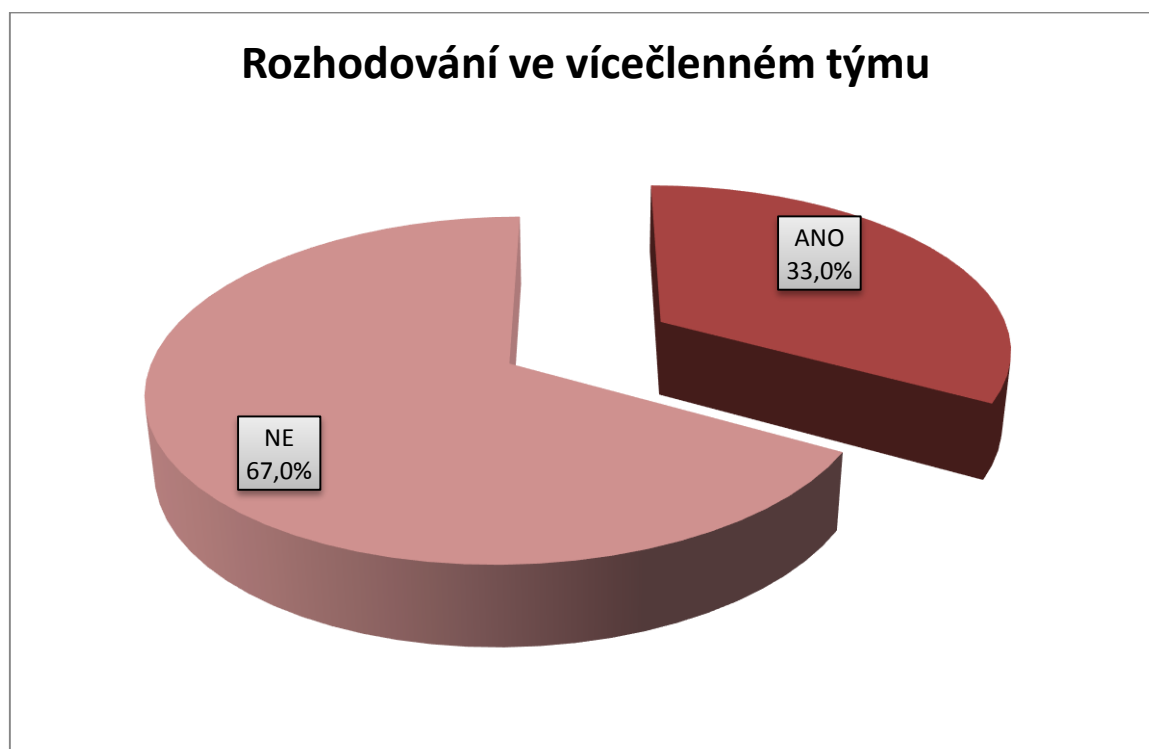
graf č. 14 – vhodnost rozhodování o stupni závislosti i na základě podkladů od nelékařských odborníků



Ti z posudkových lékařů, kteří by zohlednění podkladů či vyjádření od různých nelékařských odborností vnímali jako vhodné, pak nejčastěji uváděli, že by těmito odborníky měli být fyzioterapeuti, psychologové/ kliničtí psychologové či v případě dětí také pedagogičtí pracovníci. Několik posudkových lékařů uvedlo v této souvislosti i logopeda.

Zatímco předchozí otázka se týkala zohledňování podkladů od nelékařských odborníků, přičemž rozhodování by prováděl pouze posudkový lékař, zajímal nás názor posudkových lékařů i na možnost, že by se přímo rozhodování o stupni závislosti zúčastnilo více odborníků. Respondentům jsme položili otázku, zda by podle jejich názoru bylo vhodné, aby posouzení stupně závislosti vždy prováděl dvou nebo vícečlenný tým. Je zajímavé, že zatímco pro zohledňování dalších podkladů při posuzování stupně závislosti bylo zhruba 22% dotazovaných (viz výše graf č. 14), pro možnost, že by ve všech případech bylo rozhodování o stupni závislosti záležitostí vícečlenného týmu, se vyslovilo o 11% více respondentů, tzn. 33% by tuto možnost považovalo za vhodnou (viz graf č. 15).

Tab. č. 15 – Vhodnost rozhodování o stupni závislosti ve vícečlenném týmu



Dotazovaným posudkovým lékařům, kteří na otázku, zda by bylo vhodné provádět posuzování o stupni závislosti ve dvou či vícečlenném týmu, dali zápornou odpověď, byla položena ještě doplňující otázka, a to týkající se vhodnosti posuzovat týmově alespoň určité typy případů. U každého z vybraných typů případů (jejich seznam viz tabulka č. 15) se dotazovaní lékaři mohli vyjádřit, zda a příp. jak často by podle jejich názorů a zkušeností mohlo být vhodné, aby stupeň závislosti u takového typu případů či situací posuzovat vícečlenný tým. Z tabulky č. 15 lze vidět, že u všech typů tímto způsobem testovaných případů se dotazovaní lékaři nejčastěji vyjadřovali záporně, tzn. domnívali se, že by v uvedených případech nebylo vhodné provádět

posouzení v týmu „nikdy“. Podíváme-li se na odpovědi „někdy“, z hlediska toho, že by dle názorů respondentů v daném typu případů bylo někdy vhodné je posuzovat v týmu, pak nejčastěji takto byly vyhodnoceny typy případů, kdy se jedná o duševní onemocnění, vzácná onemocnění a případy nejasného budoucího vývoje onemocnění. Nejčastěji se všem dotazovaní lékaři shodovali v tom, že pokud by v některém typu případů či situací bylo týmové posouzení vhodné, pak to jsou případy, kdy žadatel neúspěšně opakovaně žádá o PnP/zvýšení PnP - u tohoto typu případů se nejvíce respondentů vyjádřilo, že by měly být týmem posuzovány „vždy“.

Tab. č. 16 – vhodnost rozhodování v multidisciplinárním týmu ve vybraných typech případů

Typ případů	Vhodnost posuzování vícečlenným týmem				
	VŽDY	NĚKDY	NENÍ POTŘEBA	NEDOKÁŽU ODHADNOUT	CELKEM
kolísavý zdravotní stav /tzn. zdravotní potíže a míra soběstačnosti se opakovaně výrazně mění/	0,8%	18,5%	63,1%	17,7%	100%
kumulace více zdravotních potíží, více chorob či postižení	0%	20,0%	70,8%	9,2%	100%
vzácná onemocnění	2,3%	33,1%	52,3%	12,3%	100%
duševní onemocnění	0,8%	32,3%	60,0%	6,9%	100%
případy, kdy k přesnému stanovení diagnózy není k dispozici specialista	3,1%	25,4%	55,4%	16,2%	100%
případy výrazně nejasného budoucího vývoje onemocnění	3,1%	31,5%	53,8%	11,5%	100%
případy, kdy žadatel neúspěšně opakovaně žádá o PnP/zvýšení PnP	13,1%	32,3%	45,4%	9,2%	100%
případy, kdy by měl mít posudek platnost dva roky a méně	3,1%	16,2%	70,0%	10,8%	100%

VII. SHRNUTÍ

Ze získaných odpovědí posudkových lékařů na otázky položené v rámci dotazníkového šetření zaměřeného na různé aspekty současné posudkové praxe v oblasti posuzování nároku na příspěvek na péči a také názory a postoje posudkových lékařů na možné změny, případně varianty jiných nastavení posudkové praxe v této oblasti, se ukazuje, že bytí není tato praxe z hlediska posudkových lékařů optimální, velké změny této praxe by posudkoví lékaři také nepovažovali v současné době za vhodné či žádoucí.

Celkově lze shrnout, že posudkoví lékaři vnímají svoji pracovní zátěž na agendě posuzování stupně závislosti jako značnou, a podle jejich názoru je právě jejich vysoká pracovní zátěž jednou z výrazných překážek rozvoje jejich větší spolupráce se sociálními pracovníky agenty příspěvku na péči. Tato spolupráce je nyní celkově velmi utlumená. Z odpovědí posudkových lékařů na otázky, týkající se komunikace a spolupráce se sociálními pracovníky agenty PnP na kontaktních pracovištích Úřadu práce ČR je patrné, že k různým formám komunikace dochází spíše okrajově a o spolupráci jako takové nelze v podstatě vůbec hovořit. Ke společnému řešení komplikovanějších případů v podstatě nedochází, posudkoví lékaři uváděli jen sporadickou komunikaci, přičemž k osobní komunikaci nedochází dle jejich sdělení prakticky vůbec – pokud se nějaká komunikace obvykle týkající se administrativních náležitostí posudku či zpřesňování informací potřebných ke stanovení stupně závislosti odehrává, pak nejčastěji telefonicky či emailem, ale velmi často k ní dochází pouze zprostředkovaně, tj. skrze referenty/tajemníky LPS.

V současné praxi nedochází v podstatě ani k žádným krokům, které by umožnily lépe sladit pohled a přístup posudkových lékařů a sociálních pracovníků a lépe rozpoznat, v čem spočívá práce toho druhého, jaká jsou vzájemná očekávání, podle jakých postupů a metodik protějšek v agendě řízení o PnP atd. – dle našich zjištění se většina respondentů se sociálními pracovníky pravidelně neschází či dokonce zatím nikdy nesešla – např. v podobě společných školení, metodických dnů apod. Přitom z odpovědí na otázky týkající se podmínek a opatření, které by vedly k větší spolupráci mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky, uváděli respondenti právě sdílení metodických materiálů a celkové lepší poznání toho, v čem spočívá práce toho druhého.

V oblasti nastavení podoby a míry spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky docházelo v odpovědích lékařů k patrným inkonzistencím, což není v podobných typech šetření neobvyklé a znamená to, že respondenti nemají na danou problematiku vyhraněný názor už jenom z toho důvodu, že se jedná o komplexní problém. Jak již bylo řečeno, z odpovědí na otázky, týkající se nastavení stávající praxe vyplývá, že frekvence kontaktů mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky je nízká a spolupráce na většině pracovišť neexistuje, nicméně i tak většina posudkových lékařů označila stávající rozsah spolupráce za dostatečný. Na druhou stranu respondenti jako velmi vhodná vyhodnotili řadu opatření, která by vedla ke sblížení práce posudkových lékařů a sociálních pracovníků. Pokud měli respondenti zvolit optimální model spolupráce se sociálním pracovníkem, pak jen menšina z nich se přiklonila k variantě, která odpovídá stávajícímu stavu, tzn. minimální spolupráci a omezení kontaktů a komunikace především na výměnu povinných materiálů. Respondenti se spíše

vyslovovali pro větší spolupráci v případě řešení komplikovaných případů či pro celkově užší spolupráci posudkových lékařů a sociálních pracovníků.

Co se týče možnosti rozšířit podklady, na jejichž základě posudkový lékař rozhoduje o stupni závislosti, či rozšířit počet odborníků, kteří by o stupni závislosti rozhodovali, tak i když se většina respondentů nepřiklonila ani k jedné z těchto možností, větší podíl z těch, co s nějakou z těchto možností souhlasili, se přiklonil spíše k rozhodování v týmu, než k rozšíření spektra podkladů – a to navzdory tomu, že ke stávajícím podkladům od sociálních pracovníků a praktických lékařů měli respondenti řadu výhrad. Či možná právě proto se mohou domnívat, že ani další podklady by nebyly v takové kvalitě, aby jim rozhodování o stupni závislosti výrazně usnadnily. Z hlediska to, v jakých případech či situacích by mělo nastoupit týmové rozhodování o stupni závislosti, se posudkoví lékaři pak nejčastěji vyslovili pro možnost, aby tak bylo postupováno v případech žadatelů, kteří o příspěvek na péči nebo jeho zvýšení žádají opakovaně a neúspěšně.