

Možnosti a podmínky uplatňování Case managementu v sociální práci na obecních úřadech zaměřené na klienty v životních situacích dlouhodobé péče

Olga Hubíková

Brno 2018

I. ÚVOD.....	3
II. METODOLOGIE	5
III. POMOC V ŽIVOTNÍ SITUACI DLOUHODOBÉ PÉČE V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PRÁCE VYKONÁVANÉ NA OBECNÍCH ÚŘADECH	9
III. 1. Pomoc v situaci dlouhodobé péče jako staronové téma sociální práce na obcích	10
III.2. Způsob vyhledávání / kontaktování osob v životní situaci dlouhodobé péče.....	14
III. 3. Služby a další formy pomoci	20
III. 4. Formy intervence ze strany sociálních pracovníků ORP	23
III.4.1. Jednorázová/krátkodobá intervence	25
III.4.2. Dlouhodobá/kontinuální intervence.....	27
IV. CASE MANAGEMENT	29
IV. 1. Koncepty, modely a fáze CM v teorii a praxi.....	29
IV.1.1. Vznik a vývoj Case managementu	29
IV.1.2. Obecná definice CM	31
IV.1.3. Modely a varianty CM	32
IV.1. 4. Fáze case managementu	34
IV. 2. Funkce a role case managera.....	35
IV.3. Case management a sociální práce.....	37
IV. 4. Case management v ČR	38
IV. 5. Výsledky empirického šetření uplatňování CM v sociální práci na obecních úřadech	41
IV.5.1. Zkušenosti sociálních a vedoucích pracovníků na obecních úřadech s CM.....	42
IV.5.2. Pojetí case managementu pracovníky sociálních odborů/oddělení.....	45
IV.5.3. Spolupráce s dalšími subjekty v pomoci lidem v životní situaci dlouhodobé péče	49
IV.5.4. Překážky uplatňování CM v sociální práci na obecních úřadech	61
IV.5.5. Předpoklady pro uplatňování CM v sociální práci na obecních úřadech.....	67
IV.5.6. Podmínky na obecních úřadech a předpoklady na straně sociálních pracovníků pro uplatňování CM či zastávání role case managera sociálním pracovníkem	71
IV.6. Péče o sociální pracovníky a péče sociálních pracovníků o sebe jako předpoklad uplatňování CM	75
IV.6.1. Význam péče o sebe pro výkon sociální práce	77
IV.6.2. Rizikové faktory v podmínkách sociální práce na obecních úřadech	78
IV.6.3. Strategie a nástroje kompenzace dopadů nároků práce na sociální pracovníky.....	82
V. ZÁVĚR - SYNTÉZA A DOPORUČENÍ	87
V.1. Case management v pomoci v životních situacích dlouhodobé péče	87
V.2. Dvojí inovace.....	91

V.3. Doporučení	92
LITERATURA.....	97
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK	99
SEZNAM ZKRATEK.....	100

I. ÚVOD

Obsahem předkládané výzkumné zprávy je souhrn poznatků, získaných v rámci řešení projektového zadání *Analýza uplatňování case managementu a posouzení možností a limitů této metody při výkonu sociální práce na obecních úřadech, zaměřené na podporu poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí, včetně zvážení organizačních podmínek a připravenosti sociálních pracovníků k zavádění této metody*. Zadavatelem projektu byl odbor sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení Mgr. Leona Svobodová a jeho řešitelem brněnské výzkumné centrum VÚPSV v. v. i. Doba realizace výzkumu byla 8 měsíců, od 1.9. 2017 do 30.4. 2018.

Výzva prozkoumat možnosti case managementu ve vztahu k pomoci a podpoře lidem v situaci dlouhodobé péče vyvstává z toho, že v posledních letech v českém kontextu vzrůstá rozpoznání a uznání nezbytnosti pomoci v situacích dlouhodobé péče včetně dlouhodobě pečujících osob a rodin, což se stalo i jedním ze strategických cílů MPSV.

Neformální pečovatelé, zejména rodinní pečovatelé, představují základní prvek systémů dlouhodobé i střednědobé péče v mnoha evropských zemích. Např. v Rakousku odhaduje Spolkové ministerstvo práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitelů, že přibližně 80 % dlouhodobé péče je zajišťováno neformálními či konkrétně rodinnými pečovateli. Rovněž v České republice rodinná péče výrazným způsobem „odlehčuje“ formálním poskytovatelům péče, tj. sociálním službám, a tedy zejména veřejným rozpočtům. Jak dokládají statistiky MPSV (2010), přibližně 70 % příjemcům příspěvku na péči je dlouhodobá péče poskytována pouze neformálním pečovatelem, což je ve většině případů rodinný příslušník či jiná blízká osoba.

Z dosud získaných poznatků vyplývá, že situace poskytování dlouhodobé péče je spojena s řadou rizik a vzrůstá potřeba podpory osob, které dlouhodobou péči poskytují. Na úrovni sociální práce je tak třeba věnovat pozornost hledání, zkoumání možností, implementaci a dalšímu rozvoji metod, které mají potenciál na multiproblémovou situaci spojenou s dlouhodobou péčí adekvátně reagovat. Case management je jedna z profesionálních metod sociální práce, jejíž význam spočívá v nastavení jednotného postupu různých odborníků a služeb, které směřují ke stabilizaci situace osob a k jejich zplnomocňování tak, aby využívaly své přirozené zdroje. Metoda case managementu představuje komplexní metodu sociální práce, jejíž zavedení a uplatňování v praxi předpokládá určité organizační podmínky, podporu managementu, a také připravenost na straně sociálních pracovníků.

Case management klade vysoké nároky nejen na odbornost, ale i na psychiku pomáhajícího profesionála. V kontextu zavádění nových agend a metod v oblasti sociální práce pak lze považovat za klíčovou odpovídající péči o sebe sociálních pracovníků v přímé práci, neboť je jednou z podmínek pro udržování a rozvíjení kompetencí k výkonu této profese, respektive pro rozvoj profesionalizace profese. Z tohoto důvodu je třeba ve vztahu k podmínkám implementace case managementu a připravenosti sociálních pracovníků tuto metodu využívat a je třeba zvažovat možnosti rozvíjení odbornosti sociálních pracovníků i z hlediska konceptu péče o sebe sociálních pracovníků.

Předmětem výzkumu se tak stalo jednak zjištění, do jaké míry je v současné době sociální práce na obecních úřadech na životní situaci dlouhodobé péče zaměřena a protože se jedná o velmi široký pojem, pak také na jaké skupiny/typy životních situací spojených s dlouhodobou péčí či potřebou dlouhodobé péče je pozornost sociálních pracovníků zaměřena, a jaké skupiny či situace z této pomoci v současné době spíše vypadávají. V souvislosti s tím bylo také zjišťováno, jaké formy pomoci v této oblasti převládají. V souvislosti s case managementem se výzkum soustředil nejen na celkové povědomí o této metodě a praktické zkušenosti s jejím uplatňováním na straně sociálních pracovníků obecních úřadů, ale také na to, jaké podmínky jsou a jaké podmínky by bylo třeba nastavit pro uplatňování této metody. Jak bylo předesláno výše, samostatná pozornost je pak věnována těm podmínkám sociální práce na obecních úřadech, které se vztahují k péči o sociální pracovníky jako o zaměstnance k a rozvoji péče sociálních pracovníků o sebe.

Těmto dílčím tématům odpovídá i členění výzkumné zprávy. Po metodologické kapitole následuje část věnovaná problematice pomoci v situacích dlouhodobé péče na obecních úřadech. Následuje rozsáhlá kapitola věnovaná case managementu, jejíž součástí je i prodloužený teoretický úvod s využitím zahraničních zdrojů, neboť prvotní rešerše ukázaly, že v češtině není k dispozici dostatek teoretických vymezení či přehledových statí na téma case managementu – tzn. tento úvod může sám o sobě sloužit jako vhled, o jak rozmanitě pojímanou metodu vlastně jde. Součástí kapitoly o case managementu je pak podrobná prezentace empirických poznatků, týkajících se různých stránek uplatňování této metody v sociální práci na obecních úřadech, včetně podmínek jejího uplatňování. Jako jedna z podmínek je pak v samostatné podkapitole šířeji pojednána právě problematika péče o sociální pracovníky, případně péče sociálních pracovníků o sebe. Závěrečná kapitola přináší spojení poznatků ve smyslu propojení tématu sociální práce zaměřené na situace dlouhodobé péče a uplatňování case managementu v sociální práci na obcích a soubor doporučení.

II. Metodologie

Jak vyplývá z úvodu, zadání projektu je velmi komplexní a je v něm provázáno několik dílčích témat, z nichž každé samo o sobě je dost rozsáhlé. Jak samotné téma case managementu (CM) na obecních úřadech, tak téma sociální práce zaměřené na pečující a situaci dlouhodobé péče a rovněž i téma péče o sebe na straně sociálních pracovníků jsou i sama o sobě rozsáhlá, složitá témata, která by mohla být předmětem samostatných studií. O to náročnější je, mají-li být v kontextu výkonu sociální práce na obecních úřadech zkoumána, analyzována a případná doporučení formulována s ohledem na provázanost těchto témat. Navíc se jedná o v oblasti sociální práce na obecních úřadech témata poměrně nová, nezavedená, tzn., v běžné praxi každodenní sociální práce na obcích nejsou tyto oblasti etablované. I dostupnost empirického materiálu je tím ztížena, a u těchto témat není ani dostatek tuzemské literatury a empirických výzkumů.

Tomu odpovídá nastavení metodologie výzkumu – smíšený design, tzn. začlenění kvalitativních i kvantitativních výzkumných technik, přičemž kvalitativní část byla pojata jako poměrně rozsáhlá explorační fáze, poměrně silně induktivně založená a k jejímu rozvoji docházelo v interakci s terénem, s empirickými daty – proto tak není možné v příloze poskytnout scénář kvalitativního rozhovoru, neboť ten byl v průběhu sběru dat neustále vyvíjen a modifikován na základě průběžných předběžných analýz získaných dat. Aby došlo k empirickému „nasyčení“ tématu, bylo nutné koncipovat zajištění datových vstupů poměrně rozsáhle. V rámci výzkumu byly, kromě přípravy teoretických vstupů zejména ze zahraničních zdrojů, realizovány tyto výzkumné činnosti:

I. sekundární analýza - Do analýzy byla zařazena vybraná kvantitativní data z dotazníkového šetření zaměřeného na výkon sociální práce v přenesené působnosti na obcích III. typu a ve správních obvodech hl. m. Prahy, které bylo jednou z výzkumných činností projektu TB05MPSV006 – Výzkum spolupůsobení přenesené a samostatné působnosti subjektů veřejné správy při zajišťování dostupnosti sociálních služeb a sociální práce. V rámci dotazníkového šetření byly osloveny všechny obce III. typu a správní obvody hl. m. Prahy, konkrétně vedoucí sociálních odborů/ oddělení. Cílem bylo získat představu o výkonu sociální práce na obcích III. typu v přenesené působnosti. V rámci tohoto výzkumu zaměřeného na CM byla využita především data týkající se některých podmínek sociální práce na obci, a cílových skupin, na něž se sociální pracovníci zaměřují, či podpory sociální práce na obcích ze strany vedení obce.

II. kvalitativní výzkum na ORP - V rámci kvalitativního šetření nemělo smysl postupovat při výběru konkrétních ORP zcela náhodně a zahrnovat i obce, kde s CM ani s pomocí zaměřenou na podporu pečujících nebo v životních situacích dlouhodobé péče nemají zkušenosti, protože vynaložené úsilí/prostředky na sběr těchto dat by vzhledem k účelu výzkumu nebyly efektivní. Od pracovníků, kteří nemají praktické zkušenosti/nebyli proškoleni v těchto oblastech, tzn., nemají podloženou představu o tom, co daná metoda/práce s danou cílovou skupinou obnáší, nelze očekávat dostatečný vhled např. do možností, limitů metody, do toho, co obnáší/vyžaduje práce s danou cílovou skupinou, podmínek stávajících/potřebných, k tomu aby mohl být CM na obcích uplatňován atd.

Nejprve byl tedy proveden určitý screening ORP dle toho, zda bylo možné dohledat, že se sociální odbor/oddělení daného obecního úřadu účastní či účastnil nějakého projektu, zaměřeného na sociální práci s pečujícími, dlouhodobou péčí, nebo na využívání CM. Záměrně byly vytipovány a s žádostí o účast v kvalitativním šetření osloveny obecní úřady, kde bylo možné očekávat, že alespoň někteří sociální pracovníci mají zkušenosti/povědomí alespoň o jedné z daných oblastí – metodě CM nebo sociální práci zaměřené na pomoc a podporu v situaci dlouhodobé péče, pečujících atd.

Do kvalitativního šetření bylo nakonec zahrnuto celkem 12 ORP různé velikostí - malá a střední ORP, bývalá okresní města, krajské město, správní obvody hlavního města Prahy apod. Rozhovory byly uskutečněny s celkem 23 pracovníky, až na výjimky, se sociálním pracovníkem a s jeho bezprostředním nadřízeným (vedoucí sociálního odboru, odboru sociálních věcí a zdravotnictví apod., dle konkrétní obce). Jednalo se o polostrukturované rozhovory zaměřené na sociální práci orientovanou na pečující a na situaci dlouhodobé péče a také na péči o sociální pracovníky, jakožto předpokladu uplatňování komplexních metod sociální práce. Délka jednoho rozhovoru se pohybovala nejčastěji v rozmezí 50 – 60 minut s tím, že rozhovory se scénářem byly zároveň koncipované tak, aby konverzační partneři (participující pracovníci, dotazovaní), měli dostatek prostoru vnášet nová témata, nové úhly pohledu, atd.

III. fokusní skupina - Ačkoliv se zadání projektu týká primárně výkonu sociální práce na obcích, byla součástí výzkumných aktivit také fokusní skupina (FG) se subjekty (službami, spolky, atd.), které se zaměřují či mají projekt apod. orientovaný na pomoc a podporu dlouhodobě pečujících osob. V sociální práci na obecních úřadech totiž v současné době pomoc a podpora této cílové skupiny téměř není ustavena. Z tohoto důvodu byly do výzkumu zapojeny subjekty, které s potřebami, stejně jako s poskytováním různých forem pomoci a podpory této cílové skupině mají zkušenosti. Hlavními tématy FG byla: životní situace a potřeby pečujících a zkušenosti s jejich řešením; možnosti a nástroje pomáhajících pracovníků v pomoci a podpoře pečujících; Case management v sociální práci s pečujícími; a na závěr diskuse o možnostech a limitech přenositelnosti těchto zkušeností do sociální práce na obecních úřadech.

IV. Metoda Delphi - Součástí řešení projektu bylo také zapojení celkem osmi profesionálů – supervizorů. Jednalo se o odborníky-supervizory, kteří poskytují supervizi sociálním pracovníkům s různorodými potížemi a dilematy sociálních pracovníků, která tito pracovníci v souvislosti s výkonem své práce prožívají, a z nichž právě mnohá mohou souviset s problematikou péče o sebe, či se s nedostatkem této péče u sociálních pracovníků mohou setkávat.

Jednalo se o získávání dat metodou Delphi. Tato specifická metoda kvalitativního dotazování umožnila zúčastněným odborníkům vyjádřit svá stanoviska k daným tématům s maximálním ohledem na jejich časové možnosti a také si odpovědi v klidu promyslet. Dotazování mělo dvě fáze a obě probíhaly on-line formou. Oslovení experti se písemně a poměrně rozsáhle vyjadřovali k pěti širěji formulovaným otázkám, či tématům, zahrnujícím vhodné postupy a strategie péče o sebe u sociálních pracovníků, uplatňované či dosud málo uplatňované strategie péče o sebe, rizika zanedbávání této oblasti, překážky péče o sebe i vhodné podmínky, které by péči o sebe u sociálních pracovníků podporovaly.

Cílem bylo především získání expertního náhledu na problematiku péče o sebe u sociálních pracovníků. Výsledky tohoto dotazování se také staly jedním z hlavních znalostních vstupů při koncipování navazujícího dotazníkového šetření mezi sociálními pracovníky obcí s rozšířenou působností na téma jejich péče o sebe.

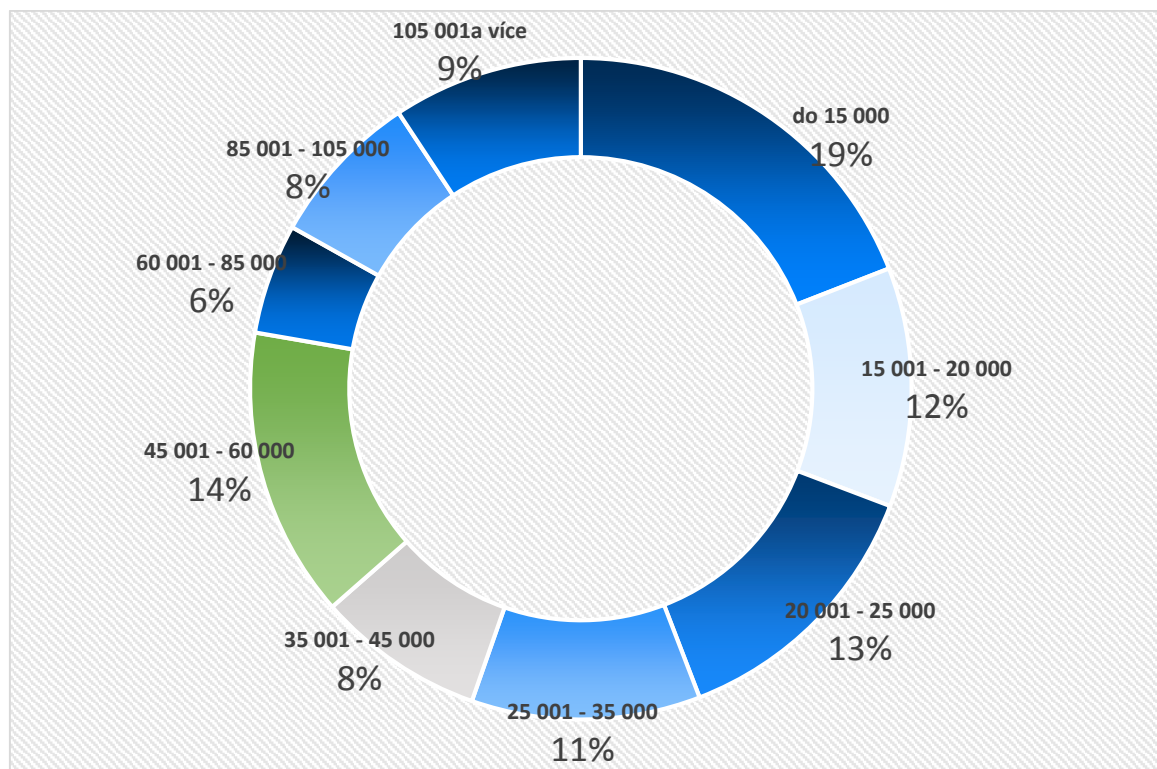
Část oslovených expertů souhlasila s tím, že pokud budou uváděny doslovné citace z jejich expertního vyjádření, mohou být citovány jmenovitě. Část naopak upřednostnila zachování anonymity, a proto, jsou-li jejich vyjádření doslovně citována níže v textu, jsou citována jako „Delphi - anonymní expert“.

V. kvantitativní dotazníkové šetření - Dotazníkové šetření bylo po obsahové stránce koncipováno z velké části na poznacích, které byly získané během předchozích výzkumných fází a bylo žádoucí a možné je ověřit a rozšířit prostřednictvím dotazníkového šetření.

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na sociální pracovníky ORP. Byla vytvořena databáze sociálních pracovníků ORP na základě webových stránek sociálních odborů/oddělení ORP, nicméně z těchto stránek nebylo možné zjistit, které sociální pracovníky je třeba s žádostí o vyplnění dotazníku oslovit. Z většiny webových stránek obcí není zřejmé, na jaké cílové skupiny je konkrétní sociální pracovník zaměřen. Navíc u různých obcí je toto nastaveno různě. Někde mají sociální pracovníci přiděleny určité cílové skupiny, jinde určité lokality v rámci správního obvodu, a tam se zaměřují na všechny cílové skupiny. Nebylo tedy často možné určit, kteří sociální pracovníci dané ORP mají na starosti cílové skupiny, z nichž se mohou rekrutovat lidé v s potřebou dlouhodobé péče či osoby dlouhodobě pečující. Už vůbec pak nelze z informací na webech obcí odvodit, jakými metodami sociální pracovníci pracují, tedy zda mají zkušenosti s uplatňováním CM.

S žádostí o vyplnění dotazníku byly osloveny všechny ORP a sociální pracovníci, aniž ale bylo možné odhadnout reálnou velikost základního souboru – tzn. pro kolik sociálních pracovníků bylo téma, na které byl dotazník zaměřen, relevantní. Celkově dotazník vyplnilo **367** respondentů. Z hlediska rozložení správních obvodů dle lidnatosti byli ve vzorku nejvíce zastoupeni sociální pracovníci z hlediska počtu obyvatel z menších správních obvodů (do 15 000 ob.) a méně často sociální pracovníci správních obvodů s větším počtem obyvatel (viz graf č. 1)

Graf č. 1: Zastoupení respondentů dle lidnatosti správního obvodu ORP (N=367)



Co se týče vzdělání sociálních pracovníků, kteří se zúčastnili kvantitativního šetření, převažovali výrazně respondenti s VŠ vzděláním, z čehož bylo o něco více respondentů s bakalářským stupněm. Dohromady VŠ vzdělání uvádělo téměř 70% respondentů (viz tab. č. 1.).

Tab. č. 1 Rozložení respondentů dle vzdělání

SŠ a maturitou	7,9%
VOŠ	23,2%
VŠ - bakalářský	37,6%
VŠ - Mgr.,PhD.	31,3%

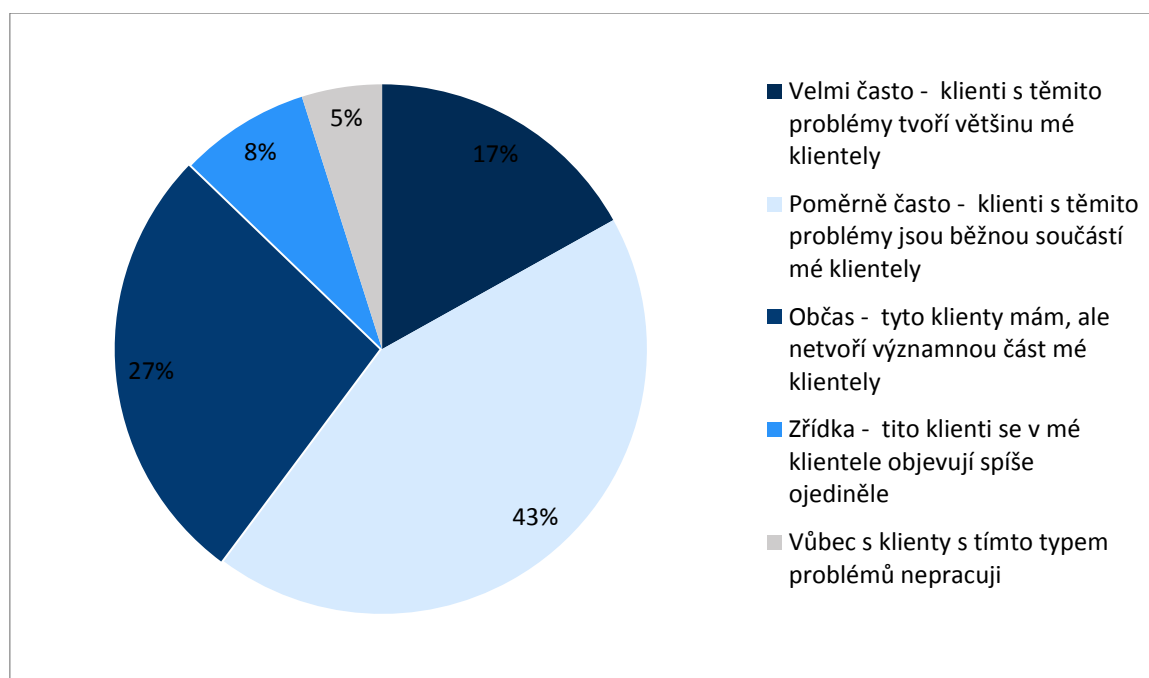
Z pohledu délky praxe na pozici sociálního pracovníka na obecním úřadě dané obce, byli mezi respondenty zastoupeni více pracovníci se střední délkou praxe. I když udávané roky praxe na pozici sociálního pracovníka dané obce na této pozici se pohybovaly v rozpětí 0 – 35 let, častěji byli ve vzorku zastoupeni „služebně mladší“ respondenti. Průměrná délka praxe na pozici sociálního pracovníka dané obce činila – 9,7 let (a 13, 2 let v sociální práci celkově). Při kategorizaci počtu let působení respondentů na pozici sociálního pracovníka na obci do tří skupin, byla nejčastěji zastoupená kategorie 0 – 5 let (43%), dále 6 – 15 let (33,4%) a nejméně často 16 let a více (23,6%). Feminizaci profese sociální práce dobře odráží i zastoupení respondentů dle pohlaví, kdy ve vzorku drtivě převažovaly ženy (87,5%) oproti mužům (12,5%).

III. Pomoc v životní situaci dlouhodobé péče v kontextu sociální práce vykonávané na obecních úřadech

Situace spojené s dlouhodobou péčí v přirozeném prostředí představují v praxi velmi pestrou paletu různých životních situací osob, které dlouhodobou péčí buď potřebují nebo ji poskytují, jejich situace zahrnuje různé další aspekty, jako je např. nedostatek zdrojů různého typu, informací, potíže v interakcích s různými typy subjektů, zdravotní potíže či vyčerpání či vysoký věk na straně pečujících atd. atd. V rámci našeho šetření jsme se snažili jak v rozhovorech, tak i v dotazníkovém šetření diferencovat mezi možnými typy situací spojenými s dlouhodobou péčí, aby bylo zřetelnější nejen to, do jaké míry je pomoc v situaci dlouhodobé péče pro sociální pracovníky celkově tématem, ale také jaké skupiny v rámci této klientely jsou pro ně viditelnější a více se na ně orientují a naopak.

Co se týče celkového zastoupení klientů v různých životních situacích spojených s poskytováním dlouhodobé péče, většina respondentů kvantitativního výzkumu se celkově ve své praxi setkává se situacemi dlouhodobé péče *velmi* nebo *poměrně často*. To znamená, že klienti s těmito problémy tvoří většinu jejich klientely či jsou běžnou součástí jejich klientely (dohromady cca 60%), viz níže graf. č. 2. Necelých 5% respondentů se naopak vyjádřilo, že s těmito klienty nepracují vůbec, a těmto respondentům pak většina dalších otázek zaměřených na situace dlouhodobé péče nebyla pokládána.

Graf č. 2 Jak často celkově ve své praxi sociální pracovník na obecním úřadě pomáhá řešit životní situací spojené s problémy se zajištěním nebo poskytováním dlouhodobé péče. (N=367)



Účastníci fokusní skupiny (viz výše část o metodologii projektu), kteří se rekrutovali s různých typů NNO, projektů apod., zacílených buď především na pečující či komplexně na situace dlouhodobé péče a spolu s tím tedy i na pečující osoby, jednohlasně potvrzovali, že situace dlouhodobé péče je zatížena mnoha problémy a že pečující jsou velmi zranitelný prvek celé situace – být to třeba v prvním období péče tak nemusí v řadě případů vypadat. Problematika pomoci pečujícím je dle jejich

zkušeností chronicky podceňována, a to i ze strany sociální práce. Zároveň hovořili o tom, že se jedná o skupinu vnitřně velmi heterogenní a zároveň nepodchycenou.

„Myslím si, že je to vážné téma, které se neřeší“ (účast. FG)

„Už k nám chodí nejenom rodiny, které pečují o postižené děti, ale právě třeba partneři, kteří pečují o nemocné partnery, nebo své opravdu blízké, a o seniory - rodiče. Ukazuje se tak, že ta potřeba je opravdu velká (...) vnímám velikánský problém ve vyhledávání v tom terénu a oslovování těch potenciálních klientů. Vlastně s tím, že se ukazuje velmi často, že oni ani nevědí, že by něco takového mohli využívat“ (účast. FG)

Když byla **sociálním a vedoucím pracovníkům** položena otázka na dlouhodobou péči, první, co se většině z nich vybavilo, byly senioři a OZP s potřebou dlouhodobé péče a svoji roli viděli především tam, kde nefiguruje žádný rodinný pečující a péči je třeba nějakým způsobem zajistit. Účastníci FG ovšem zdůrazňovali, že jsou to stejně tak situace dlouhodobé péče, u kterých někdy pozvolna, jindy s rychlou gradací, vyvstává potřeba pomoci a podpory – takto se právě některé pomáhající organizace, jejichž zástupci se zúčastnili FG, dostaly k tomu, že svoji pomoc rozšířily i na pečující.

„Cílová skupina samozřejmě nejsou jen ti klienti, ale jsou i ti jejich rodiče, protože stárnou. A těch 25 let pečovali o ty děti s handicapem, ty rodiče, a dneska potřebují pomoc sami. A teď tam máme dvě cílové skupiny a nevíme, komu pomoci dřív. A když zemře ten rodič, tak to dítě dospělý se octne v naprostém vakuu péče.“ (účast. FG)

V této části se podrobněji zaměřujeme na to, jaké místo má v sociální práci na obecních úřadech v současné době pomoc zaměřená na problémy, které souvisejí se životní situací dlouhodobé péče. Tato situace ve zkratce zde nazvaná „životní situace dlouhodobé péče“ v reálu zahrnuje celou širokou škálu klientů, specifických potřeb, potíží či rizik. Je to dáno jednak samotným faktorem „dlouhodobosti“, tedy toho, že tato situace *per se* implikuje, že ji nelze řešit jednorázově, a zejména že nabídnuté či zprostředkované řešení či pomoc bude dostačující „jednou pro vždy“. Dlouhodobá péče má svoji dynamiku a potřeby a rizika, které generuje, jsou tedy proměnlivá.

Dalším atributem toho, co ve zkratce označujeme „životní situace dlouhodobé péče“ je obrovská heterogenita osob, na které se toto označení může vztahovat – osoby s různými typy a s různou závažností zdravotního postižení a nemocí, vyžadující dlouhodobou péče, které se nacházejí v různých rodinných konstelacích, v různých ekonomických a sociálních podmínkách, v různých fázích zajištěnosti či nezajištěnosti potřebné péče. Dále sem patří rodinní pečující či jiné blízké osoby, které tuto péči poskytují či se jí snaží poskytovat. I pečující sami o sobě jsou věkově, sociálně, ekonomicky heterogenní skupina, ale liší se i v tom, do jaké míry péči zvládají či budou schopni zvládat, a z jakých důvodů mají či mohou mít potíže s poskytováním péče. Variabilita situací spolu s kontextem, v němž se péče odehrává, je takřka bezbřehá, a je otázka, co z toho je pro sociální pracovníky obecních úřadů viditelné, srozumitelné, řešitelné a kteří potenciální klienti či které typy problémů mohou zatím zůstat sociálními pracovníky neidentifikovány.

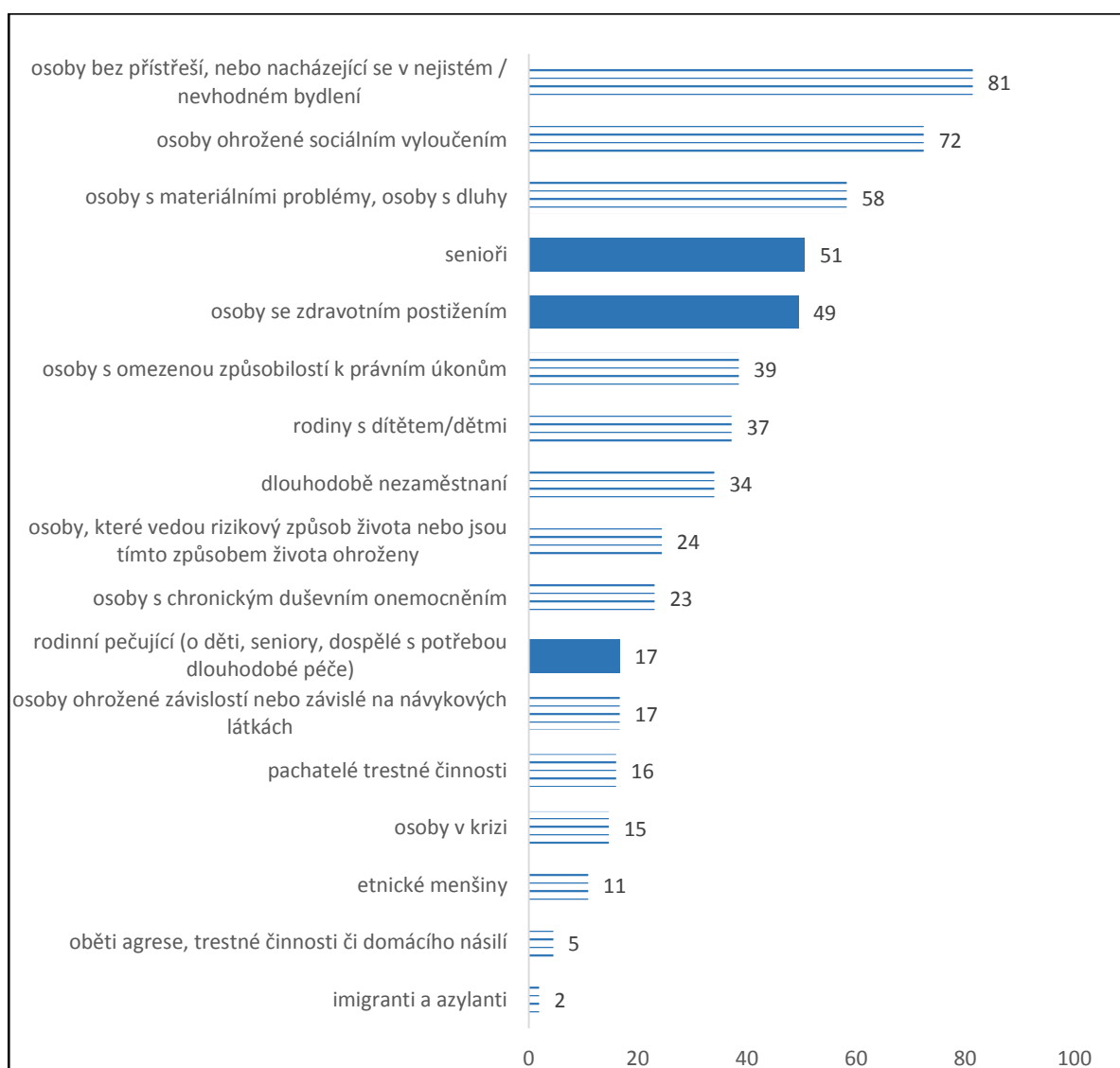
III. 1. Pomoc v situaci dlouhodobé péče jako staronové téma sociální práce na obcích

Z hlediska heterogenity lidí, kterých se může situace dlouhodobé péče nějakým způsobem týkat, se v perspektivě sociální práce na obecních úřadech jedná spíše o „staronové téma“, jak plyne i z analýzy rozhovorů se sociálními a vedoucími pracovníky. Pohled na tuto problematiku z hlediska vnímání „novosti“ tématu značně varioval. Někteří účastníci kvalitativního výzkumu spíše vnímali tradiční skupiny, jakými jsou senioři či lidé se zdravotním postižením, kteří potřebují dlouhodobou péči, a z této perspektivy pak neshledávali na pomoci lidem v situaci dlouhodobé péče nic, co by bylo

pro sociální práci na obecních úřadech novou výzvou např. pro využívání nových postupů, metod sociální práce atd.

Podíváme-li se na data získaná v rámci výzkumu realizovaného v roce 2016 mezi vedoucími pracovníky sociálních odborů/oddělení ORP (viz graf. č. 3), pak si lze udělat představu, jaké cílové skupiny v sociální práci převažují a které z nich naopak patří spíše k okrajovým. Co se situací dlouhodobé péče týče, pravděpodobně skutečně patří k těm etablovanějším senioři a OZP. Pečující osoby byly řazeny respondenty mezi skupiny, s nimiž se v sociální práci na obcích setkávají nejčastěji, jen v 17% případů. Z tohoto grafu je také patrné, že i když senioři a OZP patří mezi etablované cílové skupiny sociální práce na obecních úřadech, dominují sociální práci na obecních úřadech cílové skupiny s problémy s materiální a bytovou nouzí.

Graf č.3 Cílové skupiny, s nimiž se sociální pracovníci v přenesené působnosti setkávají nejčastěji (respondenti mohli označit max. 5 z níže uvedených skupin)v % (N=156)



Zdroj: data z výzkumu Projekt: TB05MPSV006 – Výzkum spolupůsobení přenesené a samostatné působnosti subjektů veřejné správy při zajišťování dostupnosti sociálních služeb a sociální práce

Pokud se dotazovaní pracovníci zamýšleli nad otázkou novosti tohoto tématu v sociální práci na obecních úřadech, často se dostávali k reformě v roce 2012, která byla momentem, v němž začalo

z pohledu některých určité „předefinování“ a snaha o /re/konstituování sociální práce na obecních úřadech na novém základě. Někteří účastníci výzkumu vnímali něco jako dočasný výpadek této problematiky ze zorného pole sociální práce na obcích, kdy jakoby celá tato problematika odešla spolu s agendou PnP. Zůstala jen část, tzn., další pomoc mimo poskytování dávek, které ale dle mnohých nebyla věnována pozornost – někteří podotýkali, že přinejmenším do té doby, než začalo být sociálním pracovníkům zjevné, že na ÚP se sociální práce zaměřená na tyto situace v podstatě odehrávat nebude coby nutný komplement k poskytování dávek.

To, do jaké míry připadá pracovníkům toto téma jako nové, souvisí tedy i s tím, do jaké míry tuto cílovou skupinu pustili na dané obci se zřetelem, když došlo k přesunu dávek na úřady práce. To zřejmě souvisí především s tím, do jaké míry měli na dané obci v době, kdy tam byla agenda PnP, navázanou na administraci dávek také sociální práci.

„ Určitě, všechno vlastně, ohledně sociální práce na obcích, se změnilo v roce 2012, kdy došlo k reformě. Samozřejmě i před rokem 2012 se řešil PnP na obcích, ale více méně jsme to řešili jako dávkový systém, kdežto teď, v případě, že někdo je pečující osoba, a někdo je ta osoba, která vyžaduje pomoc druhé osoby, tak od toho roku 2012 určitě poskytujeme za prvé poradenství ...“ (SP VII)

Na několika zkoumaných obecních úřadech si sociální i vedoucí pracovníci začínali uvědomovat, že problematika dlouhodobé péče je daleko složitější a členitější a že právě za tradičními skupinami a tím, co umějí řešit, zůstává řada problémů zatím spíše skryta. Za pro sociální práci nejvíce skrytou a obtížně dostupnou skupinu považují z nejrůznějších důvodů pečující osoby. Většina z dotazovaných pracovníků připouštěla, že vlastně ani nedokáží odhadnout, kolik z pečujících se v rámci péče potýká s vážnějšími problémy a kolik z nich někdy požádá o pomoc.

„Vidíte, jak je to tajuplná skupina, neumím vám to říct..“ (VED XI)

Někteří z pracovníků pak z okolnosti, že se pečující mezi klienty sociální práce na obecních úřadech nevyskytují často a že o nich vlastně příliš nevědí, vyvozovali závěr, že se zřejmě nejedná z hlediska sociální práce o významnou skupinu .

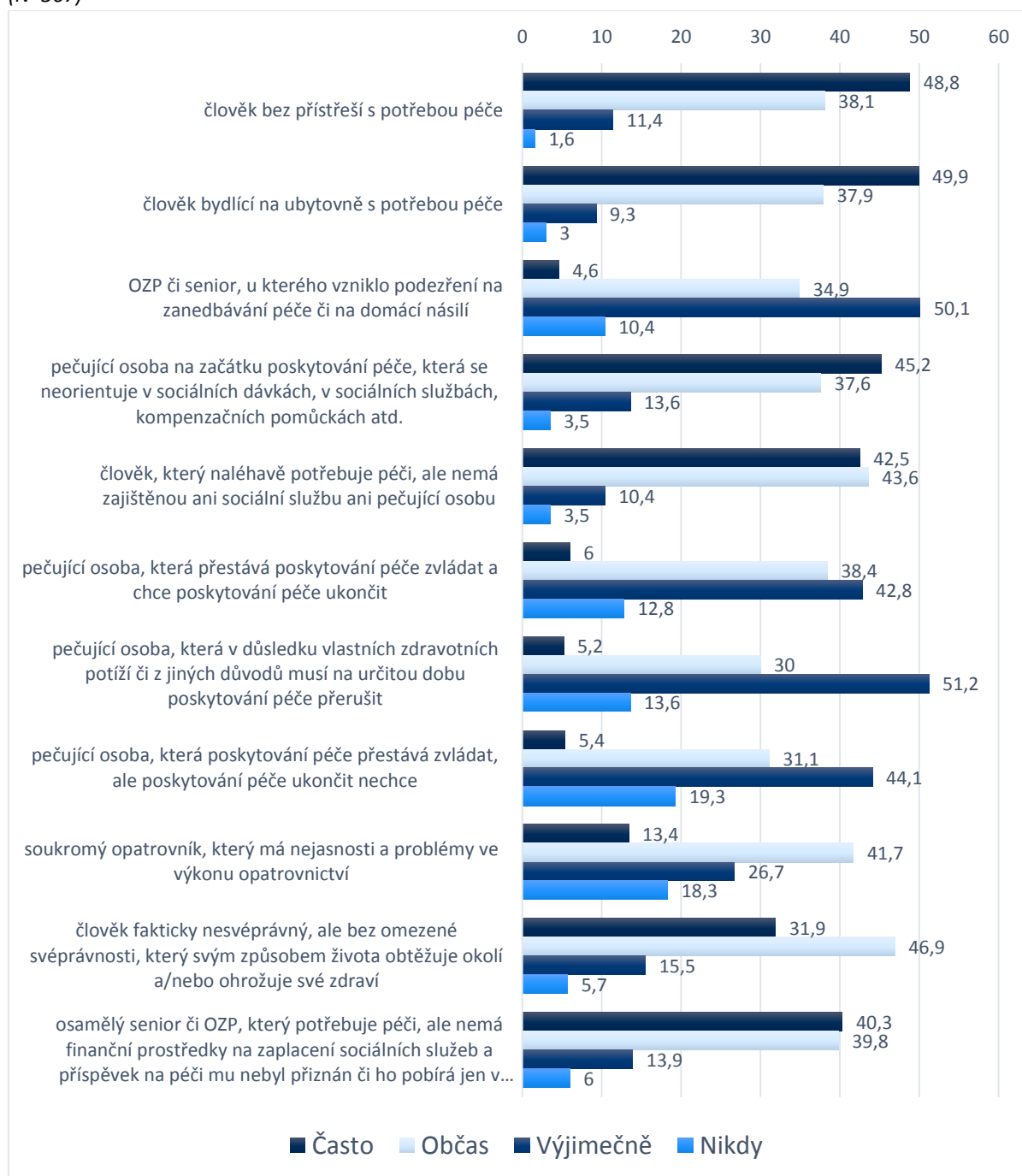
„Můj názor je, že není tolik významná. Je podporovaná financemi, ti lidé neřeší až tak nějaké existenční problémy, neřeší až tak bytové problémy, spíš nějakou pomoc zvenčí, podle mého názoru není tolik významná. Ale je to věc názoru, možná, že děvčata vám řeknou něco jiného.“ (VED I)

V kvantitativním výzkumu byla sociálním pracovníkům otázka konkrétních skupin či typů životních situací formulována diferencovaněji. Respondenti byli dotázáni, jak často se ve své praxi sociálního pracovníka obecního úřadu setkávají s klienty konkrétních situací, které mohou nastat v souvislosti s potřebou či poskytováním dlouhodobé péče, přičemž tyto situace byly ve variantách odpovědí na tuto otázku specifikovány především na základě toho, jaké zmínky o konkrétních problémech spojených v se situací dlouhodobé péče byly identifikovány v kvalitativních rozhovorech se sociálními a vedoucími pracovníky a ve vyjádřeních účastníků FG.

Z grafu č. 4 (viz níže) je zřetelné, že klienti, o nichž jako o běžné součásti své klientely a zároveň o klientech, kteří na sociálního pracovníka kladou veliké nároky, hovořili sociální pracovníci v kvalitativních rozhovorech, jsou zastoupení v kategorii „často“ také ve výsledcích dotazníkového šetření – kdy nejvíce byli jako častá součást klientely jmenováni lidé v takových životních situacích, kdy se potřeba dlouhodobé péče pojí s dalším závažným problémem – tzn. *člověk na ubytovně s potřebou péče* (téměř 50%), *člověk bez přístřeší s potřebou péče* (48,8%). Z různých situací, které se pojí s osobou dlouhodobě pečující, byla jmenována životní situace *pečující osoby na začátku poskytování péče, která se neorientuje v sociálních dávkách, v sociálních službách, kompenzačních pomůckách atd.* (45,2%). Na druhou stranu je třeba si povšimnout, že situace, v nichž se pečující

osoby mohou ocitnout často až po delší době poskytování péče, se mezi životními situacemi, které běžně či často sociální pracovníci řeší, dle jejich vyjádření příliš často nevyskytují.

Graf č. 4: Jak často se sociální pracovníci setkávají s klienty v různých životních situacích dlouhodobé péče v % (N=367)



Tyto výsledky korespondují s tím, že někteří sociální a vedoucí pracovníci v kvalitativních rozhovorech vyjadřovali nejistotu nad tím, jak velká celkově cílová skupina pečujících je a jaké problémy se v životní situaci pečujících objevují. Nejviditelnější jsou pro sociální pracovníky pak pečující na začátku péče, kteří se za sociálním pracovníkem staví, což koresponduje s níže prezentovaným zjištěním, že nejčastější formou pomoci je sociální poradenství, a to právě na začátku péče.

Na některých sociálních odborech/odděleních zahrnutých do kvalitativního výzkumu nicméně vnímali neviditelnost pečujících jako problém a výzvu, neboť nepovažovali za pravděpodobné, že by se jednalo o nevýznamnou skupinu, vzhledem k tomu, kolik lidí dlouhodobou péči poskytuje. Na některých úřadech se toto snaží řešit snahou pečující informovat, případně se pokouší je vyhledávat, či najít způsoby, jak je zachytit, i když ve všech zkoumaných případech byly tyto pokusy dosud spíše nahodilé a s nejistými, obtížně vyhodnotitelnými výsledky – což tak i sami vnímali. Na těchto ORP se rozvíjelo vnímání problematiky dlouhodobé péče a pomoci a podpory pečujícím jako něčeho, co do sociální práce na obcích patří a zatím to tam v mnoha ohledech a především v ucelenější podobě chybí.

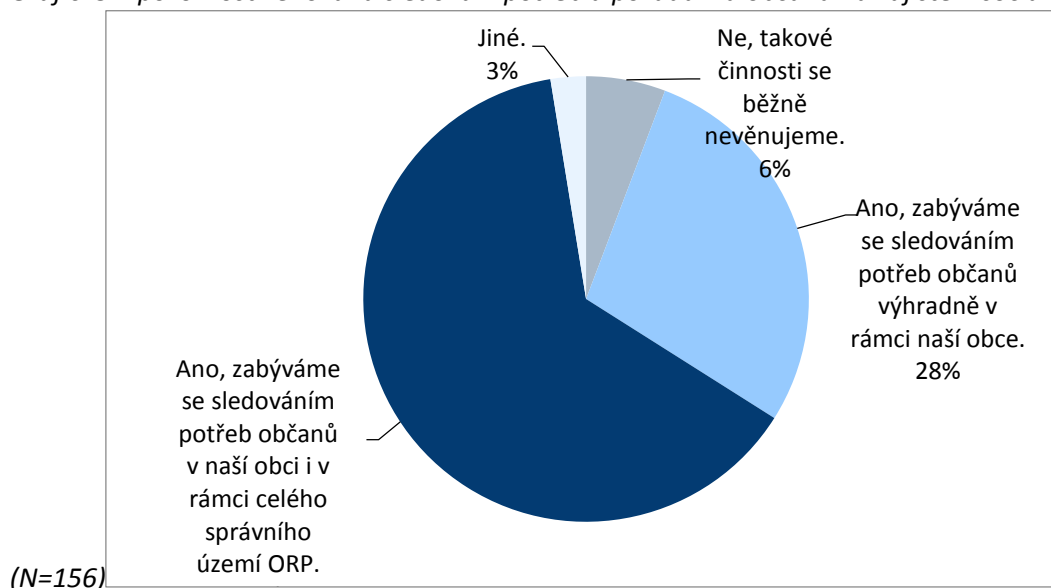
V třech ze zkoumaných obecních úřadů se uvědomění novosti problematiky pomoci pečujícím odrazilo i ve vlastní koncepční činnosti obce, v projektech, které obec podává. Ve dvou případech spíše doplňkově, v jednom jako klíčový motiv.

„Relativně je to nové téma, ale je otázka, co je to nové. U nás už minimálně dva, tři roky to téma je a nějakým způsobem se tomu tématu věnujeme. Věnujeme se mu jednak tím, že když jsme teď podali projekt, který se bude věnovat pečujícím, přímo na to zaměřen, z ESF (...)Ten projekt má několik klíčových aktivit (...) Je to částečně zaměřené na služby, ale taky na koncepci, na vytváření metodik, na metody práce s pečujícími (...) to gró toho projektu je ta práce s těmi pečujícími“ (VED X)

III.2. Způsob vyhledávání / kontaktování osob v životní situaci dlouhodobé péče

To, jaký podíl osob, které se nacházejí v životní situaci dlouhodobé péče, mezi klienty sociální práce daného úřadu mají, zřejmě závisí mj. i na tom, jak aktivní přístup k vyhledávání těchto osob na daném pracovišti zaujmají a zda se sami snaží zjišťovat potřeby této skupiny. Z dat, získaných v roce 2016 vyplývá, že celkově považují přinejmenším vedoucí pracovníci sociálních odborů/oddělení ORP zjišťování potřeb občanů za běžnou aktivitu – byť v tomto výzkumu nebyla otázka specifikována na osoby v životní situaci dlouhodobé péče, ale byla formulována obecně. V tomto výzkumu jen 6 % respondentů z řad vedoucích pracovníků připustilo, že potřeby občanů na zajištění sociální pomoci nezajišťují. Více než ¼ z dotázaných uvedla, že mapují potřeby pouze obyvatelů jejich obce, nikoliv obyvatel celého správního obvodu. 63 % dotazovaných vedoucích pracovníků pak vyjadřovalo přesvědčení, že sledují potřeby všech obyvatel správního obvodu svého ORP (viz graf č. 5)

Graf č. 5 : pozornost věnovaná sledování potřeb a požadavků občanů na zajištění sociální pomoci



zdroj: data z výzkumu Projekt: TB05MPSV006 – Výzkum spolupůsobení přenesené a samostatné působnosti subjektů veřejné správy při zajišťování dostupnosti sociálních služeb a sociální práce

V rámci kvantitativního šetření sociálních pracovníků ORP bylo specificky k situaci dlouhodobé péče zjišťováno, jakým způsobem se sociální pracovníci dozvídají o lidech, kteří mají problémy související s tím, že potřebují či poskytují dlouhodobou péči. (viz tab. č. 2) Ze získaných odpovědí vyplývá, že sociální pracovníci zdaleka nejčastěji jako běžný způsob zachycení těchto lidí uváděli, že je lidé vyhledávají sami (za běžný způsob toto označilo téměř 70% respondentů) a dalším častým způsobem pak jsou podněty se sociálního okolí těchto lidí (často 39%, občas 49,9%) a podněty od zdravotnických zařízení (34,4%).

Tab. č. 2. Jak často se níže uvedenými způsoby dozvídají sociální pracovníci obecních úřadů o lidech, kteří mají problémy související s tím, že potřebují či poskytují dlouhodobou péči. (N=349)

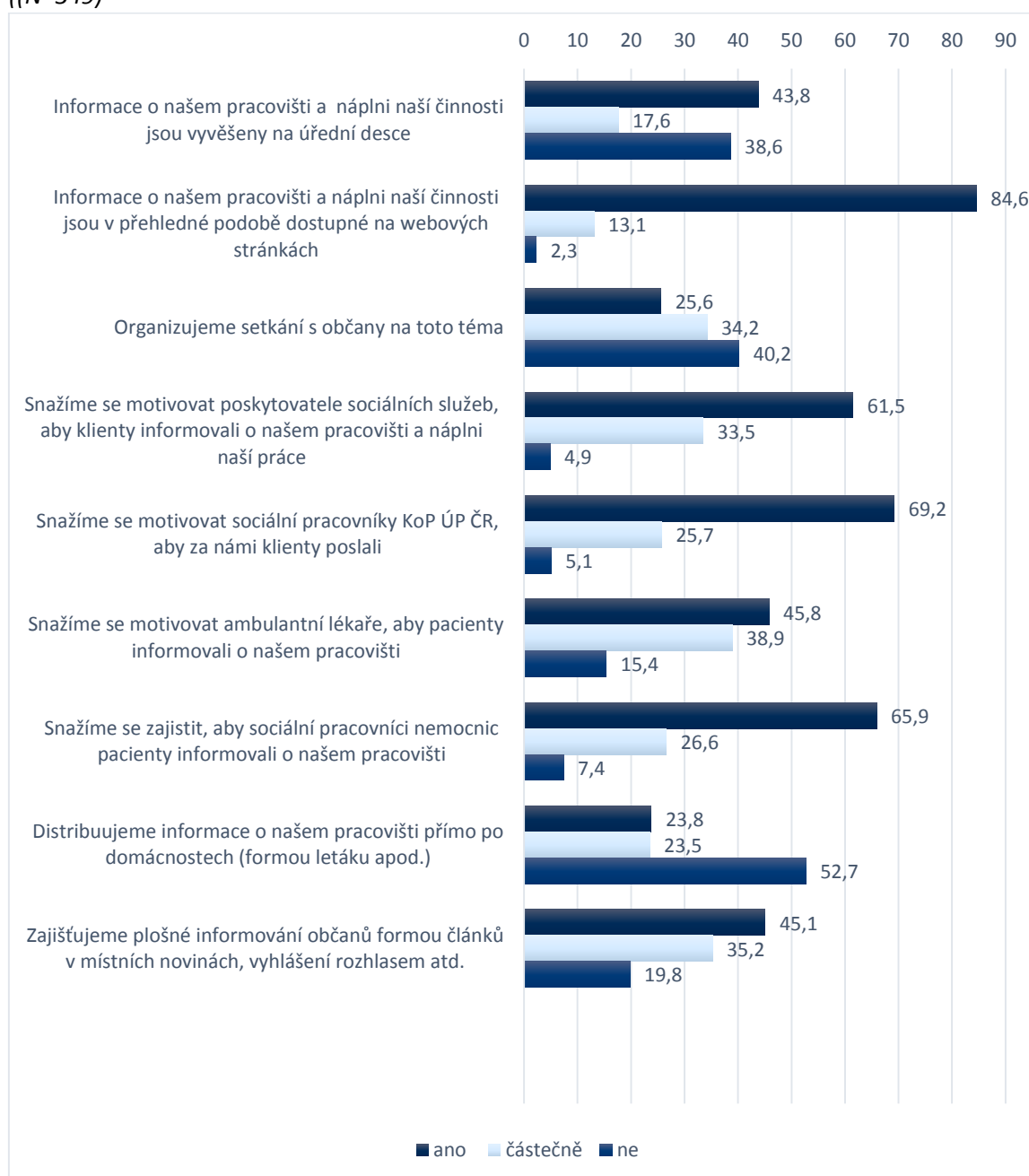
ZPŮSOB ZACHYCENÍ LIDÍ S PROBLÉMY V OBLASTI DLOUHODOBÉ PÉČE	FREKVENCE				
	1 Běžně	2 Občas	3 Výjimečně	4 Nikdy	5 Nedokážu Posoudit
Lidé nás vyhledávají sami	69,6%	24,9%	4,3%	0,3%	0,9%
Dostáváme podněty od sousedů či jiných lidí z okolí těchto lidí	39,0%	49,9%	9,5%	0,9%	0,9%
Dostáváme podněty od KoP ÚP ČR	27,8%	39,8%	25,2%	4,3%	2,9%
Dostáváme podněty od sociálních služeb	24,9%	47,9%	21,8%	3,4%	2,0%
Dostáváme podněty od zdravotnických zařízení	34,4%	42,1%	17,8%	3,2%	2,6%
Dostáváme podněty od jiných odborů a pracovišť úřadu	9,2%	43,0%	40,7%	5,4%	1,7%
Dostáváme podněty od městské policie	16,6%	35,0%	33,0%	12,3%	3,2%
Zachytíme je, když si přicházejí vyřídit parkovací průkaz	13,5%	33,2%	25,8%	14,0%	13,5%
Dozvídáme se o nich v souvislosti s výkonem veřejného opatrovnictví	23,2%	36,1%	19,5%	7,4%	13,8%
Zachytíme je, když provádíme sociální šetření v souvislosti s výkonem soukromého opatrovnictví	14,6%	31,8%	26,4%	8,3%	18,9%

Už s ohledem na výše prezentovaný poznatek, že sociální pracovníci zřejmě spoléhají na to, že pokud bude mít člověk problémy, bude schopen vyhledat sociálního pracovníka sám, je důležité zjistit také, jakými cestami mají šanci se lidé o sociálním odboru/oddělení a o tom, co nabízí, dozvědět. V rámci dotazníkového šetření byla sociálním pracovníkům položena otázka, jakými způsoby se snaží zajistit, aby se lidé v životní situaci dlouhodobé péče dozvěděli o tom, jakou pomoc jim mohou nabídnout sociální pracovníci jejich pracoviště.

Z grafu č. 6 je patrné, že kromě informací umístěných na webových stránkách, spoléhají sociální pracovníci obcí nejvíce na to, že se jim podaří přesvědčit pracovníky jiných organizací, nejčastěji, KoP

ÚP ČR, nemocnic a sociálních služeb, aby své klienty/pacienty informovali o tom, že je možnost požádat o pomoc sociální pracovníky obecních úřadů. Relativně méně často probíhají plošné informační kampaně v místních médiích a nejméně často pak cílenější akce v podobě oslovování přímo domácností či pořádání akcí pro občany, které by byly spojeny právě s informováním občanů. Vzhledem k tomu, že sociální pracovníci, jak bylo prezentováno v předchozí tabulce, počítají s tím, že je klienti s potížemi v oblasti dlouhodobé péče budou schopni vyhledat sami, lze si klást otázku, zda je tomu dosavadní způsob informování přiměřený.

graf č. 6: Způsoby, jak se sociální pracovníci snaží zajistit, aby se lidé v životní situaci dlouhodobé péče dozvěděli o tom, jakou pomoc jim mohou nabídnout sociální pracovníci daného pracoviště v % ((N=349)



V kvalitativních rozhovorech pak dotazovaní sociální i vedoucí pracovníci celkově vyjadřovali názor, že mají málo možností, jak pečující či situaci dlouhodobé péče včas podchytit.

„Pokud oni nás osloví, pracujeme samozřejmě s nimi, jsme jim nápomocní, ale my je nemáme jak vyhledávat. Není ta možnost, protože dříve měl své informace z příspěvku na péči. To znamená, že tam, jak šel sociální pracovník, tak už bylo možné komunikovat s tím člověkem a posouvat ho. A třeba mu nabídnout i sociální služby. Momentálně my nemáme ty informace o tom, kdo je pečující, kdo je osoba se zdravotním postižením.“ (VED IV)

Především pečující se jeví jako těžko dostupná skupina a i když mnozí, možná většina z nich by zejména na začátku péče potřebovala pomoci, snadno nastává situace, kdy sami začínající pečující nevědí, že a kde by mohli o pomoc, podporu požádat a sociální pracovníci obce se nedozvědí, komu by ji mohli nabídnout, protože nezjistí, kteří lidé na území jejich obce se zrovna ocitají či ocitli na začátku poskytování dlouhodobé péče.

„A to nevím, jak bysme to my, obce, suplovaly, protože my se ani o těch lidech nedozvíme. Já vůbec nemám představu, kolik v XZ je lidí, kteří pečují o svého blízkého. Dneska to všechno ještě komplikuje zase ta ochrana osobních dat“ (VED VII)

„No takhle, bereme to tak, že dneska jdou peníze na klienta, to znamená, že my opravdu ani nevíme, kdo o něj pečuje, protože někdo využívá, že si služby nakupuje, a někdo využívá rodinného příslušníka.“ (VED II)

Z rozhovorů vyplývá, že sociální pracovníci spíše očekávají, že se lidé z této cílové skupiny sami na sociální odbor dostaví, zejména pokud jde o pečující, případně je někdo informuje, že se v obci nachází člověk, který potřebuje pomoc v situaci dlouhodobé péče – v tomto případě především lidé s potřebou péče. Pečující se ovšem sami cíleně s žádostí o pomoc dostavují za sociálními pracovníky spíše ojediněle a případy, u nichž sociální pracovník dostává podnět, již bývají poměrně naléhavé – člověk, který potřebuje péči akutně, pečující, který kriticky nezvládá péči. Pečující buď z různých důvodů přestává zvládat péči, zejména má-li sám zdravotní potíže. Případně od začátku pečuje někdo, kdo k tomu není způsobilý, a v okamžiku, kdy objem a složitost péče přesáhne určitou míru, přestane péči zvládat.

„Nastávají kritické situace, a to za předpokladu, že ten člověk, který je pečující, tak on sám onemocní. A pak je třeba to nějak akutně řešit. Že třeba ten pečující, řeknu příklad. To maminka pečovala o dceru, mentálně postiženou, sama se dostala do nemocnice, zlomila si krček, dcera nemohla zůstat bez dozoru, nešlo to, tak se operativně řešilo, ve spolupráci s lékařem a s poskytovatelem sociální služby, umístění do zařízení. Ale když to nešlo, tak do zdravotnictví, nebo lékař pomůže, že třeba se chvilku hospitalizuje, do léčebny nebo v nemocnici v následné péči, na rehabilitaci na ošetřovatelském oddělení. A potom z toho už se jde do pobytové sociální služby.“ (VED V)

V řadě případů se tak sociální pracovníci dostávají ke klientovi až v okamžiku, kdy je jeho situace urgentní – není zajištěna žádná péče a ten, kdo ji vyžaduje, je bezprostředně ohrožen, a je obtížné tuto péči zajistit.

„Jediný problém nastane, když někdo pečuje o maminku, tatínka, a třeba by zemřel ten člověk, nebo dlouhodobě onemocněl, a oni přijdou s tím, že neví, co s ním dělat. Tak tohle je jediný případ možná, co mě napadá, takový případ, kdy by jsme my mohli se do toho vložit. Že třeba ta rodina bude chtít pomoc, službu, domovy nebo něco, jak to řešit. Tak to je jediné možná, kdy se s nimi bavíme. Ale u jiné dlouhodobé péče, to nevím.“ (VED VI)

„Když náhle potřebují, oni třeba potřebují ze dne na den jít do nemocnice, tak jsme u toho, že třeba i přes to, už by si mohli zaplatit nějakou asistenci, tak ta asistence buď není zrovna volná, anebo není v pobytovce volná.“ (VED XI)

Pokud přijde podnět z neformálního sociálního okolí daného člověka (typicky sousedi), bývá to většinou již krajní situace, která se týká většinou osamělých lidí, u nichž někdo zaznamená problém a potřebu péče. Méně často jde o situace, v nichž někdo péči zajišťuje. Tam přichází podnět ze sociálního okolí, obvykle pokud je situace vnímána jako velmi ohrožující nebo je značně obtěžující pro okolí.

„Když se to nedozvíme, že to je opravdu potom do nebe volající, že nám volají sousedi a řeknou, že se tam něco děje“ (VED VII)

Přitom se zdá, že když se sumarizují všechny způsoby, které jednotliví dotazovaní pracovníci z jednotlivých obcí uváděli, nakonec není až tak málo způsobů, jak kontakt s lidmi v životní situaci dlouhodobé péče navázat. Pokud by tyto způsoby byly využívány vědomě a plánovitě, bylo by možné zachytit podstatně větší část případů, než jak se to daří sociálním pracovníkům obcí dosud, a to jak lidí s potřebou dlouhodobé péče, tak i dlouhodobě pečujících.

- jedním ze zdrojů podnětů je **úřad práce**. Zde ale záleží na tom, jak dobře mají ošetřenou spolupráci sociální pracovníci obecního úřadu a konkrétního KoP ÚP. V některých případech se tato spolupráce rozvíjí na poměrně dobře vydefinovaném základě, kdy je dohodnuto, v jakém případě budou sociální pracovníci KoP ÚP sociální pracovníky obce informovat o lidech s potřebou pomoci, které identifikují zejména v souvislosti se sociálním šetřením u PnP. V takovém případě se mohou sociální pracovníci k danému klientovi dostat ještě dřív, než je situace akutní. Jinde sociální pracovníci KoP ÚP informují své protějšky na sociálních odborech obecních úřadů jen o skutečně kritických případech nezajištěné či nezvládnuté péče.

„my nemáme jak. Když nás tam nepošle ÚP, tak my nemáme jak jinak“ (VED VII)

„ve spolupráci s ÚP, kde je dávkové oddělení pro osoby se zdravotním postižením“ (SP IV)

„Máme i klienty, si vybavuji, kteří spolupracují, a je o ně pečováno, spolupracujeme tam s ÚP, jezdíme tam pravidelně i na společné sociální šetření, takže máte pravdu, že to je například rodina, teď si vybavuji, kde se dlouhodobě pracuje, spolupracuje se s ÚP, a jsou tam i nějaké terénní služby. Takže by toto mohl být určitě případ pro case management.“ (SP III)

- podněty/upozornění vnějších subjektů **od zdravotnických zařízení**, zejména sociálních a zdravotně –sociálních pracovníků
- podněty/upozornění vnější **od sociálních služeb**, informace od terénních služeb pocházejí nejčastěji od pečovatelské služby. Týkají se tedy nejčastěji seniorů a dost často právě seniorů, kde pečující nefiguruje, ale může se jednat o případy, kde je sdílená péče mezi terénní službou a rodinným pečujícím a pečovatelky detekují problém. Ambulantní služby rovněž někdy dávají podněty, ale musejí mít navázanu dobrou spolupráci se sociálními pracovníky obce, automatiky to není, ne rozhodně to nebyla praxe ve všech zkoumaných ORP.

„Spolupracujeme s neziskovými organizacemi, třeba tady máme dva denní stacionáře, jednak je to pro seniory, a jednak je to pro osoby mentálně postižené dospělé. Takže když je tam nějaký problém, nebo ho tam vnímají ty pracovníce, tak zase, my tam chodíme (...) tam je ten

kontakt docela intenzivní, takže když je něco, buď je odkáží, nebo nám zavolají, jestli bychom nemohli, anebo je to na základě jejich podnětu, že tu rodinu navštívíme a navážeme nějakou spolupráci.“ (SP VIII)

- na větších ORP to může být i na **podnět kolegů**, kteří mají na starosti primárně **jiné agendy** – kdy sami nemají možnost, především kvůli vytížení konkrétní agendou, zasáhnout, ale informují kolegy.

„U nás je na oddělení i agenda rozhodování o zvláštním příjemci důchodu, kde probíhají kontroly (...) jdou tam se zeptat, jak to všechno funguje, a samozřejmě se zeptat, jestli nepotřebují s něčím pomoc. Takže tam se dostávají do kontaktu s pečujícími i s těmi příjemci péče. (...) Ale zrovna tato agenda je v té části oddělení, které je tak vytížené, že tam nedochází k až tak intenzivní sociální práci, k jaké by mohlo. Protože to jsou kolegyně, které mají kumulovanou práci s opatrovnictvím a mají toho opravdu hodně, protože toho přibývá.“(SP III)

- podle velkého počtu dotázaných je důležitým zdrojem kontaktu s pečujícími **agenda parkovacích průkazů**, jelikož pro parkovací průkazy často chodí pečující a často se toto vztahuje na lidi, kteří péči potřebují. Někteří sociální pracovníci spíše předpokládali, že je to pro pečující možnost, jak se se sociálním pracovníkem poradit i o jiných věcech, jiní byli aktivnější a sami se **snázili kontaktu s pečujícím využít k určitému zmapování jeho situace, poradenství atd.**

„My se to dovídáme jenom z parkovacího průkazu, to znamená, z principu parkovacího průkazu, ve chvíli, když ten člověk se chce zeptat na něco, tak samozřejmě je to sociální práce, spíš je ale zaměřená na to poradenství. (...) Ale přímo, preventivně, abychom už něco měli a řešili, jak jsme dřív přistupovali, tak to nám vypadlo.“ (VED IV)

- dále se k pečujícím a situacím dlouhodobé péče dostávají skrze opatrovnictví, a to buď tak, že dělají veřejného opatrovníka, nebo kontrolují opatrovníky a dělají sociální šetření pro soudy.

„Máme ty klienty, kteří dělají opatrovníka svým duševně nemocným. Tak s těmi jsme pravidelně v kontaktu, protože tam musíme posílat soudu sdělení, dělat sociální šetření atd.“ (VED V)

- Na několika zkoumaných ORP hovořili dotazovaní sociální a vedoucí pracovníci o snahách zaměřit na pečující/osoby s potřebou dlouhodobé péče informační akce, ale většinou dle jejich dosavadních zkušeností neměly tyto pokusy velký dopad. Domnívali se, že pečující mají zejména potřebu být informováni, a na tuto potřebu považovali za odpovídající reagovat letáky či hromadnějšími informačními akcemi. Vliv informací, šířeným pomocí letáků, nebyli schopni vyhodnotit, ale co se týče informačních akcí pro pečující či také pro pečované, ukazuje se, že ač potřeba informací mezi pečujícími existuje, plošné informování zřejmě není efektivní a pečující na tuto možnost ani výrazněji nepřístupují – tzn. z různých důvodů, z nichž některé mohou být dány charakterem problémů spojených s péčí, tzn. nemohou přijít v daný čas na dané místo, případně, když mají čas pro sebe, chtějí jít jinam než na setkání týkající se soc. služeb. V každém případě se zdá, že tato nabídka podpory pečujících a dlouhodobé péče se s poptávkou spíše míjí.

„Tak na ten Den sociálních služeb jsme zvali ty pečované a pečující osoby, ale nějaká silná účast tam není. Nevím, jestli je to oslovilo, anebo žijou si v tom svém mikroklimatu a pečují a nikde nechodí, nevím.“ (VED V)

III. 3. Služby a další formy pomoci

Sociální a vedoucí pracovníci zkoumaných ORP považovali za jeden ze svých vlastních limitů při pomoci lidem s potřebou dlouhodobé péče a zejména pečujícím to, že v lokalitě nejsou dostupné v dostatečné kapacitě a pestrosti sociální služby a jiné formy pomoci, a to zejména zaměřené na pečující osoby.

Součástí dotazníkového šetření bylo i zjišťování, do jaké míry je z hlediska sociálních pracovníků daná lokalita pokryta službami a dalšími formami pomoci, které mohou pokrývat různé typy situací spojených s poskytováním dlouhodobé péče. Z tabulky č. 2 plyne, že až na dvě výjimky, kterými jsou *pečovatelská služba* a *půjčovny kompenzačních pomůcek*, kdy nadpoloviční většina respondentů odpovídala, že je jich v dané lokalitě dostatek (v obou případech tato možnost volilo 53% dotázaných), téměř u většiny dalších zjišťovaných forem pomoci odpovídali sociální pracovníci nejčastěji možností, že v jejich lokalitě daná forma pomoci dostupná je, ale jen částečně, tzn. je tam, ale kapacita nestačí. U otázek týkajících se forem pomoci je také důležité zaměřit se na odpověď „nedokážu posoudit“, neboť je patrné, že nejčastěji si respondenti nebyli jisti dostupností různých forem pomoci zaměřených na pečující osoby – u některých forem pomoci pro tuto skupinu volila variantu „nedokážu posoudit“ téměř polovina respondentů (viz níže tab. č. 3).

Dostupnost různých forem pomoci byla ze všech v dotazníku zjišťovaných položek nejvíce závislá na lidnatosti správního obvodu ORP. Data potvrzují, že s nedostatkem služeb a dalších forem pomoci se potýkají zejména menší správní obvody. V ORP se správním obvodem do 25 tis. lidí výrazně častěji zcela chyběly zejména odlehčovací služby, ambulantní služby, ale i pobytové služby, zejména pro OZP. Zdaleka největší deficit u menších správních obvodů (zn. do 25 tis. obyvatel) byl zaznamenán u chráněného bydlení (adjustovaný reziduál pro možnost „ne nejsou zde vůbec“) dosáhl hodnoty 5,6), dále zde chybí raná péče (adjustovaný rez. 4,5) a odlehčovací služby zaměřené na děti se zdravotním postižením (adjustovaný rez. 4,4).

Tab. č.3: *Nakolik jsou dle sociálních pracovníků pro občany správního obvodu dané obce dostupné různé formy pomoci, které se týkají dlouhodobé péče. (N=349)*

FORMY POMOCI	DOSTUPNOST POMOCI			
	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE	Nedokážu posoudit
	<i>Je jich zde dostatek</i>	<i>Jsou zde, ale kapacita nestačí</i>	<i>Nejsou zde vůbec</i>	
Domovy pro OZP	5,2%	65,6%	24,4%	4,9%
Domovy pro seniory	7,2%	82,5%	8,0%	2,3%
Domovy se zvláštním režimem	2,9%	69,1%	23,8%	4,3%
ambulantní služby pro seniory	27,2%	43,8%	14,0%	14,9%
ambulantní služby pro OZP	24,6%	46,1%	11,5%	17,8%
pečovatelská služba	53,3%	43,6%	0,0%	3,2%
osobní asistence	32,1%	41,8%	10,3%	15,8%
raná péče	24,6%	24,6%	18,9%	31,8%
odlehčovací služby zaměřené na seniory	12,6%	54,2%	21,8%	11,5%

odlehčovací služby zaměřené na OZP	9,7%	47,9%	26,6%	15,8%
odlehčovací služby zaměřené na děti se zdravotním postižením	9,5%	29,8%	33,2%	27,5%
chráněné bydlení	9,5%	52,7%	29,5%	8,3%
půjčovny kompenzačních pomůcek	53,3%	18,9%	11,2%	16,6%
speciální poradny a poradenství pro pečující osoby (např. pro pečující o lidi s demencí, pečující o děti s PAS atp.)	18,1%	20,1%	35,8%	26,1%
vzdělávání pro pečující osoby	11,2%	12,9%	35,8%	40,1%
svépomocná setkávání pečujících osob	8,6%	10,0%	32,1%	49,3%
nácvik pečovatelských dovedností pro pečující	6,3%	10,0%	35,0%	48,7%
psychologická pomoc pro pečující	6,9%	14,3%	36,1%	42,7%

Kromě toho, že v různých lokalitách různou měrou služby a další formy pomoci zaměřené na situace dlouhodobé péče chybějí či nedostačují, upozorňovala většina účastníků kvalitativního šetření také na rozkouskovanost, neúplnost služeb, neucelenost, hlavně proto, že zřizování pomoci a podpory zejména pro pečující nemá nikde oporu. To mimo jiné považovali za **jednu z bariér koordinované spolupráce**, kdy **nemají často s kým spolupracovat, jakou pomoc koordinovat, není-li vůbec dostupná.**

„Ale to jsou všechno takové útržky, že to není ucelené. Pečující z toho sociálního systému jako takového vypadává.“(VED IV)

V souvislosti s tématem služeb pro pečující osoby někteří dotazovaní automaticky předpokládali, že služby, které jsou dostupné v lokalitě a týkají se situací dlouhodobé péče, lze zároveň považovat za služby pro pečující, neboť pomáhají řešit otázku dlouhodobé péče. Jen v několika rozhovorech byla dotazovanými explicitně otevřena otázka, co lze považovat za služby pro pečující – jen to, co je přímo pro ně nebo i to, co jim odlehčí, usnadní péči, i když je to pro pečované?

„Ptala jste se na typy služeb. Já teďka řeknu služby, jestli vám to do toho zapadne, do té vaší struktury myšlenkové, ale když si vezmu standardní registrovanou službu tísňová péče, tak to je centrální pult, ochrana 24 hodin, atd., a je to určeno těm osobám, které se cítí být ohroženy kdykoliv nějakým úrazem a podobně. Ale to, co my máme tady od klientů, je to velmi vítaná služba právě pro ty pečující, protože zvyšuje pocit bezpečí nebo pomoci, že o maminku je postaráno. Protože oni s ní nežijí 24 hodin a vědí, že když se něco stane, tak i v 10 večer ta pomoc může přijet velice rychle. Tak tísňová péče je pomoc pečujícím, nebo není? Z mého pohledu ano. I když primárně je to určeno tomu seniorovi.“(SP X)

V různých z námi zkoumaných lokalit byly dle dotázaných zastoupeny různé formy pomoci. Nabídka služeb v jednotlivých lokalitách značně variuje, ale také je velmi pravděpodobné, že ne všichni z účastníků výzkumu byli plně či alespoň dostatečně informováni o dostupných formách pomoci. Vše, co dotázaní sociální pracovníci a vedoucí pracovníci zmiňovali, tedy 1) že v jednotlivých lokalitách se pestrost a dostupnost nabídky pomoci a podpory liší, 2) liší se i povědomí sociálních pracovníků o tom, co je dostupné, tzn. to že o tom sociální pracovníci nemluví, neznamená, že to v lokalitě není.

Z výpovědí SP můžeme zjistit, co by byli schopni v dané lokalitě pečujícím a pečovaným poskytnout, doporučit, zprostředkovat – tzn., co v lokalitě je, a sociální pracovník o tom ví, o čem z nabídky v dané lokalitě pro pečující a pro situace dlouhodobé péče, ať již to jsou sociální služby, neziskovky, svépomocná sdružení, je informován. Jaký má v této oblasti přehled, závisí mj. na tom, do jaké míry je pro daného sociálního pracovníka problematika dlouhodobé péče známá, blízká a za jak naléhavý

problém to považuje. Dále z výpovědí vedoucích i sociálních pracovníků lze podchytit, zda a jak samotné obecní úřady a konkrétně sociální odbory/ oddělení podporují programy a další nabídku pomoci v této oblasti.

Sociální a vedoucí pracovníci hovořili jednak o službách, které v dané lokalitě chybí, a dále i o těch, které v různém objemu dostupné jsou.

- **respitní služby a krizová lůžka** - problém odlehčovacích služeb a služeb, které mohou nastoupit v případě náhlého výpadku pečující osoby považují za naléhavý v řadě lokalit. Jedná se zejména o problém krizových lůžek, jejichž princip spočívá v tom, že jsou většinou neobsazená a tedy okamžitě k dispozici, pokud krizová situace nastane. Nicméně nastává problém s financováním těchto krizových lůžek a v řadě lokalit tato krizová lůžka nejsou vůbec. Hlavní problém respitní péče pak je to, že tato péče je pro pečující osoby a pečující rodiny příliš nákladná. To vzbuzuje dojem nezájmu o tyto služby – nejsou nakupovány z důvodu vysoké ceny a tyto služby buď vůbec nevznikají, nebo zaniknou.

„Protože to je stejně jako krizová lůžka. Krizová lůžka, to byl taky boom, a taky to zase utichlo, protože jak často potřebujete krizové lůžko? (...) No dobře, ale respitní lůžko máte taky, že to nastane, že buď toho nevyužívají lidé, aby si tam ty rodiče odložili, i když je to učíme, anebo potom je to strašně nákladné, protože když tam potom nikoho nemáte, tak vy vlastně platíte ten provoz, provoz platí většinou z dotací, a jakmile tam nemáte člověka, tak ty dotace se krátí.“ (VED VII)

„No, když ten člověk potřebuje na dva, na tři dny, tak se domlouvají s LDN-kou. Myslím si, že i s domovem seniorů, ale to si nejsem jistá, jestli na pár dní by je tam taky vzali.“ (SP XII)

„Největší problém je právě v tom, že to je 24 hodinová péče a je to drahé. Když oni najednou zjistí, že mají zaplatit 30.000 za měsíc, tak i když budou mít nejvyšší příspěvek, který je 13.000, tak je to málo. Takže myslím, že by to bylo hlavně v penězích. A když to otočím na druhou stranu, ti poskytovatelé, protože ví, že to je drahá služba, si ji až tak často nezavádí.“ (VED XI)

- **svépomocná setkávání** - někteří dotazovaní sociální a vedoucí pracovníci považovali za důležité umožnit/usnadnit pečujícím sdílení zkušeností atd., viděli význam ve svépomocných setkáváních s tím, že buď věděli o tom, že se něco podobného v okolí koná, nebo se někdy snažili podporovat buď přímo či skrze služby, aby podobná setkávání lidí, kteří dlouhodobě pečují, probíhala.

„Máme taky stacionář, kde jsou většinou klienti senioři s poruchami kognitivních funkcí v těžším stadiu, a tam jsme dělali sezení, buď to byl nějaký čaj o páté, ale to jsme dělali vyloženě jenom pro ty jejich rodinné příslušníky (...) kde se ti lidi často i sítovali mezi sebou, což považujeme za strašně dobré, že se tam sešlo třeba 12 lidí, kteří měli velmi podobný problém a sami mezi sebou si sdělovali nějaké informace, takže my jsme jim tam k tomu vytvořili prostor. Nebylo to ani tak, že bysme je tam školili. Je to svépomocné setkání, kde my jsme jim nabídli i něco, co je možné, ale spíš jsme jim tam vytvořili podmínky pro nějaké sdílení zkušeností, informací.“ (VED X)

- **školení a vzdělávání pečujících** – sociální pracovníci i vedoucí často vyjadřovali názor, že jedním z velkých problémů pečujících je to, že pečující často nemají potřebné znalosti a dovednosti, které by jim umožnily péči. Proto řada z nich považovala za důležité, aby zprostředkovali pečujícím možnost se podobného vzdělávání účastnit. Někdy tyto aktivity zprostředkovávají a v několika případech se i podílejí na zajišťování podobných akcí.

„ Takže my je odkážeme i na různé školení pro ty pečující osoby, aby věděli co, jak, manipulaci, protože pokud ten člověk zůstane doma v přirozeném prostředí, tak že aby i ta rodina věděla, jak se má starat. A to už se tady na úřadě nedozví, ty praktické věci.“ (VED II)

„podporujeme ty pečující na ty nácviky dovednosti.“ (VED IV)

„pro ty pečující je takový minikurz, nebo informace o péči, o polohování, takže to by jim mohlo pomoci „ (VED V)

„Třeba zrovna teď jsme ve spolupráci s Diakonií dělali kurzy pro pečující, takže jsme byli rádi, protože po tom byla poptávka, bylo to zrovna teď, ale bylo to poprvé. Domlouvali jsme se, že by to bylo ještě...Ale bylo to pro ty rodinné příslušníky.“ (VED VI)

- **Specializované služby** – ojediněle účastníci výzkumu zmiňovali také služby zaměřené na konkrétní období spojená s poskytováním péče, zejména na péči o osoby v terminálním stadiu.

„Podporujeme jediné, co je, ale to je spíš už v tom nejtěžším stádiu, podporujeme poradnu pro lidi, kteří pečují o umírající, a samozřejmě potom se vyrovnat i s tím úmrtím“ (VED IV)

- **speciální poradenství** - stejně ojediněle dotazovaní pracovníci zmiňovali specializované poradenství, které je zaměřeno na to, jak zvládnout péči o člověka s konkrétním zdravotním postižením, zejména jak adaptovat prostředí dle specifických nároků spojených s daným zdravotním stavem či omezením, včetně možnosti využití kompenzačních pomůcek, volby těchto pomůcek atd.

„...tak paní říká, já bych se na vás strašně ráda obrátila s tím, jak zabezpečit domácnost bezbariérově. To je jeden případ, a to už byl předaný kontakt na L., s tím, že paní se spojila, o s tou L. a oni jí vyloženě pomáhali, bezplatně, s tím, jaké jsou kompenzační pomůcky, i jak vypadá potom to prostředí, jak by to měli zajistit, a už to byl konkrétní případ v tom prostředí.“(SP VII)

III. 4. Formy intervence ze strany sociálních pracovníků ORP

Tato kapitola pojednává o formách pomoci, o nichž dotazovaní sociální a vedoucí pracovníci hovořili v souvislosti s pomocí v situacích dlouhodobé péče. Z níže uvedených výstupů z kvalitativního šetření vyplývá, že formy pomoci, které v současnosti převažují, zřejmě nejsou úplně kompatibilní s CM a zároveň zřejmě nereagují na všechny aspekty životní situace dlouhodobé péče, které se v situaci dlouhodobé péče mohou v průběhu péče objevovat.

Před prezentací poznatků z kvalitativního šetření je vhodné ještě věnovat pozornost tomu, jaké životní situace související s životní situací dlouhodobé péče na jedné straně považují nástroji a prostředky, které mají k dispozici, za dobře řešitelné, a které jsou dle jejich zkušeností řešitelné obtížně či v podstatě neřešitelné. Sociální pracovníci se ke každému v dotazníku testovanému typu životní situace vyjadřovali na škále 1 – 5, kdy čím menší číslo, tím lépe řešitelná situace takového klienta je. Z tabulky č. 4 (viz níže) vyplývá, že sociální pracovníci u většiny zkoumaných typů životních situací tendovali k tomu, označovat obtížnost řešení za průměrnou či spíše vyšší (tzn., často označovali hodnoty 3 a 4).

Mezi třemi typy situací označenými za obtížně řešitelné či téměř neřešitelné, byly respondenty zařazovány ty, které představují vážnou kumulaci problémů, doprovázenou nějakým dalším výrazným deficitem – finančním, v oblasti bydlení apod. Za nejproblematictější situaci tak lze z hlediska sociálních pracovníků považovat „člověk fakticky nesvéprávný, ale bez omezené svéprávnosti, který svým způsobem života obtěžuje okolí a/nebo ohrožuje své zdraví“ (dle cca 44% respondentů téměř neřešitelné), dále „člověk bez přístřeší s potřebou péče“ (variantu „téměř neřešitelné“ označilo 41,5% respondentů) a „osamělý senior či OZP, který potřebuje péči, ale nemá finanční prostředky na zaplacení sociálních služeb a příspěvek na péči mu nebyl přiznán či ho pobírá jen v nízkém stupni“ (téměř neřešitelné dle 41,3% respondentů). Na druhé straně jako dobře řešitelné shledávali sociální pracovníci pouze 2 typy ze zkoumaných situací, a to: „pečující osoba na začátku poskytování péče,

kteřá se neorientuje v sociálních dávkách, v sociálních službách, kompenzačních pomůčkách“ (dobře řešitelné dle celých 2/3 respondentů), a „sokromý opatrovník, který má nejasnosti a problém ve výkonu opatrovnictví“ (41,0% označilo za dobře řešitelné).

Tyto výsledky jsou konsistentní s tím, co bylo v rámci kvalitativních rozhovorů zjištěno o převažujících formách pomoci, kdy se ukazovalo, že dominuje pomoc jednorázová či krátkodobá a důraz je kladem na sociální poradenství. To odpovídá datům z kvantitativního výzkumu, kdy s obrovským nárůkem před ostatními testovanými typy situací je za *dobře řešitelnou* označena situace pečujících na začátku péče, kteří se neorientují v dávkách a další pomoci - což je typicky situace, kterou sociální pracovníci řeší často právě jednorázově a poradenstvím (viz níže).

Tab. č. 4: Jak dobře či obtížně jsou z pozice sociálních pracovníků obecního úřadu s nástroji a prostředky, které mají sociální pracovníci k dispozici, řešitelné konkrétní situace spojené s dlouhodobou péčí. N=349

ŽIVOTNÍ SITUACE	MÍRA OBTÍŽNOSTI ŘEŠENÍ					
	1. dobře řešitelné	2.	3.	4.	5. téměř neřešitel né	6. Nedokážu posoudit
člověk bez přístřeší s potřebou péče	1,4%	6,6%	20,6%	26,1%	41,5%	3,7%
člověk bydlící na ubytovně s potřebou péče	3,4%	12,6%	35,5%	32,4%	12,6%	3,4%
OZP či senior, u kterého vzniklo podezření na zanedbávání péče či na domácí násilí	2,6%	13,5%	28,7%	27,2%	10,3%	17,8%
pečující osoba na začátku poskytování péče, která se neorientuje v sociálních dávkách, v sociálních službách, kompenzačních pomůčkách	66,5%	14,9%	11,2%	0,9%	1,7%	4,9%
člověk, který naléhavě potřebuje péči, ale nemá zajištěnou ani sociální službu ani pečující osobu	13,5%	27,5%	30,1%	6,3%	19,8%	2,9%
pečující osoba, která přestává poskytování péče zvládat a chce poskytování péče ukončit	8,9%	21,8%	38,1%	17,5%	2,6%	11,2%
pečující osoba, která v důsledku vlastních zdravotních potíží či z jiných důvodů musí na určitou dobu poskytování péče přerušit	8,0%	20,1%	39,8%	14,9%	4,6%	12,6%
Pečující osoba, která poskytování péče přestává zvládat, ale poskytování péče ukončit nechce	4,3%	15,8%	24,4%	25,8%	14,6%	15,2%
sokromý opatrovník, který má nejasnosti a problém ve výkonu opatrovnictví	41,0%	23,8%	13,5%	4,9%	0,6%	16,3%
Člověk fakticky nesvéprávný, ale bez omezené svéprávnosti, který svým způsobem života obtěžuje okolí a/nebo ohrožuje své zdraví	1,7%	5,2%	17,2%	28,4%	44,1%	3,4%
Osamělý senior či OZP, který potřebuje péči, ale nemá finanční prostředky na zaplacení sociálních služeb a příspěvek na péči mu nebyl přiznán či ho pobírá jen v nízkém stupni	0,9%	7,2%	18,9%	25,8%	41,3%	6,0%

III.4.1. Jednorázová/krátkodobá intervence

Z rozhovorů se sociálními a vedoucími pracovníky všech sociálních odborů/oddělení, zapojených do výzkumu plyne, že jednoznačně **převažuje jednorázová či krátkodobá pomoc** lidem v situaci dlouhodobé péče, tedy lidem, kteří dlouhodobou péči potřebují a pečujícími. Někteří dotazovaní se spíše přikláněli k názoru, že rozsah možností, které jako pracovníci obecních úřadů v pomoci pečujícími a lidem, kteří dlouhodobou péči potřebují, není velký.

„Co já tady můžu jako úředník poskytnout? Můžu poskytnout poradenství, snažím se řešit, co je tam zapotřebí řešit. Jestli tam chybí nějaké další doplňkové služby, tak je právě navážu na nějakou neziskovku, na ty doplňkové služby, pomůžu jim s tím, aby si zařídili všechno, na co mají nárok. Aby měli PnP, aby ten člověk, když zůstane doma najednou s tím pečujícími, neví, že má nárok na polohovací lůžko, tohle nikdo neví.“ (VED IX)

Jedná se většinou tedy o různé formy jednorázové pomoci, k nimž dochází kromě situací již kritických, jak bylo zmíněno již výše, **často na začátku péče**. To, co sociální pracovníci nejčastěji registrují na situaci dlouhodobé péče, je tedy právě situace na začátku péče a pak krizové momenty nebo okamžik, který si vynucuje/směruje k ukončení péče. Sociální pracovníci si uvědomují, že pro většinu pečujících je to situace nová, neorientují se v ní, nemají potřebné dovednosti ani představu, na jaké dávky má pečovaný nárok atd.

„Já si myslím určitě, že je to právě v té první fázi. Obeznamenat je o tom, co to obnáší, kam eventuálně pomoc, nebo jak. A vlastně jim vysvětlit plno věcí i s tím, aby počítali, já nevím, dejte přihlášku do nějakého sociálního zařízení, nenechávejte to na poslední chvíli. Ten zdravotní stav toho klienta se může ze dne na den změnit.“ (SP IX)

„A další věc, ne každá osoba je schopna se o někoho starat. A i z mých vlastních zkušeností je problém i v blízké rodině, když řeknete, dobře, budu se o někoho starat, nebo i mezi kamarády, starám se, tak najednou dochází i jakoby k odcizení.“ (SP IX)

Celkově lze říci, se drtivá většina krátkodobé pomoci odehrává formou sociálního poradenství. Častěji se pak toto poradenství odehrává v uspořádání, kdy sociální pracovník čeká, s čím se na něj pečující či člověk s potřebou péče obrátí, tedy spíše pasivní přístup „když přijdou, poradíme“. Mnozí dotázaní hovořili o tom, že po jednorázovém poradenství většinou ztratí o dalším vývoji situace přehled. Jen výjimečně sociální pracovníci dle svého vyjádření povzbuzovali tyto klienty, zejména pečující, aby se na ně znovu obrátili.

„Jako takhle, to je většinou poradenství. Že přijdou, že mají problém, že nezvládají. Takže my jim poradíme, že můžou udělat to, to, to a oni si to prakticky už po své linii zařídí, třeba pečovatelskou službu, nebo odlehčovací, když třeba potřebují. Takže že bysme s nimi kontinuálně pracovali, s těmi pečujícími, to ne.“ (SP II)

„Oni přijdou, něco chtějí pomoc, my jim zprostředkujeme služby terénní, a pak to tam funguje a my už se k nim tolik nedostaneme.“ (SP III)

„A všichni ti pečující, kteří jednorázově přijdou, tak já jim vždycky říkám, nechte si na mě kontakt, může se stát, budete něco potřebovat“ (SP VII)

▪ **Poradenství se většinou týká:**

- **dávek, zejména PnP, příspěvku na mobilitu**

„V rámci základního poradenství bych řekla, z 80% řešíme žádost o PnP. Nebo zvýšení, tzv. změna, návrh na změnu výše přiznaného PnP“ (SP VII)

„Nebo třeba my jim to pomůžeme vyplnit, a pokud mají pečující osobu, tak aby to podala ta pečující osoba, tak jaké má učinit kroky k tomu, protože přece jenom tam musí donést občanku, i ta pečující osoba tam musí donést občanku, jo, takže pokud je tam ta pečující osoba, tak to vyřizuje ona.“(SPI)

- **sociálních služeb** – zde jde zejména o rady a informace ohledně toho, jaké sociální služby jsou v lokalitě dostupné, jak se o ně žádá, kolik stojí, pro koho konkrétně jsou určeny, s čím přesně mohou pomoci atd. v míře, v jaké je sám daný sociální pracovník o sociálních službách a zejména o jejich aktuální kapacitě a vytíženosti informován.

„My spíš takovou výpomoc typu kde sehnat odlehčovací službu, a takové tyhle věci“ (VED I)

„Takže i v oblasti těch odlehčovacích služeb, nebo jakýchkoliv pečovatelských. Protože ne každý má internet, kde se k těm informacím dostane. Máme třeba i katalog sociálních služeb, který můžu tomu člověku předat a už si potom vyhledá službu nebo kontakt na registr poskytovatelů služeb, kde už si to může přímo rozklikovat na toho konkrétního člověka, na jeho zdravotní postižení, na věk.“(SP IV)

„Oni se přijdou zeptat úplně neinformovaní, co by se pro ně dalo udělat. My nabízíme ty domovy seniorů, pečovatelské služby, většinou dojdeme k tomu, že ten člověk by uvítal pečovatelskou službu, ale nemůže si to z toho důchodu dovolit. Dopracujeme se k tomu PnP. Vyzvedneme žádosti, vyplníme s nimi a nakontaktujeme pečovatelskou službu. A pak už je to na nich, jak to rozjedou. (SP XI)

- **kompensačních pomůcek** – opět, v míře, do jaké se sociální pracovník sám orientuje v oblasti kompenzačních pomůcek a v tom, jak je získat, hovořili dotazovaní sociální pracovníci o tom, že to je jedna z oblastí, kde poskytují poradenství.

„Řešila jsem tu třeba i, že žádal o mechanický vozík, nevěděl, jak má o něho požádat, tak jsme jim poskytli informace, že to musí napsat lékař, neurolog, ortoped, že to je přes pojišťovnu“. (SP II)

- **v oblasti odvolání** – jedná se o pomoc s podáním odvolání zejména v oblasti příspěvku na péči. Zde se ve vyjádřeních sociálních pracovníků poměrně často objevovaly poukazy na nelibost sociálních pracovníků kontaktních pracovišť úřadu práce, pokud vyšlo najevo, že sociální pracovníci obcí radí s odvoláním, nebo ho dokonce pomáhají sepsat.

„Napsat odvolání proti rozhodnutí u nepřiznání nějakého nižšího stupně“ (VED I)

- **poradenství v oblasti výkonu soukromého opatrovnictví** – poradenství soukromým opatrovníkům bylo zmiňováno spíše zřídka a většinou mělo ad hoc povahu, dle potřeby a ojediněle či jednou. Byl zmíněn pouze jeden případ, který se postupně přelil do dlouhodobé a v podstatě kontinuální podpory.

„Pečující osobou je matka, a dcera je omezena ve svéprávnosti, a pro maminku začal nový rozměr v tom, že začal fungovat nový občanský zákoník, a soud ji začal vyzývat. A ona si nevěděla rady, jak prokazovat veškeré skutečnosti ohledně výkonu opatrovnictví v rámci rodiny, kdy matka je opatrovníkem dcery, takže jako fyzická osoba, a kolegyně ji začala vést na sociální práci. Za první luští rozsudky, usnesení a ostatní dokumenty, co soud posílá, a za druhé pomáhá s vyplňováním, i s doprovodem na ÚP, protože klientka řekne, já tomu nerozumím. I když byla už u soudu rozsudkem ustanovená, tak s určitými věcmi si neporadí. Něco by měla být věc soudu, ale opačně i ta pečující osoba ví, že se může přijít poradit sem.“(SP VII)

- **Zprostředkování a advokacie v oblasti zprostředkování sociálních služeb** - druhou nejčastěji zmiňovanou formou krátkodobé intervence byla pomoc při zajištění sociálních služeb. Někteří sociální pracovníci vyjadřovali přesvědčení, že je to hlavní očekávání pečujících od sociálních

pracovníků, aby sociální pracovník rychle našel a zajistil pobytovou službu, s tím, že si řada pečujících myslí, že to je v pravomoci sociálního pracovníka obecního úřadu toto rychle zařídit.

„Pečující osoby, pokud jsou to pracující osoby, pečující, tak bych viděla to, jak zajistit člověka, aby mohl zůstat v tom zaměstnání. Ale naráží na to, že si myslí, ta myšlenka tam je u 80%, že já jsem ten člověk, který toho člověka dostane z toho domácího prostředí, a že dám na papír razítko a on jde do pobytové sociální služby. Myslí si, že my jsme schopni ovlivnit chod v pobytovkách, což nejsme. A tam je rozčarování a je někdy nechuť spolupracovat, jak to, že my to nezvládneme, nebo proč to neděláme. Proč vy to neumíte?“ (SP V)

- **Dohled, kontrola** – dotazovaní pracovníci také zmiňovali situace, v nichž dle jejich názoru nebo dle upozornění někoho jiného, dochází k zanedbávání péče. V případech, kdy se skutečně ukáže, že péče nefunguje, že v daném případě dochází k zanedbávání péče, následuje kontrola v přirozeném prostředí. Z toho, jak sociální pracovníci takové kontroly popisovali, se však zdá, že ne vždy je to zahájení intenzivnější sociální práce. Sociální pracovníci také vyjadřovali názor, že pokud v daném případě nedochází k očividnému ohrožení zdraví nebo života, mají malý prostor pro zásahnutí, zejména pokud pečovaný tvrdí, že je spokojen a v pořádku. Obvykle nabízejí doplnění rodinné péče terénními sociálními službami, ale nemohou podle svých slov zajistit, že pečující a příjemce péče na takovéto uspořádání přistoupí.

„Takže kolegyně tam udělaly takové to tytyty, domluvily se na nějakých službách, že to přijdou zkontrolovat, je to takové trošku až formou represe.“ (VED VI)

III.4.2. Dlouhodobá/kontinuální intervence

Jak vyplývá z výše uvedené charakteristiky převažujících forem intervence, dlouhodobá kontinuální sociální práce s lidmi v životní situaci dlouhodobé péče je spíše výjimkou. Rekapitulujeme-li výše prezentovaná zjištění, pak lze říci, že jen výjimečně dochází k tomu, že by na základě toho, že byla poskytnuta krátkodobá či jednorázová intervence, sociální pracovníci rozvíjeli nějakou další pomoc. Z výpovědí vyplývá, že jen výjimečně dochází k tomu, že by sociální pracovníci předpokládali, že pečující by mohl nějakou další pomoc potřebovat, nebo že třeba neví, že by si mohl o nějakou další pomoc říci.

„Já bych se přikláníla k názoru, že těch osob je málo. Že je málo osob, které vedete dlouhodobě. To znamená, že nemusíte dělat standardizovaný záznam.“ (SP VII)

Dotazovaní pracovníci implicitně předpokládali či někdy i explicitně sdělovali, že pokud je ta potřeba dlouhodobé péče zajištěna někým z rodiny, tak jejich pomoc není většinou potřeba; je to ošetřené, pečující zajistí vše potřebné většinou bez nějaké profesionální intervence. Pečující a až na výjimky ani lidé s potřebou dlouhodobé péče nespádají sociálním pracovníků do škatulky dlouhodobých nebo dokonce „věčných“ klientů (tam spadají lidé sociálně vyloučení, atd.) Člověk s potřebou dlouhodobé péče je v kategorii dlouhodobých klientů obvykle v případě, že se u něj kumuluje řada potíží, které ho vyřazují z té trajektorie – doma – terénní služby nestačí – pobytovka – obvykle buď proto, že nemá žádné „doma“ nebo proto, má kontraindikace pro přijetí do pobytové služby.

„Většinou k nám se dostanou jedině případy, když řešíme něco hlouběji, tak buď že jsou to tady ti bezdomovci, nebo ti, co mají problémy s bydlením, anebo jsou to psychicky nemocní lidé. Ale jinak běžně, když někdo v rodině je nemocný a dlouhodobě pečuje někdo z rodinných příslušníků, tak většinou není třeba, nebo nemají potřebu, aby nás kontaktovali. Pokud není problém, tak oni ho nepotřebují s námi řešit a my tam neřešíme nic jiného.“ (VED VI)

Sociální pracovníci se jen velmi výjimečně dívali na situaci, která vyžaduje dlouhodobou péči, z širší perspektivy, do níž by se vešel i pečující a jeho potřeby, problémy. Převládala optika potřeb pečovaného a jejich zajištění, což když fungovalo – tzn., nevyskytovaly se stížnosti, upozornění, nikdo nepřišel s žádostí o pomoc, či se neobjevovaly jiné indicie, že člověk závislý na péči jiné osoby není vůbec či dostatečně zajištěn, pak spíše předpokládali, že jejich intervence není třeba.

Z hlediska uplatňování case managementu v sociální práci s lidmi v životní situaci dlouhodobé péče nevede zřejmě tato perspektiva k tomu, že by sociální pracovníci zvažovali uplatňování case managementu v práci s danou skupinou a danou životní situací. CM předpokládá práce více než jednorázovou či krátkodobou pomoc a je obvykle považován za vhodnou metodu pro řešení multiproblémových situací (viz níže, kapitola o case managementu). I když z povahy dlouhodobé péče plyne obojí – tzn. potenciální potřeba dlouhodobé intervence a také kumulace potíží, dotazovaní sociální i vedoucí pracovníci z této perspektivy na danou skupinu a typ životní situace většinou nenahlížejí. I když dlouhodobost samotné této situace, tzn. to, že péče probíhá často roky, a situace pečujícího i pečovaného se mění, může vést k myšlence v určitých případech či v určitých fázích péče může být case management optimální metodou intervence, v reálu se zdá, že sociální pracovníci buď poskytují intervenci ad hoc, krátkodobou či jednorázovou, případně někdy vstupují do dané životní situace opakovaně, ale ad hoc, epizodicky.

Několik z dotazovaných pracovníků si uvědomovalo, že potřeba intervence v situacích dlouhodobé péče může být daleko větší a intenzivnější, než se pomáhajícím pracovníkům jeví, a než si uvědomuje sám člověk, který je v této situaci. Tito pracovníci zmiňovali často hned samotný začátek péče jako výzvu pro sociální práci.

Z hlediska některých by bylo žádoucí formalizovat a sjednotit podporu na začátku alespoň tak, aby přinejmenším první kontakt a první kroky byly pro pečujícího jednoduché a dostupné. Jak minimální opatření, které může být prvním krokem k případné dlouhodobé intervenci, tak několik dotázaných vnímalo to, že by na sociálním odboru obce byl pro osoby v situaci dlouhodobé péče k dispozici pracovník, který je kvalifikovaný pomáhat v těchto situacích, pečující, případně pečovaní ho znají, nebo na něj alespoň mají kontakt.

„Ale asi ve chvíli, jestli v tom systému to je zaznamenatelné, že to je rodinný příslušník, tak by měl aspoň dostat prvotní, měli by dostat nějakou knížečku, kde by měla být prvotní informace (...) na koho se můžou obrátit, kde jsou nějaké ty skupiny, nebo kam chodit, pokud by potřebovali. (...) Ale aby někde měli nějakého styčného důstojníka, kterého si můžou vyhledat. (...) třeba říct, že když budete mít problém, nebo cokoliv, zavolejte.“ (VED VII)

Podle jejich zkušeností se může stát, že pokud není pomoc ucelená hned od začátku, když např. začátek podpory pečujícího na počátku péče není řízený a systematický, ale živelný, nahodilý, příliš zahlcující a zároveň neúplný, pečující z ní hned na po první či druhé jednorázové pomoci „vypadne“. Přestane podporu sociálního pracovníka vyhledávat, i když reálně by ji potřeboval a zejm., je-li ponecháno spíše na náhodě a okolnostech, jestli pečující ještě přijde. Zároveň tito pracovníci pochybují, zda je v současné době v silách pracovníků sociálních odborů obcí takovou ucelenou pomoc poskytovat.

„Tak on si přijde třeba znovu, ale někdy už nepřijde a nevyřídí. A zase v tom vidím trošičku takový kámen úrazu, že on přijde, on si myslí, že to je něco, co zvládne hned sám, a kdybych ho měla pozvat na další návštěvu, tak nevím, jestli přijde, i kdybych si třeba pozvala ty odborníky k tomu. To nevím, z těch časových důvodů, jestli by došel. A druhá věc je, nakolik i my jsme schopní to v tom počtu lidí, které máme, toto dělat.“ (VED II)

IV. Case management

Case management (dále jen CM) není, jak je podrobněji pojednáno níže, metodou, jejíž uplatňování by celkově mělo v sociální práci v České republice dlouhou tradici. Konkrétně v sociální práci na obcích je CM uplatňován velmi sporadicky, a to zejména má-li jít o uplatňování systematické, řízené a úplné (rovněž viz níže). Na druhé straně lze předpokládat, že určité prvky CM budou na řadě obcí poměrně běžnou součástí výkonu sociální práce, a sociální pracovníci si toto ani nemusí uvědomovat, protože ani samotný pojem „*case management*“ není ještě dostatečně zavedený. Kromě toho nejsou v teorii i praxi rozšířena různá pojetí CM, tedy i chápání této metody se může u různých sociálních pracovníků lišit.

Z tohoto důvodu je třeba se i v tomto textu nejprve zaměřit na vymezení CM a jeho možná pojetí. První část této kapitoly je tedy věnována vymezení různých koncepcí a modelů a fází CM a roli case managera, i když samozřejmě tento přehled, byť poměrně podrobný, není vzhledem k rozsáhlosti tohoto tématu v zahraniční literatuře jen dílčím vhladem. V další části této kapitoly je věnována pozornost CM v sociální práci obecně. Zbytek kapitoly je již orientován konkrétně na uplatňování metody CM v sociální práci v České republice. Nejprve přinášíme stručný nástin stávajícího rozšíření uplatňování case managementu v rozsahu, v jakém toto lze podchytit z dostupných zdrojů. Nakonec se dostáváme k otázce využívání metody CM v sociální práci na obecních úřadech, a to především s využitím analýz empirických dat, získaných v rámci tohoto výzkumného projektu.

IV. 1. Koncepty, modely a fáze CM v teorii a praxi

Jak upozorňují např. Lukersmith, Millington a Salvator-Carulla (2016), a jak je zřejmé z rozsáhlé literatury na dané téma, case management (CM) je v současné době používán v řadě různých prostředí a kontextů - ať již jde o zdravotní či sociální oblast, právní služby, oblast zaměstnanosti atd., a také v různých sférách – ve veřejném sektoru i v soukromém, v neziskových organizacích, s různou mírou podpory z veřejných zdrojů atd. Původně však byla myšlenka CM spojena se zcela specifickým kontextem a konkrétní cílovou skupinou.

Koncept case managementu (CM) vznikl již zhruba před půl stoletím a za tu dobu samozřejmě prošel vývojem, rozkošatil se na různé modely a různá pojetí a stále budí pozornost a rozpoutává diskuse. Byť se stále vracejí zejména debaty o efektivitě a možných způsobech měření efektivit, či otázky vhodnosti či nevhodnosti uplatňování CM v různých typech případů či situací, a otázky podmínek uplatňování CM, lze říci, že jak v oblasti sociální práce, tak ve zdravotnictví, ale i jinde, je tato CM považován za jednu z vhodných strategií pomoci zejména klientům/pacientům s kumulovanými problémy. Jak konstatuje Austin (2002), navzdory tomu, že poznatky, týkající se efektivit, nejsou jednoznačné, CM stále více proniká do zdravotních, sociálních a dalších služeb.

Jako problematická se ukazuje i samotná definice CM. Ani ta není zatím sjednocena. Různá pojetí CM akcentují různé prvky case managementu a podle toho se pak také do určité míry liší to, jaké všechny činnosti jsou považovány za součást CM a také co je spatřováno jako hlavní silné stránky či limity CM, jaké podmínky jsou pro uplatňování CM vnímány jako nezbytné a jaká očekávání od uplatňování CM lze mít. Různí se pak také doporučení pro praxi CM.

IV.1.1. Vznik a vývoj Case managementu

CM v sociální a zdravotní péči vznikl v Severní Americe jako součást posunu od institucionální k v komunitě zakotvenému poskytování péče a jeho vývoj je spojen s hledáním nákladově efektivních alternativ pro lidi s komplexními potřebami, kteří potřebují dlouhodobou péči. V základech rozvoje CM stálo především následujících šest faktorů: deinstitucionalizace; decentralizovaný charakter komunitních služeb; vzrůstající počet klientů s mnohačetnými potřebami žijících doma; fragmentace

služeb péče; vzrůstající povědomí o nezbytnosti sociální podpory a důležitosti pečujících a rovněž potřeba kontroly či omezení výdajů na zajištění péče a podpory. (Siobhan Reilly, Jane Hughes, David Challis, 2010: 125 – 126).

CM v sociální a zdravotní péči tedy vznikl jako klíčový prvek či možná předpoklad posunu od institucionální ke v komunitě zakotvenému poskytování péče, nejprve tedy o psychiatrické pacienty. Byl vyvinut jako důležitá součást poskytování psychiatrické péče, mj. s cílem snížení nadbytečných hospitalizací v psychiatrických léčebnách. Byl rozvíjen jako reakce na reorganizaci sociální a zdravotní péče, uskutečňovanou v cca 60. – 70. letech 20. století ve Spojených státech amerických, konkrétně právě na deinstitucionalizaci psychiatrické péče. To, že se místo péče v psychiatrických nemocnicích přenesl důraz na ambulantní péči, totiž samo o sobě nevedlo k ucelené síti pomoci, spíše naopak, k její fragmentaci, „dělbě práce“, funkčnímu rozdělení bez následné integrace péče. Od CM, coby metody, která má nabízet pružnou a na potřeby orientovanou pomoc, snižovat závislost klientů na systémech pomoci skrze aktivizaci zdrojů a posilovat sebeurčení klienta, se očekávalo, že tyto problémy se zatištěním péče a její fragmentací odstraní.

Postupně se akční rádius této metody rozšiřoval a byl přebírán i do systémů sociální péče či sociálních služeb jiných zemí. Např. M. Payne (:2000) popisuje a podrobně analyzuje, jakým způsobem se šířil vliv tohoto přístupu ve Velké Británii, kde se s CM začalo experimentovat v 80. letech 20. století a CM byl implementován jako součást reformy britské komunitní péče v 90. letech, a začal být uplatňován v různých formách (viz níže). V posledních dekádách se zintenzivňuje a diskutuje hlavně uplatnění CM v zajištění pomoci v péči o seniory, setrvávající ve svém přirozeném prostředí, ve zvýšení šance tohoto setrvání, prodloužení doby, kdy nemusí být odkázáni na institucionální péči.

CM je tedy v současné době na jedné straně značně diversifikovaný, ale zároveň institucionalizovaný přístup, kdy institucionalizace se projevuje mj. tím, že existuje celá řada odborných a profesních platforem, zaměřených právě na problematiku CM. Z odborných periodik, které jsou na tuto oblast zaměřeny, lze jmenovat např. *Professional Case Management*, což je recenzovaný časopis, zaměřený na různé podoby CM, dobrou praxi CM pro profesionální CM, publikující články zaměřené na koordinaci služeb, zlepšování kvality, výzkumů z dané oblasti atd. Dále existují i profesní organizace, zaměřené na CM a sdružující case managery, z nichž největší je zřejmě *Case Management Society of America* založená v roce 1990. O té době se rozrostla v jednu z klíčových neziskových organizací zabývajících se rozvojem case managementu. Ten ovšem chápe jako profesi. Společnost v současné době podle svých údajů sdružuje více než 35 000 členů a účastníků (více viz. <http://www.cmsa.org/>). Nicméně tato organizace se orientuje spíše na CM ve zdravotnictví. Ovšem CM je také tématem a předmětem pozornosti NASW (viz <http://www.naswnyc.org/?420>), což je jedna z největších či pravděpodobně největší organizace na světě reprezentující sociální pracovníky a v rámci své činnosti se mimo jiné snaží podporovat profesní standardy v oblasti sociální práce. Jednou z oblastí, kterou NASW standardy ošetřují, jsou právě standardy pro case management v sociální práci (*NASW Standards for Social Work Case Management*).

Navzdory tomu, že je tímto způsobem CM dobře institucionalizován a navzdory hojnosti literatury na téma CM, jsou popisné charakteristiky CM vymezené stále poměrně chabě a dochází k míšení různých konceptů a konstruktů. Jak konstatují např. Lukersmith, Millington a Salvator-Carulla (2016), zdá se, že není širší konsensus o tom, co CM je a co chybí. Terminologická nejednotnost pak vede k nejednoznačnosti a nejistotě ohledně rolí, které case manager má, a ohledně intervencí, které poskytuje. Austin (2002) také upozorňuje, že po dekádách zkušeností s CM stále přetrvávají dvě relevantní otázky, týkající se praxe CM, a to: kdo ho potřebuje a zda funguje. Odpovědi na tyto otázky přitom nejsou ani jednoduché ani přímé. Za otázkou, kdo ho potřebuje, se skrývá ještě otázka, komu se dostává; je to vlastně otázka zacílení na klienty, kteří splní kritéria nároku na CM péči.

Otázka, zda CM funguje, se týká výsledků, dat, která mohou demonstrovat efektivitu poskytování CM. Zacílení a efektivita dle názoru tohoto autora stále zůstávají ve vztahu k CM klíčovými otázkami, zejména v kontextu pokračujícího tlaku na fiskální zodpovědnost a vzrůstající požadavky na praxi založené na poznatcích/důkazech (evidence-based). Jak shledává i tento autor, v době, kdy svůj text publikoval, tj. před zhruba před 15 lety, navzdory zhruba třiceti letům produkce literatury na téma CM v pomáhajících oborech, stále nebylo jasné ani to, co je CM, ohledně definice CM nepanoval konsensus (Austin, 2002:178).

IV.1.2. Obecná definice CM

CM je proces, který je obvykle charakterizován řadou činností prováděnými tak, aby reagovaly na nedostatek zdrojů na straně klienta (Naleppa, 2006). To, které činnosti jsou do definice CM zařazovány, pokud je definice nastavena formou výčtu činností, je právě jednou z oblastí, kde nepanuje shoda. Goger a Tordy vymezují CM jako spolupráci v procesu posouzení, plánování, facilitace a advokacie možností a služeb k upokojení potřeb jednotlivce; prostřednictvím komunikace a dostupných zdrojů podporovat kvalitu nákladově efektivních výsledků (2006:11). Podobně, včetně zdůraznění otázky nákladů, vymezuje CM komise pro certifikaci case managerů (Commission for Case Manager Certification, CCMC). Komise je CM definován jako „proces spolupráce, v němž se posuzují, plánují, implementují, koordinují, monitorují a vyhodnocují možnosti a služby, které vyžaduje uspokojení potřeb klienta v oblasti zdravotních a dalších pomáhajících služeb. Je charakterizován advokací, komunikací, řízením zdrojů a podporuje kvalitu a nákladovou efektivitu intervencí a výsledků“ (CCMC :13). Nicméně tato definice není ani vyčerpávající ani všeobecně přijímaná. Např. již zmíněná Case Management Society of America (CMSA) nabízí základnější, stručnější a o něco explicitněji na klienta coby spotřebitele služeb orientovanou definici, kdy CM vymezuje následovně: „Case manager pracuje s lidmi tak, aby ti dostali všechny zdravotní a komunitní služby, které potřebují, když je potřebují a za dobrou cenu“.

Lze tedy říci, že otázka definice CM není uzavřena ani v současnosti. To neznamena, že definice CM neexistuje, spíše naopak. V poměrně nedávné studii provedli Lukersmith, Millington a Salvator-Carulla (2016) rozsáhlé zmapování relevantní literatury z období let 1988 – 2013. Zaměřili se na popsané/analyzované případy CM pro konkrétní složité dlouhodobě nepříznivé zdravotní stavy a snažili se až do bodu teoretické saturace – tzn. do momentu, kdy se přestaly objevovat nové informace, analyzovat – našli 22 definic, 5 modelů, 69 aktivit či úkolů case managerů a 17 klíčových komponent.

Podle těchto autorů je pro stávající stav tedy příznačná výrazná terminologická rozrůzněnost, nedostatečný společný jazyk, což přispívá ke zmatení a nejednoznačnosti. Reilly Hughes, Challis tak navrhuje pohlížet a snažit se vymezit CM z různých perspektiv: z hlediska *funkce* (koordinace a propojování); z hlediska *cílů* (udržení zranitelných osob doma a udržování jejich nezávislosti); z hlediska *podstatných úkolů* (nalezení případu; posouzení); z hlediska *cílové skupiny*; z hlediska *rozpoznávacích znaků* (intenzita zapojení; šíře služeb; délka zapojení); reakce na více úrovních (cíle na úrovni klientů i na úrovni systému) (2010:126). Nicméně ani takový pohled nevede k jednoznačné, byť rozsáhlejší definici CM, zato ale pomáhá pochopit, proč je taková rozrůzněnost definic CM možná. I z toho důvodu je třeba při hledání definice a vymezování činností, které jsou pro CM obvyklé či přímo klíčové, brát v úvahu kontext a účel, pro který se metoda CM zvažuje. Franklin et al. (1987:674) již před 30 lety upozorňovali, že formy a funkce CM varíují podle toho, v jakém systému jsou vyvinuty. Dle těchto autorů je ústředním tématem CM to, že zodpovědnost za uspokojení potřeb klienta spočívá na jednotlivci či týmu, jehož cílem je propojit klienta se službami tak, aby to vedlo k úspěšnému výsledku.

Lukersmith, Millington a Salvator-Carulla (2016) konstatují, že ať už je „case management“ označován různými názvy, nabývá různých podob a je zasazován do různých podmínek, stále slouží k podpoře koordinace, integrace a řízení zdravotní a sociální péče v mnoha různých kontextech a pro osoby s různými zdravotními potížemi. *Koordinace*, jako jedna z definičních či hlavní definiční charakteristika CM, se objevuje v řadě vymezení CM. Dle Payna je CM především způsob organizace sociálního zaopatření, který zdůrazňuje *koordinaci služeb* takovým způsobem, aby se to klientům jevílo tak, že jsou poskytovány jako integrovaný celek (2000:82).

IV.1.3. Modely a varianty CM

Už z výše popsaného nedostatku shody na definici CM lze tušit, že modelů a variant CM je v teorii i praxi mnoho a také se liší kritéria, podle nichž jsou různé modely či varianty rozlišovány. Různí autoři, byť rozpoznávají více modelů CM, se také často kloní k některým či některému z modelů CM jako k efektivnějšímu, celkově vhodnějšímu apod. Např. Lukersmith, Millington a Salvator-Carulla, již výše zmínění autoři, kteří provedli analýzu celé škály definic a přístupů k CM, se pak sami podrobněji soustředili především na model, který nazývají *v komunitě zakotvený CM*. Tento je spíše terénní, case manager je v kontaktu s klientem a jeho rodinou, může k němu docházet v řadě prostředí (klientův domov, pracoviště, další místa v rámci komunity, která uzná za vhodná case manager i klient). V komunitě zakotvený CM je také nejucelenější a nejvíce na klienta orientovaný model. Tento model také dle citovaných autorů pravděpodobněji než jiné, úžeji zaměřené modely, obsáhne většinu prvků CM (Lukersmith, Millington a Salvator-Carulla, 2016).

Challis jako jedno z kritérií odlišování typů CM zvolil varianty ve stylu a organizaci CM. Z tohoto hlediska odlišuje:

1) Modely, kdy se úkolů spojených s výkonem CM ujímá, a) jeden či b) více pracovníků. a) CM může spočívat na jednom klíčovém pracovníkovi, který působí jako case manažer a provádí všechny základní úkoly CM; b) alternativní uspořádání může spočívat v tom, že různé základní úkoly CM jsou vykonávány různými pracovníky, např. pokud se nějaký úkol jeví jako specializovanější či technicky náročnější než jiné, např. jeden pracovník může provést komplexní úkoly posouzení a plánování péče, zatímco méně kvalifikovaní pracovníci mohou provádět koordinaci a monitorování – tento model se často zdá vhodný v agenturách, které mají potíže se získáním dostatečně kvalifikovaných pracovníků. Na druhé straně ztráta kontinuity kontaktu s klientem v rámci takového modelu znamená vysokou pravděpodobnost ztráty zpětné vazby, jednotliví pracovníci nemají příliš možností se v průběhu času poučit o efektivitě péče, která byla klientovi poskytnuta.

2) Modely a) jedné agentury či b) zapojení více agentur při provádění CM. Každý z těchto modelů má výhody i nevýhody, které se týkají především přístupu k informacím a složitosti organizace CM. Ad. a) model jedné agentury znamená méně organizačních komplikací, ale je-li to sociální odbor, má přístup jen ke zdrojům ze sociální oblasti, nikoliv např. zdravotní (a vice versa), přičemž efektivní dlouhodobá péče může vyžadovat zdroje i např. jak z oblasti zdravotnictví, tak z oblasti sociální; Ad. b) výhodou zapojení více organizací je snadnější propojování informací, ale na druhé straně tento model vyžaduje zvýšené manažerské úsilí k tomu, aby se takový systém CM podařilo vytvořit a udržet.

3) Modely a) kdy jsou case manageři součástí dané agentury jako zaměstnanci či b) kdy je case manager na dané agentuře nezávislý, tzn. není jejím zaměstnancem. Ad. a) výhodou prvního uspořádání je, že case manager má za zády má určitou míru organizační autority danou příslušností k danému odboru, bezprostřední přístup ke zdrojům. Ad b) Výhodou druhého modelu je to, že case manager může hájit zájmy klienta nezávisleji, není vystavován konfliktu mezi zájmy klienta a agentury a případnému napětí mezi zodpovědností vůči agentuře a vůči klientovi.

4) Model a) administrativní či b) model uceleného case managementu. Ad. a) administrativní forma CM je poměrně limitovaná forma CM, v níž je jako ústřední úkol vnímáno uspořádání a koordinace

služeb. Ostatní úkoly CM, jako je poradenství, řešení psychického stresu a napětí, vznikající v souvislosti s péčí, poskytování podpory rodinám apod., je poskytováno či zprostředkováváno někým jiným než case managerem. Velké riziko toho, co autor nazývá „administrativní“ model CM je, že často příliš snadno zapadne do již existujících vzorců pomoci (tzn. menší šance, že bude pomoc „originální“ na míru daného klienta). Dále je pravděpodobnější, že dojde k nežádoucímu oddělení reakce na praktické a psychologické potřeby jednotlivce.; Ad b) Ucelený, „kompletní“ model CM se zabývá všemi těmito úkoly, včetně reagování na psychologické a další potřeby klienta. *Rozdíl mezi „administrativním“ a „uceleným“ modelem CM může být dle Challise vyjádřen také jako rozdíl mezi přístupem, v němž dominují služby (a jejich zájmy) a na klienta orientovaným přístupem.*

Rozvinutí různých typů CM v praxi nemusí být a často není jen otázkou představ o tom, jaký způsob pomoci dané cílové skupině je nejvhodnější či jaký způsob uspořádání CM je v dané službě/službách či agentuře uskutečnitelný. Např. Payne (2000, 83 – 86) popisuje odlišení různých forem CM jako *výsledek přizpůsobení se různým politickým imperativům a zájmům různých zainteresovaných subjektů*. Takto se podle tohoto autora uplatňují zejména následující přístupy k CM a modely CM. :

1) *podnikatelský přístup v oblasti sociální péče* (social care entrepreneurship), což je taková forma CM, kdy case manager vytváří a koordinuje „balíček služeb“ ze škály dostupných služeb dle potřeb klienta, i když služby pocházejí od různých poskytovatelů, celek musí na klienta působit „jednotlivě“, jako by to byla jedna služba. Case manager pracovník plánuje a zavádí balíček služeb po poradě s uživatelem. Účelem je omezení výdajů, politicky motivované zavedení „kvazitru“ ale výsledkem je často byrokratizace činností a úkolů sociální práce.

2) *zprostředkovatelský model (brokerage services)*, v němž case manažer radí a pomáhá uživatelům služeb při vytváření balíčku služeb, působí jako prostředník mezi klientem a službou. Klient má větší zodpovědnost a case manager ho podporuje a radí mu, tzn. zejména mu pomáhá plánovat a řídit služby, které si klient zvolí. Tento model CM bývá zasazen do systému přímých plateb lidem s handicapem, kteří si takto s pomocí case managera pro sebe organizují pomoc a podporu. Payne k tomuto modelu dodává, že je potenciálně atraktivní pro mnoho uživatelů služeb, ale například v Británii došlo k tomu, že vznikají konflikty mezi profesionály a politickými a manažerskými pozicemi. Zawadski a Eng (1988), kteří jako jeden z modelů CM také zmiňovali zprostředkovatelský model (brokerage model), považovali tento model vhodný zejména kvůli tomu, že case manager je v rámci tohoto modelu obvykle relativně nezávislý, tzn., obvykle neposkytuje jiné služby než CM. Na jedné straně je tak dle těchto autorů v lepší pozici najít nákladově efektivní služby a objektivně monitorovat kvalitu služeb, ale poskytovatelé služeb v rámci tohoto modelu musejí být schopni a ochotni komunikovat s case managerem, a také si v jednotlivých službách často dělají vlastní posouzení, plánování služeb, monitorování, tedy v tomto ohledu dochází k duplicitám a prodražení.

3) *Víceoborový model* (Multiprofesional services), kdy je skrze klíčového pracovníka z řad profesionálů zajišťováno, aby služby byly poskytovány konsistentně. Ostatní profesionálové pracují jeho prostřednictvím či referují klíčovému pracovníkovi, který je pro klienta obvykle hlavní kontaktní osobou. Klíčový pracovník z multioborového týmu tedy koordinuje komplexní zajištění uživatele. Účelem tohoto modelu je mj. dosáhnout i na izolované uživatele a snížit rizika. Tento model CM je spojen především s deinstitutionalizací lidí s mentálním postižením a psychiatrickým onemocněním.

Z dalších specifických modelů CM, s nimiž se lze v odborné literatuře setkat, a které akcentují určitou filosofii přístupu ke klientovi a ucelenou představu o efektivním řízení pomoci, lze jmenovat *CM založený na silných stránkách* (strengths-based case management), kterým se zabývá jakožto nosným intenzivně Brun a Rapp (2001); a *komplexní case management* (comprehensive case management), jež popisují Reilly, Hughes, Challis (2010).

Perspektiva, založená na silných stránkách, vychází z přesvědčení, že jednotlivci disponují schopnostmi a vnitřními zdroji, které jim umožňují efektivně zvládat životní výzvy. CM založený na silných stránkách je specifickým uplatněním perspektivy, zaměřené na silné stránky, v tom, že spojuje zaměření na klientovy silné stránky a sebeřízení se třemi dalšími principy: 1) podpora využívání neformálních pomocných sítí; 2) nabídka rozšířeného zapojení komunity case managerem; 3) zdůraznění vztahu mezi klientem a case manažerem. Startovním bodem je u tohoto modelu CM obvykle posouzení, koncipované tak, aby pobízelo jak jednotlivce, tak pracovníka k nalezení/určení schopností a „aktiv“, přínosů, které může daný jednatel mobilizovat, aby byl schopen řešit životní potíže, jimž čelí. Jako vodítko pro práci, která následuje, slouží určení cílů a vyvinutí plánu intervence, vedeného tím, co daný jednatel vnímá, že potřebuje. Konkrétní činnosti jsou flexibilní a střížené tak, aby naplňovaly potřeby a odpovídaly silným stránkám jednatelce.

Komplexní CM se s předchozím přístupem nevyklučuje. Reilly, Hughes, Challis (2010) zdůrazňují především delší trvání řízení případu, kdy mezi charakteristiky komplexního CM patří mj. trvání intervence delší než 3 měsíce. Dále je dle autorů pro tento model typické, že dochází k poměrně intenzivní interakci mezi klientem a case managerem a na jednoho case managera tím pádem připadá relativně málo klientů. Do pomoci klientům je zapojena více než jedna služba. Komplexní case management je dle autorů vhodný právě pro dlouhodobě nepříznivé situace a case manager je do řešení kontinuálně zapojený a zůstává zodpovědný za posouzení, monitorování a vyhodnocení případů. Tento způsob práce vyžaduje a zároveň umožňuje učit se z efektivních i neefektivních strategií jak na úrovni individuálního case, tak na úrovni programu/projektu.

IV.1. 4. Fáze case managementu

Už samotná rozrůzněnost modelů CM a přístupů k pojetí a uplatňování této metody napovídá, že i pohled na to, co bude jednotlivými autory či představiteli určitých typů praxe CM považováno za klíčové v činnosti CM a v jakém pořadí by se tyto činnosti měly odehrávat, tzn. jaké fáze by CM měl mít, případně co je cílem jednotlivých fází, je rovněž nejednotný. Většina autorů se shoduje na tom, že *CM je třeba nahlížet jako proces*, v němž na sebe navazují jednotlivé klíčové aktivity. Austin (2002) se např. domnívá, že panuje shoda v tom, že CM lze definovat prostřednictvím jeho základních úkolů. S tímto názorem lze i na základě výše uvedených modelů, které nejsou vždy vymezeny prostřednictvím klíčových činností či fází CM, polemizovat, nicméně platí, že často je přinejmenším jednou ze součástí vymezení CM právě výčet činností, které by měl CM obsáhnout.

Samozřejmě záleží na tom, o jaký model/variantu/pojetí CM se jedná. Nalézáme pak různé pohledy na to, které činnosti leží v základu CM a které k němu (také) patří, ale nemusí být nutně prováděny, aby bylo možné stále hovořit o CM. Sám Austin (2002) např. považuje za první krok CM depistáž, což rozhodně není činnost, které by byla zařazována jako součást CM u všech modelů CM. Spíše naopak, s touto činností se jako s jednou z definičních činností CM lze setkat spíše zřídka. Austin dále jmenuje šetření, posouzení, plánování péče, implementaci plánu péče, monitorování, přeposouzení.

Payne (2000) rozpoznává v procesu CM pět hlavních fází. 1. fáze procesu CM, kterou představuje posouzení potřeb uživatele; 2. fáze, plánování, kdy case manager naplňuje s uživatelem balíček služeb ze služeb, které jsou dostupné; 3. fáze, fáze implementační, v níž probíhá zavedení tohoto „balíčku“; 4. fáze, tj. fáze monitorovací, kdy case manager sleduje, jak je zavedení balíčku služeb účinné, jak funguje; 5. fáze, evaluační, představuje pravidelné vyhodnocování case managerem, zda je výsledek zavedení služeb pro uživatele vyhovující. Evaluace vede k dalšímu posouzení a vycizelování plánu. Payne v této souvislosti vysvětluje, že tento proces je podobný mnoha vymezením praxe sociální práce, která ale nemusí představovat uplatňování CM. Zdůrazňuje, že existují **tři prvky, které odlišují CM od ostatních forem sociální práce a profesionální praxe**, a to:

1/ CM je veden potřebami klienta („needs-led“), zatímco většina sociální práce je založena na teoretickém rámci, z něhož sociální pracovník vychází, nebo na postupech, procedurách, praxi

organizace, v níž sociální pracovník působí. Jinými slovy, CM nastavuje vzorec pomoci takovým způsobem, který vyhovuje potřebám klienta.

2/ myšlenka „balíčku služeb“ vytvořeného ze škály dostupných možností, kdy každý prvek tohoto balíčku je přizpůsoben posouzeným potřebám a je zaintegrovan do celku. Každý uživatel služeb dostane jiný balíček služeb;

3/monitorování a vyhodnocení - spíše než poskytování služeb, jaké jsou požadovány, dokud nenastane nějaký problém, se CM snaží o pečlivější řízení zdrojů; pravidelné monitorování poskytované péče/služeb má zaručovat, že zavedený „balíček“ služeb stále funguje; zároveň je uskutečňována s pravidelná revize celkového celého zajištění službami.

V podobném duchu jako Payne definují podstatu a principy činností, které jsou součástí procesu CM, Goger a Tordy (2006). Podstatu posouzení, prováděného v rámci CM, spatřují v tom, že má směřovat k ucelené systematické analýze životní situace posuzovaného. Jsou zjišťovány individuální, rodinné a s prostředím svázané faktory, konkrétní biografické aspekty problémové situace. Zvláštní zřetel je přikládán také zdrojům a schopnostem posuzovaného klienta. Dále je společně s klientem zvážena situace, jeho individuální zdroje a zdroje různých institucí. Goger a Tordy navíc zdůrazňují participativní rozměr CM, kdy se klient účastní aktivně procesu CM, a také upozorňují na formální aspekty a výstupy CM. To znamená, že plánování a dohoda o cílech musí být provedeny společně a zároveň by měly být odlišeny cíle na základní cíle (principiální) a rámcové cíle a dále cíle jednotlivých činností.

Plán pomoci musí být transparentní a musí být pravidelně revidován a v případě nutnosti upraven. To se v ideálním případě uskutečňuje v rámci *případových konferencí*, jichž se zúčastní všichni zainteresovaní aktéři. Výsledek by měl být zdokumentován ve formě protokolu nebo smluv o zvolené formě spolupráce, které by měly zahrnovat také vysvětlení podmínek a také možných dopadů dané strategie. *Případové konference tedy v pojetí těchto autorů jsou součástí CM, ale CM a případové konference nejsou totéž.*

Goger a Tordy také akcentují potřebu *odlišit CM od případové práce*, kdy součástí CM je také monitoring/kontrola průběhu pomoci klientovi. Dle citovaných autorů nejpozději právě v této fázi nastává zřetelná odlišnost CM a případové práce. Fáze monitoringu má kontrolní funkci, kdy case manager sleduje naplňování plánu pomoci, obstarává potřebné informace, v případě potřeby zařizuje nové služby. Také musí zvažovat finanční stránku, efektivitu výdajů, finanční adekvátnost opatření. Monitoring je předpokladem další fáze CM, evaluace, k níž dochází na konci procesu poskytování pomoci. Jde o vyhodnocení stanovených opatření, služeb a činností CM. Podmínkou smysluplného výstupu z evaluace je ucelená *dokumentace*, jejímž účelem mj. je přispět k tomu, aby byl proces pomoci srozumitelný a kontrolovatelný.

IV. 2. Funkce a role case managera

V předchozím textu byla již role case managera mnohokrát zmíněna, v souvislosti s různými modely i s jednotlivými fázemi CM. Tato kapitola je jen stručným shrnutím to, co vše může obnášet funkce case managera. Nejdříve je ale vhodné uvést, že, tak jako nepanuje shoda v tom, zda CM patří spíše do sféry zdravotní péče či sociální péče, jdou s tím ruku v ruce i debaty, zda mají být v roli case managerů spíše sociální pracovníci či příslušníci zdravotnických profesí, např. zdravotní sestry, komunitní sestry apod. Navíc, jak už bylo uvedeno výše, v některých zemích je case manager vnímán jako určitá specializace a v literatuře lze najít i zmínky o case managementu jak o oboru a o case managerech jako odbornících svého druhu. Case manager pak často musí být pro výkon CM certifikován.

Ať již se výkonu CM věnuje kdokoliv, platí, že s různými vymezeními CM a s různými pojetími toho, co patří mezi základní aktivity CM, se může rozcházet i pohled na to, co je funkcí a jaké role by mohl či

měl obsáhnout case manager. Je třeba zdůraznit, že níže uvedené chápání funkcí či výčet rolí case managera odpovídá spíše komplexněji nastavenému CM. Extenzivní výčet možných funkcí a rolí CM ale neznamená, že pokud některé z nich v konkrétní praxi nejsou naplňovány, nejedná se o CM a case managera. Prezentovat možnou škálu rolí a funkcí case managera, založenou na širších, ucelenějších pojetích CM, má smysl zejména proto, že redukovat tuto škálu, představit si užší vymezení funkce a role CM je snadnější, než naopak.

Ve starší, ale stále vlivné a citované publikaci, věnované praxi CM, Moxley (1989:16) navrhuje chápat význam case managerů jako někoho, kdo rozšiřuje hranice, neboť s ohledem na své omezení a na šíři problémů, které klienti mohou zažívat, je klíčové pokoušet se získat a vzájemně propojovat a kombinovat služby z široké škály veřejných služeb. Právně v tom posouvání či rozšiřování hranic spočívá. Funkce, které při tom case manažer zastává, mohou být zejména následující:

- koordinovat cíle klienta, služby, informace napříč veřejnými službami a napříč sektory veřejných služeb, a také napříč formálním a neformálním sektorem péče a služeb;
- sloužit klientům coby pevný bod zodpovědnosti tak, aby tito měli konkrétního profesionála či tým profesionálů, u nichž mohou hledat podporu a pomoc ;
- působit jako sebe-korekční mechanismus pro poskytovatele sociálních služeb a členy sociálních sítí klientů tím, že jim poskytuje zpětnou vazbu týkající se vhodnosti či dopadů služeb a sociálně podpůrných aktivit;
- zajišťovat pomoc klientům, kteří mohou propadat skrze mezery systému jasně vymezených služeb a jejich poskytování nebo klientům, kteří vůbec do systému služeb nezapadají svými mnohačetnými problémy;
- podílet se na vytváření aktivit zaměřených na pomoc klientům, aby se mohli posunout na úroveň, kde budou schopni lépe sami fungovat, či posilovat jejich nezávislost tím, že a) budou napomáhat členům sociálních sítí klienta poskytovat klientovi podporu; a tím, že b) sociálním službám budou pomáhat ladit poskytování dostupných, vhodných a přiměřených služeb;
- poskytovat informace o počtech klientů a jejich potřebách pro účely plánování veřejných služeb v rámci komunity ;
- identifikovat a následně odstraňovat duplicity v rámci plánů poskytování služeb klientů a tím zvýšení efektivity využívání finančních zdrojů v rámci veřejných služeb.

Jak se postupně mění role konkrétního case managera v průběhu procesu CM, sumarizují Goger a Tordy (2006) rovněž na základě výše citované studie D. Moxleye. Jedná se o 6 rolí, které case manager zaujímá zejména ve vztahu ke klientovi během jednotlivých fází, či „klíčových uzlů“ procesu CM. Tyto dílčí role se plynule mění či přechází jedna v druhou s tím, jak se zvyšuje klientova schopnost sám řídit svůj život. To znamená, že v jednotlivých dílčích rolích postupně klesá míra direktivity, kterou case manager vůči klientovi uplatňuje. Jedná se o následující role: case manager jako implementátor, což je role, v níž se snaží především o uskutečnění naplánovaných kroků; jako instruktor – v této roli se snaží zlepšit schopnosti klienta a jeho strategie zvládnutí životní situace, natrénovat vhodné jednání a postupy; jako průvodce – snaží se ve spolupráci s klientem najít vhodné služby, které odpovídají potřebám klienta, a poskytovat poradenství; jako procesor – důležitý ve chvíli, kdy klient využívá poskytovatele služeb – jsou reflektovány zkušenosti a klient je povzbuzován, aby formuloval své požadavky. Expertní znalosti case managera mohou být využity zejména pro posouzení kvality služeb a v případě potřeby pro hledání dalších zdrojů; jako informátor, specialista na podávání potřebných informací klientům; jako podpora, tzn. je zdrojem opory pro klienty, kteří vykazují vysokou vlastní zodpovědnost a soběstačnost. Autoři k tomuto výčtu rolí doplňují, že je třeba, aby case manager v každé z těchto rolí a v každém případě zachovával mezi člověkem a problémem odstup. (Goger, Tardy, 2006:12).

V této souvislosti je možná vhodné zdůraznit, že již z tohoto samotného rozlišování dílčích rolí case managera je patrné, jaké nároky CM na case managery klade. Je totiž třeba brát v úvahu, že case manager má v jednu chvíli na starosti celou řadu klientů, přičemž v jednotlivých případech se proces CM nachází v různých fázích, tzn. case manager je ve vztahu k jednotlivým svým klientům v různých rolích (nehledě na role, které má vůči službám, komunitě atd.). Tzn., jedná se o vysoce náročnou činnost, rizikovou např. z hlediska rolového přetížení.

IV.3. Case management a sociální práce

Jak bylo předesláno výše, case management není automaticky zasazován do oboru sociální práce a case managerem není vždy sociální pracovník. Není považováno bez diskusí za samozřejmé, že sociální pracovníci jsou pro tuto činnost nejvhodnější či nejlépe vybaveni. Již bylo zmíněno, že někdy je o této pozici uvažováno jako o samostatné odbornosti, která vyžaduje někdy i licenci či certifikaci. Jinde je pozice case managera vnímána spíše za příslušející zdravotnictví a za pole působnosti zdravotníků. Jak popisuje např. Naleppa (2006), odehrávají se a v minulosti se odehrály debaty mezi sociální prací a zdravotními obory (nursing professions) ohledně toho, komu „patří“ case management. Každopádně jsou to pracovníci z oborů sociální práce nebo ošetřovatelství, dalších zdravotnických oborů, na něž se úvahy o tom, kdo má vykonávat case management, primárně vztahují. Zatímco licencování není ve všech státech povinné, vzrůstající počet zaměstnavatelů požaduje u svých case managerů certifikaci, konstatuje dále Naleppa.

Způsoby obsazení pozice case managera pracovníkem s konkrétní kvalifikací či příslušností k určitému oboru se tedy také liší. To, kdo bude v pozici case manager, také záleží na celkovém uspořádání či konkrétním řešení, přičemž Naleppa popisuje tři základní modely. Nejjednodušší možnost a základní možnost personálního řešení case managementu je všeobecný case manager. To znamená, když jeden profesionál provádí celý soubor činností a plní všechny funkce CM od přijetí klienta po koordinaci služeb a monitoring atd. Všeobecný case manager tohoto typu pak disponuje velkým stupněm pravomocí. Výhodou je, že klient má jednoho profesionála, k němuž se vztahuje, na něhož je napojen. Druhý obvyklý přístup je multidisciplinární CM tým. Je to řešení, které spojuje profesní odbornost různých disciplín. Často celý multidisciplinární tým přebírá některé funkce CM, jako je posouzení, zatímco propojování na služby a koordinace služeb je prováděna jedním členem týmu. Třetí typ pak představují komplexní centra služeb, která poskytují a koordinují širokou škálu služeb pod jednou střechou.

Lze říci, že v každém z těchto uspořádání může či nemusí v roli case managera či člena CM týmu figurovat sociální pracovník. Nicméně řada autorů se přiklání k tomu, že je to právě sociální pracovník, kdo je adekvátním kandidátem na tuto pozici, případně to formulují tak, že *sociální práce je oborem, kterému z jeho podstaty metoda CM dobře odpovídá*. Harkey (2017) chápe CM jako zvláštní praxi, která jde napříč obory a proces CM Harkey označuje za vysoce slučitelný s praxí sociální práce. Sociální práce a CM podle něj sdílejí důležitý společný základ. Také např. Goger a Tordy (2006) vnímají CM jako organicky příslušející k sociální práci. Zdůrazňují, že sociální práce je založena na svých znalostech zdrojů, na systémové perspektivě a zejména na orientaci v životním světě klientů, proto je obzvláště vhodná pro to, aby zavedla CM.

Goger a Tordy dále vysvětlují, že CM propojuje dva systémy – institucionální, a systém jednotlivce - a tím CM v interakci s aktuálním vývojem stále složitější sítě sociálních služeb reaguje na potřeby klienta a snaží se klientům zprostředkovat odpovídající služby, aniž by však ponechal stranou vlastní zdroje a strategie zvládnutí klientů. Pro *uplatňování CM v sociální práci* může být dle těchto autorů formulováno *šest principů*. Case manageri: klienta musí vnímat v jeho sociálním prostředí; pracují dle aktuálních podmínek, schopností, zájmů klientů; prostřednictvím uplatnění systémové perspektivy klienty a jejich problémy zvažují v uceleném rámci řady různých faktorů; mají příslušné

administrativní kompetence; mají klinické kompetence vztahující se k psychosociálnímu zpracování problémů; berou na sebe zodpovědnost a přebírají v pomáhajícím procesu ústřední a řídicí pozici; usilují o integraci sociálních služeb.

I když se z této perspektivy tedy zdá, že propojení CM a sociální práce je přirozené a mohlo by být za předpokladu splnění určitých podmínek poměrně neproblematické a z hlediska klientů žádoucí, nemusí to být vždy vnímáno jako samozřejmé. Dle Chalise je např. otázkou, do jaké míry pracovníci sociálních služeb včetně kvalifikovaných sociálních pracovníků mají přiměřený stupeň vzdělání a profesního výcviku, aby mohli efektivně působit jako case manageři, kdy musí často překračovat hranice sociální a zdravotní péče, pokud chtějí zvládat potřeby klientů vyžadujících dlouhodobou péči. Dle tohoto autora může jít zejména o nedostatek toho, co lze nazvat „klinické znalosti“, stejně jako lze očekávat potřebu dalšího vzdělávání v takových specifických oblastech, jako je zejm. vyjednávání či rozpočtové řízení.

Kromě problému kvalifikace a odborného vybavení sociálních pracovníků se objevuje ještě obecnější otázka podstaty propojení CM a sociální práce. Pohledy na tuto otázku se liší a bude záviset ve značné míře i na tom, z jakého modelu či z jakého pojetí CM tento názor na tuto otázku vychází. Payne (2000:88) rekapituluje různé debaty a pohledy na tuto otázku a shrnuje tyto tři odlišné obecnější **pohledy na vztah CM a sociální práce:**

- *CM jako něco, co přispívá k nové perspektivě a kompetencím v sociální práci.* CM může být vnímán jako způsob, jak se zaměřit na poskytování služeb jako součást sociální práce, řídit služby efektivně z hlediska nákladů, a zlepšení koordinace a účinnosti v poskytování služeb. Tyto kompetence jsou někdy v oblasti sociální práce slabé a nedocenené. CM může přispět k jejich posílení, prosazení v sociální práci.
- *Sociální práce jako platná profesní perspektiva a dovednost v rámci CM* – na CM lze pohlížet jako formu sociální práce, která nabízí dovednosti, hodnoty a znalosti, které přispívají k úkolu koordinovat služby způsobem, který reaguje a chápe potřeby uživatelů služeb a zároveň stimuluje jejich participaci v celém procesu.
- *CM jako útok na základní povahu a dovednosti sociální práce* – CM může být vnímán jako příliš zdůrazňující prvek managementu a řízení, tedy sledující příliš manažerské politické cíle. Tzn. jako něco, co podřizuje dobrou sociální práci manažerským cílům a přetváří sociální práci v administrativní nástroj spíše, než v prostředek individuální a společenské změny.

IV. 4. Case management v ČR

Stále lze souhlasit se Solařovou, která před pěti lety shledala: „*Case Management je metoda sociální práce, která je v České republice stále spíše nová a nepříliš známá*“ (Solařová, 2013:6.) I tato autorka v úvodu svého učebního textu shledává, že rovněž publikace týkající se CM v češtině nejsou téměř dostupné. Z tohoto hlediska se od vydání daného učebního textu příliš nezměnilo. V České republice není využívání case managementu příliš rozšířeno. Metodu CM zatím využívají spíše některé služby či NNO zaměřující se na specifické cílové skupiny, ale ani v této oblasti není CM šířeji zaveden. V porovnání s tím, jak je tato metoda diskutována, v praxi využívána, kriticky zvažována i modifikována v některých zahraničních praxích, je u nás skutečně její uplatňování a rozvoj dosud v plenkách. To se odráží v množství odborné literatury přeložené a dostupné v českém jazyce či přímo od tuzemských autorů. Opět v porovnání s objemem produkce a pestrostí zdrojů dostupných v angličtině, je patrné, že case management se do popředí zájmu teprve dostává či dostane.

Totéž se odráží i v nabídce v oblasti vzdělávání. Určitá nabídka sice existuje, ale jedná se spíše o ojedinělé kurzy či školení, nikoliv systematické, propracované intenzivnější vzdělávání v dané metodě. V akademické oblasti, ale ve spojení také v praxi poskytování sociálních služeb a vzdělávání v

oblasti CM se CM v ČR věnují např. M. Szotáková, P. Nepustil, M. Frišaufouvá¹, kdy se tito autoři a lektoři zabývají především využíváním této metody v práci s uživateli návykových látek. Nicméně, lze říci, jak píše např. Szotáková (2014) používat u klientů s mnohočetnými problémy.

Szotáková konstatuje, že ve světě ani u nás neexistuje shoda v tom, co přesně CM je a co zahrnuje, jak ostatně vyplývá i z výše uvedeného přehledu některých modelů a pojetí case managementu v zahraničí. Szotáková mj. rekapituluje také některé existující překlady termínu case management do češtiny, přičemž lze říci, že již samotný překlad může odrážet určité pojetí CM. Např. v Encyklopedii sociální práce Musil heslo *case management* pojednává jako „*hospodaření v rámci případu*“ (Musil in Matoušek, 2013), či se lze setkat s překladem „koordinovaná péče o klienta“ (Šťastná, 2010), či ze starších překladů „případové vedení“ (Stuchlík, 2002). Sama Szotáková se přiklání k širšímu překladu, či definici, a to „koordinovaná spolupráce v rámci případu“ (Szotáková, 2013:62). Szotáková dále připomíná rozdělení na dva hlavní proudy v CM ve světě, a to americký model, který představuje spíše provázení klienta při využívání koordinovaných služeb, a britský model, jež obnáší spíše hospodaření v případě a nasmlouvání služeb (Szotáková 2014: 63-64).

V podmínkách české sociální práce, přinejmenším mimo akademické debaty, se o CM zatím takto systematicky diferencovaně neuvažuje, zřejmě hlavně právě z důvodů spíše rozptýleného a nahodilého využívání této metody. I když i tak lze u nás v praxi vysledovat různá implicitní i explicitní pojetí a modely CM. Z hlediska praxe CM v ČR hledá Szotáková první pokusy o uplatňování CM do poloviny 90. let minulého století, kdy se v některých městech i nás začaly za holandské podpory rozvíjet projekty komunitní péče o osoby s duševním onemocněním právě s využitím CM. Autorka jmenuje mezi NNO, jako je Focus, Estet. V pozdějších letech přebíraly a začaly využívat CM i další organizace zaměřené i na jiné cílové skupiny, než jsou lidé s duševním onemocněním, např. IQ Roma servis v Brně, Amalthea v Pardubicích, Šance pro tebe z Chrudimi, Poradenské centrum Pasáž v Brně atd. (viz Szotáková, 2014: 64 – 65).

CM jako vhodnou metodu pro řešení situace klienta na svých stránkách přibližuje např. také agentura pro sociální začleňování, ale i zde je tato metoda spojena především s oblastí SPOD a pomoci dětem (dostupné na: <http://www.socialni-zaclenovani.cz/case-management-v-socialnich-sluzbach>). Co se týče modelů CM, Agentura jako možnosti či modely CM vymezuje individuální a týmový CM, přičemž u týmového dále rozlišuje vnitřní a vnější CM. Toto vymezení se opírá o to, kdo všechno se na CM podílí, tzn., zda se na CM podílí zástupci služeb jedné organizace či dalších subjektů vně organizace. Z hlediska podoby CM zejm., co se způsobu komunikace a koordinace týče, rozlišují pasivní a aktivní týmy. Jako jeden z nástrojů týmového CM pak pojednávají právě případové konference, jichž se účastní nejméně tři zainteresované strany a jsou vedeny facilitátorem.

Již výše citovaná Solařová zase částečně ztotožňuje CM a případové konference a konstatuje, že v této formě se tento nástroj používá v ČR standardně zejména v oblasti SPOD. Její učební text je také založen zejména na praktických zkušenostech z organizace, která se zabývá ohroženými dětmi, konkrétně náhradní rodinnou péčí. Celkově ale podle jejího názoru lze metodu CM využít téměř u všech klientů sociální práce „*protože se jedná o zapojení více odborníků a více osob, zejména více odborníků, kteří s klientem spolupracují.*“ (:3) Podle Solařové je CM „*koordinovaná činnost směřující k podpoře klienta, a to za účasti všech dostupných zdrojů (rodina, odborníci, sociální a zdravotní služby apod.)*.“ (2013:4) Solařová tedy definuje CM jako koordinovanou péči o klienta. Je zaměřen na vytváření podpůrné sítě. Case manager je dle Solařové nejčastěji sociální pracovník či psycholog.

Co se týče začlenění CM do sociální práce na obecních úřadech, lze říci, že je toto v ČR zatím jen velmi vzácnou praxí. Kromě již zmiňovaných případových konferencí, které, pokud nejsou s CM přímo ztotožňovány, tak v každém případě mohou být nahlíženy jako jeden z prvků CM, nelze v současnosti počítat s tím, že by bylo možné nalézt a sledovat rozsáhlejší pokusy o využívání CM v sociální práci na

¹ viz např. <http://ies.podaneruce.cz/kurzy/case-management-kurz/>

obecních úřadech. Samotné případové konference jsou pak spíše doménou OSPOD, i když se stává, že právě na základě těchto zkušeností a po vzoru OSPOD na některých obcích proniká snaha o využití těchto postupů i při řešení jiných typů případů či situací, které patří do agendy obecných sociálních pracovníků, případně sociálních kurátorů atd.

Příčinou potíží, byť pravděpodobně ne přímo nepřekonatelnou bariérou, s širším začleněním CM do sociální práce na obecních úřadech, může být nedostatečné legislativní zakotvení sociální práce na obecních úřadech. „*Agenda a kompetence sociálních pracovníků obce jsou legislativně vymezeny poměrně obecně, což umožňuje různé interpretace účelu sociální práce jak ze strany samotných sociálních pracovníků, tak i jejich zaměstnavatelů, představitelů samospráv a přirozeně veřejnosti.*“, konstatují autoři Metodiky koordinované spolupráce sociálních pracovníků obcí a sociálních služeb. (2015:13). Stávající právní úprava nevyklučuje komplexní metody sociální práce, není ani v rozporu s uplatňováním CM. Problémem ale spíše je, že tyto metody dostatečně nepodporuje či explicitněji nevyžaduje. To může být problém zejména na obcích, kde vedení úřadu či samospráva není výkonu sociální práce nakloněna. Metodika koordinované spolupráce sociálních pracovníků obcí a sociálních služeb z roku 2015 odkazuje na ustanovení § 92, 93a) a § 94 zákona 108/2006, O sociálních službách a na § 63 a 64 zákona o pomoci v hmotné nouzi. Autoři metodiky označují legislativní zakotvení sociální práce na obcích za spíše „strohé“, navzdory tomu, že samotný rozsah sociální práce na obcích je široký (:12), týká se všech cílových skupin, zahrnuje širokou varietu rozmanitých životních situací a vztahuje se na klienty, kteří se sociálními pracovníky spolupracují s různou mírou dobrovolnosti.

Co se týče zvažování možností uplatňování CM v sociální práci na obcích, patří výše zmíněná Metodika k zatím spíše ojedinělým příkladům dílčích koncepcí či metodických materiálů, které počítají s case managementem v sociální práci na obecních úřadech a poskytují rámcovou představu o tom, co tato metoda představuje a v čem by mělo její uplatňování spočívat. Pro potřeby této Metodiky je CM chápán jako koordinovaná spolupráce, konkrétně „*je vysoce propracovanou formou koordinace případové práce, na které se podílí více subjektů*“ (:8). Činnosti zapojených subjektů koordinuje case manager tak, aby tyto činnosti směřovaly ku prospěchu klienta a bylo dosaženo uskutečnění spolupráce s klientem dojednané. (:8). Metodika označuje CM jako vhodný zejména u klientů s více problémy, u nichž je žádoucí zapojit do řešení situace odborníky z různých oblastí a rovněž propojovat veřejné služby a zdroje, které lze najít na straně klienta. Zaujímá-li roli case managera sociální pracovník obce, snaží se hájit zájmy klienta a využívat zdroje ve prospěch klienta, ale hospodárně. Metodika také zdůrazňuje aktivní roli samotného klienta. „*V rámci CM můžeme pomoci klientovi se orientovat v nabídce nabízených a volitelných zdrojů. Postavení klienta v tomto procesu je aktivní, postupně by sám měl být koordinátorem svých zdrojů*“. (2015:16).

Navzdory tomu, že lze zaznamenat pokusy o zasazení CM do praxe sociální práce na obecních úřadech, stále platí, že tato praxe je v současnosti minoritní a spíše ve stádiu experimentů než v podobě běžně uplatňovaného postupu řešení komplikovaných případů. Nedělníková v níže podrobněji citované zprávě např. shledává, že case management ve výkonu sociální práce na obcích „*dosud nepatří ke standardní výbavě sociálních pracovníků, a je v tomto smyslu zatím záležitostí spíše nadstavbovou*“ (2014:11). Právě z iniciativy Nedělníkové proběhl jeden z ojedinělých pokusů přiblížit metodu CM sociálním pracovníkům obecních úřadů². Toto vzdělávání bylo zaměřeno nejen na sociální pracovníky první linie, ale i na vedoucí pracovníky - vedoucí sociálních oddělení a odborů. Z kontextu této Závěrečné zprávy vyplývá, že v daném případě mělo jít zejména o týmový CM, CM týmy. CM vymezuje Nedělníková, lektorka a autorka Závěrečné zprávy (dostupné z: https://www.msk.cz/assets/eu/zaverecna_zprava_cm.pdf), jako „*poměrně sofistikovaný způsob*

² Jednalo se o vzdělávání v rámci dvou navazujících vzdělávacích aktivit, které realizovalo Sdružení sociálních asistentů v roce 2014 pro obce v Moravskoslezském kraji v rámci projektu „Plánování sociálních služeb II“, reg. č. CZ.1.04/3.1.00/A9.00010, který byl podpořen z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, financovaném z Evropského sociálního fondu a ze státního rozpočtu České republiky

koordinace služeb, využívající metod sociální práce.“ (2014:11). Z různých skupin klientů, pro které je tato metoda vhodná, jsou jmenováni i lidé s dlouhodobým vážným onemocněním či poruchou, tzn. zejm. osoby závislé na péči (2014:11).

Předností v předchozím odstavci zmíněné Závěrečné zprávy je, že není pouhou sumarizací zkušeností a zpětných vazeb účastníků týkajících se bezprostředně vzdělávání v dané oblasti, ale má širší přesahy k podmínkám, možnostem, omezením využívání CM na obecních úřadech a k celkovým postojům sociálních pracovníků k využívání této metody. Především je z ní patrná nerozhodnost a spíše ambivalentní postoj k CM, ale možná i k představě osvojování si a zavádění nových způsobů práce s klientem do praxe. To, že CM pro sociální pracovníky obcí zřejmě není metoda známá, anebo ji nepovažují za nosnou, naznačovala již odezva mezi sociálními pracovníky obcí, pro něž byla nabídka určena, na nabídku vzdělávání v této oblasti. Účast byla poměrně nízká a počet pracovníků, který se zúčastnili, byl i oproti vyjádřenému zájmu nižší. A to navzdory skutečnosti, že oba semináře byly bezplatné a měly akreditaci MPSV. Z toho, jako hodnotili účastníci vzdělávání možnosti uplatnění CM ve své vlastní praxi, vyplývá, že v tomto ohledu byli spíše skeptičtí. Autorka zprávy toho hodnocení využitelnosti CM rozebírá z perspektivy čtyř typů podmínek, a to: dostupnosti zdrojů, jejichž koordinací lze řešit situaci klienta; klienti s více typy potíží; organizační podmínky; znalosti a dovednosti sociálních pracovníků.

Z těchto podmínek byla v oblasti dostupnosti zdrojů a možností zajištění jejich spolupráce jako nejslabší místo shledávána součinnost s Úřadem práce. Sociální pracovníci dle autorky Závěrečné zprávy také vnímali jako těžko uskutečnitelná setkání v CM týmech sociálních pracovníků na obcích, na KoP ÚP a služeb. Celkově byla metoda CM shledávána sociálními pracovníky jako časově a organizačně a i odborně složitá. Lektorka v závěrečné zprávě zdůrazňuje, že z jejího hlediska je největším problémem zajištění bezpečné praxe sdílení informací o klientech mezi organizacemi a také nehierarchické fungování CM týmu při koordinaci pomoci.

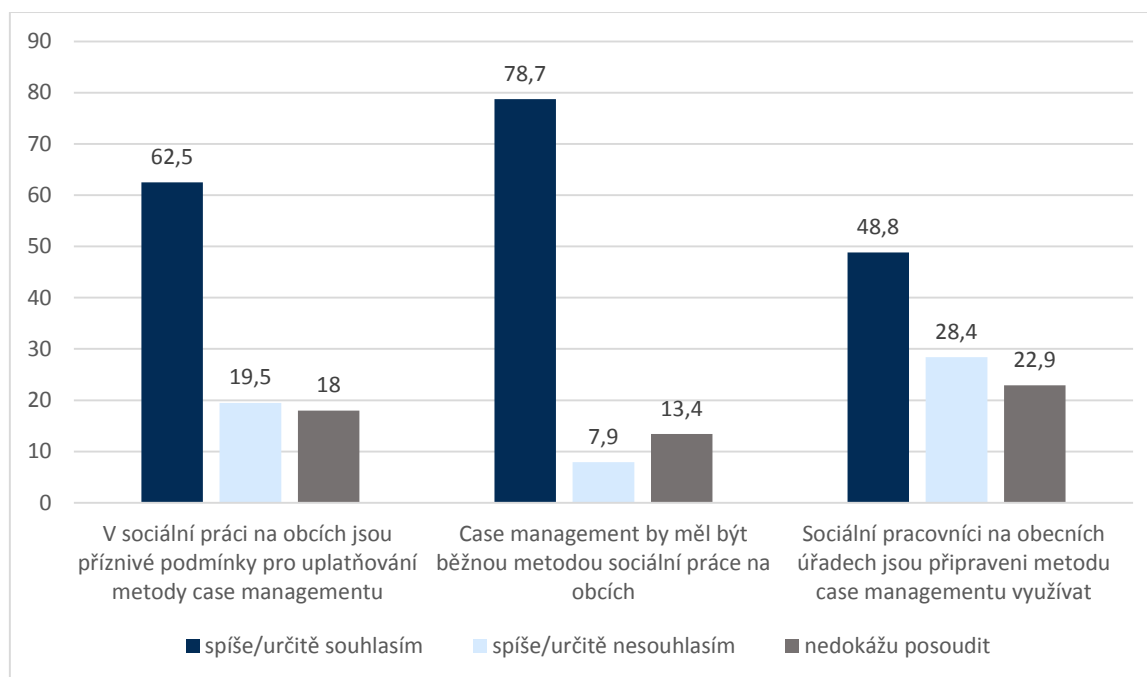
Když autorka sumarizuje faktory, které jsou z hlediska úspěšného uplatňování a rozvíjení CM rizikové, upozorňuje z vnitřních faktorů zejména na novost metody, kdy sociální pracovníci nevidí profit, který by odpovídal požadavkům, které na ně tato metoda klade (např. zkoušet nové postupy, získávat spolupracovníky atd.) Z hlediska sociálních pracovníků u vnějších faktorů pak to jsou nízká podpora ze strany zaměstnavatele, absence metodického vedení apod. Dále autorka zmiňuje malou míru jistoty sociálních pracovníků ve vztahu k uplatňování CM v praktických a legislativních věcech, jako jsou nejasnosti ve správním řízení či oblasti vedení dokumentace) (2014:11-12).

IV. 5. Výsledky empirického šetření uplatňování CM v sociální práci na obecních úřadech

V této části jsou shrnuty hlavní výstupy z kvalitativního šetření sociálních a vedoucích pracovníků, kvantitativního šetření sociálních pracovníků sociálních odborů/oddělení ORP, částečně také z fokusní skupiny a v případě podmínek pro sociální práci v oblasti péče o sociálních pracovníky a podpory péče o sebe pro sociální pracovníky také z metody Delphi s experty – supervizory.

V rámci kvantitativního výzkumu byly sociálním pracovníkům mj. kladeny také otázky, které se týkaly jejich celkového pohledu na vhodnost a uplatnitelnost CM v sociální práci na obecních úřadech. Z grafu č. 7 vyplývá, že sociální pracovníci, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, jsou výrazně přesvědčeni o tom, že CM do sociální práce na obecních úřadech patří (téměř 79% označilo odpovědi, že „určitě souhlasí“ nebo „spíše souhlasí“) a 62,5% respondentů se domnívalo, že pro uplatňování CM jsou na obcích dobré podmínky. O něco méně respondentů je ovšem toho názoru, že sociální pracovníci na obecních úřadech jsou připraveni CM využívat – necelých 49% souhlasí, poměrně velký podíl respondentů si toto netroufalo posoudit (téměř 23%).

Graf. č. 7: Názor na uplatňování CM v sociální práci na obecních úřadech v % (N=328)



IV.5.1. Zkušenosti sociálních a vedoucích pracovníků na obecních úřadech s CM

V rámci kvantitativního šetření bylo mimo jiné provedeno zmapování toho, do jaké míry jsou sociální pracovníci obecních úřadů s metodou CM obeznámeni a zda je běžné, že ji uplatňují i ve své praxi. Sociálním pracovníkům byla předložena řada možností, s tím, že respondent vybíral jednu možnost, která nejlépe vystihovala jeho dosavadní zkušenosti s CM. Z tabulky č. 5. je zřejmé, že poměrně velký podíl respondentů metodu CM nezná vůbec nebo o ní má jen teoretické povědomí. V tabulce není zahrnuta možnost „Metoda case managementu byla uplatňována na pracovišti, kde jsem působil/-la dříve, sám/sama jsem ji ale zatím nikdy nevyužil/-la“, kterou dotazník také obsahoval, ale kterou zaškrtl jediný respondent. Největší podíl respondentů (více než 1/3 souboru) se hlásilo jen k teoretické znalosti CM. Na druhém místě ale figuruje odpověď z druhého strany spektra zkušeností CM, kdy více než ¼ respondentů uváděla předchozí praktické zkušenosti a zároveň uplatňování v současné praxi.

tab. č. 5. Dosavadní zkušenosti s metodou CM

O metodě CM jsem pod tímto názvem ani pod jinými názvy zatím neslyšel/-la	10,6%
O metodě CM mám pouze teoretické povědomí, v praxi jsem se s touto metodou zatím nikdy nesetkal/a.	34,3%
Metoda CM je uplatňována na mém současném pracovišti, ale já sám/sama ji nevyužívám.	7,4%
Metodu CM jsem uplatňoval/la na některém z předchozích pracovišť, ale nyní ji nevyužívám.	7,4%
Na svých předchozích pracovištích jsem metodu CM neuplatňoval/-la, ale na svém současném pracovišti jako sociální pracovník obecního úřadu ji alespoň občas uplatňuji.	18,3%
S metodou CM mám zkušenosti ze své předchozí praxe a i nyní ji jako sociální pracovník obecního úřadu alespoň občas uplatňuji.	26,4%

Část účastníků kvalitativního šetření, zejména z řad sociálních pracovníků, pojetí CM jako metody i zvažování toho, do jaké míry už s touto metodou pracují, případně jaké možnosti ji využívat na svém pracovišti mají, odvozovala od absolvovaného školení. Většina z nich ale už před tímto školením o CM alespoň slyšela, protože až na výjimky, kdy jim účast byla doporučena nadřízeným, si toto školení vybrali sami. Nikdo z participantů výzkumu neřikal, že by mu byla účast vysloveně nařízena. V každém případě téměř všichni účastníci výzkumu znali metodu CM, či získali představu, o co se jedná, poměrně krátkou dobu, nejdéle dva roky či méně, předtím o CM většina z nich neslyšela.

„Já jsem byla na jednom školení na krajském úřadě spíš jako zástup, s kolegyní, která byla koordinátorem sociálních služeb. (...) Mě to bylo doporučeno vedoucí odboru, ať se teda zkusíme zapojit (...) říkala, že si myslí, že bychom se měli otevřít novým věcem.“ (VED I)

„Moje první setkání s CM bylo v rámci školení, myslím si, že to byl nějaký projekt (...) oni potom oslovili některé z nás, kteří jsme absolvovali to školení, tak nás oslovili do toho následného projektu. A v tom školení, které předcházelo tomu projektu, tak jsem se setkal s tou metodou poprvé. Takže předtím jsem vůbec nevěděl, co to je, takže prakticky jsme se s tím nikde nesešli.“ (SP III)

„V rámci nabídky zprostředkované krajským úřadem, jako součást dalšího vzdělávání. Nám to přišlo jako zajímavá metoda sociální práce, a byla tam ta nabídka, na kolik osob může z nějakého úřadu, tak jsme se dvě přihlásily a tam jsme se seznámily, co to obnáší, ta metoda (...) na tom školení, právě proto, že nás to zaujalo, tak jsme tam šly a tam jsme se s tím seznámily blíže.“ (VED V)

Své praktické zkušenosti s CM označovala většina v rámci kvalitativního výzkumu dotázaných pracovníků za poměrně malé nebo téměř žádné. Téměř nikdo z dotazovaných pracovníků nehovořil o tom, že by CM by na sociálním odboru/oddělení, kde působí, byla standardně využívána metoda CM. Tam, kde dotazovaní sociální či vedoucí pracovníci o mluvili o uplatňování CM, jednalo se především o fázi zkoušení, učení se, testování této metody.

„Takže taková ta koordinovaná spolupráce tady nějak funguje, akorát jsme to tak sofistikovaně nenazvali a samozřejmě není to tak dopilované. Takže mne to hodně oslovilo, protože si myslím, že je to jedna z dobrých metod sociální práce, není to aplikovatelné asi úplně na všechny případy, které tady řešíme, ale určitě na nějaké složitější kauzy dlouhodobé, které řešíme v řádu týdnů, měsíců i let, si myslím, že to teda hodí aplikovat.“ (VED V)

„Ten case tady taky začal teď fungovat. Protože do doby předtím byl jenom case management, který byl na OSPOD, a protože jsme to vnímali, že bychom to potřebovali i tady na ty naše dospělé, tak se teď i schází skupina zase v rámci toho case managementu (...) S počátkem toho projektu, takže já si myslím, že proběhlo zatím jenom jedno setkání, teď je někdy druhé.“ (SP VIII)

Na pracovištích zahrnutých do kvalitativního výzkumu je tedy používání CM nejčastěji pouze ve fázi úvah, případně prvních kroků. Někde v souvislosti s tím, co se o CM dozvěděli (např. na školení apod.) zvažují, vyhodnocují, reflektují, zda a co je u nich reálné, popř. které prvky CM již využívají a v jakém rozsahu, aniž by to tak nazývali apod.

„Ale měla by být jednoznačná specifika, co to ten CM obsahuje. Protože si myslím, že mnohé obce určité znaky toho CM dělají, ale není ta znalost taková, abychom řekli, jo, tohle je ten CM.“ (VED IV)

Jinými slovy, dotazovaní pracovníci někdy připouštěli, že např. donedávna netušili, co přesně termín *case management* znamená, ale poté, co se sami s tímto pojmem obeznámili, případně absolvovali školení apod., uvědomili si, že oni sami či celkově na jejich pracovišti se některé kroky, které označovali jako „prvky case managementu“, běžně uplatňují. V případě spíše bezděčně, či ne zcela záměrně – ve smyslu plánovitě - uplatňovaných prvků CM pak panuje mezi sociálními i vedoucími pracovníky značná míra nejistoty - tzn. připouštěli, že byť mají pocit, že v některých případech CM či jeho prvky zřejmě využívají, nemají zároveň jistotu, co CM je.

„Spousta lidí ani neví, co to je case management. Vůbec tady do toho je zasvětit, co to je. Říkám, my nějaké prvky používáme, ale takhle jsme to nenazvali, že to je case management (...) Abych se přiznala, do té doby, než jsem prošla tím školením, jsem vůbec nevěděla, že něco takového je.“ (SP V)

„Já si myslím, že ten kvalitní SP na obci tuto metodu využívá při své práci, on je tím klíčovým pracovníkem daného klienta, kterého má, a vlastně ji dělá, aniž by věděl, že to je tahle metoda. Spolupracuje s dotčenými subjekty, s lékaři, s poskytovateli soc. služeb, koordinuje žádosti a potřeby jednotlivého klienta, nebo celé rodiny, takže oni to dělají podle mě všichni.“(VED V)

Na několika ze sociálních odborů zapojených do kvalitativního výzkumu ovšem o implementaci CM do praxe sociální práce usilují cíleně a promítají to i do vlastní koncepční práce. To, že se pracovníci zúčastnili školení v oblasti CM, bylo vnímáno jako předpoklad, ale sám o sobě ne dostatečný, k uplatňování CM. Zároveň v těchto čtyřech, tedy v rámci kvalitativního šetření v menšině případů buď již byl realizován nějaký projekt, do něhož daná obec vstoupila a týkal se sociální práce, či projekt chystali, případně byl podán a pracovníci a vedení čekali na výsledek. Na některých obcích se také zabývali činnostmi, které zahrnovaly např. přípravu vlastních metodických materiálů, interních standardů, atd. V řadě z těchto vlastních koncepčních, metodických a projektových aktivit se CM objevoval, v některých případech hrálo jeho zavádění důležitou, či klíčovou roli, jinde figurovalo spíše okrajově, či doplňkově, jako součást šířeji založeného projektu.

„(...) projekt řeší, co je cíl, jaké jsou příčiny. Obecně máme potřebu to uchopit v systému koordinované spolupráce, protože všechno se to dělalo ad hoc, bez nějakých pravidel, bez nějakého systému, bez nějakého režimu, což v některých případech lze využívat, v některých případech to uchopit teda v systému, který bude závazný pro všechny aktéry, kteří v tom budou zapojeni.“ (VED III)

„My v tom našem projektu, protože my jsme si ho mohli napsat, samozřejmě, my jsme se pohybovali v nějakých mantinelech toho XY projektu, ale mohli jsme si ho napsat na tělo pro sebe, co jsme vnímali, že nám tady chybí (...) A právě proto, že jsme si ho psali sami, psali jsme si ho fakt pro sebe, tak jedna z aktivit je vytvoření manuálu sociální práce na obcích. (SP VIII)

V souvislosti se vzděláváním a vlastní koncepční činností, ale i ve spojení s problematikou podmínek výkonu sociální práce na obcích, se účastníci kvalitativního výzkumu zamýšleli také nad otázkou, zda je plošná implementace CM do praxe sociální práce na obcích možná a vhodná. Dotazovaní se jednak zamýšleli nad tím, zda lze CM implementovat jako metodu, kterou by se řešila významná část případů, s nimiž se sociální pracovníci setkávají, a dále pak uvažovali, zda lze považovat za reálné, že by se CM ujal jako běžná metoda na všech ORP. U obou těchto otázek zaujímal dotazovaní spíše záporné stanovisko. Klonili se spíše k názoru, že CM je vhodný pro ojedinělé případy a že podmínky na řadě ORP nebudou v současné době příznivé.

„Tak nemyslím si, že plošně, to určitě ne, spíš individuálně, v některých složitých problémech, nebo situacích.“ (VED I)

„Takže taková ta koordinovaná spolupráce tady nějak funguje, akorát jsme to tak sofistikovaně nenazvali a samozřejmě není to tak dopilované. Takže mne to hodně oslovilo, protože si myslím, že je to jedna z dobrých metod sociální práce, není to aplikovatelné asi úplně na všechny případy, které tady řešíme, ale určitě na nějaké složitější kauzy dlouhodobé, které řešíme v řádu týdnů, měsíců i let, si myslím, že to teda hodí aplikovat.“(SP V)

Pokud se má mluvit skutečně o implementaci, nikoliv o experimentování s jejím využitím či využitím prvků této metody, pak někteří zejména vedoucí pracovníci zdůrazňovali nezbytnost systematického postupu při jejím zavádění a nutnost formální úpravy využití CM, o čemž je pak pojednáno níže v tomto textu, zejména v souvislosti s otázkou předpokladů zavádění a uplatňování CM.

„Protože, jestliže nebudete mít jednoznačně definované, co můžete a co nemůžete, jaké jsou ty možnosti a kam se to má ubírat, jaké jednotlivé úkony tady v tomhle se očekává, tak těžko můžete, dá se říct, to potom dostat zespoda napříč celé republiky.“ (VED IV)

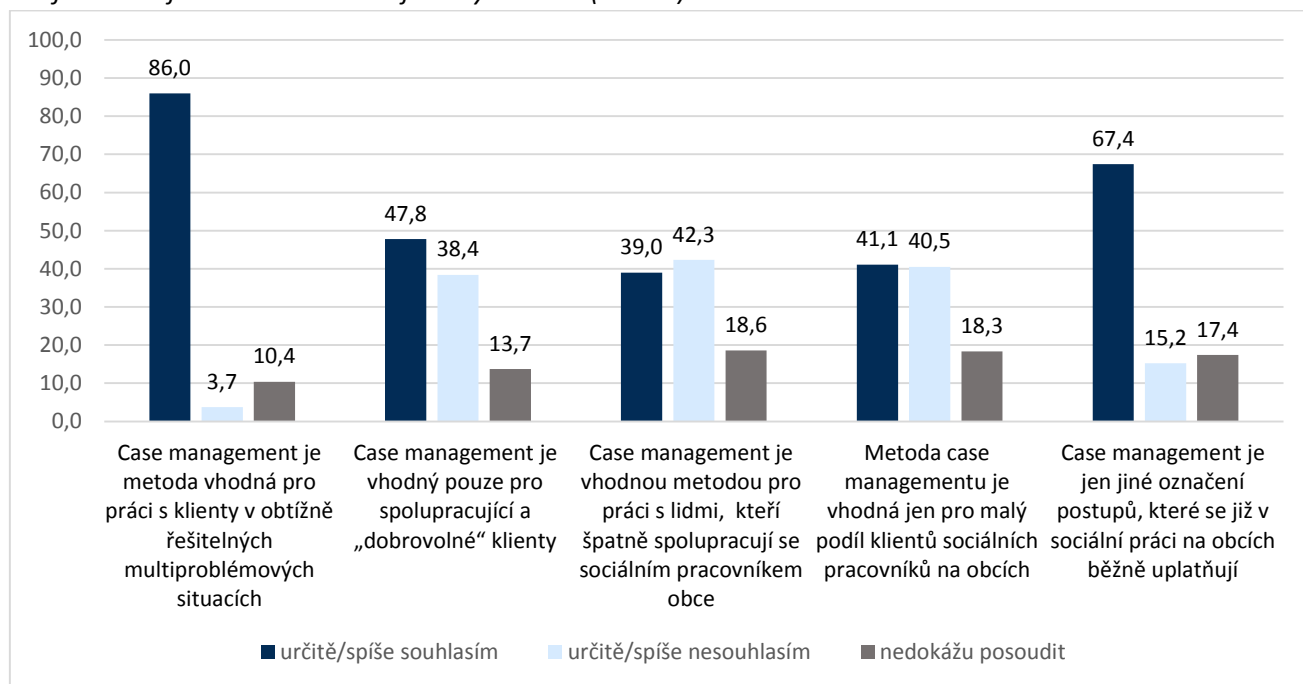
Několik vedoucích pracovníků také zdůrazňovalo, že pro úspěšnou implementaci je třeba také podpora sociálních pracovníků rovněž ze strany nejbližšího vedení, tedy zejména z jejich strany, coby nejbližších nadřízených sociálních pracovníků. K tomu je ovšem nezbytné, aby byl informovaný a motivovaný, případně v CM přímo proškolen, i vedoucí pracovník.

„Tak bezpochyby musí mít náhled. Musí být schopen absolvovat a být schopen motivovat k tomu, aby ti SP tady tohle nóvum zvládli. Protože pokud ten vedoucí, nebo ten nadřízený nedá najevo, že touhle cestou půjdeme a bude to motivovat pozitivně, tak sebelepší metoda je potom vedena k neúspěchu.“ (VED IV)

IV.5.2. Pojetí case managementu pracovníky sociálních odborů/oddělení

V rámci dotazníkového šetření byly sociálním pracovníkům také kladeny otázky, které směřovaly k tomu, pro jaké typy klientů/případů obecně vnímají CM jako vhodnou metodu. Z grafu č.8, je patrné, že sociální pracovníci nepochybně o tom, že CM je vhodný pro klienty v obtížně řešitelných multiproblémových situacích (86%). Menší shoda byla v kvantitativních datech zaznamenána u otázek, zda je CM vhodný jen pro spolupracující klienty či zda je vhodný pro klienty, s nimiž se spolupracuje špatně. Lze předeslat, že stejný rozdíl v názorech na tento problém byl zachycen i v kvalitativních rozhovorech (viz dále). Kvantitativní data také dokládají nejednotnost v názoru na to, zda je CM vhodný jen pro malý podíl klientů sociální práce na obecních úřadech. Z hlediska pojetí CM je pak důležité zjištění, že více než 2/3 respondentů se domnívalo, že „Case management je jen jiné označení postupů, které se již v sociální práci na obcích běžně uplatňují“ (viz graf níže) – z kvalitativních rozhovorů pak vyplývalo, že reálně si pod CM či prvky CM představují jednotliví sociální pracovníci poměrně širokou škálu různých věcí.

Graf č. 8 – Pojetí CM a možností jeho využití v % (N=328)



Hodnocení vlastních zkušeností s metodou CM, stejně tak jako náhled na možnosti implementace této metody do praxe sociální práce na obcích, a vnímání limitů této metody úzce souviselo s tím, jak tuto metodu chápali, k jakému pojetí se vědomě či nevědomě klonili. Z tohoto důvodu se také lišilo vnímání potenciálu z hlediska typu klientů, životních situací atd. V kvalitativních rozhovorech pracovníci se jen částečně shodovali v tom, u jakých klientů má využití CM smysl. Z různých důvodů se řada dotazovaných pracovníků přikláněla právě k tomu názoru, že se CM hodí jen pro malou část klientely.

„Nicméně jsme, v rámci toho projektu následného, dospěli k tomu, že CM aspoň v takové podobě, v jaké jsme my byli s ním seznámeni, se dá využít v naší práci u minima případů.“ (SP III)

Sociální pracovníci, případně vedoucí pracovníci se např. neshodovali v tom, zda je CM využitelný u spíše u spolupracujících či u nespolupracujících (případně mluvili o dobrovolných/nedobrovolných) klientech. Někteří z účastníků kvalitativního výzkumu se domnívali, že zejména kvůli získávání souhlasu s předáváním informací od klienta, ale také kvůli tomu, že je třeba od klienta v rámci CM požadovat aktivní přístup k řešení svých problémů, lze CM využít jen u zcela dobrovolně spolupracujících klientů.

Jiní účastníci kvalitativního výzkumu tento limit neviděli a naopak se domnívali, že CM je vhodné uplatňovat i u klientů, kteří sami např. právě v důsledku své nemoci nedokáží reálně vnímat svoji vlastní situaci a potřebu pomoci. Typicky byly jmenováni lidé s psychiatrickým onemocněním, což je zajímavé zejména protože, že CM byl původně vyvinut pro zajištění pomoci těmto lidem (viz výše), ale dotazovaní pracovníci tuto informaci o historii CM a původním účelu CM neměli, a přesto tuto metodu k této skupině intuitivně vztahovali.

„Třeba cílová skupina osoby s duševním onemocněním, tak si myslím, že to je metoda i pro nespolupracující klienty. Protože oni si nejsou vědomi toho, že si svým jednáním přivozují újmu.“ (VED V)

„Možná u dlouhodobě nezaměstnaných, a potom právě u těch zdravotně postižených a zejména s duševním onemocněním, kdy ten člověk třeba nemůže zůstat sám ve svém domácím prostředí bez podpory.“ (VED IV)

„Z praxe bych řekla třeba senioři, kteří mají kombinovanou situaci...pokud jsou osamělí, jsou ještě kombinovaní s nějakou demencí, takže v podstatě případy, že nemají vůbec nikoho, kdo by se o ně postaral. A psychiatričtí pacienti, nespolupracují. Vlastně se to většinou týká takových těch, co nespolupracují. Problémoví.“ (SP V)

Různá pojetí CM (viz níže) a různé představy o tom, pro koho je CM vhodný, jsou doprovázeny také určitou nejistotou či dilematem, co má být vlastně výstupem CM, jak se pozná, že je v daném případě CM uplatňován dobře, efektivně, že je dosahováno stanovených cílů a zejména, kdo má tyto cíle stanovovat. Tyto nejistoty či dilemata výrazně vystupují právě v případě klientů, které sociální pracovníci označují za ne zcela dobrovolné či nespolupracující, a to může být jedním z hlavních důvodů, proč část dotazovaných CM váhala, zda se jedná o metodu vhodnou pro tento typ klientů. Vyplyvalo to z pojetí CM, k němuž se část dotazovaných klonila, a totiž, že CM vyžaduje aktivní participaci klienta a jeho postupné přebírání zodpovědnosti za řešení své situace. Pokud k tomu nedojde, je pak obtížné stanovit cíl intervence vedené metodou CM a zejména vyhodnotit, zda se cíle daří dosahovat.

„My řešíme situaci lidí, kteří nemají vůbec zájem ji řešit. Což se může stát například tím, že připravujeme nějaké kroky, které budou následovat po zhoršení té situace, nebo po té krajní situaci. (...) Takže z mého pohledu úspěch, proto jsem to říkal, není jenom to, že klient sám, to je samozřejmě základ, pokud

klient dojde k tomu, že problém, se kterým za námi přišel, se podařilo částečně nebo úplně vyřešit. To znamená, pokud klient sám řekne, že jeho situace se zlepšila, tak vím, že CM měl smysl. Ale z mého pohledu ten CM splní svůj cíl, pokud dosáhne cíle, který si ta pracovní skupina vytyčila. I když ten klient z důvodu např. duševní nemoci to v tu chvíli vůbec nevnímá jako nějaký výsledek pozitivní. Ale možná, že k tomu dozraje později.“ (SP III)

Toto odlišené vnímání vhodnosti CM pro různé typy klientů pramení mimo jiné z různých představ o tom, v čem CM spočívá a jak konkrétně ho lze uplatňovat, přičemž někteří dotázaní přímo hovořili o tom, že CM pro ně není metoda dostatečně známá, aby byli schopni přesně posoudit její možný dosah a využití.

„Prioritně bychom měli být dostatečně informováni, co to všechno obnáší. To znamená, že by to mělo všechno být trošičku seshora, informováni o tom, co se očekává od té metody, co by měla tato metoda obnášet. To znamená, že nejdřív by měli být ti vedoucí tímto způsobem proškolení.“ (VED IV)

Na druhé straně, jak již bylo zmíněno výše, někteří účastníci kvalitativního výzkumu docházeli k závěru, že postupy a prvky, které lze spojovat s metodou CM, vlastně ve své praxi uplatňují, aniž by o tom takto uvažovali, přinejmenším do doby, než byli s CM obeznámeni. To znamená, že pak možnosti CM ponejvíce hodnotí optikou své dosavadní praxe a toho, co ex post, např. po školení na téma CM, vyhodnotili jako prvky CM již v praxi jejich či jejich sociálního odboru/oddělení začleněné.

„V podstatě pro mně to bylo novum, když jsem se do toho dostala. No úplně novum ne, když jsem šla do toho projektu, protože jsem absolvovala ještě dvoudenní školení, to mne hodně oslovilo, protože si myslím, že některé prvky toho case managementu v podstatě i děláme, aniž bychom to nějak pojmenovali.“ (VED V)

Dotazovaní sociální i vedoucí pracovníci měli rozdílné názory na to, jaké prvky a postupy patří k metodě CM a co z toho postačuje, aby bylo možné hovořit o uplatňování CM. K tomu je ale vhodné připomenout, že taková definiční a koncepční nejednotnost doprovází i letité zahraniční debaty na toto téma.

„Já vím, že princip CM je ta koordinovaná sociální práce. Pochopila jsem, že záleží na přístupech, jestli je komunitní nebo případová, je to zaměřené stěžejně na rodiny s dětmi, ale zdali je to konkrétně aplikovatelné ke mně, to bych musela k tomu být trošku proškolená, abych tohle dokázala vyhodnotit. Teď můžu říci, že určitě některé aspekty z této metody se zde konají, ale není to přímo specifikované jako CM.“ (VED IV)

Zároveň je z rozhovorů s pracovníky zřejmé, že nepanuje jednotný názor ani na to, zda používat termín „case management“ či se přiklonit k nějakému českému ekvivalentu, případně k jakému. Také volba českého označení pro metodu CM odráží pojetí CM, k němuž se dotazovaní explicitně či implicitně klonili.

„Case management pro mně zní hodně sofistikovaně, já to nazývám koordinovanou spoluprací“ (VED III)

Z dalších prvků, či definičních znaků, které dotazovaní pracovníci s metodou CM spojovali, to byla nejčastěji podmínka zapojení více subjektů do spolupráce a dále potřeba multidisciplinárního přístupu, přičemž toto se ve vyjádření pracovníků často kryje, neboť většina z těch, kteří rozvíjeli téma spolupráce, měla zároveň na mysli spolupráci zástupců různých oborů a odborností (o spolupráci s jinými subjekty, zejména pak v pomoci lidem v životní situaci dlouhodobé péče viz níže).

„Pro mě základ toho CM je to, že to je klient a kolem něho jsou tři a více subjektů, které mohou pomoci při řešení jeho situace. (...) Tím myslím, že to může být člen rodiny, tři lidé to mohou být. Já mám za to,

že když jsou dva ty subjekty, to znamená, když to budu já a třeba matka, která chce řešit svého syna, nebo když to budu já a ÚP, tak to beru jako běžnou spolupráci jednoho člověka s druhým, kde nemám potřebu to upravovat nějak speciálně.“ (SP III)

„Dostává se nám informace o vzniku multidisciplinárního týmu, ten by byl pro to dobrý (...) jedná se o nějaký projekt, bude vytvořen multidisciplinární tým, se kterým můžeme spolupracovat. Že by nebylo špatné. (...) kdybychom měli takový tým připravený, že by byl uvedený a v případě, že budeme řešit ten CM, tak že můžeme to využít. Že by byl ustavený tým lidí, byl by tam zástupce ze služeb, z ÚP, psycholog, lékař, někdo ze školních pracovníků.“ (SP VI)

Případové konference ve vztahu k case managementu

Samostatnou otázkou byly pro pracovníky ve spojení s tématem CM případové konference. Někteří z nich případové konference s case managementem přímo ztotožňovali a pojem „případové konference“ považovali za víceméně odpovídající český termín pro pojem „case management“. Jak bylo ukázáno výše na příkladu Solařové (2013), lze podobný pohled najít i v některých zdrojích na téma CM. Pokud dotazovaní pracovníci ztotožňovali CM s případovými konferencemi či případové konference považovali za důležitou či přímo nezbytnou součást CM, pak ve většině případů svoje představy o případových konferencích odvozovali od toho, co buď sledovali, že se děje na OSPODech, případně z vlastních předchozích zkušeností s prací na OSPODu, - ať již toto srovnávali negativně ve smyslu, aby to nedopadlo jako na OSPODech (čili musí se to ale dělat jinak, než na OSPOD) či pozitivně – tzn. inspirovat se OSPOD a přebírat zkušenosti, nebo neutrální komparace a úvaha o přenositelnosti praxe z OSPOD do obecné sociální práce na obecních úřadech.

„Obecně ty metody jsou obdobné, jak se používají na OSPODu, a to konkrétně případové konference nebo i jiné konference. U nás s případovými konferencemi jsme začali na OSPODu již dříve, než nám to začal ukládat zákon o sociálně právní ochraně dětí, asi tak jenom 3 až 4 roky předtím, než ten zákon začal platit. (...) Když vznikla novela zákona o OSPODU, tak jsme toto začali dělat častěji, a začali jsme dělat i rodinné konference.(...) Ale pořád to bylo na tom OSPODu.“ (VED II)

„A paní, která nás školila, tak přivedla mezi nás klienta, se kterým to uplatňovala. Ale pak pro mě bylo i to, když zase ještě v návaznosti na ten jiný kurz jsem se na to chtěla jít podívat, na tu případovku na OSPOD, jak to probíhá v praxi.“ (SP VI)

Jak bylo předesláno, někteří z účastníků kvalitativního výzkumu CM a případové konference neztotožňovali, ale považovali případové konference za významnou součást metody CM, zejména, ale ne vždy, na začátku, na zahájení celé intervence.

„Zatím to probíhá tak, že nejdřív mapujeme situaci, udělá se nějaká případovka, ona to tady koordinuje, a tak dále, a já právě v tom, jak to chci nějakým způsobem formalizovat a strukturovat, chci, aby ta případovka, tak jak to má být, byla hned na začátku. Už jenom z toho důvodu, že chci, aby všichni aktéři slyšeli stejné informace.“ (VED III)

„Ještě jsme k tomu přiřadili ty případovky, které dneska jsou, a když se to všechno propojí, a ještě z tohoto systému mě poslední dobou vypadáva ta rodina, protože my zapojujeme i tu rodinu, my opravdu do toho jdeme. Když sem ten případ přijde, tak to hodíme na stůl a zvažujeme, co rodina, jaké jsou možnosti, kdo do toho všechno může intervenovat, nebo kdo se do toho může zapojit.“ (SP VIII)

„Ze začátku spíš mapujeme ty naše spolupracovníky, které bysme mohli do toho vtáhnout, že budou ochotní. No a v průběhu ta případovka je pro nás klíčová, na začátku až tak ne, na začátku si musíme zjistit, kdo do toho s námi půjde.“ (SP V)

Na rozdíl od CM měl přímo s případovými konferencemi zkušenosti daleko větší podíl účastníků kvalitativního výzkumu. Většina dotázaných se případových konferencí během své praxe účastnila či

je sami pořádali, znali je například ze své předchozí praxe z OSPOD či ze sociálních služeb, byť ne všichni je využívají či mají možnost plně využívat ve své současné pozici. Někteří vysvětlovali, že spíše bývají účastníci než přímo iniciátoři případových konferencí.

„Případové konference jako takové se jako oddělení my spíše účastníme na pozvání. Případové konference jsme měli možná dvě, tři, výjimečně jednou ročně. Když je to opravdu složitý případ, který potřebuje řešit akutně, tak se svolá na odpoledne, to přijdou z ÚP z nějaké služby, ale to jsou výjimky.“(SP III)

Někteří ale naopak hovořili o tom, že se je využívat učí práce ve své stávající pozici sociálního pracovníka sociálního odboru/oddělení.

„Učíme se je. Větší zkušenosti s tím má OSPOD, ale učíme se je používat, takže už jich tady pár proběhlo. Ale opravdu jsme ve fázi, kdy se hovoří o pár. (...) je tady ten trend víc to začít používat, protože ten nástroj tím, že mluvím s jedním, s druhým, se třetím, my to používáme, ale je to takové složitější. Takže tu samotnou případovou konferenci, prostě se to učíme používat (...) Pozveme si sem různé facilitátory, abychom ochutnali, jak to kdo umí.“(SP VIII)

„U nás je to ještě takové v rozpuku, my ty případové konference děláme jen v těch rizikových případech, my na to nemáme ani prachy. Jako my škemráme na OSPOD, aby nám to nějak zaplatili, aby nám proplatili kouče, tu mediátorku, protože na to nemáme peníze.“ (SP V)

Pokud je tedy následující podkapitola zaměřena na to, do jaké míry je metoda CM vhodná pro sociální práci s životní situací dlouhodobé péče, je třeba mít na paměti, že dotazovaní vycházeli z různých pojetí CM včetně toho, že část z nich si představila primárně právě případové konference.

IV.5.3. Spolupráce s dalšími subjekty v pomoci lidem v životní situaci dlouhodobé péče

Efektivita sociální práce na obcích celkově a CM konkrétně velmi závisí na ochotě různých subjektů kooperovat se sociálním pracovníkem v pomoci konkrétnímu klientovi. Tato spolupráce může být příležitostná či systematicky utvářená, tzn., může se týkat řešení konkrétních případů a situací a být nastavována vždy ad hoc. Nebo může být organizována systematicky, základy spolupráce mohou být budovány jednak na řešení konkrétních případů, ale i koncepčněji, např. v rámci komunitního plánování. Ať už tedy se jedná či nejedná o využití spolupráce přímo v rámci uplatňování CM, je spolupráce jedním z klíčových momentů zajištění účinné pomoci lidem v situaci dlouhodobé péče. Co se týče zapojení dalších odborností, také od účastníků FG zaznívalo, že situace dlouhodobé péče včetně specifické situace pečujících vyžaduje zapojení více odborností. Někteří hovořili přímo o multidisciplinárních týmech s tím, že dle názoru jedné účastnice by přesto měl být kladen největší důraz na sociální práci. Z konkrétních odborností pak byl nejčastěji jmenován psycholog, psychoterapeut, fyzioterapeut, dále i ergoterapeut, zdravotní setra, psychiatr, dle cílové skupiny příjemce péče pediatr či geriatr, neurolog, odborník na paliativní péči, pastorační pracovník.

„A když se tady bavíme o multidisciplinárním týmu, tak si myslím, že každý z toho týmu, z těch odborností, které jsme tady vyjmenovali, tak malinko má přesah do té sociální práce.“ (účast. FG)

V rámci kvantitativního šetření byl sociálním pracovníkům předložen seznam řady subjektů a typů odborností: *krajský úřad; další odbory a pracoviště Vašeho úřadu; vykonavatelé veřejného opatrovnictví; pobytové sociální služby; terénní sociální služby; ambulantní sociální služby; odlehčovací služby; hospice; svépomocná sdružení; nestátní neziskové organizace; církve; kontaktní pracoviště úřadu práce, agenda příspěvku na péči/dávek pro OZP; nemocnice a jiná zdravotnická zařízení; praktičtí lékaři; psychiatrické ambulance; psychologové; obce ve správním obvodu Vaší obce s rozšířenou působností; školy a další školská zařízení; Česká správa sociálního zabezpečení; soudy.*

Sociální pracovníci se měli zamyslet, zda považují za významné s daným subjektem/odborníkem spolupracovat, pokud mají jako sociální pracovník obecního úřadu poskytovat účinnou pomoc v životních situacích dlouhodobé péče, kdy je daná spolupráce spíše významná - *zda spíše v pomoci lidem s potřebou dlouhodobé péče, nebo spíše v pomoci lidem, kteří dlouhodobě pečují, či je důležitá pro obě tyto skupiny stejně.*

U všech sledovaných subjektů/odborností kromě možnosti „církve“ volili referenti nejčastěji možnost „tato spolupráce je důležitá pro obě tyto skupiny stejně“, přičemž nejvýrazněji byla tato odpověď zastoupena u položek „nemocnice a jiná zdravotnická zařízení“ (72,5%) a „kontaktní pracoviště úřadu práce, agenda PnP/dávek OZP“ (72,5%), dále „obce ve správním obvodu Vaší ORP“ (68,5%) a terénní sociální služby (68,2%). Pokud se respondenti klonili k názoru, že spolupráce s daným subjektem/odborníkem je pro některou ze skupin významnější, pak to bylo bez výjimky ve prospěch varianty „spolupráce je významná spíše v pomoci lidem s potřebou dlouhodobé péče“ – nejvýrazněji u položek „pobytové sociální služby“ (30,7%), praktičtí lékaři (26,4%), psychiatrické ambulance (23,2%). Sociální pracovníci ovšem u několika ze sledovaných subjektů ve větším počtu připouštěli, že nejsou s to význam spolupráce s daným subjektem posoudit - variantu „nedokážu posoudit“ volili nejčastěji u položky „církve“ (45,6%), svépomocná sdružení (37%) a školy a zdravotnická zařízení (34,1).

V rámci kvalitativních rozhovorů dotazovaní vedoucí a sociální pracovníci obecních úřadů referovali o různých zkušenostech, co se týče ochoty zástupců služeb, úřadu práce, zdravotnických zařízení atd. se případových konferencí účastnit. Někde je problém přesvědčit sociální pracovníky ÚP, jinde se nechtějí účastnit některé sociální služby a všeobecně je problém s účastí lékařů či sociálních pracovníků zdravotnických zařízení. Nicméně nakonec se ochota zástupců různých subjektů účastnit se případových konferencí spolupráci v rámci CM nebo v rámci jinak vedené pomoci lidem v různých situacích dlouhodobé péče odvíjí od celkové atmosféry v dané lokalitě, od toho, jaká pozornost je věnována celkové kultivaci vztahů, aktivnímu udržování kontaktů atd.

V této souvislosti stojí za to zmínit i zkušenosti druhé strany, a to zástupců služeb či NNO či různých projektů, kteří se v rámci poskytování různých forem pomoci v situaci dlouhodobé péče snaží navazovat kontakty a spolupráci se sociálními pracovníky obecních úřadů. Účastníci FG měli v tomto ohledu poměrně bohaté a často i dlouholeté zkušenosti a podle jejich výpovědí zaznamenávají kolísavou ochotu sociálních odborů/oddělení spolupracovat, včetně zkušeností vysloveně negativních. Nicméně převládají zkušenosti spíše pozitivní, kdy se ve spolupráci se sociálním odborem daří rozvíjet pomoc či konkrétní aktivitu.

„Máme tam velice dobrou spolupráci a ta spolupráce se sociálními odbory záleží taky podle mě, podle zkušeností, na tom, kde oslovuji, takže můžu říct opravdu s čistým svědomím, že oslovuji úředníky, a záleží na té osobnosti toho dotyčného. Moje zkušenost, jedna ta negativní, když jsem představovala projekt, sdělovala jsem, jak ten princip je ustaven, na pečující rodinu my máme 42 hodin, takže celý tým poskytne podporu, jak ji potom rodina po prvním kole cítí a potřebuje. A na jednom sociálním odboru mě bylo řečeno, my tohle děláme. Tak jsem se ptala, jakou mají zkušenost teda v rodinách s psychology. No to my neděláme. Pozeptala jsem se, jakou mají zkušenost s tím trenérem paměti, když to teda dělají. A bylo mě řečeno, že to nedělají.“ (účast. FG)

V této podkapitole jsou tedy stručně prezentovány především zkušenosti s podobou a nastavením spolupráce s různými subjekty a aktéry, které dotazovaní sociální a vedoucí pracovníci obecních úřadů jmenovali jako ty, s nimiž spolupracují, nebo s nimiž by bylo žádoucí spolupracovat v rámci pomoci lidem v různých typech situací dlouhodobé péče.

➤ **sociální služby**

Sociální služby jsou klíčovými partnery sociálních pracovníků na obcích. To, zda s nimi spolupráce dobře funguje a jak je nastavena, považují sociální pracovníci za jeden z rozhodujících faktorů

úspěšnosti intervence u řady klientů. Ve většině obcí zařazených do kvalitativního výzkumu se vedoucí sociálních pracovníků či přímo sociální pracovníci záměrně a cílevědomě snažili různými způsoby ustavovat spolupráci se sociálními službami, vzájemně se informovat, atd.

„My jsme vlastně od počátku, kdy sociální práce byla zavedená na obcích, tak jsme s jednotlivými organizacemi jednali, nastavili jsme jim představu, jak by to mohlo fungovat, dávali jsme jim letáky, čím se zabýváme, takže takhle nějak. A potom když nastane nějaký ten problém, tak už víme, kam máme volat, s kým se máme poradit, takže takhle to funguje.“ (VED I)

Někdy se sociální/vedoucí pracovníci účastní komunitního plánování sociálních služeb, působí v různých pracovních skupinách, což jim umožňuje být v užším kontaktu s konkrétními sociálními pracovníky/potřebami klientů služeb/, dozívají se, jaké jsou např. nabídky služeb, mezery v nabídce atd. Kromě toho, že je pro ně komunitní plánování mj. platformou pro rozvíjení spolupráce se sociálními službami, setkávají se v rámci KP i s jinými subjekty, získávají informace, které pak, někdy spolu s nabídkou konkrétní služby, předávají klientům a zároveň navazují osobní kontakty s pracovníky sociálních služeb, což často praktickou spolupráci následně velmi usnadňuje, zejména jedná-li se komplikované případy.

„Vlastně my jsme se nově i zapojili před čtyřmi, pěti lety tak nějak hluboce do komunitního plánování, tady je koordinátor sociálních služeb a jsou tady pracovní skupiny, a mí podřízení, i já, jsme v jedné pracovní skupině (...) Vlastně jsem se tam dostala na to školení právě s koordinátorem sociálních služeb, že mě tam tehdy vzal, na ten CM.“ (VED I)

„A tam už můžeme vzít celou tu škálu těch nestátních organizací, to znamená těch sociálních služeb. Zase, buď se bavíme přes komunitku, anebo víme o sobě, vezmeme telefon a domlouvají se, a i ty služby mezi sebou, všichni se znají.“ (VED XI)

V některých obcích se nespolehali jen na KPSS, ale systematická spolupráce byla záměrně rozvíjena i z iniciativy obce i na jiných základech, přičemž je snaha do ní zapojovat i jiné subjekty. Tím se tato setkávání stávají širší platformou pro vzájemné poznávání se větší škály pomáhajících pracovníků a služeb a podobné aranžmá pak může mj. usnadnit i řešení situací nestandardních klientů.

„Scházíme se se SP, děláme pravidelně jednou za čtvrt roku porady se SP všech organizací, ať jsou to organizace z pomáhajících profesí, ať je to z ÚP, ať je to u nás z obcí, abychom komunikovali o tom, co je potřeba, co se třeba změnilo, jaké jsou změny v zákonech, co jim dělá překážky, jak se ta překážka dá změnit. Takže my tady tohle jakýmsi způsobem organizujeme.“ (VED IV)

Právě v případě hůře spolupracujících klientů či lidí s kombinovanými potížemi, často hraničních případů pro přijetí do služeb, existuje potenciální a v některých situacích vzniká reálný konflikt pohledů/přístupů mezi sociálními pracovníky obecního úřadu a službami. Vzniká z rozdílu mezi tím, co vidí jako žádoucí pro klienta sociální pracovník obecního úřadu, nebo co tento pracovník vidí pro sebe jako nejjednodušší cestu, jak klienta „vyřešit“, a na co sociální služby mohou či chtějí přistoupit. Sociální pracovníci tak vyjadřovali výhrady k fungování sociálních služeb v tom smyslu, že tyto služby primárně fungují podle svých potřeb a podle parametrů, které jim vyhovují, a poškozují/znevýhodňují/ohrožují tím některé klienty sociálního pracovníka – v takových případech, dle vyjádření některých sociálních pracovníků (či vedoucích), musí být na služby vyvinut tlak, sociální pracovník musí vstoupit do vyjednávání se službou, či někdy do sporu – tzn. obhajování práv klienta na poskytnutí služby.

Někdy je toto vnímáno jen jako z hlediska potřeb klientů kontraproduktivní snaha sociálních služeb uhájit si „teritorium“ a nekomplikovat si práci náročným klientem. Často ale sociální pracovníci obecních úřadů hledisko služeb chápali, tzn., neochota služeb přijmout klienta nebyla

označována automaticky jako nespolupráce, ale jako záležitost vyjednávání. Situaci velmi usnadňuje, pokud se v rámci spolupráce pracovníci obce a služeb znají osobně.

„Víte, jak je to pořád stejné, musíte ty lidi znát na obličej, je taky potřeba vyjet, dojet se do toho zařízení podívat, poznat ty lidi, oni musí poznat vás. To znamená, že když sem potom volají, tak už vědí, D., jak vypadá, S. jak vypadá, ona zase jak vypadá paní K. , a je to úplně o jiném kontaktu, než když to tam na sebe vyštěkají, každá si tam hájí, většinou si musí hájit, protože my bysme jim tam narvali kde koho, těm zařízením, takže oni si to musí hájit. Takže už potom ta komunikace je i jiná.“ (SP VIII).

Pokud dotazovaní konkretizovali spolupráci se sociálními službami, která se týkala situací dlouhodobé péče či přímo pečujících, pak nejvíce byla jmenována spolupráce s pečovatelskými službami – které jsou jednak zprostředkovávány jako základní/první pomoc, když je sociální pracovník postaven před nutnost rychle hledat řešení v případech, že péče chybí či nepostačuje, či pečující na ni přestává stačit. Dále byly v souvislosti s touto situací a s touto cílovou skupinou jmenovány odlehčovací služby, denní stacionáře, v jednom případě i domácí hospic, v několika případech raná péče, ve dvou případech služby pro osoby s poruchou autistického spektra a v několika případech služby a neziskové organizace, zaměřené na pomoc lidem s duševním onemocněním a jejich rodinným příslušníkům. Služby jsou ale někdy využívány i jako forma vyhledávání případů, které vyžadují další intervenci atd. V jednom případě byly dokonce pečovatelské služby instruovány, čeho si mají v souvislosti s dlouhodobou péčí a situací pečujících všimnout a byly využity jako jakýsi screening situace i forma depistáže.

„Máme zřízenou organizaci, které dělá terénní pečovatelskou službu, a ti nám nereflektovali, protože samozřejmě pečují o své klienty, ale setkávají se i s tím širším okolím toho klienta a zjistili tam určité skutečnosti, které nám dali signál, že bysme se měli věnovat i těm, co o ty naše klienty pečují (...) nám to ty pečovatelské sdělily, protože do těch domácností chodí, že v té rodině je nějaký problém, který se týká těch pečujících. Že jsou zaneprázdněni, nebo že mají vysokou míru stresovosti, nestíhají, bere jim to čas atd., to je jedna věc.“ (VED IX)

„Když je potřeba, tak my se o tom člověku dozvíme a pak pomáháme řešit tu situaci i nějakou jakoukoliv jinou. A potom i z pečovatelských služeb, kteří tam provádí už nějakou terénní práci, a sami třeba vidí, že ta péče není dostatečná, tak ti nám taky dají informaci, abychom se tam šli podívat a rozkryli to téma celé a udělali z toho něco jiného. Protože ti zase mají své úkoly, z těch nevybočují, ale když vidí, že je potřeba tam udělat nějakou jinou intervenci, tak nám taky dají vědět.“ (VED VIII).

➤ **úřad práce**

Dalšími klíčovými aktéry pro spolupráci jsou kontaktní pracoviště úřadu práce (KoP ÚP). Pro pracovníky, kteří se zúčastnili kvalitativního výzkumu, bylo toto v rámci spoluprací další velké téma a další oblast, o které mluvili všichni a kde zkušenosti varíují na celé škále od popisů velmi špatné, konfliktní (ne)spolupráce až po lokality, ORP, kde dotazovaní pracovníci popisovali spolupráci jako velmi dobrou, rozsáhlou a stále se rozvíjející. Nicméně v okruhu námi zkoumaných lokalit, daných do výzkumu zařazeným ORP, převažovala na straně sociálních i vedoucích pracovníků příslušných sociálních odborů/oddělení zkušenost, že spolupráce s ÚP je celkově omezená, (potenciálně) konfliktní, často doprovázena neochotou nebo vzájemným malým porozuměním. Někteří účastníci výzkumu to připisovali té okolnosti, že sociální práce je celkově na úřadech práce přískrcena, že tam existuje často jen pro forma a je limitována především na činnosti bezprostředně související s posouzením nároku na dávku a vyplacením této dávky.

„ÚP sice tvrdí, že dělá sociální práci, ale nedělá.“ (VED IX)

„ÚP byť má nastaveno, že dělá sociální práci, tak oni tu sociální práci, bych řekla, moc neřeší případ toho klienta, je to nezajímá. Je nezajímá, jak to je. Je zajímá jenom ta dávka, vyplatit, nevyplatit, ale raději nevyplatit, a pokud budou platit, tak co nejméně. Je nezajímá sociální situace klienta, je to vůbec nezajímá, to pro ně není prioritou.“ (VED VI)

V řadě lokalit měli tedy sociální a vedoucí pracovníci obcí zkušenost, že na KoPech ÚP je sociální práce okleštěna, někde až do krajnosti a že se tam pracovníci ze strany svého úřadu a svého vedení ocitají pod tlakem pracovat pouze administrativně, snažit se redukovat přijímaných žádostí, odvolání atd. Někdy sociální pracovníci obcí referovali o tom, že v zájmu toho, aby se mezi nimi a sociálními pracovníky KOP ÚP udržela alespoň nějaká spolupráce, snaží se na sociální pracovníky ÚP netlačit. Někde ovšem popisované ústupky vůči místnímu KoP ÚP měly až podobu rezignace na určité formy pomoci, i spojené zejména s obhajováním práv klientů. To, že si sociální pracovníci KoP ÚP nepřejí, aby sociální pracovníci obecních úřadů pomáhali klientům sepisovat odvolání, zaznělo ve více zkoumaných lokalitách. Někde docházelo dle výpovědí sociálních pracovníků obecních úřadů i k tomu, že sociální pracovníci KoP ÚP odmítali přijímat žádost o PnP, které na kontaktní pracoviště přinesl sociální pracovník obce.

„U nás s ÚP od roku 2012 máme problém spolupracovat, já jsem zděšený z toho, co se děje na ÚP, a tu spolupráci se snažíme udržet s ohledem na klienty na nějaké přijatelné úrovni. A to za cenu toho, že my si nestěžujeme na to, jak pracují, nepomáháme klientům se odvolávat, protože kdyby to zjistili, tak ta spolupráce spadne.“ (SP III)

„Ale ještě něco. Příklad, je to blbost, strašná blbost, která ale mně vytočila. Většinou to bylo tak, že jsem šla do rodiny, mám tam nějakého stařečka, babičku, vzala jsem žádosti, příspěvek na péči, vypsala, všechno jsem, nemusíte nikam, já to tam donesu. Zakázali mi to nosit. Jako mne je jedno, já to dám na podatelnu. Pracovnice mi to nevezmou, protože jim to zakázala vedoucí.“ (SP V)

„Oni jsou na nás naštvaní, protože podáváme žádosti, kdy oni berou v potaz, že my dáváme žádost a tomu člověku třeba na nic to nevyjde. Prostě ten člověk má právo tu žádost si podat, takže my, prostě za ty babičky, co mají 90 let, tak to s nima sepíšeme a předáme to na ten ÚP. Takže oni jsou naštvaní, jsou podráždění, protože jim přiděláváme práci.“ (SP VI)

Někdy spolupráce naráží na to, že sociální pracovníci těchto dvou subjektů, obce a úřadu práce, sledují odlišné cíle. I když klientů z řad lidí vyžadujících dlouhodobou péči se to tak netýká, tolik to na ně nedopadá už proto, že o konečném přiznání např. příspěvku na péči rozhoduje posudkový lékař, nikoliv sociální pracovník agentury PnP KoP ÚP.

„Každá pracovnice si to tam řeší nějak jinak, nám samozřejmě jde o to, saturovat klienty, oni sedí na penězích. Někdy neřešitelná otázka. (...) jasně, ale můžou na nich sedět zase jenom odsud posud. Jestliže jim to zákon říká, anebo jim to neukládá, že to takhle nemůžou dělat, tak si nemůžou dělat svoje pravidla.“ (VED XI)

Pro zajištění pomoci, její koordinaci, či přímo pro case management, ve většině lokalit zapojených do kvalitativního výzkumu není tedy kvůli obtížné spolupráci/komunikaci sociální pracovníci obecního úřadu – sociální pracovníci KoP ÚP dobrá konstelace.

„Já vám to řeknu na jiném příkladu. Když řešíme nový komunitní plán, obnovovali jsme pracovní skupiny v rámci komunitního plánu a přizvali jsme tam ÚP. A překvapila mě informace té jedné pracovnice, která je na pozici vedoucí, neříkám celého ÚP, ona mi řekla, a jaká je vůbec vaše úloha tady v rámci té pracovní skupiny a komunitního plánu, proč my tady vlastně máme být, když my vyplácíme jenom ty dávky?“ (VED VI)

To, zda spolupráce funguje a jak konkrétně je nastavena, se přímo promítá do pomoci zaměřené právě na lidi s potřebou dlouhodobé péče. Efektivní spolupráce by mohla vést k lepší koordinaci

vyřizování dávek pro OZP a zprostředkování služeb, rozšíření možnosti využít sociálního šetření pro příspěvek na péči k detekci lidí, kteří potřebují s péčí či zajištěním péče pomoci atd.

„Mě tady sedí pečující osoba, takže: PnP spolupracujeme s ÚP, s oddělením, kde se řeší dávky pro osoby se zdravotním postižením. Nemusí to být jenom PnP, může to být příspěvek na mobilitu, může to být průkaz pro osoby zdravotně postižené, protože ani ten daný člověk neví, že by mohli zkusit vyřídít průkaz pro osoby zdravotně postižené, a tady u odboru sociálních věcí zase parkovací průkaz. Tím, že je to roztržité na dvě instituce, určité věci, které spolu souvisí, už je to pro ty lidi zatěžující, nepochopitelné, systém vás neinformuje, (...) Proto spolupracujeme, telefonujeme si. Pokud se ten klient, nebo kdokoliv z rodiny, zachytí tady, tak se ptáme, pokud se zachytí na ÚP, tak ho pošlou sem, s doklady, ať si vyřídí parkovací průkaz.“ (SP VII)

„Oni si pořeší ten PnP, tu jednu část, v případě, že tam je další sociální práce, nám dají podnět a my řešíme sociální práci a všechno, co k tomu patří.“ (VED V)

„Nebývá to často, a tam spíše, že se domnívají, že by bylo potřeba s tou rodinou, nebo s tím člověkem pracovat a oni z časových důvodů toto nemůžou. Oni tam můžou i následně provést kontrolu využívání PnP, a z toho vyvodit třeba nějaké sankce, ale nemůžou trvale pracovat s tou rodinou.“ (SP IV)

Ačkoliv ve většině v kvalitativním výzkumu zařazených lokalit měli vedoucí a sociální pracovníci výhrady k nastavení a rozsahu spolupráce s KoP ÚP, neznamená to, že tato spolupráce nefungovala vůbec. V několika lokalitách byla charakterizována dokonce jako výborná a v řadě dalších sice více či méně pokulhávala, ale téměř všude si dotazovaní vybavovali oblasti či případy, kdy se daří či podařilo v rámci spolupráce řešit konkrétní případy. V některých zkoumaných lokalitách se problémy se spoluprací omezovaly především na konflikty, týkající se podávání žádostí a pomoc s podáváním/vyplněním žádostí sociálními pracovníky obce, kdy sociální pracovníci KoP ÚP toto bojkotovali, případně dávali najevo nesouhlas, ale přitom v jiných oblastech, či v jiných formách spolupráce těchto sociálních pracovníků se dařilo zvládat situaci lépe. Nastavení a hlavně rozsah spolupráce se tedy v různých lokalitách liší. Častým modelem je jen poměrně málo intenzivní spolupráce, v podstatě určená tím, co je v daném případě nejnutnější rozsah spolupráce, aby se řešení případu daného klienta úplně nezadrhlo, ale nad toto minimum pracovníci obou subjektů často vůbec nejdou. Jeden ze sociálních pracovníků právě takto „úsporně“ nastavený způsob spolupráce, který se často omezuje jen na telefonické či emailové komunikace, mnohdy u daného případu jen jednorázové, považovat za jednu z překážek, proč je obtížné uplatňovat CM.

„Jinak, když potřebuju něco se poptat, ověřit, doložit, třeba k té žádosti i do toho domova, v jakém stupni má příspěvek na péči, tak není problém.“ (SP VI)

Relativně často zmiňovanou formou spolupráce byla například společně vykonávaná sociální šetření v rámci vyřizování žádosti o příspěvek na péči, a to zejména v případech, u nichž jsou již v době podávání žádosti indicie, že bude nutná rozsáhlejší intervence.

„Protože většina rodin tam přijede jednou za čas, no a když o to mají zájem, tak dáme tu žádost, tady se domluvíme na ÚP s děvčaty, že klient třeba má zájem, abych byla u toho šetření.“ (SP IX)

„Byli jsme třeba i spolu na sociálním šetření taky u starší paní, o kterou pečoval syn alkoholik, schizofrenik, takže jsme byli společně na šetření.“ (VED V)

„Domlouváme se třeba i na společném sociálním šetření, že jdeme společně do té rodiny, domluvíme se s tím, že tam třeba probíhá kontrola využívání PnP a zároveň já tam řeším sociální situaci člověka.“ (SP IV)

Častější formou určité součinnosti než společné sociální šetření je podnět sociálních pracovníků KoP ÚP v případech, kdy tito pracovníci zejména v souvislosti s vyřizováním žádosti o PnP narazí na problematický případ.

„Z ÚP nám dají podnět, abychom tu domácnost taky navštívili, a provedli ty potřebné intervence, které z toho vyloučí, z té návštěvy. (...) Jo, z té jejich strany to taky funguje. A pak taky se ještě na nás obrací v případě, že se jedná o zvláštního klienta, jdou tam na šetření kvůli PnP, takže pak ještě potřebují třeba doplňující informace, co jak funguje, jak se ten klient třeba projevuje, tam byla nějaká psychická diagnóza, takže jo, taky se obrátí.“ (VED IV)

„Potom máme navázanou spolupráci s ÚP, s oddělením PnP, takže když oni tam vidí nějakou komplikaci“ (VED VIII)

➤ **lékaři a zdravotnická zařízení**

Dalším velkým tématem byla zejména v souvislosti s největším tématem, spolupráce s odborníky a subjekty z oblasti zdravotní péče – s konkrétními lékaři, ambulancemi, s nemocnicemi, sociálními a zdravotně sociálními pracovníky ve zdravotnických zařízeních atd. Z výpovědí vedoucích i sociálních pracovníků vyplývá, že zkušenosti jsou různorodé, od spolupráce, kterou označovali za dobrou a fungující, po různé typy zádrhelů ve spolupráci, napětí, či pouze k formalizované spolupráci, až po vysloveně konfliktní vztahy s konkrétním pracovištěm/zařízením/sociálním pracovníkem zdravotnického zařízení – výjimečně dokonce v podobě v podstatě otevřeného konfliktu, který se pak většinou manifestuje v podobě velmi formální písemné komunikace.

Většina vedoucích i sociálních pracovníků měla zkušenosti s více než jedním či dvěma zdravotnickými zařízeními, i když ve většině zkoumaných lokalit bylo právě dominantní jedno či dvě (nejčastěji jmenovali nejbližší LDN a nejbližší psychiatrickou nemocnici), a od zkušenosti se spoluprací s těmito zařízeními odvozovali své závěry/postřehy/hodnocení spolupráce. Zároveň ale řada z nich upozorňovala, že nelze jednoznačně hodnotit, že v praxi je s některými zdravotnickými zařízeními, či konkrétněji s jejich sociálními a zdravotně sociálními pracovníky, spolupráce funkční a jinde se jí ustavit nedaří.

„Je to taky o lidech hodně, jo. Já neříkám, že nemám dobrou zkušenost se sociálními pracovníky v nemocnicích. Ale je to o lidech. Takže když řeknu, že mám kolegyni v XZ, která je úplně super, která mi to nastaví a vlastně mi to ještě naservíruje. Ale třeba tady kolegyně v XY, , ona mi udělá relativně hodně věcí, co si ale já řeknu, ale sama jako ...Třeba tady toto v XY já nemám.“ (SP V)

V několika z ORP, zahrnutých do výzkumu, měli kromě jiných zdravotnických zařízení zkušenosti i se spoluprací s velkými fakultními nemocnicemi (s různými, dle lokality daného ORP) a ve všech případech považovali tuto spolupráci s fakultními nemocnicemi za dobrou až nadstandardní. V těchto případech byla zaznamenávána i zkušenost, že fakultní nemocnice spolupráci samy aktivně rozvíjely, sociální a sociálně-zdravotnické pracovníci postupovali plánovitě a věcně a bylo snadnější operativně řešit i komplikované případy.

„S fakultní nemocnicí (...) funguje oddělení sociální péče a tam si dovoluji tvrdit, že máme dobrou komunikaci. Jsme tam zvaní na setkání, byl jsem tam v letošním roce jednou přímo s dámami si povídat o tom, jak, co, i přesahem na naše oddělení a na sociální práci. Takže ano, fakultní nemocnice, tady funguje komunikace a dá se mluvit i o koordinaci.“ (VED IX)

Co se týče praktických a konkrétních zkušeností dotazovaných pracovníků obecních úřadů s jednotlivými zdravotnickými zařízeními a zejména se sociálními a sociálně zdravotnickými pracovníky, liší se zejména v tom, jak daleko jsou v tito pracovníci schopni a ochotní pomoci u

daného klienta, který je v daném zařízení hospitalizován, dotáhnout. To znamená zejména, jak daleko pacienta a jeho situaci na propuštění připraví sami, co naopak delegují na sociální pracovníky obce, případně kdy sociálního pracovníka obce informují o tom, že bude propuštěn člověk, který bude vyžadovat další pomoc (viz níže). Záleží samozřejmě i na tom, jak moc je sociální pracovník daného zdravotnického zařízení vytížen, tzn., kolik lidí si musí „pohlídat“, kolik má kolegů atd. V některých případech tak většinu nezbytných kroků ponechá na sociálním pracovníkovi obce, zatímco v jiných případech vyřídí řadu věcí ještě během hospitalizace klienta sám a na sociálním pracovníkovi obce pak zůstává klienta převzít, monitorovat, zda zprostředkovaná pomoc postačuje a případně v ní pokračovat a navrhnout další možnosti.

„Třeba ta LDN-ka, nebo ti SP, oni jsou schopni zařídit tu administrativu s ÚP, když někdo odchází a bude potřebovat příspěvek a tak, nakontaktují pečovatelské služby, to musí, předávají ho do domácí zdravotní péče a potom zařizují většinou i ty pečovatelské služby. A my pak do toho vstoupíme s tím, že se podíváme, jestli to fakt funguje.“ (VED VIII).

V případech, kdy vedoucí či/a sociální pracovníci popisovali spolupráci se zdravotnickými zařízeními, alespoň s některými, za dobrou, měli také větší pochopení pro situaci druhé strany a řešení situace častěji chápali jako společný úkol svůj a sociálního pracovníka zdravotnického zařízení.

„Protože rodina není, která by se ujala, teď na tu zdravotní SP tlačí lékař ošetřující s tím, aby ta hospitalizace byla co nejkratší, nebo ukončena, a teď co dál.“ (VED VI).

„Funguje to s tím, že třeba, jestliže se jedná o klienta, který je umístěn v nemocnici, tak nám volá sociální pracovník z nemocnice, že bude propuštěn, že se řeší další zabezpečení péče pobytu. Je to třeba člověk, který je sám a ta spolupráce je vzájemná. Že třeba paní, SP z nemocnice má podané žádosti do domovů, do zařízení, tam pak volám a urguji to, prosí nás třeba o spolupráci, o urgenci (...) takže ta SP z nemocnice, ta podá ty žádosti. Pak nás třeba ještě prosí o nějakou urgenci, ona samozřejmě taky urguje, a když vzniknou situace, že není nic v okolí volného, takže se do toho taky zapojujeme.“ (SP VI)

Navíc dotazovaní sociální a vedoucí pracovníci obecních úřadů si uvědomovali, že sociální pracovník zdravotnického zařízení naráží na svoje limity a může mít např. v oblasti zprostředkování sociálních služeb omezený manévrovací prostor (vedoucí pracovníci obecních úřadů např. někdy hovořili o tom, že mají možnost na „svoje“ sociální služby trochu tlačít)

„Oni ti sociálně zdravotní pracovníci mají zajišťovat třeba u těch seniorů i umístování do nějakých zařízení a podobně, samozřejmě, že jim se to nedaří v takovém měřítku, jako nám. Takže nás i oslovují (...) Takže jsme tam jakousi tou oporou, aby už ten senior, i kdyby třeba nic nevyužil, tak aby věděl, že tam někdo je, že má se kam obrátit, že má možnost získat nějaké výhody, nebo že mu jsme schopni pomoci a být nápomocni k tomu, abychom ho posunuli.“ (VED IV)

Nicméně, jak bylo předesláno v prvním odstavci, v některých lokalitách je spolupráce obtížná či téměř nefunkční. Z rozhovorů s pracovníky obecních úřadů vyplývá, že je zde několik konkrétních (potenciálních) příčin napětí či (latentních) zdrojů konfliktu v oblasti spolupráce se sociálními či zdravotně sociálními pracovníky zdravotnických zařízení:

- **nevjasněné pravomoci**, kdo např. iniciuje a řídí intervenci v daném případě, kdo má/ nemá právo něco požadovat/odmítnout atd.

„No řeknu vám upřímně, že sociální pracovníci zdravotnických zařízení nám většinou dávají příkazy. Jo, berou to tak, že my prostě musíme jako obec se postarat. Takže i takhle to funguje, že prostě dostáváme příkazy. A hlavně se i v propouštěcích zprávách kryjou tím, že tam píšou, že sociální pracovník zajistí to a to. Ale já správně ani nemám právo se do té zprávy podívat, pokud mi ji ten klient neukáže, nedovolí mi to, tak já nemůžu vůbec do toho nahlížet.“ (SP II)

„Většinou opravdu se nakontaktujeme s těma SP. Někdy ta spolupráce je lepší, někdy je horší, záleží na těch lidech, jak se dohodnou. Teď zrovna jsme měli naposled případ, kdy oni se chtěli toho klienta zbavit a nás úkolovali. Z psychiatrické léčebny. A to byl přímo SP z psychiatrické ambulance. Oni si to představují tak, že nás úkolují, co máme dělat, oni ho pustí, vy tam zajděte, udělejte toto. To zase není spolupráce, to nám přišlo takové dost direktivní.“(VED I)

Sociální pracovníci také upozorňovali např. na to, že po nich někdy lékaři či zdravotnická zařízení chtějí, aby zprostředkovali či získávali informace, které ale oni jako sociální pracovníci buď vůbec získávat nemají, nebo je nesmějí poskytovat dál.

„Ano, sociální pracovník toho zařízení mi sdělil, že lékař chce ještě nějakou novější zprávu z psychiatrického vyšetření, takže ať ji zajistíme.“ (SP II)

- Některým sociálním pracovníkům obecních úřadů se zase jako překážka spolupráce jeví, že sociální pracovníci zdravotnických **zařízení mají zkreslené představy o tom, co je a není v možnostech a pravomocích sociálního pracovníka obecního úřadu**, což někdy dle vyjádření pracovníků obecních úřadů vede k nereálným očekáváním.

„Asi by měly být, si myslím, ty sociální pracovnice, který jsou zdravotní sociální pracovnice, být informovány i co může, nemůže udělat sociální pracovník. Protože ona třeba na mně i tlačí, abych mu zařídila, objednala ho k psychiatrovi, přitom je ve zdravotnickém zařízení, ale abych já to udělala, já ho z té nemocnice vyzvedla a doprovodila k tomu psychiatrovi, abychom mohly napsat návrh na omezení svéprávnosti. Ona si myslí, že když ten návrh bude, že se o něho budeme líp starat. Ale my nemáme tu možnost. Ani ti opatrovníci nemají tu možnost. Jo. Aby jim asi někdo vysvětlil, co může dělat sociální pracovník a co nemůže.“(SP II)

- **neshody, zda konkrétní klient je či není schopen propuštění z nemocnice**, zda je ve stavu, kdy, byť za pomoci sociálních služeb, bude schopen fungovat doma. Podle názoru sociálních pracovníků obecních úřadů lůžková zdravotnická zařízení propouštějí řadu lidí předčasně, neodhadnou či nechtějí odhadnout, zabývat se tím, do jaké míry bude např. ve vlastní domácnosti vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen daný člověk fungovat. Často navíc plánované propuštění ohlašují pozdě a sociální pracovník obce nemá dost času zareagovat, připravit podmínky, zajistit potřebné služby atd.

„Ty zdravotní zařízení se snaží toho klienta střeptat, i když my ho nemáme, žádné zařízení zajištěné, nebo ho nikdo nevezme, není místo, a toho klienta nemáme kde dát. I když je ohrožen třeba na životě, tak přesto to udělají a my nemáme žádnou jinou pravomoc. Já toho klienta násilím nikde do zařízení nedostanu. ...Ono je to taky o člověku. Možná, že kdyby tady na LDNce v X. seděl jiný sociální pracovník, tak se domluvíte.“(SP I)

Úplně ojedinělé nejsou ani případy, kdy zdravotnické zařízení ohlásí propuštění pacienta sociálnímu pracovníkovi až ve chvíli, kdy je pacient propouštěn a někdy se dokonce pokusí ho dovést i na obecní úřad, sociální odbor. Z různých míst ČR zaznívaly anekdotické příklady této praxe, která není pravidlem, ale dle dotazovaných sociálních a vedoucích pracovníků se k ní zdravotnická zařízení často pokoušejí uchýlovat, pokud se snaží co nejdříve zbavit komplikovaného pacienta. Jsou to sice případy, které jednotliví dotazovaní považovali za extrém a za nezbytné se vůči tomuto postupu vymezit, ale na druhé straně se zmínky o podobných případech objevovaly ve výpovědích velké části dotazovaných, tzn. celkově není praxe, kdy nemocnice nechala či se snažila pacienta/klienta dovést na úřad, případně ho před úřadem vyložili, až tak ojedinělá.

„Většinou se jedná o lůžka následné péče. My vám ho tam vezeme. My o tom člověku nic nevíme, my nevíme, jak to má uzpůsobené v bytě, no tak my vám ho přivezeme na úřad a my vám ho tam

složíme.(...) Oni ho sem vezou a ještě mi vyhrožují, že mi ho tady nechají na chodbě.(...) No, tak zase já vyhrožuju druhou stranou, jakým způsobem poškodili toho člověka, že toto si nemůžou dovolit. A ať si tu sanitku odvolají a ať si ho teda odvezou, že tady žádná sanitka nepojede (...)" (VED IX).

Jak ale bylo řečeno, zdaleka ne vždy dochází až na takto vyhocené situace. Nicméně problém to je, protože sociální pracovníci obecních úřadů si nejsou jisti a neshodují se v tom, zda mají pravomoc zablokovat propuštění z nemocnice u klienta, u něhož se jim zatím nepodařilo zařídit podmínky tak, aby bez rizika propuštěn být mohl.

„Když to tak vezmu, tak někde je snad stanovené v zákoně, že ho nemůžou propustit, pokud není pro někdo zařízené bydlení....a oni ho stejně propustí. A já nemám žádnou pravomoc nařídit té nemocnici, aby si ho nechala.“(SP I)

Nicméně spolupráce mezi sociálními pracovníky obecních úřadů a sociálními či zdravotně sociálními pracovníky nemocnic je pro některé osoby s potřebou dlouhodobé péče zcela zásadní podmínkou bezpečného návratu z hospitalizace. Typickým případem, u něhož je nezbytná spolupráce sociálních pracovníků obce a zdravotnických zařízení, je osamělý člověk, který se po úraze či zhoršení zdravotního stavu ocitá v nemocnici a po propuštění bude potřebovat poměrně intenzivní péči a pomoc, ale není k dispozici nikdo z rodiny či jiných blízkých osob, který by se ho ujal. Dotazovaní pracovníci navíc uváděli, že to jsou často lidé s kumulovanými problémy, kteří v řadě případů také vykazují problematické chování či závislost na návykových látkách apod., a je proto obtížné či není možné jim zajistit pobytovou sociální službu – sociální služby je nerady přijímají, nebo je odmítají z důvodu kontraindikací pro přijetí.

„Teď se nám množí taková věc, že lidi, kteří byli dlouhodobě nezaměstnaní, rozvedení, nebo s rodinou neudrží kontakty, buď po úraze, nebo zhoršení zdravotního stavu v rámci důsledku života, který doposud žili, tak se ocitají na LDN-kách, v nemocnicích a kontaktují nás často sociální sestry těch zdravotnických zařízení k řešení situace toho člověka, který rodinu třeba nemá. Tam je to těžké a tam je to spolupráce s tím zdravotnickým zařízením.“ (VED VI)

Někdy pak zdravotnická zařízení pomohou improvizovaně vyřešit kritickou situaci, která nastane zejména náhlým výpadkem pečující osoby. Někteří z dotazovaných sociálních pracovníků vysvětlovali, že jsou případy, kdy je situace obtížně řešitelná zejména kvůli neexistenci krizových lůžek v pobytových sociálních službách, a je to pro klienta ohrožující, pak lze v některých případech dojednat hospitalizaci. Dle sociálních pracovníků to není optimální řešení, ale pokud rodina sama není na krizovou situaci připravena, případně člověk rodinu nemá, tak v akutním případě, není-li okamžitě k dispozici sociální služba, jsou někteří lékaři ochotni poskytnout/zprostředkovat hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

„ Ano, nastávají kritické situace, a to za předpokladu, že ten člověk, který je pečující, tak on sám onemocní. A pak je třeba to nějak akutně řešit. Že třeba ten pečující, řeknu příklad. To maminka pečovala o dceru, mentálně postiženou, sama se dostala do nemocnice, zlomila si krček, dcera nemohla zůstat bez dozoru, nešlo to, tak se operativně řešilo, ve spolupráci s lékařem a s poskytovatelem sociální služby, umístění do zařízení. Ale když to nešlo, tak do zdravotnictví, nebo lékař pomůže, že třeba se chvilku hospitalizuje do léčebny nebo v nemocnici v následné péči, na rehabilitaci na ošetrovatelském oddělení.“ (VED V)

Kromě témat, spojených se spoluprací se nemocnicemi, poukazovali dotazovaní pracovníci na problematickou spolupráci s ambulantními lékaři, zejm. s lékaři praktickými. Jeden z dotázaných sociálních pracovníků právě spolupráci s obvodními lékaři označil doslova za „velké téma“. Podle zkušeností sociálních pracovníků se s mnoha lékaři kooperuje při řešení situace klientů velmi špatně. I když je klient zároveň pacientem daného lékaře, nebývají lékaři ochotni podílet se na řešení problémů daného pacienta nad rámec čistě lékařských úkonů. Sociální pracovníci také považují za

téměř vyloučené, že by se jim podařilo získat praktického lékaře pro účast na případové konferenci apod.

„Problém, který by mohl nastat, často bysme byli rádi přizvali lékaře, často odborného, a tam asi budeme narážet. Ale zase musím říct, že není problém, oni se té případovky asi nezúčastní, nebo to je můj takový pocit.“ (SP VIII)

Vedoucí pracovníci zase častěji poukazovali na to, že se jim nedaří přesvědčit praktické lékaře k systematictější spolupráci v dané lokalitě, a to ani v minimalistické variantě, že by např. praktický lékař byl ochoten ve své ordinaci lidem poskytnout nějaký informační materiál, který se týká sociálních služeb v dané lokalitě. I když v některých ze zkoumaných ORP i např. po předchozích neúspěšných pokusech zamýšlejí dále se snažit spolupráci zahájit.

„Teď jsem s paní zástupkyní říkala, víte co, bylo by dobrý, abychom se setkali s pediatry, abychom se setkali s praktiky, tak ještě nevíme, jakou formou to setkání uděláme, paní zástupkyně to vidí, že kdybychom je pozvali na radnici, já říkám, že nejsou z toho asi možná odvařený, že přijdou někam sedět na radnici, že já bych je pozvala někam na neformální setkání ke kafi a tam bych jim dala ty katalogy, tam bych jim dala ty informace.“ (VED IX)

Sociální a vedoucí pracovníci poukazovali v souvislosti s praktickými lékaři a pomocí lidem s dlouhodobou potřebou péče (a s usnadněním situace pečujícími osobám) na další komplikaci, kterou považovali za velmi závažnou. Jak upozorňovala řada dotázaných pracovníků, potíže jsou už s tím, je-li klientovi potřeba zajistit takového praktického lékaře, který bude ochoten ho navštívit v domácnosti. Problém mnohých klientů dlouhodobě odkázaných na péči jiné osoby je, že je pro ně velmi obtížné dostat se k lékaři a pro řadu pečujících je vyčerpávající akcí zajistit např. kontrolu praktickým lékařem. I když by lékaři návštěvy v domácnostech svých obtížně mobilních či imobilních pacientů měli brát jako svoji povinnost, mnoho či většina z nich toto dle zkušenosti sociálních i vedoucích pracovníků obecních úřadů nedělá či dělá velmi výjimečně. Někteří dotázaní to vnímali jako osobní selhání lékaře, jiní zase upozorňovali na to, že to je především chyba v nastavení úhrad. Takový lékař, který pacienta v podstatě nevidí, pak ani není vhodný pro spolupráci při řešení situace pacienta/klienta, nastane-li např. nějaká krize, protože toho člověka a zejm. jeho aktuální situaci a zdravotní stav vlastně nezná.

„A problém je systémový v tom, a je to problém finanční a problém úhrad z pojišťoven, a myslím, že to není jenom náš problém, že nám praktičtí lékaři nechtějí vyjíždět za klienty. Nechtějí, za to mají 60,- korun. Je to problém celé ČR. Protože ta úhrada toho výjezdu je symbolická pro ně, a oni, kdyby si udělali jiné výkony v ordinaci, tak mají třeba o dva tisíce víc. Tak se jim do toho nechce. Ale pak máme několik, řekněme i třeba křesťansky zaměřených lékařů, spíš jsou to lidi buď nějak duchovně zaměřeni, s nějakým hodnotovým systémem, lékaři, kteří nám do těch výjezdů jdou. Rozhodně to není systémové, a to zdravotnictví by se mělo snažit, aby ty úhrady za ty výjezdy domů, aby se to v té úhradové vyhlášce odrazilo.“ (VED X)

➤ **Spolupráce s obcemi II. a I. typu**

Dotazovaní všech ORP zahrnutých do kvalitativního výzkumu se shodovali, že je rozdíl podchytit či navázat kontakt a zajistit pomoc osobám, které žijí přímo na území jejich ORP, a snažit se stejnou pomoc poskytovat všem obyvatelům správného území své ORP, tedy obyvatelům obcí II. a I. typu, které se nacházejí ve správním území jejich úřadu s rozšířenou působností. Dosažitelnost těchto lidí, už to, aby se o nich sociální pracovníci příslušného ORP vůbec dozvěděli, závisí do značné míry na angažovanosti daných obcí a na jejich ochotě spolupracovat. V tomto ohledu sociální pracovníci ze svých zkušeností považovali za složité hlavně zachytit a zajistit pomoc obyvatelům obcí I. typu.

Zejména pro dotazované vedoucí pracovníky byla spolupráce s obcemi na území jejich úřadu s rozšířenou působností významným tématem, protože to byli zejména oni, kdo se s různou

intenzitou, různými způsoby a také s různými úspěchy snažili tuto spolupráci ustavit. Vedoucí, méně často případně sociální pracovníci, ve výzkumu zúčastněných ORP, referovali o různé míře a různém typu vlastních aktivit, směřujících k rozvíjení spoluprací s obcemi II a zejména I typu.

„Na těch malých obcích, tam my děláme, že jednou za rok v rámci ORP si náš starosta zve starosty, někdy na jaře to bývá, že si je pozve a my jako vedoucí odboru máme avízo a můžeme cokoliv jim z naší oblasti říct, buď z novinek nebo nabídnout spolupráci, tak to dělám, já chodím pravidelně, starosta to ví, protože u nás se vždycky něco děje, nabízíme jim naši pomoc, podporu, že cokoliv, že můžou zavolat, dáváme jim naše letáčky, dáváme jim to i v elektronické podobě.“ (VED VI)

„Měli jsme odmluvené s těmi poskytovateli, že mají mít krátký, pětiminutový výstup a říct těm lidem, co můžou očekávat, jak to na sebe navazuje, jaký je v tom rozdíl, co mohou nabídnout. Dívala jsem se, jak na to ti starostové reagují, a když oni mají nějaký individuální problém, tak se na mě třeba tady starostka někdy obrátí. Když je problém, tak zavolají, ale to je možná 2x do roka, že zavolá někdo z nějaké obce a řekne, prosím., řešte tady toho, vnímám, že je tam problém. Není to moc intenzivní taková spolupráce. Nabízíme jim, že tam klidně jednou za měsíc bychom přišli na hodinku na ten úřad, že by mohli přijít pro informace, ale není o to zájem z těch obcí.“ (VED VI)

Odezva ze strany obcí a vstřícnost ke spolupráci variuje i mezi jednotlivými obcemi na správních územích týchž ORP, a to jak v případě snah o rozvoj systematické spolupráce, tak ochota spolupracovat při řešení konkrétního případu. Málokdy se stane, že by spolupráci iniciovaly obce samotné, jsou to spíše výjimky, a i v těchto případech je to většinou výsledek právě snahy o dlouhodobou kultivaci této spolupráce.

„A zase, jsou obce, které s námi velice dobře spolupracují, jsou aktivní, nepotřebují k tomu nějakou formální strukturu, nějaký befel, a ví, co mají dělat.“ (VED III)

➤ **Spolupráce s městskou policií**

Na několika ze zkoumaných sociálních odborů/oddělení jmenovali mezi důležitými subjekty, s nimiž spolupracují a plánovitě spolupráci rozvíjejí, městskou policii. S využíváním metody CM se tato spolupráce nepojí a situací, které se týkaly pomoci v životní situaci dlouhodobé péče, se týká spíše výjimečně. Přesto i k takovým situacím dochází. Dle zkušenosti sociálních pracovníků nastávají, protože v krizových situacích někdy lidé volají městskou policii.

„Máme výbornou spolupráci s Městskou policií, oni jsou úžasní kluci, takže oni už taky hned volají. Řeknu příklad, byli voláni pánem, že mu paní spadla, těžká paní, a ať mu jdou pomoci ji zvednout (...) jestli by jim nemohli pomoci tu paní přenášet do sanitky (...). Donesl papír, a z toho je jasné, špatně napsaný papír od doktora, že se musí zaškrtnout v žádance, že paní je imobilní, od toho jsou zdravotníci, jo? Tak tam už samozřejmě jsme naběhli a poradili mu. Zase, pečující osoba, jak se k nim dostaneme, zase jedna z možností.“ (VED V)

Od městské policie pak sociální odbor dostane informaci, pokud se to strážníkům jeví jako relevantní. Proto v některých obcích sociální odbor přistoupil k tomu, že strážníky edukuje v tom, co by mohlo být z hlediska potřeby intervence sociálního pracovníka významné, případně sociální pracovníci příslušníky městské policie poučí „neformálně“, proberou to s nimi v běžném kontaktu.

„Jsme s městskou policií si vymysleli projekt prevence kriminality, na vyhledávání ohrožených seniorů. Ten projekt skončil, ale my máme s tou městskou policií tu spolupráci trvale nastavenou dál, takže je to jeden z těch zdrojů, když oni zakročují někde u nějakého seniora, zdravotně postižené osoby, která působí nějaké komplikace, a někdo na to volá tu městskou, tak pak oni to už umí detekovat (...) A my potom jsme informovaní, jdeme nejdřív za tím člověkem, to je ten senior nebo osoba se zdravotním postižením, dost často tam jsou nějaké psychiatrické poruchy a podobně, ale pak samozřejmě rozšiřujeme tu činnost na jeho blízkou rodinu.“ (SPX)

IV.5.4. Překážky uplatňování CM v sociální práci na obecních úřadech

Výše v textu již byly zmíněny různé okolnosti, které mohou působit jako faktory, které brání většímu uplatňování CM v praxi sociální práce na obecních úřadech, například, jak je zřejmé v předchozí podkapitole, zádrhele ve spolupráci s dalšími subjekty. Dotazovaní sociální a vedoucí pracovníci ale zmiňovali řadu dalších problémů, na které snaha o implementaci či širší využívání CM může narážet. V této části jsou tedy stručně shrnuty okolnosti a podmínky, které mohou dle dotazovaných pracovníků jako překážka uplatňování CM působit.

V dotazníkovém šetření byla sociálním pracovníkům nabídnuta baterie položek, které by mohly na obecních úřadech působit jako překážky většího uplatňování metody CM. Respondenti závažnost dané okolnosti coby překážky uplatňování CM hodnotili na škále 1-5, kdy čím větší číslo, tím může být daná okolnost či situace silnějším důvodem, proč v současné době na jejich pracovišti nedochází k většímu uplatňování CM. Jak je patrné z tab. 6., respondenti u většiny položek tendovali spíše k odpovědím blíže středu a poměrně často také volili variantu „*nedokážu posoudit*“ – zde stojí za povšimnutí zejména to, že si velká část respondentů netroufá posoudit, jak je to s finančním zajištěním (cca 37%), vysoké procento respondentů také nedokáže posoudit, zda může být důvodem stávající způsob vedení administrativy a to, že by CM nebyl podporován ze strany vedoucích pracovníků (v obou případech cca 27%). Na druhé straně ale to, že by chyběla podpora ze strany vedoucích pracovníků, byla okolnost, kterou dotazovaní nejčastěji ze všech položek zodpovídali možností „vůbec to není důvod“ (téměř 37%). Stejně tak, jako vůbec není podle velké části respondentů důvodem, že by nepracovali s klienty, pro které je CM vhodný (téměř 33%). Naopak z odpovědí vyplývá, že za největší překážky jsou považovány vysoká pracovní zátěž sociálních pracovníků, překážky v předávání informací mezi různými subjekty a chybějící metodická podpora pro uplatňování CM.

Tab. č. 6.: *Důvody, proč v současné době v sociální práci na obecních úřadech nedochází k většímu uplatňování CM (N=328)*

OKOLNOST	1. Vůbec to není důvod	2.	3.	4.	5. Je to silný důvod	6. Nedokážu posoudit
Nejsme ve využívání této metody dobře proškoleni	17,1%	14,6%	22,6%	10,7%	15,9%	19,2%
Nepracujeme s klienty, pro které je tato metoda vhodná	32,9%	17,4%	19,2%	5,2%	5,5%	19,8%
Nefunguje dobře spolupráce s organizacemi a odborníky, které by bylo potřeba při uplatňování case managementu zapojit	15,5%	13,1%	21,0%	13,1%	19,5%	17,7%
Case management je pro nás moc časově náročná metoda	16,8%	14,6%	22,6%	13,1%	13,4%	19,5%
Používání case managementu není podporováno našimi vedoucími pracovníky	36,9%	14,0%	11,0%	5,2%	5,5%	27,4%
Sociální pracovníci na našem pracovišti mají vysokou pracovní zátěž	11,6%	13,1%	17,1%	19,2%	24,4%	14,6%
Narážíme na překážky v předávání informací mezi subjekty	8,5%	12,2%	19,8%	18,0%	26,2%	15,2%
Získávání souhlasu klienta s předáváním informací je složité	12,5%	20,1%	22,9%	13,4%	14,0%	17,1%
Chybí nám metodická podpora při využívání case managementu	10,1%	12,2%	18,3%	17,1%	22,9%	19,5%
Chybí finanční zajištění zavádění/uplatňování case managementu	8,5%	9,8%	13,4%	13,1%	18,0%	37,2%
Není vyjasněno, jak má být case management zaznamenáván ve stávajícím způsobu vedení administrativy a vykazování intervencí	11,3%	9,1%	17,1%	12,8%	22,3%	27,4

V rámci kvalitativního výzkumu o některých překážkách hovořili sociální a vedoucí pracovníci obšírněji a také vysvětlovali, v čem či jak může daná okolnost uplatňování CM komplikovat:

➤ **personální vybavení a pracovní zátěž**

Co se pracovní zátěže týče, mnozí dotazovaní sociální pracovníci vysvětlovali, že mají na starosti více agend. To je na jedné straně cesta, jak se zkontaktovat s některými klienty, kteří by na úřad jinak nepřišli či by se se sociálním pracovníkem nesetkali (viz výše), a mnozí sociální pracovníci toho také aktivně využívají (tzn. zjišťují, zda klient nemá další potřeby, informují ho o různých možnostech pomoci, podpory), ale zároveň je to činnost, která je časově náročná a může být překážkou rozvoje komplexnějších metod sociální práce, jako je např. CM.

„Vydáváme parkovací průkazy, rozhodujeme o zvláštním příjemci důchodu, máme toho ještě spoustu dalšího, máme byty DPS, takže určitě bychom museli mít méně práce.“ (SP1)

„Nám té práce přibývá a za poslední rok mám toho opravdu dost.“ (SP VI)

Zároveň někteří dotázaní shledávali, že jim postupně přibývá klientů, u nichž je nutná intenzivní pomoc – někdy dlouhodobá, někdy třeba poměrně krátkodobá, ale velmi rozsáhlá, zejména pokud se k nim tento klient dostane až za okolností, kdy všechno v jeho životní situaci „hoří“, nakumulovaly se neřešené problémy a řada problémů se jeví z hlediska možností sociální práce na obcích a

dostupné nabídky jako téměř neřešitelná, je třeba zapojit řadu dalších subjektů – takový klient může větší část kapacity sociálního pracovníka okupovat třeba celý týden a sociální pracovník pak nemá dost času na ostatní agendy a klienty.

„Jeden klient vám zabere polovinu pracovní doby denně, nebo co druhý den, protože je problémový. A je to jeden spis, a máte klienta, kterého v rámci intervence pořešíte, a je pořešen a je to taky jeden spis. To se opravdu nedá, já si myslím, že tak o třetinu minimálně. A nás je tady sedm, osm kolegyně je, a mají co dělat, oni se opravdu nezastaví, a jsou opravdu šikovné.“ (VED V)

„Některý klient nemusí být vůbec dlouhodobý, je to třeba klient na týden a ten vás tak zaměstná, že neděláte nic jiného, jenom kolem něho, celý týden.“ (SPI)

„Já si myslím, že pomalu přibývají a že to bude čím dál tím horší, tím, jak ti lidé mají hodně těch demencí, hodně lidí zůstává bez důchodu, takže myslím, že to bude přibývat.“ (SP2)

Všichni dotázaní se shodovali, že početní stavy SP je nutné navýšit s tím, že někteří dotázaní se domnívali, že až o 1/3. Upozorňovali ovšem, že nelze potřebný počet SP odvodit jednoduše od početnosti klientely – viz výše zmiňovaní komplikovaní klienti, které nelze vyřešit standardně, „plynule“. Tento problém byl zmiňován již v souvislosti s nedostatečným financováním a tedy i nižším obsazením pracovišť sociálními pracovníky, než by bylo potřebné vzhledem k počtu klientů a složitosti některých případů, které řeší.

„Prostě těch pracovníků je málo, nejsou nastavená pravidla, kolik by jich mělo být, třeba k výkonu určité činnosti, takže záleží na každé obci, a pokud to nebude finančně podpořeno státem, tak ta obec si řekne, však se to nějak zvládne. Ale není možné, jestliže dneska pracovník není pro 200, 300 lidí, tak to těžko může zvládnout. Momentálně SP pracují s 2500 lidí.“ (VED IV)

„My jsme pořád ve stejném početním stavu pracovníků, a té práce nám přibývá.“ (SP VI)

„Víc pracovníků, víc kvalifikovaných pracovníků(...) pokud mám být současně v terénu, a mám pracovat v rámci sociální práce tady, tak se nemůžu rozdělit (...) jiné řešení, asi jenom, že by nás bylo víc. Já si nemyslím, že bysme nefungovali, určitě nějakým způsobem fungujeme, možná bychom zachytili osob víc.“ (SP VII)

Řada dotázaných tak byla poměrně striktní, co se týče možnosti uplatňovat za stávajícího personálního obsazení sociálních odborů/oddělení case management.

„Za těchto podmínek asi ne, protože fakt jedeme na doraz.“ (SPIII)

„Tak by nás muselo být víc, je to časově náročné.“ (VED V)

„Personálně myslím, že je to podhodnocené, že bychom potřebovali už více lidí.“ (SPVI)

➤ **administrativa**

Jako jednu z velkých komplikací výkonu sociální práce obecně a brzdu uplatňování komplexních metod sociální práce včetně CM, označovali sociální pracovníci přebujelou a nelogickou administrativu, která je s výkonem sociální práce spojena. Sociální pracovníci se cítí být touto administrativou zahlceni, přičemž velkou část vnímají jako samoučel. Zejména standardizovaný záznam sociálního pracovníka vnímala řada dotázaných jako obtížný, zdlouhavý a špatně využitelný.

„To je složité v tom, že vy to musíte všechno, co uděláte, vám to zabere spoustu času a pak vám zabere, že to musíte všechno vypsat do toho standardizovaného záznamu a ještě tam napsat, kdy jste byla, co jste s ním řešila, jaké intervence, kolik minut, je to všechno takové, kdyby to alespoň bylo jednodušší,

ale že tam máte ještě ty kolonky a musíte klikat a vypisovat, to mi přijde (...) A k čemu to slouží? My do dneška nikdo nevíme.“ (SP1)

Ve standardizovaném záznamu navíc záměrně nejsou některé informace uváděny kvůli ochraně klientů. Na některých úřadech citlivé údaje o klientech do standardizovaného záznamu z opatrnosti neuvádějí.

„My, kdy se setkáváme na krajském úřadě na nějakých metodických poradách, tak tam zněla domluva, že do toho systému, díky tomu, že do toho může nahlížet spousta lidí, nedávat úplně až takové ty věci, jako intimní, nebo choulostivé.“ (SP8)

Standardizovaný záznam dotazovaným sociálními pracovníky připadal nadbytečný obzvláště ve světle toho, že při případných kontrolách z krajského úřadu se tito kontrolu provádějící pracovníci stejně ptají po spisech. Sociální pracovníci z různých ORP spadajících pod různé kraje potvrzovali, že paralelně se standardizovaným záznamem tedy vedou spisy. A to nejen kvůli kontrolám z krajských úřadů a kvůli tomu, že jim vedení spisu doporučilo metodické vedení kraje, ale i kvůli tomu, že toto považují za účelnější i pro svoji práci. Zejména u dlouhodobých intervencí by bez spisu byla kontituuta a orientace v případě takřka nemožná.

„Ono to funguje tak, že když přišla metodická kontrola z kraje, tak oni chtěli spis. Pro ně byl důležitý spis. Takže zkontrolovali spis a jenom ve standardizovaném záznamu se podívali, jestli to tam vedeme. Co tam bylo napsané, to nekontrolovali, to je vůbec nezajímalo, je zajímavý ten spis. Mě to připadá postavené na hlavu, když původně jsme měli všechno zapisovat do standardizovaného záznamu, ani spisy jsme neměli mít. Takže prakticky na základě první té metodické dohlídky jsme začali dělat spisy.“ (SP11)

„Povinnost ze zákona je vést ho elektronicky. Toto, co děláme v papírové formě, je dobře, protože kraj kontroluje spisy. Ale u jednorázových to není nutné, u dlouhodobých klientů si raději zavedte spisy. Je to přehlednější. V tom spise mám všechno.“ (SPVII)

„Takže vedle toho vedeme klasický papírový spis, kde si vedeme záznamy. Úplně běžné, každý den, co se s tím člověkem dělalo, kam jsme telefonovali, co jsme zjistili, co nám doporučili, na čem jsme se s ním domluvili. (...) Takže ten papírový spis je pro nás pořád stěžejní. Do systému to dáváme, dáváme to tam proto, abychom vykazovali, protože musíme vykazovat čísla, abychom obhájili naše pozice tady, a vykazovali tam i ty časové dotace, které jsou nutné, ale ten papírový spis je pro nás to, kde je stěžejní množství informací. Máme tam dopisy na instituce, máme tam různá vyjádření těch zúčastněných a tak.“ (SP VIII)

Část dotazovaných pracovníků tematizovala problém současného pojetí administrativy ve spojení s případovými konferencemi a CM či obecněji se složitějšími metodami sociální práce, které je nemožné „rozsekat“ do standardizovaného záznamu. Standardizovaný záznam se těžko slučuje s nějakou komplexnější prací, protože je dost roztříštěný. Zrovna CM je dost složitá metoda a někteří dotazovaní rozvíjeli úvahu, zda, když se zabýváme podmínkami, za kterých by tu metodu bylo možno zavést na obcích, není jednou z podmínek změna administrativy.

„Mám tady nějaký standardizovaný záznam, pracovníci mi ke standardizovanému záznamu přistupují mnohdy tak, že je to něco, co musí povinně vyplnit, ale že jim to vůbec nevystihuje tu situaci toho klienta aktuálně, kterou mají. Někdy k tomu nahlížejí, že je to něco, co je navíc, a vedle toho si berou svůj záznam, který je aktuálně o té situaci. Takže mnohdy je to duplicitní, ten standardizovaný záznam, není to úplně, prostě sociální situaci srovnat do nějakých kolonek nejde.“ (VED IX)

Standardizovaný záznam navíc neumožňuje zachytit kontinuitu a smysl intervence, neumožňuje, neusnadňuje např. předání klienta jinému sociálnímu pracovníkovi, ten si nemůže ze standardizovaného záznamu přečíst a pochopit konkrétní průběh intervence.

„O minulosti nenajde nic. Ona se neproklíká do všech záznamů. Každý záznam je uzavřený, to znamená, že by ho musela otevřít, anebo ho složitě tisknout.“ (SP VII)

➤ nejasnosti ohledně předávání informací

Zásadním předpokladem pro uplatňování jakýchkoliv postupů v sociální práci, při kterých je třeba využít zapojení více subjektů/odborností/odborníků, je možnost sdílení relevantních informací o životní situaci klienta mezi těmito subjekty, odborníky. Právě z tohoto důvodu považovali někteří účastníci výzkumu CM obtížně uplatnitelný či neuplatnitelný v případě nespolupracujícího či obtížně spolupracujícího klienta.

„Dneska to všechno ještě komplikuje zase ta ochrana osobních dat, teď my máme pracovat se stejným klientem a my se bojíme si předávat informace, aby na nás někdo neskočil, že jsme si řekli něco, co jsme neměli.“ (SP VIII)

U takového klienta nelze předpokládat, že podepíše souhlas s předáváním informací, což je dle názoru některých dotázaných překážkou využití metody CM. Dle sociálních pracovníků i vedoucích je jeden z hlavních problémů i v tom, že spolupracovat nechtějí a souhlas s poskytováním informací nedávají často klienti, kteří v dané chvíli nemají nad svojí situací a jejími možnými důsledky náhled- lidé s psychiatrickou diagnózou, demencí, závislí na návykových látkách atd.

„Za prvé je potřeba, velký důraz bych na to kladl, spolupráce klienta, pokud klient nespolupracuje, nedá nám souhlas s předáváním osobních citlivých údajů. A potom je těžko navazovat spolupráci s dalšími organizacemi, když vám nesmějí nic říct, a vy nemůžete nic říct jim, až na nějaké výjimky, kdy může dojít k ohrožení zdraví, života a podobně. Proto, aby ten case management měl nějaký smysl, tak musí být několik subjektů nebo organizací, které kolem něho jsou a spolupracují na řešení jeho situace, podle jeho potřeb a přání.“ (SP III).

Téměř všichni účastníci výzkumu připouštěli, že nastávají situace, kdy se to, že nelze poskytovat informace o klientovi, zcela nedodrží, obejde, nezbytnou informaci si, většinou pouze ústně – obvykle telefonicky, pomáhající pracovníci vzájemně poskytnou. Nelze na tom ale stavět složitou a dlouhodobě probíhající spolupráci, kterou uplatňování CM předpokládá. Různé způsoby předávání si informací o klientech, kdy není striktně dodrženo, že je třeba mít souhlas klienta apod., se obvykle týkají takových typů situací a takových informací, u nichž obě strany – tedy ten, kdo informaci poskytuje i ten, kdo ji žádá, vyhodnotí, že nesdílení dané informace by mohlo reálně ohrozit poskytnutí pomoci/účinnost poskytované pomoci, či přímo poškodit klienta.

„Ono to naráží na to, že my si mezi sebou moc oficiálně ty informace dávat nemůžeme. To je další věc, která nás trápí, a potřebovali bychom, protože, pokud ten člověk nedá souhlas, tak my to, a přitom my víme, že to ten člověk potřebuje, a on si to neuvědomuje, tak je to mnohdy fakt těžké a je to o tom, jak já znám třeba toho doktora, a jestli on je schopen mi něco po tom telefonu říct nebo ne. Takhle to dneska funguje (...) Ale to je všechno jenom o nějakých kontaktech, o důvěrně známých kontaktech, taky vám to takhle nikdo běžně neudělá.“ (VED II)

„Jdeme asi přes všechny pravidla a zákony, ochranu osobních údajů, já to třeba vidím jako největší problém, který mně tam drhne. Protože nemůžu něco takového dělat, pokud druhé straně nevybalím ty karty úplně na stůl a souhlas klienta, který už tak když (...) nechce se mnou spolupracovat, tak to asi neseženu.“ (VED III).

Předávání nezbytných informací i bez souhlasu/vědomí klienta ale všichni považují za krajní možnost, která mj. vyžaduje velkou vzájemnou důvěru mezi profesionály, kteří si tuto informaci sdělují. Jinak je považováno za nezbytné mít toto dobře ošetřeno a v souladu se zákonem, což může být dle názoru řady z nich velká časová organizační zátěž již na začátku uplatňování CM.

„Jestliže někam předávám informace, tak to vždycky chci od nich potvrzení.“ (VED IX)

Mnozí účastníci kvalitativního šetření neměli jasno zejména v tom, jak přesně formálně ošetřit souhlas s poskytováním informací, pokud je do procesu pomoci zapojeno více subjektů, kolik těch souhlasů musí být, jakou formou atd. Předávání informací bez souhlasu klienta obecně berou pro sebe jako rizikové.

„Každý měl mít svůj souhlas, aby měl ten souhlas, že může předávat jiným organizacím i jiným institucím, když chce něco řešit, i ve vztahu k sociální práci. Mezi ÚP a námi to není problém, my to máme dáno v zákoně, že můžeme. Ale třeba ve vztahu k sociální službě to není. Nemá to ani ÚP, nemáme to ani my, a sociální služba vůči nám to taky nemá, ani vůči ÚP. Takže teoreticky sociální služba by to měla mít a my bychom to měli mít. Protože byť řešíme toho samého klienta, a můžeme řešit ten samý problém, ve výsledku by to mělo být ošetřeno nějakým souhlasem.“ (VED VI)

„Nám bylo tenkrát řečeno, že třeba ve vztahu, že on je v sociální službě, tak oni by měli mít od něho souhlas s předáváním těch informací, byť je to v rámci CM, a nesmí to být generální souhlas, ten souhlas musí být na nějaké konkrétní věci, nebo musí být nějak ohraničen.(...) nám by teoreticky měl podepsat souhlas, že zase my to, co řekl nám, my můžeme říct sociální službě. Tak nám to aspoň tenkrát bylo řečeno. Vzhledem k té ochraně osobních údajů máme všichni strach.“ (VED VI)

➤ **finance**

Dotazovaní pracovníci poukazovali na podfinancování sociální práce na obcích a s tím spojený podstav sociálních pracovníků, kterých na většině obcí není dost na to, aby se ve větším měřítku mohli věnovat klientům komplexněji, ve větším měřítku využívat komplexních, ale časově a personálně náročných metod sociální práce,

„Peníze. Dotace na výkon sociální práce je hezká věc, ale mne to pokryje tady na dotace, polovinu mzdových nákladů.“ (VED III)

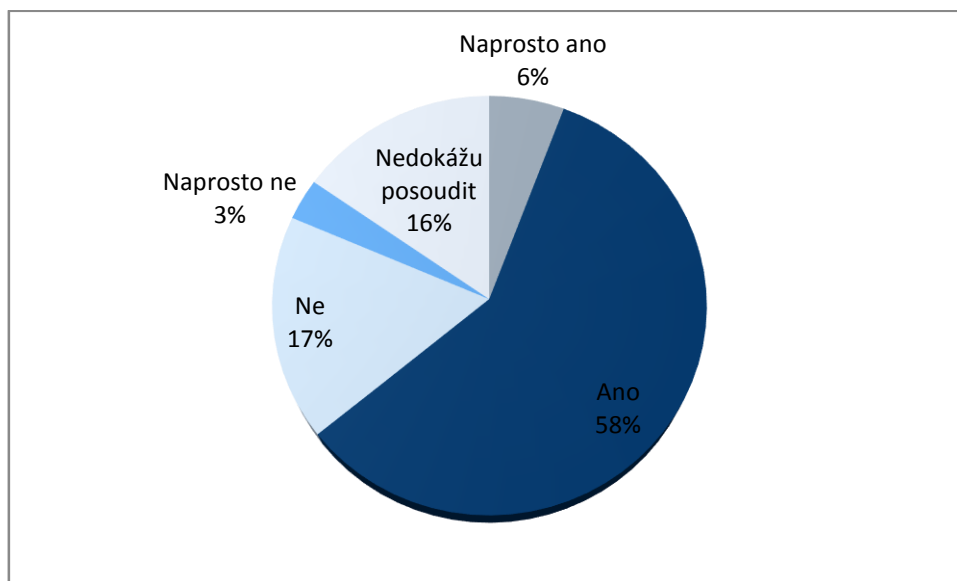
Nedostatek finančních prostředků, přímo vztažený k problematice uplatňování CM, se pak týká možnosti hrazení nákladů spojených např. s případovými konferencemi. Někteří sociální pracovníci či vedoucí pracovníci považovali za klíčové mít pro vedení PK nezávislého mediátora/facilitátora, kterého je třeba z nějakých prostředků zaplatit.

„Nám to připadá, že by to měl být nezávislý mediátor, aby nebyl moc angažovaný, on to musí nějak ukočírovat, je to hodně o emocích.“ (SP V)

➤ **nedostatek podpory ze strany vedení obce**

Podpora sociální práce na obcích včetně toho, do jaké míry se mohou rozvíjet náročnější metody sociální práce, záleží mj. i na podpoře samosprávy obce, politiků. Z dat z výzkumu provedeného v roce 2016 (viz sekundární analýza) vyplývalo, že dle názorů či zkušeností vedoucích pracovníků sociálních odborů/oddělení převažují obce, kde lokální politici považují sociální práci za důležitou, viz graf č. 9. Dohromady 64% vedoucích pracovníků se přiklání k názoru, že politická reprezentace jejich obce považuje sociální práci za důležitou. Nicméně stále zůstává řada ORP, kde podle názorů vedoucích pracovníků zůstává sociální práce spíše stranou zájmu či nepodporována.

Graf.č.9 Zkušenosti vedoucích pracovníků s tím, zda politická reprezentace jejich obce považuje sociální práci za důležitou (N=156)



zdroj: data z výzkumu Projekt: TB05MPSV006 – Výzkum spolupůsobení přenesené a samostatné působnosti subjektů veřejné správy při zajišťování dostupnosti sociálních služeb a sociální práce

Z těchto dat vyplývá, že celkově na ORP není podpora sociální práce nízká, na druhé straně ale záleží na tom, zda se to, že politici považují sociální práci za důležitou, přelévá do skutečné podpory a zlepšování podmínek pro sociální práci. Tzn. z hlediska dotazovaných pracovníků sociálních odborů/oddělení je také nutné, aby sociální práce ze strany vedení obce byla reálně podporována. A nejde jen o okamžitou podporu, ale i o to, aby tato podpora byla dlouhodobá, tzn. neměnila se s každými volbami a s každou politickou obměnou na obci. Je to pak otázka nastavení podmínek sociální práci na obecních úřadech, aby metoda CM mohla být širěji zaváděna. Zda je systémově nastavené, aby tyto komplexní metody sociální práce mohly využívat v sociální práci na obecních úřadech, to záleží také na pochopení a „zakázce“ ze strany vedení obce.

„Já samozřejmě můžu jít na vedení a říkat, že je to metoda sociální práce a tak dále, oni mi řeknou, tak pracujte jinou metodou. Protože pokud budu mít legislativní oporu, tak já budu mít samozřejmě daleko lepší vyjednávací pozici v tom, kdy řeknu tajemnici, tak podívej se, je to takhle a takhle, nastavujeme tady tenhle systém práce, bude to v tom a v tom náročné, potřebuju třeba politickou podporu v tom, ať mě podrží při vyjednávání.“ (VED III)

Někteří dotázaní také otevírali problém kontinuity, implementace inovací do sociální práce na obcích může být poměrně dlouhodobá záležitost a není garantováno, že s novým obsazením radnice bude podpora pokračovat.

„A to je právě ono, že tady vnímáme to ohrožení naší práce právě změnou toho politického vedení. A to asi není v pořádku.“ (SP VIII)

IV.5.5. Předpoklady pro uplatňování CM v sociální práci na obecních úřadech

Kromě toho, že je tedy pro usnadnění implementace CM do sociální práce na obecních úřadech nezbytné zaměřit se na odstranění či zmírnění výše zmíněných překážek, identifikovali sociální a vedoucí pracovníci předpoklady či okolnosti, které by bylo vhodné vytvořit či podporovat, aby byly celkově podmínky na obecních úřadech pro využívání CM příznivější.

V kvantitativním šetření byla respondentům předložena k posouzení řada podmínek, které se týkají sociální práce na obecních úřadech, aby označili, do jaké míry danou podmínku považují za důležitou pro to, aby mohlo v sociální práci na obcích docházet k většímu uplatňování složitých metod sociální práce, jako je CM. Podmínky pro dotazníkové šetření byly formulovány na základě toho, o čem hovořili sociální a vedoucí pracovníci v průběhu kvalitativního výzkumu a některé další podmínky byly do dotazníku dodány, s tím, že je třeba si připomenout, že některé z těchto podmínek, jak o nich v účastníci kvalitativního šetření hovořili, jsou zmíněny výše, kdy deficit naplnění těchto podmínek je vnímán jako překážka uplatňování CM.

Respondenti důležitost dané podmínky hodnotili na škále 1-5, kdy čím větší číslo, tím danou podmínku považovali za důležitější. Z tab. č. 7 lze vyčíst, že respondenti téměř všechny zjišťované podmínky považují za důležité až velmi důležité. Největší prioritu má z hlediska respondentů "zvýšení prestiže sociální práce" a „srozumitelné a závazné nastavení spolupráce mezi sociálními pracovníky obcí a dalšími subjekty“, které za velmi důležité považovaly zhruba 2/3 dotázaných, a těsně následuje podmínka „snížení zátěže administrativou na straně sociálních pracovníků“ (63,4%). Nejmenší shoda panovala v případě otázky na důležitost vytvoření standardů sociální práce na ORP – v tomto případě se téměř 17% respondentů domnívalo, že to není vůbec důležité a stejný podíl důležitost této podmínky nedokázali posoudit.

Tab. č. 7: Důležitost jednotlivých podmínek pro uplatňování case managementu v sociální práci na obecních úřadech (N=328)

PODMÍNKA	1 Vůbec to není důležité	2	3	4	5 Je to velmi důležité	6 nedokážu posoudit
Vytvoření standardů sociální práce na ORP	16,8%	12,5%	15,2%	9,1%	29,3%	17,1%
Jednoznačné vymezení pravidel spolupráce s pracovníky ÚP ČR, zejména agendy hmotné nouze a příspěvku na péči	5,8%	3,7%	11,3%	13,7%	56,1%	9,5%
Přesnější legislativní ukotvení sociální práce na obecních úřadech	4,6%	6,1%	13,1%	11,3%	52,4%	12,5%
Ucelený systém dalšího vzdělávání v oblasti CM	3,7%	7,9%	17,1%	18,3%	41,8%	11,3%
Závazné doporučení vztahující se k počtu sociálních pracovníků působících v přenesené působnosti na ORP	5,2%	6,4%	14,0%	12,8%	45,1%	16,5%
Snížení zátěže administrativou na straně sociálních pracovníků	2,1%	2,4%	13,1%	11,9%	63,4%	7,0%
Dostupné a kvalifikované metodické vedení v oblasti uplatňování case managementu	2,4%	4,9%	11,6%	22,6%	46,3%	12,2%
Vytvoření vhodného prostorového uspořádání pracoviště (prostor pro setkávání, pro samostatnou práci case managera atd.)	7,3%	7,0%	17,4%	18,3%	38,7%	11,3%

Vyjasnění pravidel a způsobu předávání informací o případu	1,5%	4,0%	11,0%	16,8%	59,1%	7,6%
Možnost pravidelně sdílet poznatky a zkušenosti s kolegy, kteří využívají metodu CM	1,8%	4,0%	14,3%	20,7%	50,6%	8,5%
Srozumitelné a závazné nastavení spolupráce mezi sociálními pracovníky obcí a dalšími subjekty	1,8%	,9%	9,8%	14,3%	64,9%	8,2%
Zvýšení prestiže profese sociální práce	3,4%	4,0%	9,5%	8,8%	65,9%	8,5%

V rámci kvalitativního šetření pak byly sociálními a vedoucími pracovníky zmiňovány a podrobněji rozváděny a vysvětlovány nejčastěji níže uvedené předpoklady/podmínky pro uplatňování CM:

➤ **legislativní zakotvení**

Někteří z dotázaných sociálních pracovníků a častěji pak vedoucí pracovníci se shodovali, že pro implementaci CM a také posílení možnosti sociálních pracovníků působit efektivně v pozici case managera (viz níže) by bylo vhodné lépe legislativně ukotvit sociální práci na obcích a případně také legislativně upevnit pozici sociálního pracovníka tak, aby se pro svoji činnost koordinační a další činnosti v rámci CM měl o co opřít.

„Určitě by nám pomohla možnost podpoření v legislativě. Zatím sociální práci na obcích máte upravenou v zákoně o sociálních službách, dva paragrafy, velmi obecně.“(VED III)

„Musí mít nějakou oporu v zákoně, musí být vydefinováno, za jakých okolností a kdy může, a musí tam být i proti tomu, jestliže někdo nebude konat, tak za tu nečinnost, protože je to vždycky o nějaké nečinnosti.“(VED IX)

„SP musí mít oporu v zákoně, musí tam být, že za těchto situací je tady pravomoc, že ten SP může tohle zařídit, a že jsou povinni mu vyjít vstříc.“(VED IX)

➤ **posílení pravomocí/pozice sociálního pracovníka obecního úřadu**

Tento bod souvisí s předchozím, i když zdaleka ne všichni dotazovaní se domnívali, že by bylo možné či nezbytné docílit posílení pozice pouze legislativně. Nicméně na nutnost posílit pozici či dokonce rozšířit pravomoci sociálních pracovníků poukazovali vedoucí i sociální pracovníci často. Sociální pracovníci vyjadřovali pocit, že úkoly, které mají plnit, se neslučují s možnostmi a nástroji a pravomocemi, které mají k dispozici. Jejich nadřazení byli často téhož názoru.

„Já bych řekla, že je na nás moc očekávání, kterým neodpovídají ty kompetence.“(VED XII)

Slabá pozice sociálního pracovníka obecního úřadu byla považována z řady hledisek:

- nízká autonomie
- nevýhodné postavení vůči vedení obce
- nedostatečné pravomoci v poměru k problémům, které má řešit
- nízká prestiž ve srovnání s některými jinými pomáhajícími profesemi

Všechno dohromady, zejména pak ale poslední bod, může dle názoru účastníků výzkumu být problém při uplatňování CM v sociální práci na obecních úřadech. Zejména má-li sociální pracovník působit v roli case managera, může ho celkově slabá pozice významně diskvalifikovat v této roli.

„Možná, že nějak posílí i tu pozici toho sociálního pracovníka (...) jsem měla pocit, že se dívají právě přes prsty, jo, nějak sociální pracovník, že možná nějak posílí tu pozici.“ (SP II)

„Je otázka, jestli by měl tu autoritu jenom tím, že prohlásí, že je zrovna on ten case manažer, že by někde muselo být asi řečeno, že pokud je, tak je to ten case manažer a vy ostatní byste ho měli brát jako case manažera. Protože pokud se prohlásíme, že jsem to já nebo někdo jiný, tak může být pocit od těch ostatních, že proč zrovna on.“(VED IV)

➤ vhodná školení, vzdělávání

Co se týče potřeby poskytnout pracovníkům potřebné vzdělání v oblasti CM jako jedné ze základních podmínek zavádění CM do praxe sociální práce, byla mezi dotazovanými pracovníky shoda. Někteří z dotazovaných pracovníků již s proškolením v CM zkušenosti měli, ale jednalo se o školení maximálně dvoudenní, a všichni i dvoudenní školení považovali pro využití CM v praxi za nedostatečné – dá se podle nich považovat spíše za první vhled, seznámení s CM, ale není to dostatečný základ pro to, aby cítili potřebnou jistotu CM samostatně uplatňovat, rozvíjet. Dotazovaní především akcentovali, že by v rámci vzdělávání v CM potřebovali hodně příkladů z praxe, případně přímo CM v praxi vidět.

„To je málo, určitě. Mělo by se to buď opakovat, nebo prohlubovat, nějaké zkušenosti z praxe, příklady z praxe a tak dále.“ (VED I)

Někteří sociální ale i vedoucí pracovníci také upozorňovali, že vzdělávací programy, zaměřené na CM by měly být pokud možno akreditované. Považovali to za důležité z řady důvodů, nejčastěji ovšem proto, aby jim bylo umožněno toto vzdělávání absolvovat a aby bylo úřadem zaplacené. S tím, že mj. i vedoucí musí být přesvědčen o smysluplnosti takového vzdělávání, je třeba, aby bylo zjevné, o co jde, jaký to bude mít přínos přímo pro praxi, jinak nemusí být nakloněn je na takové školení vyslat, byť by bylo např. bezplatné. Ale nebude-li věřit, že to je relevantní pro sociální práci na obecních úřadech, může to vnímat jako ztrátu času.

„Musí být akreditované. Jinak nám to úřad nezaplatí (...) Musí být akreditované. Musí to být buď pod MPSV nebo MV, protože my to musíme zahrnout do plánu vzdělávání a podle toho se rozhoduje,... MV z důvodu samosprávy, že jsme pracovníci úřadu, úředníci, a pod MPSV z důvodu odbornosti, že by se to mělo týkat té sociální odbornosti.“(VED I)

„Není to uchopené. Potom on nemá ani možnost říct, je tak to je super, pojďme do toho. Takže to opravdu ani já ze svého pohledu zatím nejsem přesvědčená o tom, že bych musela, když by mi napsali, že musím poslat lidi na to školení CM, tak dokud mi nedají nějaké bližší informace, co se od toho očekává, a pracovníci mi řeknou, že ne, že potřebují jít spíš na školení takové a takové, tak já to budu respektovat. Takže ta nedostatečná informovanost si myslím, že je alfa a omega všech úspěchů.“(VED IV)

Vyjádření jednotlivých sociálních a vedoucích pracovníků ohledně parametrů dalšího vzdělávání v oblasti CM se lišila zejména proto, že na různých pracovištích měli pracovníci různou míru autonomie o zaměření svého dalšího vzdělávání (spolu)rozhodovat a různou míru volnosti si další vzdělávání, konkrétní kurzy, školení, programy, sami vybírat. To znamená, že někteří dotázaní řešili, že vzdělávání v CM musí mít takové parametry, aby to vedení obce/odboru povolilo či doporučilo a případně aby to bylo pracovníkům zaplacené (viz výše). Tam, kde měli pracovníci větší svobodu o svém dalším vzdělávání sami více rozhodovat, zase zdůrazňovali, že je vhodné, aby další vzdělávání

v oblasti CM mělo takové parametry, aby to bylo pro pracovníky atraktivní, aby se jim jevílo jako užitečné a v praxi využitelné.

„Zase u nás mají možnost si vybírat školení, na co chtějí, podle potřeby. Že je netlačíme do toho, musíte jít na to nebo na to. Vybíráme si téma, které protne více lidí, tak zajišťujeme i školení tady, jinak oni si vyjíždějí. Ale co si myslím, že i v tom CM, že by chtělo nějaké dlouhodobější školení. Protože jednodenka nebo dvojenka si myslím, že je málo. Že by to chtělo víc cílené, ale i možná aspoň takové týdenní školení. Aby to bylo víc i do té praxe zaměřené, nejenom ta teorie, ale aby si tam mohli i nějaké metody vyzkoušet. Aby to bylo víc cílené.“ (VED 2)

➤ **prostorové uspořádání pracoviště**

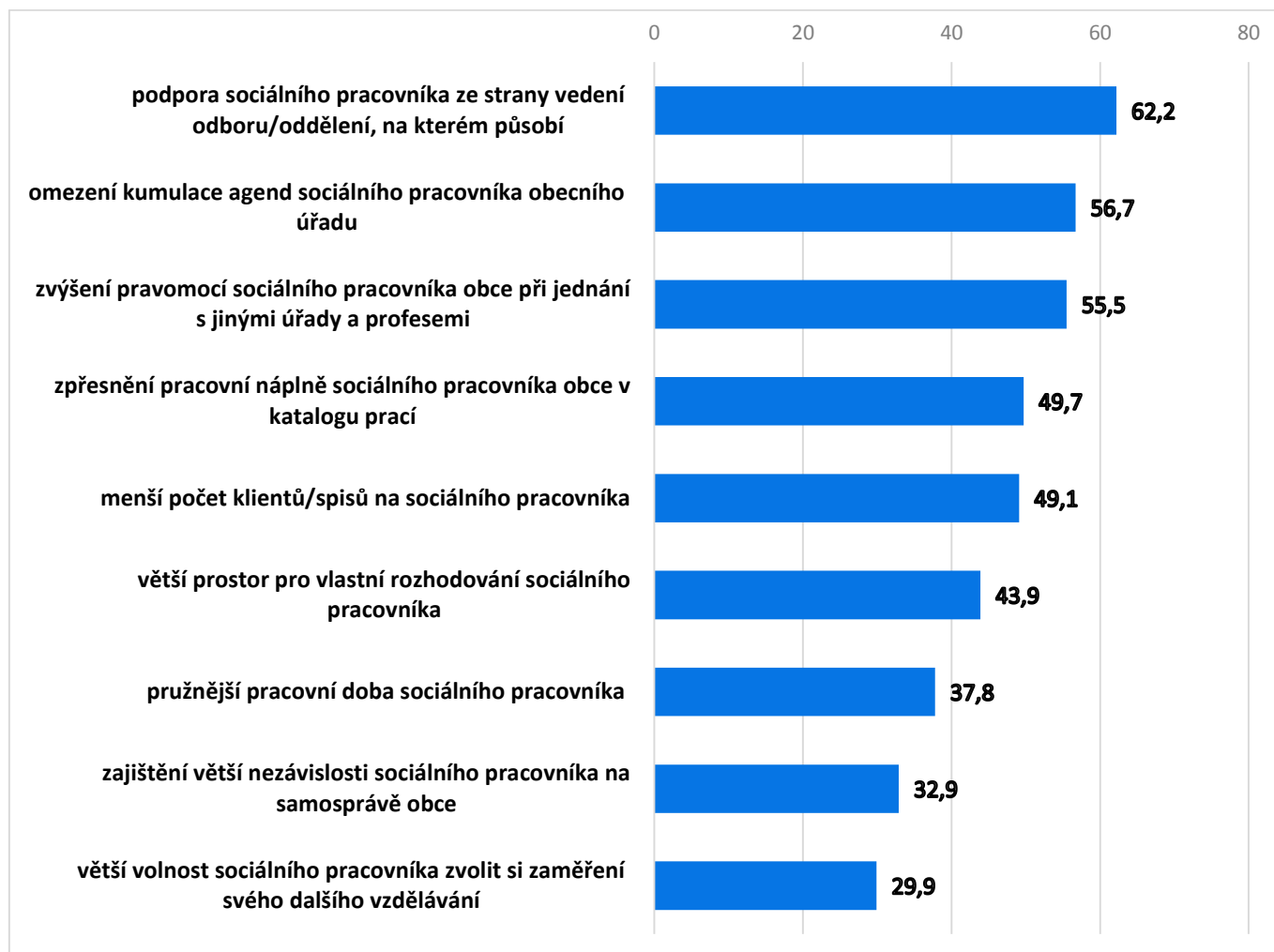
Pro pracovníky ze stísněnějších pracovišť byla v souvislost s CM a případovými konferencemi téma i samotná možnost získat adekvátní prostory, tzn. mít možnost v klidu a hlavně bez přítomnosti osob, kterých se to netýká, v bezpečném a klidném prostředí např. případovou konferenci uspořádat. Ne na všech zkoumaných pracovištích byla toto samozřejmost.

„Je to vždycky o prostorách, kde se to má konat. My jsme neměli žádnou zasedací místnost, konečně ji od letoška máme, kde tyto věci se dají dělat. Nemůžete to dělat v kanceláři, kde je další sociální pracovník, který dělá něco jiného, nemůžete omezovat činnost provozu. Takže je zásadní věc vůbec mít, kde se setkávat. (VED II)

IV.5.6. Podmínky na obecních úřadech a předpoklady na straně sociálních pracovníků pro uplatňování CM či zastávání role case managera sociálním pracovníkem

I když uplatňování CM na obecních úřadech automaticky nepředpokládá, že (každý) sociální pracovník musí zastávat či být schopen zastávat roli case managera, byla v dotazníkovém šetření položena otázka, jaké podmínky považují respondenti za důležité, aby mohli sociální pracovníci na obcích roli case managera zastávat. V dotazníku byla testována následující řada podmínek a u všech těchto položek respondenti nejčastěji označovali důležitost za střední až vysokou a varianta „zcela nedůležité“ byla označována v řádu procent – nejvíce pak u položek „pružnější pracovní doba sociálního pracovníka“ (7,3%) a „větší volnost sociálního pracovníka zvolit si zaměření svého dalšího vzdělávání“ (6,4%). Graf č. 10 tak ukazuje srovnání jednotlivých testovaných podmínek pouze podle toho, jak často u nich respondenti označovali variantu „velmi důležité“.

Graf č. 10 – Srovnání jednotlivých podmínek k výkonu funkce case managera sociálním pracovníkem obecního úřadu dle zastoupení odpovědi „velmi důležité“, v % (N=328)



Zatímco kvantitativní šetření bylo zaměřeno na podmínky, které je třeba vytvořit, aby sociální pracovníci mohli zastávat roli case managerů, kvalitativní rozhovory byly soustředěny více kolem otázky předpokladů přímo na straně sociálních pracovníků. Účastníci kvalitativního šetření podrobněji rozebírali různé představy o tom, jaké předpoklady musí sociální pracovník splňovat, aby byl schopen metodu CM uplatňovat, či aby dokázal zastat roli case managera – což jsou někdy dvě odlišené věci a část účastníků výzkumu se zamýšlela nad tím, zda je nutné, či v jakých případech je vhodné, aby case managerem byl přímo sociální pracovník. Z výpovědí explicitně či implicitně zaznívaly různé představy o tom, za jakých okolností má být sociální pracovník case manager a za jakých např. facilitátor případové konference atd. Dále pak se dotazovaní také zabývali otázkou, co by sociální pracovník jako case manager mohl dělat, co by mělo či nemělo činit náplň práce case managera.

„Mě osobně je sympatičtější představa, že ten vůdčí člověk, ten case manažer, nebude sám přímo pracovat s klientem, že bude spíš řídit tu práci. To znamená, ale to už zase záleží na konkrétní situaci, jestli to není nějak ... Myslím, že když má člověk něco řídit, tak musí mít nadhled. A pokud je sám zaangażovaný v té práci, tak už hrozí, že bude vnímat to, co on dělá, jako to správné, jako to důležitější. (SP III)

„Takový koordinátor, styčný pracovník pro to, který ty ostatní služby nebo subjekty tam pozve a všichni se budou podílet na tom řešení. A pak by měl i mít nějakou zpětnou vazbu, aby věděl, že to funguje a že se o to nemusí starat.“ (VED V)

To, co by mohl sociální pracovník v rámci CM dělat, je závislé na tom, jaké má dovednosti a znalosti. Zároveň ale od představ o tom, co by mělo být v rámci CM úlohou sociálního pracovníka, odvíjeli dotazovaní výčet toho, co by měl sociální pracovník ovládat a jaké další předpoklady by měl splňovat. To, že dotazovaní vnímali CM jako jednoznačně velmi „pokročilou“, náročnou metodu sociální práce a uvědomovali si, že klade na sociálního pracovníka velké požadavky, se promítá do požadavků na sociálního pracovníka:

➤ **odpovídající vzdělání, odborná průprava v oblasti CM**

Pro všechny účastníky kvalitativního výzkumu bylo stěžejním tématem vzdělání sociálních pracovníků, jak již ostatně vyplývá z výčtu předpokladů uplatňování CM (viz výše). Někdy to bylo chápáno i tak, že je třeba řady zaměstnanců o adekvátně kvalifikačně vybaveného člověka cíleně rozšířit.

„Tak je to o financích, mít na to dalšího člověka. A proškoleného člověka taky na ten CM.“ (VED II)

Většinou však dotazovaní akcentovali hlavně potřebu vzdělat stávající pracovníky. Nejde totiž jen o to, zvládnout know-how CM, ale i vzdělání, potřebnou průpravu vedoucích i sociálních pracovníků, v optimálním případě celého kolektivu či většiny pracovníků. Dobře nastavené vzdělání totiž může podpořit i vstřícnost vůči využívání této metody. (Společné) vzdělávání může napomoci tomu, aby se pracovníci s novými metodami dokázali ztotožnit, dokázali je přijmout.

„Je to hodně o vytvoření možností a změny myšlení. To znamená, je to hodně na vedoucím odboru, který si dá tu práci, aby dokázal těm lidem vysvětlit, k čemu je to tomu SP ku prospěchu. Musí si tu případovku vyzkoušet, aby zjistili, že opravdu na to nejsou sami, že v tu chvíli tam jsou ty podpůrné věci.“ (VED VII)

➤ **komunikační schopnosti**

Komunikační schopnosti jako klíčové byly zdůrazňovány právě s ohledem na to, že case manager musí být schopen komunikovat s řadou různých aktérů/subjektů, musí to být komunikace konstruktivní, efektivní, musí být schopen komunikovat i s aktéry, kteří se pro spolupráci získávají hůře apod.

➤ **organizační schopnosti**

CM je organizačně náročná metoda, zejména zahrnuje-li koordinaci většího počtu subjektů. Musí navíc umět postupovat inovativně, musí umět i improvizovat a hlavně postupovat situačně atd., protože CM se s rutinními postupy a řešeními či dokonce s administrativně pojatou sociální prací neslučuje.

„Organizačně zdatný, komunikativní, tak aby vyšel nebo vycházel a byl schopen to vykomunikovat i s těmi klíčovými pracovníky těch organizací, i lékaři, ne každému se to podaří.“ (SP V)

➤ **aktivita**

Sociální pracovník uplatňující CM, zvláště pak v roli case managera, musí být schopen projevovat vlastní iniciativu, aktivně hledat různé přístupy, možná řešení, atd.

„Tak bezpochyby proaktivita. Protože musí sám to iniciovat, a mapovat to, na co by měl reagovat při změně společnosti. Jedna věc je, kdy my se naučíme jakési znalosti, dovednosti, vyjde ze školy, ale druhá věc je, umět to přizpůsobovat k tomu, jak ta společnost funguje a hledat ty možnosti k tomu, aby on mohl na to reagovat pružně.“ (VED IV)

➤ **přirozená autorita**

Nejenom kvůli tomu, že, jak bylo pojednáno výše, je z hlediska většiny dotazovaných pozice sociálního pracovníka na obecním úřadě sama o sobě poměrně slabá (viz výše), ale i proto, že CM vyžaduje zvládat řízení lidí někdy i z různých oborů, vyžaduje to od sociálního pracovníka určitou osobní zralost, zkušenost, nadhled a další atributy, které bez ohledu na to, zda je či není sama pozice sociálního pracovníka zdrojem autority, ho vybaví přirozenou autoritou.

„Musí mít určitý respekt, nebo umět moderovat a usměrňovat ty lidi, aby každý měl určitý prostor daný.“ (VED II)

„Měl by mít neformální autoritu. Pokud má řídit nějaký tým, i když je to tým mu na roveň, není to nějaká velká hierarchie, tak by měl mít přirozenou autoritu, dobré vyjadřovací schopnosti, organizační schopnosti.“ (SP III)

➤ **znalost lokality a schopnost navazovat a udržovat kontakty**

Řada účastníků výzkumu také poukázala na to, že praktickým požadavkem na sociálního pracovníka, který má v konkrétním městě vykonávat CM, je dobrá znalost místních reálií, zejména podrobná znalost v lokalitě působících sociálních služeb.

„Měl by to být člověk, který by měl být obeznámen i o službách, které tady v okolí se nacházejí, protože v každém městě to může být jinak, musí mít zmapovanou síť poskytovatelů soc. služeb, ale nejenom síť, ale taky i dalších návazných aktivit a zdravotnických zařízení taky. Protože tam to jde ruku v ruce.“ (VED II)

„On by měl mít perfektní přehled o tom, co se tady dá nabídnout.“ (VED XI)

S tím souvisí i schopnost navazovat a udržovat kontakty. Jak vysvětlovali někteří dotázaní, nestačí mít zmapovanou síť služeb a odborníků, ale sociální pracovník potřebuje mít vytvořeny živé kontakty – což podle některých dotázaných může novému a schopnému SP trvat klidně až tři roky působení v dané lokalitě.

„Ten SP, který tohle chce dělat, musí mít navázanou tu svoji síť těch spolupracujících organizací, tím stylem, že zvedne telefon a ta druhá strana ví, když mi zavolal tenhleto člověk, tak je to vážné, důležité, a je to potřeba.“ (VED V)

„V praxi, než si naváže v daném místě kontakty, na lékaře, na nemocnice, na poskytovatele sociálních služeb, na ÚP, na okresní SSZ (...) A musí být nastavený povahově tak, že hledá ty možnosti toho, jak tomu klientu pomoci, a to, jak to dělá a hledá pořád ty cesty.“ (VED VI)

To je předpoklad, který je těžko přenositelný z člověka na člověka, z lokality do lokality, a je časově náročné takovou síť kontaktů vytvořit, proto za tímto předpokladem leží ještě obecnější předpoklad, aby byly v sociální práci na úřadech vytvořeny takové podmínky, které vedou ke stabilnímu personálnímu obsazení. Tzn. takové podmínky, kdy pracovníci nemají tendenci k fluktuaci, není nutné, aby se stále noví lidé do sociální práce v dané lokalitě vpravovali.

➤ **schopnost pochopit a uceleně řešit situaci klienta**

Dle dotazovaných musí sociální pracovník být schopen s klientem navázat vztah založený na důvěře a dokázat dobře zmapovat jeho životní situaci. Zároveň ale také musí umět klienta zorientovat v jeho potřebách, aby klient chápal své potřeby a také možnosti, jak je naplnit, protože „zakázka“ od klienta často nepřichází proto, že klient sám ve svých potřebách tápe, neumí je formulovat. Musí umět navrhnout pomoc/službu tak, aby to odpovídalo životní situaci klienta a zároveň, aby taková pomoc byla v souladu s tím, co klient chce a může přijmout. Někteří z dotazovaných pak zdůrazňovali, že to je vlastně opakující se činnost, protože součástí CM je evaluace zvoleného řešení, tzn., sociální pracovník by měl sledovat, jak se situace klienta vyvíjí a být s to navrhovat/modifikovat řešení.

„Tak samozřejmě hledat možnosti a potřeby toho klienta, co ten klient potřebuje. A umět ho nějakým způsobem, navrhnout mu nějaké služby, které ho mohou někam posunout výše. Samozřejmě je to o tom klientovi, pro co se rozhodne, a umět toho klienta nasměrovat. Protože někdy ten klient neví, nerozumí, mnohdy to určitě není o jednom setkání, ale určitě o vícero setkáních a je to o tom, umět najít ty potřeby toho člověka, protože ten člověk je třeba ani najít neumí.“ (VED II)

„Hodnotit průběžně danou situaci, hledat nejlepší způsoby řešení.“ (SP IX)

IV.6. Péče o sociální pracovníky a péče sociálních pracovníků o sebe jako předpoklad uplatňování CM

I když se dle nadpisu jedná o jeden z předpokladů uplatňování CM v praxi sociální práce, jde o předpoklad velmi komplexní, v němž se sbíhají témata a problémy výše již popsané s novými tématy a oblastmi. To, jak se sociální pracovníci cítí a zda mají energii a odhodlání věnovat se osvojování, nácviku, implementaci využívání nových metod sociální práce, zda mají odvalu a chuť inovovat, zda je to dokonce i těší a přináší jim to pocit naplnění, smysluplnosti, je závislé na mnoha okolnostech. A řada z nich souvisí právě s tím, jaké podmínky pro svoji práci sociální pracovníci mají, zda se cítí docenění, zda mají možnost se dostatečně odreagovat, ale také zda sami mají know-how a ochotu o sebepečovat.

Šiňanská a Kočišová datují počátky systematického zájmu o péči o sebe (self-care) do 2. pol. 20. století (2017:53). Sociální práci je spojena s různými úskalími a riziky, „negativními jevy“ a „*Pokial' sa však včas rozpoznajú, je možné s nimi bojovať a skúsenosť s negatívnymi javmi môže byť pre postihnutého profesionála prvým krokom k tomu, aby začal lepšie vnímať sám seba, aby urobil rozhodujúce zmeny vo svojom živote a posilnil svoju osobnosť*“ (Šiňanská, Kočišová 2017:53) Koncept péče o sebe zahrnuje mj. celoživotní vzdělávání, supervizi, absolvování různých výcviků atd. (Šiňanská, Kočišová 2017:53). Součástí péče o pracovní pohodu a dobrou pracovní kondici zaměstnanců je vytvoření podmínek a atmosféry na pracovišti, a parametrů pracovního prostředí, která je příznivá pro rozvoj dobrých pracovních vztahů mezi kolegy i mezi podřízenými a nadřízenými. Do dotazníkového šetření jsme proto zařadili sérii položek, které jsou na tuto problematiku zaměřeny. Výběr a formulace těchto položek vycházela především z výsledků metody DELPHI s experty z řad supervizorů a ze sdělení účastníků kvalitativního šetření. U každé z položek pak byli respondenti požádáni, aby nejprve na škále 1 – 5 vyznačili, do jaké míry je na jejich pracovišti v současné době daná podmínka/opatření zajištěno, kde čím vyšší hodnota, tím lépe je toto dle respondenta na jeho pracovišti zajištěno (tzn., 1 – vůbec to není zajištěno až 5 – je to výborně zajištěno). Následně měli ještě respondenti ze stejného seznamu podmínek/okolností označit všechny položky, které považují za důležité – počet nebyl omezen (viz níže graf. č. 11 v podkapitole *Strategie a nástroje kompenzace dopadů nároků práce na sociální pracovníky*).

V tabulce 8 jsou v sestupném pořadí presentovány formou průměrných hodnot výstupy z hodnocení míry zajištění jednotlivých podmínek, kdy čím větší průměrná hodnota, tím lépe zajištěná daná podmínka na jejich pracovištích dle respondentů je. Již první pohled na tabulku ukazuje, že u téměř všech testovaných podmínek považovali respondenti jejich zajištění za průměrně až výborně zajištěné – kromě položky „*individuální supervize*“ neklesla průměrná hodnota pod 3. Nejmenší problém respondenti viděli se zajištěním možnosti plně rozhodovat o čerpání vlastní dovolené a pravidelně

sdílet problémy a náročné pracovní situace s kolegy. Tam převládala odpověď „výborně je to zajištěno“, což se projevuje i ve vysoké hodnotě průměru. K neutrální hodnotě tři (která vyjadřuje stav ani úplně špatně, ani výborně) se pak blíží kromě položek, týkajících se supervizí a vzdělávání v oblasti zvládnání stresu, také materiální a prostorové podmínky na pracovišti, ale i přehlednost a předvídatelnost, dobré řízení práce či bezpečné pracovní klima.

Tab. č. 8: Do jaké míry jsou v současné době zajištěny na pracovištích i následující opatření a podmínky (čím větší hodnota průměru, tím lépe zajištěno)

OPATŘENÍ A PODMÍNKY	Průměr
plně rozhodovat o čerpání vlastní dovolené	4,12
možnost pravidelného sdílení problémů/náročných pracovních situací s kolegy	4,02
dobré vztahy v rámci pracovního kolektivu	3,96
možnost plně rozhodovat o obsahu a formách svého dalšího vzdělávání	3,84
možnost upravit si své pracovní prostředí podle vlastních potřeb a vkusu	3,71
zájem a podpora ze strany nadřízených pracovníků	3,62
bezpečné pracovní klima (nebát se vyjadřovat svoje názory; neobávat se udělat chybu; nebýt ohrožen ztrátou pracovního místa atp.)	3,58
dobré řízení a organizace práce na pracovišti	3,57
přehlednost a předvídatelnost (vědět, co přesně se ode mne očekává; mít se koho zeptat, když si s něčím nevím rady; rozumět tomu, co se na pracovišti děje; být informován o plánovaných změnách na pracovišti atp.)	3,57
dobré materiální a prostorové podmínky na pracovišti (např. kuchyňku, klidný prostor, kde se lze najíst, krátce relaxovat, dobré hygienické zázemí)	3,41
skupinová supervize	3,19
vzdělávání a nácvik technik z oblasti zvládnání stresu	3,05
individuální supervize	2,83

V rámci kvantitativního šetření byly testovány i priority sociálních pracovníků v dalších podmínkách, týkajících se dalších parametrů jejich místa – zejména odměn a dalších benefitů. Sociální pracovníci měli ze seznamu možností vybrat a očíslovat dle priorit čtyři možnosti zlepšení podmínek svého současného zaměstnání, které by pro ně měly největší význam. V tabulce č. 9 je shrnuto, jakých průměrných hodnot v oblasti preferencí jednotlivé položky dostaly, kdy čím větší hodnota, tím větší význam by pro respondenty dané zlepšení mělo. Z této tabulky jednoznačně plyne, že v současné době jedinými oblastmi, o nichž má smysl v souvislosti se zlepšením zaměstnaneckých benefitů smysl uvažovat, je platové ohodnocení a oblast oddechu od práce a léčení.

Tab. č. 9: Priority v oblasti zlepšení parametrů pracovního místa

VÝZNAM ZLEPŠENÍ V NÁSLEDUJÍCÍ OBLASTECH	PRŮMĚR
Vyšší platové ohodnocení	2,6
Týden dovolené navíc	2,3
Možnost čerpat až 6 sick days ročně	1,7
Kratší pracovní doba při zachování stávající výše platového ohodnocení	1,6
Možnost vyjednat si pracovní podmínky, které usnadňují sladění pracovního a rodinného života	1,2
Zaplacení pravidelných sezení s psychologem/psychoterapeutem/osobním koučem dle vlastního výběru	1,0
Poskytnutí prostředků a času na absolvování sebezkušenostního výcviku	0,9
Zaměstnanecké benefity v podobě příspěvků na sportovní a kulturní aktivity	0,9
Výjezdové akce s kolegy/teambuilding	0,8

Je zjevné, že v těchto preferencích se jen odráží obecně známý problém malých platů sociálních pracovníků, který jako jeden z nepříznivých fenoménů současné sociální práce v ČR zdůrazňovali i někteří do výzkumu zapojení odborníci.

„Jedná se o společensky nedocenenou profesi s velmi nízkým platovým ohodnocením(...) A společnost se tak nějak spoléhá, že se vždy najdou lidé, kteří budou ochotni pomáhat lidem a nebudou se bránit tomu, že za to budou špatně společensky i finančně ohodnoceni.“ (Delphi - Punová)

IV.6.1. Význam péče o sebe pro výkon sociální práce

Pro dotazované pracovníky byla péče o sociální pracovníky téma, a téma je to i v odborné literatuře a také v praxi a i ve vzdělávání, i když zatím více v zahraničí. V zahraniční literatuře věnované sociální práci a cílené na sociální pracovníky je téma péče o sebe u sociálních pracovníků a péče o sociální pracovníky ze strany zaměstnavatelů poměrně časté a hlavně je považováno za naléhavé. Sociální práce je řazena mezi velmi stresová zaměstnání s vysokým rizikem vzniku chronického stresu, který může vést k fyzickým následkům, jako je rozvoj obezity, diabetu, vysokého tlaku atd., může se projevat v osobních vztazích, i ve vztahu ke klientům v podobě impulsivity, agresivity, podrážděnosti, snížené tolerance vůči druhým, emocionálního vyčerpání, atd. Na pracovišti pak se tyto problémy mohou projevit zvýšenými absencemi, pocitem vlastní nekompetentnosti, potížemi vycházet s kolegy. Kate Jackson (2014) vysvětluje, že potřeba zabývat se péčí o sebe je tak velká a důsledky zanedbání této oblasti tak závažné, že zástupci profese sociální práce stále zvyšují své úsilí různými způsoby zajistit zdroje, poskytnout výcvik, zdůrazňovat myšlenku, že péče o sebe je jak základem, tak nevyhnutelností. Cena za to, že se zanedbávají, je vysoká, od stresu, přes vlastní podlomené zdraví, až po vyhoření tak velké, že opouštějí profesi. Podobná rizika formulovali i tuzemští experti-supervizoři zapojení v rámci metody Deplhi.

„Pokud o sebe pracovník nepečuje, pak ohrožuje v první řadě sebe (své zdraví) a své blízké (nemá na ně čas, charakter vztahů je neuspokojivý), ale také své klienty (pomoc nemusí být profesionální), své kolegy (musí dělat práci za něj, mohou se zhoršit vztahy na pracovišti), svého zaměstnavatele (zaměstnanec neplní adekvátně svou roli), může poškozovat obraz profese v očích veřejnosti (který šíří klienti i jejich blízcí) a také může škodit společnosti (která od pracovníků očekává, že budou přispívat k eliminování negativních společenských jevů ve společnosti).“ (Delphi – M. Punová)

S požadavkem či potřebou zavádění nových agend či cílových skupin – v tomto případě např. dlouhodobě pečujících - či nových metod – např. CM - do sociální práce na obecních úřadech se z významněji právě oblast péče o sebe na straně sociálních pracovníků a téma péče o zaměstnance – sociální pracovníky, ze strany zaměstnavatele. Sféra péče sociálních pracovníků o sebe a péče zaměstnavatele o sociální pracovníky je klíčová pro udržování a rozvíjení kompetencí k výkonu sociální práce, a to v nejširším slova smyslu – včetně kompetence nevyhořet. Lynda Monk (2011) vzhledem k tomu, jaká rizika povolání s sebou profese sociální práce nese, považuje péči o sebe za **etický imperativ pro sociální pracovníky**. Je nezbytná, aby si sociální pracovníci byli schopni zachovat **nevyhnutelné předpoklady dobrého výkonu sociální práce** – mezi něž Monk řadí schopnost zachovat si správnou perspektivu a rozpoložení mysli, rozhodovací schopnosti, empatická angažovanost, kognitivní schopnosti, schopnost naslouchat, atd.

Sociální pracovníci nesmí vnímat péči o sebe jako něco, co je automatické, ale jako něco, co si žádá speciální pozornost (Šiňanská, Kočišová 2017:65) **Péče o sebe je kompetencí sama o sobě** a její zvládnutí není na straně sociálních pracovníků samozřejmostí, stejně tak není na straně zaměstnavatelů samozřejmostí docenění významu této kompetence a jejího praktického uplatňování na straně sociálních pracovníků. Z tohoto důvodu je důležité klást otázku, jaká je v současné době situace a jaké jsou potřeby sociálních pracovníků v oblasti péče o sebe a jaké jsou podmínky či jaké podmínky je třeba sociálním pracovníkům v oblasti péče o sebe vytvořit. Pracovní podmínky, materiální i nemateriální, které nejsou nastaveny tak, aby podporovaly pohodu zaměstnanců, možnosti regenerace přímo na pracovišti atd., mohou nejen být překážkou rozvoje péče o sebe, ale v krajních případech mohou nevhodně nastavené pracovní podmínky míru stresu, pocitu tlaku, napětí, obav ale ji nedocenění atd. ještě posilovat, tzn. přispívat ke zhoršování psychické i fyzické kondice zaměstnanců a pocit vyhoření urychlovat.

IV.6.2. Rizikové faktory v podmínkách sociální práce na obecních úřadech

„Potkávám se při své profesi i s pracovníky, kteří se dostali na pokraj svých sil, jsou zavaleni emocemi, a kteří pokud o své práci mluví, pláčou apod. Zažila jsem rovněž pracovníky, kteří již nemohou být v důsledku nezvládnutého stresu citliví ke svým kolegům a klientům či dokonce k nim cítí nenávisť, hovoří o nich dehonestujícím způsobem apod.“ (Delphi – anonymní expert)

Do dotazníkového šetření byly na základě podnětů získaných metodou DELPHI, poznatků z kvalitativního výzkumu a z odborné literatury zařazeny otázky na symptomy, které by mohly u pracovníků signalizovat vyhoření, stres, pracovní únavu. Nicméně je třeba mít na paměti, že na výsledky je třeba nahlížet s vědomím, že se zde bude projevovat efekt „samovýběru“ – tzn. nelze očekávat, že nejvíce vyhořelí, unavení a přetížení sociální pracovníci se do dotazníkového šetření zapojili. U této problematiky byla také zachycena největší diskrepance mezi výstupy z kvantitativní a kvalitativní části výzkumu, což lze z části vysvětlit právě samovýběrem a dále tím, že přímo pojmenované symptomy či jejich závažnost mohou mít pracovníci tendenci více zlehčovat, než když se přirozeně a nepřímou na tuto problematiku přivede řeč v průběhu kvalitativního rozhovoru – tzn., byť byly tyto položky do dotazníku zařazeny, nejedná se z hlediska spolehlivosti měření o oblast zcela vhodnou pro kvantitativní zkoumání.

Respondentům byl v dotazníku předložen soubor položek – symptomů - s instrukcí, aby na škále 1 – 5 vyznačili, jak moc se jich daný problém jako sociálního pracovníka v současné době týká. Čím větší číslo, tím více se jich daný problém týká (tedy 1 – vůbec se mne o netýká až 5 – silně se mně to týká). Protože se jednalo o citlivé téma, byla respondentům nabídnuta i možnost „vynechat tuto otázku“, Tuto možnost nicméně volilo poměrně málo respondentů – pouze v jednotkách procent; nejvíce u položky „Uvažuji, že sociální práci opustím a najdu si zaměstnání v jiné oblasti“ (6,5%), nejméně u položky „V mém volném čase se mi vnucují myšlenky na práci“ (2,5%).

Po očištění odpovědí od možnosti „vynechat tuto otázku“ byl z ostatních odpovědí vypočítán aritmetický průměr pro každou položku. Tabulka č. 10 přináší přehled průměrných hodnot, a to

v sestupném pořadí, tzn. od položky, u níž respondenti pociťovali největší potíže, až k té, u níž měli nejčastěji pocit, že se jich tento problém netýká. Z tabulky je patrné, že kromě pocitu vzrůstajícího zatížení pracovními problémy, měli sociální pracovníci tendenci odpovídat, že se jich dané problémy spíše či vůbec netýkají. Relativně častěji respondenti připouštěli problémy zbavit se myšlenek na práci ve volném čase či vidět smysluplnost své práce, ale u většiny testovaných položek se hodnoty průměru pohybují pod hodnotou 2.

Tab. č. 10: *Do jaké míry se sociálních pracovníků v současné době týkají konkrétní problémy (průměrné hodnoty, čím větší hodnota, tím více se to pracovníků týká)*

PROBLÉM	PRŮMĚR
Mám pocit, že problémy v práci přibývají rychleji, než je stíhám řešit	3,1805
V mém volném čase se mi vnucují myšlenky na práci	2,3547
Přestávám ve své práci vidět smysl	2,2500
V neděli večer mívám nepříjemné pocity, když pomyslím na celý pracovní týden před sebou	2,0700
V noci špatně spím a přemýšlím o práci	1,9944
Ráno chodím do práce s nechutí	1,8200
Uvažuji, že sociální práci opustím a najdu si zaměstnání v jiné oblasti	1,8105
Mám chronické zdravotní potíže, které souvisí s pracovním stresem	1,6848
Moji kolegové mne rozčilují	1,6714
Uvažuji, že si najdu místo sociálního pracovníka v jiné organizaci	1,6358
Cítím odpor vůči klientům	1,5836
Pracovní problémy mne někdy zneklidňují tak, že musím použít léky na uklidnění, na spaní, proti úzkosti apod.	1,3011

Ve sděleních sociálních pracovníků, získaných v rámci kvalitativního šetření, se situace jeví méně jednoznačně a příznivě. Jak již bylo řečeno, některá témata, která se k dané problematice přímo či nepřímo vážou, zejména nastavení některých pracovních podmínek a také současné některé atributy pozice sociálního pracovníka na obecním úřadě, byly pojednány výše, zejména v souvislosti s faktory, které dotazovaní považovali za překážky uplatňování CM – tedy např. pocit přetížení a tedy neustálého tlaku množství práce v důsledku mj. nízkého personálního obsazení sociálních odborů/oddělení, ale i pocitu malé autonomie a zároveň mnohačetných, často obtížně slučitelných očekávání.

„Já bych řekla, že sociální pracovníci jsou pod velkým tlakem. Občané něco chtějí, nadřízení něco chtějí, podřízení něco chtějí, ti samí klienti něco chtějí a ne vždycky je možné jim stoprocentně vyhovět. Takže ten tlak je velký a u těch blbých případů je to fakt blbý.“ (VED XI)

Dle některých dotázaných je zdrojem ohrožení vyhořením a celkovou rezignací nízká prestiž sociální práce, tedy to, že sociální pracovníci zažívají svoje postavení jako nerovnocenné jiným profesím. Hovoří to tom, že dle jejich zkušenosti je společnost a příslušníci jiných pomáhajících oborů vnímají jako zástupce inferiorního oboru. To vše může být zdrojem nespokojenosti, frustrací, vyčerpání, někdy zdravotních potíží a vyhoření a v krajním případě i důvodem odchodu sociálních pracovníků na jiné pracoviště nebo i opuštění oboru sociální práce

„I ta prestiž toho SP že není až taková. Obecně, protože, my mezi sebou, dobře, my se nějak vezmeme, že jsme nějak, ale pokud mluvíte s někým jiným, byť je to soudce, nebo lékař, tak jsme pořád považováni za takovou, řeknu to škaredě, služku těch jiných profesí. Byť je pracovník se stejně magisterským titulem, na stejné úrovni vysokoškolského vzdělání, jako někdo jiný, a přesto jsme považováni za takovou tu, že není ta prestiž toho SP, jako jak kde.“ (VED VI)

Jak již bylo řečeno, sociální pracovníci těžko nesou nedocenení ze strany nadřízených a ze strany vedení obce. Někdy toto může být způsobeno nepochopením specifik sociální práce, unikátních situací, do kterých výkon sociální práce pracovníky staví, případně okamžitých nároků, stresu a tak. Sociální pracovníci tak na některých z obecních úřadů, které byly zahrnuty do kvalitativního výzkumu, byli vystaveni poměrně striktnímu vedení ze strany obce. Nejde o to, že by se jednalo o nějaká opatření, zaměřená přímo k sociálním pracovníkům, ale spíše o pokyny a nařízení, která se vztahují na všechny úředníky obecního úřadu, mezi které řadí vedení obce i sociální pracovníky.

Pokud vedení obce paušálně řídí všechny odbory stejně, podle jednohoustru „úředník jako úředník“, bez zohlednění specifik sociální práce, specifických nároků, které s sebou nese výkon sociální práce, pak to má na sociální pracovníky bezprostřední dopady, které vnímají jako dodatečnou zátěž, která je sociální práci inherentní. Na některých ze zkoumaných pracovišť tak dotazovaní pracovníci zmiňovali různé zákazy či naopak pokyny, které jim brání jednat normální dobré mezilidské vztahy s kolegy a dále, a to především, i sdílet pracovní zátěž, stres, a uvolňovat ho neformálním přátelským rozhovorem s kolegy. Několik sociálních pracovníků shledávalo, že to, co mnohé firmy v zájmu dobré atmosféry na pracovišti záměrně podporují jako prostředek ventilace stresu, předcházení napětí a neřešeným problémům a potenciálně konfliktním situacím, je na řadě pracovišť sociální práce na obcích zakázáno a stíháno.

„Pracovnice se bojí ráno si spolu sednout na kávu, co když by je někdo viděl. Nebo jsem jednou nesl kytku a jeden nadřízený pracovník mi řekl, že to je naposledy, když jsem mu vysvětlil, že budeme přát kolegyni, a že si sedneme s chlebičkem.“ (SP III)

Sociální pracovníci v takových případech sdělovali, že i navzdory zákazům cítí potřebu se shromažďovat a hovořit spolu, ale činit tak i navzdory přímému zakazu je zdrojem dodatečného stresu a napětí a z hlediska péče o sebe je tedy dost kontraproduktivní.

„Oběd si musí sníst každý otočený ke svému počítači, ne, že se slezeme dva, tři, v kanceláři, abychom si vypili kafe nebo snědli oběd. Ale přesto teda se tak nějak, s obavami, ale srážíme, protože musíme projednat ty věci.“ (SP XI)

Pracovníci, kteří se účastnili kvalitativních rozhovorů, často spontánně hovořili o tom, jaké nároky na ně jejich práce klade a jaké dopady to na ně má, zejména v kontextu některých podmínek, které považovali za nepříznivé. Sociální pracovníci sdělovali, že pociťují dopady své práce na zdraví, na

psychický stav a toto může být zhoršováno, pokud např. nejsou dobré vztahy mezi nadřízenými a podřízenými či dokonce mezi kolegy, či pokud styl vedení funguje spíše jako další stresor. Na některých ze zkoumaných pracovišť byla situace poměrně vážná a dle dotazovaných sociálních pracovníků, ale i mnohých vedoucích, je téma péče o sebe podceňované, byť se jedná z hlediska výkonu sociální práce o velké téma. Podceňování situace, kdy sociální pracovníci fungují pod neustálým tlakem, nejsou jim vytvářeny vhodné podmínky pro výkon sociální práce samotný i pro odražení, může mít devastující účinky nejen na jednotlivce, ale v podstatě i na celé pracoviště.

Pak se lze těžko domnívat, že se jedná např. o selhání jednotlivého sociálního pracovníka či o situaci, kdy daný člověk není pro výkon sociální práce osobnostně disponován, ale s velkou pravděpodobností je to symptom selhání řízení sociální práce na obci v širším smyslu – tzn. nejen bezprostředních nadřízených, jejichž vliv a manévrovací možnosti jsou také často velmi limitované, ale i obce a celého zakotvení sociální práce na obcích, včetně legislativního.

Jedním z rizikových faktorů je pak nedostatečné metodické vedení, nezajištění bezpečného a pružného způsobu, jak by sociální pracovníci mohli konzultovat řešení případů, v nichž cítí výrazné etické dilema nebo mají pocit, že by se mohli ocitnout na hranici zákona apod. V této souvislosti je nutné zdůraznit, že na většině pracovišť není zajišťována ani efektivní supervize (viz níže). Velkým zdrojem napětí je totiž pro sociální pracovníky dilema, kam až mohou zajít, pokud identifikují klienta, který se ocitl v riziku, ohrožuje se – ne nutně na životě či na zdraví, ale např. existenčně – je např. na nejlepší cestě přijít o byt, dostat se do exekuce, apod., nespolupracuje, není dle vyhodnocení situace sociálními pracovníky v dané chvíli s to o sobě rozhodnout a neohrožovat se tímto rozhodnutím, nemá na situaci náhled.

„Vlastně ten zdroj toho všeho je, aspoň u nás je, že je na SP kladen požadavek vyřešit situace, aniž k tomu mají legální prostředky. Přesně to, že vám řeknou, pomozte tady někomu, ale nikdo vám k tomu oficiálně nic nesmí říct, k tomu člověku. Ta pracovnice dennodenně přemýšlí, co vůbec může zapsat do toho spisu, že se dozvěděla(...) Ty pracovnice jsou ve stresu, z důvodu toho, že je na ně kladený tlak, aby dělaly něco, co ony neví, jak to přesně mohou dělat podle zákona. Protože ten zákon o ochraně osobních údajů, to v tu chvíli nevíte, jak to můžete udělat, aby to bylo legální.“ (SP III)

Zejména ti sociální pracovníci, kteří jsou hodně ztotožnění s představou, že je jejich úkolem, posláním, klientovi v každém případě pomoci, jsou velmi ohroženi vyčerpáním. Na mnohé doléhá pocit zodpovědnosti, závazku, i jakéhosi morálního tlaku hlavně ve chvíli, kdy cítí nebo vědí, že jsou jedinými či posledními, kdo ještě může vážnou situaci klienta nějakým způsobem změnit – kdy se jedná např. o klienta, který už vyzkoušel jiné možnosti řešení a hledal pomoc jinde, nebo naopak o klienta, u něhož je jasné, že daný sociální pracovník je jediný pomáhající pracovník, kterému klient důvěřuje a je ochoten s ním spolupracovat. Někteří pracovníci pak cítí doslova fyzické následky své práce.

„Já jsem říkala, že mě třeba pomůže to, když si to mám s kým zkonzultovat. A neříkám, že je všechno dobře, protože mám teď novou klientku a mám s ní tolik práce, že jsem za 14 dnů zhubla 3 kila. A myslím si, že to není normální.“(SP VII)

Sociální pracovníci popisovali také další dopady, jak se na nich konkrétně může projevovat přetížení. I když si uvědomují, že to není dobře a že je to dále vyčerpává, mnozí nejsou s to zabránit tomu, aby o práci či komplikovaných případech nepřemýšleli i mimo pracovní dobu. Velká část sociálních pracovníků v rozhovorech popisovala, že více či méně často se jim nedaří ponechat potíže klientů „za dveřmi úřadu“, prolínají jim do soukromého života, narušují spánek. O tom, že přemítání o problémech klientů a možnostech řešení jim způsobuje nespavost, hovořila řada ve výzkumu zúčastněných sociálních pracovníků.

„No je to zátěž na psychiku. Kolikrát potom doma se převalujete a nespíte, protože pořád přemýšlíte, jak to vyřešit, co udělat, protože ta možnost není. A je to furt o problémech lidí. Pořád jsou to staří lidi, opuštění lidi, zdravotně postižení, jsou to pořád problémy, takže vy dennodenně jste jenom v nějakých problémech lidí, že. Pak máte svoje vlastní, takže je to někdy takové dost náročné.“ (SP I)

Několik pracovníků pak reflektovalo i to, jaké dopady pak může mít dlouhodobé vyčerpání či dokonce vyhoření na způsob výkonu sociální práce a tedy i na klienty.

„To vyhoření, přestanete mít zájem řešit něco. Přestanete mít zájem jít do nějakých ostrých konfliktů, sporů, něco řešit dál, máte tendenci to všechno uhlazovat, nechat být, ono to nějak dopadne, popřípadě tu kompetenci házet někde jinde, „běžte si tam“, jo (...). A samozřejmě pak se to může projevat v rámci vzájemných vztahů, nejen v rodině, ale i v práci.“(SP V)

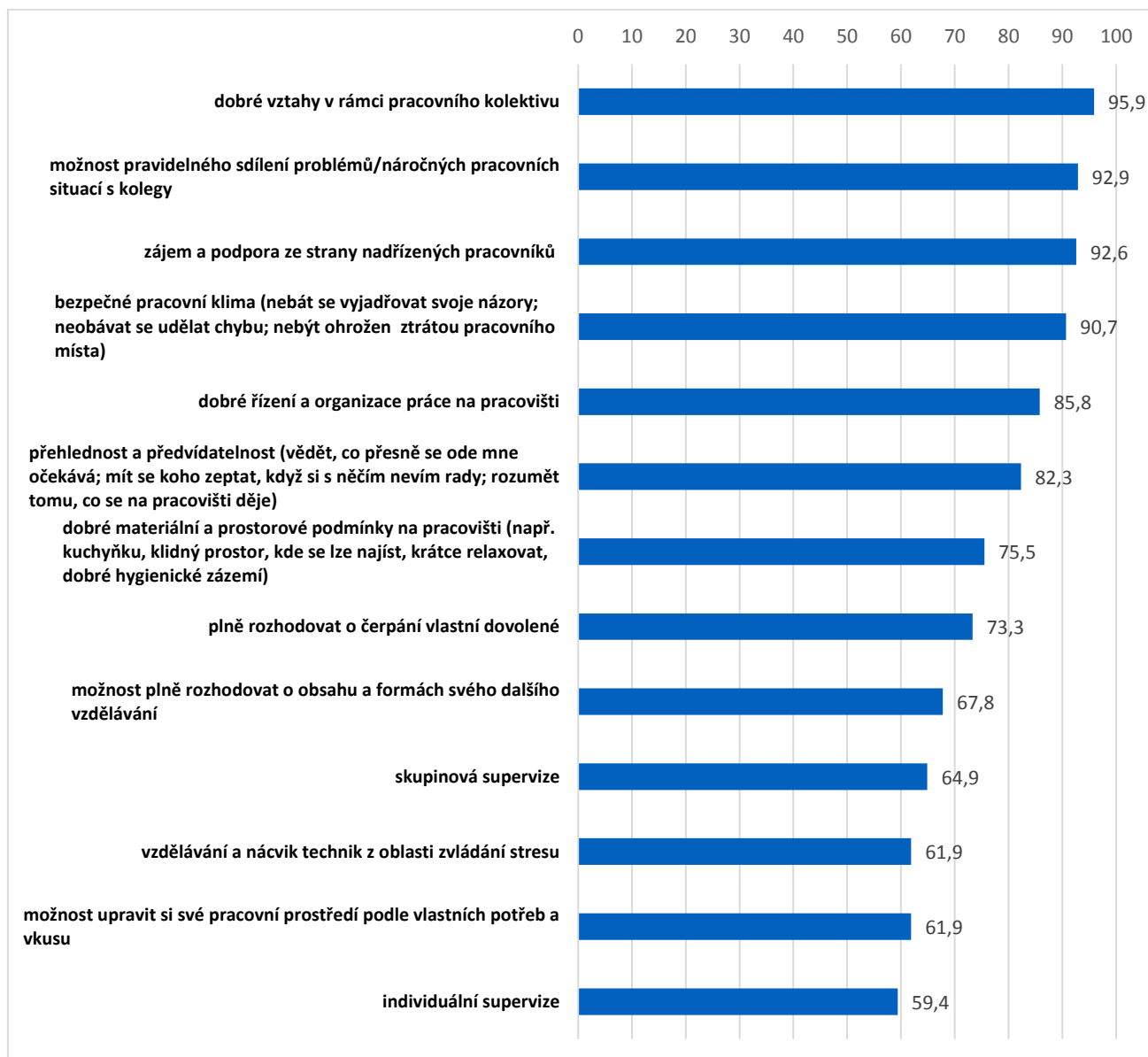
„Jestliže ten SP začne být vyhořelý, tak přestane mít schopnost hledat nové způsoby řešení, jak dosáhnout toho kýženého výsledku. Takhle oblast je nejvíc tímhle ohrožená. A samozřejmě, že může upadat i do těch nemocí, úrazů a podobně.“(VED IV)

IV.6.3. Strategie a nástroje kompenzace dopadů nároků práce na sociální pracovníky

„Sebepéče by měla být v pomáhajících profesích podporována a rozvíjena zaměstnavatelem, což v našich podmínkách platí jen zcela výjimečně.“ (Delphi – P. Navrátil)

V rámci kvantitativního šetření bylo také zjišťováno, jaké podmínky a nastavení parametrů na pracovišti považují sociální pracovníci za důležité, protože mohou významnou mírou pomáhat sociálním pracovníkům se zvládnutím pracovního stresu a zmírňováním tlaků, které s sebou výkon sociální práce nese. Respondenti mohli ze souboru položek označit libovolný počet, a to bez ohledu, zda je či není v současné době na jejich pracovišti daná podmínka zajištěna. Graf č. 11 přináší v sestupném pořadí přehled toho, jak často respondenti označovali danou podmínku za důležitou. Je očividné, že celé škále podmínek dominují ty, které souvisí s kvalitními mezilidskými vztahy na pracovišti – jak mezi kolegy, tak s nadřízenými. Jako velice důležité figuruje i bezpečné pracovní klima a vysokého skóre dosáhly i položka dobré řízení práce a předvídatelnost. Relativně nižších hodnot dosáhly položky jako vzdělávání v oblasti zvládnutí stresu a položky týkající se supervizí – což je doklad toho, že to, že u některých položek respondenti častěji uváděli, že to není na jejich pracovištích zajištěno (viz výše tabulka č. 8), neznamená, že by jim daná podmínka/opatření chyběla. Nejvíce patrné je to právě u položky „individuální supervize“, která se jeví jako nejméně zajištěná a zároveň ji ale respondenti považují za nejméně důležitou.

Graf č. 11: Důležitost daných podmínek pro zvládnání pracovního stresu a pracovních nároků, v % (N=367)



Parciálně nepříznivé podmínky pro výkon sociální práce ani koncentrace náročných klientů nemusí nutně k těmto stavům vyhoření vést, pokud je přítomno něco, co je kompenzuje. Sociální pracovníci jsou obvykle lidé schopní pracovat pod tlakem a i za ne zcela optimálních podmínek a nemusí to vést k jejich rezignaci či vyčerpání, pokud je tato zátěž vyrovnávána ze strany zaměstnavatele i aktivitou jich samých - pokud na pracovišti existuje atmosféra zájmu o sociální pracovníky, o jejich well-being, péče o sociální pracovníky a také podpora sebepéče. V rámci kvalitativního šetření to bylo spíše ojedinělé, ale tam, kde sociální pracovníci měli přímou zkušenost s takto zaměřenou podporou pracovníků, vyhodnocovali to pozitivně.

„Máme různá školení, psychohygienu, relaxační techniky, máme supervize pravidelně každý měsíc, kromě prázdnin. Máme tady takový kolektiv, že se můžete vypovídat, nebo se svěřit komukoliv, na vedoucí se obrátit.“(SP XI)

Možná si to někteří vedoucí začínají v plné šíři uvědomovat až ve chvíli, kdy jim stav sociálních pracovníků akutně narušuje pracoviště. Navíc pokud k tomu dojde, může to mít v krajním případě až dominový efekt, protože vypadnutí jednoho pracovníka z důvodu psychických či fyzických potíží, způsobených trvalým přetížením a stresem, vede ke zvýšení zátěže těch zbývajících.

„Jednu pracovníci, ta už dávno vyhořela, ta už byla i na nemocenské. Navíc my máme tzv. sick days. To znamená, že máme 4 dny v roce, a třeba ta pracovnice, domluvily jsme se, byť fyzicky nebyla nemocná, ale psychicky na tom byla špatně, tak je čerpala. Takže jsem jí prostě dala sick days tady na to, aby se dala trošku dohromady.“(VED II)

Ovšem popisovaná situace včetně způsobu využití sick days by neměla ani nastat, pokud by docházelo k prevenci a kontinuální péči o sociální pracovníky a podpoře sociálních pracovníků v péči o sebe. V současné době se ale zdá, že v praxi pracovišť sociální práce a v politice zaměstnavatelů sociálních pracovníků sociálních odborů/oddělení obecních úřadů účinné strategie péče o zaměstnance a podpory sociálních pracovníků v péči o sebe spíše absentují. Sociální pracovníci se těžko rozvzpomínali, co jim bylo v poslední době v tomto směru nabídnuto či poskytnuto, a co by pro ně představovalo reálnou pomoc, úlevu, ventil. Ojedinele jmenovali např. zatím jednorázovou konzultaci s osobním koučem, kterou daná pracovnice považovala za pro ni přínosnou, nějakou formu vzdělávání, výjezdni akci spojenou se vzděláváním a s neformálním trávením volného času s kolegy, apod. Žádná z těchto věcí, které několik z pracovníků účastnících se výzkumu jmenovalo, se však neodehrává pravidelně či ve větším měřítku. Úvahy o tom, co pomáhá sociálním pracovníkům zvládat nároky jejich práce, tak ve výpovědích sociálních i vedoucích pracovníků zůstávaly spíše na hypotetické rovině, kdy ne vše, o čem mluvili, na jejich pracovištích funguje.

- Jako nezbytnou součást péče o sebe a péče o sociální pracovníky zaměstnavatelem zdůrazňovala většina dotázaných u **kultivaci vztahů na pracovišti**, záměrnou **péči o tým**, o pracovní kolektiv. To je podle většiny dotázaných základ dobré pracovní pohody a sdílení problémů, podpory při řešení komplikovaných případů atd., přičemž ovšem, jak bylo zmíněno výše, na některých obecních úřadech vedení obce svými pokyny a zákazy toto výrazně znesnadňuje.

„Ale já si myslím, že mnohem důležitější je, aby měli dobrý kolektiv na pracovišti, aby měli podporu v tom svém okolí a u svých vedoucích a aby se dokázali spolu bavit. Aby nebojovali, ale aby spolupracovali.“(VED XI)

„Není to v našich možnostech, ale nějaký team building, že by to bylo dobrý. Takže nejenom práce, ale i to společenství aby bylo, ten tým by bylo úžasný, kdyby takhle šel, ale kdo to zaplatí, to je zase otázka.“(VED V)

- Další oblastí, kterou dotazovaní sociální a vedoucí pracovníci zdůrazňovali v souvislosti s tématem péče o sebe u sociálních pracovníků a o možnostech, jak se této péči věnovat a o fungujících strategiích, bylo zmiňováno i (další) **vzdělávání sociálních pracovníků**. Rovněž experti z řad supervizorů se v rámci metody Delphi opakovaně vyjadřovali k problematice vzdělávání, přičemž v této oblasti ještě viděli velké rezervy. Podle jejich názoru si vzdělávání pracovníci nemohou dostatečně vybírat, o řadě možností se mnohdy dozví velmi pozdě a ani další podmínky nebývají vždy přínosné - např. pracovník je o kurzu zpraven v den konání kurzu; kurz musí absolvovat v den svého volna; nemá hrazený čas strávený na kurzu. Pracovníci si toto jednání nechají líbit a pasivně přijímají daný systém. Průběžné vzdělávání a profesní rozvoj jsou formálně využívány.

„Myslím ale, že je ze strany zaměstnavatelů podporována málo, některý nabídky vzdělávacích a rozvojových programů jsou finančně nákladné a proto se na nich musí SPR finančně spolupodílet. To považuji za problematické v situaci, kdy jsou mzdy SPR nastavené nízko. Zvláště u dlouhodobých výcviků je finanční zátěž sociálního pracovníka vysoká“ (Delphi – P. Navrátil).

Vzdělání je pro klíčové oblasti péče o sebe a o sociální pracovníky ze strany zaměstnavatele důležité ve dvojitě smyslu:

- *Vzdělání jako způsob, jak sociálním pracovníkům zprostředkovat povědomí o oblasti péče o sebe, jak jim přiblížit tuto problematiku, naučit je strategiím a technikám péče o sebe, jak péči o sebe zařadit do běžné praxe atd. Dle některých by toto mělo být vnímáno i v oblasti dalšího vzdělávání jako součást erudice sociálních pracovníků, tzn., mělo by to mít v rámci dalšího vzdělávání jasné postavení včetně dostatečné nabídky akreditovaného vzdělávání v dané oblasti.*

„Já se domnívám, že by tam mělo být posilováno vzdělávání ve vztahu k psychohygieně. Jsme jedni z mála měst, kde je i systém hodnocení, ve kterém se i dotýkáme té psychohygieny.“ (VED IV)

Nicméně jen malá část sociálních pracovníků referovala o tom, že takto zaměřené vzdělávací programy jsou běžně v nabídce vzdělávacích programů ve formě, kterou sociální pracovníci potřebují – tedy v první řadě jako akreditované vzdělávací programy.

„Myslím, že by i tady z těch možností, kdy my jsme povinni se vzdělávat, v rámci zákona o sociálních službách, by nebylo špatné, aby toto bylo i začleněné. Zatím jsem o tom pořádně neslyšela.“ (VED IV)

- *Vzdělávání jako forma péče o sebe, tedy takové vzdělávání z různých oblastí sociální práce, které sociálním pracovníkům přináší pocit, že je odborně obohacuje. Předpokladem je, aby si ho sociální pracovníci mohli vybrat sami, absolvovali jej dobrovolně, bez stresu, často bylo zdůrazňováno, že by se mělo odehrávat v příjemné atmosféře, v klidu – a mělo by být zajímavé, inspirativní. Takové vzdělávání působí jako forma seberozvoje sociálního pracovníka, která zároveň je prevencí vyhoření.*

„My jsme dostali povolení od vedoucí, protože jsme říkali, co bude se sociální prací pět dnů. Odpověď zněla, já vás zastoupím. Jsme tady tým a já chci, abyste jeli (...) takže jsme jely dvě. A my jsme byly mile překvapené prostředím, úrovní přednášek, možností se nad vším zamyslet, a dělat z toho výstupy v odpoledních skupinách. A to tam bylo dobré.“ (SP VII)

- *Důležitým tématem v rámci problematiky péče o sociální pracovníky a otázek týkajících se zpracování pracovní zátěže byla také supervize. Zdaleka ne všichni účastníci kvalitativního výzkumu měli se supervizí osobní zkušenost, a překvapivě málo pak mělo zkušenosti se supervizí pravidelnou a dlouhodobější. Ve výzkumu zúčastnění pracovníci, kteří mají se supervizí zkušenosti, nereferovali o svých zkušenostech se supervizí jednoznačně. Jen ve dvou případech svoji zkušenost se supervizí zkoumaní sociální pracovníci vnímali vysloveně kladně. Většinou efekty supervize hodnotili dost ambivalentně, obvykle ale na základě velmi sporadických osobních zkušeností se supervizí.*

„Byla tady, no, ale to jsme prostě, nevím, jestli to bylo supervizorem, nebo jestli jsme to my jako celé oddělení, my jsme nějak nechápali a museli jsme supervizora vyměnit, pak tady chodila jiná paní, tak se to trochu zlepšilo, ale i tak prostě mi to nic nedalo.“ (SP I)

„Jednou jsem to zažila a neměla jsem z toho nejlepší pocit. Možná to bylo v osobě supervizora.“ (SP IV)

„Co potřebují aktuálně rychle řešit, tak musíte vyřešit hned, nemůžete čekat, než se objeví supervizor, a budete sedět nad případem (...) A ty případy, které byly komplikované, kde fakt jsme se dostali do nějaké slepé uličky, tak když je konzultovali se supervizorem a nadnesli je, tak měli pocit, že ta supervize, možná, že

to bylo osobností supervizora, nevím, jim nedala nic, co by jim pomohlo. To, že vám někdo řekne, udělali jste všechno, co jste mohli, tak neměly z toho dobrý pocit, že to bylo přínosné.“ (VED VI)

Předpokladem pro to, aby supervize měla pro sociálního pracovníka přínos, lépe řečeno, aby sociální pracovník pociťoval přínos supervize, a věděl, v čem konkrétně tento přínos pro něj spočívá, v čem mu supervize pomohla, je, že má možnost ovlivnit formu supervize, absolvuje supervizi dobrovolně a obecně rozumí, k čemu mu může supervize posloužit. Tyto podmínky nebyly v drtivé většině zkoumaných případů splněny. V první řadě si pracovníci nemohli zvolit formu supervize. Ze zkoumaných sociálních pracovníků, kteří mají či měli s účastí na supervizích zkušenost, jich většina hovořila pouze o supervizích skupinových, přičemž nabídku individuálních supervizí zatím nedostali. Byly to ale právě skupinové supervize, co mnohým dotázaným nevyhovovalo, necítili toto jako bezpečné nebo komfortní prostředí pro řešení problémů.

„Ne každému vyhovuje ta skupinová. Ta individuální by asi spíš možná, ale i to je otázka.“ (VED IV)

Ani účast nebyla vždy dobrovolná, občas pracovníci dostali pokynem se supervize zúčastnit. Pracovníci těžko nesli, pokud se museli účastnit skupinových supervizí i v případě, že to nepociťovali jako bezpečné – pracovníci se museli skupinové supervize účastnit, i když jim to přinášelo spíš stres a obavy či pocit ohrožení, čímž se vzhledem k cíli odlehčení nároků, kladených na sociální pracovníky, stává taková supervize kontraproduktivní.

„Oni tu supervizi ani nechtěli, my jsme ji měli nařízenou z vrchu. A hlavně, my jsme říkali supervizory, ale i když víme, že jim ta supervize funguje, tak prostě u nás to nefunguje. Ty pracovnice, je to i kolektivem, nechtěly se o tom sdílet, jedna má problém s druhou, nechtěly to přede všemi řešit.“ (SP III)

Někdy je tedy důvodem toho, že se nekonají supervize, nezájem samotných sociálních pracovníků se jich účastnit, přičemž na několika pracovištích po předchozích neuspokojivých zkušenostech se supervizí odmítali toto pracovníci znovu zkoušet, včetně možnosti, že by vyzkoušeli supervizi individuální. Jedna z vedoucích se domnívala, že pro některé pracovníky tato možnost přichází pozdě, že již jsou tak „semletí“ a vyhořelí, že ztratili náhled nad svojí situací i motivaci ji nějak měnit, či se profesně rozvíjet. Podle jedné z vedoucích pak ztrácejí sebereflexi a často ani nechtějí reagovat na její nabídky, aby supervizi vyzkoušeli.

„Protože tam si myslím, že mnozí už jsou na hranici vyhoření, že by to potřebovali, ale, nejhorší je na tom to, že ten, který, já to vnímám a on to nevnímá, že je vyhořelý. Ten má prostě už ten svůj tunelek, je tady už X let a je to fakt problém někoho přesvědčit, ať jde na individuální supervizi.“ (VED II)

Samotní supervizoři, kteří se vyjadřovali v rámci Delphi, jednoznačně potřebu supervizí zdůrazňovali.

„Mimo jiné funkce, splňuje supervize i funkci podpůrnou, která znamená možnost spolunesení pracovní zátěže. Sdílené náročnosti profese se supervizí mohou umenšit, podobně jako u klientů sociální práce se sdílením umenšují jejich potíže.“ (Delphi – anonymní expert)

Nicméně supervize a podmínky jejího poskytování musí mít určité parametry a právě v oblasti využívání supervizí na pracovištích sociální práce a sociálními pracovníky, vnímali supervizoři poměrně velké deficity. Podle jejich zkušeností jsou supervize často využívány jen pasivně, zejména ty, které jsou „povinné“. Supervize navíc často neodpovídá potřebám skupiny či jednotlivce (není zajištěno bezpečné prostředí, supervizor nemá důvěru apod.).

„Myslím, že se u nás vcelku etablovala supervize. Často je však užívána jen v kontextu pracovního prostředí a převážně ve skupinové formě. Pro osobní potřebu ji tak nevyužijí všichni zúčastnění a asi by bylo potřeba posílit/ podpořit využití individuální supervize. Supervize u nás přitom nezískala mezi sociálními pracovníky jednoznačnou oblibu.“ (Delphi – P. Navrátil)

V. ZÁVĚR - SYNTÉZA A DOPORUČENÍ

Závěrečná kapitola se podrobněji vrací k otázce využití CM v sociální práci, zaměřené na životní situace dlouhodobé péče, tzn. k otázce, která je v textu řešena opakovaně. Tato část je jednak určitou rekapitulací poznatků, týkajících se využití CM v pomoci v životních situacích dlouhodobé péče, ale především se více soustředí podrobněji na specifické skupiny lidí v situaci dlouhodobé péče, u nichž by dle názorů účastníků výzkumu bylo žádoucí CM využívat. Dále je v této kapitole zdůrazněno, že v současné době, na základě získaných poznatků, půjde v případě snahy zasadit v širším měřítku do praxe sociální práce na obecních úřadech CM a zároveň jej využívat pro pomoc a podporu lidí v situacích dlouhodobé péče, zejména dosud spíše opomíjených, méně viditelných skupin těchto lidí, zřejmě o výraznou inovaci – se všemi potížemi, které taková konstelace může přinášet. V poslední části závěrečné kapitoly tak obsahuje sumarizaci základních doporučení, která by mohla přispět k úspěšné implementaci CM do sociální práce na obcích, zaměřené na pomoc v životních situacích dlouhodobé péče.

V.1. Case management v pomoci v životních situacích dlouhodobé péče

V teoretické části věnované metodě CM bylo opakovaně zmíněno, že i když byl CM původně vyvinut pro lidi s psychiatrickou diagnózou, hodí se dle názoru řady autorů obecněji pro situace dlouhodobé péče včetně pomoci v životních situacích, v nichž se ocitají dlouhodobě pečující. Z rozhovorů se sociálními pracovníky a jejich přímými nadřízenými vyplývalo, že také řada z nich, především ti, kdo měli přesnější představu o metodě CM a jejích možnostech, docházeli k závěru, že CM je pro pomoc v situacích dlouhodobé péče vhodná metoda. Efektivní dlouhodobá péče v domácím prostředí vyžaduje rozvinutí dvou prvků: zlepšení obsahu poskytovaných služeb tak, aby byly vnímavější, flexibilnější a lépe přizpůsobené, co se přání a potřeb uživatelů týče; zlepšení koordinace a organizace služeb ve vztahu k potřebám jednotlivce spíše než ve vztahu k potřebám poskytovatelů služeb. Harkey (2017) zdůrazňuje, že CM je vhodný způsob pomoci lidem, kteří potřebují celostní a na klienta zaměřený přístup, a vzhledem ke stárnutí populace, vzrůstajícímu počtu lidí s chronickými zdravotními potížemi, větším výskytem komorbidit, potřebuje stále více lidí péči a zdroje, které překračují rámec toho, co je poskytováno v případě jednotlivých událostí či epizodických nemocí atd. Čím komplexnější jsou potřeby, tím ucelenější přístup je potřeba.

Účastníci FG rovněž, jak již bylo prezentováno výše, vnímali CM jako specifickou metodu sociální práce, která právě v případech dlouhodobé péče může být v delším časovém horizontu velmi efektivní. Výhodu mj. spatřovali v tom, že jeden člověk často těžko rozpozná a je schopen reagovat na všechny typy potíží, které s sebou dlouhodobá péče může nést. Zároveň CM může dle zkušeností účastníků FG snižovat na jedné straně dublování služeb a na straně zajistit, že v nějaké oblasti dojde k mezerám v pomoci.

„Abychom si neopěčovávali každý toho svého klienta buď úplně stranou, anebo jsme vůbec nevěděli o tom, že toho jednoho klienta máme na třech službách, a nevíme o tom navzájem, protože ten systém není tak dobře propojený (...) case management je hodně srozumitelný pojem (...) a vnímám to skutečně jako samostatnou metodu, specifickou sociální práci“ (účast. FG)

Když byly v kvalitativních rozhovorech sociální a vedoucí pracovníci přímo a cíleně požádáni, aby se zamysleli nad možnostmi a vhodností uplatňování CM pro různé situace dlouhodobé péče, pak docházeli spíše k názoru, že CM je pro práci s těmito situacemi vhodný, ale řada dotazovaných upozorňovala na limity zejména dané podmínkami a okolnostmi sociální práce na obcích. Pokud upřesňovali, pro jaké cílové skupiny či pro jaké životní situace je CM vhodný, byly relativně nejčastěji zmiňováni zejména lidé, o které se nemá doma kdo starat a na jejich zdravotní stav ještě pobytovou

službu nevyžaduje, případně služba není k dispozici. Ze životních situací dlouhodobé péče byly spontánně **v minimu případů jmenovány právě pečující osoby.**

Poměrně často se objevoval názor, že CM je vhodný pro situace dlouhodobé péče o člověka s psychiatrickým onemocněním. Nicméně dotazovaní poukazovali na to, že tito klienti jsou často na hraně spolupráce/nespolupráce, dobrovolnosti/nedobrovolnosti, či svoje postoje a jednání mezi oběma polohami mění podle toho, zda mají v dané chvíli náhled na své onemocnění či nikoliv. To, zda byl v daném případě CM vhodnou volbou a zda přinesl výsledky, lze pak často hodnotit až s časovým odstupem.

Pokud dotazovaní u tématu setrvali podrobněji a snažili se více reflektovat, co všechno obnáší různé situace dlouhodobé péče a jestli a kdy se jeví jako vhodná metoda, pak zejména ti, kteří u této cílové skupiny vnímali složitost situace a to, že ta situace zahrnuje více prvků, docházeli někteří k závěru, že CM by byl vhodnou metodou pro některé případy. Jako nadějně z tohoto hlediska účastníci výzkumu považovali uplatnit CM či realizovat případové konference, **pokud by klientem byl pečující**, případně se řešila situace dlouhodobé péče, protože tam se v řadě případů dá očekávat spolupráce, zájem klienta.

„Tam je problém (...) že tím, že je to na dobrovolnosti, tak ti klienti to nepoužili zatím. Přišli, řešilo se to. To, že ten výsledek, který tam byl projednán, třeba nebyl ze strany klientů uskutečněn, nebo dlouhodobě dodržován, tak to už je na těch klientech. Je pravda, že to je úplně jiná skupina, než skupina právě těch pečujících. Že tam by to třeba mohlo fungovat lépe. (...) Že by to bylo na jednom místě, dostanu víc rad, pomoci.“ (SP IX)

Ojedinele se v rozhovorech objevovaly poukazy na to, že **CM je vhodný právě pro málo zavedenou skupinu**, protože v těchto případech nejsou zavedené postupy intervence, služby atd. a zároveň se jedná o situace kumulovaných potíží a problémů.

„Ono to přínos má, tam, kde to je uchopitelné, že zvažovat tenhle model na cílovku, která nám z tohoto systému vypadá, tak to je fakt opravdu odůvodněné. Jenom nevím, jestli se z toho dá vytvořit to, aby to mělo ten úspěch. Důležité je, aby zase ten výsledek tam byl pozitivní.“ (VED IV)

„Právě tou multiproblémovostí. Právě je to o tom, že to není jen podat to poradenství, ale že tam ten člověk.“ (VED III)

Co se týče upozornění na možné překážky a limity využívání CM pro pomoc v situacích dlouhodobé péče, pak směřovaly hlavně pro CM z hlediska celkové zvladatelnosti k časové a organizační náročnosti CM, což početně limituje množství případů, které je možné řešit touto metodou.

„A druhá věc je, nakolik i my jsme schopni to v tom počtu lidí, které máme, toto dělat.“ (VED II)

„Za rok? Dejme tomu za 3/4 roku 7 případů. Takže třeba těch 10 za rok. Tam musí být ta spolupráce těch subjektů, co jsem vám už vyjmenovala. Fakt je to náročné. Jednak je toho hodně, tak je člověk přetížený, a může se stát, že na něco zapomene, opomene, udělá chybu.“ (SP VI)

„Ten CM, ale bylo by lepší, kdyby tam už byl někdo i z těch služeb. Protože ten SP nemůže znát přesně všechno o těch službách. Takže kdyby tady v tomto, ale zase muselo by být víc časového prostoru.“ (VED II)

Jako další omezení využívání CM uváděli dotazovaní pracovníci malou nabídku služeb v lokalitě a nízkou ochotu dalších subjektů kooperovat. Deficit služeb pro životní situaci dlouhodobé péče nebo pro některou skupinu, zejména pro pečující, služby výrazně chybí a nedostačují, může být dobrým důvodem pokusit se situaci řešit metodou CM. Nejsou-li však v lokalitě vhodné služby žádné nebo téměř žádné a další aktéři nejsou ochotni spolupracovat a do CM se zapojit, pak se toto stává bariérou a několik dotazovaných se domnívalo, že využití CM pro sociální práci zaměřenou na

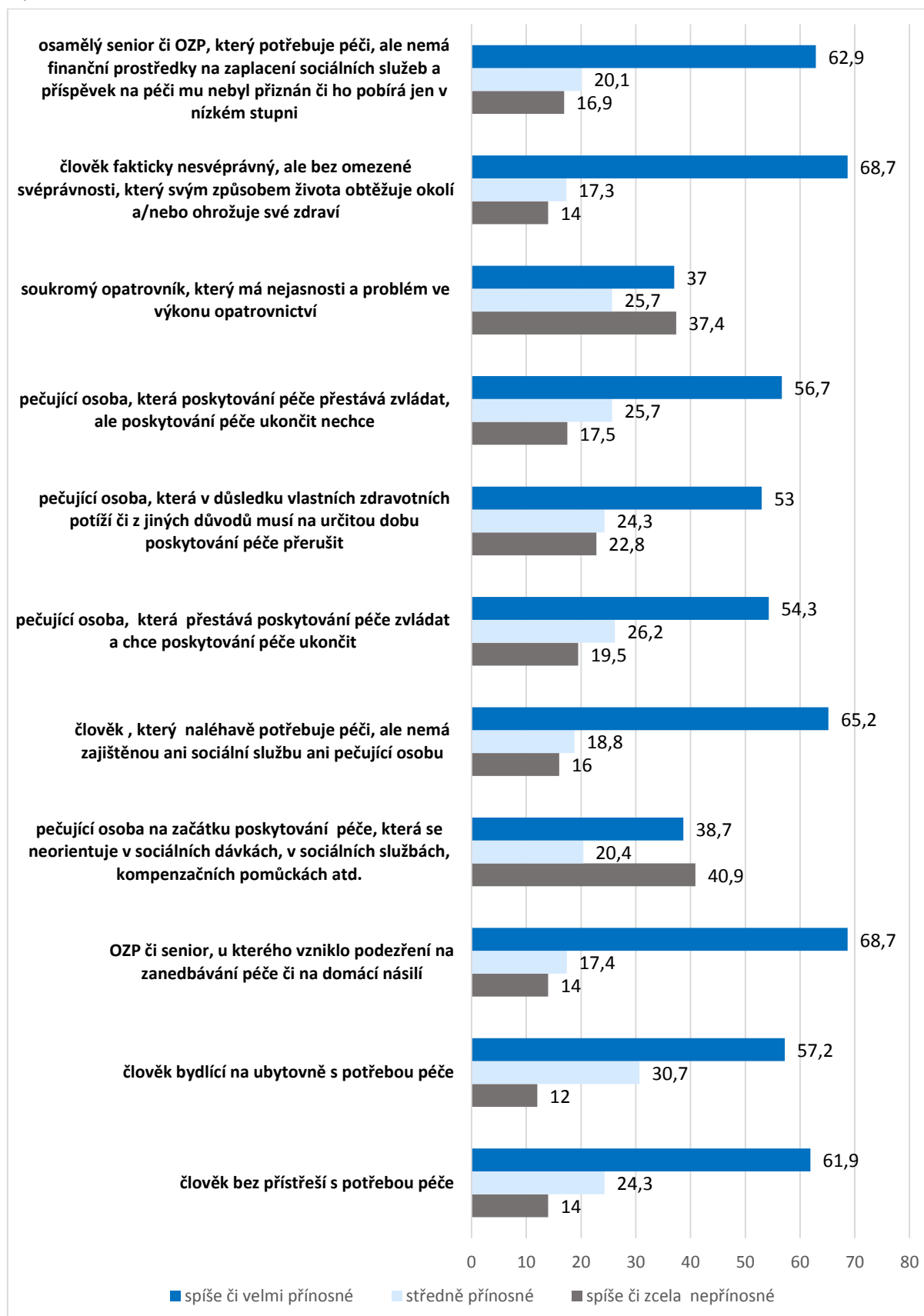
dlouhodobě pečující je sporné právě proto, že není nabídka služeb a pomoci cílená na tuto skupinu, tedy není co koordinovat.

„Možná prvky case managementu, je to prostě o nějaké koordinované spolupráci, aspoň těch subjektů, které jsou kolem dokola a kteří jsou ochotni na tom nějak participovat. Ale samozřejmě nepřinutíte rodinu, aby s vámi spolupracovala, když prostě nebude chtít.“ (SP V)

„Dost dobře si to nedokážu představit, nedokážu to uchopit. Pokud máme klasické problémy, to znamená ten koordinovaný přístup přímo zacílený k té osobě, která má problém dejme tomu bytový, finanční a podobně, my tam můžeme do toho zapojit více lidí, tak ano, myslím si, že těch nabídek, které bychom mohli jak jim pomoci a koordinovat, tak je dost málo pro ty pečující. A tudíž nevím, jestli by to neztrácelo smysl. Vlastně ten samotný SP těžko může dělat CM, že. Může komunikovat, může sdílet s námi potom, jak by ty informace, které získá od toho pečujícího, ale ta nabídka není.“ (VED IV)

Kvantitativní šetření sociálních pracovníků ukázalo, že být vlastní praktické zkušenosti sociálních pracovníků s CM nejsou příliš rozsáhlé, sociální pracovníci potenciál CM ve vztahu k situacím dlouhodobé péče vidí (viz níže graf č. 12) , a to zejména pro situace, které celkově hodnotili jako obtížně řešitelné či téměř neřešitelné (viz kap. III. 4, tab. č. 4). Největší přínos využívání CM by respondenti očekávali zejména u typů situací „člověk, který naléhavě potřebuje péči, ale nemá zajištěnou ani sociální službu ani pečující osobu“ a „OZP či senior, u kterého vzniklo podezření na zanedbávání péče či na domácí násilí“ (téměř 69%), dále „člověk, který naléhavě potřebuje péči, ale nemá zajištěnou ani sociální službu ani pečující osobu“ (cca 65%) a na druhé straně relativně nejméně často vidí význam CM pro typy situací „soukromý opatrovník, který má nejasnosti a problém ve výkonu opatrovnictví“ (37,0%) a „pečující osoba na začátku poskytování péče, která se neorientuje v sociálních dávkách, v sociálních službách, kompenzačních pomůckách“ (38,7%). Celkově však z výsledků dotazníkového šetření plyne, že sociální pracovníci zřejmě potenciál v metodě CM rozpoznávají a uznávají a zároveň využití tohoto potenciálu spojují s typy životních situací a klientů, které ze své dosavadní praxe označovali jako špatně řešitelné. Sociální pracovníci by tedy mohli být ochotni metodu CM implementovat, pokud by k tomu měli vhodné podmínky, protože se zdá, že ji vnímají jako smysluplnou.

Graf č. 12: U kterých situací by bylo přínosné, pokud by při jejich řešení byla uplatňována metoda CM, v %



V.2. Dvojitá inovace

Empirické poznatky získané v rámci řešení tématu zaměřeného na uplatňování case managementu a posouzení možností a limitů této metody při výkonu sociální práce na obecních úřadech zaměřené na podporu poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí, vedou k závěru, že jak na pomoc a podporu v situacích dlouhodobé péče, tak ještě více na uplatňování CM v sociální práci na obecních úřadech, lze v mnoha ohledech nahlížet jako na inovaci. **Uplatňování case managementu v pomoci a podpoře v situacích dlouhodobé péče v sociální práci na obecních úřadech** lze tedy v mnoha ohledech nahlížet jako na dvojitou inovaci.

U pomoci v situacích dlouhodobé péče se jedná o některé specifické situace, zejména pokud je hlavním nositelem problému dlouhodobě pečující, tedy jinak řečeno, někdo, kdo sociálním pracovníkům nespadá do zažitého schématu cílových skupin a zároveň dokud se situace nevyhroťte často až k úplnému nezvládnutí poskytování péče, sociálním pracovníkům pečující často ani nekorespondují s jejich pojetím lidí v obtížné sociální situaci. Pečující nejsou chápány jako kategorie „osob v ohrožení“ a sociálním pracovníkům také do značné míry chybí instrumentarium pomoci dlouhodobě pečujícím. Sociální pracovníci toto často ani nemusí reflektovat, protože se stává, že pečující osoby a jejich potřeby jsou překryty osobami a potřebami osob potřebujících péči, s nimiž jsou sociální pracovníci naopak zvyklí pracovat (viz Hubíková, 2017:8 – 15). Jak už bylo pojednáno výše, např. v podkapitole představující sociální práci zaměřenou na situace dlouhodobé péče jako staronové téma sociální práce na obecních úřadech, sociální práce zaměřená na tuto oblast není inovace v celém rozsahu. Může ale takto být vnímána ve vztahu k určitým podskupinám, typicky třeba k dlouhodobě pečujícím osobám, a také co se týče zejména různých forem dlouhodobé intervence. Sociální pracovníci mohou přehlížet méně zavedené „segmenty“ dané klientely a potíže, které neumějí rutinně řešit a nemusí si to ani uvědomit.

V části, věnované rozšíření CM v sociální práci v ČR obecně i v empirických poznatcích týkajících se sociální práce na obecních úřadech, dokládáme, že byť je CM v mnoha zemích po řadu dekad diskutována, uplatňovaná, modifikovaná a znovu a jinak uplatňovaná metoda, v sociální práci na obecních úřadech půjde bezpochyby o inovaci. Ze získaných empirických kvantitativních i kvalitativních dat vyplývá, že dosavadní zkušenosti sociálních pracovníků s CM jsou většinou nesoustavné, nahodilá a z jejich strany i nedostatečně reflektovaná, a i chápání samotného CM je spíše intuitivní. Velký podíl účastníků výzkumu referoval pouze o určitém teoretickém povědomí o CM. Payne (2000:82 – 83) konstatuje, že je-li CM nahlížen jako inovace, pak musí být pochopena povaha samotných inovací.

V této souvislosti se je třeba zaměřit zejména na to, z čeho se inovace skládají a co nabízejí, mj. i na možnosti, které inovace nabízí zúčastněným stranám v politickém procesu. K tomu je třeba snažit se také pochopit sociální, politický a organizační kontext, do kterých je inovace zaváděna, neboť to ovlivní, zda bude úspěšná a jakým způsobem bude přijata, přizpůsobena a rozvíjena. Třetím bodem je určení potenciálních zájmů, kterých se inovace týká a které se budou dostávat do vzájemných interakcí. Za čtvrté musejí být prozkoumány politické a sociální procesy, které jsou do inovace zapojeny. Payne akcentuje pohled na CM jako na inovaci zejména z hlediska politického vyjednávání. Na příkladu zavedení CM ve Velké Británii ukazuje, jak je **role sociální práce vyjednávána v sérii sociálních procesů**. Tyto procesy jsou svou povahou politické, tzn. sociální práce se mění jako výsledek interakce mezi sociálními skupinami uvnitř i vně sociální práce a mezi jejich zájmy a mocenskými vztahy. Payne vysvětluje, že to, jaká forma CM byla přijata, bylo ovlivněno spíše politickou interakcí zainteresovaných subjektů, než možnostmi, které nabízí sám CM.

Důvod, proč je třeba na CM pohlížet jako na inovaci vyžadující vnímavost vůči pracovním, organizačním a dalším podmínkám, má-li být do sociální práce na obecních úřadech zaveden, vyplývá

i z toho, jak Goger a Tordy (2006:13) vysvětlují povahu CM z hlediska nezbytného způsobu a rozsahu uplatňování CM. Podle těchto autorů totiž **CM nemůže být využíván jako metoda, kterou si zvolí např. v rámci pracoviště jednotlivý sociální pracovník**. Uplatňování CM vyžaduje obecněji platné odpovídající podmínky v oblasti financování, institucionálního nastavení, odborných kompetencí, dohody týkající se spolupráce se všemi zúčastněnými stranami, společné standardy vedení dokumentace atd. Dle Chalise by navíc také měli mít case manageri, tedy i sociální pracovníci, pokud budou v pozici case managerů, mít kontrolu nad zdroji, aby mohli reagovat efektivněji na individuální potřeby klienta. Pokud toto CM nemůže, pak má slabou pozici při vyjednávání s poskytovateli péče. Reilly, Hughes a Challis (2010:146) se specificky zaměřují také na předpoklady a podmínky pro koherentní a udržitelnou implementaci CM, zaměřeného na právě osoby s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, tzn. včetně osob vyžadujících dlouhodobou péči. Zdůrazňují, že je především **třeba dostatečně vyjasnit a upřesnit, co a jakým způsobem má být prostřednictvím CM lidem s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem zajištěno a poskytováno**. Dále se na základě jejich studie těmto autorům jeví jako nezbytné naplnit tři základní podmínky, aby mohl být CM ve prospěch této cílové skupiny úspěšně vykonáván: 1) soulad s tím, jak je konkrétní provádění CM konsistentní se svým programovým modelem a má dobře definované způsoby intervence a procesy, jak pomoci jednotlivcům, aby dosáhli požadovaného cíle, a jak tyto procesy sleduje; 2) musí být zajištěna adekvátní míra zátěže případu, tzn. zvladatelný počet případů na pracovníka; 3/ musí být zaručena odpovídající praxe pracovníků/pracoviště v CM.

V.3. Doporučení

Při zvažování, zda se tato a zejména v jakém modelu se metoda CM hodí pro koordinaci podpory a pomoci v životních situacích dlouhodobé péče, včetně podpory neformálních pečujících, a při zvažování limitů CM v pomoci dané cílové skupině, je třeba brát v úvahu, že existují různá pojetí a různé modely CM (viz výše teoretický úvod ke kapitole o CM). Zatímco některý se může jevit špatně aplikovatelný, ať již kvůli specifickým dané cílové skupiny či podmínkám sociální práce na obecních úřadech, jiný model se může jevit uplatnitelnější. Obecně lze konstatovat, že CM jako způsob zajištění pomoci, podpory a péče lidem, kteří v důsledku nemoci, zdravotního postižení nebo stáří potřebují péči jiných lidí, a jejich pečujícím osobám, je vhodné vážně zvažovat, protože CM byl za tímto účelem zaveden, byť původně s orientací na specifickou cílovou skupinu, a to na osoby s duševním onemocněním, a až později se využití CM výrazně diverzifikovalo.

Úspěch případné snahy o rozšíření a uplatňování této metody v sociální práci na obecních úřadech by nejvíce závisel na pracovnících první linie, tzn. na jejich znalosti dané metody či ochotě tyto znalosti získat, ale také na znalosti cílové skupiny, u níž by měl být CM uplatňován. Dále pak na schopnosti či vůli sociálních pracovníků využívat CM v podmínkách své organizace, tzn. v tomto případě v podmínkách sociální práce na obecních úřadech, které přinejmenším zpočátku nemusí být pro využívání CM optimální. Kromě toho by se zejména front-line pracovníci z počátku museli být zřejmě ochotni potýkat s nedostatečnou metodickou podporou, či dokonce být nakloněni tomu, sami se na tvorbě metodických materiálů podílet.

Za jeden z klíčových poznatků výzkumu lze označit to, že sociální pracovníci jsou metodě CM nakloněni a vidí v ní přínos pro pomoc klientům v konkrétních životních situacích, spojených s dlouhodobou péčí. Být sociální i vedoucí pracovníci zejména v kvalitativních rozhovorech vyjadřovali skepsi ohledně podmínek pro uplatňování CM a často i nejistotu v tom, co a jaké přesně činnosti CM obnáší, kde je hranice mezi CM a jinými metodami sociální práce apod., celkově se zdá, že by snaha o systematické zařazování CM do sociální práce na obcích nemusela u pracovníků první linie narazit na rezistenci. Nicméně bez vhodného nastavení podmínek pro využívání CM se může

stát, že pokusy o její využívání mohou tak často narážet na okolnosti uplatňování CM nepříznivé, že i pracovníci pro tuto metodu angažovaní mohou pod vlivem neúspěchu či přílišného stresu při překonávání těchto okolností ztratit motivaci; případně, pokud by direktivně bylo využívání této metody např. ze stany nadřízených či metodického orgánu vyžadováno, aniž by k tomu byly vytvářeny podmínky, může docházet k jejímu uplatňování jen ve velmi okleštěné či deformované podobě, či *pro forma*.

Nastavení vhodných podmínek pro zavádění metody CM do praxe sociální práce na obecních úřadech a prostředí příznivého pro účinné využívání a rozvíjení této metody v sociální práci zaměřené na životní situace dlouhodobé péče v přirozeném prostředí by se mělo týkat zejména:

- **vzdělávání pracovníků** - je třeba vytvořit ucelený systém dalšího vzdělávání v dané problematice - zajistit vzdělávání nejen v oblasti metody CM, a v oblasti sociální práce s lidmi v životních situacích dlouhodobé péče odděleně, ale rovněž vzdělávací programy zaměřené na propojení těchto oblastí – tzn. cílená edukace v možnostech a postupech uplatňování CM v sociální práci zaměřené na životní situace dlouhodobé péče. Význam má ovšem i vzdělávání v těchto tématech odděleně – tzn. např.:
 - zaměřené pouze na metodu CM – neboť jednak metoda CM má širší uplatnění i v sociální práci na obecních úřadech, a dále je pravděpodobné, že sociální pracovníci, pokud budou CM chápat, budou s to sami CM přiměřeně aplikovat na různé typy životních situací, včetně situací dlouhodobé péče. Pokud budou v CM proškoleni i další sociální pracovníci než ti, kteří pracují s klienty v situaci dlouhodobé péče, lze také předpokládat celkově lepší akceptaci této metody na jednotlivých pracovištích (sociálních odborech/odděleních);
 - zaměřené pouze na životní situace dlouhodobé péče – i takto koncipované další vzdělávání má smysl, neboť se ukazuje jako žádoucí, aby sociální pracovníci získali větší citlivost vůči různým typům situací dlouhodobé péče, dynamice těchto situací. Z nich plyne dynamika potřeb a s níž se může také měnit to, kdo je primárním klientem sociálního pracovníka (příjemce péče, pečující osoba, pečující rodina ...), což mj. sociálním pracovníkům umožní diferencovat, zda je využití CM v dané situaci vhodnou metodou;
 - vzdělání zaměřené na oblasti druhotně ovlivňující schopnost/ochotu využívat CM – ze získaných poznatků plyne, že v současné době jsou takovou bariérou zejména nejistota, jak nakládat s informacemi o klientech, jakým způsobem a do jaké míry je možné je sdílet s dalšími subjekty zainteresovanými v pomoci danému klientovi; dále nejistota, jakým způsobem CM administrativně pojmout – tzn. jak tento způsob práce s klientem zaznamenat do stávajícího způsobu vykazování intervencí.

Vzdělání je třeba orientovat nejen na pracovníky první linie, tzn. na sociální pracovníky, ale také na management sociálních odborů/oddělení, protože pro implementaci komplexních metod sociální práce do praxe je nezbytná nejen erudovaná podpora vedoucích pracovníků ve vztahu k pracovníkům první linie, ale také schopnost fundovaně vysvětlit a obhájit využívání těchto metod vůči managementu obce, kterému se tyto metody mohou zdát příliš „pomalé“, nákladné, personálně zatěžující atd.

- **metodická podpora** - metodická podpora musí být zaměřena podobným způsobem a na podobné oblasti, na jaké bude zaměřeno vzdělávání – tzn. musí být s obsahem dalšího vzdělávání kompatibilní. Cílem je, aby sociální i vedoucí pracovníci, kteří se např. na základě dalšího vzdělávání budou snažit CM implementovat, měli k dispozici rychle dostupnou a pružnou metodickou podporu, která bude konsistentní s tím, v čem a jak byli proškoleni a také s podmínkami praxe sociální práce na obcích a s potřebami dané cílové skupiny.
- **posílení autonomie sociálních pracovníků/sociální práce na obecních úřadech** - CM je metoda, která je založena na předpokladu, že case manager, případně další aktéři CM, jsou kompetentní profesionálové, schopní samostatně řešit různorodé a složité situace. Z výpovědí sociálních pracovníků obecních úřadů vyplývá, že se často ocitají v situaci, kdy v rámci týmu se další členové týmu (psycholog, lékař, ale třeba i sociální pracovník sociální služby apod.) nacházejí v tomto ohledu v lepší pozici, než sociální pracovník obecního úřadu. Z tohoto hlediska je třeba, kromě celkové snahy o zvyšování společenské prestiže sociálních pracovníků a uznání společenského významu sociální práce, se snažit zajistit také:
 - přesnější legislativní ukotvení sociální práce na obecních úřadech;
 - zpřesnění pracovní náplně sociálního pracovníka obce v katalogu prací (mj. s cílem, aby sociální pracovníci nebyli pověřováni úkoly, které sociální práci nepřísluší);
 - zvýšení pravomocí sociálního pracovníka obce při jednání s jinými úřady a profesemi (*sociální i vedoucí pracovníci v této souvislosti navrhovali např. v odůvodněných případech zavést povinnost určité součinnosti se sociálním pracovníkem obecního úřadu*);
 - větší prostor pro vlastní rozhodování sociálního pracovníka;
 - zaručení větší míry nezávislosti sociálního pracovníka a sociální práce na obecních úřadech na samosprávě obce včetně větší míry kontinuity napříč volebními obdobími;
 - větší volnost sociálního pracovníka zvolit si zaměření svého dalšího vzdělávání; pracovníci by měli mít možnost navrhnout potřebná zaměření dalšího vzdělávání.
- **regulace pracovní zátěže sociálních pracovníků** - CM je metoda, která je v delší časové perspektivě efektivní, má potenciál řešit situaci klienta komplexně – tzn. předcházet např. tomu, aby se neustále vracel se stejnými dílčími problémy, případně aby některé aspekty jeho životní situace zůstávaly mimo zorné pole pomáhajících pracovníků a tedy neřešeny se zhoršovaly, může zabraňovat jednak fragmentaci pomoci a také jejímu dublování; nicméně je to metoda, která se oproti převažujícím administrativnímu a byrokratickému pojetí sociální práce, do něhož jsou sociální často tlačeni s vidinou okamžitého dojmu efektivity (hodně spisů, hodně klientů, hodně agend, hodně vykázaných intervencí na jednoho pracovníka), může jevit jako personálně, organizačně a časově náročná. V zájmu vytvoření příznivějších podmínek pro uplatňování CM je třeba:
 - vydat závazné doporučení vztahující se k počtu sociálních pracovníků působících v přenesené působnosti na ORP a zajistit dodržování tohoto doporučení;
 - snížit počet klientů/spisů na jednoho sociálního pracovníka;

- snížení zátěže administrativou na straně sociálních pracovníků;
 - promyšlené omezení/nastavení kumulace agend sociálního pracovníka obecního úřadu – *v této souvislosti sociální pracovníci upozorňovali, že úplné zrušení kumulací agend nemusí být výhodné, protože určité kombinace agend umožňují sociálním pracovníkům jednak udržovat si širší přehled a dále také zachytit některé klienty, kteří by jinak přišli řešit dílčí problém a další pomoc by je mohla minout (viz např. agenda parkovacích průkazů)*
- **zlepšení v oblasti pracovních podmínek a péče o zaměstnance** - promyšleně vytvářet podmínky napomáhající výkonu sociální práce – nároky a zátěž, které se jsou výkonu sociální práce inherentní a které se zesilují s angažovaným a kreativním přístupem k jejímu výkonu, jež je předpokladem uplatňování komplexních metod sociální práce, jakou je i CM, je třeba adekvátně ocenit a zároveň vytvářet podmínky, které k takovému přístupu k výkonu sociální práce motivují, tzn. zejména:
- odměňovat sociální pracovníky spravedlivě a v souladu se společenským významem a náročností jejich práce - platové ohodnocení, které odpovídá nárokům práce, zátěži a zodpovědnosti, která je spojena s výkonem sociální práce;
 - navýšení času na regeneraci – týden dovolené navíc, sick days.
 - podpora vztahů v týmu, např.:
 - pracovní setkávání i v neformálním modu (pracovní snídani);
 - řešení konfliktů;
 - cílená zpětná vazba;
- v rámci pracoviště **explicitně a šířeji tematizovat problematiku péče o sebe i problematiku péče o zaměstnance** - zapracování závazku reflektovat potřeby sociálních pracovníků a uznání důležitosti péče o ně a o jejich potřeby přímo do písemné formulace hodnot organizace.
- podpořit konkrétní aktivity péče o sebe mimo pracovní dobu SP (příspěvek na masáž, na sportovní vyžití, na rekreaci apod.)
 - konkrétně podporovat činnosti péče o sebe zakomponované do pracovní doby a do práce sociálního pracovníka (vytvořením tiché místnosti pro meditaci a zklidnění apod.)
 - koučování v pracovní době, a to i individuální
- **supervize** - podporovat a rozvíjet na pracovišti supervizi - více supervizí, více druhů supervizí, možnost, aby se pracovníci podíleli na výběru supervizora; supervize dostupné všem pracovníkům v organizaci, nikoliv poskytované selektivně.
- vytvořit pracovníkům **vhodné zázemí**, např.:
- vlastní WC a hygienické zázemí určené jen pro zaměstnance;
 - kuchyňka pro zaměstnance;
 - teplé nápoje (čaj, káva) zdarma.

I v případě, že by pro zavádění CM do sociální práce na obecních úřadech byly podmínky nastaveny optimálně, lze očekávat, že zavádění CM do praxe budou doprovázet potíže a dílčí neúspěchy, ale mohou to být konstruktivní potíže, jež doprovázejí nejasnosti vlastní samotnému konceptu CM. V části věnované teoretickému pojednání o CM bylo ukázáno, v jakém diskursivním rámci se debaty a případné neshody ohledně CM mohou pohybovat, a jen stručně nastíněno, jaká může být variabilita pojetí a modelů CM – tzn., je patrné, že CM je sám o sobě rozporuplný pojem. Právě z těchto nejasností mohou plynout různé představy pracovníků i tvůrců politik, co je CM, pro koho je vhodný, kdo ho má vlastně zavádět a kdo uplatňovat atd. – to na jedné straně znamená, že je to živá a stále se rozvíjející metoda, na druhé straně je třeba počítat s tím, že její implementaci nebude snadné připravit, řídit a vyhodnocovat. V této oblasti lze tedy očekávat diskusi, případně i střety různých představ, které ale nelze, již s ohledem na zahraniční zkušenosti, kde v některých zemích debata o CM probíhá několik dekad, interpretovat jako neochotu CM zavádět, případně jako snahu zavádění problematizovat či mu klást překážky.

Literatura

About Case Management [on-line] Commission for Case Manager Certification [12.4.2018] dostupné z: <https://ccmcertification.org/about-ccmc/about-case-management>

AUSTIN, C. D. 2002. Case management. Who needs it? Does it work? *Care Management Journals*, 3(4), 178-184.

BLABLOVÁ I., LOSKOTOVÁ Š., POLÁŠKOVÁ E., SUSÍKOVÁ D., VELČOVSKÁ I., ŽIVOTSKÝ D. 2015. *Metodika koordinované spolupráce sociálních pracovníků obcí a sociálních služeb. /interní metodický materiál/.*

BRUN, C., RAPP, R. C. 2001. Strengths-based case management: Individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social work*, 46(3), 278-288.

Case management v sociálních službách. [on-line] Agentura pro sociální začleňování. [12.4.2018] Dostupné z: <http://www.socialni-zaclenovani.cz/case-management-v-socialnich-sluzbach>

GÖGER, K., TORDY CH. 2006. Wozu case management? *SIO - Sozialarbeit in Oesterreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik*, 06 (1), s. 10 – 13.

HARKEY J. 2017. Case Management at the Intersection of Social Work and Health Care. *Social Work Today*, 17(3), 17. [on-line] [12.4.2018] (dostupné z: <http://www.socialworktoday.com/archive/011917p20.shtml>)

HUBÍKOVÁ, O. 2017. *Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce. Sociální práce /Sociální práce*, 17(6), s.5-21.

CHALLIS D. [12.4.2018] Case management: problems and possibilities. [on-line] Dostupné z: <http://www.psi.org.uk/publications/archivepdfs/Care%20managers/CHALLIS.pdf>

JACK L. FRANKLIN, J.L. SOLOVITZ, B., MASON, M., CLEMONS, J., MILLER, G.E. 1987. An Evaluation of Case Management. *American Journal of Public Health*, 77 (6), s. 674 – 678.

JACKSON, K. 2014. Social worker self-care-the overlooked core competency. *Social Work Today*, 14(3) [on-line] [12.4.2018]. Dostupné z: <http://www.socialworktoday.com/archive/051214p14.shtml>

LUKERSMITH, S., MILLINGTON, M., SALVADOR-CARULLA, L. 2016. What is case management? A Scoping and Mapping Review. *International Journal of Integrated Care*, 16(4)

MONK, L. 2011. Self-Care for Social Workers. A Precious Commodity, an Ethical Imperative. *Perspectives*, 33 (1) s. 4-7.

MOXLEY, D.P. 1989. *Practice of Case Management*. Newbury Park: SAGE Publications.

Musil, L. 2013. Hospodaření v rámci případu: case/care management. In. MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. Portál, Praha, s. 131-133.

NALEPPA, M. J. 2006. Case management services. In: *Handbook of Social Work in Health and Aging*, 521-528.

PAYNE, M. ,2000. The Politics of Case Management and Social Work . *International Journal of Social Welfare*, 9(2), s. 82-91.

REILLY, S. , HUGHES, J. CHALLIS, D. 2010. Case Management for Long-term Conditions: Implementation and Processes. *Ageing and Society*, 30 (1), s. 125-155.

SOLAŘOVÁ, H. 2013. *Case management aneb případové konference v praxi*. Benepal. [on-line] [12.4.2018] Dostupné z: http://www.benepal.cz/files/project_4_file/CASE-MANAGEMENT.PDF

STUHLÍK, J., 2002. *Asertivní komunitní léčba, case management*. Praha: Fokus Books.

SZOTÁKOVÁ, M. 2014. Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce. *Sociální práce/Sociálna práca*, 14 (3), s 61 – 80.

ŠIŇANSKÁ K., KOČIŠOVÁ, A. 2017. Starostlivosť o seba ako inšpirácia pre vznikajúcu oblasť onkologickej sociálnej práce. *Sociální práce/sociálna práca*, 17(5) 5/2017, s. 52 – 68.

ŠTASTNÁ, L. ,2010. Metodika případových konferencí v rámci interdisciplinární spolupráce města Chrudim formou case managementu. Chrudim: Šance pro Tebe. [on-line] [12.4.2018] Dostupné z: <http://www.sance.chrudim.cz/case-management-539/>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

ZAWADSKI, R. T., ENG, C., 1988. Case management in Capitated Long-Term Care. *Health Care Financing Review*, 1988(Suppl), 75.

Seznam grafů a tabulek

Graf č. 1: Zastoupení respondentů dle lidnatosti správního obvodu ORP

Graf č. 2 Jak často se celkově ve své praxi sociální pracovník na obecním úřadě pomáhá řešit životní situace spojené s problémy se zajištěním nebo poskytováním dlouhodobé péče.

Graf č.3 Cílové skupiny, s nimiž se sociální pracovníci v přenesené působnosti setkávají nejčastěji (respondenti mohli označit max. 5 z níže uvedených skupin)

Graf č. 4: Jak často se sociální pracovníci setkávají s klienty v různých životních situacích dlouhodobé péče

Graf č. 5 : pozornost věnovaná sledování potřeb a požadavků občanů na zajištění sociální pomoci

Graf č. 6: Způsoby jak se sociální pracovníci snaží zajistit, aby se lidé v životní situaci dlouhodobé péče dozvěděli o tom, jakou pomoc jim mohou nabídnout sociální pracovníci daného pracoviště

Graf. č. 7: Názor na uplatňování CM v sociální práci na obecních úřadech

Graf č. 8 – Pojetí CM a možností jeho využití

Graf.č.9 Zkušenosti vedoucích pracovníků, s tím, zda politická reprezentace obce jejich obce považuje sociální práci za důležitou

Graf č. 10 – Srovnání jednotlivých podmínek k výkonu funkce case managera sociálním pracovníkem obecního úřadu dle zastoupení odpovědi „velmi důležité“

Graf č. 11: Důležitost daných podmínek pro zvládnání pracovního stresu a pracovních nároků

Graf č. 12: U kterých situací by bylo přínosné, pokud by při jejich řešení byla uplatňována metoda CM

Tab. č. 1 Rozložení respondentů dle vzdělání

Tab. č. 2. Jak často se níže uvedenými způsoby dozvídají sociální pracovníci obecních úřadů o lidech, kteří mají problémy související s tím, že potřebují či poskytují dlouhodobou péči

Tab. č.3: Nakolik jsou dle sociálních pracovníků pro občany správního obvodu dané obce dostupné různé formy pomoci, které se týkají dlouhodobé péče.

Tab. č. 4: Jak dobře či obtížně jsou z pozice sociálních pracovníků obecního úřadu s nástroji a prostředky, které mají sociální pracovníci k dispozici, řešitelné konkrétní situace spojené s dlouhodobou péčí.

tab. č. 5. Dosavadní zkušenosti s metodou CM

Tab. č. 6.: Důvody, proč v současné době v sociální práci na obecních úřadech nedochází k většímu uplatňování CM

Tab. č. 7: Důležitost jednotlivých podmínek pro uplatňování case managementu v sociální práci na obecních úřadech

Tab. č. 8: Do jaké míry jsou v současné době zajištěny na pracovištích i následující opatření a podmínky

Tab. č. 9: Priority v oblasti zlepšení parametrů pracovního místa

Tab. č. 10: Do jaké míry se sociálních pracovníků v současné době týkají konkrétní problémy

Seznam zkratek

CM – case management

ESF - Evropské sociální fondy

FG – focus group

KoP ÚP ČR – Kontaktní pracoviště úřadu práce České republiky

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

NNO – nestátní nezisková organizace

ORP – obec s rozšířenou působností

OSPOD – oddělení sociálně právní ochrany dětí

OZP – osoba se zdravotním postižením

PnP – příspěvek na péči